

Niños incapacitados Tratamiento odontológico.

DRA. ANA M. NARIO de LARIAU*

Palabra clave: Incapacitado

INTRODUCCION

El deber del Odontólogo como profesional de la salud es promover, proteger o devolver salud a sus pacientes. El Odontopediatra cumple una misión más amplia: Crear el concepto de salud y formar niños con aptitud de buenos pacientes odontológicos. Es importante en la atención de niños el aspecto psicológico de la relación odontólogo-paciente^(1, 2) y se vuelve primordial frente a niños incapacitados. El Doctor José Antonio Magariños, siquiatra y psicoanalista, colaboró y respaldó con sus conocimientos la elaboración de este tema, por lo que lo convierte en un aporte de psicología y psiquiatría dinámicas aplicadas a la odontología

CLASIFICACION DE INCAPACIDADES (1)

Pueden clasificarse las incapacidades frente al tratamiento odontológico en:

FISICAS: Deficiencias del desarrollo, retardo mental, parálisis cerebral, epilepsia, lesiones cerebrales, síndrome

de Down, desaferentaciones sensoriales, cardiopatías, hemofilia, etc.

PSICOLOGICAS: Se pueden encontrar en niños normales o en los que tienen signos de alteración dentro de las variadas gamas del espectro de la esfera síquica.

Cabe un tercer tipo de incapacidad o lesión que es de tipo principalmente odontológico: **IMPEDIDO BUCAL**⁽³⁾: así se denominan a los fisurados, a niños con maloclusiones graves (síndrome de Pierre Robin), anodoncia, niños con caries irrestrictas o con hipoplasias o amelogénesis imperfecta. Estos pacientes pueden traer aparejadas incapacidades de tipo emocional.

La ubicación de un niño dentro de esta clasificación surge de un estudio afinado de su historia clínica en el que debe valorarse su medio familiar, especialmente sus padres, en cuanto a su aceptación del rol frente a la incapacidad del niño; primero importa la madre, luego el padre, éste en cuanto al respaldo dado a la madre^(1, 4). El Odontólogo debe discernir cuál tiene mejor relación con el hijo. El

* Profesor Director de la Cátedra de Odontopediatría

Recibido para publicar: agosto 1979.

medio socio-cultural que rodea al niño y sus padres, es tan importante, ya que la dinámica del desarrollo consiste en un proceso de organización integrativo que debe conducir a la unión productiva de la estructura básica del niño y el ambiente. El desarrollo óptimo sólo se alcanza cuando el niño y su medio están ajustados.

Todo niño debe ser introducido a la odontología con paciencia y amor para elaborar las situaciones odontológicas; si son incapacitados, con más razón, y es indispensable la conducción de su madre o quien la sustituya o a la constelación familiar, si es necesario.

El Odontopediatra que no actúe así producirá iatrogenia, que conduce a odontofobia.

El pequeño paciente es una persona humana integral que debe respetarse como tal, así se esté frente a un incapacitado, pues es aún más desvalido.

El desarrollo que es un proceso de moldeamiento del individuo en su medio ambiente socio-cultural se caracteriza por patrones de conducta y los cuatro campos más destacados son: conducta motriz, adaptativa, personal social y del lenguaje^(4, 5, 6). En el niño normal los cuatro campos producen una maduración neurosíquica gradual más o menos paralelamente, pero en un desarrollo atípico o deficiente, muestran discrepancias avanzando en un terreno y retrasándose en otros o no avanzan^(4, 5, 6, 7, 8).

En Estados Unidos de América, la ley de creación de medios para el

tratamiento de deficiencias del desarrollo, las define como trastornos atribuibles a retardo mental, parálisis cerebral, epilepsia u otras afecciones neurológicas crónicas incapacitantes, relacionadas íntimamente con el retardo mental o que requieran tratamientos similares⁽⁷⁾. Estas afecciones tienen una gama de incapacidades cognoscitivas, de percepción, motoras y sensoriales, generalmente combinadas entre sí. Según el Dr. A. Capute, pediatra y subdirector del Instituto John F. Kennedy de Baltimore, aproximadamente un tercio de los niños con trastornos de desarrollo tienen una sola incapacidad o lesión, otra tercera parte tiene dos y el resto, tres o más⁽⁷⁾.

De aquí se desprende que es necesario evaluar estas deficiencias por un equipo multidisciplinario como preámbulo a la terapéutica integral; el método multidisciplinario formado por pediatra, neurólogo, siquiatra, genetista, experto en conducta, fonaudiólogo, fisioterapeuta, odontopediatra, asistente e higienista dentales, asistente social, etc., o el método interdisciplinario, en el que el personal de cada una de las disciplinas aprende a utilizar los métodos de las otras para el cuidado del paciente, son las mejores.

La Asociación Americana de Deficiencia Mental define: "El retardo mental se refiere al funcionamiento intelectual significativamente menor que el promedio, coexistiendo con deficiencias en el comportamiento adaptativo, manifestadas durante el período de desarrollo". No hay un coeficiente de inteligencia (CI) único,

pero se considera que existe retardo mental con un CI inferior a 70. El 3% de la población mundial presenta CI menores de 70. Hay tres tipos de deficitados ⁽⁷⁾.

1.- DME (Deficiente mental educable), CI entre 69 y 55. Muchos son individuos con privaciones sicosociales o culturales; por educación pueden alcanzar el desarrollo mental de un niño entre 8 y 12 años. En su infancia es difícil diagnosticarlos pues no se manifiestan significativamente por debajo del promedio. Si no tienen incapacidades emocionales no crean problemas para su atención odontológica.

2.- DMC (Deficiente mental susceptible de ser capacitado). Su edad mental no va más allá de 4 a 8 años, presentan disartrias que crean dificultades de comunicación; son niños con daño cerebral orgánico manifestado por inestabilidad emocional, falta de atención, baja tolerancia a la frustración. La atención en equipo será de utilidad al odontólogo para la educación para la salud odontológica y la atención de estos pacientes, conjuntamente con la enseñanza a madres o familiares que los respaldan, pues estos niños necesitan supervisión en sus actividades cotidianas, entre ellas la higiene bucal.

3.- DMG y DMP (Deficientes Mentales Graves y Profundos). Son niños con trastornos genéticos y bioquímicos. Por el gran retardo mental y falta de control neuromuscular, suelen tardar mucho en poder masticar y aceptar alimentos duros, lo que facilita la aparición de caries y parodenciopatías.

Por falta de comunicación su tratamiento odontológico es difícil. El Dr. Indru Punwani, profesor de la Universidad de Illinois, aconseja en estos casos suministro adicional de fluor sistémico hasta 2 ó 3 mlgrs. diarios para fortalecer al máximo las estructuras dentales, aunque aparezcan signos de fluorosis ⁽⁸⁾.

La parálisis cerebral es uno de los problemas que produce mayores incapacidades en los niños; el Dr. Eric Denhoff caracterizó la parálisis cerebral como "Síndrome de disfunción cerebral" y debe ser considerada como manifestación motora de un síndrome extendido de daño o defecto cerebral ⁽⁷⁾, que puede deberse a: toxemia fetal, injurias traumáticas fetales o del parto, anoxia o anhidroxia fetal o de la infancia temprana, cardiopatías congénitas con cianosis y acianóticas, etc.

Definición de parálisis cerebral: Daño o lesión cerebral producida durante el desarrollo, en zonas del cerebro que controlan el movimiento y la postura, e interfieren significativamente en la función ^(7, 8, 9). La parálisis cerebral puede relacionarse a problemas de deficiencia mental, convulsiones, trastornos de la visión, audición, o de la percepción, así como también alteraciones del lenguaje, de la conducta y emocionales. Todo esto conforma un amplio espectro donde en un extremo está el niño con disfunción cerebral mínima (DCM) y en otro extremo el paralítico cerebral con o sin retardo mental. El paciente afectado se sitúa según el grado de incapacidad motora y la gravedad de

los trastornos cognoscitivos y de la percepción^(7, 9, 10).

Entre 0.6 y 5.9 por mil niños nacidos vivos en los EEUU sufren de parálisis cerebral; entre 50 y 60% tienen deficiencia mental y el 40 o 50% restante presentan deficiencias en el aprendizaje o trastornos cognoscitivos.

Según el tipo de afección motora existente hay una clasificación: espásticos, atetósicos y atáxicos.

1.- Espásticos (40 al 50%). Tienen hipertono muscular; reflejos patológicos, el más frecuente el signo de Babinski, patognomónico de lesiones del tracto piramidal; contracturas, lo que produce limitación funcional e impide los movimientos voluntarios. La espasticidad es debida a lesiones de la corteza cerebral o materia blanca del cerebro.

2.- Atetósicos (20 a 40%). Aparece por lesiones de la sustancia gris profunda del cerebro, por lo que se llama parálisis cerebral extrapiramidal. Sus principales signos son: tono muscular aumentado, lo que provoca rigidez "en caño de plomo", ya que la flexión y extensión de una extremidad provocan resistencia continua; los reflejos primitivos persisten mucho más tiempo que en los espásticos y no hay reflejos patológicos. La atetosis se caracteriza por movimientos retorcidos a la manera de los gusanos. El tipo más frecuente es la coreoatetosis, en la que los movimientos coreicos son repentinos, espasmódicos, vigorosos o irregulares; se suman así los movimientos atetósicos y coreicos.

3.- Atáxicos (10%). Es debida a lesiones del cerebelo; no tienen coordinación muscular, lo que produce desequilibrio y marcha insegura.

Según las extremidades afectadas existe una clasificación topográfica más aplicable al tipo espástico: monoplegia, hemiplegia, paraplegia, etc.; el atetósico suele estar afectado en las cuatro extremidades. Los espásticos presentan mayor frecuencia de déficit mental que los atetósicos, quienes entre el 40% y 50% son de inteligencia normal, pero debido a dificultades de percepción por lesión cerebral, su desarrollo es más lento. EL aspecto físico puede impresionar como de retardo^(7, 9), así que el odontopediatra debe evaluarlo muy bien y trabajar en equipo multidisciplinario, donde es importante la labor del fisioterapeuta, ortopedista y terapeuta ocupacional, para obtener la mejoría de la habilidad de las extremidades superiores que le permita al paciente por sí mismo comer e higienizarse y así obtener mejor estado bucal.

Muchas veces por falta de contacto social son aprensivos, pero con CTA (Cuidados Tiernos y Amorosos) indispensables para todo niño, según expresión del Dr. Fox^(7, 8) y usando premedicación tranquilizante, coordinada por el equipo de salud, es posible lograr su atención bajo anestesia local; los benzodiazepóxidos, psicofármacos bloqueadores interneuronales de acción relajante muscular, mejoran los trastornos musculares y son además ansiolíticos⁽¹⁾.

Los pacientes DCM (Disfunción Cerebral Mínima)^(7, 9) presentan diferentes signos y síntomas: inestabilidad

emocional, impulsivos y agresivos, faltos de atención, hiperquinéticos, con reflejos violentos y asimétricos, el 50% presentan EEG con signos de sufrimiento cerebral, tienen dificultad en la interpretación de los símbolos visuales y auditivos por disfunción del sistema nervioso central. La medicación pertinente y la sicoterapia ayudan en el control, por lo menos de la conducta y del aprendizaje y los mejoran como pacientes odontológicos^(1, 8). La medicación dilantinica anticonvulsionante produce hiperplasia gingival, sobre todo en pacientes con mala higiene bucal; en algunos casos se puede sugerir al neurólogo o siquiátra un cambio de medicación e insistir en el control de la placa bacteriana.

La epilepsia se caracteriza por episodios de pérdida de conocimiento y de la actividad voluntaria de pequeña duración, en el pequeño mal, lo que no representa dificultad en el tratamiento odontológico^(7, 9). El ataque del gran mal es mucho más violento, hay pérdida de conocimiento, las pupilas se dilatan, los ojos giran, el cuerpo sufre contracciones clónicas y tónicas que detienen la respiración, por lo que entra en cianosis; se presenta también salivación profusa, sudoración, evacuaciones intestinales y vesicales involuntarias. El odontólogo, si el paciente sufre un ataque de este tipo, debe evitar que el niño se lesione, colocando entre las arcadas dentarias un trozo de plástico para que no se muerda la lengua, traccionar de ésta si hay espasmo laríngeo, y colocarlo en espacio libre, aunque sea el suelo⁽⁹⁾. Los episodios convulsivos pueden ser debidos a trastornos emocionales desencadenantes, en ca-

sos de atención odontológica sin introducción correcta a la Odontología.

El Síndrome de Down o mongolismo da caracteres físicos fácilmente detectables; son niños cuyo comportamiento no siempre es igual: el tipo apático oligofrénico demuestra placidez e inercia, son afectuosos, amables, alegres, imitadores y por la música y el ritmo se les puede atraer⁽⁸⁾; con una buena introducción al tratamiento odontológico pueden ser buenos pacientes. El tipo exitable es inquieto, emite bufidos por intolerancia, es realmente negativo o agresivo; su tratamiento es difícil⁽¹⁰⁾.

Las desafuerentaciones sensoriales, como De Ajuriaguerra⁽¹¹⁾ engloba a la afasia y a la ceguera, son incapacidades físicas que producen características psicológicas; en el ciego: ansiedad, dependencia del adulto, falta de agresividad, rechazo a la competición y sensibilidad a la frustración.

Estas características no están todas relacionadas con su déficit sensorial, sino con el ambiente familiar y las características del medio. El sordo congénito puede desarrollar inteligencia práctica casi normal, si es correctamente estimulado, aunque con ligero y lógico retraso, que disminuye con la edad. Si la incapacidad aparece entre los 5 y 10 años, comporta inseguridad y ansiedad, que determinan necesidad de dependencia y afectos considerables. A veces son niños ansiosos, inseguros y tristes o, por el contrario, coléricos y violentos⁽¹²⁾.

Los signos exteriores no tienen igual sentido en los niños con défi-

cit sensoriales, por lo que debe emplearse un código personal; tienen un déficit primario, que ocasiona una organización particular de la personalidad, más un déficit secundario por inadecuación a las exigencias del medio donde se desarrolla. Cada uno de esos niños tienen umbrales de emergencia diferentes, los que dependerán principalmente de la actitud de sus padres como intérpretes del mundo que no ven o que no oyen; si los padres son intérpretes inteligentes, aflorarán más rápido, si son sobreprotectores, por el contrario, no les permitirán su afloramiento^(10, 11, 12).

Los padres son necesarios en las primeras visitas de este tipo de niños al odontólogo, hasta que se logre la comunicación directa entre odontólogo y niño, que es el ideal. En cuanto a la postura profesional, los CTA al niño, no deben ser tantos que la empatía creada con el niño incapacitado o con su madre o constelación familiar, interfiera con el tratamiento adecuado^(1, 11).

En los padres del niño incapacitado y más cuanto mayor es el grado de incapacidad, se crean fantasías de culpa⁽¹⁾. Fantasías, en el significado psicoanalítico, es el contenido mental inconciente y que no puede hacerse conciente en forma directa^(1, 12). Esas fantasías de culpa se vuelcan en el niño enfermo sobreprotegiéndolo y mimándolo, cuando justamente lo que sienten es deseo de destruirlo o torturarlo por el dolor que les produce.

Cuando ese niño incapacitado llega al consultorio, la madre o los padres transfieren sus sentimientos al profe-

sional; lo están involucrando en el juego de estas fantasías, lo han elegido, y es el intérprete de los problemas del hijo. Se da una situación triangular que puede comprometer la objetividad del tratamiento^(1, 13). Si el profesional no tiene superadas sus experiencias personales, tiene un punto ciego y se identifica con "el pobre niño" o los injustamente "desgraciados padres", en general no logrará tratar a ese paciente. Puede suceder lo contrario: al captar el deseo fantasioso de muerte o tortura de los padres, se identifica con esa fantasía, pero inconscientemente rechaza el hacerlo y por eso se niega atender al niño; es por supuesto preferible, pero debe derivarlo a quien corresponda.

Pienso con el Dr. LACAN⁽¹⁾, lumbrera del pensamiento psicoanalítico, que un profesional en su acto terapéutico, no necesariamente debe hacer coincidir su deseo con el de los padres. Si uno decide atender niños discapacitados debe mantener objetividad en sus decisiones de tratamiento⁽¹⁾, y no hacerse depositario de los aspectos agresivos o escapistas de los padres; así como también comprender las fantasías del niño incapacitado⁽¹²⁾.

El odontólogo, como ser humano, tiene entre otros, dos tipos de sentimientos: esperanzas o amor y temores u odio. Las esperanzas son la posibilidad de establecer relaciones positivas y enriquecedoras con su paciente. Los temores son relativos al deseo de vengarse y destruir, o ser destruido por el paciente. Un profesional que desea atender pacientes conflictuados, más o menos agresivos

o emocionalmente inestables, debe reconocer que en sí mismo hay muchos de estos rasgos, lo que determina una creciente tolerancia, apoyada por una mayor firmeza, y de ahí la posibilidad de entablar relaciones más positivas. Debe ser tolerante y soportar al niño pero no sentir temor a la actitud hostil del chico porque esto se trasmite o se intuye.

El niño de alrededor de 2 años de edad que es generalmente el de menor edad que comienza la atención odontológica, tiene ya una independencia relativa y quiere demostrar su libertad separándose de su madre, pero asegurándose el retorno y sintiendo que no lo abandona⁽⁵⁾. A esa edad el niño se atiende mejor en la falda de su madre o de su mano; si hay mejor relación con su padre, convendrá que éste sea quien lo acompañe.

La boca cumple un papel psicofisiológico: es un órgano al servicio del individuo para la nutrición que le da satisfacción orgánica y emocional; además es un órgano del conocimiento ya que en la fase oral incorpora los elementos del medio al consciente o al subconsciente^(2, 14).

Esta actividad y otras más como órgano de comunicación a través del llanto, sonrisa o palabra, u órgano sensorial de investigación táctil, determina que la boca sea una zona erógena por excelencia, que en el niño que no es bien introducido a la odontología puede restaurarle una experiencia traumática, pues invade justamente su "boca"^(2, 14, 15).

Para poder efectuar los primeros contactos profesional-niño pequeño,

es indispensable una historia clínica que nos ubique en la realidad física, mental y social del paciente; la sola visualización de un niño y sus padres nos dará muchos datos a tener en cuenta en la labor odontológica^(2, 15).

Es importante saber si el niño es campo virgen o ha sufrido traumas físicos o síquicos por iatrogenia médica u odontológica previas, así como importan también traumas síquicos recientes o impactos ocasionados por muerte o desaparición de un familiar querido, accidentes, nacimiento de un hermano o madre embarazada, lo que siente como un desplazamiento antes que el bebé nazca^(1, 13). Si el niño pequeño y normal de alrededor de 2 años vive en un ambiente familiar y social ajustados, favorables⁽⁸⁾, no se puede considerar a priori un paciente incapacitado psicológicamente desde el punto de vista odontológico, hasta que lo enfrentemos a la propia situación odontológica. Importa sí, la entidad de la afección bucal, por su gravedad y extensión, y calcular el número de sesiones para solucionarla. Para las caries de chupete con miel o mamadera, típicas de esta edad, es de gran aplicación la técnica de MASSLER no sólo como terapia odontológica en sí, sino por crear un interludio beneficioso para la introducción gradual en la asistencia odontológica.

Los procedimientos preventivos como fluorotopificaciones, también son útiles en este sentido.

Es muy cierto que para los niños las cosas son bien definidas: hay dolor o no, el área gris de la molestia no existe. No obstante si a un niño en

sesiones sucesivas, lo vamos introduciendo en el conocimiento del consultorio y explicándole con palabras accesibles lo que se le va hacer, yendo de lo más simple a lo más complicado, es muy posible que se logre un paciente que coopere sin temores infundados, pues hay desaparición del temor a lo desconocido y miedos objetivos o subjetivos. La anestesia local es algo que el niño acepta luego de estar bien elaborada la situación odontológica para lo cual ayuda la conducta del profesional cariñosa pero firme, consecuente y limitante de la conducta infantil cuando no es correcta; le da respaldo al niño igual que la madre en el hogar.

Para enfatizar un buen comportamiento se le puede decir: "te portaste como un grande" o "como un campeón", a esto se le llama refuerzo positivo (7, 8), que puede darse tan pronto el niño acceda, aunque sea levemente a comportarse en forma deseada. Otro procedimiento para disminuir la frecuencia de conductas indeseadas es el alejamiento: si el niño llora o se demuestra negativo en un procedimiento terapéutico, el odontólogo retira su refuerzo social, alejándose del niño por algún tiempo, hasta que éste cese en su actitud de negativismo, agresividad o llanto.

Desde el punto de vista psicológico es preferible que el niño exprese su insatisfacción de alguna manera, aunque sea por violencia o llanto (1), pero si la respuesta del niño se mantiene muy violenta o es mucho el llanto o negativismo, hay que saber discernir cuándo es demasiado y optar por otro método que lo ayude a superarse:

premedicación tranquilizante. El odontólogo debe familiarizarse con el uso de determinados psicofármacos, especialmente los ansiolíticos; no deben usarse indiscriminadamente ni a priori, sino darle la oportunidad de manifestarse al niño, y si esa manifestación no es la deseada, ir a la droga precisa en calidad y dosis, las cuales están reguladas de acuerdo a la edad del niño. Hay que recordar que pueden ocurrir reacciones paradójales, cuando las dosis y el tipo de psicofármacos no están regulados correctamente.

Todo lo referido es relativo a niños de corta edad o con retardo mental, cuyo síquismo se puede y hay que prepararlo en la introducción a la odontología, pero los niños con trastornos en la esfera síquica no tienen igual comportamiento que los niños de igual edad mental. Si el paciente tiene un comportamiento que denota gran perturbación emocional o frustración que se manifiesta por verdaderos berrinches, agresividad, negativismo cerrado o chupeteo compulsivo de dedo, se puede estar frente a un niño síquicamente alterado, por lo cual se debe hacer consulta con un técnico de la conducta. El autismo es un fenómeno psicopatológico grave caracterizado por la tendencia al desinterés del mundo y aislamiento de la realidad.

La analgesia con óxido nítrico es un método seguro y eficaz para disminuir la presión frente al tratamiento odontológico; la analgesia debe limitarse a la etapa de analgesia relativa con flujo de óxido nítrico bajo, que no sobrepase de 15 a 20% y

y alto flujo de oxígeno^(3, 7). De esta manera es posible producir relajación del paciente y aumentar su cooperación permaneciendo esa mezcla por debajo de los niveles de excitación⁽³⁾.

Existen pocas contraindicaciones para el uso de óxido nitroso salvo grandes retardos mentales, trastornos emocionales graves o pacientes que reciben medicaciones que contraindiquen específicamente su uso. En USA y Europa está muy difundido el O nitroso, pero en el Uruguay no se utiliza.

La anestesia general debe ser el último recurso de la escala de procedimientos para posibilitar la atención odontológica, deberá reservarse para aquellos casos en que hayan fracasado todos los otros medios citados anteriormente. No capacita al niño para más adelante ser buen paciente, pues no es una experiencia de aprendizaje. Puede entrañar riesgo físico y deja una vivencia síquica de muerte⁽¹⁾. Sin embargo tiene indicaciones precisas:

1.- Niños deficientes mentales graves o profundos, pues no se puede entablar una comunicación que permita utilizar los métodos mencionados.

2.- Niños no cooperadores, después de haberse intentado todos los métodos personales y en equipo o en niños muy pequeños, cuando la gravedad de la lesión bucal no admite dilatación al tratamiento.

3.- Paralíticos cerebrales que manifiesten movimientos involuntarios y extremos que no pueden controlarse.

4.- Niños con cardiopatías congénitas graves, que contraindiquen la excitación y fatiga motivadas por la atención odontológica; niños con epilepsia o lesiones cerebrales debido a la misma causa.

Antes los niños con discrasias sanguíneas, como los hemofílicos, eran atendidos bajo anestesia general, pero actualmente, la atención en equipo con el hematólogo permite obviar la anestesia general, ya que el hematólogo se encarga de la preparación preoperatoria y el control del paciente durante la intervención y en el posoperatorio.

RESUMEN

Es imposible dar consejos acerca de lo que debe hacerse en cada caso individual, lo que importa es promover una filosofía de conducta y una metodología de trabajo para proporcionar atención eficaz, basada en la comprensión de la significación subyacente en la conducta que el niño adopta en un momento determinado, y qué proyección tendrá a lo largo de su vida.

Antes de hacer un plan racional de tratamiento en un niño pequeño o en un niño con retardo mental, al odontólogo debe considerar qué capacidad tiene su paciente para aprender algo de la situación y salir de la experiencia con una actitud positiva: la aptitud de buen paciente odontológico.

CONCLUSIONES

La filosofía de conducta del odontopediatra debe estar orientada siempre a formar buenos pacientes odon-

tológicos y crear en ellos y sus padres un correcto concepto de salud integral.

La metodología de trabajo debe basarse en la comprensión de la conducta del niño, sea éste normal o con una mayor o menor incapacidad, interesándose por realizar una buena historia clínica con datos del entorno familiar, social y cultural del paciente, para determinar entonces qué capacidad tiene el niño para salir de la experiencia odontológica con una actitud positiva.

El plan de tratamiento en el niño incapacitado debe ser elaborado por un equipo multidisciplinario ajustando su aplicación a la individualidad de cada niño.

SUMMARY

The pedodontist's management philosophy has always to be directed to form good patients for dentistry and to create on them and their parents a good integral health concept.

The work method has to be founded on the comprehension of the child's behaviour, either he is normal child or he has a greater or minor disability, being interested to a clinical lecture with important data of the familiar, social and cultural circle of the patient, then to determine the child capacity to close the dental experience with a positive attitude.

The treatment planning in the handicapped child has to be elaborate by a multidisciplinary teamwork, adjusting its use to the each child's individuality.

BIBLIOGRAFIA

1. Magariños, J.A. Siquiatra Sicoanalista, Comunicaciones personales.
2. Gómez Herrera, B. Odontopediatría I. Psicología aplicada al manejo del niño. Ed. Celsuis SRL Bs. As. Argentina (1967).
3. Punwani, I. Clases dictadas durante el Quinto Curso de Odontopediatría Social. Cen-

- tro Médico, Escuela de Odontología, Universidad de Illinois, Chicago (1977).
4. Bauzá, C.A. Semiología física y semiotécnica del lactante. Ed. Oficina del Libro FUC. Montevideo, Uruguay. (Mayo 1974).
5. Harris, M. y otros. Su hijo año a año. Ed. Paidós Bs. As. Argentina (1973).
6. Gesell, A. y otros. Psicología evolutiva de 1 a 16 años, Cuarta Edición. Ed. Paidós Bs. As. Argentina (1963).
7. Clínicas Odontológicas de Norte América. Odontología para el niño incapacitado. Director Huésped Dr. Lawrence A. Fox. Nueva Editorial Interamericana. México. Primera Edición en Español (1974).
8. Newcomb, M.A. Profesora de Educación Especial, Sicóloga, USA. Conferencia Facultad de Odontología (Abril 1979).
9. Finn, S. Clinical Pedodontics. Fourth Edition. Saunders Company Philadelphia, London and Toronto (1973).
10. Gesell, A. y Amatruda, C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Ed. Paidós Bs. As. Argentina (1966).
11. De Ajuriaguerra, J. Manual de siquiatría infantil. Segunda Edición. Ed. Toray-Masson, Barcelona, España.
12. Prego Silva, L. y otros. Importancia de las fantasías inconscientes en las enfermedades del niño. Inédito.
13. Salzberger-Wittemburg, I. La relación asistencial. Amonosta Editores, Bs. As. Argentina (1973).
14. Odontología Panamericana. Paidodencia (Primera Parte). Volumen 1 - N° 1 Editorial Médica Panamericana. Bs. As. Argentina (Enero - Marzo 1973).
15. Rossetti, H. Odontopediatra Bs. As. Argentina A.O.U. Montevideo, Uruguay, Clases (1979).