



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA ATENCIÓN
ESTOMATOLÓGICA DE PACIENTES CON CAPACIDADES
DIFERENTES.

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
C I R U J A N A D E N T I S T A
P R E S E N T A :
L I Z B E T H H E R R E R A M O N D R A G Ó N

Vo. Bo. *[Handwritten signature]*

DIRECTOR: C.D. PATRICIA M. LÓPEZ MORALES

MÉXICO, D. F.

2004



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

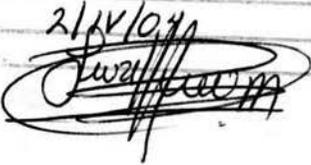
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lizbeth Herrera Mondragón

FECHA: 21/11/1999

FIRMA: 

Gracias Señor

Por cada uno de los regalos que me has brindado, por poner en mi camino personas maravillosas que me ayudaron y alentaron en los momentos difíciles, por darme la oportunidad de estudiar y superarme.

A mis padres. Porque sin ellos este sueño no hubiera sido posible; por sus consejos, apoyo, comprensión y cariño.

A mis hermanos Carlos, Julio y Elizabeth. Por estar siempre a mi lado.

A Luis Molina. G. Por el amor que siempre me das, por haberme motivado a continuar estudiando, por tu apoyo y consejos.

A todos y cada uno de los maestros que compartieron conmigo sus experiencias y conocimientos.

A la Dra. Patricia. López M. A quien admiro por su calidad como ser humano, por su apoyo y dedicación en la elaboración de esta tesina.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ASPECTOS ÉTICOS	2
1.1 Ética.....	3
1.2 Moral.....	4
1.3 Concepto del bien y del mal.....	4
1.4 Sentido ético de la existencia humana.....	5
1.5 Bioética.....	6
2. DEODONTOLOGÍA	7
2.1 Deontología médica.....	8
2.2 Responsabilidad profesional médica.....	9
2.2.1 Deberes del odontólogo.....	10
3 DISCAPACIDAD	11
3.1 Conceptos.....	11
3.1.1 Deficiencia.....	11
3.1.2 Incapacidad.....	11
3.1.3 Minusvalidez.....	12
3.2 Prevalencia.....	12
3.3 Antecedentes de la discapacidad infantil.....	13
3.4 Derechos y deberes del discapacitado.....	15

3.5 Festividad de los niños y de los discapacitados.....	21
3.5.1 Día Internacional del Niño.....	21
3.5.2 Año Internacional del Niño.....	21
3.5.3 Día Internacional del Discapacitado.....	21
3.5.4 Año Internacional del Discapacitado.....	22
3.6 Protección del discapacitado.....	22
3.7 Igualdad de oportunidades para los discapacitados.....	26
3.7.1 Atención médica.....	26
3.7.2 Rehabilitación.....	27
3.7.3 Posibilidades de acceso.....	28
3.7.4 Capacitación del personal.....	30
3.8 UNAM y Discapacidad.....	31

4. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DEL DISCAPACITADO..... 32

4.1 Historia clínica, la importancia del consentimiento informado.....	33
4.2 Capacidad de obrar.....	35
4.3 Restricción física.....	38
4.4 Acceso a la asistencia dental.....	40
4.5 El odontólogo frente al maltrato del discapacitado.....	42

CONCLUSIONES..... 44

BIBLIOGRAFÍA..... 45

ANEXO..... 48

INTRODUCCIÓN

La atención médico dental de pacientes especiales incluye diversos aspectos como elección moral, valores en conflicto y obligaciones legales. Las personas con capacidades diferentes tienen derechos, los cuales la gran mayoría de la población desconoce. Aún los profesionistas encargados del cuidado de la salud, son ajenos a cuestiones legales y jurídicas que protegen a esta población especial. Las actitudes y estereotipos de la sociedad influyen de modo adverso en la forma en que los médicos, los dentistas y el sistema asistencial consideran al individuo con necesidades especiales. Los planteamientos éticos y legales en el caso de pacientes especiales no son raros y por ello los dentistas que en forma constante o periódica atienden a estos pacientes deben perfeccionar su capacidad técnica, de modo que puedan identificar, atender y abordar explícitamente algunos dilemas éticos y responsabilidades legales.

En este estudio se revisaron los problemas éticos y legales más importantes a los que se enfrentan los profesionistas en odontología al atender pacientes especiales. Se conocerán sus derechos y la clasificación de discapacidad de acuerdo al impedimento que presentan. Debido a que los pacientes con capacidades diferentes dependen en muchas ocasiones de otras personas, las decisiones terapéuticas se complican, por lo que también es necesario conocer los principios de la autorización con conocimiento y la valoración de la capacidad para tomar decisiones. Se describirá sobre el uso de medios físicos de restricción o control, al igual que las responsabilidades de los odontólogos para mejorar el acceso a la atención dental, y el papel que tienen frente a los abusos cometidos sobre este tipo de pacientes.

1. ASPECTOS ÉTICOS

El nacimiento de niños con algún tipo de malformaciones congénitas o con síndromes genéticos Fig. 1 es un acontecimiento desgraciadamente común en la vida diaria, que se acompaña de un dramático impacto médico, familiar y social, y que puede resultar trágico desde muchos puntos de vista. Los dilemas filosóficos que emergen en estos niños han sido pilares en el renacimiento de la ética médica y la bioética.¹



Fig. 1 Niño con discapacidad física (malformación congénita de manos)
Fuente: <http://www.teleton.cl/>

Es tan difícil disponer de referencias contemporáneas, agradables y accesibles a la ética, que hemos prácticamente excluido a esta disciplina de nuestro diálogo cotidiano. No es fácil incluso definir este concepto con precisión. Sin embargo, la ética constituye una de las demandas fundamentales de nuestro tiempo y son precisamente nuestras preocupaciones y problemas actuales como la discriminación, la violencia, la injusticia social, la desintegración familiar y comunitaria que piden a la ética volver.²

¹ Asociación Mexicana de Síndrome de Down. Revista En Contacto. El pediatra y los derechos de los niños con malformaciones congénitas, XVIII-XIX ed. especial, diciembre, 1995, pág. 1.

² Asociación Mexicana de Síndrome de Down. Revista En Contacto. Sobre la ética, XXII, septiembre, 1996, pág. 6.

1.1 Ética

El término ética proviene de la voz griega *ethos*, que significaba al principio cubil, estancia, vivienda común. Posteriormente adquirió otros alcances: como el de hábito, temperamento, carácter, modo de pensar, y cualidad distintiva del hombre; a partir de la significación de *ethos* y de la terminación *ica*, que significaba "relativo a"; Aristóteles³ formó el adjetivo *ethicos* (ético) y designó con él, a una clase particular de virtudes, como el valor, el respeto, la honestidad entre otras, que distinguían a la humanidad. Con el fin de designar la ciencia que estudia las virtudes éticas, Aristóteles creó un nuevo sujeto la *éthica*.^{4,5}

A través del tiempo diversos autores han intentado establecer el concepto de ética. Para *Savater*⁶ la ética no es más que el intento racional de averiguar cómo vivir mejor. *Fagotey*⁷ relaciona la ética con el conocimiento de lo que está bien y lo que está mal en la conducta humana. *Volkov*⁸ considera a la ética como una particularidad de la conducta del hombre, condicionada por el ser histórico social. Para *García Alonso*⁹ es la ciencia filosófica que estudia los actos humanos.

³ Álvarez de la Cadena Sandoval, Carolina. *Ética Odontológica*, 2ª ed. Facultad de Odontología, UNAM, México, 2000, pág. 25-26.

⁴Ib.

⁵ Reyna Carrillo Fabela, Luz María. *La responsabilidad profesional del médico*, 2ª ed. Editorial Porrúa, México, 1999, pág. 27.

⁶ Álvarez. Op cit., pág. 32.

⁷ Ib.

⁸ Ib.

⁹ Ib. pág. 33.

La ética es una ciencia que emite reflexiones sobre los valores morales, y los actos humanos, a partir de la bondad o maldad de estos, puede decirse que su finalidad es controlar y dirigir el comportamiento humano, a través de las normas que establece, con el objetivo de salvaguardar los valores dentro de un contexto social. La ética es una ciencia para la vida, es un saber para actuar¹⁰.

1.2 Moral

La palabra *mos*, se traduce como hábito, costumbre, carácter, comportamiento, naturaleza interior, ley, precepto, moda, de la cual se deriva el adjetivo *moralis* perteneciente al carácter, a las costumbres, es decir, los valores que guían los propósitos y actos de las personas, y de éste surge el término *moralitas* (moral), que es la ciencia que trata el bien en general, y las acciones humanas con respecto a su bondad o malicia.^{11,12}

1.3 Concepto del bien y del mal

Sí la ética estudia la bondad y maldad de los actos humanos, esto nos lleva a tratar de entender que es la bondad, lo bueno, el bien. Entre los filósofos que han intentado definir el bien nos encontramos con Aristóteles¹³ que dice, "el bien en general es lo que perfecciona una naturaleza, y bien humano lo que perfecciona al hombre", los actos humanos que perfeccionan al hombre se consideran positivos desde el punto de vista moral, como la paz, veracidad, lealtad, prudencia, justicia, solidaridad, respeto, honestidad, etcétera, estos permiten el desarrollo moral y perfeccionamiento de la persona y por lo tanto, son términos que podemos decir, derivan del bien,

¹⁰ Reyna. Op cit., pág. 26.

¹¹ Ib. pág. 44-45.

¹² Ib. pág. 26.

¹³ Álvarez. Op cit., pág. 77.

son buenos porque hacen bueno al hombre. Lo bueno y lo malo tienen una relación recíproca, el definir lo bueno implica necesariamente definir lo malo. El mal, es carencia del bien, ausencia, vacío, y en sentido estricto "no-ser". El mal no es una realidad positiva para el ser humano. El mal aparta a la naturaleza humana y, por lo tanto, a la persona de todo aquello que la perfecciona y la hace feliz. Así como habíamos dicho que lo bueno es lo que se apetece, se aspira o desea, el mal reduce, empequeñece y no se puede desear en sí mismo. Se realiza bajo la apariencia del bien, pero en el fondo el mal daña lo más íntimo de la persona y de la sociedad.¹⁴

Por lo tanto la ética trata de profundizar en lo que significan estos términos e inclina nuestras acciones hacia la realización de lo bueno. No basta, en un contexto social, lo bueno sólo para mí, sino para la sociedad entera. De este modo, la ética se abre a la sociedad y plantea como un reto buscar lo bueno para el mayor número, procurando que el bien individual y personal contribuya al bien común y de la mayoría.¹⁵

1.4 Sentido ético de la existencia humana

El hombre es un ser en proceso hacia la perfección y la plenitud, y es con los actos y las obras como se va realizando y perfeccionando. Decimos que el ser humano con su existencia tiene un proceso y un camino; la ética le ayudará a no ir a la deriva y sin rumbo, sino con un sentido; le señalará los medios para realizarse plenamente y lograr su perfección.

¹⁴ Ib. pág. 47-49.

¹⁵ Ib. pág. 49.

En las distintas facetas de la existencia humana, familiar, social, o profesional, vemos que no cualquier tipo de actuación nos hace ser perfectos y plenos sino que se requiere de cierto tipo específico para que aquéllas puedan alcanzar el calificativo de perfectas, no basta saber o conocer lo bueno; es preciso hacerlo. La ética busca hacernos moralmente buenos, con el objetivo de darle rumbo y trayectoria a nuestra vida. Conocer los fundamentos de esta ciencia y ponerla en práctica dará dirección y sentido a nuestra existencia humana.¹⁶

1.5 Bioética

La Bioética estudia la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examina los valores y principios morales con respecto a la dignidad y los derechos humanos, se basa en los principios de beneficencia, de no maleficencia, de respeto a la autonomía, de vigilancia a la justicia y de respeto absoluto a la vida. El principio de beneficencia significa hacer el bien en contrapartida al de no hacer daño. El principio de beneficencia orienta directamente las indicaciones médicas y permite al profesionalista si su intervención resulta en un beneficio para el enfermo. El principio de autonomía, tiene que ver con la autodeterminación, libre e informada del paciente, así como el concepto de derecho a su intimidad y el respeto a su integridad. En relación al principio de justicia, implica dar a cada ser humano las condiciones para la expresión de todo su desarrollo potencial. Ello requiere proveer condiciones para la educación, salud, vivienda posibilidades de desarrollo e integración social.^{17,18}

¹⁶ Álvarez. Op cit., pág. 39-41.

¹⁷ Díaz Muller, Luis. Bioética, Salud y Derechos Humanos. Editorial Porrúa, México, 2001, pág. 119-120.

¹⁸ Frosini, Vittorio. Derechos Humanos y Bioética. 2ª ed. Editorial Temis, Colombia, 1997, pág. 91.

2. DEODONTOLOGÍA

Etimológicamente, la palabra viene de *deontós*, que significa lo debido, el deber y de *logos: estudio*, tratado o discurso. Así tenemos una ciencia que trata de los deberes.^{19,20} La deontología es un término creado por Jeremy Bentham^{21,22} filósofo inglés. La tarea del deontólogo dice Benthan, “es enseñar al hombre la manera de dirigir sus emociones de modo que sean subordinadas, en cuanto es posible a su propio bienestar.” Por otra parte Rosmini²³ entendió por deontología, a las ciencias normativas, las que indagan “cómo debe ser el ente para ser perfecto”. Maximiliano Simon²⁴ aplicó este nuevo enfoque en su tratado *Deontología Médica* en 1852, y a partir de ese momento se ha utilizado con mayor frecuencia en diversas profesiones.

La deontología trata acerca de los deberes o moral profesional, a la luz de la ley natural, del derecho positivo o legislación de la comunidad humana, entraña una serie de virtudes y actitudes que una parte de la sociedad, los profesionistas, deben poseer y asumir para hacer posible la moralidad de la comunidad. Los deberes que estudia y prescribe la deontología nos permiten referirnos a una serie de principios o códigos de acuerdo con los cuales debe de vivir y realizarse el individuo en sociedad. Por ejemplo: el conjunto de reglas que norman la conducta de los odontólogos en sus relaciones entre sí y con los pacientes. Estos deberes, determinados por la ética, fijan íntimamente nuestras obligaciones en relación con la bondad o la maldad de las acciones que libremente

¹⁹ Reyna. Op cit., pág. 29.

²⁰ Vargas Alvarado, Eduardo. *Medicina Legal*. Editorial Trillas, México, 1996, pág. 367.

²¹ Ib.

²² Álvarez. Op cit., pág 42.

²³ Ib.

²⁴ Ib.

ejecutamos en nuestro actuar profesional y en todas las vinculaciones con nuestros pacientes.^{25,26,27}

2.1 Deontología Médica

La Deontología Médica es el estudio de las obligaciones y los derechos profesionales en el arte de curar.²⁸ Envuelve todos los preceptos contenidos en el Código Deontológico del Médico; las normas en él establecidas, normas de carácter moral, que señalan los principios y reglas éticas que debe seguir el médico en su ejercicio profesional, y aún fuera de él; en relación con las autoridades; la sociedad, el enfermo y sus colegas médicos.^{29,30} Por ejemplo, se menciona que el médico debe cuidar a sus enfermos ateniéndose a su condición humana, y que nunca deberá utilizar sus conocimientos adquiridos, contra las leyes de la naturaleza y de la humanidad, que no se deberá hacer diferencia en el trato de los pacientes, que el médico deberá prestar sus servicios ateniéndose más a las dificultades y exigencias de la enfermedad, que al rango social o los recursos económicos de su cliente. Que la cronicidad o incurabilidad no constituye un motivo para que él médico prive de asistencia al enfermo, y que además es conveniente y aún necesario, provocar consultas o juntas con otros colegas, en beneficio de la salud y de la moral del enfermo. Que no se practicará ningún tratamiento médico a menores de edad o con algún tipo de discapacidad, sin la previa autorización de los padres o de su representante legal. Nos habla del secreto profesional como un deber que nace de la esencia misma de la profesión, que transferir a un enfermo sólo se justifica, si esté requiere de una atención más especializada, que el médico es

²⁵ Ib. pág. 43-44.

²⁶ Alvarado. Op cit., pág. 367.

²⁷ Ib. pág. 44.

²⁸ Vargas. Op cit., pág. 367.

²⁹ Alcocer. Op cit., pág. 31.

³⁰ Reyna. Op cit., pág. 28-29.

responsable de sus actos cuando por negligencia, impericia, ignorancia o abandono inexcusables, cause algún daño al paciente.³¹

2.2 Responsabilidad profesional médica

En términos generales se entiende por responsabilidad profesional medica: la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.³²

El código Penal del Distrito Federal establece en su artículo 228 "Los médicos cirujanos y demás profesionales similares y auxiliares serán responsables penalmente por los daños durante el ejercicio de su profesión y estarán obligados a responder primeramente ante su propia conciencia (responsabilidad moral), ante los demás (responsabilidad social) y en el momento en que por dicha falta o hecho se constituya un delito, el profesionista que haya violado no únicamente las normas morales y las normas sociales, sino las jurídicas, al producir un daño con su conducta, daño que lesione intereses sociales o bienes jurídicos tutelados, tendrá que responder penal o civilmente. En el área penal, al sujeto imputable autor del daño y que se halle jurídicamente culpable por su conducta delictiva se le impondrá alguna pena o medida de seguridad; en el primer caso se le impondrá privación de la libertad por determinado tiempo, y en segundo caso, suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional, de acuerdo a lo que determine el juez. En el área civil se tiende a reparar el daño cuando esto es posible, o bien, a pagar los daños y perjuicios ocasionados como

³¹ Alcocer Pozo José. Medicina Legal. Conceptos básicos. Editorial Limusa, México, 1993, pág. 32.

³² Ib.

consecuencia de la acción u omisión del médico durante o con motivo del ejercicio profesional.^{33,34}

Dentro de la responsabilidad profesional, existen dos formas que son las más frecuentes: La impericia y la negligencia; la impericia es la falta de los conocimientos técnicos, básicos necesarios e indispensables, que en determinada profesión, es obligatorio tener; la negligencia es el incumplimiento de los elementales principios inherentes a la profesión; es lo contrario del sentido del deber.³⁵

2.2.1 Deberes del odontólogo

El odontólogo tiene la obligación de conocer los requisitos mínimos para el ejercicio legal de su profesión, debe conocer los derechos y responsabilidades que se requieren. El odontólogo nunca deberá utilizar sus conocimientos adquiridos, contra las leyes de la naturaleza y de la humanidad; no deberá hacer diferencia en el trato de los pacientes, por diferentes credos, raza, posición económica o cultural; deberá cumplir y hacer cumplir las disposiciones legales relacionadas con su condición de ciudadano y profesional. El deber hacia los pacientes implica, respetar sus derechos, que los métodos aplicados en su estudio y tratamiento estén siempre orientados con fines benéficos para su integridad física y psíquica.³⁶

³³ Ib.

³⁴ Alva Rodríguez, Mario. Compendio de Medicina Forense. Editorial Méndez Cervantes, México, 1991, pág. 8-9.

³⁵ Alcocer. Op cit., pág. 32.

³⁶ Ib.

3. DISCAPACIDAD

En nuestros días es tendencia universal tratar de abordar la problemática de las personas con capacidades diferentes, con el fin de lograr, en la medida de lo posible su integración social.

3.1 Conceptos

Los textos Internacionales parten de la discusión entre la deficiencia, la incapacidad y la minusvalidez, en un intento de homologar vocablos, los distintos países suelen utilizar el programa de Acción Mundial para Impedidos aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 3 de diciembre de 1982.³⁷

3.1.1 Deficiencia

Es la pérdida o anomalía, permanente o transitoria, de carácter psicológico, fisiológico o anatómico de una estructura o función que no impiden a la persona realizar sus actividades.³⁸

3.1.2 Incapacidad

Es la deficiencia o impedimento para realizar una actividad, que en forma normal podría realizarse por cualquier ser humano.³⁹

³⁷ Alonso García, Belén. El régimen jurídico de la protección social del minusválido, Civitas, España, 1997, pág.47- 48.

³⁸ Ib. pág. 48-49.

³⁹ Ib. pág. 49.

3.1.3 Minusvalidez

Es la incapacidad que limita o impide que una persona deje de realizar muchas actividades, que normalmente debería de desempeñar para relacionarse en condiciones de igualdad, con los demás y con su entorno.⁴⁰

Necesariamente la deficiencia presupone una incapacidad y ésta a una invalidez.⁴¹

3.2 Prevalencia

El DIF, la SEP y el Gobierno del Distrito Federal concluyeron que "el 10% de la población tiene algún tipo de discapacidad". El INEGI en el censo 2000 reporta 2.3% de la población con discapacidad severa.⁴²



Fig. 2 Porcentaje de la población con discapacidad, según el tipo de discapacidad.
Fuente: <http://www.revistamavika.com.mx/estad.htm>

⁴⁰ Ib. pág. 50-51.

⁴¹ Ib. pág. 50.

⁴² <http://www.revistamavika.com.mx/estad.htm>

3.3 Antecedentes de la discapacidad infantil

El niño pertenece a uno de los grupos más vulnerables y por ello con mayor frecuencia es víctima de agresiones sociales, de arbitrariedades y tensiones injustificadas. Los niños viven en un rezago en la impartición de justicia, este fenómeno se acentúa aún más en los niños con menos capacidades biológicas, quienes son sujetos frecuentes de discriminación y marginación.⁴³

La historia del niño discapacitado es deprimente, esta relata una larga cadena de abusos, donde los niños con alguna malformación eran despreciados, excluidos y eliminados de la sociedad, debido a que la deformidad se entendía como castigo; e incluso como alejamiento de Dios. Los percibían como una maldición, como una desgracia. Se decía que ningún niño con un defecto corporal debía acercarse; ni ciego, ni cojo, ni deforme, ni monstruo a ofrecer el alimento a Dios, este planteamiento era propio del pensamiento griego y romano, que trasciende a toda la Edad Media como Lutero⁴⁴ quien expreso que tales seres "no eran más que una masa de carne, masa cárnica sin alma". En cuanto a la exposición o crianza de los hijos, Aristóteles⁴⁵ decía que no se debía criar a ningún defectuoso mientras que Platón⁴⁶ mencionaba que era mejor en cualquier caso, al menos, mantenerlos en el aislamiento o el alejamiento de la ciudad. La siguiente fase se inicia a la par de la modernidad del mundo, conocida como la fase de reclusión: el "retrasado", el minusválido se consideraba un animal que había de domesticarse y también encerrarse. Sin embargo, en los años 60, este proceso de "domesticación del enfermo mental" entró en crisis

⁴³ Shein, Max. El niño precolombino, 2ª ed. Editorial Trazo Blanco Asesoría Creativa, México, 2001, pág. 12.

⁴⁴ Alonso. Op cit., pág. 47- 48.

⁴⁵ Ib.

⁴⁶ Ib.

debido al conjunto de movimientos de liberación surgidos en pro de los derechos humanos.⁴⁷

Los derechos del niño han sido sustentados en los convencionalismos que se basan en las costumbres, es decir, en la repetición de comportamientos practicados en cada grupo social; han existido civilizaciones donde se ha dado gran importancia a los infantes y su educación, al ser considerados como futuro de la Nación, sin embargo, han existido también sociedades donde estos no son tomados en cuenta. La muerte del niño Doe el 19 de abril 1982, en Boomington, Indiana, causó un gran impacto en la comunidad médica y en la sociedad, y desde entonces se ha acentuado la preocupación por el niño malformado. Este niño cursaba con Síndrome de Down y múltiples malformaciones asociadas, destacando una atresia esofágica; se permitió que muriera sin el apoyo terapéutico con la aprobación de los padres, los médicos y los tribunales; de la polémica derivada de este caso, resultaron las leyes Baby Doe, en las que se aseguraba que los niños discapacitados debían recibir todos los tratamientos salvadores potencialmente eficaces, con cierta flexibilidad a los padres y médicos en la evaluación de casos complejos. Se nombró a las Comisiones de Ética e incluso a los tribunales como los resguardadores oficiales contra el abuso; se excluía a la asistencia vana, a la que se definió como atención juzgada inhumana y poca afectiva, la respuesta internacional a favor de los infantes, se dio con la Declaración Internacional de los Derechos del niño, en la que se señalaron las bases para su cuidado y protección con el objeto de mejorar sus condiciones de vida en todos los países, en particular en los países en desarrollo; al respecto de los niños discapacitados.⁴⁸

⁴⁷ Ib. pág. 29-30.

⁴⁸ Asociación Mexicana de Síndrome de Down. Revista en Contacto. El pediatra y los derechos de los niños con malformaciones congénitas, XVIII-XIX ed. especial, diciembre, 1995, pág 2.

Todo esto no tendría importancia si la percepción de las personas discapacitadas fuera como un recuerdo, de la historia. Lo grave es que en la actualidad, la sociedad sigue discriminando y marginando a las personas con capacidades diferentes.

3.4 Derechos y deberes del discapacitado

Considerando esencial la protección de los derechos humanos como: la dignidad y el valor de la persona humana, con el fin de promover el progreso social y elevar su nivel de vida se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1948⁴⁹ que a su vez dio origen el 20 de noviembre de 1959 a la Declaración del Niño, a fin de que éste pudiera tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad y de los derechos que en ella se enuncian. Que el niño por falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento, e insta a los padres, a los hombres y mujeres locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchan por su observancia con medidas legislativas,^{50,51} y a partir de estos principios se crea la Convención de los Derechos del Niño en 1989,⁵² éste es un Convenio Internacional, universal y legalmente obligatorio en el cual se describe la gama de derechos que tienen todos los niños del mundo y establece las normas básicas para su bienestar en diferentes etapas de su desarrollo.⁵³ Años antes debido a la necesidad de proteger los derechos de los discapacitados en cuanto a su bienestar, rehabilitación, e incorporación a la vida social de manera normal, se

⁴⁹ Blázquez Alvarado, Eduardo. Medicina Legal, Editorial Trillas, México, 1996, pág. 221.

⁵⁰ Paja Burgoa, José. La Convención de los Derechos del Niño. Editorial Tecnos, México, 1998, pág. 9.

⁵¹ Sanjuán, Mario Alfonso. Las minusvalías, diagnóstico, tratamiento e integración. UNED. 5 ed. 1998, pág. 647.

⁵² Paja Burgoa. Op cit., pág. 56.

⁵³ Santamaría Benjamín. Los derechos de las niñas y de los niños, Editorial Trillas, México, 1999, pág. 104-136.

proclama la Declaración del Retrasado Mental en 1971^{54,55} y la Declaración de los Derechos del Minusválido en 1975.^{56,57} A continuación se mencionan algunos de los principios que confieren a los niños con capacidades diferentes.

Se entiende por minusválido a toda persona incapaz de atender por sí sola, total o parcialmente, las necesidades de su vida individual o social de manera normal, como consecuencia de una incapacidad física o mental.⁵⁸ (Fig. 3a, 3b)



Fig. 3a



3b

Fig. 3a, 3b. Niños con secuelas de poliomielitis, ejemplos de incapacidad física

Fuente: <http://www.teleton.cl/>

⁵⁴ Es importante señalar que el término “retrasado mental” está en desuso, actualmente se utiliza el término de discapacidad intelectual o mental que se clasifica dentro de las “capacidades diferentes”, por lo cual al mencionar el término se colocará entre comillas.

⁵⁵ Jasso Gutiérrez, Luis. El niño Down. Mitos y realidades, 2ª ed. Editorial El Manual Moderno, México, 2001, pág.222.

⁵⁶ Ib.

⁵⁷ Sanjuán. Op cit., pág. 653-656.

⁵⁸ Ib. pág. 654.

Los discapacitados poseen el derecho inherente al respeto a su dignidad humana y a disfrutar sin excepción alguna, sin distinción o discriminación de cualquiera que sea el origen o naturaleza de su deficiencia, de los mismos derechos que los demás seres humanos, lo que implica por encima de todo el derecho a una vida satisfactoria tan normal y plena como sea posible, que le permita y facilite la participación en la comunidad.^{59,60,61}

(Fig. 4a, 4b)



Fig. 4a



4b

Fig. 4a, 4b. Niños y niñas con y sin discapacidad tienen los mismos derechos.

Fuente: <http://www.teleton.or.ni/galeria.htm>

El niño física o mentalmente impedido⁶² debe recibir la protección y cuidados especiales por lo que dispondrá de oportunidades y servicios que le permitan obtener un nivel de vida adecuado, que le aseguren una buena salud y bienestar. Por ejemplo el tratamiento médico, esto incluirá la rehabilitación específica que requiera de acuerdo a la discapacidad que

⁵⁹ Ib. pág. 650-656.

⁶⁰ Jasso. Op cit., pág. 232.

⁶¹ Santamaria Benjamín. Op cit., pág. 106-107.

⁶² Los términos, de discapacitado, impedido se utilizarán como sinónimo de paciente con capacidad diferente.

presente, como aparatos ortopédicos, protésicos, terapias de estimulación. Fig. 5 Esto también incluye la asistencia dental Fig. 6, con el fin de desarrollar sus capacidades y aptitudes para acelerar el proceso de integración o reintegración social.^{63,64,65}



Fig. 5

Fig. 5 Terapia de estimulación en una niña con discapacidad intelectual.

Fuente: <http://www.teleton.org.ni/galeria.htm>

Fig. 6

Fig. 6 Asistencia dental en un niño con Síndrome de Down

Fuente: DEPEl de la UNAM

Se adoptarán todas las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño discapacitado contra toda forma de perjuicio abuso físico, explotación, abandono, crueldad o trato degradante o negligente (descuido).⁶⁶

El niño discapacitado para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita del amor, comprensión aceptación y siempre que sea posible deberá crecer bajo el amparo y la responsabilidad de sus padres o en todo caso bajo el cuidado de un representante legal; los cuales le deben brindar

⁶³ Sanjuán. Op cit., pág. 657.

⁶⁴ Santamaria. Op cit., pág. 118-121.

⁶⁵ Jasso. Op cit., pág. 232.

⁶⁶ Ib. pág. 115.

un ambiente de afecto y de seguridad moral y material. Además tienen la obligación de su crianza y desarrollo.^{67,68} (Fig.7)



Fig. 7 Protección del padre hacia su hijo con discapacidad
Fuente: <http://www.teleton.org.ni/galeria.htm>

En caso de que sea necesario internar al niño discapacitado en un centro especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.⁶⁹



Fig. 8 Institución para niños discapacitados
Fuente: <http://teleton.org.ni/galeria.htm>.

⁶⁷ Ib. pág. 235.

⁶⁸ Santamaría. Op cit., pág. 114-115.

⁶⁹ Ib. pág. 115-117.

Los discapacitados tienen el derecho a que se tomen en cuenta sus necesidades en todos los proyectos económicos, culturales y sociales, especialmente en materia de seguridad, sanidad y educación. Para que puedan desarrollarse física, mental, moral, espiritual lo más saludable posible.⁷⁰ (Fig. 9)



Fig. 9 Niño con discapacidad con derecho a ser tomado en cuenta
Fuente: <http://teleton.org.ni/galeria.htm>

El niño discapacitado debe disfrutar de juegos creativos y recreativos, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.⁷¹ (Fig. 10a, 10b)



Fig. 10a



10b

Fig. 10a 10b Niños discapacitados disfrutando de espacios con juegos recreativos
Fuente: <http://teleton.org.ni/galeria.htm>, UNICEF

⁷⁰ Sanjuán. Op cit., pág. 654-655.

⁷¹ Ib. 123-124.

3.5 Festividades de los niños y de los discapacitados

3.5.1 Día Internacional del Niño

Con la intención de reafirmar los derechos del niño a favor de su bienestar y para celebrar un día a favor de todos los niños del mundo, el 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas decreta que el 11 de diciembre será considerado como el día internacional del niño.⁷²

3.5.2 Año Internacional del Niño

El 21 de diciembre de 1976 en la Asamblea General de las Naciones Unidas se proclamó el año 1979 como el Año Internacional del Niño, con el fin de que los países revisen sus programas de promoción y protección de los niños.⁷³

3.5.3 Día Internacional del Discapacitado

En 1992 se proclamó el 3 de diciembre Día Internacional de las Personas con Discapacidad con el objetivo de tomar conciencia sobre las medidas para mejorar la situación de las personas con capacidades diferentes, así como para lograr igualdad de oportunidades.⁷⁴

⁷² Sanjuán. Op cit., pág. 656.

⁷³ Ib. pág. 656-657.

⁷⁴ Sanjuán. Op cit., pág. 651.

3.5.4 Año Internacional del Discapacitado

En 1976, La asamblea general de las Naciones Unidas proclamo el año de 1981 como el año Internacional de la personas con discapacidad, con el objetivo de poner en marcha un plan de acción internacional dirigido a la equiparación de las oportunidades, la rehabilitación y la prevención de las discapacidades.⁷⁵

3.6 Protección del discapacitado

Los principios para la protección de los enfermos mentales en relación a la atención de su salud fueron adoptados por la asamblea general de las Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1991.⁷⁶

Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, que reciban algún tratamiento médico serán tratadas con humanidad, con respeto a su dignidad como seres humanos.⁷⁷ (Fig11)



Fig. 11 Rehabilitación de un niño discapacitado
Fuente: <http://www.teleton.org.ni/galeria.htm>

⁷⁵ Ib. pág. 656.

⁷⁶ Jasso. Op cit., pág. 233.

⁷⁷ Ib.

Cuando una corte u otro tribunal competente determinen que una persona con discapacidad intelectual no puede ocuparse de sus propios asuntos, se le asignará un representante legal, con el propósito de proteger sus derechos.⁷⁸ (Fig. 12)



Fig. 12 Representante legal de un niño con discapacidad
Fuente: <http://www.teleton.org.ni/galeria.htm>

Se respetará su derecho de confidencialidad al igual que todas las personas. Además se castigará a la administración injustificada de sus medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que puedan causarle algún daño como aseverar su discapacidad.⁷⁹

Tendrán derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente y será aplicado por personal calificado. La atención a estos pacientes siempre se

⁷⁸ Ib.

⁷⁹ Ib. pág. 236.

hará conforme a las normas de ética, aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud.⁸⁰

El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.⁸¹

La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.⁸²

No se administrará ningún tratamiento a un niño discapacitado sin el consentimiento informado de sus padres o del representante legal. Al menos que este sea urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente. Por consentimiento informado se entiende; el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente la información adecuada, en una forma y en un lenguaje entendible, acerca de su diagnóstico, evaluación. Los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto; o los posibles riesgos y secuelas del tratamiento propuesto. Sí el padre o representante legal solicita que se interrumpa un tratamiento, se le deberá explicar las consecuencias de su decisión. Todo tratamiento y suspensión de este deberá registrarse de inmediato en el historial clínico y se señalará el consentimiento para ambos casos.⁸³

⁸⁰ Ib. pág. 336.

⁸¹ Ib. pag. 237.

⁸² Ib.

⁸³ Ib. pág. 238.

No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo que sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al a sí mismo o a terceros. En todos los casos donde se use la restricción física o de reclusión involuntaria; los motivos y duración de esta se registrarán en el historial clínico. Un paciente sometido a un medio de restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión de un personal calificado. Además debe notificarse previamente a los padres o representantes legales de uso de estos medios.⁸⁴

(Fig. 13)



Fig. 13 Medio de restricción física supervisada en un niño con discapacidad intelectual

Fuente: <http://www.teleton.cl/>

El niño discapacitado tiene el derecho de tener a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para procedimientos de queja o apelación.⁸⁵

⁸⁴ Ib. pág. 240.

⁸⁵ Ib. pág. 243.

3.7 Igualdad de oportunidades para los discapacitados

Las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de diciembre de 1993.⁸⁶

- **Mayor toma de conciencia**

Se deben adoptar medidas para hacer que la sociedad tome mayor conciencia de las personas con discapacidad, sus derechos, sus necesidades, sus posibilidades y su contribución.

- **Atención médica**

La prestación médica debe ser eficaz en el trato de las personas con discapacidad. Se deben proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias, para que de esa forma se puedan prevenir, reducir o eliminar sus efectos perjudiciales. Esos programas deben asegurar la plena participación de las personas con discapacidad y de sus familias en el plano individual y dentro de las organizaciones de personas con discapacidad a nivel de la planificación y evaluación. Debe capacitarse a los trabajadores comunitarios locales para que participen en áreas tales como la detección precoz de las deficiencias, y la prestación de asistencia primaria. Se debe cuidar para que las personas con discapacidad, en particular lactantes y niños, reciban atención médica de igual calidad y dentro del mismo sistema que los demás miembros de la sociedad. Todo el personal médico debe estar debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y para que tenga acceso a un tratamiento pertinente. El personal médico, y personal conexo deben

⁸⁶ Ib. pág. 246.

estar capacitados para que puedan prestar asesoramiento apropiado a los padres a fin de no limitar las opciones de que disponen sus hijos. Esa capacitación debe ser un proceso permanente y basarse en la información más reciente de que se disponga. Las personas con discapacidad que reciban regularmente tratamiento deben ser atendidos por un personal capacitado.⁸⁷ (Fig. 14)



Fig. 14 Personal médico capacitado para brindar asistencia médica a niños discapacitados

Fuente: <http://www.teleton.org.ni/galeria.htm>

▪ **Rehabilitación**

Se debe asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad. Se deben elaborar programas nacionales de rehabilitación para todos los grupos de personas con discapacidad. Esos programas deben basarse en las necesidades reales de esas personas y en los principios de plena participación e igualdad. Esos programas deben

⁸⁷ Ib. pág. 248 .

incluir una amplia gama de actividades, como la capacitación básica destinada a mejorar el ejercicio de una función afectada a compensar dicha función, el asesoramiento a las personas con discapacidad y a sus familias, el fomento de la autonomía. Deben tener acceso a la rehabilitación todas las personas que la requieran, incluidas las personas con discapacidades graves o múltiples.⁸⁸ (Fig.15a, 15b)



Fig. 15^a



15b

Fig.15a, 15b. Mostrando programas de estimulación y rehabilitación en niños discapacitados
Fuente: <http://www.teleton.org.ni/galeria.htm>

▪ **Posibilidades de acceso**

Debido a la importancia global de las posibilidades de acceso dentro del proceso de lograr la igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad. Para las personas con discapacidades de cualquier índole, se deben establecer: a) programas de acción para que el entorno físico sea accesible, y b) adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación.⁸⁹

⁸⁸ Ib. pág. 248.

⁸⁹ Ib. pág. 249.

a) Acceso al entorno físico

Se deben de adoptar medidas para eliminar los obstáculos a la participación en el entorno físico, que aseguren el acceso a diferentes sectores de la sociedad, por ejemplo, instituciones de salud, consultorios médicos y dentales, servicios de transporte, y parques.⁹⁰ (Fig 16a, 16b)

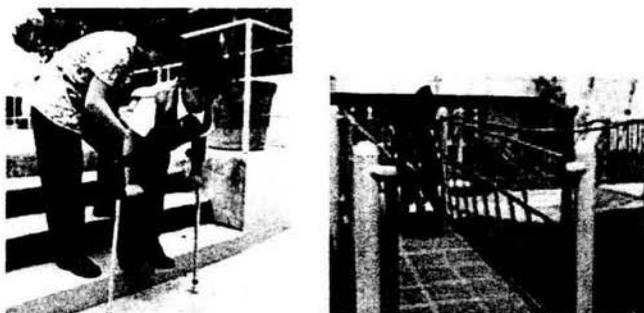


Fig. 16a. 16b

Fig. 16a, 16b. Es necesario brindar medidas de acceso y facilidades a la población infantil discapacitada

Fuente: <http://www.teleton.cl/>

b) Acceso a la información y la comunicación

Las personas con discapacidad y cuando proceda, sus familias y quienes abogan en su favor deben tener el acceso a una información completa sobre diagnóstico, los derechos y los servicios y programas disponibles. Esa información debe presentarse en forma que resulte accesible para las personas con discapacidad. Se deben elaborar estrategias para que los servicios de información y documentación sean accesibles a diferentes grupos de personas con discapacidad. A fin de proporcionar acceso a la información y la documentación escritas a las personas con deficiencias visuales, deben utilizarse el sistema Braille,

⁹⁰ Ib. pág. 249.

Fig.17 grabaciones en cinta, tipos de imprenta grandes y otras tecnologías apropiadas. De igual modo, deben utilizarse tecnologías apropiadas para proporcionar acceso a la información oral a las personas con deficiencias auditivas o dificultades de comprensión. Se debe considerar la utilización del lenguaje por señas en la educación de los niños sordos, así como en sus familias y comunidades. También deben presentarse servicios de interpretación del lenguaje por señas para facilitar la comunicación entre las personas sordas y las demás personas. Deben tenerse en cuenta asimismo las necesidades de las personas con otras discapacidades de comunicación.⁹¹



Fig.17 Sistema Braille
Fuente: UNICEF

▪ **Capacitación del personal**

Se debe asegurar la adecuada formación, a todos los niveles, del personal que participe en la planificación y el suministro de servicios y programas relacionados con las personas con discapacidad.

⁹¹ Ib. pág. 249.

3.8 UNAM y Discapacidad

La Universidad Nacional Autónoma de México rige su función bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades y de respeto. En donde las personas tienen derecho a una vida digna sin ser discriminados por su diversidad sociocultural, económica, física, psíquica o sensorial. La Universidad ha de prohibir cualquier tipo de discriminación o marginación sobre las personas con capacidades diferentes, ha de procurar su integración a la sociedad, salvaguardando sus derechos, a través del mejoramiento del entorno y espacio físico, para asegurar su desplazamiento y acceso libre a los espacios universitarios, tanto recreativos, laborales, educativos y culturales. Con el objeto de obtener una plena integración de las personas con capacidades diferentes a la comunidad y dignificar su derecho de recibir y utilizar los recursos y servicios que la institución brinda, se crea el acuerdo por el que se establecen los lineamientos para una atención con calidad en las instalaciones de la Universidad. En estos lineamientos se incluye la eliminación de las barreras físicas arquitectónicas y urbanas, de transporte y comunicación, la incorporación a la educación de personas con capacidades diferentes, así como sensibilizar a la comunidad universitaria y a la sociedad a ofrecerles un trato digno y equitativo, el desarrollo de programas científicos y tecnológicos relacionados con la prevención de las discapacidades, el tratamiento y la integración a la sociedad, asegurando la prestación de los servicios universitarios para su óptima integración y participación. En cuanto a las instalaciones universitarias que se encuentren edificadas, deberán eliminar progresivamente las barreras arquitectónicas y urbanísticas incluidas, entre otras, cajones de estacionamiento, puertas, rampas, pasillos, obstáculos fijados en pared, escaleras, teléfonos, elevadores, sanitarios y señalización en general.⁹²

⁹² Gaceta UNAM, 12 de junio de 2003, pág 22.

4. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DEL DISCAPACITADO

Los pacientes con capacidades diferentes carecen, en la mayoría de los casos, de los beneficios del tratamiento dental, debido a que pocos odontólogos tienen la experiencia para tratarlos, o bien no les agrada hacerlo. Y por otra parte, los padres de un niño impedido frecuentemente no dan la importancia a los problemas dentales de su hijo debido a los trastornos médicos, sociales y familiares que sufre este tipo de pacientes.

Los niños con discapacidad necesitan más que nadie tratamiento odontológico preventivo y curativo, como parte de su cuidado general, y pasarlo por alto significa, en muchos casos, un riesgo para la salud y hasta para la vida, creándoles un impedimento mayor de lo que sería para un niño su discapacidad.

Casi todos los niños con algún tipo de discapacidad pueden ser atendidos en el consultorio dental, pero requieren de una preparación especial ya que se debe tener en cuenta sus consideraciones médicas específicas.^{93,94}

Las personas con capacidades diferentes tienen derecho a la misma asistencia que cualquier otro individuo, pero deben tenerse en consideración diversos factores en la planificación terapéutica, como la capacidad de cooperación del paciente, su posibilidad de comprender y seguir instrucciones sencillas, así como el pronóstico de la enfermedad y la

⁹³ Sobbe de Agell Rosemary. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Editorial Disinlmed. Caracas, 1996, pág. 601.

⁹⁴ MacDonald, Ralphe E. Avery, David. Odontología Pediátrica y del adolescente. 6ª ed. Editorial Mosby-Doyma, Madrid España, 1995, pág. 565.

expectativa de vida del paciente. Otro aspecto que debemos tener en cuenta es la capacidad del paciente para responsabilizarse de su propia salud oral, o la necesidad de que otra persona asuma sus tareas. La prevención de las enfermedades orales antes de su inicio constituye la mejor forma de garantizar una buena salud dental en cualquier persona. Los programas de odontología preventiva son importantes para los niños incapacitados, debido a los factores predisponentes que hacen que la asistencia dental restauradora sea más difícil. El dentista debe darse cuenta de las necesidades del paciente, asumir la responsabilidad de la elaboración de un programa individual.^{95,96,97,98}

4.1 Historia clínica, la importancia del consentimiento informado

Actualmente el tema de consentimiento informado ha suscitado gran interés entre los odontólogos. Cuando el dentista no se preocupa por obtener consentimiento para realizar un procedimiento, con previa información completa del paciente, o representante legal, queda expuesto a una posible demanda civil por daños y perjuicios atribuibles a *malpraxis*, o a una acusación judicial seguida de un posible encarcelamiento y quizá la pérdida de la cédula profesional.

El control del niño con alguna discapacidad en algunas ocasiones requiere consideraciones adicionales, en general el odontólogo debe informar al paciente la naturaleza del problema, el tratamiento recomendado y el riesgo

⁹⁵ MacDonald. Op cit., pág. 569-573.

⁹⁶ Koch Goran. Odontopediatría. Enfoque Clínico, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1994, pág. 269-271.

⁹⁷ Barber K, Tomas, Kuke S. Larry. Odontología pediátrica, Editorial El manual Moderno, México, 1985, pág. 386-387.

⁹⁸ Sobbe. Op cit., pág. 608-612.

que conlleva, cualquier tratamiento equivalente, así como la alternativa de no dar tratamiento y los peligros inherentes. Sí el paciente es un menor se debe obtener el consentimiento del los padres o la persona que tenga la custodia legal del niño.

Para proporcionar tratamiento odontológico a un niño o a un individuo discapacitado, en ocasiones se requiere emplear métodos de control de la conducta, que probablemente el padre y tutor desconocen. Por ejemplo las técnicas de control conductual con la voz, el uso de agentes sedantes, anestesia general y restricción física. Entonces es necesario explicarle al padre o tutor antes de aplicarlas, y obtener su consentimiento para utilizarlas, dicho consentimiento debe asentarse por escrito. Para ello el odontólogo debe hacer un registro en el expediente clínico donde se indique la información que se dio y a quién, y que la persona estuvo de acuerdo y dio su consentimiento.⁹⁹

Es importante conocer que los pacientes tienen derecho a escoger entre varias opciones de tratamiento, sin embargo, en el caso de pacientes especiales pueden existir barreras notables al ejercicio libre de la decisión respecto al tratamiento. En primer lugar, puede estar limitada su capacidad para entender o escoger lo mejor para él. En segundo término, a algunos pacientes especiales se les niega de manera inapropiada la oportunidad de tomar decisiones, porque se supone que son incapaces para ello. Los dentistas que atiende a pacientes especiales deben conocer estas posibles limitaciones a la libertad de los enfermos respecto a sus decisiones.

Discernir si una persona en particular tiene la capacidad de autorizar su tratamiento constituye un aspecto, muy difícil del proceso de autorización

⁹⁹ Pinkham. J.R. Odontología Pediátrica, 2ª ed. Editorial Interamericana McGraw-Hill, México, 1996, pág. 356.

o consentimiento en algunos pacientes especiales. Los estándares legales varían de una jurisdicción a otra, pero, en términos generales, se acepta que el individuo pueda considerarse capaz de llegar a una decisión terapéutica si: entiende la información importante, si aprecia la situación y sus consecuencias; si manipula en forma racional la información, es decir que logra asimilarla, y si es capaz de comunicar su decisión.¹⁰⁰

4.2 Capacidad de obrar

La capacidad jurídica corresponde a todo ser humano y es igual e intangible para todos. Distinta de esta es la capacidad de obrar y se refiere a la aptitud para el ejercicio de los derechos subjetivos y los deberes jurídicos, no es igual para todos, sino que depende del estado civil, en cada caso y para cada acto jurídico.¹⁰¹

En los pacientes con capacidades diferentes, se presenta un dilema importante, ya que no hay certeza de la capacidad de decisiones, por lo que es importante que tengan un representante que se encargue de tales decisiones. En los casos de pacientes especiales, se utiliza a menudo dos conceptos: competencia y capacidad para decisiones.

La primera es la designación legal, dictaminada solamente por un sistema de tribunales. La segunda es la valorada dentro del sistema de asistencia por parte de clínicos.

¹⁰⁰ Shuman, Stephen; Bebeau, Muriel. Aspectos éticos y legales en la atención de pacientes especiales. Clínicas Odontológicas, Volumen 3, 1994, pág. 542-543.

¹⁰¹ Martínez Díe, Rafael. La protección jurídica de discapacitados, incapaces y personas en situaciones especiales. Editorial Civitas, España, 2000, pág. 46.

Pacientes legalmente incompetentes con capacidad para tomar decisiones

Los niños por no tener la mayoría de edad, son pacientes legalmente incompetentes con capacidad para tomar decisiones. Aquí es el tutor o guardián legal quien decide y autoriza el tratamiento.

Pacientes legalmente incompetentes

Se califican de incompetentes a las personas con disminución importante en su capacidad de decisiones, y que han sido declarados formalmente incapaces para dirigir sus propios asuntos con base en el sistema judicial, y por ello se les designa a un tutor. Muchos individuos con discapacidad intelectual nunca llegarán a ser personas con capacidad para tomar decisiones independientes, y de este modo tienen tutores toda su vida. La tutoría no se limita obligadamente a la familia de una persona ya que puede ser conferida a un amigo, o a alguna organización de servicio social o una dependencia gubernamental.

Cuando la persona tiene incapacidad para tomar decisiones, es declarado legalmente incompetente, por lo que el dentista debe obtener una autorización para el tratamiento del tutor legalmente asignado. Sin embargo, puede haber una excepción, cuando se refiera a un tratamiento de urgencia, siempre y cuando sea justificado el beneficio del paciente.¹⁰²

¹⁰² Shuman. Op cit., pág. 544-548.

Pacientes legalmente competentes con disminución de su capacidad de decisiones

Es de gran importancia para el odontólogo conocer este tipo de situaciones, en donde el paciente sufre un deterioro respecto a su capacidad de tomar decisiones, ya sea por un problema médico o mental adquirido, pero la persona no ha sido declarada legalmente incompetente.

Es una situación muy difícil cuando el paciente rechaza o se resiste a las medidas terapéuticas, ya que el rehusarse a recibir asistencia, la resistencia a tal situación o incluso a la agresividad, pueden ser manifestaciones de algún tipo de perturbación mental, o expresiones del deseo auténtico de rechazar el tratamiento, sin embargo, por más irracional que parezca su conducta, no podemos decir que tiene un deterioro de su capacidad de decisiones. Si ésta parece cuestionable pero el individuo sigue siendo legalmente competente, es importante que el clínico identifique el mecanismo por el que se toman decisiones indirectas y quien es el encargado de tal tarea. En este caso se necesita que la familia u otros terceros interesados que participen en el proceso de autorización. También puede ser importante consultar con el médico encargado del paciente para obtener información sobre la capacidad de decisión de éste, y de la forma en que se han realizado o se realizarán otras decisiones en cuanto a cuidados clínicos.¹⁰³

Cuando la discapacidad intelectual, no es absoluta, es posible la participación del individuo en algunas decisiones terapéuticas pero se deberá solicitar a otras personas su opinión.

¹⁰³ Stephen. Op cit., pág. 544-548.

4.3 Restricción física

En 1987, la *Academy of Dentistry for the Handicapped (ADH)* nos dio algunas pautas para el uso de medios físicos y farmacológicos de sujeción para la atención odontológica en personas minusválidas. Fig. 18 Recomendó usar dichos medios sólo cuando fueran absolutamente necesarios, recurrir a la forma menos restrictiva, y que no debieran utilizarse como forma de castigo o para conveniencia personal. El uso de medios de restricción para el control del paciente fue considerado como práctica odontológica aceptable si se utilizaba en forma adecuada para gobernar la conducta de individuos con discapacidad. Se destacó el señalamiento escrito y claro del uso del medio de sujeción y también pautas, de modo que no causarían lesión física y que debía obtenerse autorización con conocimiento con arreglo a las normas vigentes en el estado. Y que se le debía informar al padre o representante legal del niño con capacidades diferentes en que va a consistir los medios de restricción física o farmacológica, el motivo por los cuales se van a utilizar estos medios para el manejo de paciente y cual va a ser su duración.

Es importante destacar que las recomendaciones de la *ADH* se orientaron más bien al tratamiento de personas con discapacidad y en quienes se usarían medios físicos de sujeción. Pero también, algunos casos de resistencia como rechazar o alejar al dentista con la mano o cerrar la boca y combatividad (golpes) pueden provenir tanto de niños como de adultos con enfermedades neurológicas adquiridas o hereditarias o de accidentes apopléticos, problemas que en forma imprescindible afectan la memoria, la percepción, el juicio y el razonamiento. Sin embargo los medios físicos de control o sujeción pueden ser inadecuados en algunas poblaciones de pacientes especiales, por ejemplo en aquellos que tengan problemas cardiovasculares, ya que el estrés que conlleva su uso puede exacerbar

otros problemas médico crónicos. Aún más, los medios físicos de sujeción pueden inducir trauma y resultar contraproducente su uso por la agitación ¹⁰⁴

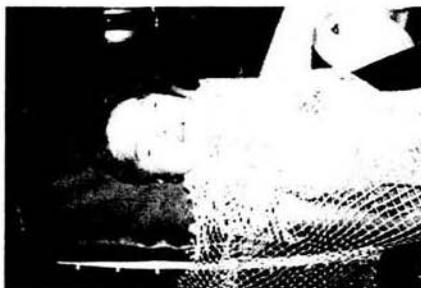


Fig. 18 Restricción física durante la atención dental, con previa autorización por su representante legal.
Fuente: DEPe I, UNAM

Pautas para el uso de medios de control

- En pacientes que requieren diagnóstico o tratamiento y que no pueden colaborar debido a su discapacidad.
- Cuando la seguridad del paciente o el médico está en riesgo si no se aplican medidas protectoras de restricción.
- La restricción no debe usarse como método disciplinario ni para la comodidad del personal asistencial.
- La sujeción no debe causar traumatismo físico, ni psicológico.
- El uso de los métodos de sujeción deben tener una explicación razonable, que lleve a un beneficio razonable del paciente en relación a buen tratamiento.
- Que exista la autorización tanto para el tratamiento odontológico, como para el uso de los medios de sujeción por parte de los padres o representante legal.

¹⁰⁴ MacDonald. Op cit., pág. 574.

- El medio de control se escoge específicamente con base en el tratamiento planeado, es decir que el medio de sujeción obliga a hacer consideraciones individuales cuidadosas a cada tipo de paciente.
- El uso del medio de control debe ser parte del registro escrito del tratamiento odontológico se debe incluir el tipo de restricción, duración y razón por el que se uso.
- Los padres o el representante tienen derecho de revisar el tipo de restricción.¹⁰⁵

4.4 Acceso a la asistencia dental

Muchos factores pueden limitar el acceso al sistema de asistencia odontológica de pacientes especiales. De estos algunos de los más difíciles de resolver son las barreras, obstáculos físicos al acceso y el marco social que a veces acompaña a algunos pacientes con capacidades diferentes.

Desgraciadamente algunos odontólogos tienen muchos incentivos económicos negativos en sus tareas con algunos pacientes especiales, a menudo sienten justificación, al utilizar materiales y técnicas menos costosas con este tipo pacientes. Sin embargo la responsabilidad de los dentistas debe ser en primer lugar y por encima de todo, lograr el bienestar de los enfermos. No está moralmente justificada una atención con distinciones.¹⁰⁶

La negación de la asistencia odontológica y clínica a individuos, basada únicamente en la presencia de algún cuadro o incapacidad no es ética porque tal discriminación viola el principio de justicia. Las personas con capacidades diferentes deben tener acceso a los servicios odontológicos,

¹⁰⁵ Stephen. Op cit., pág. 551-453

¹⁰⁶ Ib. pág. 553-555.

exactamente sobre la misma base en que podrían obtenerlos otras personas sin tal incapacidad. Si el tratamiento de la incapacidad obliga a contar con experiencia o técnicas que no se utilizan en la práctica común, pudiera estar justificada moralmente la remisión a otro profesionalista.

Las barreras al acceso físico al consultorio, pueden tener un efecto discriminatorio en individuos con algún tipo de discapacidad.

Ante la necesidad de las personas con capacidades diferentes respecto a la eliminación de las barreras, que se tienen para el acceso a servicios públicos, el Congreso Estadounidense aprobó la llamada Acta Estadounidense con Incapacidades (ADA) en julio de 1990; esta ley prohíbe la discriminación contra los incapacitados en el acceso a servicios públicos, y que al considerarse a los consultorios dentales como sitios de servicio público, deben someterse a tales reglamentaciones.¹⁰⁷

El diseño del consultorio donde se tratan niños con capacidades diferentes es esencial; éste se debe ubicar en la planta baja, para facilitar su entrada y evitar el uso de escaleras y elevadores, los lugares reservados en el estacionamiento, deberán quedar cerca de la entrada del consultorio o de las áreas con rampa para dar un fácil acceso a los pacientes con sillas de ruedas, las puertas deben ser lo suficientemente anchas para permitir maniobrar la silla de ruedas, el piso debe ser liso, antiderrapante; se debe evitar el uso de tapetes y alfombras gruesas. Debe haber signos visuales con letras en relieve y señales audibles para que puedan ser utilizadas en forma apropiada por personas ciegas o sordas. Los sanitarios deben ser accesibles y los excusados deberán estar aproximadamente a la misma altura que una silla de ruedas normal para permitir su transferencia. Los depósitos de agua

¹⁰⁷ Stephen. Op cit., pág. 555-557.

no deberán estar más elevados de 85 cm desde el piso y deberán permitir un acceso fácil, las llaves de agua serán del tipo para elevar o automáticos, se proporcionaran anaqueles, porta toallas y espejos más bajos o inclinados. El teléfono deberá ser de tipo de empujar botones y estará ubicado a una altura no mayor de 85 cm sobre el piso. Es importante proporcionar espacio adecuado en el cuarto de recepción para los pacientes con silla de ruedas, si existe un mostrador este deberá estar ubicado a una altura que permita al paciente en silla de ruedas comunicarse fácilmente¹⁰⁸

4.5 El odontólogo frente al maltrato del niño discapacitado

La importancia de la sospecha del abuso de los pacientes con algún tipo de discapacidad plantea preocupaciones morales y legales graves para los odontólogos. El principio de no dañar señala que el clínico debe emprender medidas para que no continúe tal anomalía. Los dentistas ahora tienen la responsabilidad legal de notificar a las autoridades legales de la localidad, de las sospechas de abuso, con base en sus observaciones objetivas.

Las variantes de abuso hacia los niños discapacitado son: en primer término, el descuido pasivo que es el incumplimiento involuntario para realizar una obligación de asistencia y cuidado, en segundo término, el descuido activo es el incumplimiento intencional de una responsabilidad asistencial como es el abandono, o negar alimentos, medicamentos, o no cuidar la higiene personal. El abuso psicológico se produce en situaciones en que median la intimidación verbal, la humillación, el acoso o el aislamiento. La explotación material se define como el uso no ético o ilegal de dinero,

¹⁰⁸ Barber. Op cit., pág. 395-401.

propiedades u otros bienes, en provecho personal y por último el abuso físico incluye actos como causar dolor o lesiones, maltrato sexual, medios físicos de sujeción, confinación, maltrato a jalones o empujones.¹⁰⁹

Desde hace tiempo se reconoce la importancia de los odontólogos para identificar y notificar abuso en niños con discapacidad.

¹⁰⁹ Stephen. Op cit., pág. 557-5561.

6. CONCLUSIONES

- Las personas con discapacidad, al igual que nosotros, tienen derechos, los cuales muchas veces son violados por falta de conocimiento, o por el rechazo que provocan este tipo de personas a la sociedad.

- Desafortunadamente aún en el área de la salud, específicamente en la atención estomatológica, aún no se adquiere el compromiso moral, profesional y legal que se debería tener sobre este tipo de pacientes, ya que en algunas instituciones de servicio público y privado aún se les es negada la atención por la falta de conocimientos, temor o inseguridad que provoca la atención del paciente discapacitado, impidiendo de esta forma su incompleta integración social.

- Debido a que los pacientes con capacidades diferentes requieren de atención especial, es indispensable que el cirujano dentista reciba la capacitación adecuada en cuanto a esta problemática, para poder brindarles un mejor servicio, permitiéndoles así una buena salud oral, que conllevaría a una mejor calidad de vida.

- La relación entre los padres o el representante legal, en estos casos debe de ser aún mayor, ya que en muchas ocasiones necesitamos de su consentimiento para realizar cualquier tipo de tratamiento, y de no contar con ello podría traernos consecuencias legales, que van desde la pérdida del ejercicio profesional, hasta el de la libertad.

- Aunado a esto creo que el abuso de pacientes con capacidades diferentes también es de nuestra competencia, ya que tenemos el compromiso moral y legal, de notificarlo ante la autoridad competente para evitar que este tipo de situaciones continúen.

7. BIBLIOGRAFÍA

Alcocer Pozo José. Medicina Legal. Conceptos básicos. Editorial Limusa, México, 1993, 171 pp.

Alonso García, Belén. El régimen jurídico de la protección social del minusválido, Civitas, España, 1997, 288 pp.

Alva Rodríguez, Mario. Compendio de Medicina Forense. Editorial Méndez Cervantes, México, 1991, 225 pp.

Álvarez de la Cadena Sandoval, Carolina. Ética Odontológica, 2ª ed. Facultad de odontología, UNAM, México, 2000, 259 pp.

Asociación Mexicana de Síndrome de Down. Revista En Contacto. El pediatra y los derechos de los niños con malformaciones congénitas, XVIII-XIX ed. especial, diciembre, 1995, 11 pp.

Asociación Mexicana de Síndrome de Down. Revista En Contacto. Sobre la ética, XXII, septiembre, 1996, 16 pp.

Barber K, Tomas; Kuke S. Larry. Odontología Pediátrica, Editorial El manual Moderno, México, 1985, 431 pp.

Blázquez Alvarado, Eduardo. Medicina Legal, Editorial Trillas, México, 1996, 262 pp.

Díaz Muller, Luis. Bioética, salud y derechos humanos. Editorial Porrúa, México, 2001, 186 pp.

Frosini, Vittorio. Derechos Humanos y Bioética. 2ª ed, Editorial Temis, Colombia 1997. 234 pp.

<http://colombiamédica.univalle.edu.col/vol130no2/consentimiento.html>

<http://www.revistamavika.com.mx/estad.htm>

<http://www.teleton.cl/>

<http://www.teleton.org.ni/galeria.htm>

Jasso Gutiérrez, Luis. El niño Down. Mitos y realidades, 2ª ed. Editorial El Manual Moderno, México, 2001, 341 pp.

Koch Goran. Odontopediatría. Enfoque Clínico, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1994, 288 pp.

MacDonald, Ralphe. Odontología Pediátrica y del adolescente. 6ª ed. Editorial Mosby-Doyma, Madrid España, 1995, 865 pp.

Martínez Díe, Rafael. La protección jurídica de discapacitados, incapaces y personas en situaciones especiales. Editorial Civitas, España, 2000, 398 pp.

Paja Burgoa, José A. La Convención de los Derechos del Niño. Editorial Tecnos. México 1998, 188 pp.

Pinkham. J.R Odontología Pediátrica, 2ª ed, Editorial Interamericana McGraw-Hill, México 1996, 667 pp.

- Reyna Carrillo Fabela, Luz María. La responsabilidad profesional del médico, 2ª ed. Editorial Porrúa, México, 1999, 190 pp.
- Sanjuán, Mario Alfonso. Las minusvalías, diagnóstico, tratamiento e integración. UNED. 5 ed., 1ª reimpresión, 1998, 808 pp. PAIS.
- Santamaría Benjamín. Los derechos de las niñas y de los niños. 1ª reimpresión, Editorial Trillas, México, 1999, 136 pp.
- Shein, Max. El niño precolombino, 2ª ed. Editorial Trazo Blanco Asesoría Creativa, México, 2001, 230 pp
- Shuman, Stephen; Bebeau, Muriel. Aspectos éticos y legales en la atención de pacientes especiales. Clínicas Odontológicas, Volumen 3, 1994
- Sobbe de Agell Rosemary. Conceptos Básicos en odontología pediátrica. Editorial Disinlimed. Caracas, 1996, 691 pp.

8. ANEXO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DATOS DEL PACIENTE _____

1. NOMBRE DEL PACIENTE _____
2. HISTORIA CLÍNICA No. _____
3. NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR _____
4. TIPO DE ANESTESIA (EN CASO DE NECESIDAD) _____

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Además me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que se me va a aplicar. Estoy conciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo): _____ y que los posibles riesgos más importantes son: _____
2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
3. Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.
4. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones _____ si no hay condiciones, escríbase ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: _____
5. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Firma del paciente _____

Firma del testigo _____

C. DECLARACIONES Y FIRMAS

1. Médicos (s) responsables (s): _____ He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del profesional (es) _____ Documento de identidad _____ Fecha _____

2. TUTOR LEGAL O FAMILIAR _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y de identidad _____, doy mi consentimiento para que él (los) doctor (a) (es) _____ y el personal auxiliar que él/ella (os) precise (n) les realicen este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando el bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares _____ Parentesco _____ Testigo _____ Fecha _____

Nota. En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

D. LUGAR Y FECHA _____