

00626

PROTOCOLO DE ATENCION PARA MANEJO ODONTOLOGICO DE
PACIENTES AUTISTAS

Sandra L. Cuellar

Nasla López

Eliana Ibarra

Leonardo Garzón

Sandra Pinzón

Javier Cotes

Tutores: Oscar Utria - Psicólogo

Sony Santos - Odontopediatra

Presentado a : Dr. Jorge H. Arango Mejía

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA. D.C.

Octubre 8 de 1997.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

I. MARCO TEORICO

1. HISTORIA DEL AUTISMO
2. DEFINICION
3. EPIDEMIOLOGIA
4. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
5. CRITERIOS DIAGNOSTICOS
6. TRATAMIENTO
7. EL NIÑO AUTISTA FRENTE A LA ODONTOLOGIA
8. INSTITUCION

II RESULTADOS

PROTOCOLO DE ATENCION PARA MANEJO ODONTOLOGICO DE
NIÑOS AUTISTAS

III DISCUSION

IV CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

DEDICATORIA

A aquellos que un día decidieron transportarse a un mundo extraño del cual
no regresaron.

Al llanto, La Alegría, La Comprensión; La Ternura, La Sonrisa Tuya que
hace que sigamos trabajando por Ti.

A aquellos que se dicen vivir en un mundo anormal, El cual nos hace pensar
si el mundo nuestro es verdaderamente normal.

A la Vida que cada día nos enseña cosas hermosas como los son Ustedes
Niños Autistas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas aquellas personas, que de una u otra forma nos colaboraron en la elaboración de este proyecto, especialmente al **Centro de Desarrollo Infantil ANTHIROS**, a sus Directivos, Terapeutas y Padres de Familia quienes encontraron en nosotros un medio para mejorar la calidad de vida de sus hijos .

Así mismo a la Doctora Sony Santos, Odontopediatra, especializada en la Universidad Zahn Medicine Klink, de Alemania, quién con sus conocimientos y experiencias nos dió las bases fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

A esta gran institución, Colegio Odontológico Colombiano, Docentes y Directivas, quienes nos formaron y han hecho de nosotros personas y odontólogos integrales.

INTRODUCCION

El autismo es tal vez una de las patologías de la infancia mas severa, que se presenta entre 4 y 6 de cada 10.000 personas, en mayor proporción en los hombres que en las mujeres. Aunque la población autista no presenta rasgos físicos particulares, muestra deficiencia en todas las áreas de desarrollo y funcionamiento; presentando alteraciones del lenguaje, aislamiento emocional y social, patrones estereotipados y repetitivos de comportamiento, alteraciones de las respuestas a estímulos sensoriales, e invariabilidad del ambiente. Esta última característica es tal vez la mas vulnerada en la atención odontológica, debido a que los tratamientos en niños autistas son realizados bajo anestesia general en su mayoría.

El estudio del protocolo de atención se realizó con la población del centro de desarrollo infantil **ANTHIROS**, único especializado en la atención de niños autistas, escogiendo un grupo muestra, al cual se le dió una serie de pautas para la adaptación a los elementos odontológicos y al odontólogo en sí.

Para la elección del grupo representativo fueron aplicadas variables tales como: niños verbales, no verbales, grandes, pequeños, niños, niñas,

pacientes atendidos y no atendidos y datos obtenidos por encuestas realizadas con la colaboración de los padres.

Se adoptó una historia clínica previa, desarrollada en las citas odontológicas con la cual pudimos determinar el comportamiento de cada niño y así lograr acondicionarlo y llegar a tratamiento odontológico.



QUE NOS PEDIRIA UN AUTISTA

Ayúdame a comprender. Organiza mi mundo y facilítame que anticipe lo que va a suceder. Dame orden, estructura y no caos.

Acéptame como soy. No condiciones tu aceptación a que deja ser autista. Sé optimista sin hacerte "novelas". Mi situación normalmente mejora, aunque por ahora no tenga curación.

No te angusties conmigo porque me angustio. Respeta mi ritmo. Siempre podrás relacionarte conmigo si comprendes mis necesidades y mi modo especial de entender la realidad. No te deprimas, lo normal es que avance y me desarrolle cada vez mas.

No me pidas constantemente cosas por encima de lo que soy capaz de hacer. Pero pídemme lo que puede hacer. Dame ayuda para ser más autónomo, para comprender mejor pero no me des ayuda de más.

No me hables demasiado, ni demasiado de prisa, las palabras son "aire" que no pesa para ti, pero pueden ser una carga muy pesada para mi. Muchas veces no son la mejor manera de relacionarte conmigo.

No me pidas siempre las mismas cosas ni me exijas las mismas rutinas. No tienes que hacerte tú autista para ayudarme. El autista soy yo no tú!.

Como otros niños, como otros adultos necesito compartir el placer y me gusta hacer las cosas bien, aunque no siempre lo consiga. Hazme saber, de algún modo, cuando he hecho las cosas bien y ayúdame hacerlas sin fallos. Cuando tengo demasiados fallos me sucede lo que a ti: me irrito y termino por negarme a hacer las cosas.

Ayúdame con naturalidad, sin convertirlo en una obsesión. Para poder ayudarme, tienes que tener tus momentos en que reposas o te dedicas hacer tus propias actividades. Acércate a mí, no te vayas, pero no te sientas como sometido a un peso inolvidable. En mi vida, he tenido momentos malos pero puedo estar cada vez mejor.

Necesito más orden del que tú necesitas, mas predictibilidad en el medio que la que tú requieres. Tenemos que negociar más rituales para convivir. No solo soy autista. También soy un niño, un adolescente, o un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, adolescentes o adultos a los que llamas "normales". Me gusta jugar y divertirme. Quiero a mis padres y personas cercanas, me siento satisfecho cuando hago las cosas bien. Es mas lo que compartimos que lo que nos separa.

Me resulta difícil comprender el sentido de las muchas de las cosas que me piden que haga. Ayúdame a entenderlo. Trata de pedirme cosas que puedan tener un sentido concreto y descifrable para mí. No permitas que me aburra o permanezca inactivo.

Merece la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas. Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.

No me invadas excesivamente. A veces, las personas son demasiado imprevisibles, demasiado ruidosas, demasiado estimulantes. Respeta las distancias que necesito pero sin dejarme solo.

No me agredas químicamente. Si te han dicho que tengo que tomar una medicación procura que sea revisada periódicamente por el especialista.

Lo que hago no es contra ti. Cuando tengo una rabieta o me golpeo, si destruyo algo o me muevo en exceso, cuando me es difícil de atender o hacer lo que me pidas no estoy tratando de hacerte daño. Ya que tengo un problema de intenciones no me atribuyas malas intenciones!.

No, tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona autista. A mi no me sirve de nada que tú estés mal, que te encierres y te deprimas. Necesito estabilidad y bienestar emocional a mi alrededor,

para estar mejor. Piensa que tu pareja tampoco tiene culpa de lo que me pasa.

Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender. Tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamas "alteradas" son formas de enfrentar al mundo desde mi especial forma de ser y percibir. Has un esfuerzo por comprenderme.

Ni mis padres ni yo tenemos la culpa de lo que me pasa. Tampoco la tienen los profesionales que me ayudan. No sirve de nada que os culpeis unos a otros. A veces, mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar pero no es por culpa de nadie. La idea de "culpa" no produce mas que sufrimientos en relación con mi problema.

Las otras personas sois demasiado complicadas. Mi mundo no es complejo y cerrado, si no simple. Aunque te parezca extraño lo que te digo, mi mundo es tan abierto, tan si tapujos ni mentiras, tan ingenuamente expuesto a los demás, que resulta difícil penetrar en él. No vivo en una "fortaleza vacía", si no en una llanura tan abierta que puede parecer inaccesible. Tengo mucha menos complicación que las personas que os consideráis normales.

Aunque me sea difícil comunicarme o no comprenda las sutilezas sociales, tengo incluso algunas ventajas en comparación con los que os decís "normales". Me cuesta comunicarme pero no suelo engañar. No comprendo

la sutilezas sociales pero tampoco participo de las dobles intenciones o los sentimientos peligrosos tan frecuentes en la vida social. Mi vida puede ser tan satisfactoria si es simple, ordenada y tranquila si no se me pide constantemente y sólo aquello que mas me cuesta hacer. Ser autista es un modo de ser aunque no sea normal. Mi vida como autista puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya "normal". En esas vidas, podemos llegar a encontrarnos, compartir muchas experiencias.



I. MARCO TEORICO

1. HISTORIA DEL AUTISMO.

La medicina ha conocido este síndrome durante casi dos siglos aunque no como autismo. Un notable ejemplo lo constituye el denominado muchacho salvaje de Aveyron, cuyo caso fue descrito en 1807 por el médico francés V.G.Itard; otros probables ejemplos se encuentran entre los “niños salvajes” que han surgido ocasionalmente en la India y otras regiones, cuyas peculiaridades psicológicas sean atribuido en la evidencia mas sutil, que habían sido “adoptados” y criados por lobos.

El término autismo fue utilizado primero, para describir este estado, por Leo Kanner en 1943, cuando describió las características conductuales de niños que se diferenciaban cualitativamente de los otros niños vistos de la clínica infantil.

Dichas características incluían: incapacidad para desarrollar interacciones con los demás, aislamiento extremo, adquisición tardía del lenguaje,

lenguaje no significativo o de naturaleza no comunicativo en caso de desarrollarse ecolalias, inversión pronominal, actividades de juego repetitivas y estereotipadas, demanda compulsiva de invariabilidad del entorno, carencia de imaginación, pero buena memoria mecánica, apariencia física normal y aparición de anomalías en la infancia.

Antes de que Kanner se fijara y registrara como conjunto de síntomas, estos niños se clasificaban con desequilibrio emocional o simplemente retardados.

Sin embargo cuando tiene lugar el impacto es verdaderamente profundo tanto en lo que a gravedad se refiere, como a la persistencia de los antiguos tratamientos, basados en las teorías que explicaban las causas psicológicas del autismo, los niños fueron apartados de sus padres y reclusos en residencias para ver si se recuperaban.

Cuando fue palpable la insuficiencia de este remedio para curarlos, se hicieron algunos intentos de sumergir a los niños en entornos de estado psicológico de los que habían padecido con sus padres. Se han publicado algunos éxitos pero no tan definidos para adoptarlo como método.

Efectos en el niño, la familia la escuela, la comunidad y la sociedad. Pocos trastornos, son tan devastadores, fascinantes y únicos como el síndrome del autismo.

2.DEFINICION:

Es un trastorno neurológico y de desarrollo caracterizado por manifestaciones de comportamiento tan variadas que dificultan una definición concisa y comprometen funciones sociales, cognitivas y de lenguaje. Aunque la población autista no presenta rasgos físicos peculiares muestra deficiencias en prácticamente todas las áreas de desarrollo y funcionamiento. En algunos casos estas se manifiestan desde los primeros años de vida y en otros mas tarde, después de un desarrollo aparentemente normal; siendo los treinta y seis meses de vida la edad limite de dicha patología.

Temple Grandin diagnosticada como autista, que gracias a su nivel de desarrollo alcanzado ha logrado describir sus experiencias por el mundo, como perciben y sienten a las personas, palabras y objetos, definiendo el autismo "como una alteración del sistema nervioso que ocasiona una distinta forma de sentir y comunicarse".

3.EPIDEMIOLOGIA:

Estudios precisos revelan que el autismo se presenta entre 4 y 6 de cada 10.000 personas, siendo mayor la cantidad de hombres que de mujeres los que sufren esta patología (proporción 4 a 1).

4.DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La clarificación acerca de los límites y la subdivisión de los trastornos profundos del desarrollo en la que nos proporcionan la investigación en relación con su diagnóstico diferencial. Es importante valorar si el autismo constituye un síndrome significativamente diferente de las condiciones psiquiátricas agudas como: trastorno conductual y emocional o de la psicosis de infancia tardía como la esquizofrenia o del retraso mental general y de los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

Autismo y Esquizofrenia

Parecen existir diferencias en cuanto a la edad de aparición temprana en el autismo, tardía en la esquizofrenia. En la historia familiar predisposición alta en la esquizofrenia, rara en autismo, fenomenología en el autismo son raros los delirios y alucinaciones, frecuentes en la esquizofrenia presentes en una cuarta parte de los casos de autismo.

Autismo y Retraso mental

Se parte de que alrededor de las tres cuartas partes de niños autistas está asociado el retraso mental. En ambos grupos se presentan accesos epilépticos frecuentes durante la primera infancia en el retraso mental y

durante la adolescencia en el autismo. Ligero predominio masculino en el retraso mental, frente a un rango de cuatro a uno en el autismo. Los niños autistas tienen una mayor probabilidad de fracasar en tareas que requieran habilidades de abstracción, lenguaje y uso de significados, pero en la deficiencia mental no.

Síndrome de Rett: Un desorden de demencia progresiva que se da exclusivamente en niñas, asociado con la ausencia de expresión facial y de contacto interpersonal, movimientos estereotipados, ataxia y pérdida de uso intencional de las manos que puede ser confundido con autismo en sus primeras fases.

Parece evidente que no existe un punto de separación claro entre autismo y otros desordenes que comparten algunas características conductuales, pero no satisface en su totalidad el conjunto completo de diagnósticos aceptados.

La aproximación mas cercana para la invalidación o validación de las distinciones debe basarse en aquellos rasgos que han sido demostrados como los mas válidos a la hora de diferenciar entre niños autistas de niños no autistas de edad mental semejante.

Rasgos diferenciales mas validos: Anomalías en la percepción de señales socioemocionales, déficits cognitivos en el pensamiento abstracto, la

asociación diferencial con síndromes médicos particulares, la asociación con accesos que se desarrollan en la adolescencia mas que en la primera infancia, concordancia en parejas.

5.CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Según el DSM-IV los criterios diagnósticos para el autismo son:

- A. 1. Deterioro cualitativo en la interacción social, la cual se manifiesta en por lo menos dos de los siguientes items:
- a. Marcado impedimento en el uso de múltiples comportamientos no verbales como el contacto visual, expresiones faciales, posturas corporales y gestos que regulan la interacción social.
 - b. Déficits en la capacidad de desarrollar relaciones con pares apropiadas para el nivel de desarrollo.
 - c. Ausencia de búsqueda espontánea para compartir intereses o logros con otras personas. Por ejemplo, no muestran, traen o señalan objetos de su interés.
 - d. Ausencia de reciprocidad social o emocional. Por ejemplo se trata a la persona como si fuera un mueble, no se dan cuenta de sentimientos de incomodidad y aparentemente tampoco se dan cuenta de la necesidad de privacidad del otro.

2. Deterioro cualitativo en la comunicación, manifestando a través de por lo menos uno de los siguientes items:
- a. Demora en la aparición o ausencia total del lenguaje hablado, no compensado por ninguna forma alternativa de comunicación como gestos o mímica.
 - b. En individuos con habla adecuada se presenta un marcado impedimento en la habilidad para iniciar o mantener una conversación. Por ejemplo, se involucra en largos monólogos sin tener en cuenta la participación de otros.
 - c. Uso del lenguaje estereotipado y repetitivo o uso del lenguaje idiosincrático. Este último se refiere al uso de palabras o frases como "ir al balanceo verde", para decir, quiero montar en columpio. El lenguaje repetitivo hace referencia a las perseveraciones verbales. También se encuentra en esta categoría, la inversión pronominal (uso de "tu" cuando se quiere decir "yo"), ecolalia inmediata o demorada y los relatos irrelevantes.
 - d. No hay variedad ni espontaneidad en los juegos y no realiza juegos de roles o simbólicos apropiados para el nivel de desarrollo. El niño no participa activamente en juegos simples y prefiere realizar actividades y juegos solitarios. Involucra a otros niños o adultos solo como ayudas mecánicas.

3. Repertorio notablemente restringido, repetitivo y estereotipado de comportamientos, intereses y actividades manifestado a través de por lo menos de uno de los siguientes items:
 - a. Marcada preocupación en uno o mas patrones de interés estereotipados y restringidos que son anormales ya sea por la intensidad o por el foco. Por ejemplo, interés persistente en alinear objetos o perserverar caracterizando un personaje fantástico.
 - b. Aparente adherencia inflexible a rutina, rituales específicos no funcionales. No toleran cambios en las ubicaciones habituales (obsesiones) o insisten irracionalmente en seguir rutinas exactas. Por ejemplo, cuando no siguen la misma rutina para salir de comprar hacen pataletas o rechazan la actividad.
 - c. Presencia de manierismo motores estereotipados y repetitivos, como por ejemplo aleteo de manos, movimiento de los dedos o movimientos complejos de todo el cuerpo (autoestimulaciones kinestésicas o propioceptivas).
 - d. Preocupación persistente por detalles o por ciertas partes de objetos. Por ejemplo, las autoestimulaciones que pueden ser de tipo olfativo, gustativo, táctil, visual o de apego inusual a objetos.
- B. Demora o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas durante los tres primeros años de vida: interacción social, lenguaje como medio de comunicación social o juego simbólico imaginativo.

C. Las características del síndrome deben ser diferenciadas con las del síndrome de Rett o con el Desorden Desintegrativo de la infancia .

6. TRATAMIENTO

El autismo es tratable - el diagnóstico y la intervención precoz es vital para el futuro del desarrollo del niño.

¿Que puede hacerse cuando se tiene un diagnóstico firme del autismo ? El primer punto sobre el cual debe ponerse énfasis es que en la actualidad no existe tratamiento médico farmacológico de valor a largo plazo. Según se ha informado cierto número de medicamentos al igual que la terapia con megavitaminas, son útiles en casos individuales; sin embargo se ha encontrado que no existe ninguna recomendable para el tratamiento prolongado, ya que la posibilidad de efectos colaterales acumulativos da lugar a una proporción insuficiente riesgo - beneficio. Algunos medicamentos pueden tener valor para reducir la hiperactividad. El tratamiento con anfetaminas, aunque no producirá la recuperación del autismo puede corregir el déficit de la atención y de ese modo tornar la afección subyacente mas fácil de tratar.

Desde el punto de vista clínico, el tratamiento del niño autista se divide en dos áreas:

La primera concierne a la ayuda de los padres para tratar el problema de un niño gravemente impedido y muy difícil. La segunda se refiere al entrenamiento del niño. Todos los niños autistas son susceptibles de entrenamiento y educación en algún grado, en este caso la principal responsabilidad del médico es encausar a los padres hacia los programas y organizaciones que existen para este propósito

El tratamiento del niño autista se divide en dos áreas amplias; manejo del comportamiento y educación especial. La línea entre las dos no está claramente definida, el manejo del comportamiento se refiere básicamente a la conducta social comenzando con cosas elementales como entrenamiento en el aseo y sucede principalmente en el hogar; la educación especial, como las formas más convencionales de enseñanza, se enfoca sobre el lenguaje, las habilidades de autoayuda y la instrucción prevocacional.

El manejo del comportamiento a veces denominado modificación de la conducta no es inconveniente debido en parte a la creencia que convierte a los niños en autómatas.

En el caso del autismo existe una confusión entre la causa y el efecto. Muchas de las dificultades del comportamiento de los niños autistas son el resultado de su conducta repetida y mecánica inadecuada.

La modificación del comportamiento es el procedimiento por el cual dicha conducta puede ser mejorada. Los padres manejan a sus hijos mediante la recompensa de cierta clase de conductas y el castigo de otras. El manejo del comportamiento actúa de la misma forma pero por vías mas estructuradas adaptadas a los déficit de conceptos particulares de cada niño. En ambos casos el objetivo es la socialización, inculcar al niño los hábitos que lo capaciten a vivir en comunidad, con un mínimo de desagrado e infelicidad. Aún con tratamiento óptimo el niño autista rara vez se convierte en un adulto autosuficiente.

7. EL NIÑO AUTISTA FRENTE A LA ODONTOLOGIA

Partamos del conocimiento de las necesidades que un niño autista presenta en sus diario vivir, situaciones que para nosotros son tan sencillas y repetitivas que pasamos fácilmente desapercibidas. Estas pueden convertirse para ellos, en motivo de angustia y generar en el peor de los casos rabietas y fobias hacia labores como peinarse, cepillarse los dientes, vestirse, incluso ir al baño. Reacciones naturales ya que ellos asumen la cotidianidad de forma diferente y su noción del tiempo no está dada por el reloj, la cena o el desayuno; mas bien se representa en los objetos que delimitan espacios y en los rostros familiares. Asumiendo que estos actos siempre son para ellos casi una amenaza para su pequeño grande mundo, se debe entender que la irrupción con una serie de exigencias, son

completamente absurdas. Por ende si se pretende que el niño asuma estas conductas de normalidad, es necesario ayudarlo a comprender, organizar su mundo y facilitarle que anticipe lo que va a suceder, por ejemplo, si el no se peina, su cabello se verá opaco y enredado, su aspecto será diferente, por lo tanto si conoce la importancia de verse bien encontrará una razón justificable por la cual deba peinarse.

El primer paso es tratar de comprender por que un niño se conduce de cierta manera particular. Es útil recordar que la conducta de un niño autista, aunque a menudo parezca confusa y extraña, siempre tiene un motivo lógico concreto que la respalde quiere decir que se trata de la simple respuesta de un niño en desventaja frente a una situación compleja.

Los estudios sobre los métodos para modificar la conducta confirmaron lo obvio, al demostrar que los niños tienden a repetir la conducta que en el pasado les reportó una recompensa y abandonar las formas no recompensadas.

Cuando se trata con un niño incapaz de hablar y de comprender, es esencial disponer las cosas en el tiempo, de modo que uno pueda reaccionar inmediatamente para recompensar o para desalentar. Lo mejor es actuar impidiendo la mala conducta, existen en esto mas probabilidad de buenos resultados en permitir al niño hacer algo que entrañe travesura o peligro y castigarlo después.

Las mejores técnicas de enseñanza del mundo no sirven si no las emplea alguien que ame al niño y desee lo mejor para sus intereses. El éxito depende de que se conozca al niño, se comprendan sus desventajas, se este al tanto de lo que le gusta y le disgusta y resulte posible acertar que se propone hacer antes de que actúe. Esta penetración es casi imposible de lograr en ausencia de sentimientos positivos hacia al niño.

Resistencia al cambio, este problema en particular nos dificultaría en determinado momento la adecuación del niño a la higiene oral y a la consulta odontológica. Entre otros problemas es de mencionar una serie de restricciones físicas y funcionales que se presentan a nivel oral, y en relación con el contacto por la hipo o hipersensibilidad que pueda presentar el paciente, por ejemplo: la dificultad del acercamiento, inconveniencia para controlar los músculos de la masticación, el no soportar objetos en boca, como el cepillo y los diferentes instrumentos utilizados en forma oral. Pese a la alta resistencia que presentan estos niños al dolor, la hiperacusia que puedan referir algunos autistas impedirían al máximo la atención odontológica por el sonido de la alta velocidad, el compresor y demás. Una solución para este problema sería usar silenciador y aislar dentro de lo posible todos los sonidos, además utilizar música relajante, canciones infantiles, murmurar al oído del niño que a su vez estimule su buen comportamiento.

Los fonoaudiólogos han desarrollado una serie de ejercicios que consisten, por ejemplo, en soplar para hacer burbujas, soplar copos de algodón, y atraer con la punta de la lengua alimentos dulces colocados sobre los labios. Ejercicios éstos destinados a cualquier niño que tengan problemas para coordinar los movimientos de la lengua y la boca.

Otro problema que se presenta frecuentemente es la intolerancia de las luces brillantes, los reflejos que en determinado momento pueden presentarse por el uso del espejo oral, la careta de protección o la luz halógena pueden crear una reacción de rechazo.

Por ello es sensato preparar al niño mostrándole al niño figuras y modelos de juguetes, fotos, videos y demás ayudas visuales para familiarizarlo con la actividad que se va a realizar a nivel oral.

Ante temores especiales que se pueden suscitar por los ruidos fuertes, las luces brillantes y las ya mencionadas reacciones de hipersensibilidad puede servir de ayuda tranquilizar al niño con calma y distraer su atención, afortunadamente la sensibilidad se hace menos molesta al pasar el tiempo.

Se debe estudiar cada uno de los temores y adoptar una decisión en cuanto a como tratarlo: o mediante el enfrentamiento gradual con lo que causa temor vinculándolo a algo que le gusta mostrando al niño inmediatamente

que no hay que temer, o permitiendo al niño que evite esta situación hasta que se le pueda ayudar a superar en una etapa superior por ejemplo: ante la luz brillante se puede explicar al niño que nos es útil para ver al interior de su boca, permitir tocar la luz y demostrar que es inofensiva.

En la enseñanza de habilidades básicas como el uso del cepillo dental y la crema es conveniente el uso del espejo y con la ayuda de sus padres, indicarle gradualmente la forma correcta de usarlo. Es importante asegurarse de que el niño tenga éxito en cada pequeña etapa de aprendizaje y así mismo alentarle y hacerle saber con afecto que ha triunfado.

Estos niños necesitan mucha atención para impedir que pierdan interés porque no pueden retener en su pensamiento todos los pasos para realizar un trabajo y no permitir ningún tipo de frustración tanto en el niño como en la persona que supervisa la labor.

8. INSTITUCION

Pensando en la posibilidad de crear un proyecto dirigido a los niños autistas contando con la vinculación de determinado grupo nos dirigimos a **ANTHIROS**, centro de desarrollo infantil, en donde hemos encontrado apoyo, asesoría para llevar éste proyecto a la realidad.

Institución privada fundada en 1988 que cuenta con un excelente equipo de profesionales, conformado por psicólogos, terapeutas del lenguaje, ocupacionales y educadores especiales; los cuales dirigen sus esfuerzos para evaluar, diagnosticar, diseñar e implementar programas encaminados a lograr mayores niveles de independencia en la población autista; a través del desarrollo de diferentes áreas de funcionamiento para su integración adecuada al medio en el cual se desenvuelven.

Paralelamente a la intervención con el grupo autista, el centro desarrolla programas de asistencia y asesoría a núcleos familiares, instituciones educativas y empresas.

Su misión es propender por el crecimiento y desarrollo del niño autista y buscar la integración de la población autista a la comunidad.

Apoyados en la intervención terapéutica se busca el desarrollo de habilidades funcionales en la población autista, al igual de la modificación de aquellas conductas desadaptativas que presentan los niños. Se brinda apoyo y asesoría a las familias con el fin de lograr una mayor comprensión y manejo de la problemática de sus hijos, fomentando su independencia e integración social, educativa y laboral. Una de sus principales tareas radica en la divulgación masiva del autismo como patología, tanto a nivel profesional como del ciudadano común; al igual que las estrategias y

alternativas de intervención para construir un mejor futuro para la población autista y su familia.

Objetivos de la Intervención Terapéutica Individualizada

Suplir las necesidades de cada niño y particulares de cada familia, así:

- Estructurando grupos de padres que fomenten el desarrollo psicoafectivo de cada niño.
- Brindando asesoría y apoyo a la familia para el manejo más apropiado de su hijo.
- Generando estrategias de intervención encaminadas al desarrollo de habilidades funcionales para la integración del niño y su familia a la comunidad, con oportunidades y alternativas de desempeño ocupacional para su desarrollo y crecimiento personal y social en procura de una mejor calidad de vida.
- Modificando conductas disruptivas o disfuncionales.

Servicios que ofrece ANTHIROS

1. Evaluación - Diagnóstico: establecer el grado de desarrollo del niño, sus fortalezas y debilidades, para emitir un diagnóstico que permita estructurar un programa de intervención específico para el niño y su familia.

2. Programas de intervención terapéutica:

- Programa intensivo: asistencia del niño de lunes a viernes en jornadas de 4 horas diarias, para la implementación de sus programas individuales de desarrollo. Apoyados en una aproximación natural y funcional, estructurando salidas a diferentes centros de la comunidad como fábricas, aeropuertos, parques, centros comerciales, etc. Con el fin de familiarizarlos con el medio natural en integrarlos a la sociedad, a la vez que ésta aprende a interactuar con ellos conociéndolos y aceptándolos. Los padres participan en el, desarrollo del niño con planes caseros, actividades en el centro y talleres sobre temas puntales del desarrollo, tales como sexualidad, manejo de comportamientos disruptivos, stress.
- Programa de asesoría; diseñado para brindar atención terapéutica a niños que por diferentes razones no pueden ingresar al programa intensivo. Se trabaja a través del diseño de programas individuales y evaluaciones periódicas de su desarrollo.
- Programa mixto: para niños que por su nivel de desempeño han logrado integrarse a un colegio regular, para lo cual se capacita y asesora al plantel educativo, sus maestros y compañeros en el, desarrollo de pautas y estrategias de enseñanza y socialización. Paralelamente se brinda atención terapéutica directa al niño.

3. Servicio terapéutico integral: tiene como objetivo ampliar el radio de acción, prestando intervención integral tanto a la población infantil como adulta, con problemática diferente del autismo, en áreas de psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología y educación especial.



II RESULTADOS

PROTOCOLO DE ATENCION PARA PACIENTES AUTISTAS

Historia del Autismo

La medicina lo ha conocido durante casi dos siglos (aunque no como autismo) . Un notable ejemplo lo constituye el denominado muchacho salvaje de aveyrón, cuyo caso fué descrito en 1807 por el médico francés V. G. Itard; Otros probables ejemplos se encuentran entre los “niños salvajes” que han surgido ocasionalmente en la India y otras regiones cuyas peculiaridades psicológicas se han atribuído, en la evidencia sutil, a que han sido “ adoptados” y criados por lobos.

El autismo fué identificado por primera vez en 1943 por el Doctor Leo Kanner, cuando describió las características conductuales de 11 niños que se diferenciaban cualitativamente de los otro niños vistos en su clínica infantil. Kanner creía que existían dos síntomas esenciales para diagnosticar el autismo. Estos eran el “aislamiento extremo” y la “preocupación por la invariabilidad del entorno”. En el programa de

investigación llevado a cabo por Rutter (1966) y Rutter y Lockyer (1967) señalaron que se han hallado tres amplios grupos de síntomas en todos los niños diagnosticados como autistas.

Estos síntomas eran mucho menos frecuentes en los niños con otros trastornos psiquiátricos. Dichos síntomas consistían en:

1. Fracaso profundo y generalizado en el desarrollo de la relación social.
2. Retraso en la adquisición del lenguaje, acompañado de escasa comprensión, ecolalia, e inversión pronominal.
3. Conductas ritualistas y compulsivas descritas por Kanner como "preservación de la variabilidad del entorno".

Posibles factores etiológicos

Aunque no se han determinado todavía las causas del autismo, si se han lanzado gran número de teorías especulativas en la búsqueda de la etiología de dicho trastorno. Teóricos e investigadores han centrado su atención sobre tres mecanismos fundamentales:

1. **EL AMBIENTE SOCIAL:** La mayoría de las especulaciones iniciales concernientes a las causas del autismo se centraban en aparentes anormalidades de la vida familiar y de la actuación de los padres

experimentadas por los niños autistas. Kanner incluye gran número de factores como el rechazo de los padres, las respuestas del niño a las características anómalas de la personalidad de los padres, familias rotas, el stress familiar, etc.

2. **ENFOQUE NEUROLOGICO:** El niño autista muestra respuestas anormales a los estímulos sensoriales:
 - a. Incapacidad para mantener consistentemente representaciones de la experiencia perceptiva.
 - b. Como incapacidad para pasar de la dependencia respecto del tacto, el movimiento y el olfato de la dependencia respecto de la visión y el oído.
 - c. Como incapacidad para transferir información entre las distintas modalidades sensoriales.

Sistema activador reticular

Conjunto de neuronas situadas en el extremo de la médula espinal y conectado con las fibras nerviosas procedentes de cada una de las vías sensoriales. A partir de la información procedente de los receptores sensoriales, el SAR puede activar la corteza cerebral. La información desciende desde el Cortex a través del SAR y sitúa el organismo en disposición para la acción. Rimland (1964), ha formulado la hipótesis de que

una lesión en el SAR de los niños autistas sería la causa de un estado crónico de baja activación y, en consecuencia, de su limitación para responder a los estímulos externos.

Carlson (1969), sugiere la existencia de un desequilibrio donde el sistema límbico se halla inhibido por el SAR, haciendo que el niño autista sea incapáz de establecer asociaciones entre la conducta y el reforzamiento.

Sistema vestibular

Complejo de canales localizados en el oído interno. Responde a la atracción de la gravedad, ayuda a mantener el equilibrio en el espacio y ejerce control sobre los músculos oculares.

Ornitz (1974), especula que el sistema vestibular interviene en la actividad visual y motora; síntomas como anomalías del lenguaje y sociales podría ser el resultado cognitivo de esa alteración.

3. PROCESOS BIOQUIMICOS: Una de las hipótesis en proceso de investigación es que el síndrome del autismo sería el resultado de una falla en el metabolismo de una de las aminos biógenas; estas aminos adquieren propiedades alucinógenas y se acumulan en el cerebro. En este sentido es posible que la experiencia del autismo pudiera ser parecido a un viaje,

producido por la BUFOTENINA encontrada en la orina de los niños, pero no esta claro si esta se origina en el cerebro o en algún otro tejido corporal.

DEFINICION

Es un trastorno neurológico y de desarrollo caracterizado por manifestaciones de comportamiento tan variado que dificultan una definición concisa y comprometen funciones sociales, cognitivas y de lenguaje. Se presenta entre 4 y 6 de cada 10.000 personas; en mayor proporción en los hombres que en las mujeres (4 a 1). Aunque la población autista no presenta rasgos físicos peculiares, muestra deficiencias en practicamente todas las áreas de desarrollo y racionamiento. En algunos casos estas se manifiestan desde los primeros meses de vida y en otros más tarde, después de un desarrollo aparentemente normal; siendo los 36 meses de vida la edad límite de presentación de dicha patología.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1. Discapacidad Cualitativa de Interacción Social:

- a. Discapacidad marcada en corpotamiento no verbales, como mirar a los ojos, expresión facial, postura del cuerpo y gestos para regular la interacción social.
- b. Incapacidad de desarrollar relaciones apropiadas.

- c. Ausencia de la búsqueda espontánea de compartir sus logros con otras personas.
 - d. Ausencia de reciprocidad social o emocional.
2. Discapacidad Cualitativa en la Comunicación:
- a. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje hablado.
 - b. En individuos con lenguaje apropiado discapacidad marcada en la habilidad de iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c. Uso del lenguaje estereotipado y repetitivo o lenguaje idiosincrático.
 - d. Ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo.
3. Patrones estereotipados y repetitivos de comportamiento interés y actividades:
- a. Preocupación en uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que es anormal en intensidad o localización.
 - b. Apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
 - c. Preocupación persistente en partes de objetos.
4. Retraso o funcionamiento anormal antes de los 36 meses:
- a. Interacción social.
 - b. Lenguaje o para comunicación social.
 - c. Juegos simbólicos o imaginarios.

PAUTAS PARA LA ATENCION ODONTOLOGICA

Adaptación

Es el elemento fundamental para el éxito del tratamiento en la cual se requiere citas previas a la parte clínica, enfocados al acondicionamiento del paciente autista; el tiempo de esta , lo dará el desarrollo perceptivo ante el tratamiento odontológico, con miras a modificar conductas desadaptativas y desarrollar habilidades funcionales.

- Deje que el paciente autista se relacione con todos los elementos del consultorio.
- Utilice un lenguaje simple y concreto cuando se dirija a personas con autismo, además asegúrese de atraer su atención, de ser claro y sencillo en su expresión; las oraciones cortas son lo más indicado.
- Dígale siempre lo que debe hacer, hablarle de lo que no se puede hacer no le ayuda.
- Utilice elementos básicos como guantes, tapabocas, agua, luz, aire y deje que los perciba; así él solo los integra a su mundo y rutina.
- Siga siempre el mismo patrón de atención, creando en el niño una rutina de actividades, ya que él no acepta la variabilidad del entorno.
- Es básico para el paciente asistir a la cita odontológica con un familiar o persona conocida para brindar mayor seguridad.

La población autista debido a su gran rango de variabilidad en su comportamiento se logra clasificar en tres grandes grupos según el nivel de desarrollo de sus sentidos:

1. Visuales (visión).
2. Auditivos (oído).
3. Contacto Físico (piel).

Pacientes Autistas Visuales

Estos pacientes se incluyen en esta clasificación por su alto grado de observación en figuras, logos o símbolos de marcas o productos y marcada atención con objetos en movimiento.

- Se adecuan figuras de colores fuertes, rojo, azul, naranja, amarillo, etc., analizando que color le gusta al niño, y así adecuar el consultorio para que se sienta más a gusto.
- El paciente debe llevar el cepillo y crema dental a la consulta, ya que esto le da seguridad y familiaridad con su hogar, relacionando sus elementos diarios con los utilizados en el consultorio
- El color preferido o elegido por el niño se recomienda adecuarlo en una parte visible en el odontólogo (tapabocas, visor, etc.), y así lograr la posición más conveniente para la realización de la actividad clínica.
- Si en la primera cita odontológica se utiliza guantes, tapabocas, gorro, etc., se debe seguir con estos mismos elementos de trabajo para así crear

en el niño un patrón y una rutina necesaria para su adaptación y evitar así un cambio en el desarrollo de su tratamiento ya que este depende de su habilidad visual.

Pacientes Autistas Auditivos

Estos pacientes son los más difíciles de detectar, pues tienden a combinar el gusto por lo visual y lo auditivo. Para ello se necesita experimentar con diferentes sonidos que incluye desde activación de la pieza hasta la simple caída de un papel, sintiendo ellos agrado y estimulación al escucharlos.

- Imite los sonidos que el niño interpreta, así logrará entablar una comunicación positiva, ya que está utilizando su mismo lenguaje.
- Los sonidos de la naturaleza son un estímulo para el paciente autista, debido a que le proporciona tranquilidad, actitud positiva para la realización del tratamiento.

Pacientes Autistas “Contacto Físico”

En esta última clasificación se encuentran los pacientes autistas que buscan más calor humano y cariño, valiéndose del tacto para lograr una comunicación entre su mundo y el nuestro.

- Logre una interacción apropiada entre **autista-odontólogo** por medio de un contacto directo con la piel, brindándoles por medio de esta seguridad, protección, confianza y cariño de manera que sintiendo este respaldo llegan a ser los mejores pacientes.

III DISCUSION

Debido a sus diferentes limitaciones la población autista requiere de una intervención terapéutica integral e individualizada con un enfoque interdisciplinario, con miras a modificar conductas desadaptativas y desarrollar habilidades funcionales, que les permitan desempeñarse como miembros útiles al interior de la familia y dentro de la sociedad. Por tal motivo el éxito del tratamiento depende del interés, paciencia, astucia y sobre todo observación del odontólogo; para saber que quiere el niño, que le gusta y así poco a poco encaminarlo al tratamiento odontológico, características que desafortunadamente no todos los profesionales de la salud poseen.

De acuerdo a nuestra investigación encontramos en un alto porcentaje que la mayoría de pacientes autistas son tratados bajo anestesia general, mediante la cual se restablece la estética, función y salud oral. Analizando que luego de ésta intervención se presentan una serie de cambios como ausencia de dientes y maloclusión debido a los diferentes tratamientos radicales a que son sometidos.

En nuestro medio tenemos una falta de información encaminada hacia el conocimiento mas profundo de pacientes con problemas como autismo, los cuales necesitan un mayor entendimiento y comprensión para poder adaptarlos a una habilidad que es desconocida para ellos. Así mismo nuestro país no tiene la rentabilidad que pueda ocasionar la atención de estos pacientes debido a que el tiempo que se emplea en la adaptación de estos niños es mayor y representa una perdida económica grande; por tal motivo se emplean métodos drásticos como la anestesia general y restricción física.

Para conocer el autismo debemos conocernos así mismos valorando cada una de las cosas que hacen diferente a estas personas. Se necesita de una preparación e información guiada a los profesionales de la salud. No debemos esperar a que ellos se adapten a nuestro medio sino por el contrario adaptarnos al mundo en que viven, proporcionándoles materiales y métodos que pueden brindarles una mejor opción de vida, basándose en el respeto básico de sus derechos humanos.

IV CONCLUSIONES

Al estudiar el autismo, una patología poco conocida en nuestro medio, pero con alta incidencia en la infancia, creamos este Protocolo de Atención, para ampliar la información a los odontólogos; y a los padres abriremos nuevos caminos para la atención de sus hijos, ya que el tratamiento en quirófano es muy radical y contraproducente.

El éxito de este protocolo depende de que se conozca al paciente, se comprendan sus desventajas, se esté al tanto de lo que le gusta y le disgusta y resulte posible acertar que se propone hacer antes de que actúe.

No podemos asegurar que las pautas dadas en este protocolo sean estrictas para cada paciente, porque cada uno presenta una forma diferente de adaptarse a cada situación, pero si será una guía importante para el odontólogo cuando decida entrar en el mundo devastador y fascinante ***DEL SINDROME DEL AUTISMO.***

BIBLIOGRAFIA

1. Calderón Gonzalez Raúl, Santillana Aracelyi, 1988, Estudio del Lenguaje en 27 Niños Autistas, Med. Hospital Infantil Méjico, Vol. 54: 12-17.
2. Doman Glenn, 1996, ¿Qué hacer por su niño con lesión cerebral ?.
3. Espinoza García Eugenia, 1994, Manual de Neurología Infantil, 293-298.
4. Golleman y Hillbert, 1986, Autismo Bases Biológicas, Madrid.
5. Schopler Erick, 1981, Revista Consulta, Autismo: Definición, Diagnóstico y Tratamiento.
6. Wing Lorna, 1990, Educación para el Niño Autista.
7. **ANTHIROS**, 1997, Información Institucional, Taller de Padres, Santafé de Bogotá.

8. Medline, 1997, Asociacion Nuevo Horizonte, Madrid.
9. Medline, 1989, Extracto de la Guía Intervención Educativa en Autismo Infantil, España.
10. Psicopatología Infantil, Thomas H., Michel Hersen.
11. Journal of American Dentistry Association. Preventing factitious gingival " injury in a autistic patient " . Vol. 127. Feb. 1996., 244-247.
12. Autismo: Definición, Diagnóstico y Tratamiento. Consulta, Abril 1981