

870122

54  
2ej

**Universidad Autónoma de Guadalajara**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MANEJO PSICOLOGICO DEL NIÑO MALTRATADO EN  
EL CONSULTORIO DENTAL.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ANTONIO LEON FONG

Asesor: Dra. Mónica M. Nuño González

GUADALAJARA, JAL.

1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

INTRODUCCION.	5
CAP. I ACTITUDES PATERNAS QUE INFLUYEN SOBRE EL DESARROLLO PSICOLOGICO - DEL NIÑO.	7
1.1 ACTITUDES CONVENIENTES.	10
1.2 ACTITUDES INCONVENIENTES.	12
CAP. II INSTITUCIONES QUE PROTEGEN LA SEGURIDAD DEL NIÑO.	19
2.1 LEYES QUE RIGEN LA PROTECCION DE LOS NIÑOS MALTRATADOS.	27
CAP. III PAPEL DEL DENTISTA EN EL TRATAMIENTO - DENTAL DEL NIÑO MALTRATADO.	30
CASUISTICA.	43
CONCLUSIONES.	48
BIBLIOGRAFIA. .	51

## INTROCUCCION

## INTRODUCCION

Una pequeña inquietud me ha motivado para llevar a cabo esta investigación que ayude a canalizar la problemática que cada día se hace más frecuente como es el maltrato a -- los niños.

El odontólogo deberá tener la suficiente habilidad en el manejo del niño para poder detectar la presencia de una conducta anormal durante la primera cita, no importando el tiempo preciso que dedique para auscultar aspectos claves - que lo puedan ayudar a descubrir si el niño tiene problemas en el seno familiar.

Una vez identificado el problema es deber del odontólogo comunicar con "táctica" al padre del cuidado especial que necesita el niño y de ser necesario sugerirle la canalización a instituciones dedicadas a los diferentes casos sobre la conducta de los infantes y posiblemente de los padres. Lo anterior ayudará a odontólogos a tener óptimos resultados en el tratamiento de niño.

A la vez que podrá participar en la ayuda humanitaria hacia la sociedad.

## CAPITULO I

ACTITUDES PATERNAS QUE INFLUYEN SOBRE  
EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

Mucho se ha hablado acerca de la tendencia general de los seres humanos a ser agresivo y acerca de las muchas formas en las que esta tendencia se manifiesta. Quisiera referirme aquí a una muy especial: La agresión a los pequeños y la violencia que la acompaña. ( 9 )

Las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse. Frecuentemente, los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otro hacia sus hijos. Esta falsedad no es eficaz. Si ambos padres muestran una perfección irreprochable, el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación. ( 10 )

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto. Los padres toman ciertas actitudes dándose perfecta cuenta de que no están creando ambientes favorables para el niño, y sin embargo, no se preocupan demasiado por las consecuencias. Otros padres tienen estas actitudes defectuosas, pero sin darse cuenta de sus sentimientos hacia los hijos, y olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente por ellas. Baste decir que los padres pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de sus hijos.



En nuestra especie no existe un determinismo genético orientado al cuidado de los niños, como acontece en otras - especies de animales inferiores. El cuidado de un bebé no - es privativo de la mujer que ha sido embarazada y que ha da do a luz un niño. La habilidad de cuidar a los niños puede obsevarse en los hombres, padres adoptivos, enfermeras, tías solteras y en otras personas que nunca han experimentado un embarazo. ( 7 )

Los patrones de atención a los niños se aprenden en - los primeros años de vida. Así, cuando experimentamos la - tarea de cuidar a un niño, encontramos dos tipos de memorias profundas, inconscientes que se reviven: una es la evocación de la sensación de ser niño pequeño, la otra la memoria del trato recibido por los padres. Estas dos formas de memoria, determinarán automáticamente las formas en las cuales se ex presará la función de cuidar a un niño, si la vida precoz - fue buena, el tipo de actuación de los padres será bueno y cualquier déficit se puede corregir fácilmente mediante un tratamiento. Si la vida temprana fue hostil por abandono o abuso, habrá una gran invalidez de la habilidad para ser pa dre y el tratamiento será más difícil.( 9 )

En seguida se señalan las actitudes convenientes e in convenientes de los padres hacia sus hijos.

## I. I ACTITUDES CONVENIENTES.

Si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados y se comportarán bien. Si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro. Los padres siempre quieren dar a sus hijos todas las ventajas que ofrece la vida, aun cuando --- ellos no las hayan tenido en su niñez. Los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas.

( 4 )

Corregir es educar, pero educar primordialmente con el ejemplo, no simplemente con las exhortaciones palabreras, y los padres deben dar ejemplo de una conducta recta, para los hijos puedan imitarlos, y así poder lograr el cumplimiento de este deber, que es corregir y castigar sin golpear.

( 9 )

El aprender a aprender es una habilidad adquirida que debe enseñarse cuando el niño es pequeño, para que en la vida posterior sea un individuo pensador, inteligente.

Durante las primeras etapas del desarrollo de un niño, él necesita aliento de los adultos para lograr confianza en sí mismo. También necesita estímulo y sensación de seguri-

dad. En esta edad es importante para el niño una imagen de orden y rutina, porque hay tanto atareamiento y confusión a su alrededor que necesita "señales" familiares en las que pueda confiar.

Es sano y bueno que recalque la limpieza ante su hijo, pero si no está viviendo en un ambiente limpio, hallará difícil entenderlo. Poner un buen ejemplo con lo que se haga, beneficia mucho más a un niño que una explicación larga y - sin significado. ( 6 )

Como padres, deben aprender a dar a nuestros hijos una oportunidad de confiar en sí mismos y hacerlo con paciencia y comprensión. ( 6 )

Debe enseñársele independencia al niño y usted, el padre, tiene que resistirse a la tentación de "ayudar", si le interesa su bienestar y su desarrollo futuros. Un padre capaz de educar bien a un hijo y luego dejarle ir, es mucho mejor padre que uno que forma una criatura dependiente, atendida, que no puede dirigir su propia vida. ( 6 )

Los padres deben adoptar una actitud hacia sus hijos fundamentalmente amor, protección, aceptación, estimación - propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que ca-

da niño llegue a la madurez como individuo bien centrado.

## I. 2 ACTITUDES INCONVENIENTES.

Los patrones abusivos casi siempre fueron maltratados durante sus primeros años. Este comportamiento se trasmite de generación a generación, los padres abusivos se criaron sintiéndose no queridos y por ello tuvieron que colocar sus necesidades de sus padres. Como resultado, viven intensos deseos insatisfechos y anhelan ser queridos, amados y respetados. Más tarde identificándose con sus padres, dan prioridad a sus propias necesidades y esperanzas pasando por alto las necesidades de sus propios hijos, así sales un modelo calcado de la forma en que se les trató a ellos mismos.

( 9 )

Además no comprenden a los niños, sólomente piensan que éste debe comportarse de tal forma que los padres se sientan satisfechos, están también convencidos de que el castigo sirve para corregir el mal comportamiento y que su aplicación es totalmente permisible desde la temprana edad del niño.

Estos padres no difieren de los otros por la cantidad o calidad de su potencial de violencia, sino que han fracasado en el dominio de este potencial, por no haber adquirido la capacidad de abstraer, de simbolizar y desplazar la -

cólera derivada de la frustración de sus deseos. Se sienten ofendidos por sus hijos pequeños, porque éstos le recuerdan una situación pasada personalmente frustrante que ellos mismos no fueron capaces de dominar y asimilar. Es decir, al no haber tenido gratificaciones propias de la infancia, les falta fuerza y se sienten degradados, tienen una imagen de sí mismos muy degradada. Crecen con esta imagen y cada vez se sienten más frustrados y más necesitados de cariño; especialmente las mujeres que no encuentran en su apoyo, se vuelven más vulnerables. ( 7 )

Las situaciones más frecuentes encontradas en los grupos de los padres y adultos que rechazan y maltratan a los niños han sido: antecedentes de frustración y de tensión crónica, evidente falta de afecto entre los padres, incompatibilidad social entre estos, pleitos frecuentes, desilusión de uno de los cónyuges respecto de otro, falta de consideración del marido por la esposa, disgustos o temor de la madre ante los embarazos, matrimonio obligado o combatido por los parientes, interrupción de la carrera profesional o de las actividades de la madre por el nacimiento del niño, demasiados niños muy pequeños o no deseados. ( 7 )

El modelo de conducta de la persona que abusa puede ser de tensión crónica con pérdida súbita del control mental de la situación, desencadenada por un ataque de llanto del

niño o por pañales sucios, por ejemplo. Por otra parte, el ofensor puede poseer tendencias sádicas bastante burdas que dan por resultado episodios repetidos y premeditados de tortura física.

En muchas ocasiones los agresores generalmente son los padres o tutores, pero es más frecuente que la madre agrede al hijo porque esta pasa más tiempo con él que el padre; no obstante, el padre, el padrastro, el padre adoptivo, la niñera, el amante, el pariente lejano o el hermano pueden también ser ofensores. ( 11 )

Los padres agreden a sus hijos por: no poder mantener los, llanto, desobediencia, hacer travesuras, no controlar esfinteres, pedir limosna, comida, por no traer dinero, etc. ( 7 )

Generalmente los padres son descriptos como pobres de deempleados, en asistencia pública; mal educados; alcohólicos o drogadictos; tienen mala salud física y mental; están aislados socialmente. ( 5 )

Las más frecuentes formas en que un padre agrede al hijo son: quemandolos (cigarros, hierros calientes, tenazas o brazos) azotes con reatas mojadas, cuerdas, varas y tablas de madera; asfixiandolos; ayuno prolongado, dejarlos hinc-

dos sobre corchalatas, bañarlos con agua helada y encerrarlos o amarrarlos en cuartos y letrinas; haciendoles lesiones con arma blanca y en menor grado por arma de fuego. ( 7 )

Los malos tratos pueden generar multiples resultados de lesiones físicas o mentales o ambas simultaneamente y que estas pueden ser susceptibles de recuperación o bien irreversibles con secuelas definitivas. ( 11 )

Una de las ironías de la vida es que muchas personas que quieren hijos no los tienen, mientras que muchas que los tienen no los desean. Algunas rechazan abierta y brutalmente a sus hijos, aun hasta el punto de abandonarlos en botes de basura y golpearlos y matarlos de hambre; otras son más sutiles, pero a menudo los resultados son los mismos.

Estos niños acumulan odio y hostilidad que luego lanzan en represalia contra las personas y sus propiedades. En casos extremos, llegan a ser los agresivos no socializados que no temen al hombre ni a la bestia, y que exhiben un compulsivo deseo de venganza. La tendencia futura de los niños maltratados es que se conviertan en asesinos, ladrones, violadores y perpetradores de la violencia de nuestra sociedad. Un gran porcentaje de estos niños que sobreviven quedan lisiados mentalmente, retrasados físicamente, heridos sin remedio o psicológicamente mutilados. ( 10-11 )

Las consecuencias mentales a causa de los malos tratos son: retraso del crecimiento y mental; hemiplejía; epilepsia; invalidez motoras o sensoriales. ( 11 )

La actitud que mantiene posteriormente ante la sociedad es de desconfianza y de recelo, hostilidad y venganza, justifican su hostilidad creyéndose malos y que nadie los quiere.

Se describe también que estos niños tienen una pobre respuesta a los estímulos del medio; su energía para utilizar la disponibilidad de los medios externos para crecer, aprender, y ganar dominio sobre el ambiente, se encuentra empobrecida. El niño golpeado solamente presenta antipatía, desgano y en el extremo letargo; crece en un mundo que no le despierta interés, no se apasiona con nada y el futuro solamente le produce apatía. ( 7 )

Esta situación de depresión aunada a el resentimiento y falta de confianza en llegar a ser querido y aceptado, determina la improductividad y la apatía en el futuro del niño golpeado. ( 7 )

Mencionamos comportamientos extremos en los padres:

Protección exesiva; a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades pre-



sentos, el impulso protector de los padres puede volverse - excesivo e interferir en la educación normal del niño. Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, su misos y temerosos. Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les - rodea. ( 4 )

Rechazo; existen varios grados de rechazo ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse - por nadie. ( 4 )

Ansiedad excesiva; se caracteriza por preocupación - excesiva, por parte de los padres por el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mismo. No le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran mucho -- las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad. ( 4 )

Dominación; los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No lo aceptan como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados.

Identidad; los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. ( 4 )

CAPITULO II .

INSTITUCIONES QUE PROTEGEN LA SEGURIDAD DEL  
NIÑO MALTRATADO.

Uno de los graves problemas que laceran a la población de menores en México, la constituye el llamado "Síndrome -- del Niño Maltratado", que para el objeto de nuestro estudio y con apego a la doctrina jurídica, llamaremos exclusivamente "Maltrato de Menores".

Se han establecido estrategias a superar estas situaciones que laceran en forma significativa a nuestra niñez, creando sistemas de investigación especializada, evaluación, prevención y tratamiento. ( 7 )

La investigación, mediante el seguimiento de casos -- particulares, que permita observar todos los parámetros que influyen o puedan incluir en la problemática, con objeto de estudiar y proponer la solución más adecuada en condiciones generales y particulares. ( 7 )

De evaluación, que nos permite conocer en forma permanente, cuantitativa y cualitativamente, las condiciones -- en que se desencadena el fenómeno a nivel local, regional y nacional, y estamos en posibilidades de conciliar nuestros recursos institucionales para su atención más eficaz, eficiente y congruente.( 7 )

Los sistemas de prevención, sustentados en los anteriores, a través de programas concretos, encaminados a la pro-

moción del bienestar social, por medio del Sector Salud --- (DIF, IMSS, ISSSTE, SSA), proporciona entre otros, la seguridad física y moral de la niñez. ( 7 )

Para el tratamiento, se ha establecido una amplia --- coordinación y colaboración de diversas instituciones que -- convergen para tal efecto, de donde debemos destacar las -- que realiza nuestro Sector Salud, con los órganos que lo -- componen, señalándose dentro de ellos los que prestan servicios jurídicos a los menores y a las familias, cuando se afectan intereses de los primeros o se atenta contra la seguridad o integridad de las segundas; los encargados de los - servicios sociales, de salud mental, unidades de perinatología, pediatría, rehabilitación, nutrición y alimentación, - medicina preventiva, odontología, etc. ( 7 )

En este orden de ideas, han llevado a cabo cursos de capacitación para personal especializado, celebrado Reuniones Regionales y Congresos Nacionales de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia, a los que concurrieron Procuradores Generales de Justicia y Presidentes Supremos Tribunales de Justicia de todo el país, con los Titulares de la Procuraduría General de la República y Suprema Corte de Justicia de la Nación; Simposios Nacionales, donde se han venido ventilando las tesis de los más connotados especialistas sobre el particular; así como los trabajos de las --

áreas competentes de la Comisión Nacional del Niño, esfuerzo que ha cristalizado en un apoyo a los derechos de los menores. A través de la reforma en adición al Art. Cuarto -- Constitucional, Ley Suprema del país, consagrando en forma textual el deber de los padres de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, facultando a las leyes secundarias la determinación de los apoyos para su protección a cargo de las instituciones públicas. ( 7 )

Congruente con lo anterior, el Sector Salud, en la problemática de maltrato a menores, realiza específicamente por la relevante significación jurídica, médico y social, acciones a través de la Dirección de Asuntos Jurídicos y la Dirección de Servicios Médicos, mismas que tienen una estrechísima coordinación a través del Instituto Nacional de Salud Mental, tiene la responsabilidad de la investigación -- científica de las causas, el tratamiento y la prevención de las alteraciones de la salud mental en los niños y jóvenes, incluyendo, por supuesto la atención a mayores cuando son ellos, como agresores de sus propios hijos o dependientes, quienes requieren la atención. ( 7 )

A su vez, la Dirección de Asuntos Jurídicos del Sector Salud, por conducto de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia y de Servicios Sociales, presta organizada

y permanentemente servicios de asistencia jurídica y social a los menores y a sus familias, en asuntos compatibles con los objetivos del Sistema, teniendo siempre dentro de sus finalidades, la investigación y la prevención de la problemática jurídica del menor sujeto a malos tratos. ( 11 )

En el cumplimiento de este objetivo, el Sector Salud contempla metas inmediatas que se podrían reducir a la detención y asistencia a menores maltratados; y mediatas, en cuanto a la estimación del problema dentro de nuestra sociedad para establecer y conducir programas de orientación y prevención a grupos e instituciones afines, así como prestar asesoría y capacitación en la materia a los sectores de salud estatales.

La organización y procedimientos de las unidades responsables de las acciones que el Sector Salud realiza en -- cuanto al maltrato de menores, se dividen en tres áreas: a) Asistencia y Rehabilitación; b) Investigación; y c) Prevención.( 12 )

Dentro del área de Asistencia y Rehabilitación, los procedimientos específicos son: a) Recepción de las denuncias; b) Verificación y detección del caso; c) Canalización al área jurídica, al área médica y al área de trabajo social para los efectos de sus respectivas competencias.

La recepción de las denuncias a cargo de la propia Dirección de Asuntos Jurídicos, se atiende las veinticuatro horas del día, procediéndose a distinguir el tipo de denuncias, según su procedencia, en Institucional, anónima y confesión voluntaria, siendo todas importantes, pues la institucional les llega a través de instituciones médicas, de la Procuraduría General de Justicia, de escuelas, de Centros de Desarrollo de la Comunidad del DIF, Centros Familiares, etc. En las raras ocasiones en que se levanta una denuncia por esta causa, han sido los vecinos quienes la hacen. Y pocas veces la madre, el padre o los familiares. En contadas ocasiones ha sido un médico quien ha hecho la denuncia, quedando demostrada la indiferencia que ante esta situación adopta la mayor parte de la sociedad. ( 12 - 11 )

De inmediato, se procede a la verificación de la denuncia, con una investigación inicial y la realización del estudio socioeconómico de la familia del menor. Si esta denuncia resulta ser falsa, porque así lo indique la verificación, se procede a su archivo, como ocurre, afortunadamente, en un gran número de los casos. Cuando ésta es cierta, se deberá canalizar a las tres áreas, la jurídica, la médica y la social. Por lo que toca la jurídica, los casos de maltrato a menores se hacen del conocimiento del Ministerio Público y de las autoridades jurisdiccionales correspondien-



tes, a fin de que resuelvan lo que en derecho proceda en -- cuanto a la patria potestad, custodia o tutela. La investigación que realiza el Ministerio Público de los malos tratos a los niños, implica una serie de cuestiones médico-legales que serán materia de estudio en este apartado: pues -- si bien las consecuencias de estas conductas son generalmente lesiones u homicidio, las circunstancias propias en que se realizan tales hechos, hacen necesario que el investigador se conduzca en forma especial ante estos casos. La detección puede no resultar fácil, pues los agresores ráraramente confesarán su conducta; por lo tanto, el Agente del Ministerio Público debe ser sumamente cuidadoso, agudo y perspicaz para que sea capaz de detectar, por sí mismo o con el auxilio de peritos, situaciones de malos tratos. ( 12-11 )

En el área médica se atienden los casos en que el menor requiera atención proporcionada en la clínica del niño maltratado, el diagnóstico y la terapia correspondiente.

Por último, en el área social, se dará orientación general a los menores y a sus victimarios, se llevarán a cabo las gestiones adecuadas, cuando el caso amerite albergue -- temporal, y se hará la coordinación necesaria para atender al menor. ( 12 )

En materia de investigación, se efectuará el segui-

miento de casos particulares, de manera que permita observar todos los elementos que incluyan o puedan influir en esta problemática, con objeto de sacar patrones, con fines de estudio, para proponer, posteriormente, soluciones más adecuadas en condiciones generales y particulares. ( 12 )

Las acciones de prevención, como ya se dijo, se han logrado a través de programas concretos, todos encaminados a la promoción del bienestar social, por medio del óptimo desarrollo integral de la familia, pues en ella es donde debemos encontrar el elemento básico y fundamental para el desarrollo integral del menor, ya que es dentro de la familia, en donde debe generarse la existencia del hombre como ser racional, rodéandose de un ambiente cordial en preparación para vivir en sociedad, pero, fundamentalmente, debiendo prodigarse el amor a sus semejantes, pues es éste, el elemento más armonizante que existe.

En la coordinación clínica por:

- Dos trabajadores sociales psiquiátricas;
- Cinco psiquiatras infantiles;
- Dos psicólogos;
- Una enfermera psiquiátrica;
- Un pediatra y personal de la Dirección de Asistencia Jurídica, con el apoyo de los servicios de Neurología, Ciencias Sociales, Laboratorio y Gabinete. ( 12 )

La identificación del abuso de niños en su aparición más temprana permite la institución de medidas sociales correctivas y psicoterapia y el retiro temporal o permanente del niño lesionado y de sus hermanos del medio familiar hostil. Identificación, información y tratamiento del abuso de niños representan el ideal en la medicina y constituyen los conceptos fundamentales para una intervención interdisciplinaria por parte de los campos médico y paramédico, las agencias sociales y de beneficencia y el personal de ejecución de la ley. ( 14 )

El objetivo es corregir o mejorar los factores etiológicos para restaurar la constelación familiar o cuando menos proteger al niño hasta entonces indefenso y sin protección. El dentista desempeña una función en el descubrimiento del abuso de niños en virtud de su situación de profesional de asistencia de la salud, como se expondrá más adelante. (14 )

#### LEYES QUE RIGEN LA PROTECCION DE LOS NIÑOS MALTRATADOS.

En nuestro país la legislación mexicana establece derechos y obligaciones para el ciudadano, recapitulado en el Art. I y 4 de la Constitución Mexicana que establece; pasando a la materia de que nos ocupa, nuestra legislación civil establece la obligación con respecto de los paterfamilias -

de cumplir con lo establecido por los Art. 16, 357 y 362 de la ley en comento que establece:

Art. 16. La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos que señala este código.

Art. 357. Los padres están obligados a dar alimentos a sus hijos. A falta o por imposibilidad de los padres, la obligación recae en los demás ascendientes por ambas líneas que estuvieren más próximas en grado.

Art. 362. Los alimentos comprenden la comida, el vestido, la habitación y la asistencia en casos de enfermedad. Respecto de los menores los alimentos comprenden, además, los gastos necesarios para la educación primaria del alimentista, y para proporcionarle algún oficio, arte o profesión honestos y adecuados a su sexo y circunstancias personales.

( 2 )

Habiendo señalado las conductas y obligaciones que deben asumir los parterfamilias con relación a la institución del matrimonio, al incumplir con las disposiciones antes a-

ludidas, estarán incurriendo en el hecho generador encuadrando éste, en el capítulo especial del Código Penal del - Estados de Jalisco referente a los delitos del abandono de los familiares y personas:

Art. 183. Se impondrán de seis meses a dos años de prisión, independientemente de las sanciones a que se haga acreedor por otros delitos que resultaren, a quien sin motivo justificado incumpla respecto de sus - hijos, cónyuge o de cualquier otro familiar con el que tenga obligación alimentaria, el deber de suministrarle los recursos suficientes para atender sus necesidades de subsistencia.

Art. 230. Se impondrá de un mes a cuatro años de prisión, - suspensión hasta por cinco años de los derechos - de patria potestad o tutela, según el caso y privación del derecho a heredar del ofendido, al que abandone un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma, poniendo en peligro la - salud o la vida de ellos, siempre que tuviere la obligación de cuidarlos. ( 3 )

## CAPITULO III

### PAPEL DEL DENTISTA EN EL TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO MALTRATADO.

## MANEJO DEL NIÑO NORMAL EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompaña a los tratamientos dentales. El Odontólogo tendrá éxitos más duraderos al manejar al paciente - si trata de reconocer los problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de cómo impresiona el Odontólogo al niño y cómo va a ganar su confianza. ( 4 )

Si se esta tratando con un niño asustado y temeroso, deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista. Si es posible, el Odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es -- crítico. Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. ( 4 )

La veracidad del dentista es esencial. Franqueza y - honestidad serán rentables con los niños. Al niño deberá - decirsele en manera natural, que a veces lo que hay que rea

lizar produce algo de dolor. También puede explicársele -- que si avisa cuándo le duele demasiado, el dentista parará, o lo arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras, y deberá recordarse esto al niño antes de cada operación dental. ( 4 )

A veces, los niños gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente. La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Cuando estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria, en ese momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que tiene que decirse. ( 4 )

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que se le va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, se le habla al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá haber malicia en su voz, puede que la admonición surta efecto, aunque crea que pa-



ciente no lo oye. Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que es to puede ser y cómo estos niños su vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de lo que se hizo - fue para su propio bien. Generalmente, se convierte en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y - solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya his térico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados.

Procedimientos disciplinarios como este pueden requerir mucho tiempo. Los odontólogos muchas veces observan que no tienen suficiente tiempo para adiestrar a los niños. Si uti lizar una hora para adiestrar al niño a ser buen paciente le va a asegurar que ese niño será paciente suyo toda la vida, esa hora le habrá enormemente a establecer comunicación. ( 4 )

Utilizando este método no se producirán traumas psicológicos y a medida que pasa el tiempo el niño estará esperan do su visita dental con alegre anticipación. No estamos declarando que esta sea la única técnica o la mejor. ( 4 )

No demuestre nunca exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente. No le dé la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado elevada. Trate al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Recuerde que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro. ( 4 )

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmita a su paciente. Si el dentista no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. ( 4 )

Los niños no deberían ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el maltrato emocional y física, también de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales, y la visita al dentista solo añadiría más ansiedades y desconcierto. En estos momentos, será muy difícil lograr cooperación, y pueden encontrarse dificultades emocionales.

Cuando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conservación, en palabras e ideas. No tiene ningún valor usar palabras demasiado difi-

ciles que el niño no puede comprender. Hablar demasiado -- confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Utilice palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la edad de su paciente. A casi todos les gusta que el odontólogo hable de algo que les resulta interesante. Aleje sus mentes de los procedimientos dentales, ya que están interesados en lo que se está diciendo. ( 4 )

#### PAPEL DEL DENTISTA CON EL NIÑO MALTRATADO.

El síndrome del niño maltratado se aplica al infante o al niño que ha tenido lesiones severas repetitivas las -- cuales involucran la fractura de huesos, lesiones internas, lesiones de la piel repetitiva severas ( cicatrices y quemaduras ) con o sin fracturas o daño del sistema nervioso central. ( 15 )

Cada vez más dentistas afectados en el tratamiento de situaciones de emergencia han sido los primeros en observar o referir casos de sospecha de abuso infantil, cuando el paciente les fue traído para el tratamiento de heridas traumáticas, uno está obligado por ley, en la mayoría de los casos, a denunciar casos de sospecha de abuso infantil a la -- agencia de bienestar infantil más cercana, tan pronto como sea posible. ( 8 )

Se ha declarado que la cabeza es un área común de lesión por abuso de niños; con frecuencia la cabeza es un blanco porque tipifica mejor el "yo" del niño atacado. Este hecho tiene aplicación práctica para el dentista, porque la lesión de las estructuras bucales y faciales pueden hacer que el paciente busque asistencia dental para las lesiones relacionadas. ( 14 )

Las manifestaciones bucales en el niño maltratado o con el que se ha abusado representan una extensión de las fuerzas dirigidas a la cabeza e incluyen cualquier lesión traumática de la dentición, de estructura mandibular o de tejidos blandos bucales. Traumatismos de labios en forma de laceraciones o contusiones, dientes fracturados o avulsionados, fracturas agudas de mandíbulas y lesiones de lengua son expresiones comunes de tal violencia, aunque su origen sea inespecífico. Los frenillos labiales, también pueden estar lacerados. ( 14 )

La presencia de los dientes con discromías o desvitalizados o la evidencia radiográfica de antiguas fracturas de mandíbula pueden representar casos pasados de traumatismo bucal como resultado de abuso. Aunque la frecuencia particular del abuso de niños es mayor en una edad anterior a la institución de visitas sistemáticas al dentista para que atienda al niño, el dentista puede encontrarse con un niño

mayor lesionado de tal manera, especialmente si se ha infligido traumatismo bucal. Si no hay lesión bucal, el dentista puede notar contusiones poco comunes u otras lesiones en el niño que se le presenta para asistencia odontológica sistemática, que podrían hacer surgir la sospecha de posible abuso de niños. ( 14 )

#### OBLIGACION LEGAL DEL DENTISTA EN CASO DE ABUSO DE NIÑO.

Es importante seguir los siguientes procedimientos -- cuando se sospeche de abuso infantil. Es mejor cumplirlos tras el tratamiento y deben tenerse sospechas fundadas.

1.- Decir al padre o tutor, con el mayor tacto posible, que sospecha abuso infantil. Por las preguntas que se realizan, enfatizar la importancia de la ayuda hacia ellos en este momento tan difícil.

2.- Infórmales que se está obligado por ley a denunciar las sospechas y a testificar si fuera necesario.

Las cuestiones que se formulen deben ser de apoyo, -- más que de amenaza, y el escuchar debe ser una parte importante de la entrevista con ellos. ( 8 )

La conducta que se recomienda actualmente para la mayor parte de los casos de abuso de niños es que se manejen a través de conductos de terapéutica correctiva interdisciplinaria, como afirmación general, los ofensores no son una amenaza para otros en la sociedad, no son criminales en el verdadero sentido de la palabra y encarcelarlos no sirve a ningún propósito funcional. De hecho, retirar a la figura materna o paterna de la familia puede crear más desorden en un medio ya depravado, característico de la inestabilidad ambiental y psicológica. Por consiguiente, el curso correctivo actual en abuso de niños en general no es acción de -- castigo sino de psicoterapia y consejo. Aunque puede ser -- necesario retirar al niño con el que se ha abusado de un ambiente obviamente peligroso, el plan óptimo es el de reconstruir la unidad familiar mediante terapéutica adecuada. Cada caso, por supuesto, debe decidirse según sus complejidades individuales. ( 8 )

El dentista debe entender que no informar, cuando esto es obligatorio por ley, constituye una fechoría. Se espera que el mero conocimiento del tema de niño maltratado -- seguirá como estímulo suficientemente de los requisitos legales. Debe recordarse que si no se informa acerca de una lesión por abuso se puede dar lugar a una muerte subsecuente por abuso. ( 8 )

Acerca de rendir informes de un caso de abuso de niños a las autoridades adecuadas, el dentista debe entender que su testimonio puede necesitarse en cualesquiera procedimientos legales futuros. Si hay lesión bucal, el dentista debe conservar registros completos y precisos de sus hallazgos - para posible escrutinio de parte de las autoridades legales. Los estudios radiográficos necesarios deben conservarse como parte del registro. Las fotografías del niño lesionado a menudo son útiles para documentar lesiones. No es necesario que el dentista que atiende tome fotografías, porque -- las agencias de ejecución de la ley pueden ayudar en este - aspecto. ( 8 )

#### HALLAZGOS FISICOS DEL ABUSO Y NEGLIGENCIA.

El abuso físico es abuso activo causando lesión al niño por otra persona, no importa la edad del abusador. El - abuso físico es a menudo subdividido en ligero, moderado o abuso severo, dependiendo de el juicio del dentista, doctor, enfermera, trabajador social, o policía. La muerte puede - ocurrir de un simple episodio del abuso físico en el infante o en el niño; pero es extremadamente raro en el niño de edad escolar, porque ellos son físicamente más fuertes y tiene -- capacidad de correr o para defenderse. La mayoría de los -- físicos en los niños de edad escolar resultan en la inflamación de los tejidos blandos; por ejemplo, hematoma, abra-

sión, laceración y quemada (cigarillo o agua caliente). ( 13 )

En el examen físico general del abuso de niño se puede descubrir un amplio rango de hallazgo. Estos pueden ser signos generales de negligencia manifestada por una pobre higiene de la piel o manultrición. El niño se puede mostrar retraído, irritable o represión del personalidad. Hematomas, quemaduras, abrasiones, lesiones cicatrizadas pueden haber evidencias de viejas fracturas o dislocación si las evidencias son más formadas. Los niños pueden estar en la sala de emergencia, en coma, con convulsión o muerto, -- con el resultado de varias lesiones. La administración de drogas en niños es una forma del abuso el cual es muy difícil de detectar a menos que uno halla tomado una historia completa para el potencial del abuso. ( 15 )

#### Manifestaciones esqueléticas radiológicas.

Cuando uno sospecha de abuso físico o de síndrome del niño maltratado, la radiografía de hueso largo, las costillas, las espinas, y craneo son obligatorias. Cuando existe trauma, los huesos en crecimiento del niño frecuentemente van a mostrar el pasado como también el episodio presente. Los hallazgos de nuevas y viejas lesiones esqueléticas, en la ausencia de una historia enfermedad esquelética, son las señas repetidas del abuso de niño. ( 15 )



Cambios radiográficos de los huesos parece soportar el rol del trauma en muchos casos del abuso de niño. Los cambios se debe al manejo rudo de los brazos y piernas del infante, como a jalar, a torcer y a sacudir. Es importante - saber que todas estas lesiones puede ocurrir en la ausencia visible de hematomas y piernas. ( 15 )

#### Lesiones Orofaciales.

El trauma orofacial está presente hasta en un 50% de los casos reportado en abuso de niño y consite en hematomas, quemaduras, laceraciones, y fractura de dientes y mandíbula.

La literatura dental es notable deficiente en información con respecto a lesiones dentales específicas. Las lesiones predominantes fueron laceraciones de la mucosa del - aspecto interno del labio superior cerca del frenillo y la ruptura del labio superior de la encía. La lesión poblable mente ocurre al golpear al niño que esta gritando en un esfuerzo para callarlo. ( 1 )

Estudio subsecuente en el campo dental es necesario - para delinear los tipos y incidencia de lesiones orofaciales y su reacción al abuso de niños. ( 1 )

El odontólogo y todos los profesionales deberían de -  
trabajar juntos, si es que se van a proveer servicios ade-  
cuados para proteger al niño y rehabilitar la familia.( 1 )

# CASUISTICA

Para poder llevar a cabo los casos clínicos fué necesario acudir a los centros de salud donde se pudiera encontrar este tipo de niños.

En donde se dieron todas las facilidades para realizar esta investigación fue en el Desarrollo Integral de la Familia División Jalisco ( DIF ), ahí por medio del departamento de Trabajo Social y del ( PREMAN )Prevención del maltrato en niños, se permitió la entrada a la casa de Protección a los niños, situada en Xolchímilco 565, Colonia Alamo; casa que se dedica al cuidado de niños abandonados y maltratados por sus padres o tutores.

En este lugar se observó el comportamiento general y dentro del consultorio dental, de aproximadamente 40 niños, de los cuales todos habían sido maltratados ya sea emocional o físicamente.

Para poder conocer el tipo de maltrato y quien lo hacía se realizaron cuestionarios de historia clínica con preguntas clave como: ¿Has tenido experiencias odontológicas anteriores, como te sientes en el lugar donde vives y por qué?

A continuación se dan a conocer los resultados de dicha investigación.

Hay que tomar en cuenta que en lugar en donde se encuen  
tra ahora esos niños, se les da todo lo que no tuvieron en  
su casa paterna ( amor, protección, etc. ) y posiblemente -  
eso influya para que su comportamiento sea diferente a cu  
ando estaban bajo el amparo de quienes los maltrataban.

EDADESPORCENTAJE

3	7.5%
4	12.5%
5	15.0%
6	17.5%
7	12.5%
8	12.5%
9	12.5%
10	10.0%

SEXO

MASCULINO	72.5%
FEMENINO	27.5%

TIPO DE MALTRATO

GOLPES	55.0%
INSULTOS	40.0%
MANULTRICION	30.0%
VIOLACION SEXUAL	22.5%
ATADURAS	47.5%
QUEMADURAS	15.0%
ENCIERROS	12.5%

A G R E S O R PORCENTAJE

MADRE	40.0%
PADRE	35.0%
OTROS ( PADRASTRO, TIOS, ABUELOS, ETC. )	25.0%

COMPORTAMIENTO

COOPERADOR	62.5%
REBELDE	30.0%
ALEGRE	7.5%
INDIFERENTE	7.5%
RESERVADO	7.5%
INQUIETO	2.5%

## CONCLUSIONES



ESTA TESIS NO HAY  
SALDO DE LA FOLIOGRAFIA

De acuerdo a la investigación realizada, a los resultados que se obtuvieron en los casos clínicos y al trato directo que se tuvo con ellos, podemos decir que el número de padres que ataca a sus hijos es bastante elevado.

Muchos de estos niños nunca logran superar este trauma y esto hace que su conducta psicológica sea anormal, como -rabietes inexplicables, introversión exagerada, etc; por lo tanto su comportamiento y su manejo en el consultorio dental requiere de más cuidado y atención. Con esto no queremos -decir que tengamos que actuar en una forma autoritaria o dominante, al contrario muchos de estos niños son muy cooperadores, y mucho mejores pacientes, en cuanto a comportamiento se refiere, que otros niños.

La actitud que debemos tomar ante este tipo de niños debe ser de interés constante y mucho cariño.

Ahora bien se ha concluido que cuando el niño se aleja del ambiente que le hace daño, como es el caso de los niños observados en esta investigación, y se le brinda lo que tanto le hace falta como es el amor, consuelo, apoyo, estima-ción propia, etc., su comportamiento en el consultorio dental será en casi un 90% muy favorable.

No podemos afirmar que pasaría con dicho comportamiento en el caso contrario, pero podemos deducir que variaría demasiado, pues el niño manifestaría su rebeldía y rencor - contra toda persona adulta y esto es por el reflejo de la - imagen del agresor, su comportamiento por lo tanto sería de rechazo e incoformidad, entonces aquí debemos apelar a toda nuestra paciencia y conocimientos psicológicos para ganar - la confianza del niño, demostrandole que nosotros no somos la imagen que el piensa y que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia le haremos daño. Si logramos establecer esta comunicación podemos afirmar que estos niños serán nuestro mejores pacientes y se sentirán contentos a acudir con nosotros.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Becker Belf David  
Needleman L. Howard  
Kotelchuck Milton  
Child Abuse and Dentistry: Orofacial Trauma and its  
Recognition by Dentists.  
Journal of the American Dental Association.  
Vol. 97, July 1978.
  
- 2.- Congreso del Estado de Jalisco.  
Codigo Civil del Estado de Jalisco.  
2da. Ed. Editorial: Porrúa.  
México. 1981.
  
- 3.- Congreso del Estado de Jalisco.  
Codigo Penal de Procedimientos del Estado de Jalisco.  
1ra. Ed. Editorial: Del Abogado.  
Jalisco; México. 1983.
  
- 4.- Finn Sidney B.  
Odontología Pediátrica.  
4ta. Ed. Editorial: Interamericana.  
México. 1983.
  
- 5.- Feigelson Chase Naomi.  
Un Niño Ha Sido Golpeado.  
1ra. Ed. Editorial: Diana.  
México. 1979.

- 6.- Hainstock Elizabeth G.  
Enseñanza Montessori en el Hogar.  
7ma. Ed. Editorial: Diana.  
México. 1979.
  
- 7.- Manterola M. Alejandro  
Rev. Crisol.  
Editorial: Gobierno de Jalisco.  
Jalisco; México.  
Vol. Enero 1984.
  
- 8.- Matingue Dennis J.  
Clínicas Odontológicas de Norteamérica.  
Editorial: Interamericana.  
México. Vol. Enero 1984.
  
- 9.- Marcovich K. Jaime  
El Maltratado a los Hijos.  
1ra. Ed. Editorial: Edicol.  
México. 1978.
  
- 10.- Mouly George J.  
Psicología para la Enseñanza.  
3ra. Ed. Editorial: Interamericana.  
México. 1973.
  
- 11.- Osorio y Nieto César A.  
El Niño Maltratado.  
1ra. Ed. Editorial: Trillas.  
México. 1981.

12.-Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la  
Familia.

Seminario "Manejo Actual del Niño Maltratado en México".

12 de Mayo de 1983.

13.-Sanger Roger

Bross Donald

Implications of Child Abuse and Neglect for the Dental  
Profession.

Journal of the American Dental Association.

Vol. 104, January 1982.

14.-Sopher Irvin M.

Clínicas Odontológicas de Norteamérica.

Editorial: Interamerica.

México. Vol. Enero 1977.

15.-Ten Bensel Robert W.

Neglect and Abuse of Children: Historical Aspects,  
Identification and Managment.

Journal of Dentistry for Children.

Vol. 5 Sept.-Oct. 1975.