

J.R. Boj Quesada

El tratamiento dental de los niños autistas

Profesor asociado Universidad
de Barcelona

RESUMEN

El paciente autista es uno de los pacientes más difíciles de los que un dentista tendrá que tratar en su práctica. Las características de estos pacientes son revisadas, ya que su conocimiento por parte del equipo asistencial puede facilitar el tratamiento enormemente. Finalmente, se presenta un caso clínico.

PALABRAS CLAVE

Autismo; Manejo dental; Sedación.

ABSTRACT

The autistic patient is one of the most difficult patients that a dentist may deal with in a dental practice. The characteristics of these patients are reviewed since many of the problems found during treatment can be minimized when dental personnel are well informed. The final part of the paper relates a clinical case.

KEY WORDS

Autism; Dental management; Sedation.

INTRODUCCION

El término autismo fue utilizado por primera vez por Bleuler en 1911, para etiquetar un aspecto de introversión en la conducta de los pacientes esquizofrénicos⁽¹⁾. Autismo deriva de la palabra griega «autos», que significa sí mismo⁽²⁾. Pero el primero en describirlo como una entidad clínica fue Kanner en 1944^(1, 3-8).

Las personas autistas son descritas por la «Sociedad nacional de niños autistas» de los Estados Unidos, como aquéllas que, independientemente de la edad, padecen severos trastornos de comunicación y conducta, que se manifestaron durante estadios tempranos del desarrollo. Se establece antes de los 30 meses de vida, apareciendo un retraso en la aparición de aptitudes sociales y del lenguaje. Se observa una respuesta extraña a las sensaciones que percibe y a la manera en que se relaciona con la gente y con los objetos. El problema de la falta de comunicación y el del aprendizaje aparecen como consecuencia de no poder utilizar el lenguaje conceptual, aunque sí son capaces de repetir palabras y frases. Tienen alterado el proceso normal del pensamiento. Otra característica imprescindible para realizar el diagnóstico es la aparición de movimientos estereotipados, ritualísticos y compulsivos^(1, 3, 8-10).

Los niños autistas, generalmente, son individuos sanos con un aspecto físico saludable y atractivo. Asimismo, tienen una imagen de niños inteligentes⁽³⁾.

Han sido utilizados otros términos para describir esta patología: afasia, psicosis infantil, esquizofrenia de la infancia, desarrollo atípico, síndrome de Kanner. Se ha sugerido que el autismo es una forma temprana de psicosis. La aparición de psicosis infantiles tiene una distribución bipolar: temprana infancia y adolescencia. El autismo se relacionaría con la primera, y esquizofrenia con la más tardía. La característica típica de la esquizofrenia, que son las alucinaciones, no aparece en el autismo. Hoy en día el autismo es considerado una entidad clínica propia^(1, 3, 5, 7, 9).

Los cuidados dentales de este tipo de pacientes han experimentado una gran mejora en los últimos años, al estar los profesionales y la sociedad más concienciados de las necesidades en estos pacientes. Aunque no representan un porcentaje elevado dentro de los pacientes disminuidos, sí que requieren un manejo único de acuerdo a sus características conductuales.

CARACTERISTICAS

Es importante conocer las características de estos pacientes para poder enfocar el tratamiento de la mejor forma posible^(3, 4, 9, 11).

Soledad

Los niños autistas no pueden relacionarse normalmente con otras personas. Incluso sus propios padres no tienen especial significado para ellos. No tienen ningún interés en las personas, pero muestran una fascinación y un prolongado interés por objetos inanimados. Sobre todo, muestran una gran fijación por objetos que dan vueltas. Muchos padres ya se percatan de que el niño no es normal a los pocos meses. Unos son muy callados y pasivos, mientras que otros son agitados, gritan mucho y presentan trastornos de sueño importantes. No manifiestan afecto por las personas que les proporcionan el alimento y les cogen en brazos.

Trastornos del lenguaje

Se manifiesta de muchas maneras. Una de ellas es el mutismo que presentan algunos de estos niños. Incluso algunos tienen una parte importante del lenguaje adquirido, pero sin el mínimo interés en la comunicación. En casos de emergencia utilizan palabras sueltas o frases muy cortas. Algunos presentan un lenguaje repetitivo, que se describe como el de los loros. Repiten inmediatamente frases y palabras que acaban de escuchar o se las guardan para repetir las en otra ocasión. Tienen excelente memoria para canciones y para anuncios que puedan oír en radio o televisión. Manifiestan una gran dificultad en la comprensión de la palabra «sí». No saben utilizarla para expresar una afirmación y la emplean de una manera carente de sentido. Confunden la utilización de los pronombres personales. Ellos mismos se nombran en tercera persona. Los utilizan de una manera confusa e indiscriminada. Es curioso el hecho de que incluso los autistas de grado leve, que tienen un rico vocabulario, no utilizan el pronombre en primera persona ni su propio nombre para referirse a ellos mismos.

Falta de seguridad en sí mismos

Tienen un intenso deseo de que el ambiente que les

462 rodea y sus actuaciones diarias sean las mismas y no sufran modificaciones. Los cambios les producen gran inseguridad y se agitan. Se alteran por cambios de situación del mobiliario, horario de las comidas, tipo de comidas, caminos que andan para ir al parque, etc. Se muestran muy inflexibles para aceptar los cambios. Asimismo, tienen un umbral de frustración muy bajo, lo que conlleva un elevado número de rabietas y vocalizaciones poco inteligibles en forma de gritos.

Trastornos en las comidas

Les gusta comer siempre lo mismo. Les gusta retener la comida en la boca. Tienen una preferencia por alimentos blandos, rechazando muchas veces los sólidos. No tienen especial interés por alimentos con alto contenido en carbohidratos. Las dietas de estos niños tienden a ser hipoglucémicas.

Movilidad

Es frecuente ver a estos niños observando durante largos períodos objetos que giran y dan vueltas. Mientras tanto, realizan movimientos repetitivos con las manos, los brazos y la cabeza. Estos movimientos perseverantes se conocen con el nombre de conducta de propia estimulación para evitar el enfrentarse a estímulos externos reales. Pueden pasarse horas con la mirada fija en el horizonte como si estuviesen pensando. Es muy común compaginar estas conductas más calmadas con fases de una hiperactividad muy exagerada.

Retraso mental

La deficiencia cognitiva en el autismo es la misma que en el retraso mental. Aproximadamente un 75 % de estos pacientes padecen un retraso mental durante toda su vida. Las deficiencias a nivel de desarrollo, lenguaje y comunicación llevan al niño a retrasos importantes.

Convulsiones

Se ha encontrado una relación bastante frecuente entre autismo y cuadros convulsivos. Las posibilidades de manifestarse clínicamente aumentan a medida que el niño se hace mayor.

INCIDENCIA

Se ha reportado una incidencia de 3 a 5 niños autistas por cada 10.000 nacimientos. Es más frecuente en varones que en hembras en una proporción de 4:1. En la gran mayoría de casos el afectado es el primer hijo de las familias. No se ha observado una relación directa ni con la edad de la madre ni con complicaciones perinatales^(7, 11).

En ocasiones las cifras son difíciles de obtener porque durante mucho tiempo los diagnósticos no han sido lo precisos que se requerían. Asimismo, también ha sido un término utilizado por los padres para etiquetar a los hijos, que en realidad tienen el diagnóstico de retraso mental, pensando que la palabra autista tiene mejores connotaciones sociales⁽¹¹⁾.

ETIOLOGIA

Numerosas etiologías han sido propuestas^(4, 5, 7, 11, 12). Los primeros investigadores consideraban el autismo como consecuencia de trastornos de tipo emocional. Teorías de orden psicoanalítico llevaban a ver el problema como consecuencia de una pobre relación del niño con los padres. Se pensaba que los padres de los niños autistas eran de elevada inteligencia, generalmente univesitarios, preocupados con abstracciones, con poco interés por la gente, emocionalmente muy fríos, con actitudes muy mecanizadas hacia los niños y de niveles socioeconómicos altos. Estas teorías no organicistas, que consideraban que el niño nacía normal y que los problemas aparecían a causa de la relación con la madre principalmente, no han podido demostrarse. Los últimos estudios no demuestran ni que los padres sean más inteligentes, ni de un nivel socioeconómico más alto, y no aciertan a definir un prototipo de padres de niños autistas.

Han aparecido numerosas teorías orgánicas que hablan de problemas neurológicos del SNC, que pueden relacionarse mejor con el retraso mental y las convulsiones. Se ha encontrado también una reducción de movimientos rápidos oculares (fase REM) en el sueño. Se han sugerido trastornos metabólicos del triptófano, así como causas hereditarias. Otras posibles causas mencionadas en la literatura han sido disfunciones de la formación reticular en el córtex diencefalo, y trastornos del hemisferio del lenguaje.

Lo curioso es que todas las teorías han ido perdiendo fuerza con el transcurso de los años. Han sido hipótesis que no han podido mantenerse. En el momento actual parece haber un consenso creyendo que se trata de un problema de naturaleza biológica de las estructuras neuroanatómicas y de su función fisiológica.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Actualmente no se ve posible que un niño autista pueda convertirse en completamente normal. Padecen muy pocos problemas médicos y generalmente gozan de muy buena salud, por lo que no hay razones que les impidan vivir muchos años. Algunos presentan trastornos convulsivos que aumentan con el transcurso de los años. Los que a los cinco años no tienen un cierto nivel de lenguaje adquirido y muestran algunas posibilidades de comunicación son los que van a encontrar más dificultades, a pesar de los programas de educación específicos. Los que pueden desarrollar un buen nivel de inteligencia y mejor grado de desarrollo personal, se acaban convirtiendo en adolescentes introvertidos, pasivos y con muchas dificultades de interrelación social. Es casi imposible que un autista pueda desarrollar un papel normal en nuestra sociedad^(3, 6, 7).

Numerosos tipos de tratamientos han sido realizados con niños autistas; sin embargo ninguno ha logrado alterar de forma totalmente efectiva la historia natural de este síndrome. Parece como si todo fuesen intentos para tratar de encontrar el tratamiento adecuado para hacer frente a la enfermedad.

Psicoterapia individual o familiar, técnicas de modificación de la conducta, programas de reeducación, logopedia y electroterapia, han sido usados en estos niños. Entre los medicamentos utilizados, podemos hablar de neurolépticos, antidepresivos, estimulantes cerebrales, hipnóticos, anticonvulsivos, megavitaminas y hormonas psicótropas^(6, 7).

Actualmente solamente existe un consenso a la hora de recomendar programas de educación especiales. A la hora de recomendar la droga más adecuada, la discrepancia es muy amplia.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Estos niños no tienen características propias de pa-

tología buco-dental. No presentan mayor índice de enfermedad que los niños normales. El hecho de que la gran mayoría tenga una dieta baja en carbohidratos, hace que tengan un índice de caries bajo. Algunos presentan hiperplasia gingival por la exposición a drogas anticonvulsivantes^(3, 6, 7, 11).

Se considera un paciente muy difícil y que puede llegar a ser muy frustrante para el dentista^(1, 6, 10). Muchos profesionales no pueden soportar el estrés que supone muchas veces tratar a estos pacientes y el consiguiente trastorno que produce la alteración del ritmo de otras visitas programadas. El niño autista puede apreciar el tratamiento como una amenaza; no puede llegar a verlo como una necesidad. Lowe⁽¹⁾, estudiando veinte pacientes autistas encontró que un primer examen aceptable sólo fue posible en la mitad de los pacientes. Asimismo, la toma de radiografías engendró gran dificultad por los constantes movimientos. En el examen encontró un bajo índice de caries, a pesar de un pobre nivel de higiene oral.

Swallow⁽¹¹⁾, reporta que sólo pudo tratar bajo anestesia local a 10 de 41 pacientes, necesitando los demás anestesia general. Kamen⁽⁴⁾, encuentra en su estudio grandes dificultades para el tratamiento, así como un bajo índice de caries y una pobre higiene oral. Hay que tener en cuenta que tiene un nivel de frustración bajo, lo cual hace que presente rabieta frecuentemente cuando está expuesto a nuestros tratamientos.

Es muy difícil hacerle entender lo que esperamos de él. No nos atiende demasiados segundos y se distrae con una facilidad asombrosa. Por tanto, darle instrucciones es muy difícil. El contacto visual es muy importante para la comunicación y el niño autista lo rechaza constantemente⁽⁴⁾. Mientras trabajamos es conveniente tenerlo todo preparado para no realizar demasiados movimientos que puedan distraer al niño. Tienen una gran facilidad para los movimientos oculares laterales; o sea, que los movimientos de nuestra asistente en otra parte de la consulta, también son importantes. Los ruidos de las piezas de mano y la aspiración les altera muchas veces, por ello muchas veces no se puede realizar ningún tratamiento hasta pasadas dos o tres visitas^(10, 11).

Se consideran las técnicas de modificación de conducta como el método más apropiado para el tratamiento de estos niños. Se recomienda el uso de refuerzos positivos. Cada vez que nos facilita el tratamiento y colabora, se le dicen palabras de aliento, se le dan

464 palmaditas de aprobación o se le obsequia con algo que sea de su agrado. Cuando no hay colaboración mostramos mejor ignorancia que desagrado. Muchas veces no podemos explicarles los procedimientos porque sino estaríamos perdiendo el tiempo. Para los autistas más inteligentes puede ser útil la técnica de la «triple E» -EEE- (explique, enseñe, ejerza), pero para autistas más profundos podemos ahorrarnos las dos primeras partes. Es importante remarcar que las técnicas de la mano sobre la boca y la del castigo están totalmente prohibidas con estos pacientes. La primera requiere pacientes que puedan ofrecer un buen nivel de comunicación, y la segunda está totalmente prohibida en odontología infantil. Algunas veces los pacientes han de ser limitados físicamente en cierta medida para iniciar los procedimientos^(4, 10, 11).

Se aconseja que exista una repetición constante para que el niño se vaya acostumbrando. Siempre el mismo sillón, siempre la misma enfermera y empezar la visita de la misma manera. Se recomienda que visiten la consulta primero acompañando a los padres y otros hermanos. Asimismo, se considera útil el que vean a otros niños siendo tratados, así como que el padre u otro educador simule visitas al dentista en casa. El tratamiento muchas veces consume mucho tiempo porque progresivamente vamos haciendo demostraciones, parando y reanudando para que el niño se le convierta en repetitivo y nos permita seguir el tratamiento^(1, 3, 11). El niño no debe permanecer mucho tiempo en la sala de espera para que no se agite^(4, 11). Asimismo, Swallow⁽¹¹⁾, no recomienda el uso de batas blancas. En una primera visita no se recomienda tratar de realizar demasiados procedimientos, sino que se aconseja un profundo estudio de la historia médica y familiar. Nos podemos plantear la ayuda de alguna de las personas encargadas de la educación especial del niño durante nuestros tratamientos. Si se produce demasiada tensión durante la visita, es mejor hacer pequeñas interrupciones para que cada uno vuelva a asumir su papel.

Se ha sugerido la música como importante elemento para obtener colaboración por parte de estos niños. Música ambiental o canciones repetitivas cantadas por el mismo dentista^(4, 5).

Algunos autores han aconsejado la realización de procedimientos restauradores sin anestesia local^(3, 4). Se basan en que los niños autistas tienen un umbral del dolor más elevado que los niños normales. Particular-

mente, creo que debe utilizarse anestesia local del mismo modo que la utilizaríamos con el resto de niños.

Muchos niños autistas deben ser sedados, ya que su excesiva hiperactividad y conducta destructiva o antisocial los convierte en prácticamente inmanejables. Siempre hemos de saber las medicaciones que ha tomado y las que toma antes de plantearnos la sedación.

La sedación siempre ha de ser enfocada como una ayuda a las técnicas de manejo de la conducta. Si esperamos que la sedación tenga éxito por sí sola siempre fracasaremos⁽¹²⁾. Varios autores han encontrado respuestas atípicas con el uso de sedación y no existen pautas apropiadas para estos pacientes. Existe una variedad tremenda de resultados sin encontrarse el enfoque adecuado^(2, 3, 6). En principio no utilizaremos barbitúricos, ya que en muchos casos obtenemos un efecto de excitación, contrario al que buscamos. El óxido nitroso no es adecuado, ya que no toleran la máscara y además se necesitarían cantidades demasiado elevadas para obtener una sedación adecuada. Los narcóticos fueron utilizados con relativo éxito, pero su uso requiere mucho cuidado. La hidroxicina y la difenhidramina se han utilizado en casos de hiperactividad, teniendo la gran ventaja de tener un margen de seguridad muy amplio. El hidrato de cloral también se ha utilizado por ser una droga con poco riesgo. Hay que considerar al diacepam y a la prometacina como drogas de elección en casos más difíciles. Muchas veces se realizan combinaciones de drogas^(2, 3). Los casos en los que hemos fracasado con las técnicas de modificación de conducta y con sedación deberán ser tratados bajo anestesia general⁽⁴⁾.

Algunos de ellos requieren tratamientos ortodóncicos, pero sólo le podremos dar prioridad en el momento que obtengamos la colaboración adecuada. En principio sólo nos lo plantearíamos en los de un nivel de inteligencia más alto. Pero hay muchos de estos niños en los que se han tenido que interrumpir los tratamientos, debido a que ataques de conducta agresiva les lleva a arrancar arcos, brackets y demás aparatología. Es prácticamente imposible plantearnos el uso de ortodoncia removible. No se ha encontrado relación con ningún hábito que aumente el número de problemas ortodóncicos como pudiese ser el uso prolongado del biberón y/o del chupete. Kamen⁽⁴⁾, encuentra una frecuencia relativamente alta entre la población autista de bruxistas y de niños que se introducen objetos extraños en la boca tratando de comerlos.

Creo que es imprescindible remarcar la importancia de que estos niños sean englobados dentro de un programa de prevención. Si de pequeños son visitados regularmente, se educa a los padres sobre medidas higiénicas y se les suministra la suplementación de flúor adecuada, es evidente que los problemas dentales disminuirán marcadamente. Asimismo, en caso de necesitar tratamiento, es posible que habiendo sido expuestos a visitas regulares, nos sea más fácil, puesto que los hechos repetitivos son muy importantes en estos niños.

PRESENTACION DE UN CASO

N.S.P., niña de raza blanca de 11 años de edad, acude por primera vez al dentista, acompañada por sus padres, por presentar, según ellos, dolor en un molar inferior. Relatan que las quejas solamente son manifestadas por la niña de tanto en tanto. La niña mide aproximadamente 1,50 cm y pesa unos 42 Kg. La constitución es atlética y con un aspecto general excelente. El diagnóstico de autismo fue realizado a los 3 años de edad. No toma ningún tipo de medicación, pasa a veces noches en las que duerme pocas horas y asiste a un colegio de educación especial. Cena y duerme con sus padres, de los que es su única hija. Está controlada por su neurólogo a base de visitas trimestrales. Años atrás había tomado medicación por su hiperexcitabilidad. La niña parece, por su aspecto físico, tres o cuatro años mayor de su edad, y tiene un atractivo personal muy remarcable.

Durante los minutos de espera, mientras se toman los datos personales y se habla con los padres, empieza a correr todas las sillas, para luego escaparse por la puerta de entrada. Al volver a entrar empieza a pegarle patadas a una pared. Es llevada hasta el sillón dental, decidiéndose realizar el primer examen con la presencia de los padres. Llamándola por su nombre y dándole instrucciones sólo presta atención unos pocos segundos, quedando siempre la duda de si entiende lo que se le dice o no. Dice palabras sueltas sin relación con la visita y canta silbando continuamente. Los dolores en el molar eran manifestados, según los padres, por gritos y gestos ocasionales. Era imposible que tuviese las manos quietas; cuando no trataba de agarrarse a la lámpara, apartaba mis manos o las de la asistente de las cercanías de su boca. Hubo que cogerle las manos para poder realizar el examen. Así, seguía moviéndose, pero no con la intención de hacer el

examen imposible. La higiene oral era regular, aunque no se apreciaban grandes acúmulos de placa bacteriana. Una gingivitis fue diagnosticada al sondaje y no por el aspecto visual del tejido gingival. Al parecer, los padres trataban de cepillarle los dientes cada noche, lo cual hacía que la higiene pudiese considerarse aceptable para este tipo de pacientes. Presentaba lesiones por caries en todos los primeros molares permanentes, siendo el inferior derecho (46) el más afectado, pareciendo poder tener la lesión ya en pulpa o muy cerca de ella. Los dos incisivos centrales superiores estaban fracturados. El derecho (11) presentaba una fractura que implicaba media corona. La fractura del izquierdo (21) sólo afectaba al ángulo mesial y afectaba ligeramente a la dentina.

Se trató de tomar radiografías, lo cual resultó imposible. La oclusión era correcta. Presentaba una clase I de Angle con 50 % de overbite y un overjet de 0,5 mm. Se planeó la restauración de los incisivos en primer lugar, para poder valorar el grado de la sedación escogida, ya que si en (46) hubiese afectación pulpar podríamos tener demasiados problemas, si la conducta no era apropiada. Se utilizaron 2.100 mg de hidrato de cloral (50 mg x Kg) y 50 mg de hidroxicina (25 mg por cada 1.000 mg de hidrato de cloral) por vía oral, una hora antes del tratamiento. Con muchísimas dificultades se pudieron restaurar los incisivos centrales, puesto que la paciente ofrecía mucha resistencia física, esta vez encaminada a librarse del tratamiento. Al final, estaba muy agitada y corría por la consulta buscando objetos para tirarlos. Ante la enorme dificultad que representó esta visita, y ante la necesidad de necesitar cuatro personas (dos asistentes y los padres que, por cierto, fueron de magnífica ayuda), se decidió cambiar la sedación pensando en obtener una mejor relajación. La sedación en la próxima visita consistió en 1.500 mg de hidrato de cloral y 10 mg de valium por vía oral. La dosis de hidrato de cloral se redujo, ya que se recomienda bajarla al combinarla con benzodicepinas. La niña parecía bastante más apaciguada y la aplicación de anestesia local pudo ser realizada. El programa de la visita era el tratamiento del molar que le había dado molestias (46). Esta vez sólo el ruido de la turbina le produjo una agitación tremenda y no pudo ser controlada. Tras recibir la enfermera un par de bofetadas, la niña fue sujeta y se decidió realizar el tratamiento bajo anestesia general. Se obturaron los molares. El molar más afectado (46) no presentaba lesión pulpar, pero la lesión era cercana a la cámara.

466 - Hubo que volver a restaurar el incisivo central derecho (21), pues había hecho saltar la restauración mordiendo continuamente un bolígrafo. Según los padres, desde que se reconstruyó el diente, empezó a morder el bolígrafo, hecho que se interrumpió cuando volvió a fracturarlo. Siete días después volví a visitarla para controlar el trabajo realizado, y le puse en un programa preventivo con visitas bianuales. Ha sido visitada ya dos veces, y se le ha aplicado flúor tópico con rollitos de

algodón sin intentar utilizar cubetas. Sorprendentemente el incisivo todavía está intacto.

En mi opinión, la sedación con hidrato de cloral y valium es apropiada para este tipo de pacientes y por lo general se obtienen buenos resultados. No obstante, cada niño autista es una incógnita a la hora de poder prever su conducta y cuál va a ser el enfoque conductual y farmacológico más apropiado para poder tratarlo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Lowe O, Lindemann R. Assessment of the autistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination. *J Dent Child* 1985; **52**:29-35.
- 2 Braff MH, Nealon L. Sedation of the autistic patient for dental procedures. *J Dent Child* 1979; **46**:404-407.
- 3 Kopel HM. The autistic child in dental practice. *J Dent Child* 1977; **44**:302-309.
- 4 Kamen S, Skier J. Dental management of the autistic child. *Spec Care Dentist* 1985; **5**:20-23.
- 5 Burkhart N. Understanding and managing the autistic child in the dental office. *Dent Hyg* 1984; **58**:60-63.
- 6 Davila JM, Jensen OE. Behavioral and pharmacological dental management of a patient with autism. *Spec Care Dentist* 1988; **8**:58-60.
- 7 Nowak AJ. Dentistry for the handicapped patient. Capítulo 7: *Childhood autism*. 1976; C.V. Mosby Company.
- 8 Kanner L. Early infantile autism. *J Pediatr* 1944; **25**:211-217.
- 9 Ornitz EM. Childhood autism: a review of clinical and experimental literature. *Calif Med* 1973; **118**:21-47.
- 10 Rutter M, Sussenweim F. A developmental and behavioral approach to the treatment of preschool autistic children. *J Autism Child Schizophr* 1971; **1**:376-397.
- 11 Swallow JN. The dental management of autistic children. *Br Dent J* 1969; **126**:128-131.
- 12 Frieman C. Multidisciplinary approach essential for medication of autistic children. Interface: newsletter of the Special Care Organizations 1989; **5**:1-2.