

ARTICULO ORIGINAL

APLICACIÓN DE UN MÉTODO AUDIOVISUAL PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS AUTISTAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Marcela Yepes¹, Alejandra Ramírez¹, Mónica María Restrepo¹, María Cristina Sierra¹,
Marta Isabel Velásquez¹, Mónica Botero², Gladys Cecilia Ortega³

RESUMEN

El propósito de este estudio fue aplicar un método audiovisual por medio del cual se pudiera establecer una mayor comunicación con el niño autista, y mejorar la atención a nivel odontológico. La muestra fue de 15 niños autistas, con un promedio de edad de 8.2 años, se contó con dos niñas y trece niños, con grado de autismo leve y moderado que pertenecen a la Fundación Integrar. Primero se mostró un video de modelamiento en el que se observaba el proceso que se sigue en el consultorio odontológico, acompañado de una descripción verbal de cada imagen proyectada, que incluía ayudas visuales de cada situación del procedimiento. Este video se presentó durante siete días consecutivos, se obtuvieron 2 registros filmados del comportamiento de los niños antes y después de mostrar el video de modelamiento. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños presentaron buen comportamiento tanto en la preprueba como en la postprueba. No se encontró una relación directa entre la experiencia odontológica previa, el tipo de comportamiento del niño y el tiempo de duración de la cita y por el contrario se observó mucha variabilidad individual.

PALABRAS CLAVES

Autismo, método, comportamiento, video

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the efficacy of a preoperative video in improving communication and the dental care provided to autistic children. For this purpose a behavior modeling video was recorded. The video shows and verbally describes the different processes carried out in the dental office. In addition, visual images of different dental procedures were designed. 15 autistic children (2 girls and 13 boys) with a mean age of 8.2 years and a mild or moderate autistic level were chosen from a population of students at the Integrar Foundation in Medellín, Colombia. Afterwards, the video and visual aids were shown during 7 consecutive days. Two audiovisual records, one before and one after showing the video were obtained for each patient. An analysis of each record was performed by 4 pediatric dentists in order to evaluate overall behavior in the dental office and their attitude towards dental materials and instrumental. Results indicated that most children had good behavior before and after the presentation of the video. No direct relationship between previous dental experience, child behavior and the appointment length were established.

KEY WORDS

Behavior, video, methodology, autism.

¹ Estudiante X semestre de Odontología, CES.

² Odontopediatra, CES.

³ Psicóloga.

INTRODUCCIÓN

El autismo es un síndrome caracterizado por falta de relaciones sociales y carencia de habilidades en la comunicación. Estos niños tienen ausencia de gestos expresivos, marcada indiferencia por la ausencia o presencia de los padres o sus sustitutos y de las personas en general. Se caracteriza por la actitud distante y solitaria, y su comportamiento como si las demás personas no existieran, y por la dificultad para jugar con otros niños (1).

Dado de que no se conoce cómo es el manejo de los niños autistas en el consultorio odontológico, los especialistas tienen grandes dificultades para la atención de estos niños, lo cual hace necesario la búsqueda de otras alternativas para su manejo. Con esta investigación de tipo cuasiexperimental se evaluó un método para mejorar la comunicación con pacientes autistas con el fin de determinar un efecto en el comportamiento del niño sometido a tratamiento odontológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cuasiexperimental doble ciego, con pre y postprueba en el cual cada uno de los sujetos en forma independiente se compara consigo mismo.

Para la realización de esta investigación se envió una carta de consentimiento a los padres de familia de 40 niños autistas que acuden a la Fundación Integrar Luis Villareal de la ciudad de Medellín, a la cual respondieron 15 niños con un rango de edad entre 5 y 18 años, con un promedio de 8.2 años; se contó con 2 niñas y 13 niños con grado de autismo leve y moderado, siendo todos educables y entrenables. A cada una de las madres se les preguntó acerca de la exposición odontológica previa de sus hijos, y si esta existía, cómo había sido.

Se realizó un video (de modelamiento) de 10 minutos de duración que fue grabado por las investigadoras y posteriormente editado, en el cual se muestra el proceso que se sigue rutinariamente en el consultorio odontológico, cuando se realiza un tratamiento básico de prevención que incluye un examen estomatológico, profilaxis y aplicación tópica de flúor. Este procedimiento fue llevado a cabo por las investigadoras en un consultorio particular.

El video iba acompañado de una descripción verbal de cada imagen que se proyectaba, y también se incluyeron ayudas visuales (dibujos) que representaban cada situación del procedimiento al que sería sometido el niño autista. El video se presentó a los niños autistas durante siete días consecutivos.

Se obtuvo un registro filmado del comportamiento de cada niño tanto en la preprueba como en la postprueba, para apreciar el comportamiento del niño autista antes y después de aplicar el método establecido. Una de las variables que se analizó fue la duración de la cita en ambos momentos.

Posteriormente, este video fue remitido a un jurado compuesto por 4 odontopediatras, que no tenían ningún conocimiento acerca de la investigación. Estas fueron sometidas a un proceso de estandarización previo que consistió en evaluar un video, en el cual se mostraban diferentes comportamientos de niños con algún grado de retraso mental, utilizando un formato para registrar el comportamiento. Se obtuvo una concordancia del 90% entre las 4 jurados.

Para el análisis de los resultados, inicialmente se realizó una descripción de las respuestas negativas de cada paciente antes y después del video de modelamiento, determinando si el niño había mejorado, empeorado o permanecido estable en su comportamiento.

Se asignaron dos dominios para el análisis estadístico del comportamiento, teniendo en cuenta el número de conductas negativas presentadas por cada niño:

Dominio 1: comportamiento general (D1)

Dominio 2: comportamiento frente al instrumental odontológico. (D2)

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 8.0, para el test no paramétrico de Wilcoxon para muestras reducidas.

RESULTADOS

La presentación de los resultados se dividió en dos partes, la primera correspondió al análisis descriptivo de cada uno de los niños autistas antes y después del video de modelamiento, y la segunda

parte al análisis comparativo de significancia pre y postprueba.

De los 15 niños, 3 no habían tenido experiencia odontológica previa, 9 habían visitado el odontólogo pero los resultados habían sido negativos y 3 habían visitado al odontólogo y no toleraban el tratamiento. De los 12 niños que habían tenido experiencia odontológica previa, 4 fueron atendidos bajo anestesia general ya que presentaron un comportamiento negativo.

El promedio de duración de la cita preprueba fue de 10.3 minutos y para la segunda visita fue de 9.7 minutos; en 7 niños la duración de la segunda visita disminuyó, en 5 niños esta aumentó y en 3 niños permaneció estable.

En general se observó que la mayoría de los pacientes presentaron buen comportamiento tanto para D1 como para D2 en la pre y postprueba.

Se consideró buen comportamiento cuando las conductas negativas no eran más de dos, regular cuando las conductas negativas estaban entre tres y cinco y malo cuando las conductas negativas eran mayores de 6.

Para el D1, 11 niños se mantuvieron estables, con buen comportamiento entre la preprueba y la postprueba, 2 niños pasaron de un comportamiento bueno a uno regular y 2 niños que tuvieron comportamiento regular en la preprueba pasaron a bueno en la postprueba.

Para el D2, 11 pacientes tuvieron un comportamiento estable (bueno), 4 pacientes pasaron de un comportamiento bueno a uno regular (Tabla 2).

En ningún dominio se presentaron comportamientos malos.

No se encontró una relación directa entre la experiencia odontológica previa, el tipo de comportamiento del niño y el tiempo de duración de la cita. Por el contrario, se observó mucha variabilidad individual.

A continuación se describirán tres pacientes donde se puede observar dicha variabilidad:

El paciente número 1 tuvo una experiencia odontológica previa negativa, sin embargo su

comportamiento fue bueno en la primera y segunda visita, tanto para el dominio 1 como para el dominio 2 y la duración de la segunda cita disminuyó.

El paciente número 2 no tenía experiencia odontológica previa, su comportamiento fue bueno para ambos dominios en la pre y postprueba, sin embargo la duración de la segunda cita aumentó.

El paciente número 6 tuvo experiencia odontológica previa positiva, su comportamiento fue bueno para ambos dominios en la pre y postprueba, sin embargo la duración de la segunda cita aumentó.

Al realizar la prueba de significancia de Wilcoxon para los comportamientos negativos pre y postprueba en el dominio 1 no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Cuando se realizó esta misma prueba para el dominio 2 tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Aunque por muchos años el cuidado odontológico para los niños con autismo se ha descrito como un problema debido a la dificultad que ellos presentan para tolerar el examen clínico por el miedo asociado con el instrumental y sonidos generados en el consultorio odontológico (2) en este estudio se encontró que ellos presentaron buen comportamiento tanto antes como después de la exposición al video y los visuales. Por lo tanto no fue posible determinar la eficacia del método utilizado para modificar el comportamiento.

Es probable que el buen comportamiento de los niños se haya debido a la institucionalización y al grado de autismo (leve y moderado) puesto que todos eran entrenables y educables. Buchanan (3) sostiene que es común que se dé una marcada mejoría en la mayoría de los síntomas que presenta el niño autista, siempre y cuando su proceso educativo haya sido adecuado. El también afirma que es fundamental el papel de la familia, la cual da a los niños mucho apoyo y motivación, comprenden su conducta en diversas situaciones lo cual facilita el manejo los momentos difíciles de convivencia.

Según Luscre (4) estos niños pierden fácilmente la concentración por lo cual el video de modelamiento tuvo una duración de diez minutos.

Este fue presentado durante siete días consecutivos siguiendo el protocolo de trabajo de la Fundación Integrar y teniendo en cuenta lo propuesto por Bandura (5) quien afirma que el niño se dedica a actividades fijas y repetitivas, tienen obsesión por conservar sus rutinas cotidianas, y tratan de evitar a cualquier costo los cambios o alteraciones que puedan descontrolarlo.

Bettelheim (6) expone la necesidad de proporcionar instrumentos para interpretar, prever y mejorar el futuro y métodos de adaptación que anticipen cambios ambientales a partir de claves del medio e incorporen proactivamente secuencias de actividades y acontecimientos. Por esta razón, el video de modelamiento muestra una cita odontológica de un niño con buen comportamiento.

También se incluyeron visuales que representan cada situación del procedimiento al que el niño fue sometido en el consultorio en orden lógico y adecuado para establecer claves ambientales claras antes de cada episodio de la rutina del niño, elaborando breves historietas anticipadoras con esquemas pequeños, detallados y realistas de secuencias de actividades o programación del día (5).

Inicialmente se pensó que la experiencia odontológica previa podría influir en el comportamiento de los niños; sin embargo se encontró que no hubo una relación directa entre ésta, el tipo de comportamiento presentado durante el estudio y el tiempo de duración necesario para realizar el procedimiento a cada niño y por el contrario hubo mucha variabilidad individual. Esto se podría explicar por lo expuesto por Rimland (6) quien afirma que estos niños presentan una capacidad limitada para codificar eficazmente estímulos del entorno y establecer relaciones entre estímulos nuevos y adquiridos tiempo atrás.

La distribución de la muestra no fue equitativa por sexo, se incluyeron 2 niñas y 13 niños debido a que el autismo es más común en los hombres que en las mujeres, aunque es más severo en estas última según investigaciones de Pichot (7).

Una de las dificultades de la investigación fue el tamaño reducido de la población estudiada, lo cual se debió a varias causas:

La prevalencia de este síndrome en la población es baja, muchos casos de autismo no son identificados debido a que existen muy pocas instituciones que puedan brindar asesoría y

tratamiento a estos niños; en el ambiente cultural en el que se desenvuelven las familias, les incomoda dar a conocer el problema socialmente, hay poca investigación y las creencias en las posibles secuelas que puedan traer los trabajos de investigación en los niños autistas lleva a que muchas familias no permitan que sus hijos participen como parte activa de ningún proyecto. Las experiencias altamente negativas con distintos profesionales de la salud que llevan a que las familias desconfíen y sientan temor de exponerse y exponer al niño a una nueva frustración. Finalmente, debido a los bajos recursos económicos con que cuentan las familias a las que pertenecen estos niños se presentaron dificultades para desplazarlos a la institución y al consultorio.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los niños presentaron buen comportamiento antes y después de ver el video de modelamiento.
2. No se encontró una relación entre la experiencia odontológica previa, la duración de la cita y el comportamiento presentado por los niños durante el estudio. Se observó mucha variabilidad individual.
3. Se observaron más conductas negativas frente al instrumental odontológico que frente al comportamiento general en el consultorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Kolvin, Six studies in the Childhood Psychoses. Br J Psychiatry. 1971; Pag 118:381-402.
2. Luscre D, Center D. Systematic desensitization, Symbolic modeling, and reinforcement in the reduction of dental fear in children with autism. National Conference on Autism-proceedings-Georgia State University: Julio 1995: 437-439.
3. Buchanand D, Raders S. Educating autistic/severely handicapped children- elementary age. Estados Unidos, 1980:4-6, 13.
4. Bandura A, Walters R. Aprendizaje social y desarrollo de la Personalidad. Madrid, 1974: 150-160.
5. Bettelheim B. The Empty Fortress: Infantile autism and birth of self. Nueva York.Free Press, 1967: 14-27.
6. Rimland B. Infantile Autism. Nueva york: Ed Appleton. 1964: 21, 43-45.
7. Pichot P. DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. España: Masson S.A. 1988: 39-47.

Correspondencia:

Marcela Yepes Jiménez

Cra. 27 #36 C Sur 33, Envigado.