



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CONSIDERACIONES EN ODONTOPEDIATRÍA FRENTE  
AL ABUSO SEXUAL INFANTIL.

**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:

FLOR GONZÁLEZ AYALA

TUTORA: Esp. DORA LIZ VERA SERNA



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.

Quiero agradecer a mi madre Silvia por darme la vida y que sin ella no podría haber llegado hasta donde estoy. Por su apoyo incondicional, sus consejos y su ejemplo de mujer valiente y fuerte ante la vida. Te amo.

A mi Padre Adrián, un hombre de los que ya no hay, gracias por tu guía, por el amor infinito que nos demostraste, por mi infancia que ha sido la mejor etapa de mi vida gracias por cuidarme tanto. Espero que donde estés te sientas orgulloso de tu hija, te amo para siempre...

Hermanas Jimena y Adriana mis compañeras de vida: ustedes son clave fundamental de este proyecto tan bonita vida. Gracias por siempre estar a mi lado y levantarme cuando creí que ya no alcanzaba mi meta.

A mis hijos Daniela y Bruno alegría, motivación y profundo amor que me ayudaron a no rendirme y seguir adelante para ir cumpliendo juntos nuestros sueños.

Gracias a mi esposo Azahel por siempre estar a mi lado te amo.

A mi Universidad le agradezco todas las herramientas en mi formación y por supuesto a mi Facultad de Odontología, sin duda una carrera hermosa donde me enseñaron lo que es trabajo duro y de calidad, pero humanizado.

A mis amigas Alix, Diana, Gaby por su compañía a lo largo de la carrera, por las risas, llantos y experiencias tan bonitas que me han regalado.

A todos mis pacientes, les agradezco haber depositado su salud bucal en mis manos. Sin ustedes no podría haber culminado mi formación.

Agradezco a mis profesores todo el conocimiento que me transmitieron, en especial a las Especialistas Alicia Montes de Oca, Coordinadora de mi Seminario de Titulación y mi tutora Dora Liz Vera, quienes me han ayudado en este trabajo, gracias.

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b>	<b>5</b>
<b>2. MALTRATO INFANTIL</b>	<b>9</b>
<b>2.1 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL</b>	<b>11</b>
<b>3. ABUSO SEXUAL INFANTIL</b>	<b>13</b>
<b>3.1 DEFINICIÓN</b>	<b>14</b>
<b>3.2 EPIDEMIOLOGÍA</b>	<b>15</b>
<b>3.3 DETECCIÓN</b>	<b>18</b>
<b>3.4 FACTORES DE RIESGO</b>	<b>21</b>
<b>3.5 EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN</b>	<b>23</b>
<b>4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA</b>	<b>24</b>
<b>4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>	<b>29</b>
<b>5. LESIONES ORALES POR ABUSO SEXUAL</b>	<b>30</b>
<b>6. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<b>32</b>
<b>6.1 SÍFILIS</b>	<b>32</b>
<b>6.2 GONORREA</b>	<b>36</b>
<b>6.3 HERPES TIPO 2</b>	<b>37</b>
<b>6.4 CONDILOMA ACUMINADO</b>	<b>38</b>
<b>6.5 CLAMIDIA</b>	<b>39</b>
<b>7. MATERIA PENAL CONTRA EL ABUSO SEXUAL INFANTIL</b>	<b>39</b>
<b>8. SECUELAS DEL NIÑO MALTRATADO</b>	<b>42</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>45</b>

## INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil ha sido registrado a lo largo de la historia, desde que apareció el hombre ha existido y los niños siempre han sido los más desprotegidos.

El abuso sexual infantil es un problema mundial, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Todos los niños, niñas y adolescentes son vulnerables a sufrir cualquier tipo de maltrato. Tenemos que crear conciencia para salvaguardar la integridad de nuestros niños ya que son los adultos del futuro.

En Odontología es de gran importancia conocer los focos rojos que nos darán indicios de un posible abuso ya sea físico, abandono, emocional, psicológico o sexual. Existen manifestaciones orales específicas; al hacer una correcta historia clínica nos daremos cuenta de los factores predisponentes que tienen los menores a sufrir cualquier tipo de abuso.

El abuso sexual infantil es difícil de detectar en la práctica odontológica ya que las características de las lesiones no suelen ser patognomónicas. Pero sí nos alerta ante un posible caso.

El propósito de este trabajo es dar a conocer las evidencias de cómo afrontar este tipo de problemática que nos afecta tanto como profesionales de la salud pero también como seres humanos, y en el ámbito de la Odontología conocer las características clínicas de cada una de las manifestaciones orales de los pacientes abusados, así como conocer el protocolo a seguir en caso de estar frente a una situación similar.

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato infantil surgió con la aparición del hombre, por lo cual es tan antiguo como la humanidad. Es un problema global donde no respeta género ni tampoco situación económica y se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje. Esto no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales. <sup>1, 2</sup>

La agresión a los menores se ha presentado durante siglos y esto ha sido justificado en cada una de las culturas ya sea en rituales para agradecer a los dioses, mejorar la especie humana o como disciplina. <sup>2</sup> (Figura 1)



**Figura 1.** Restos de infantes que fueron sacrificados en Perú como ofrenda a los dioses para mitigar las lluvias. <sup>3</sup>

Hoy en día se vive en un mundo lleno de violencia, los más afectados y más vulnerables son aquellos que no pueden valerse por sí mismos y que son dependientes física, económica y emocionalmente de sus progenitores. Las niñas y los niños son quienes padecen las consecuencias de esta situación, son reprimidos, castigados, insultados, golpeados, violados y asesinados. Muchas veces nadie los escucha y mucho menos los comprenden. <sup>1, 2</sup>

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología que Saturno devora a su hijo y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. <sup>1, 4</sup> (Figuras 2 y 3)



**Figura 2.** Saturno devorando a un hijo 1636 - 1638. Óleo sobre lienzo. <sup>4</sup>



**Figura 3.** Medea, con los hijos muertos. <sup>5</sup>

La superstición ha estado también presente en el origen del maltrato infantil, existiendo la creencia de que el sacrificio de niños pequeños beneficiaba a la mujer estéril, curaba enfermedades y confería salud, vigor y juventud. <sup>1, 4</sup>

En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”.

En Esparta (900 a. de C) los niños eran arrojado en las montañas del Taigeto si estos nacían con defectos físicos o tenían algún retraso mental. <sup>1</sup>  
(Figura 4)





**Figura 4.** Niños lanzados del Taigeto. <sup>6</sup>

El infanticidio se practicaba de manera habitual que siguió vigente hasta bien el siglo IV d. de C. Se practicaba tanto en los hijos legítimos como ilegítimos. <sup>1, 2</sup>

En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes.

En el siglo IV d.C en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos.

Antiguamente las creencias religiosas en la India, Egipto o China permitían que los recién nacidos pudieran ser ofrecidos como sacrificio para sus distintas divinidades. Es así que los padres gozaban del poder de disponer de la vida de sus hijos. <sup>1</sup>

De los siglos IV-XIII con la aparición del cristianismo se produjo un cambio gracias al temor de ser castigados además de que se conoció que los niños tienen alma y a su vez derechos. Durante este periodo mejoró el trato a los infantes pero al ser muy difícil la crianza se dio otro tipo de violencia que es el abandono, los dejaban al cuidado de alguien más en un monasterio, niñeras o cedían su custodia a alguien más.

En nuestros tiempos en el siglo XX, desde mediados de los años 70 a mediados de la década de los 80, se reconoce la gravedad, concurrencia y las consecuencias del maltrato infantil y se da a conocer el síndrome del niño maltratado, desarrollándose investigaciones y legislaciones.<sup>1,2</sup>

## **2. MALTRATO INFANTIL**

El maltrato y el abuso infantil actualmente ya no es una práctica aceptada aunque sí es cotidiana en algunos hogares, por tal motivo se ha vuelto un problema de salud pública a nivel mundial, ha crecido tanto que es muy preocupante puesto que no respeta color, raza, religión o clase social y las víctimas quedan dañadas con secuelas graves que repercuten toda su vida. Estos adultos que sufrieron violencia en la infancia pueden generar círculos de patrones aprendidos y dañar a sus propios hijos.

El concepto de maltrato infantil es reciente, en 1868 Augusto Ambrosio Tardieu catedrático de París realizó autopsias a 32 niños golpeados y quemados e introdujo el primer término descrito que fue el de "síndrome del niño golpeado".<sup>7,8</sup>

Caffey en 1946 describió la presencia de hematomas subdurales asociados a maltrato infantil así como alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños.

Kempe y Silverman en 1962 crearon la expresión síndrome del niño golpeado, definiéndola como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes”, se basaron en las características clínicas de casos que ingresaban en el Hospital General de Denver en Colorado.<sup>7, 8</sup>

Fontana en 1979 cambia el concepto, indicando que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocional o por negligencia, sustituyendo el término “golpeado” por el de “maltratado”.<sup>8</sup>

Cabral en 2014 da a conocer que el maltrato infantil puede tener varios enfoques, en términos psicológicos dice que es una patología del comportamiento, en términos jurídicos menciona que es un comportamiento delictivo o criminal y debe de ser sancionado legalmente, menciona que el maltrato infantil puede ser y es muchas cosas.<sup>3</sup>

Según UNICEF, “Los menores víctimas del maltrato y el abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.<sup>1</sup>

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) define a los niños víctimas de maltrato como: “Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.<sup>1</sup>

Según la OMS, el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.<sup>4</sup>

## **2.1 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL**

Por lo regular un niño maltratado sufre de una combinación de varios tipos de maltrato, es muy raro encontrar un menor con un solo tipo de abuso. Existen cinco tipos de maltrato infantil:

Maltrato físico: cualquier lesión física infringida al menor como hematomas, quemaduras, fracturas u otras lesiones mediante pinchazos, mordeduras, golpes y cualquier otro tipo que lesione físicamente al niño.<sup>9</sup>  
(Figura 5)



**Figura 5. Maltrato físico.** <sup>10</sup>

Abandono o negligencia: una falta intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades del niño en cuanto alimento, abrigo, salud, seguridad, educación o bienestar del niño. <sup>9</sup> (Figura 6)



**Figura 6. Abandono infantil.** <sup>11</sup>

Maltrato emocional o psicológico: esto es una de las formas más sutiles de maltrato hacia los niños pero sin minimizar su daño, se refiere a que son niños ridiculizados, insultados, regañados o menospreciados, también pueden ser sometidos a presenciar violencia de cualquier tipo a otro integrante de la familia. Toda acción que dañe mental o emocionalmente al niño causándoles perturbaciones de magnitud suficiente para afectar la dignidad, alterar su bienestar o incluso perjudicar su salud. <sup>12</sup> (Figura 7)



**Figura 7.** Abuso emocional o psicológico. <sup>12, 13</sup>

Abuso sexual: Consiste en mantener actividades sexuales con un menor de edad, que no necesariamente impliquen un contacto físico, pero sí de un carácter sexualizado. <sup>9</sup> (Figura 8)



**Figura 8.** Dibujo elaborado por una víctima de abuso sexual. <sup>14</sup>

### **3. ABUSO SEXUAL INFANTIL**

El abuso sexual es una de las formas de maltrato hacia los menores de edad siendo ésta una de las más aberrantes y preocupantes en la sociedad.

La violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes es una de las agresiones más severas contra su integridad física, psicológica y emocional;

cuando ésta se manifiesta, afecta de forma significativa y vulnera a una serie de derechos universales que están interconectados y entre los que destacan: el derecho a la paz, a la educación, a la protección de la salud, a la seguridad social y por supuesto a una vida libre de violencias.

La violencia afecta a millones de personas en especial a niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad, que puede desencadenar otros malestares o cambios en su conducta física, emocional y del estado de ánimo.

9, 15

### **3.1 DEFINICIÓN**

La Academia Americana de Pediatría ha definido al abuso sexual infantil como la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño, o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) se define: “una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro”.

De la misma manera, la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC), señala que un niño o niña maltratada/o es: "Una persona que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, y que es objeto de acciones (prácticas) u omisiones (negligencias) intencionales entre ellas, el uso sexual de su cuerpo a través del engaño o en contra de su voluntad, que producen lesiones

físicas y mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con ella o él".

Existen diferentes formas de agredir sexualmente a un menor de edad como se muestra en la Figura 9. <sup>15</sup>



**Figura 9.** Formas de abuso sexual a menores de edad. <sup>15</sup>

### 3.2 EPIDEMIOLOGÍA

En México hay 4.5 millones de víctimas al año, siendo el primer lugar en abuso sexual infantil, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). <sup>14</sup>

Esta cifra es poco realista: se denuncia sólo uno de cada 10 casos. De esas violaciones, el 90% perpetrado contra las niñas se produce en el interior



de los hogares y en el entorno familiar, dos de los espacios donde las pequeñas deberían de estar más seguras y protegidas.

El abuso sexual infantil es un problema asociado con fallas sistemáticas del Estado y de instituciones que deben asumir responsabilidades de protección a la población infantil en contra del maltrato y atender sus secuelas. De acuerdo con la (OCDE), México es uno de los países donde el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral a la Familia (SNDIF) no está suficientemente desarrollado. Además, no existe una fuente que brinde información directa y confiable sobre la magnitud del problema.<sup>14</sup>

De cada 1.000 casos de abuso sexual cometidos contra menores en el país, sólo 100 se denuncian y de estos, únicamente el 10% llega ante un juez. De ellos, sólo el 1% recibe una sentencia condenatoria, de acuerdo con cifras de la OCDE. A ello hay que sumarle que el delito de violación prescribe entre los cinco y los 10 años en muchos de los códigos penales del país, cuando de acuerdo con especialistas en el tema, una víctima de abuso sexual cuando era menor puede tardar décadas en denunciar. Es por ello que entidades como Ciudad de México decidieron cambiar su legislación y declarar imprescriptible la pederastia y alargar los plazos para su enjuiciamiento.

Cada año 5,4 millones de niños, niñas y adolescentes son víctimas de abuso sexual en México. De acuerdo con la Organización para la Infancia Aldeas Infantiles, seis de cada 10 de estas violaciones se producen en casa y en el 60% de los casos el agresor es un familiar o pertenece al círculo cercano a la familia. Es decir, los violadores son tíos, primos, amigos o vecinos de los menores.

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) encontró que en México se cometen 600 mil delitos sexuales cada año y que la mitad de delitos

sexuales son cometidos en el hogar de la víctima y 60% de las veces por parte de familiares o personas conocidas, hombres en casi todos los casos. <sup>16</sup>

La mayoría de las víctimas son niñas, 9 de cada 10 son mujeres y 4 de cada 10 son menores de 15 años. Estos datos son alarmantes porque los niños la mayoría de la veces no dicen lo ocurrido por miedo, vergüenza, culpa o porque no saben reconocer que están en un acto de abuso sexual. <sup>17</sup> (Figura 10)



**Figura 10.** Datos estadísticos tomados de la cartilla de derechos de las víctimas de abuso sexual. <sup>17</sup>

El gobierno de México en su blog de Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes nos arroja los siguientes datos:

- En México, ocho de cada 10 agresiones por violencia sexual provienen de parientes o personas conocidas cercanas.
- De enero a octubre de 2020, se registraron 3,581 casos de ingresos hospitalarios por violencia sexual: 3,325 niñas y 256 niños. <sup>18</sup>

- En 2014, alrededor de 23 mil adolescentes de 12 a 17 años sufrieron algún tipo de agresión sexual, incluyendo acoso, tocamientos y actos sexuales no consentidos.
- En 2020 hubo 373 mil 661 nacimientos de madres adolescentes, de los que 8 mil 876 son hijas e hijos de niñas menores de 14 años. Niñas entre 10 y 14 años fueron embarazadas por: un amigo, un familiar, un desconocido o el exnovio. La mayoría por violación sexual o matrimonios arreglados. <sup>18</sup>

### **3.3 DETECCIÓN**

El agresor en un abuso sexual infantil raramente utilizará fuerza física, a su vez establecerá un vínculo de confianza, de autoridad o de poder que hará en un proceso gradual acercarse a la víctima de forma crónica.

Las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto, ya que existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación.

Por parte de la víctima podemos ver los siguientes motivos:

- Obtener ciertas ventajas adicionales, como regalos.
- Temor a ser juzgados y que no le crean.
- Miedo a destruir la familia.
- Represalias del agresor.

Por parte del abusador trata de ocultar sus crímenes por la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido pero puede llegar a guardar silencio por miedo a la pareja o destruir a la familia, también suelen

callar por el estigma social negativo generado por el abuso sexual lo que le puede llevar al silencio, es el pánico a la pareja o el miedo a desestructurar la familia, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia.

El abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido a veces a otros niños o a un profesor o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo. El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes.

Existen diversos focos rojos que podemos tomar en cuenta ya sean físicos o de comportamiento del niño abusado. En la Figura 11 se describen los indicadores del niño abusado que debemos tener en cuenta. No debemos pasar por alto algún factor que nos orille a pensar en abuso sexual infantil, recordemos que los odontólogos podemos diagnosticar alguno de estos signos y síntomas y poder ayudar al paciente más allá de una consulta dental. <sup>19</sup>



**Figura 11.** indicadores de abuso sexual. <sup>19</sup>

En la práctica odontológica la detección de estos casos de abuso sexual es de suma importancia para el bienestar de los menores de edad.

La obligación de denunciar representa la estrategia clave para abordar al abuso sexual infantil, y se encuentra justificada en la suposición de que la detección temprana ayudará a prevenir lesiones graves (incluso la muerte del niño), aliviará a las víctimas de tener que buscar ayuda por su propia cuenta, y potenciará la coordinación entre las respuestas legales, médicas y sociales.

19, 20, 21

Entre los profesionales de salud con esta obligación se encuentran los odontólogos, quienes se han visto comprometidos a nivel mundial en la detección, denuncia y la prevención del abuso sexual a partir de presencia de lesiones en boca.

Es importante que los prestadores de salud (incluyendo odontólogos), consideren que el abuso físico o sexual puede provocar lesiones en tejidos orales. Estos deben conocer cuándo y cómo documentar lesiones sospechosas y cómo obtener evidencia de laboratorio, documentación fotográfica y/o consultar con expertos cuando corresponda. <sup>19, 20, 21</sup>

### **3.4 FACTORES DE RIESGO**

Se han estudiado diversas características de algunos menores que podrían favorecer la aparición del maltrato centrado en la vulnerabilidad del niño.

Algunas situaciones que ponen en vulnerabilidad a los menores son:

- Niños que sufren algún tipo de discapacidad física.
- Niños que muestran patrones de conducta asociados a un componente afectivo de tipo negativo (por ejemplo, el comportamiento antisocial, disruptivo o ansioso).
- Antecedentes de ser abusado o abandonado de niño.
- Enfermedad física o mental, por ejemplo, depresión o trastorno por estrés postraumático (TEPT).
- Estrés o crisis familiar, lo cual incluye violencia doméstica y otros conflictos conyugales, o una familia monoparental.
- Dificultades económicas, desempleo o pobreza.
- Aislamiento social o de la familia extendida.
- Poca comprensión de habilidades de crianza o desarrollo infantil.
- Alcoholismo, drogadicción o abuso de otras sustancias. <sup>22, 23</sup>

El maltrato infantil está asociada con menor estabilidad y mayor nivel de conflicto en la relación matrimonial, menor edad de los padres, mayor consumo de alcohol y menos apoyo social. Asimismo, se ha hallado que los padres con alto apoyo social se perciben a sí mismos como más afectuosos con sus hijos que aquellos con pocas redes sociales, mientras que los niños víctimas de maltrato cuyas familias cuentan con pocas redes sociales informan de mayor rechazo por parte de sus padres que los niños en familias con mayor apoyo social. <sup>22, 23</sup> (Tabla 1)

Contexto	Manifestación
<b>Entorno ambiental.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convivencia múltiple (con tíos, abuelos, primos, etc).</li> <li>• Convivencia con terceros ajenos a la familia.</li> <li>• Vivir en refugios.</li> <li>• Falta de intimidad al bañarse.</li> <li>• Compartir cama con un tercero</li> </ul>
<b>Entorno social.</b>	<p>Interacción del menor con individuos que evidencian los siguientes patrones de conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecimiento de regalos y recompensas al menor.</li> <li>• Agresividad física verbal o pasiva.</li> <li>• Promiscuidad.</li> <li>• Machismo.</li> <li>• Inestabilidad con la pareja.</li> <li>• Incompetencia social.</li> </ul>
<b>Entorno familiar.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias multiparentales.</li> <li>• Separación de los padres biológicos.</li> <li>• Presencia de padrastro o madrastra.</li> <li>• Dependencia económica sólo de un padre</li> <li>• Relación desigual del poder.</li> <li>• Figuras maternas deprimidas o débiles.</li> <li>• Figura materna sin afecto.</li> <li>• Padres alcohólicos.</li> <li>• Violencia física o psicológica.</li> </ul>

**Tabla 1.** factores predisponentes para sufrir abuso sexual. <sup>22</sup>

### 3.5 EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

La educación sexual es de vital importancia para que los niños tengan la información correcta además de las herramientas para poder detectar, frenar y en dado caso poder denunciar cualquier tipo de abuso en especial el abuso sexual.

Los responsables directos de dar educación sexual son los padres que tendrán que acercarle la información correcta acorde a la edad del niño, además de propiciar un ambiente de confianza entre padres e hijos.

Otra instancia importante es la escuela que al dar información de cuidado personal y también de educación sexual le ayudará a los niños a tener un mejor desarrollo y así prevenir abusos en casa u otro lugar. El abuso sexual es una epidemia donde los adultos como padres, maestros y sector salud tenemos la responsabilidad de frenar cualquier abuso además de garantizar el correcto desarrollo y esparcimiento de los niños, niñas y adolescentes.<sup>15</sup>

El 19 de noviembre es el día internacional para la prevención del abuso sexual contra las niñas y niños, esto fomenta a las personas a reflexionar lo que se está haciendo como sociedad para proteger a los menores.<sup>24</sup> (Figura 12).



19 de noviembre



## **Día de la Prevención del Abuso Infantil**

**Figura 12.** Día internacional contra el abuso sexual. <sup>24</sup>

### **4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

En Odontología nos enfrentamos con algunos eventos desafortunados hacia los niños, por este motivo en Odontopediatría encontramos diversas problemáticas de abuso físico, psicológico y desafortunadamente abuso sexual.

Es terrible encontrar indicios en los pacientes pediátricos de abuso sexual, pero es nuestro deber ayudar a diagnosticarlo, dar conocimiento al familiar y dar parte a las autoridades para que este tipo de problemática pueda disminuir y salvaguardar la integridad de los menores de edad ya que estos son demasiado vulnerables. <sup>25</sup>

El objetivo de la detección del riesgo o propiamente del maltrato, es posibilitar la ayuda a la familia y al niño, minimizar consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias (cada profesional en su campo a desarrollar). Sin embargo, debemos de estar conscientes de manejar el término “posible maltrato infantil” pues nosotros no estamos capacitados ni

somos jueces en un proceso tan delicado como confirmar un posible caso de maltrato infantil. La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso, en que frecuentemente ocurre en el medio intrafamiliar por lo que pasa desapercibido al profesional. El personal de salud (pediatras, enfermeras, odontopediatras, etc.) puede identificar el abuso físico en niños muy pocas veces frente a las madres, siendo ellas quienes informen de manera directa del abuso al ser cuestionadas. Sin embargo, la confianza depositada en el médico, enfermera(o) y/o odontopediatra, que existe con el personal puede ayudar a detectar este tipo de casos. Cada personal debe encaminar su esfuerzo a buscar la existencia de abuso en la conducta del niño (a), el comportamiento de los padres, la exploración clínica y la historia.<sup>25</sup>

Todo diagnóstico clínico depende de una buena historia clínica, esto es especialmente válido para el maltrato infantil, ya que la historia puede aumentar significativamente el índice de sospecha del odontopediatra. Cuando se examina a un menor con lesiones potencialmente no accidentales, la historia recopilada puede ser el relato de él mismo. Debemos tener en cuenta que estos niños pueden resultar gravemente heridos o muertos si se omite el diagnóstico de maltrato infantil y se los deja con sus padres o tutor.

El odontopediatra debe ser perspicaz para poder diferenciar si la lesión es accidental o intencional. No es un patrón, pero la mayoría de los casos de maltrato infantil son reconocidos y detectados de manera inmediata por el odontopediatra.

Los odontopediatras se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo (sobre todo en menores de cinco años, la población más vulnerable), al crear un lazo de confianza entre el odontólogo y el menor, lo mismo pasa con un maestro(a) y es entonces cuando los

profesionales comienzan a tener un papel principal en la prevención y diagnóstico.

Una vez que se ha establecido ese paso de confianza debemos tomar en cuenta el paso tan grande que ha dado el niño(a) al contar algo tan íntimo y su necesidad de ser reconfortado ante un posible caso de maltrato. La actitud del odontopediatra tiene que ser de escucha, tanto a un adulto como al menor.

25

- La entrevista se llevará en privado si es posible, pero siempre con un testigo.
- Asegurar la confidencialidad.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no castigadora o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible al proporcionar información, en tono suave y normal.
- Como segundo paso, debemos realizar una primera entrevista con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta no insistir en preguntas que no quieran responder.<sup>25, 26</sup>

En la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México nos encontramos con algunas limitaciones para poder dar seguimiento a estos casos tan lamentables ya que al ser una institución de enseñanza no contamos con un Departamento de Trabajo Social.

No obstante se investigó cuál sería el protocolo a seguir si lo detectamos:

1. Se tiene que realizar una historia clínica detallada donde si encontramos rasgos que nos alerten en cavidad bucal, cabeza y

cuello, asentarlos en el expediente describiendo la lesión, ubicación, y de ser posible tomar fotos clínicas para anexarlo al expediente.

2. Como alumnos tenemos el deber de dar aviso al profesor a cargo el cual nos ayudará a la atención humanizada y eficaz a nuestro paciente, siempre teniendo sumo cuidado ya que estos pacientes pueden estar con traumas emocionales.
3. Tenemos que dar a conocer los hallazgos al tutor que acompañe al paciente, siempre teniendo cautela y tacto al dar esta noticia ya que es una sospecha de abuso, que posteriormente se tendría que verificar con examen completo con las instancias capacitadas.<sup>27</sup>

Generalmente son los pasos a seguir que la mayoría de los docentes indican por ser una institución de enseñanza. Indagando en qué más se podría hacer, se realizó una entrevista a la Licenciada Yasell Florencia Castillo Juárez del Departamento Jurídico de nuestra facultad, la respuesta que tuvimos fue lo que nos temíamos: “nosotros Departamento Jurídico de la Facultad no podemos seguir estos casos porque no estamos integrados a un Ministerio público donde se pudiera hacer la denuncia. Sólo pudiéramos seguir el caso si alguno de los implicados fuera alumno o docente, lo que no es el caso”.

Nos dirigimos al Departamento de Psicología en la Facultad llamado ESPORA donde nos orientaron y nos dijeron: “que como personal de salud y como parte del protocolo sí se debe de dar aviso de una situación así al DIF.”

Nos proporcionaron los datos necesarios para dar parte a las autoridades, los cuales son:

De manera digital:

1. “Realiza reporte de maltrato infantil al correo electrónico [difinalmaltrato@dif.cdmx.gob.mx](mailto:difinalmaltrato@dif.cdmx.gob.mx).

2. Se programa visita del equipo multidisciplinario y acude un equipo integral multidisciplinario al lugar de los hechos e interviene con la niña, niño y/o adolescente involucrado y con los cuidadores primarios, aplicando tamizaje y/o instrumento de vulnerabilidad.
3. Se establecen acciones de atención y seguimiento de acuerdo al resultado del tamizaje.

De manera presencial:

1. Acude al Área de Atención Ciudadana de la Procuraduría de Protección de Derechos de NNA para realizar el reporte por violencia contra niña, niño y/o adolescente
2. Se programa visita del equipo multidisciplinario y acude un equipo integral multidisciplinario al lugar de los hechos e interviene con la niña, niño y/o adolescente involucrado y con los cuidadores primarios, aplicando tamizaje y/o instrumento de vulnerabilidad.
3. Se establecen acciones de atención y seguimiento de acuerdo al resultado del tamizaje

Vía Telefónica:

1. Realiza reporte de maltrato infantil en los números telefónicos 5556057552 o 5543239242.
2. Se programa visita del equipo multidisciplinario y acude un equipo integral multidisciplinario al lugar de los hechos e interviene con la niña, niño y/o adolescente involucrado y con los cuidadores primarios, aplicando tamizaje y/o instrumento de vulnerabilidad.
3. Se establecen acciones de atención y seguimiento de acuerdo al resultado del tamizaje.

En todo momento el alumno debe estar apoyado por el docente a cargo ya que aún no se cuenta con cédula profesional. También va depender mucho

si el padre o tutor a cargo está de acuerdo a tener un seguimiento del abuso.”

28

## **4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

Es necesario contar con herramientas adecuadas para poder brindar una atención de calidad y humanizada para garantizar a los menores víctimas de abuso sexual una atención odontológica integral.

Es de suma importancia capacitar al personal de salud para que puedan brindar la ayuda correspondiente además de poder detectar cualquier abuso hacia los menores.

Tenemos que estar atentos del comportamiento del niño y del padre o tutor para poder dar un diagnóstico certero y dar parte a las autoridades.

A medida que el profesional en Odontología sea consciente de los signos y síntomas del miedo provocado por antecedentes de abuso sexual, pueden darse la oportunidad de modificar su enfoque al paciente, proporcionar una visita menos estresante y, potencialmente, ayudar a los pacientes a reducir su miedo a largo plazo.

El papel del profesional de Odontología en el abuso infantil es conocer las leyes estatales vigentes, para así poder reportar informar el abuso y de esa manera poder cumplir con la ley. Es primordial para el profesional que localiza el abuso, conocer el protocolo que debe seguir, incluyendo la evaluación del comportamiento del niño y el padre o tutor, la historia del paciente, evaluación física general, examen oral, la documentación de la lesión y la discusión, todo este tipo de evaluación para descartar que la lesión sea un trauma accidental.

25, 26

## 5. LESIONES ORALES POR ABUSO SEXUAL

Existen diversos tipos de lesiones orales que se asocian a maltrato físico en los niños y niñas.

En el caso del abuso sexual debemos de estar conscientes de que todas las lesiones que estén en boca no son patognomónicas para considerar un abuso sexual, estas deben de ir acompañadas de varios factores u otras lesiones y comportamiento del niño maltratado.

Entre las lesiones más comunes son:

- Petequias, eritema y o erosiones en región intraoral, particularmente en la zona de unión entre el paladar duro y blando causado por sexo oral forzado. (Figura. 13)
- Marcas de mordeduras dentro de la boca causadas por sus propios dientes, producidas por durante el abuso sexual.
- Marcas de mordeduras de adulto, forma ovoide o elíptica con una distancia intercanina superior a tres centímetros y a menudo con una equimosis central. <sup>29</sup> (Figura 14)



**Figura 13.** Lesiones por sexo oral forzado. <sup>29</sup>



**Figura 14.** Lesión por mordedura. <sup>29</sup>

Las contusiones en tejido blando son lesiones simples y habituales, éstas se presentan con frecuencia sin alteraciones dentales pero hay que tomar en cuenta si se trata de maltrato infantil. <sup>29</sup> (Figuras 15, 16 y 17)



**Figura 15.** Contusión en mentón en un paciente pediátrico. <sup>30</sup>



**Figura 16.** Contusión en labio superior. <sup>30</sup>





**Figura 17.** Laceración de labio inferior. <sup>30</sup>

## **6. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

La cavidad oral es un sitio frecuente de abuso sexual en los niños, aunque las enfermedades y lesiones producidas por éste son difíciles de detectar y poco frecuentes. Además de las lesiones que podemos encontrar también se pueden considerar específicas de abuso sexual las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*. Todas las demás lesiones y enfermedades son sospecha de abuso sexual pero no patognomónicas. <sup>25</sup>

### **6.1 SÍFILIS**

La sífilis es una infección bacteriana causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que se puede transmitir por contacto sexual o de forma congénita. Esta enfermedad consta de tres estadios, en los cuales se pueden dar diferentes manifestaciones orales.

El primer estadio de la infección por *T. pallidum* es la sífilis primaria. Ésta es una infección local en la zona de inoculación del microorganismo. Este periodo dura de 2 a 3 semanas pudiendo llegar hasta 90 días. Aparece una

pápula en el lugar de la inoculación, esta ulceración se conoce como chancro sifilítico indoloro, indurado y no purulento.

Esta lesión puede aparecer en genitales, ano y donde nos compete a los odontólogos, en labios y cavidad oral. La mayoría de los chancros extra genitales aparecen en la boca (40-75%) aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. <sup>31</sup>

#### Manifestaciones orales:

- La sífilis primaria oral puede manifestarse como una úlcera solitaria en el labio y de forma más rara en la lengua o paladar. (Figura 18)
- El labio superior suele afectarse.
- La faringe y las amígdalas también pueden afectarse, aunque es menos frecuente. Estas úlceras son profundas, de base eritematosa, color púrpura o marrón y de bordes irregulares y sobre elevados, además se acompañan de adenopatías. Se debe hacer diagnóstico diferencial con úlceras orales, como las traumáticas, carcinoma oral de células escamosas, donovanosis [granuloma inguinale] y linfoma no-Hodgkin, entre otras. <sup>31</sup>



**Figura 18.** Chancro sifilítico diagnóstico de sífilis primaria. <sup>31</sup>

Cuando no se da un tratamiento para la primera fase se desarrolla lo que se conoce como sífilis secundaria.

En esta etapa se incluyen rash cutáneo generalizado, fiebre, adenopatías generalizadas, malestar general, alopecia, uveítis, sordera, neuritis óptica, etc.

Las lesiones maculopapulares de las palmas de las manos y de las plantas de los pies aparecen aproximadamente en el 60-80% de los pacientes y entre el 21-58% de los pacientes presentan lesiones mucocutáneas y/o mucosas, parches mucosos y condiloma lata en áreas orales y/o genitales también denominados condilomas planos.

Los parches mucosos y las lesiones maculopapulares pueden aparecer en paladar duro, mucosa yugal, comisuras labiales, faringe, encías y amígdalas.

#### Manifestaciones orales:

Las lesiones que aparecen en la sífilis secundaria son más extensas y más variadas que las que se dan en la primaria siendo las más prevalentes:

- Los parches mucosos y las lesiones maculopapulares. (Figura 19)  
Éstas pueden aparecer en paladar duro, mucosa yugal, comisuras labiales, faringe, encías y amígdalas.

Después de este segundo estadio se da un tiempo de latencia donde no habrá ningún signo y desaparecerán las manifestaciones clínicas.<sup>31</sup>



**Figura 19.** Úlceras y pápulas en caras dorsal y ventral de lengua, lesiones características de sífilis secundaria. <sup>31</sup>

La sífilis terciaria o tardía se desarrolla en un tercio de los pacientes no tratados y se caracteriza por complicaciones a largo plazo y puede ocurrir después de la sífilis primaria, secundaria o latente. La sífilis terciaria puede ocurrir desde 1 año después de la infección inicial hasta 25-30 años después. Este estadio puede afectar al sistema nervioso central (SNC), sistema cardiovascular, piel, membranas mucosas, hígado, bazo, huesos y otros órganos y sistemas. Las lesiones que aparecen en este estadio son gomas, es decir, lesiones granulomatosas indoloras que pueden variar de tamaño, y pueden aparecer en piel, mucosas, sistema visceral y sistema esquelético. Aunque esta etapa no aparece en niños, es importante conocer que se presentará si no se atiende en etapas iniciales.

#### Manifestaciones orales:

- El goma sifilítico suele aparecer en el paladar duro y en la lengua. (Figura 20)
- La leucoplasia sifilítica en el dorso de la lengua.
- La neuro sífilis puede manifestarse como neuropatía trigeminal y parálisis facial. <sup>31</sup>



**Figura 20.** Goma sifilítico. <sup>31</sup>

## 6.2 GONORREA

La infección oral de transmisión sexual por *Neisseria gonorrhoeae* en menores abusados es poco frecuente en la edad prepuberal mientras en la adolescencia es más común.

Ésta se va a manifestar en cavidad oral como úlceras múltiples acompañadas de una mucosa oral de color rojo vivo con una pseudomembrana blanca. La mayoría de los casos se manifiesta como una faringitis, amigdalitis, gingivitis o glositis generalmente asintomática, pero en ocasiones se puede presentar picazón y ardor o dolor. <sup>32</sup>

También hay que destacar que cuando la cavidad bucal es afectada, lo primero que el paciente nota en la mucosa bucal o en el labio es una ulceración dolorosa aguda y limitación del movimiento con sensación de quemadura o ardor. Entre 24 horas y pocos días de la infección la secreción salival, puede aumentar o disminuir, la viscosidad aumenta frecuentemente y hay halitosis encontrándose en ese momento en la saliva gran cantidad de células *N. gonorrhoeae*. <sup>33</sup> (Figura 21)



**Figura 21.** Dermatitis gonorreica. <sup>33</sup>

### **6.3 HERPES TIPO 2**

El virus del Herpes tipo 2 (HSV-2) causa herpes genital. Sin embargo, en niños abusados sexualmente el VHS-2 se puede transmitir a la boca durante el sexo oral y causa herpes oral.

El herpes genital puede provocar dolor, picazón y llagas en la zona genital. Pero es posible que no tenga ningún signo ni síntoma. Si se está infectado, puedes contagiar, aún cuando no tengas llagas visibles.

Los herpes labiales forman ampollas en los labios, alrededor de la boca y, a veces, dentro de la boca. Las ampollas se convierten en úlceras, que hacen que comer resulte doloroso. Están llenas de un líquido sobre el que se forma una costra, antes de secarse y desaparecer. A veces, el virus causa enrojecimiento e inflamación de las encías, fiebre, molestias musculares, una sensación de malestar general y ganglios linfáticos del cuello inflamados. <sup>34</sup> (Figura 22)



**Figura 22.** Herpes en labio. <sup>34</sup>

#### **6.4 CONDILOMA ACUMINADO**

El condiloma acuminado es causado por virus del papiloma humano (VPH), específicamente por el subtipo 6 y 11. Es una enfermedad de transmisión sexual que ocurre con mayor frecuencia como crecimientos rosados de color similar a la mucosa, parecido a la coliflor, aparecen en áreas húmedas, como los genitales, recto y cavidad bucal.

El condiloma acuminado en la población pediátrica es más prevalente en las niñas que en los niños, de 11 casos sólo 2 son en varones, principalmente con antecedentes de un posible abuso sexual.

Se ha informado que el condiloma acuminado afecta la mucosa de la encía, las mejillas, los labios y el paladar duro, el diagnóstico de las lesiones por VPH en la mucosa bucal se realiza teniendo en cuenta las características clínicas de la lesión (color blanco o morado en dependencia del grado de queratinización del epitelio mucoso, la superficie es rugosa, de bordes pronunciados e irregulares, sésiles o pediculadas, únicas o múltiples y generalmente asintomáticas). <sup>31</sup> (Figura 23)



**Figura 23.** Vegetación y verrugosidad, manifestaciones características de infección por VPH. <sup>31</sup>

## 6.5 CLAMIDIA

La clamidia se transmite a través del sexo vaginal, anal u oral. La bacteria se encuentra en el esperma (semen), el líquido preeyaculatorio y los fluidos vaginales. La clamidia puede infectar el pene, la vagina, el cuello uterino, el ano, la uretra, los ojos y la garganta o boca. Es de suma importancia saber que en el abuso sexual, el sexo oral obligado puede infectar al menor en la boca o la garganta. <sup>35</sup>

## 7. MATERIA PENAL DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), es la Institución que vigila que se cumpla la Ley General de Víctimas en México. Esta Ley indica en los tres niveles de gobierno que todas las instituciones públicas deben velar por la protección de las víctimas y darles ayuda y asistencia. <sup>36</sup>

En casos de violencia sexual infantil, debe realizarse una consulta médica inmediata y, posteriormente, la denuncia ante el Ministerio Público. Las instituciones hospitalarias tienen la obligación de dar atención de emergencia



de manera inmediata, sin exigir condición previa para su admisión y brindar servicios de profilaxis, de anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima.

Las personas que atiendan al niño, niña o adolescente deben hacerlo con respeto, dignidad, debida diligencia y dándole siempre la prioridad. Tiene derecho a contar con medidas de ayuda, protección, atención y reparación del daño. Deben ofrecerle acceso gratuito a la justicia, un trato igualitario y sin discriminación; sin pedir requisitos para acceder a sus derechos.

La ley General de los Derechos de los Niños, las Niñas y los Adolescentes, nos garantiza el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte, en dicha ley nos plasma algunos derechos que nos compete en este trabajo.<sup>17</sup>

“ARTÍCULO 12 Es obligación de toda persona que tenga conocimiento de casos de niñas, niños y adolescentes que sufran o hayan sufrido, en cualquier forma, violación de sus derechos, hacerlo del conocimiento inmediato de las autoridades competentes, de manera que pueda seguirse la investigación correspondiente y, en su caso, instrumentar las medidas cautelares, de protección y de restitución integrales procedentes en términos de las disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 43 Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en un medio ambiente sano y sustentable, y en condiciones que permitan su

desarrollo, bienestar, crecimiento saludable y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, ético, cultural y social.<sup>36</sup>

ARTÍCULO 46 Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir una vida libre de toda forma de violencia y a que se resguarde su integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones de bienestar y el libre desarrollo de su personalidad.

ARTÍCULO 47 Las autoridades federales, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, están obligadas a tomar las medidas necesarias para prevenir, atender y sancionar los casos en que niñas, niños o adolescentes se vean afectados por:

- I. El descuido, negligencia, abandono o abuso físico, psicológico o sexual;
- II. La corrupción de personas menores de dieciocho años de edad;
- III. Trata de personas menores de 18 años de edad, abuso sexual infantil, explotación sexual infantil con o sin fines comerciales, o cualquier otro tipo de explotación, y demás conductas punibles establecidas en las disposiciones aplicables;
- IV. El tráfico de menores, el trabajo antes de la edad mínima de quince años, prevista en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás disposiciones aplicables;
- V. El trabajo en adolescentes mayores de 15 años que pueda perjudicar su salud, su educación o impedir su desarrollo físico o mental, explotación laboral, las peores formas de trabajo infantil, así como el trabajo forzoso, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las demás disposiciones aplicables,<sup>36</sup>

- VI. La incitación o coacción para que participen en la comisión de delitos o en asociaciones delictuosas, en conflictos armados o en cualquier otra actividad que impida su desarrollo integral.”<sup>36</sup>

## **8. SECUELAS DEL NIÑO MALTRATADO**

Las secuelas del abuso sexual son muchas y de varios tipos, las cuales van a ser dependiendo de la edad del individuo que lo ha padecido. Las consecuencias a corto plazo son:

Las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido.

En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso.

El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa.<sup>37</sup>

Las principales consecuencias a largo plazo de niños abusados sexualmente se muestran en la Tabla 2.

TIPOS DE AFECTACIÓN	SÍNTOMAS
<b>Físicos</b>	Problemas de sueños (pesadillas) Cambios de hábitos de comida Pérdida de control de esfínteres
<b>Conductuales</b>	Consumo de drogas Huidas del hogar Conductas auto lesivas y auto suicidas. Hiperactividad Bajo rendimiento académico
<b>Emocionales</b>	Miedo generalizado Hostilidad y agresividad. Culpa y vergüenza. Depresión. Ansiedad. Baja autoestima y sentimientos de estigmatización. Desconfianza y rencor hacia los adultos. Trastorno de estrés postraumático.
<b>Sexuales</b>	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad. Masturbación compulsiva. Excesiva curiosidad sexual. Conductas exhibicionistas. Problemas de identidad sexual.
<b>Sociales</b>	Déficit en habilidades sociales. Retraimiento social. Conductas antisociales.

**Tabla 2.** Tipos de afectación <sup>37</sup>

Secuelas psicológicas: en cuanto a las secuelas psicológicas los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual, disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas). <sup>37</sup>

## CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo de revisión bibliográfica son:

- El abuso sexual infantil en el mundo y en México es un problema de salud pública que se tiene que atender de inmediato.
- México es considerado el país con el primer lugar de abuso sexual infantil.
- Debemos capacitarnos continuamente como odontólogos para poder identificar las manifestaciones orales en boca.
- ESPORA y el Departamento de Atención Psicológica de la Facultad de Odontología UNAM orientan para realizar la denuncia en SNDIF.
- El 19 de noviembre es el día de la prevención contra el abuso infantil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana R, Sánchez R, Herrera E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Púb Mex [Internet]. 1998 [Citado el 12 de noviembre de 2022];40(1):58–65. Disponible en: <https://is.gd/3zgu3U>
2. Morante CA, Kanashiro CR. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatológica Herediana [Internet]. 2014 [citado el 22 noviembre de 2022];19(1):50. Disponible en: <https://is.gd/vWCrGT>
3. Hallan en Perú restos de dos infantes en una posible ofrenda preincaica [Internet]. Lima, Perú: Diario Libre. 2022 [citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3WPAmPW>
4. Saturno devorando a un hijo [Internet]. Madrid, España: Museo Nacional del Prado [citado el 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3WHbXMk>
5. Medea, con los hijos muertos, huye de Corinto en un carro tirado por dragones [Internet]. Madrid, España: Museo Nacional del Prado [citado el 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3jMYVy6>
6. Apothetae: infanticidio eugenésico en Esparta [Internet]. Madrid, España: Ciencia Histórica [citado el 24 de noviembre de 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3ZlykZx>
7. Lachica E. Battered child syndrome: forensic aspects. Cuad. med. forense [Internet]. 2010 [Citado el 25 de noviembre de 2022];16(1-2): 53-63. Disponible en: <https://is.gd/sdLiCQ>
8. Tovar AG, Almeraya SX, Guajardo LG, Borja M. El maltrato infantil desde la voz de la niñez. Rev Mex De Cienc Agric [Internet]. 2017 [Citado el 23 de noviembre de 2022];7(1):195-207. Disponible en: <https://is.gd/1cr0Sx>
9. Faura S. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado el 23 de noviembre de 2022];11(41):121-144. Disponible en: <https://is.gd/vKzUvu>

10. El Maltrato Infantil [Internet]. Costa Rica: Psicodiagnóstico brindamos soluciones [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://is.gd/vgfujx>
11. Abandono infantil [Internet]. España: Naomicano [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3VNQD6h>
12. El maltrato infantil vulnera derechos [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Infobae [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3IIQoMR>
13. Maltrato psicológico del niño [Internet]. Estados Unidos: Dreamstime [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3Gh54Ks>
14. México, primer lugar en abuso sexual infantil, según la OCDE [Internet]. México: La Jornada [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://is.gd/zXi78y>
15. Gil RA, Cervera P. Prevención del abuso sexual a niñas, niños y adolescentes [Internet]. México: SNDIF; 2019 [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3X7KgMg>
16. Álvarez MG, Castillo JG. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México [Internet]. México: UNICEF; 2019 [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://uni.cf/3ZaaQGw>
17. Cartilla de derechos de las víctimas de violencia sexual infantil [Internet]. México: Gobierno de México [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3VGo5vv>
18. ¿Qué es, cómo prevenir y cómo actuar ante la violencia sexual infantil? [Internet]. México: Gobierno de México [citado el 26 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3lgyBGW>
19. Herrera E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud Pub Mex [Internet]. 1999 [citado el 26 de noviembre de 2022];41(5):420-425. Disponible en: <https://is.gd/F8q66Q>
20. Valdez R, Villalobos A, Arenas L, Flores K, Ramos L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en

- adolescentes. Salud Pub Mex [Internet]. 2020 [citado el 26 de noviembre de 2022];62(6):661-671. Disponible en: <https://is.gd/1EW77A>
21. Bautista D, Lazcano L, Ángeles M, Espinoza C, García A. Maltrato infantil y la odontología. Rev dent y pac [Internet]. 2019 [citado el 28 de noviembre de 2022];130(1):35-43. Disponible en: <https://is.gd/jJbgTY>
  22. Cifuentes C, Contreras C, Torres MA, Gonzalez S. Maltrato Infantil: Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y Revisión de la Literatura. Int odontostomatol [Internet]. 2020 [citado el 28 de noviembre de 2022];14(2):160-6. Disponible en: <https://is.gd/vCHLIR>
  23. Apraez GE. Factores de riesgo de abuso sexual infantil. Colomb forense [Internet]. 2015 [citado el 28 de noviembre de 2022];2(1):85. Disponible en: <https://is.gd/qyercC>
  24. 19 de noviembre “Día Internacional para la Prevención del Abuso Sexual contra las Niñas y Niños” [Internet]. Chile: Fundación Colegio San José [citado el 26 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://is.gd/iVeOJR>
  25. Ramírez V, Madrigal D. Manejo odontológico en menores que han sido víctimas de abuso sexual. Odontología Vital [internet]. 2017 [citado el 26 de noviembre de 2022];1(26):29-36. Disponible en: <https://bit.ly/3WMn5Yi>
  26. Oliván G, Parte AC. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2021 [citado el 27 de noviembre de 2022 ];23(89):15-23. Disponible en: <https://bit.ly/3CmYSj0>
  27. Fuente directa. Flor Gonzalez Ayala. Alumna del seminario de titulación en áreas básicas y clínicas (odontopediatría) Sexagésima octava promoción. Facultad de Odontología, UNAM. Entrevista al Departamento Jurídico de la Facultad de Odontología.
  28. Atención al maltrato infantil en la familia [Internet]. CDMX: DIF Gobierno de la Ciudad de México. [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3VOGXsl>



29. Doria AM, Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ Odontol [Internet]. 2016 [citado el 28 de noviembre de 2022];35(74):49-63. Disponible en: <https://bit.ly/3GzhXRB>
30. Cameron AC. Manual de odontología pediátrica: Elsevier; 2010.
31. Carmona M, Porto I, Lanfranchi H, Medina W, Werner L, Maturana S. Manifestaciones bucales de enfermedades de transmisión sexual identificadas en tres servicios de estomatología en Sur América. Univ salud [Internet]. 2017 [citado el 28 de noviembre de 2022];20(1):82-88. Disponible en: <https://bit.ly/3jQjIGJ>
32. Peláez J. El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado el 27 de noviembre de 2022];36(1):109-123. Disponible en: <https://bit.ly/3igP4QL>
33. Catorceno VM. Gonorrea. Rev. Act. Clin. Med [Internet]. 2010 [citado el 27 de noviembre de 2022];1(4)24-28. Disponible en: <https://bit.ly/3jQsnDw>
34. Infección neonatal por virus herpes simple (HSV) [Internet]. Estados Unidos: Manual MSD [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://msdmnls.co/3X6hDiM>
35. Pardi G, Pérez MF, Pacheco A, Mata M. Detección de neisseria gonorrhoeae en mucosa orofaríngea de pacientes con infección gonocócica genital. Acta odontol. Venez [Internet]. 2005 [citado el 2 de diciembre de 2022];43(3):228-236. Disponible en: <https://bit.ly/3Qm2szO>
36. Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes [Internet]. México: Gobierno de México [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3VKJjIP>
37. Cantón D, Rosario M. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. Anal. Psicol [Internet]. 2015 [citado el 28 de noviembre de 2022];31(2):607-614. Disponible en: <https://bit.ly/3lof1bD>