



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS DEL PROGRAMA DEL INSTITUTO DE
ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL.

T E S I N 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:

MARISOL RAYA HERNÁNDEZ

TUTORA: Esp. ANA ZUGEY CISNEROS LINARES

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*A Un ser maravilloso Omnipotente, Omnipresente y Superior,
pues sin Él nada de esto habría pasado.*

*A Mamá Ruthi, en verdad no tenga palabras para agradecer
todo lo que has hecho por Mí y sobre todo por apoyarme en este sueño
tan grande que por fin se hizo realidad. Te Quiero Mucho.*

*A mi hermana linda Eli que es un ser increíble, gracias pues sin
tus consejos y apoyo los tropiezos habrían sido más grandes.*

*A mis tíos Paty, Paco, Tere y Fer por su apoyo, fue el mejor y al
igual que con mamá no tengo palabras para expresar todo este
agradecimiento, sin ustedes no lo habría logrado. Gracias por sus
consejos, por escucharme por guiarme durante todo este camino. Los
Quiero Mucho.*

*A mis primos Mariana y Nilton que estuvieron presentes
durante estos 5 años de trayectoria profesional. Prima eres la mejor, Te
Quiero Mucho.*

A mis amigos Isaac, Lau, Gabs, Erika, Silvia, Albita, Pau, Gaby, Cinthia M. durante estos 5 años tuve la fortuna de conocerlos y de compartir muchos momentos buenos y sobre todo que me hayan brindado su amistad que para mí es muy valiosa.

A mi tutora Esp. Ana Lugey Cisneros que me apoyo en la elaboración y comprensión de este proyecto.

A los doctores del Seminario de Odontopediatría pues de ellos aprendí mucho en especial a la Dra. Mondragón pues valioso el tiempo que invirtió en esto.

A todos los doctores de licenciatura que me brindaron su apoyo y que aprendí mucho de ellos.

Y por supuesto a nuestra Máxima Casa de Estudios La Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| 1. Instituto de Asistencia e Integración Social (I.A.S.I.S) | 2 |
| 1.1 ¿Quiénes son? | 2 |
| 1.2 Decreto de Creación | 3 |
| 1.3 Servicios que ofrece | 11 |
| 1.4 Centros de Asistencia e Integración Social (C.A.I.S) | 12 |
| 1.5 Centro de Asistencia de Integración Social “Villa Mujeres” | 15 |
| 1.6 Centro de Asistencia de Integración Social “Azcapotzalco” | 20 |
| 2. Programa de Servicio Social de la Facultad de Odontología de la UNAM con el Instituto de Asistencia e Integración Social (I.A.S.I.S) | 23 |
| 3. Maltrato Infantil | 24 |
| 3.1 Antecedentes | 24 |
| 3.2 Definición del Maltrato Infantil | 25 |
| 3.3 Clasificación del Maltrato Infantil | 26 |
| 3.4 Factores de riesgo en el maltrato infantil | 29 |
| 3.5 Alteraciones en los niños con maltrato | 31 |
| 4. Intervención multidisciplinaria del paciente pediátrico con maltrato infantil en los C.A.I.S. | 34 |
| 4.1 Área de Trabajo Social | 35 |
| 4.2 Área de Asistencia | 36 |
| 4.3 Área Médica | 36 |
| 4.4 Área Psicológica | 37 |
| 4.5 Área Paidopsiquiatra | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Técnicas del manejo de la conducta | 41 |
| 5.1 Técnicas de comunicación | 41 |
| 5.2 Técnicas del manejo de la conducta | 44 |
| 5.3 Técnicas de enfoque físico | 45 |
| | |
| 6. Actitud del Cirujano Dentista en la conducta de pacientes con maltrato infantil de los C.A.I.S | 48 |
| | |
| Conclusiones | 52 |
| | |
| Bibliografía | 53 |

Introducción

La asistencia social es el conjunto de acciones encaminadas a complementar, desarrollar capacidades y aptitudes de los individuos, familiares o grupos de población vulnerables o en situación de riesgo que no cuentan con los medios adecuados para valerse por sí mismos.

La violencia social está presente en la vida cotidiana de casi todas las comunidades del mundo; los niños, mujeres, discapacitados y adultos mayores constituyen los grupos más vulnerables ante tal situación. Por esta razón, todo profesional que trabaja en el área social debe estar preparado para enfrentar las conductas, acciones y reacciones de dichos individuos en su práctica cotidiana, por tal motivo, deben afrontarlo directamente con un máximo de beneficio para la víctima y una mínima posibilidad de causar mayor daño al resto de la familia. Ante tal situación, los profesionales en el área médico- social, al momento de ejercer su profesión, tienen la obligación de revisar periódicamente sus programas de investigación y docencia así como el enfoque de su trabajo cotidiano.

La violencia en contra de los niños se ha expresado más clara y frecuentemente en todo el mundo lo que ha propiciado que la OMS declare a este fenómeno como un problema de salud pública mundial. Existen muchos grupos de atención a comunidades vulnerables en nuestro país, entre ellos El Instituto de Asistencia e Integración Social (I.A.S.I.S) en el Distrito Federal.

En este trabajo se abordarán temas como el programa de asistencia e integración social, maltrato infantil para entender a la población de los C.A.I.S principalmente Villa Mujeres y Azcapotzalco, y finalmente la atención multidisciplinaria que se brinda en estos centros para llegar a la atención odontológica tomando en cuenta las técnicas de manejo de conducta por parte del Cirujano Dentista.

1. Instituto de Asistencia e Integración Social (I.A.S.I.S)

El **18 de enero de 2001** se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el decreto de creación del Instituto de Asistencia e Integración Social (I.A.S.I.S), el cual fue emitido por el entonces jefe de Gobierno, Andrés Manuel López Obrador, con el objetivo de brindar atención a los grupos más vulnerables de la población, propiciando el desarrollo de sus capacidades y la construcción de oportunidades que favorezcan su reincorporación social en un ambiente de igualdad y justicia social.¹

Esa determinación derivó que el Gobierno del Distrito Federal tiene como principio rector garantizar la justicia, equidad, tolerancia, inclusión y participación de toda la población de la Ciudad. Lograr un Estado igualitario donde los pobres, débiles y olvidados encuentren protección ante las desigualdades sociales, desventajas e incertidumbre económica.

1.1 ¿Quiénes son?

El decreto de creación del I.A.S.I.S sienta las bases jurídicas que dan sustento a este órgano administrativo dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social.

El objetivo del I.A.S.I.S es promover, coordinar, supervisar y evaluar la asistencia social en el Distrito Federal, definir y establecer la política en materia de asistencia social, y ser la instancia normativa de los programas de asistencia social que realice la administración pública del D.F.

¹ Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

Esta institución ofrece a niñas, niños, jóvenes, mujeres, hombres, adultos mayores y a todas aquellas personas que sufren abandono, extrema pobreza o vulnerabilidad, los apoyos y condiciones para valerse por sí mismos. Promueve el desarrollo de sus capacidades y la creación de oportunidades en los órdenes económico, social y político para que puedan reincorporarse a la vida comunitaria con pleno respeto a su dignidad, identidad y derecho.



1.2 Decreto de Creación

Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de enero de 2001. Contiene la reforma publicada el 14 de mayo de 2002 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 65 ANDRES MANUEL LÓPEZ OBRADOR, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, con fundamento en los artículos 122, apartado C, Base Segunda, fracción II, inciso b), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 67, fracción II, 90 y 91 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2º, 5º, 14, 15, fracción VI, y 28, fracciones IX y XIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal y 4º, fracción V, 10 y 11 de la Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal, y CONSIDERANDO:

Que la asistencia social es el conjunto de acciones encaminadas a complementar y desarrollar las capacidades y aptitudes de los individuos, familiares o grupos de población vulnerables o en situación de riesgo que no cuentan con los medios para valerse por sí mismos.

Teniendo como principio rector la equidad de todos los individuos, la asistencia social debe tender al desarrollo de las capacidades y a la construcción de oportunidades que favorezcan la reincorporación social de los grupos más vulnerables de la población, en un ambiente de igualdad y de justicia social. Que la Administración Pública del Distrito Federal concibe a la asistencia social como una política especializada de inclusión social de carácter permanente, con intervenciones temporales respecto de personas, familias o grupos específicos, orientadas a la superación de sus desventajas y a la consecución de su autosuficiencia.

Que es necesario uniformar la política de asistencia social en el Distrito Federal, ordenando e integrando los recursos públicos y privados, para hacerlo más eficiente, evitar duplicidad de funciones, ampliar la cobertura a la población y elevar el impacto de los programas existentes. Que de conformidad con la distribución de competencias derivado del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal corresponde a las autoridades de la Administración Pública del Distrito Federal, entre otras facultades, establecer, coordinar y ejecutar políticas y programas en materia de asistencia social en el Distrito Federal.

Que con base en los principios de simplificación, transparencia, racionalidad, funcionalidad, eficacia y coordinación, además de tomar en cuenta las necesidades y planteamientos de los habitantes de esta Ciudad, la Administración Pública del Distrito Federal, en materia de promoción, desarrollo, supervisión, evaluación y regulación de la asistencia social ha considerado conveniente crear un órgano administrativo desconcentrado,

dotándolo de autonomía técnica y de gestión con el fin de lograr anteriores propósitos, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:²

Decreto por el que se crea el instituto de asistencia e integración social del distrito federal.

Artículo 1°.- Se crea el Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal como órgano administrativo desconcentrado dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social.

Artículo 2°.- El Instituto tiene por objeto promover, coordinar, supervisar y evaluar la asistencia social en el Distrito Federal, definir y establecer la política en materia de asistencia social, y ser la instancia normativa de los programas de asistencia social que realice la Administración Pública del Distrito Federal.

Artículo 3°.- El Instituto tiene las siguientes atribuciones:

I. Ejercer las facultades que en materia de asistencias social señalan a la Secretaría de Desarrollo Social, la Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal y demás disposiciones jurídicas aplicables;

II. Coordinar y orientar, con base en las instrucciones y lineamientos que expida la Secretaría de Desarrollo Social, la instrumentación de las políticas en materia de asistencia social;

III. Planear, organizar, operar, supervisar y evaluar el Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal de conformidad con lo establecido en la Ley de la materia;

² Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

IV. Promover y prestar servicios de asistencia social en el Distrito Federal;

V. Emitir previo acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social, los lineamientos, normas y modelos de atención básicos que deben regir la operación funcionamiento de las instalaciones y demás infraestructura destinada a la asistencia social a cargo de las Delegaciones y otras Unidades Administrativas de la Administración Pública del Distrito Federal, así como vigilar su cumplimiento;

VI. Administrar y operar los establecimientos de prestación de servicios en materia de asistencia social que le sean adscritas;

VII. Promover, previo acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social, la creación de diversos mecanismos de financiamiento público y privado deducible de impuestos que permitan fortalecer la asistencia social;

VIII. Establecer los mecanismos y evaluar los programas y proyectos en materia de asistencia social, que prestan instituciones del sector público, así como concertar con los sectores social y privado en el Distrito Federal, en materia de asistencia social;

IX. Analizar la legislación local de la materia y, en su caso proponer reformas a dichas disposiciones;

X. Apoyar a las asociaciones, sociedades civiles y demás entidades privadas, cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social para la obtención de financiamientos y estímulos fiscales y, en su caso, evaluar sus programas sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias;

XI. Desarrollar, sancionar y evaluar modelos de atención en materia de asistencia social;³

XII. Realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social, en particular aquellos pendientes al mejoramiento de los servicios, acciones y programas en la materia;

XIII. Prestar asistencia jurídica y de orientación social a los sujetos de la asistencia social; y

XIV. Las demás que le confiera el Titular de la Secretaría de Desarrollo Social y cualquier otra disposición en materia de asistencia social.

Artículo 4°.- Se deroga.

Artículo 5°.- Se deroga.

Artículo 6°.- El Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal, contará con Director General quien será nombrado y removido por el Jefe de Gobierno del Distrito Federal.

Artículo 7°.- El Director General tendrá las facultades y obligaciones siguientes:

I. Dirigir y administrar el Instituto;

II. Fungir como Secretario Técnico del Consejo de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal;

³ Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

III. Planear, programar, dirigir, controlar y evaluar el desarrollo de los programas y acciones encomendadas a las áreas que conforman el Instituto;

IV. Dirigir los servicios de asistencia social;⁴

V. Mantener el enlace de carácter técnico con autoridades de gobiernos estatales y organismos no gubernamentales, en la materia de su competencia;

VI. Se deroga;

VII. Formular anualmente el anteproyecto de presupuesto del Instituto, conforme a las normas aplicables;

VIII. Formular los proyectos de manuales de procedimientos y servicios de las diversas áreas del Instituto de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables;

IX. Coordinarse con las áreas centrales y unidades administrativas de la Secretaría de Desarrollo Social, cuando así se requiera;

X. Se deroga;

XI. Realizar opiniones, informes y asesorías en materia de asistencia social que le sean solicitados por otras Dependencias, Unidades Administrativas, Órganos Políticos-Administrativos y los órganos desconcentrados de la Administración Pública del Distrito Federal;

XII. Establecer programas de capacitación y desarrollo del personal a su cargo, autorizar sus altas, bajas y cambios de situación laboral, así como

⁴Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

acordar ejecutar y controlar los demás asuntos relativos al mismo, de conformidad con lo que señalen las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables;

XIII. Vigilar la correcta utilización de los recursos materiales que requiera el Instituto de conformidad con lo que señalen las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables;

XIV. Proponer convenios, contratos y en general todos los actos jurídicos necesarios para la consecución de los fines del Instituto;

XV. Participar en los actos de defensa de los recursos del Instituto interviniendo en toda clase de procedimientos judiciales o contenciosos administrativos que le competan;

XVI. Se deroga;

XVII. Expedir, copias certificadas de los documentos que obren en sus archivos sobre asuntos de competencia de conformidad con las disposiciones jurídicas administrativas; y

XVIII. Las demás que le confieran otras disposiciones legales o reglamentarias.

Artículo 8°.- El régimen al que deben sujetarse los servidores públicos del Instituto es el que prevé el apartado "B" del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Este programa es de carácter público no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos Quien

haga uso indebido de los recursos de este programa en el DF será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

Tiene como objetivo modificar sustancialmente las condiciones de vida de la población de calle, con su participación activa y consciente, ofreciéndole los conocimientos y habilidades que les permitan llevar a cabo un proyecto de vida fuera de la calle y en condiciones que propicien su desarrollo integral en los ámbitos social, laboral y educativo.

Una de las prioridades centrales del programa es la capacitación para el trabajo y la promoción de proyectos productivos para impulsarlos a una vida independiente. Estas acciones se llevan a cabo en los Centros de Asistencia e Integración Social (C.A.I.S) Azcapotzalco y Gustavo A. Madero, en donde se les otorgan los servicios de alimentación, alojamiento, vestido, psicología, pedagogía, psiquiatría, trabajo social y atención médica, actividades recreativas, culturales y deportivas.

El I.A.S.I.S, a través del Programa de Atención Social Emergente en coordinación con las delegaciones Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero, Miguel Hidalgo y Benito Juárez, trabaja en los puntos de encuentro de mayor incidencia.

En tanto, a través del Programa de Financiamiento para la Asistencia e Integración Social en el D.F. 2004, se apoya a 54 instituciones de asistencia privada y asociaciones civiles que atienden a la población de niños y jóvenes en riesgo y situación de calle.

Artículo 38 de la Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal. Este programa es de carácter público no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que ganan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines

políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.⁵

1.3 Servicios que ofrece:

- ❖ A través del Programa de Atención Social Emergente (P.A.S.E) recibe reportes ciudadanos para la atención a personas en situación de calle (niñas, niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, familias, indigentes)
- ❖ Proporciona asistencia social a personas o familias afectadas por un siniestro o desastre (incendio, explosión, inundación, granizada, deslave, derrumbe) hasta que se restablecen sus condiciones de vida.
- ❖ El I.A.S.I.S ofrece servicios de asistencia social en 10 Centros de Asistencia e Integración Social (C.A.I.S).
- ❖ En los C.A.I.S se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, proporcionándoles techo, vestido, alimentación acorde con sus necesidades físicas y condición de salud, asistencia médica de primer nivel y medicamentos, derivación a servicios médicos de segundo y tercer nivel, atención psicológica y psiquiátrica, actividades culturales, deportivas y de recreación, así como talleres de capacitación para el trabajo y terapia ocupacional.
- ❖ Brinda atención y tratamiento a personas con problemas de adicción (consumo de drogas, alcohol y tabaco) en el Centro de Tratamiento Torres de Potrero.

⁵ Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

- ❖ Asimismo, ofrece servicios para la prevención de las adicciones, en el marco del Programa para la Prevención del Delito, la Violencia y las Adicciones (PDVA). Lleva a cabo acciones para prevenir el consumo de drogas en escuelas y en comunidad.
- ❖ Ofrece a personas en extrema vulnerabilidad orientación jurídica y canalización a las dependencias donde puedan ser auxiliados para resolver problemas legales, como la Defensoría de Oficio y los Bufetes Jurídicos que brindan servicios legales gratuitos en el Distrito Federal.
- ❖ Registro extemporáneo de actas de nacimiento. Brinda a las personas en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, la oportunidad de realizar su trámite de registro y obtener de manera gratuita su acta de nacimiento. Con la regularización de su documentación oficial, los beneficiarios de este programa podrán ejercer sus derechos ciudadanos y contarán con mayores elementos para acceder a los distintos servicios que ofrece el GDF.⁶

TODOS LOS SERVICIOS SON GRATUITOS.

1.4 Centros de Asistencia e Integración Social (C.A.I.S.).

El I.A.S.IS ofrece servicios de asistencia social en 10 Centros de Asistencia e Integración Social (C.A.I.S).

En los C.A.I.S se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres adultos, así como a personas de la tercera edad en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad. El I.A.S.I.S proporciona en estos Centros alojamiento, alimentación, atención médica, psicológica,

⁶ Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

psiquiátrica y gericultura, así como talleres de capacitación para el trabajo, educación, actividades recreativas, deportivas y culturales.

A continuación se enlista el nombre de los 10 C.A.I.S así como las características de cada uno.

Atlampa. Proporciona asistencia a hombres de 18 años en adelante, semi postrados y postrados en abandono social.

Azcapotzalco. Da atención a niñas y niños de 4 a 13 años con problemas de maltrato infantil, desintegración familiar, abuso sexual, extravío, abandono, extrema pobreza y orfandad total o parcial.

Cascada. Brinda asistencia a mujeres mayores de 18 años con problemas de salud mental y adultas mayores en abandono social.

Iztapalapa. Proporciona atención a hombres mayores de 18 años con trastornos de personalidad, daños orgánicos, retraso mental y/o en abandono social.

Coruña niños, niñas y jóvenes. Se da atención a niños, niñas y jóvenes de hasta 21 años en situación de abandono sociofamiliar, con antecedentes de vida en calle y problemas de adicciones.

Cuautepec. Brinda atención a adultos mayores de 60 años en situación de abandono social.

Cuemanco. Proporciona asistencia a hombres de más de 18 años con problemas severos de salud mental en situación de abandono social.

Plaza del estudiante. Centro filtro que proporciona atención de pernocta a hombres mayores de 18 años en situación de abandono social.

Villa Mujeres. Centro filtro que proporciona atención a mujeres mayores de 18 años, adultas mayores en abandono social, sin problemas mentales que requieran tratamiento especializado y a madres solas con hijos menores de 15 años.

Torres de Potrero. El Centro de Asistencia e Integración Social “Torres de Potrero”, ofrece a las personas con problemas de adicción, un tratamiento profesional especializado, de calidad, accesible y eficaz, que permite favorecer su recuperación reintegración social. El tratamiento se brinda bajo un modelo mixto, que incluye intervención profesional y grupos de ayuda mutua, durante una estancia de 40 días. Durante este tiempo los pacientes se integran a psicoterapias individuales, grupales y familiares, así como en actividades ocupacionales y deportivas. Al finalizar el tratamiento, se les motiva para que continúen su tratamiento en consulta externa durante un año y permanezcan integrados a un grupo de ayuda mutua. Servicios que ofrece el C.A.I.S Torres de Potrero son:

- Consulta Externa
- Área residencial (40 días de estancia)
- Área de desintoxicación.⁷



⁷ Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

Al ser niños en edades de 0 a 15 años nuestra población de estudio, nos enfocaremos más en los C.A.I.S Villa Mujeres y Azcapotzalco.

1.5 Centro de Asistencia e Integración social “Villa Mujeres”

Disposiciones generales

Tiene por objeto regular los criterios de ingreso, referencia, estancia, convivencia y egreso, así como los derechos y obligaciones de las usuarias: garantizar el ejercicio de sus derechos y promover una cultura de respeto al interior del C.A.I.S.

El Centro es una Unidad de Asistencia e Integración Social de puertas abiertas, destinada a la atención de mujeres adultas, adultas mayores y madres con hijos menores de 15 años de edad, en situación de desventaja social, que ofrece servicios asistenciales gratuitos que satisfagan necesidades básicas y acciones dirigidas a incrementar las capacidades, físicas, mentales y sociales de las mujeres que carecen de satisfactores básicos. Los servicios que se proporcionan pueden ser de manera transitoria (estancia de pernocta) y permanente (estancia 24 horas), por ser un centro filtro.

Para el cumplimiento de sus fines el centro tendrá las siguientes funciones:

Otorgar servicios asistenciales de manera gratuita que satisfagan las necesidades básicas de:

- ✓ Dormitorio
- ✓ Alimentación
- ✓ Vestido
- ✓ Servicio Médico básico primer nivel
- ✓ Servicio Odontológico primer nivel
- ✓ Atención Psicológica
- ✓ Valoración Psiquiátrica interna y externa
- ✓ Atención Social
- ✓ Gericultura
- ✓ Pedagogía
- ✓ Otras actividades
- ✓ Educativas
- ✓ Culturales
- ✓ Recreativas
- ✓ Desarrollo humano
- ✓ Talleres Productivos
- ✓ Proyecto de inducción a la vida laboral
- ✓ Establecer diagnóstico integral que servirá para determinar el tipo de atención que requiere cada usuaria, a través de realizar valoración: médica, Psicológica, psiquiátrica, odontológica, trabajo social, educativa niños y nutricional niños.
- ✓ Otros servicios. Asesoría jurídica (Jurídico del C.A.I.S.)⁸

El ingreso de las Usuarías podrá ser a solicitud de:

- a. Instituciones gubernamentales.

⁸ Instituto de Asistencia E Integración Social: <http://www.iasis.df.gob.mx>

- b. Instituto de Asistencia e Integración Social Dirección General, C.O.S.E., P.A.S.E.

Criterios de Admisión

El centro se registrará con los siguientes criterios generales y específicos de admisión:

Generales

1. Se brindará el servicio a personas indigentes o de escasos recursos económicos que por su condición de desamparo social deambulan o pernoctan en las calles del Distrito Federal.

2. El C.A.I.S. cuenta con una capacidad instalada de 450 lugares y atiende a:

- a. Mujeres mayores de 18 años
- b. Adultas mayores
- c. Madres con hijos menores de 15 años de edad ambos sexos)
- d. Sin patología mental y física severa que requieran hospitalización
- e. Que no presenten problemas severos de intoxicación derivada de farmacodependencia.
- f. El ingreso debe ser de manera voluntario, expresado sin inducción externa.
- g. Conocer y aceptar tanto derechos, obligaciones y sanciones.
- h. Al ser presentada por la institución que deriva debe anexarse el expediente actualizado de la persona, en el caso de ser el P.A.S.E debe entregar informe de visita domiciliaria si hay redes familiares o informe de captación y recepción de la persona en sus instalaciones.

- i. Cuando una usuaria sea egresada bajo cualquier modalidad, no podrá reingresar a este C.A.I.S. hasta después de haber transcurrido un año a partir de su egreso y su caso sea evaluado por el consejo técnico.

Específicos

1. Aceptar se realicen las valoraciones social, médica, Psicológica, psiquiátrica y en caso necesario estomatológico y geriátrico. Con esta valoración el Consejo Técnico determinará en caso de ser necesaria la referencia.

2. El tiempo de estancia en el C.A.I.S. será en base al programa de vida de cada usuaria, considerando que este no exceda los seis meses.

3. Aceptar la notificación a LOCATEL y CAPEA de su ingreso en el Centro. Respecto a las mujeres y madres con hijos en caso de considerar riesgo de vida, la mujer debe solicitarlo por escrito la notificación, siempre y cuando acredite la maternidad civil de todos los menores que le acompañen.

Derechos

Madres con hijos

- Las madres tienen derecho de hacer uso de la estancia infantil de lunes a viernes de 7:00 a 19:00 hrs. Siempre y cuando sus salidas del centro sean por cuestiones laborales y estas sean comprobables o que estén inscritas en alguna actividad dentro del centro, en este último caso el tiempo no excederá a las cuatro horas diarias.

- Es derecho de la usuaria rechazar la visita de pareja para protección integral, sin embargo el centro se reserva el derecho de entrevista con dicha persona.

Obligaciones

Madres con hijos

Las madres usuarias deberán asistir a las actividades que le sean solicitadas por el personal del Centro (juntas, talleres, festivales, etc.)

- Se integrarán a una o más de las comisiones que se formen en el Centro como la limpieza, mantenimiento, festejos, salud, apoyo en salón.

- Es obligación de la madre realizar las gestiones correspondientes para que sus hijos asistan a la escuela de acuerdo a su condición y edad.

- Las madres deberán dar seguimiento y atención a las indicaciones proporcionadas por el equipo interdisciplinario y a las autoridades de las instancias educativas a las que asisten sus hijos con respecto al cuidado, disciplina y atención de los menores.

- Es responsabilidad de las madres, traer a su hijo limpio, tanto del cuerpo, como de la ropa. Además deberán estar marcadas las prendas con su respectivo nombre, para evitar que se pierdan.

- Si el menor presentara signos o síntomas de alguna enfermedad que presente riesgo para la salud o para los demás niños o niñas, se suspenderá el acceso a guardería por los días que el médico considere convenientes y o autorizará al personal responsable en el Centro a trasladarlo a los servicios médicos correspondientes.

- Las madres deberán aceptar tratamientos para exterminar piojos, hongos y otras infecciones en la piel que sean transmisibles.

- En caso de que el menor requiera atención externa, es obligación de las madres acudir con su hijo a recibir el tratamiento.

- Las educadoras no se harán responsables por pérdidas de objetos de valor que lleven los niños al Centro.

- Las madres se comprometen a reparar o restituir el material que se dañe o destruya por el uso cotidiano o accidente en el transcurso del ciclo escolar en el área de educación.
- Las madres deberán regresar al C.A.I.S. en un máximo de 2 horas, después de haber cumplido con su jornada laboral.

Sanciones

Madres con hijos

- A las madres que se observe que maltraten física o Psicológicamente a su hijo, o que dejen a sus menores en el C.A.I.S. por un lapso máximo de 12 hrs. Sin aviso o justificación, serán presentadas ante el ministerio Público o en su caso, se presentará al infante ante la Fiscalía para Menores.
- En caso de no recoger a sus hijos en el horario acordado de guardería, sin justificación, perderá el derecho por tres días hábiles de hacer uso de la estancia infantil: en caso reiterado tres meses en un mes perderá este derecho de manera definitiva. Las mujeres del programa de madres con hijos, que no cumplan con el rol de limpieza de manera reiterada de hasta tres veces en un mes, se dará de baja.
- Las madres que no asistan a las actividades que se le solicitan asumirán la sanción correspondiente acordada por las propias usuarias en una asamblea.

1.6 Centro de Asistencia de Integración Social “Azcapotzalco”

En el Centro de Asistencia e Integración Social Azcapotzalco se brinda albergue transitorio a niños y niñas víctimas de violencia, abuso, abandono social, pobreza extrema así como extravío, por lo que la mayoría de los

casos se encuentran relacionados con averiguación previa y en tanto se determina su situación jurídica se tiene como objetivo primordial el brindar atención integral durante su estancia en este centro.

Manejo de Límites y Reglas en el Centro

1. Siempre tiene que estar presente una persona que sea la autoridad frente a los niños.
2. Las indicaciones y medidas de disciplina tienen que respetarse si algún compañero la impuso, se puede cambiar solo hablándolo con el compañero/a que la impuso, y nunca comentarla con el niño.
3. No se deben de adelantar (decirle al niño) cuales van a ser las consecuencias, si en ese momento no se va a aplicar.
4. Con los niños de 2 a 3 años se puede manejar el *Tiempo Fuera*.
5. Con los niños mayores, se les tiene que retirar de la convivencia del grupo e intentar hablar con él, y marcarle una consecuencia lo más mediata posible (suspender el postre, una salida, o un juguete).
6. En caso de agresión a sí mismo o a los demás, es importante salvaguardar la seguridad por que la sujeción gentil a 5 puntos está indicada mientras se le valora por psiquiatría o psicología.
7. Se debe de contar con un sitio apropiado para limitar al menor cuando se encuentre en tiempo fuera, como un cuarto o un sofá, en donde no haya distractores y siempre bajo supervisión de un adulto.
8. En todos los casos se les debe de evaluar por psiquiatría y psicología posteriormente para determinar un nuevo plan de trabajo individualizado.
9. Si la conducta es reiterada y no se cuenta con el manejo apropiado en algún turno, es importante considerar el envío a un centro especializado para el menor.

Actualmente el centro cuenta con una población de 27 niños de los cuales 14 son niñas y 13 son niños, se encuentra en un rango de 3 a 13 años siendo así:

0 a 5 años – 8 niños

6 – 9 años – 10 niños

10 – 13 años – 9 niños

2. Programa de Servicio Social de la Facultad de Odontología de la UNAM con el Instituto de Asistencia e Integración Social (I.A.S.I.S).

La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en coordinación con el Gobierno del Distrito Federal y con el Instituto de Asistencia e Integración Social (I.A.S.I.S) el sábado 23 de Agosto de 2008, dio inicio a un nuevo programa de Servicio Social en los Centros de Asistencia e Integración Social (C.A.I.S) con la finalidad de brindar atención dental a niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres adultos, así como a personas de la tercera edad en situación de calle, indigencia, alta vulnerabilidad en condiciones de abandono y con escasos recursos; basándonos en diferentes etapas, la primera que fue en donde estuvimos inmersos consistió en la elaboración de expedientes clínicos odontológicos, exploración bucal, tratamientos preventivos (como profilaxis, eliminación de sarro y platicas de higiene bucal, técnicas de cepillado y aseo de aparatos protésicos). En una segunda etapa los tratamientos fueron restaurativos y quirúrgicos para así complementar un programa de atención bucal integral.

El perfil de los niños que habitan los C.A.I.S Villa Mujeres y Azcapotzalco presentan maltrato emocional, psicológico, físico, abuso sexual, y violencia familiar. Por lo anterior daremos una definición de lo que es maltrato infantil, clasificación, causas y efectos que trae consigo, pues mucho de esto nos ayudará a entender el perfil y el comportamiento de estos niños en la consulta dental.

3. Maltrato Infantil

3.1 Antecedentes

El maltrato a los niños es un fenómeno tan antiguo como la propia humanidad. Las investigaciones revelan una larga y penosa historia de abusos cometidos con los menores desde tiempos remotos hasta nuestros días.⁹

Cuanto más se retrocede en el pasado, más expuestos han estado los niños a la muerte violenta, abandono, golpes, terror, abusos y agresiones sexuales.

A partir de 1999, la Organización Mundial de la Salud considera al maltrato infantil como un problema de salud pública.¹⁰

Durante mucho tiempo no se dio importancia a las necesidades físicas y emocionales de los niños y aún cuando han mejorado sus condiciones el maltrato persiste.

⁹ Del Bosque Garza J. Historia de la agresión a los niños. Gaceta Médica de México. Vol. 139 Núm. 4 Julio – Agosto 2003.

¹⁰ Nancy T. Jordan González. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. Rev. Fac. Medicina. UNAM. Vol. 50 N. 3. Mayo – Junio 2007.

3.2 Definición de Maltrato Infantil

La Organización Mundial de la Salud define el abuso o maltrato infantil como toda forma de violencia física y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.¹¹

Según P. Planells del pozo y L. Gallegos López maltrato infantil es: “El maltrato en la infancia suele definirse como el uso intencionado de fuerza física de modo no accidental, dirigida a herir, lesionar, o destruir a un niño, que es ejercida por un individuo responsable de su cuidado físico y moral. Se considera como niño maltratado a aquel individuo que se encuentra entre el periodo entre el nacimiento y la pubertad, y que es objeto de acciones u omisiones intencionadas que producen lesiones físicas y/o mentales, muerte o cualquier daño personal, proveniente de sujetos que tengan relación con él.”¹²



¹¹ Managing Child Abuse. Handbook for Medical Officers. 2004. World Health Organization. Regional Office for South- East Asia. New Delhi.

¹² Boj Juan R, Cátala Monserrat, García Ballesta Carlos, Odontopediatría Ed. Masson. 2004. Pág. 423

3.3 Clasificación del maltrato infantil

Abuso o Maltrato Físico. Lesiones corporales infligidas por los padres o cuidadores a un menor de forma intencional como un comportamiento único o repetido. (OMS, 1999).¹³ Algunas son el resultado de un castigo inapropiado para la edad, el estado o el nivel de desarrollo del niño. El maltrato físico se reconoce estudiando el tipo de lesión y su falta de consistencia con la historia que cuentan los padres. Las lesiones físicas más frecuentes son las equimosis, magulladuras en la piel, fracturas, quemaduras y las laceraciones de los tejidos.¹⁴

Abuso emocional. No es fácil demostrar el nexo causal o directo que relaciona un abuso de tipo emocional o verbal con los daños infantiles. Estos daños se observan en forma de comportamiento anormal o de trastornos de la salud mental, cuyo origen es multifactorial. El abuso emocional y verbal implica la existencia (o la carencia) de unas interacciones por parte de la persona encargada de cuidar del niño, que infligen un daño sobre su personalidad, su bienestar emocional o su desarrollo. Por regla general, se presenta de numerosas maneras y durante un período de tiempo prolongado.¹⁵

¹³ Versión Amigable del Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Organización de las Naciones Unidas, 2006.

¹⁴ Managing Child Abuse. Handbook for Medical Officers. 2004. World Health Organization. Regional Office for South- East Asia. New Delhi.

¹⁵ McDonald R. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 6ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. Pp. 26.

Dentro de este tipo de maltrato se encuentran la hostilidad verbal, los insultos, amenazas, menosprecio, sometimiento, dominación; los cuales repercuten directamente sobre la autoestima del paciente. También puede haber actos hacia el niño que tienen una alta probabilidad de causar un daño para su salud o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

Abuso Sexual. Actividad sexual de tipo estimulante que resulta inapropiada para la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo o su papel dentro de la familia.¹⁶ El abuso sexual infantil es la participación de un niño en actividades sexuales que él o ella no comprende en su totalidad. Normalmente es llevado a cabo por una persona cercana al niño. Así, los actos del abuso sexual abarcan desde el exhibicionismo o los besos hasta los mimos, el acto sexual, la pornografía y la violación. Esto puede llevar a la incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, así como a la prostitución, pornografía u otras prácticas sexuales ilegales.¹⁷

Negligencia. La negligencia es la falta de atención u omisión por parte del cuidador para establecer el desarrollo del niño en todas las esferas: salud, educación, emocional desarrollo, nutrición, vivienda y condiciones de vida seguras. (OMS, 1999).¹⁸

¹⁶ McDonald R. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 6ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. Pp. 26.

¹⁷ Versión Amigable del Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Organización de las Naciones Unidas, 2006.

¹⁸ Managing Child Abuse. Handbook for Medical Officers. 2004. World Health Organization. Regional Office for South- East Asia. New Delhi

Se produce cuando los padres o responsables del niño no satisfacen las necesidades básicas para su desarrollo. La negligencia dental es considerada un tipo de maltrato cuando los padres no se ocupan de la salud bucal de sus hijos, permitiendo el desarrollo de infecciones y la aparición de dolor.¹⁹

Según el Congreso Internacional de Paris (1982), a las clasificaciones existentes, deben añadirse:

- **Violencia Intrafamiliar:** su escenario es el hogar y puede ir desde maltrato físico, psicológico, sexual hasta la negligencia.
- **Violencia Extrafamiliar:** puede ocurrir en los colegios siendo de tipo física, psicológica o exceso de trabajo y en los hospitales como iatrogenia o abuso sexual.
- **Niños abandonados.** Se considera como abandono del niño la inatención de sus necesidades básicas, por ejemplo de la comida, la ropa, la casa, la atención médica, la educación y la supervisión. Mientras los malos tratos físicos suelen ser episódicos, el abandono tiende a ser crónico. La determinación de la existencia de abandono depende de la edad y del grado de desarrollo del niño, puesto que puede guardar relación con períodos de tiempo en los que careció de supervisión, en que sus padres no estaban con él o no le atendían, así como en las mismas responsabilidades del niño por carecer de una supervisión o por no ir a la escuela. se refiere a los niños de la calle.
- **Explotación.** Comercial o cualquier otra explotación del trabajo infantil se refiere a la utilización del niño en la obra o actividades en beneficio de los demás. Esto incluye, pero no limitado a, el trabajo infantil y la prostitución

¹⁹ Gallegos L, Miegimolle M, Planells, P. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado". Acta Odontológica Venezolana. Vol 40 N° 3. 2002.

infantil. Estas actividades van en detrimento de su desarrollo físico o mental salud, educación, moral o social-emocional de desarrollo. (OMS, 1999).²⁰

- **Otras formas de maltrato.** Síndrome de Münchausen.

Consiste en un trastorno de los padres en el que la persona que comete la agresión (generalmente la madre) relata una historia ficticia, da falsos síntomas y signos, y se inventa la existencia en el niño de unas enfermedades que requieren exploraciones médicas exhaustivas, pruebas de todo tipo y, a menudo hospitalizaciones prolongadas. Como los médicos se basan la mayoría de las veces en los relatos de los padres sobre la enfermedad del niño, tardan tiempo en darse cuenta de las inconsistencias y del carácter exagerado o ficticio de los síntomas.²¹

3.4 Factores de riesgo en el maltrato infantil

Los diversos profesionales han descrito los factores etiológicos del maltrato. Muchos autores coinciden en que no es un acontecimiento aislado, sino que es un hecho que es determinado por la unificación de diversos factores: sociales, familiares del niño y se caracterizan por tener una relación dinámica.²²

²⁰ Managing Child Abuse. Handbook for Medical Officers. 2004. World Health Organization. Regional Office for South- East Asia. New Delhi

²¹ McDonald R. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 6ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. Pp. 26.

²² Fernández E. D. De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. Editorial Distribuidora Lumen, 2002. Pág. 64 – 66.

En el niño

- a) Edad. Lo que determina el mayor o menor riesgo. Hasta los 3 años, cualquier situación de maltrato es severo ya que el niño tiene un desarrollo físico, cognitivo y emocional que le genera mayor daño en su cuerpo.
- b) Características del niño. Están incluidas dentro de lo que son los factores de vulnerabilidad al maltrato por situación especial que genera la frustración en los padres, estrés y tensión en la familia. Por ejemplo cuando el niño es hijo de otra pareja.

En la familia

- a) Características del padre o guardador que maltrata y el que no maltrata. Dentro de la familia, hay situaciones de padres con problemas psiquiátricos reales, o padres con depresiones severas, débiles mentales, alcohólicos o drogadictos. Padres con menor capacidad para cuidar a sus hijos, quienes están en situación de riesgo de maltrato. Padres que no pueden detener su impulsividad, aumentando la posibilidad de maltratar.²³
- b) Acceso al niño. Representa la posibilidad que tiene el adulto maltratado de acceder al niño para maltratarlo o abusar sexualmente de él.
- c) Violencia conyugal. Cuando la familia configura un sistema familiar violento entre los conyugues, nada garantiza que los niños no sean

²³ Nancy T. Jordan González. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. Rev. Fac. Medicina. UNAM. Vol. 50 N. 3. Mayo – Junio 2007.

castigados o maltratados. El mismo ambiente de violencia conyugal puede ser considerado una situación de maltrato emocional.

En el medio ambiente

- a) Fuentes de estrés. Tienen que ver con lo sociocultural; situaciones que elevan la tensión en la familia, pero que en las familias maltratadoras no se pueden manejar de una manera que no sea recurriendo a los malos tratos físicos. Dentro de estas situaciones: el desempleo, muerte de un familiar, cambios laborales y problemas económicos.
- b) Apoyo social. La existencia o no de redes de apoyo social que tenga o no la familia y el tipo de acceso a ellas.

Maltrato propiamente dicho

- a) La cronicidad. Es importante determinar si el niño presenta el primer acto de maltrato o si tiene fracturas o lesiones de largo tiempo.
- b) La gravedad del maltrato. Tiene que ver con la intensidad de la acción maltratante; no es lo mismo una persona que con un cinturón le deja marcas en la espalda al niño, que una persona le ocasione una fractura.

3.5 Alteraciones en los niños con maltrato

Las alteraciones detectadas en los niños/as afectan a diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social (Wolak, 1998):

Problemas físicos:

- Retraso en el crecimiento
- Dificultad o problemas en el sueño y en la alimentación

- Regresiones
- Menos habilidades motoras
- Síntomas psicósomáticos (eczemas, asma, etc.)
- Inapetencia, anorexia

Problemas emocionales:

- Ansiedad
- Ira
- Depresión
- Aislamiento
- Baja autoestima. Estrés post-traumático²⁴

Problemas cognitivos (desarrollo más lento del):

- Lenguaje
- Del desarrollo
- Disminución en el rendimiento escolar

Problemas de conducta:

²⁴Dra. Alejandra Chavarría C. Síndrome del Niño agredido. Revista Escuela de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica. Año 6. Volumen 2. Número 9. Septiembre 2008. Pág. 26 – 28.

- Agresión, rabietas, inmadurez
- Crueldad con animales
- Desinhibiciones
- Delincuencia
- Déficit de atención-hiperactividad
- Toxodependencias²⁵

Problemas sociales:

- Escasas habilidades sociales
- Introspección o retraimiento
- Rechazo, falta de empatía
- Agresividad
- Conducta desafiante²⁶

²⁵ Muñoz García Armando. Tema de reflexión: Maltrato Psicológico. Rev Fac Med UNAM Vol. 50 N. 3 Mayo – Junio 2007.

²⁶ Rufo Campos M. El Síndrome del Niño Sacudido. Cuad Med Forense, 12 (43 – 44), Enero – Abril 2006.

4. Intervención Multidisciplinaria del Paciente Pediátrico con maltrato infantil en los C.A.I.S

Cuando un niño ingresa a algún C.A.I.S implica que la intervención del personal de los centros, debe ir encaminada para proteger y ayudar al niño de una manera integral durante su estancia. Al referirnos a un manejo integral hacia el paciente, nos referimos a que todas y cada una de las áreas del centro deben dar seguimiento al caso ingresado de una forma adecuada mediante la sensibilidad, simpatía, flexibilidad, buen humor, paciencia y espíritu de cooperación. Y es aquí donde la intervención multidisciplinaria actúa en sincronía en pro del bienestar de nuestros niños.

Los centros que asisten al niño deben contar con un personal plenamente capacitado para distinguir este síndrome de cualquier otra enfermedad, valorar los factores de riesgo, hacer el diagnóstico precoz, proteger al niño contra la violencia o abuso reiterado, proporcionar apoyo a los padres, información e indicadores sobre el manejo de la violencia y hostilidad mal canalizada y pedir la intervención de otros médicos especialistas (en caso de ser necesario), solicitar intervención legal y reportar a las autoridades correspondiente.²⁷

A continuación, damos los pasos que siguen actualmente los profesionales en los centros de asistencia e integración social en pacientes con maltrato.

²⁷ Entrevista a comunicación personal a Lic. Verónica Yañez Técnica en Área del C.A.I.S Azcapotzalco.

4.1 Área de Trabajo Social

En el caso de Azcapotzalco los niños una vez remitidos de la agencia 59 al centro, inician su valoración con trabajo social quienes revisaran si traen documentos personales (acta de nacimiento, cartilla de vacunación). Así mismo realizará una entrevista al menor con la finalidad de obtener mayores datos acerca del mismo, de su familia y de su entorno, así como observar la actitud del niño y su aspecto. La trabajadora social realizará un informe con todos los datos recabados y remitirá al niño con las asistentes para que ellas continúen con la atención del menor.²⁸

Durante la estancia del niño en el centro las funciones de la trabajadora social son: realizar visitas domiciliarias para observar el lugar donde habita la familia, el tipo de relaciones interfamiliares y la funcionalidad o disfuncionalidad de dicha familia, así mismo buscan instituciones para poder canalizar a los niños en caso de que su situación legal se prolongue o que no haya algún responsable.

Cabe mencionar que el área de Trabajo Social realiza un trabajo de investigación con el paciente individual, pero abarca también actividades administrativas, de vigilancia y de consulta, organización de la comunidad, enseñanza, terapia de grupo e investigación.

En el caso de Villa Mujeres el procedimiento es similar sólo que aquí se entrevista a la madre pero el seguimiento es el mismo.

²⁸ Entrevista a comunicación personal a Trabajadora Social Ruth Espinoza Mora del C.A.I.S Azcapotzalco.

4.2 Área de Asistencia

En esta área las asistentes realizan con los niños todos los cuidados personales, y son quienes les ayudan a realizar actividades dentro del centro, como tender sus camas, recoger sus platos, entre otros, así como les brindan apoyo en la elaboración de sus tareas y trabajos escolares.

4.3 Área Médica

El médico será el primer contacto fundamental para determinar si el menor ingresado al centro presenta maltrato. Deberá realizar un examen minucioso y ser muy atento en su diagnóstico, puesto que si se trata de maltrato infantil, se considerará como un delito al cual se le debe dar seguimiento. El médico debe realizar una exploración clínica completa incluyendo un interrogatorio tanto al menor como al adulto responsable que presente al menor (en caso de que exista) mientras que en la exploración física se deben aplicar los exámenes necesarios que evidencien lesiones tanto externas como internas.²⁹

Como el maltrato infantil es una enfermedad de los adultos y de la sociedad en que se desenvuelve el menor, el médico deberá valerse de otras fuentes de ayuda, como son trabajo social y psiquiatría, para poder obtener todos los datos necesarios para integrar el diagnóstico, y poder fundamentar la conducta legal que se debe seguir.³⁰

²⁹ Coria de la H. C y cols. Síndrome del niño sacudido. Revista Chilena de Pediatría 2007; 78 (1): 54 – 60

³⁰ María Elene Mont. Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro – psiquiatría 2001; 39 (2): 119 - 120

En el examen físico los signos clínicos son de gran importancia y deben ser descritos con exactitud. Algunos de estos los proporciona Villalobos, E., 1985:

1. Signos de desnutrición
2. Quemaduras
3. Equimosis, hematomas y hemorragias
4. Fracturas o luxaciones
5. Lesiones variadas

También es conveniente observar que actitud toma el niño ante el médico ya que puede estar irritable y llorar incontrolablemente por el contrario, ser indiferente.

El médico debe cubrir de manera inmediata las alteraciones de urgencia en el niño dependiendo del tipo de lesiones que este presente. En caso de ser necesaria la intervención de diversas especialidades médicas, éstas deben ser coordinadas por el médico responsable.³¹

4.4 Área Psicológica

En Villa Mujeres el psicólogo debe analizar si el agresor sufrió maltrato durante su infancia. También debe indagar en caso de ser los padres los agresores si existen problemas de pareja. Es importante que se determine el tipo de maltrato, ya que puede existir maltrato incluso desde el vientre materno por consumo de drogas o alcohol. Los niños en el C.A.I.S. Villa mujeres reciben atención Psicológica pues muchas madres observan cambios en el desempeño escolar así como cambios en su conducta pues de

³¹ Entrevista a comunicación personal a Dra. Ma. Lourdes Corona del C.A.I.S Azcapotzalco.

ser niños tranquilos se convierten en niños agresivos, rebeldes, no obedientes, inquietos. Muchos no concluyen las indicaciones ya que las dejan a medias.³²

4.5 Paidopsiquiatría

Actualmente es una subespecialidad de la psiquiatría y abarca toda la patología mental en el campo pediátrico. Es indispensable que los pediatras y médicos de primer contacto aprendan a detectar los padecimientos más frecuentes para que puedan referirlos apropiadamente.³³

El tratamiento incluye a los padres y la familia, frecuentemente a la escuela, y se requiere entrenamiento muy específico; sin embargo, hay muchas medidas que se pueden aplicar desde el primer contacto para facilitar el correcto manejo de estos pacientes, que con frecuencia son referidos a neurólogos y psicólogas, quienes, por su formación, no poseen las habilidades técnicas necesarias. Los síntomas de la depresión en los niños difieren del adulto, en función del nivel de desarrollo, en preescolares es frecuente la irritabilidad, los “berrinches”, las alteraciones en los patrones de sueño y/o apetito, y la desobediencia patológica; en escolares, los síntomas de ansiedad de separación, fobias, quejas somáticas, disminución en aprovechamiento escolar y problemas de conducta (agresividad, destructividad, desobediencia, reto a la autoridad); en adolescentes patrones estacionales, menstruales, disforia, deterioro social y escolar, mayor índice

³² Entrevista a comunicación personal a Lic. Verónica Yañez Técnica en Área del C.A.I.S Azcapotzalco.

³³ Mendizábal RJA y Anzures LB. Paidopsiquiatría. Rev Med Hosp Gen Mex 1999; 62 (1): 60-69

de comorbilidad y recurrencias, más intentos de suicidio de elevada letalidad, síntomas melancólicos y psicóticos. Existen factores genéticos asociados a la depresión que explican al menos el 50% de la varianza en su transmisión; los factores ambientales incluyen los familiares (aprendizaje de pautas depresivas, conflictos, falta de afecto, negligencia o abuso), psicopatología en los padres, pérdidas importantes, contemplar suicidios. Los marcadores biológicos incluyen la hormona del crecimiento que se considera un marcador de estado aunque inespecífico de psicopatología en general, en algunos estudios aumento de secreción de PRL en niñas y de ACTH en niños. Los estudios de supresión a dexametasona tampoco son contundentes. Por último, se han demostrado algunos cambios en la latencia al sueño REM y su duración, pero su constancia también es dudosa. Se resalta que la evaluación completa es indispensable antes de recomendar cualquier tratamiento. En cuanto a la intervención psicofarmacológica, estudios abiertos en niños y adolescentes han demostrado 60-80% de respuesta con antidepresivos tricíclicos (imipramina); pero en los estudios doble ciego la eficacia es igual a la del placebo. Los factores posiblemente asociados incluyen: un alto índice de respuesta a placebo, falta de madurez del sistema noradrenérgico (madura primero el serotoninérgico), un mejor metabolismo hepático, cambios hormonales, síntomas atípicos y depresión bipolar.³⁴

La elevada recurrencia del trastorno depresivo obliga a un tratamiento de mantenimiento (psicoterapéutico y/o psicofarmacológico), En México existen entrevistas diagnósticas semiestructuradas diseñadas en el Instituto Mexicano de Psiquiatría para la evaluación de adolescentes y escolares, así como escalas clínicas para medir la severidad de los síntomas, lo que mejora

³⁴ Mendizábal RJA y Anzures LB. Paidopsiquiatría. Rev Med Hosp Gen Mex 1999; 62 (1): 60-69

la confiabilidad del diagnóstico. El tratamiento psicoterapéutico en niños y adolescentes es indispensable e incluye modificaciones ambientales en la familia y la escuela, el tratamiento psicofarmacológico se utiliza en los casos graves. Los psiquiatras pediátricos de enlace tienen la visión médica, somática, interpersonal y psicosocial a los diferentes niveles que afectan al niño en su salud mental. Esta ubicación permite intervenciones más integrales que faciliten la atención y la comunicación entre el paciente, los familiares y el médico de primer contacto. El campo durante los últimos años ha ido ampliando sus horizontes, al incluir al paciente en un contexto del desarrollo, lo que sin duda mejorará el seguimiento y rehabilitación. Los cambios de premisas en la investigación de enlace mejorarán los esquemas de tratamiento, sobre todo al aumentar la participación del paciente y su familia, enfocando la enfermedad como responsabilidad y el tratamiento como derecho.³⁵

³⁵ Mendizábal RJA y Anzures LB. Paidopsiquiatría. Rev Med Hosp Gen Mex 1999; 62 (1): 60-69

5. Técnicas del manejo de la conducta

Para poder intervenir en los procedimientos dentales evitando las conductas difíciles y los problemas de ansiedad en los niños, existen técnicas de manejo de la conducta, las cuales son un método auxiliar para poder realizar los tratamientos.

Clasificación de las técnicas de control de la conducta.

- Técnicas de comunicación
- Técnicas de modificación de la conducta
- Técnicas de enfoque físico

5.1 Técnicas de comunicación

El odontólogo debe de tener la capacidad para poder comunicarse tanto verbal como para verbalmente (p. ej. Contacto visual).³⁶

Al inicio de la consulta se debe de saludar al niño de forma afectuosa y agradable, y se le debe de preguntar sobre sus gustos e intereses para evitar que se le haga tediosa la consulta. Una vez que esté lo suficientemente relajado el operador puede proceder a dar una explicación simple de los procedimientos que se le van a realizar. Así mismo es favorable reconocer su buen comportamiento, felicitando y agradeciéndole verbalmente.

³⁶ Guideline On behavior guidance for the pediatric dental patient. Originating committee clinical affairs committee – behavior management subcommittee 1990. Review council on adopted reference manual V 32 / No. 6 10 / 11.

Lenguaje pediátrico

Hablarle al niño con un lenguaje apropiado según su edad, ponerse al nivel del niño con palabras e ideas que pueda entender con facilidad. Es importante no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría aumentar su ansiedad o confundirlo. Nunca se debe de subestimar la inteligencia del niño.

Es importante pronunciar las palabras despacio y claramente, para que el niño pueda entenderlas y dar pocas instrucciones que se entiendan con claridad y sean razonables.³⁷

“Decir, mostrar, hacer”

Descripción: técnica de conformación de la conducta utilizada por muchos Odontopediatras, conocida como “Tell – Show - Do “, ó de la triple E “Explique – Enseñe – Ejecute”, consiste en explicar al niños los procedimientos que se le realizarán con las palabras adecuadas, mostrar al niño como se va llevar a cabo la técnica y los instrumentos que se utilizarán y finalmente ejecutar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.²⁸

Objetivos:

1. Enseñar al paciente los aspectos importantes de la consulta así como familiarizarlo con los procedimientos dentales.

^{37 - 28} Guidelines for Behavior Management American Academy of Pediatric Dentistry. Adopted May, 1990. Revised May, 2000. Council on Clinical Affairs

2. Para propiciar una respuesta del paciente utilizar procedimientos de desensibilización y expectativas bien descritas.³⁸

Indicaciones: puede ser usado con cualquier paciente.

Contraindicaciones: niños con discapacidad como ceguera, sordera.³⁹

“Control de Voz”

Esta técnica consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de la voz, para lograr la atención del niño y proyectar la intención del odontólogo es quien toma las decisiones, por lo cual el profesional deberá tomar una actitud autoritaria. Es muy importante el tono de voz en sí que lo que se trata de transmitir.

Objetivos:

1. Para poder establecer una comunicación perdida con el niño, debido a una conducta no colaboradora.
2. Para evitar el comportamiento negativo o de rechazo.

Indicaciones: puede ser usado con cualquier paciente.

Contraindicaciones: niños sordos con problemas de audición.

³⁸ Guidelines for Behavior Management American Academy of Pediatric Dentistry. Adopted May, 1990. Revised May, 2000. Council on Clinical Affairs

³⁹ Guideline On behavior guidance for the pediatric dental patient. Originating committee clinical affairs committee – behavior management subcommittee 1990. Review council on adopted reference manual V 32 / No. 6 10 / 11.

5.2 Técnicas de modificación de la conducta

Existen varias técnicas para modificar las conductas negativas de los niños, basadas en la teoría del aprendizaje, consiste en alterar un comportamiento individual hacia una meta deseada de forma gradual.

Técnicas utilizadas para la modificación de la conducta

Refuerzo

Desensibilización

Imitación

Refuerzo

Las leyes del refuerzo dicen que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente al contrario de la conducta que es castigada o continúa sin premiarse la cual tiende a extinguirse o desaparecer. Esto representa la aplicación de la teoría del aprendizaje que dice que las conductas reforzadas persisten y conductas no reforzadas desaparecen.

Es una técnica de condicionamiento que por medio del refuerzo positivo modifica la conducta del niño. La base de la técnica es que cualquier conducta positiva ha de ser reforzada verbalmente, con gestos por parte del odontólogo o con un premio.

Desensibilización

Técnica empleada para enseñarle al paciente métodos de relajación, utilizada para reducir la ansiedad innecesaria. Basada en la descripción de escenas que tengan relación con sus miedos. Este tipo de técnica se refiere a ir de lo más fácil a lo más complejo en cuestión de tratamientos.

Imitación

Con este tipo de técnica el niño puede aprender sobre la consulta dental viendo como otros niños reciben tratamiento. Útil en niños aprensivos que no han recibido atención dental. Consiste en la observación de uno o más niños que demuestren una conducta apropiada en la consulta dental.

5.3 Técnicas de enfoque físico

Técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los procedimientos.

Indicaciones:

Cuando no se puede aplicar otra técnica de conducta.

Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.

Niños con limitaciones físicas como pacientes con parálisis cerebral que no pueden controlar sus movimientos.

Niños con limitaciones mentales.

Niños que experimentan rabietas muy violentas. Que por lo regular son niños mimados por los padres.⁴⁰

⁴⁰ Guidelines for Behavior Management American Academy of Pediatric Dentistry. Adopted May, 1990. Revised May, 2000. Council on Clinical Affairs

Técnicas de enfoque físico

Mano sobre boca

Control físico por parte del profesional

Control físico mediante dispositivos específicos⁴¹

Mano sobre boca

Técnica en la que se restablece la comunicación con un niño que ha perdido el control, ataque de histeria o una rabieta con gritos y que tiene capacidad para comunicarse. No debe de usarse en niños menores de 3 años y en pacientes con problemas emocionales graves. El odontólogo coloca firmemente su mano sobre la boca del niño, sin obstruir las fosas nasales; en voz baja se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que se le retirara la mano en el momento en el que esté dispuesto a cooperar.

Control físico por parte del profesional

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante el tratamiento dental por parte del odontólogo y de sus asistentes. Para controlar la cabeza, el odontólogo puede posicionar su brazo alrededor de la cabeza del niño mientras trabaja para evitar movimientos de esta.

⁴¹ Guidelines for Behavior Management American Academy of Pediatric Dentistry. Adopted May, 1990. Revised May, 2000. Council on Clinical Affairs

Control físico mediante dispositivos específicos

Los dispositivos de restricción de movimientos son utilizados cuando ninguna de las técnicas antes mencionadas pueden ser aplicadas y los movimientos del niño ya no pueden ser controlados.⁴²

En el caso de los niños que han sufrido maltrato infantil, la conducta, la comunicación y la manera de expresarse del menor se modifica, por lo tanto es recomendable tratar de usar siempre técnicas de comunicación y modificación de la conducta, con el fin de devolverle la seguridad y confianza perdidas al menor.

La técnica de restricción física no es recomendada ya que puede repercutir no solo en el desarrollo del tratamiento que deseamos realizar, sino también en la salud mental de nuestro paciente, con posibles repercusiones en su desarrollo emocional.

Las técnicas más recomendadas para los pacientes que han sufrido de maltrato infantil de cualquier índole son:

- Técnica Decir- Mostrar – Hacer
- Técnica de control de voz⁴³

⁴² Barberia L. E. y cols. "Odontopediatría" Ed. Masson. 2ª Edición. Barcelona. 2001. Pp 127 – 137.

⁴³ Gallegos L. y col. "Manejo de la conducta del Paciente Maltratado". Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 N. 3 Dec. 2002.

6. Actitud del Cirujano Dentista en la conducta de pacientes con maltrato infantil de los C.A.I.S

¿A qué le teme un niño maltratado en la consulta?

El miedo es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física del dolor.⁴⁴

El dentista debe buscar la manera de agradecer y felicitar, para un niño maltratado el resto del mundo esta tan ansioso de señalar sus errores que queda a algunos adultos la posibilidad de felicitarlos cuando lo hacen bien. En la mente del niño esta, sobre todo, la incertidumbre acerca de lo que le será requerido y el grado de molestia que significará.

Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo. Estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor a lo desconocido, en general.⁴⁵ La etiología del miedo en el consultorio es multifactorial.⁴⁶ El grado de temor, depende de la forma en que el niño percibe la situación, se vincula con la experiencia del propio niño y con el ambiente.

El miedo puede ser factor desencadenante de una crisis conductual durante la visita al dentista, pero es difícil saber si la no cooperación del niño se debe al miedo o bien la causa es multifactorial.

⁴⁴ Barberia L. E. y cols. "Odontopediatría" Ed. Masson. 2ª Edición. Barcelona. 2001.

⁴⁵ Boj J., Odontopediatría. Barcelona España: Masson; 2004. Pp. 259, 261

⁴⁶ Peretz, B. Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. Pediatric Dentistry, Vol. 21, N. 3, June, 1999. Pág. 201 - 203

Boj Quesada menciona que el niño puede exagerar sus temores debido a otros problemas emocionales en su vida.

La ansiedad también es frecuente, lo más común es un aumento de los miedos específicos o fobias, especialmente frente a situaciones claves que recuerden el estrés, la ansiedad de separación, y algunos señalan un trastorno de ansiedad generalizada.⁴⁷

El niño maltratado en la consulta dental teme a:

Los miedos naturales del mismo niño: inyección, dolor, le teme al médico y al dentista.

Le va a temer a encontrar cualquier similitud en el dentista que le recuerde a su agresor y a la situación de agresión que pudo haber vivido.

En la consulta psicológica y que también se incluirá la consulta médica y por supuesto la odontológica el niño, maltratado espera recibir de ti como profesional básicamente cuatro cosas:

Que le digas siempre la verdad

Que lo respetes

Que lo ayudes

Que lo sanes⁴⁸

⁴⁷ María Elene Mont. Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro – psiquiatría 2001; 39 (2): 119 - 120

⁴⁸ Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatología Herediana. 2009; 19(1):50-54.

Los niños maltratados esperan comprensión, protección y mucha seguridad por parte de los adultos. Un niño maltratado espera ser identificado que está sufriendo agresión, no está recibiendo atención, se identifique al agresor y se solucione su problema. Busca un trato agradable, una palmadita, una sonrisa, eso es muy importante para ellos, llegar a un lugar de paz y tranquilidad donde pueda recibir un buen trato⁴⁹.

El maltrato infantil afecta el desarrollo físico, psicológico y social del niño, modificando de manera considerable su conducta, por lo que debemos de tener en cuenta que al abordar un tratamiento odontológico, se debe fomentar la seguridad y confianza del niño, especialmente cuando hay falta de la misma, que se da en la mayoría de los casos y que pueden ser la causa de la deficiente colaboración en estos pacientes.

Para poder ganarse la cooperación del niño es necesario utilizar una adecuada técnica de manejo de la conducta. Las técnicas recomendadas para la atención de pacientes que han sufrido de cualquier tipo de maltrato infantil son esencialmente las técnicas de comunicación y de modificación de la conducta.

Las técnicas de restricción física no están indicadas porque el niño podría sentirse agredido y hasta hacerle recordar algún episodio de maltrato previo, que podría repercutir no sólo en el tratamiento sino también en la salud mental del paciente, con posibles repercusiones en su desarrollo psicológico y emocional.

⁴⁹ Arias J. Maltrato infantil, negligencia, violencia familiar y su relación con la odontología. Gaceta Odontol. 2000; 1(5):12- 17.

El odontólogo debe tener en cuenta que en estos pacientes puede existir la presencia del trastorno de estrés post traumático que se origina como consecuencia del maltrato físico y del abuso sexual, en el cual dependiendo el tipo de trauma podemos encontrar dos tipos de conductas totalmente diferentes, una en la que el niño presenta un comportamiento pasivo con falta de atención y confianza y otra en la que el niño presenta una conducta agresiva que imposibilita llevar a cabo el tratamiento odontológico.

Conclusiones

La atención dental en niños víctimas de maltrato infantil representa un reto para nosotros por sus antecedentes, emociones y experiencias previas. Nosotros como Cirujanos Dentistas debemos saber abordar las técnicas de manejo de conducta en este tipo de pacientes para brindar una atención satisfactoria y segura para ellos.

La atención dental de estos niños en los C.A.I.S no sólo depende de nosotros como Cirujanos Dentistas sino de todo un grupo de profesionistas para que en conjunto la atención sea integral, para bienestar y superación del niño. El odontólogo, antes de preocuparse del tratamiento dental del niño maltratado, debe de comprender los sentimientos de éste, debe tener en cuenta que muy probablemente, el niño se sentirá aterrorizado y que en cualquier momento pueden venir a su mente todos los abusos que ha vivido.

La percepción que tenga un niño maltratado respecto al tratamiento dental, va a depender de múltiples factores; edad, antecedentes de dolor, temperamento, carácter, tipo de maltrato recibido, intensidad y gravedad del maltrato y evidentemente su relación con sus padres en el hogar. Muchos de estos niños tienen una necesidad afectiva enorme, por lo que tienen una facilidad realmente abrumadora de adaptarse con personas que desconocen. No todos los niños que sufren maltrato van a tener una percepción negativa al dentista y al tratamiento dental, ya que muchos de los niños que han sufrido maltrato son extremadamente complacientes con las personas desconocidas, por lo que esta situación, puede convertirse en algunos casos, una gran ventaja para el odontólogo. Si el niño se siente protegido, aceptado, importante para el odontólogo, seguramente colaborará positivamente en la consulta dental.

Bibliografía

Barbería L. E, y cols. Odontopediatría. 2ª Ed. Barcelona. Ed. Masson.2001. Pp. 15 – 16

Boj J., Odontopediatría. Barcelona España: Masson; 2004. Pp. 259, 261

Cabrera A.C. y col. Síndrome del Niño maltratado. Cursos paramédicos Banco de monografías. 2006.

Cameron A. y col. Manual de Odontología Pediátrica. Ed. Harcourt. Pp.97.

Chavarría Alejandra. Síndrome del Niño agredido. Revista Escuela de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica. Año 6. Volumen 2. Número 9. Septiembre 2008. Pág. 26 – 28.

Coria de la H. C y cols. Síndrome del niño sacudido. Revista Chilena de Pediatría 2007; 78 (1): 54 – 60

Enciclopedia Médica en Español. Síndrome del niño maltratado. E.U.A. 2007

Entrevista a comunicación personal a Dra. Ma. Lourdes Corona del C.A.I.S Azcapotzalco.

Entrevista a comunicación personal a Lic. Verónica Yáñez Técnica en Área del C.A.I.S Azcapotzalco.

Entrevista a comunicación personal a Trabajadora Social Ruth Espinoza Mora del C.A.I.S Azcapotzalco.

Fernández C. G. y col. Síndrome del Maltrato Infantil. Revista Cubana de pediatría. Vol. 76. N. 3 Julio – Septiembre 2004.

Gallegos L, Miegimolle M, Planells, P. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado". Acta Odontológica Venezolana. Vol 40 N° 3. 2002.

Acs, Musson. Current teaching of restraint and sedation in pediatric dentistry: a survey of program directors. Pediatric Dentistry November/December 1990, Volume 12, Number 6.

Guidelines for Behavior Management American Academy of Pediatric Dentistry. Adopted May, 1990. Revised May, 2000. Council on Clinical Affairs

Guideline On behavior guidance for the pediatric dental patient. Originating committee clinical affairs committee – behavior management subcommittee 1990. Review council on adopted reference manual V 32 / No. 6 10 / 11.

Instituto de Asistencia E Integración Social. <http://www.iasis.df.gob.mx>

Jordan G. Nancy. T. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. Rev Fac Med UNAM Vol.50 N. 3 Mayo – Junio, 2007.

Kamp, A.A. (1992) Parent child separation during dental care: a survey of parent's preference. Ped Dent 14: 231-235.

Keith D. Allen, PhD Robert T. Stanley, DDS Keith McPherson, MA. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. The American Academy of Pediatric Dentistry Volume 12, Number 2 April – May 1990

Levy RL, Domoto PK: Current techniques for behavior management, a survey. Pediatría Dent 1:160–64, 1979.

Loredo – Abdalá Ángel. Maltrato en el niño. México: Mc Graw – Hill, 2001.

Managing Child Abuse. Handbook for Medical Officers. 2004. World Health Organization. Regional Office for South- East Asia. New Delhi.

McDonald R. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 6ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. Pp. 26 - 51

María Elene Mont, Wladimir Hermosilla, Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2001; 39 (2): 119 - 120

Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(1):50-54.

Muñoz García Armando. Tema de reflexión: Maltrato Psicológico. *Rev Fac Med UNAM* Vol. 50 N. 3 Mayo – Junio 2007.

Murphy MG, Fields HW Jr, Machen JB: Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatrics Dent* 6:193–98, 1984.

Organización Mundial Para la Salud
http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_SEA-Injuries-6.pdf

Pinkham J.R., P.P.S., M.S. *Odontología Pediátrica*. 3ra ed. México D.F., Mc Graw – Hill Interamericana. 2001. Pp. 399

Rufo Campos M. El Síndrome del Niño Sacudido. *Cuad Med Forense*, 12 (43 – 44), Enero – Abril 2006.

Sauceda J.M. La Salud mental y la violencia familiar dirigida al menor. Gac Méd Méx Vol. 138.

Santana Tavira Rosalinda, Sánchez Ahedo Roberto, Barrera Basto Emilio. EL maltrato infantil: un problema mundial. SaLud pública Méx. Vol. 40 N.1 Cuernavaca Enero/Febrero. 1998.

Versión amigable del Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Organización de las Naciones Unidas, 2006.

Valdez R., Hajar M. Del Silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. Gac Méd Méx Vol. 138 No. 2, 2002.