

AGRESIÓN INFANTIL COMO PROBLEMA SOCIAL EN COSTA RICA, DESDE ENERO DE 2005 HASTA MAYO DE 2006.

**(Child Abuse as a Social Problem in Costa Rica,
from January 2005 to May 2006)**

Abarca Campos , Carlos *

Alpizar Castro, Ligia Elena *

Alpizar Vazquez, Clavelina *

Araya , Manuel *

Bogantes Ledezma, Jovel *

Masis Solano, Marissé *

Rojas , José *

*Estudiantes de Medicina de IV año. Universidad de Costa Rica.

Tutor:

Dr. Edgar Alonso Madrigal Ramirez,
Médico Forense del Departamento de
Medicina Legal de Costa Rica.
emadrigal@Poder-Judicial.go.cr

Recibido para publicación	23-07-2006
Aceptado para publicación	31-07-2006

SUMMARY

Child abuse is an issue which has persisted through history. This problem includes not only physical, but psychological damage. Clinical report, most of the times, is the principal axis in the correct diagnosis and the posterior treatment. In this study, 192 cases of child abuse were analyzed between January 2005 and May 2006, and the results presented most of the cases

include child molesting, occasional medical attention after the assault, the victims receive medical attention long time after the assault, and most of the cases occur during December, which can be associated with irresponsible behavior (alcohol, parties, etc.). It is very important that the physician is very clear about the signs of sexual abuse and its physical and psychological consequences, since it is the most common type of aggression and in many cases can be unnoticed.

KEY WORDS

Child abuse, child molesting, Costa Rican childhood, damage, clinical report of abused child, social problem, irreparable damage, death

RESUMEN

La agresión infantil es un problema social que ha persistido a lo largo de la historia. La problemática abarca lesiones tanto a nivel físico como psicológico. La clínica, en la mayor parte de las veces, es el eje principal en el diagnóstico acertado y el posterior manejo. En este trabajo se analizaron 192 casos de agresión infantil durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y mayo de 2006 y se presentan sus resultados donde la mayoría de los maltratos infantiles incluye abuso sexual, no es común la atención médica luego de la agresión, las víctimas consultan mucho tiempo después y se presentan más casos de maltrato infantil en el mes de Diciembre lo cual podemos asociar con las conductas del mes que suelen ser más irresponsables (fiestas, alcohol, etc.). Es importante que el médico tenga claro los signos de abuso sexual y sus repercusiones tanto físicas como psicológicas ya que es el tipo de agresión más frecuente y muchas veces puede pasar desapercibida.

PALABRAS CLAVE

Agresión infantil, abuso sexual infantil, niñez de Costa Rica, lesión, clínica del niño agredido, problema social, lesiones irreparables, muerte.

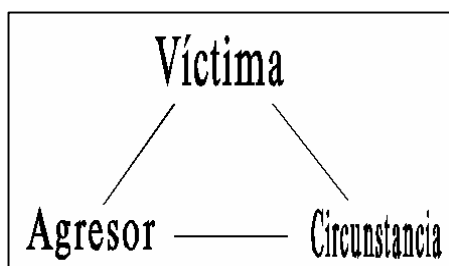
Introducción

SÍNDROME DEL NIÑO AGREDIDO

El síndrome del niño agredido ha sido considerado como una enfermedad que se hereda de padres a hijos, ya que quien sufre de este síndrome generalmente lo transmitirá a su descendencia debido a que se trata de un comportamiento aprendido.⁽¹⁾ Sin embargo, en ocasiones es muy difícil de diagnosticar ya que la violencia en el medio familiar puede llegar a adoptarse como una forma de corrección y de educación aceptada y vista como normal.⁽⁴⁾

Parte de la dificultad diagnóstica radica en que los niños sufren lesiones que pueden llegar a ser incapacitantes y no por esto ser niños agredidos. Las lesiones físicas son causadas por traumas intencionales y por traumas no intencionales, son los primeros, los traumas intencionales, los que son de relevancia médico forense.⁽⁶⁾

El maltrato infantil está constituido por el triangulo entre un agresor, una víctima y una circunstancia.⁽¹⁾



Con respecto a la víctima, hay un predominio del sexo masculino, lo cual se ha intentado explicar alegando que los varones son "más duros de carácter". Frecuentemente es el hijo más travieso,

tonto, con malformaciones, hiperactivo o ilegítimo; también es común que sea el primer hijo de una pareja, esto por ser no deseado o inconveniente con la situación económica.^(1,4) La víctima suele ser femenina cuando se trata de un caso de abuso sexual.⁽⁴⁾

En lo que a edad se refiere, los niños entre los cuatro y seis años de edad se encuentran más expuestos a sufrir lesiones físicas intencionales. No obstante, ningún grupo etario se encuentra exento de ser víctima del abuso.⁽⁶⁾

En cuanto al agresor, este tiende a tener alguna relación de filiación con el menor, pueden ser padrastros, hermanos, padres, tíos, primos o cuidadores y tutores.⁽⁴⁾

Cuando la agresión es propinada por los padres, estos tienden a ser jóvenes y solteros y al realizar evaluaciones psicológicas se puede encontrar una actitud distante o rígida, o con personalidades inestables emocionalmente e incapaces de adaptarse a la paternidad.⁽⁴⁾

Existen otros entes generadores de violencia hacia los menores, tales como:⁽⁷⁾

- El estado: por omisión, cuando sus políticas no consideran a los niños y adolescentes "sujetos de derecho"
- Instituciones que trabajan con menores: cuando incurren en actos desde negligencia, abuso de autoridad, falta de capacitación hasta la discriminación
- Comunidades: ante la convivencia social, la generación de intolerancia, resentimiento, frustraciones, desesperanzas e

inseguridad, que favorecen y facilitan las agresiones

La circunstancia es por lo general de presentación aguda o hiperaguda y puede ser el alcoholismo, una crisis económica o una crisis intrafamiliar. ⁽¹⁾

El “maltrato al menor se ha definido como una enfermedad social, cuyo único blanco es el niño, y esta constituida por un grupo de condiciones que altera el equilibrio biológico, psicológico y social de un individuo en crecimiento y desarrollo como consecuencia de un acto voluntario, activo o pasivo, infringido por alguien que se ha encargado o se debe encargar de su manutención y cuidado.” ⁽¹⁾

De esta definición es importante rescatar que el maltrato puede ser violenta o no, lo cual clasifica al mismo en dos grandes grupos, la cual se subdivide: ^(1,4)

1. Abuso físico: comprende el abuso físico y sexual
 - I. Forma activa o de castigo físico: se observan contusiones de diferente cronología que puede ser causada por un solo golpe o por golpes diferentes, se subdivide a su vez en:
 - i. Aguda: cuando las lesiones se causan en un solo castigo, pero exagerado
 - ii. Crónica: cuando la lesión se debe a castigo reiterado y frecuente a lo largo de varios días
 - II. Forma pasiva o por omisión de cuidados: lo que se ve en esta forma son estados severos de desnutrición, abandono y falta de progresión

2. Abuso psicológico: casi siempre es verbal o por ciertas actitudes hacia el menor

CLÍNICA DE LOS MALOS TRATOS

Actitud del niño

La mayoría de los niños víctimas de maltrato presentan varias alteraciones psicológicas, entre ellas: ⁽³⁾

- Autoestima baja e inseguridad personal
- Timidez extrema
- Sentimientos de miedo
- Terrores nocturnos
- Labilidad emocional
- Sentimiento de vulnerabilidad y tristeza
- Aplanamiento emocional
- Bajo rendimiento escolar
- Manifestaciones de ira
- Agresividad
- Inadaptación social

En casos en que es valorada por un médico, la víctima se puede presentar con estados de ánimo que comprenden desde la indiferencia, la tristeza y el miedo, en el cual pueden adoptar posiciones de defensa o cerrar los ojos cuando se le va a examinar. En algunos casos los niños adoptaran lo que se conoce como “vigilancia helada”, en donde acusan una atención casi paralítica a los movimientos del médico. ⁽⁴⁾

La situación en la que vive la víctima puede llegar a tener repercusiones orgánicas como enuresis y desnutrición, esta última cuando se trata de casos de hipocalimentación. ⁽³⁾

Lesiones

Lesiones cutáneo-mucosas

Las zonas corporales que reciben más lesiones varían de acuerdo con la edad y raza, más no con el sexo, estas comprenden: glúteos, caderas, cara, extremo proximal del brazo, piernas, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Las lesiones muco-cutáneas bilaterales generalmente son ocasionadas.

- Equimosis y hematomas

Los hematomas traumáticos suelen aparecer en zonas prominentes del organismo y es la lesión muco-cutánea más frecuente, se presenta en un 39% de los casos. El objeto agresor puede ser cualquier artefacto que sea accesible o la mano, los cuales suelen reproducirse sobre la piel del niño.⁽²⁾

La forma y color de los mismos dependen de la intensidad de la fuerza con las que se produjeron. El color varía de acuerdo a la antigüedad y a la profundidad de la lesión y corresponde a la degradación de la hemoglobina: inmediata a la lesión, la coloración es roja (equimosis), y morada o azulada (hematoma); una semana más tarde se torna verdosa; después, amarilla y desaparece entre la 2^a y 4^a semanas posteriores a la agresión.⁽²⁾ En el síndrome del niño agredido es frecuente y despierta la sospecha diagnóstica el encontrar equimosis en diferentes periodos de degradación.

- Excoriaciones

Predominan en los miembros inferiores y superiores por estigmas ungueales, por arrastramiento o en el dorso por objetos contundentes.⁽³⁾

- Heridas contusas

Suelen ser polimorfas, dependiendo del ente productor y pueden ser mordeduras, arañazos y otros.⁽⁴⁾

Las mordeduras pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo y reproducen a manera de hematoma el tamaño y la forma de la arcada dental. Cuando la distancia entre ambos caninos supera los tres centímetros es improbable que corresponda a la de un niño.⁽²⁾

Un signo patognomónico de agresión infantil es el desgarramiento del frenillo de los labios, causada por golpes directos sobre la boca. También dentro de la boca es posible encontrar lesiones producidas por cucharas o tenedores, que se originan cuando se le obliga a un niño a comer.⁽⁴⁾

- Quemaduras^(2,6)

No son las lesiones más frecuentes en los casos de maltrato (cerca de un 6% de los casos), pero sí las más espectaculares.

Cuando son provocadas se incrementan las posibilidades de muerte. Todos los tipos de quemaduras, ya sean provocadas o accidentales, afectan más a menudo a niños de bajo nivel socioeconómico; la pobreza obliga a utilizar sistemas de cocina peligrosos, y existe menos vigilancia y una deficiente educación con respecto a los peligros diarios de quemadura e incendio.

Las quemaduras se clasifican de distintas maneras:

1. Grado: se refiere a la profundidad de la quemadura,

es decir, las capas de la piel que compromete.

Grado	Profundidad	Sensibilidad	Color de la piel	Curación
Primer	Epidermis Eritema	Normal	Rosado, eritema	3-6 días
Segundo	Capa superficial de la dermis	Disminuida	Rojo brillante, moteado, ampollas	2-3 sem
	Capa profunda de la dermis	Disminuida	Rojo oscuro, amarillo blanquecino	+3sem
Tercero	Hipodermis	Ausente	Blanco perlado, negro carbón	+3sem

Tomado de referencia número 2, página 26.

2. Extensión: se refiere a la superficie corporal que compromete la lesión; en adultos se utiliza la regla de los 9, pero en niños no se pueden utilizar las reglas para adultos ya que la proporción entre la cabeza, el tronco y las extremidades de los niños es diferente, también difieren entre sí en lactantes, niños o adolescentes; la cabeza es tanto mayor cuanto menor edad tenga el individuo.

3. Tipos:

▲ Escaldadura: contacto con la piel de un líquido. Son las más habituales (70%). No son muy profundas ni extensas. Cuando son accidentales se acompañan de puntos periféricos a la quemadura central a causa de las salpicaduras.

▲ Quemadura seca: contacto con la piel de un sólido caliente.

▲ Escaldadura por inmersión: características del maltrato. Son quemaduras delimitadas, de bordes nítidos, simétricas, de profundidad uniforme, que afectan de preferencia las zonas tradicionales de castigo. Pueden adoptar formas de quemadura en guante (por tomar o romper objetos), en calcetín o quemaduras en los glúteos cuando las víctimas son sentadas en agua caliente, o bien quemaduras delimitadas en glúteos o espalda. La profundidad de las quemaduras por escaldadura depende de la temperatura del líquido y la duración del contacto.

▲ Quemaduras por inmersión accidental: son de primer grado o a lo sumo de segundo grado. El contacto de la piel con el agua debe durar más de 70s a 52°C o de 14s a 56°C, esta duración es improbable para una quemadura accidental y la temperatura excesiva para el agua caliente doméstica que se recomienda limitar es 49°C para prevenir accidentes infantiles.

▲ Quemaduras por contacto: 30%. La huella del objeto agresor queda impresa sobre la piel. Pueden ser casuales cuando la superficie quemada es la no cubierta por las ropas, los bordes de la lesión no son nítidos y la lesión no es profunda.

▲ Quemaduras por cigarrillos: redondas, siempre son provocadas en especial cuando son múltiples, redondeadas y en zonas cubiertas. Pueden ser accidentales solo cuando se trata de una quemadura única, de bordes elevados (aplicación tangencial) y en zonas descubiertas.

▲ Quemaduras por llama de fuego y electricidad: suelen ser casuales.

• Heridas por arma blanca⁽⁴⁾
Pueden ser puntiformes o cortes, son generalmente superficiales.

• Arrancamiento de anexos.^(2, 4, 7)

No es infrecuente encontrar pérdidas dentales y alopecia traumática; esta última se acompaña de dolor, petequias y equimosis. Es posible también encontrar niños con arrancamiento del pabellón auricular, del tabique nasal y de las uñas.

Lesiones esqueléticas^(1, 3, 4, 7)

Pueden suceder tanto por accidentes, por abuso provocado y por uso excesivo de fuerza externa en relación con el margen de soporte de resistencia de la misma por la superficie ósea del menor.

• Fracturas de la cabeza

Las fracturas del cráneo pueden acompañarse de hematoma extradural y de los trastornos neurológicos que los acompañan. La lesión más común es la fractura del hueso parietal en fisura, ocasionada por un impacto contra un objeto sólido. Otras fracturas se configuran de forma estrellada, que corresponde al punto central del lugar donde se concentra la fuerza del golpe. Dependiendo de la severidad de la fractura pueden comprometer la vida del menor si no se diagnostican y se tratan a tiempo.

Frecuentemente se podrá encontrar fracturas de los huesos faciales y del maxilar inferior, con hallazgos de fractura dentaria por contusión directa o por rebote contra superficies duras. Las lesiones nasales se producen de la misma manera. Si no reciben tratamiento adecuado estas pueden consolidar perpetuando deformidades faciales.

• Fracturas de extremidades

Generalmente afectan las diáfisis de los huesos largos o aparecen como arrancamientos metafisiarios, que repercuten sobre el crecimiento. Se pueden deber a sacudidas, rotaciones forzadas, puñetazos o caída sobre un objeto fijo. Es común que coexista negligencia en la atención, razón por la cual es habitual que queden defectos en la consolidación, torsiones o elongaciones forzadas de los miembros. Sucede también el Síndrome de Silverman, encontrado en casos severos, en el cual se observan fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos.

- Fracturas de las costillas

Frecuentemente se encuentran fracturas del arco posterior, que siguen una línea recta. Son producidas por compresiones del tórax, golpes directos y caídas sobre superficies duras.

- Fracturas de pelvis o el cóccix

Son fracturas muy raras, suceden sólo ante traumatismos muy violentos.

- Luxaciones

Suceden cuando el agresor pone al menor en posiciones intensamente forzadas como manifestación de sometimiento.

Lesiones viscerales ^(1, 3, 4, 7)

- Síndrome del niño sacudido ⁽⁸⁾

El síndrome del niño sacudido se acompaña de lesiones que afectan encéfalo, globo ocular y médula espinal. La clásica triada que lo caracteriza es la presencia de lesión intracraneal

representada por hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea, edema cerebral y hemorragias retinianas en ausencia de escasa o ninguna evidencia de lesiones externas.

Las lesiones se deben a un mecanismo de aceleración-desaceleración de la cabeza y sus estructuras; el sacudir la cabeza del niño de adelante hacia atrás repetidas veces, ocasiona la rotura de las delicadas venas que cruzan la corteza cerebral en su trayecto hacia los lagos venosos y origina la producción de hematomas subdurales.

Además de la sacudida existe un efecto de latigazo que explican las lesiones tan graves que presentan estos sujetos pediátricos y se insiste en que no es necesario un impacto adicional para su producción. Puede haber incluso hematoma subdural crónico, retraso mental y en ocasiones la muerte. También se han descrito lesiones en columna y médula espinal.

50% de las muertes causadas por trauma no accidental corresponde al SNS, los casos en que la víctima sobrevive existe un 33% de posibilidad de que queden secuelas graves. Si la sacudida no es muy intensa produce daño leve y el menor “se calma” esta respuesta refuerza la creencia del cuidador de que esta práctica es efectiva.

En un 60% de los casos el agresor es de origen masculino y los varones a su vez son sacudidos en un 1.5% más que las niñas.

◆ Patogénesis

La vulnerabilidad de los lactantes depende de:

- Elasticidad relativa del cráneo, con suturas aún separadas
- Vasos finos y frágiles
- Inmadurez por falta de mielinización
- Cabeza relativamente grande
- Músculos del cuello débiles
- Espacio subaracnoideo amplio
- Encéfalo con alto contenido de agua
- Requerimientos metabólicos elevados.

En el momento de la sacudida como el encéfalo y el cráneo son de diferente tamaño se mueven en sentido contrario, esto origina contusión cerebral y hemorragia intracraneal, entre la sustancia gris y la blanca se origina rotura por densidades diferentes.

Cuando el niño es lanzado sobre una superficie y la región posterior del cráneo la contacta, el cerebro sufre desaceleración y este efecto produce desgarros en vasos y parénquima.

En la producción de hemorragia retiniana se han postulado diferentes mecanismos:

1. Aumento de la presión intravenosa en la retina por aumento en la presión intracraneal.
2. Elevación de la presión intraocular por aumento en la presión torácica.
3. Tracción de vasos retinianos.

◆ Manifestaciones clínicas y diagnóstico

El relato de los hechos es inconsistente, vago, ilógico e incompleto. La mayoría de las veces los antecedentes comprenden un trauma menor o un “paro” y de esta manera se justifican las sacudidas, como una medida de reanimación.

Característicamente no se encuentran testigos.

Entre los síntomas de presentación se encuentran los siguientes:

- ▲ Hiporexia
- ▲ Vómito
- ▲ Alteraciones del nivel de conciencia como irritabilidad, letargia o somnolencia.
- ▲ Trastornos de la temperatura corporal como hipotermia o hipertermia.
- ▲ Convulsiones (40-70%)
- ▲ Dificultad par tragar o succionar
- ▲ Hipoventilación, apnea o paro.
- ▲ Bradicardia, hipotensión.
- ▲ Edema en cuero cabelludo y tejidos blandos
- ▲ Fracturas de cráneo o esqueleto axial
- ▲ Fontanela abombada
- ▲ Hemorragia subdural o subaracnoidea
- ▲ Contusión cerebral
- ▲ Hemorragia retiniana
- ▲ Hemorragia vítrea
- ▲ Desprendimiento de retina
- ▲ Retinosis periférica.

Se debe sospechar de todo paciente pediátrico con crisis convulsivas o trastornos de conciencia.

• Lesiones torácicas

Debido a golpes y caídas es posible encontrar contusiones y laceraciones pulmonares. Son frecuentes las heridas diafragmáticas, cardíacas o esofágicas, especialmente secundarias a fracturas óseas. Al obligar a un niño a comer puede haber broncoaspiración, la cual culmina en una neumonía.

Se han descrito hallazgos como neumotórax, quilotórax, hemotórax.

- Lesiones abdominales

Son raras, sin embargo, por su gravedad pueden conducir a la muerte. Algunas lesiones que se han descrito incluyen rotura vesical que lleva a insuficiencia renal, punción del hígado por inserción de agujas en el abdomen, hematomas intestinales y rotura hepática, esplénica, renal o pancreática.

- Lesiones genitales

Si se trata de un caso de abuso sexual, la víctima generalmente es niña y hay gran diversidad de lesiones. La presencia de desgarros, hematomas, excoriaciones o fisuras son motivo de sospecha. Es posible encontrar desde lesiones mínimas (vulvovaginitis o erosiones por tocamientos) hasta verdaderos desgarros del periné y del himen. El diámetro transversal normal del himen en niñas prepúberes es de 0.5 a 1 centímetro, tamaños mayores son sugestivos de abuso sexual, empero, no son patognomónicos.

En situaciones en que la víctima del abuso sexual es un niño, este tiende a ser un caso de atentado pederástico. Las lesiones más frecuentemente encontradas son los desgarros anales y trauma en el periné. Lesiones como la contusión testicular y el trauma peniano y escrotal orientan hacia abuso físico y ya no tanto sexual.

Las infecciones genitales son frecuentes tanto en niñas y niños, pero no son diagnósticas ni patognomónicas de abuso sexual.

- Lesiones musculares

Son producidas por la suspensión del niño, la cual se manifiesta como arrancamientos ligamentosos, desgarros musculares o elongación del plexo braquial.

Otras

- Desnutrición

En la actualidad se debe sospechar de maltrato cuando un niño presenta retraso del crecimiento, con o sin déficit del desarrollo. En estos casos el peso se encuentra por debajo del percentil 3 para su edad, sin que exista una falla orgánica que lo explique.

En la exploración física se puede observar evidente falla en el crecimiento, aunque lo más notable es pérdida de grasa y masa muscular en todo el cuerpo, la cual es más marcada en la región glútea.

El comportamiento de los niños llama la atención por su falta de interés, no expresan sonrisa, muestran retraso en el desarrollo psicomotor grueso y fino y presentan aislamiento.⁽⁵⁾

- Síndrome de Münchhausen

Es una alteración psiquiátrica del cuidador del niño que repercute directamente sobre la salud del mismo. Se caracteriza por la presencia de manifestaciones clínicas en un menor a consecuencia de enfermedades provocadas por el cuidador.⁽¹⁾

- Abuso sexual

Clínicamente, el abuso sexual se puede acompañar de las lesiones genitales antes comentadas.

Se puede observar en el niño: ⁽⁵⁾

- ▲ Depresión crónica
- ▲ Obesidad extrema
- ▲ Inestabilidad marital en los padres
- ▲ Demanda de atención médica frecuente

DIAGNÓSTICO

Lo principal es establecer una sospecha. Esta se puede hacer cuando hay lesiones características de maltrato al menor como las mencionadas. Es también de suma importancia tomar en consideración la actitud que tenga el niño o niña a la hora de la exploración física y la entrevista con el médico. ⁽¹⁾

Un hallazgo de importancia es la relación que existe entre el agresor y la víctima, por ejemplo si el agresor fuera uno de los padres y este acompaña a la víctima a la hora de la revisión médica. En estos casos es posible percibir la tensión entre ambos y se destaca un constante intercambio de miradas que advierten las consecuencias que pueden conllevar el delatar al agresor. ⁽¹⁾

Uno de los indicadores de mayor relevancia es las explicaciones que dan los agresores a las lesiones de los niños, estas suelen ser inverosímiles o incongruentes con las lesiones encontradas. También llama la atención el constante cambio de versiones de parte de los agresores y de la incongruencia que existe entre el testimonio de la víctima, el del agresor y el de los cómplices

involucrados. ⁽¹⁾ Para lograr esto se recomienda hacer entrevistas por separado.

Una vez que existe la sospecha de un caso de maltrato al menor es posible realizar exámenes que confirmen la sospecha.

- Diagnóstico por imágenes ⁽⁷⁾

Su relevancia radica en las fracturas. En este caso, la estimación del tiempo de evolución es de suma importancia; así tenemos que las alteraciones en tejidos blandos resuelven entre 2 a 10 días. La neoformación del callo óseo con tejido osteoide y del periostio con tejido de granulación ocurre entre 4 y 14 días.

Entre 10 y 21 días, el callo visible se calcifica. Por último, la osificación con línea de fractura visible se establece entre 4 y 8 semanas. El “síndrome de Silverman” se encuentra en casos severos y está constituido por la presencia de fracturas múltiples en estadios evolutivos diferentes. ⁽⁴⁾

Las pequeñas fracturas ocurridas en regiones epifisometafisarias en “asa de cubeta” se producen por movimientos bruscos. Las fracturas transversas o en espiral de las diáfisis son causadas por golpes directos o torción intensa.

La tomografía computadorizada es útil en el diagnóstico y evolución de las hemorragias subaracnoideas, y en traumas abdominales.

El ultrasonido se utiliza para evaluar lesiones encefálicas en niños que no han osificado sus fontanelas. Además ayuda en el diagnóstico de patologías torácicas.

DIFERENCIAL

Debe de considerarse afectaciones petequiales y purpúricas de la piel (como trombocitopenia, PTI y PTT); en el llanto, tos y vomito vigoroso la faringitis estreptocócica, meningococemia, parotiditis atípica; y además la enfermedades de los huesos como escorbuto, sífilis, leucemia, osteopetrosis, osteogénesis imperfecta.⁽⁴⁾

PREVENCIÓN Y RECOMENDACIONES^(3, 7)

1. Es necesario reconocer el maltrato al menor como un problema social.
2. Visualizar al niño como una persona en desarrollo y no como un minusválido.
3. Reconocer, difundir y practicar los derechos humanos de los niños.
4. Informar y orientar a los menores acerca de las diferentes formas de maltrato y la manera de defenderse.
5. Promover políticas públicas y sociales a favor de las relaciones familiares igualitarias y positivas.
6. Implementar políticas estatales enfatizadas a la protección a la familia.
7. Iniciar planes de educación para la convivencia familiar.
8. Abrir programas de apoyo a familias que han sufrido de agresión.
9. Detección de factores de riesgo poblacionales.
10. Aumentar la participación social comunitaria.
11. Incrementar los recursos económicos para la mejor atención de los grupos en riesgo.

Hipótesis:

Se busca analizar el contexto social y geográfico en el que se desarrolla la

agresión infantil en Costa Rica, además examinar el tipo de lesión más frecuente y el área topográfica involucrada.

Metodología:

Se revisaron los dictámenes medico-legales expedidos en el consultorio número 7, del Departamento Clínico del Complejo de Ciencias Forenses del Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica, en el periodo comprendido entre enero del 2005 y mayo del 2006.

De los dictámenes analizados, se seleccionaron aquellos en los que el paciente tenía menos de 12 años, incluyendo sólo en los que el motivo de consulta hiciera referencia a agresión física por cualquier motivo. Así se encontraron 192 casos.

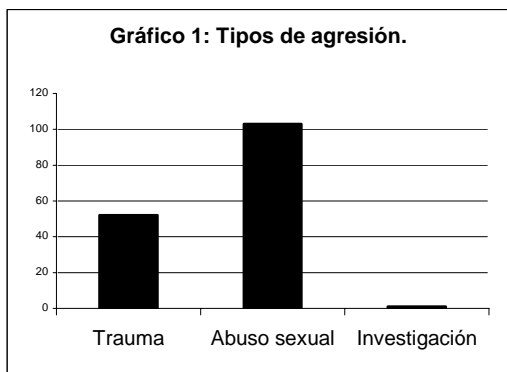
Para homogenizar la diversidad de información de cada caso que calificara, se aplicó un protocolo que incluía las siguientes variables: edad del niño, sexo, mes del año en que ocurrió la agresión, lugar en que ocurrió, provincia, si recibió atención hospitalaria, la relación con el agresor, incapacidad temporal, tipo de lesiones, áreas topográficas y tipos de delitos sexuales.

Para el análisis de datos y la elaboración de cuadros y gráficos se utilizó el programa Excel de Microsoft, versión 2003.

Resultados:

Todos estos fueron obtenidos de la revisión de casos registrados durante el año 2005 y lo que llevamos del 2006.

Vamos a empezar presentando los resultados que se obtuvieron con respecto al tipo de agresión.



Fuente: Tabla 1 Ver Anexos

Tipo de agresión.

En primer lugar tenemos lo que es el abuso sexual con 103 casos, lo que corresponde al 66%, muy por debajo está el trauma con 52 casos, correspondiendo al 33%, y por último tenemos un caso en investigación.



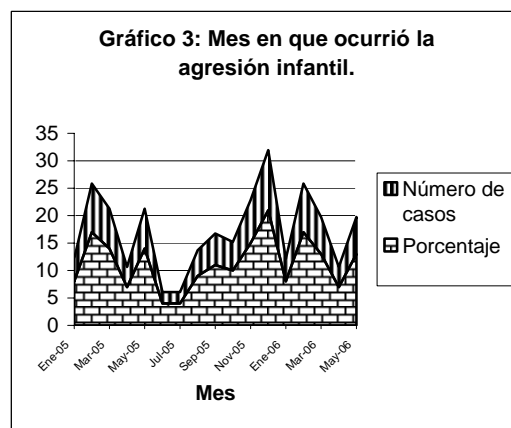
Fuente: Tabla 2 Ver Anexos

Distribución de la agresión infantil por provincias.

Se puede observar que San José es el que domina, por mucho, sobre el resto de provincias, seguido muy de cerca por las

demás provincias del casco metropolitano, a excepción de Cartago.

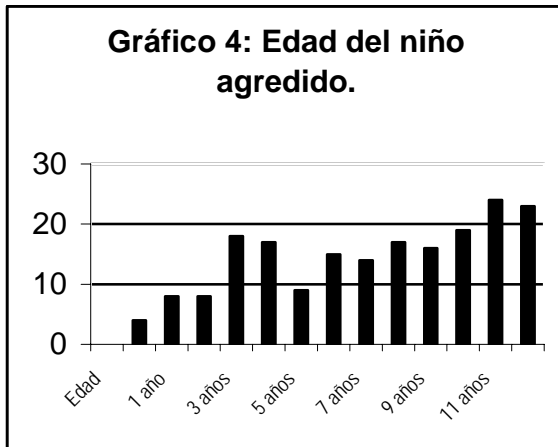
Se observa que las provincias más rurales y costeras, como lo son Guanacaste, Limón y Puntarenas presentan en su totalidad un número de casos que representan un pequeño porcentaje del total.



Fuente: Tabla 3 Ver Anexos

Mes en que ocurrió la agresión infantil.

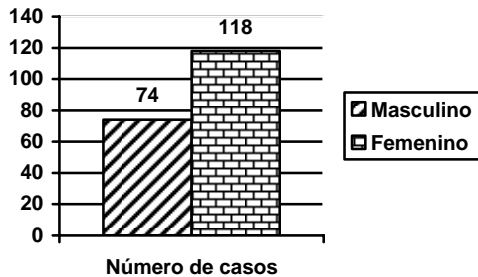
El mes donde se presentaron la mayoría de cosas de agresión infantil fue Diciembre del 2006, con un total de reportes de 21, para un porcentaje de 10,94%. En segundo lugar con un 8,85% cada uno, que serían 17 casos, están los meses de febrero del 2005 y del 2006. Junio y Julio del 2005 fueron los meses con menos casos, solo se registraron en estos meses 4 casos en cada uno, esto es un 2,08%.



Fuente: Tabla 4 Ver Anexos

Edad del niño agredido.

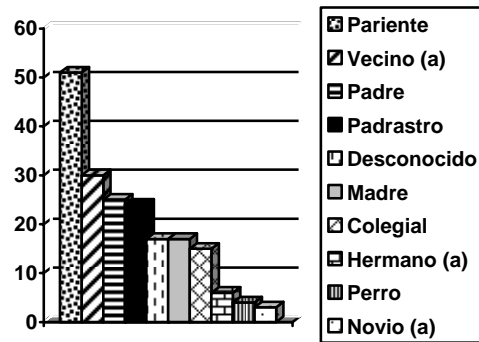
Se observa que el mayor número de casos de agresión infantil es en niños que están en plena pubertad, desde los 10 años hasta los 12, pero además se ve que la agresión se ve incrementada a partir de los 3 años, en comparación con los de menor edad.



Fuente: Tabla 5 Ver Anexos

Sexo del niño agredido.

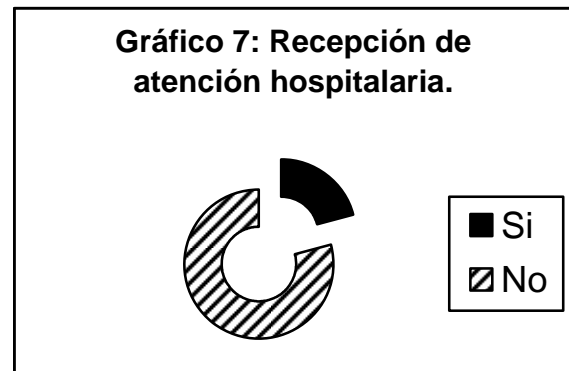
Fundamentalmente son niñas las agredidas en nuestro país, de todos los casos revisados un 61,46% de ellos la víctima fue de sexo femenino.



Fuente: Tabla 6 Ver Anexos

Relación del niño con su agresor.

Esta es otra variable ineludible de analizar por su trascendencia social. El pariente no relacionado con su núcleo familiar parece ser el pendenciero más constante, con un 26,6%. En segundo lugar, se muestra al vecino con un 15,6%. Es interesante notar que, si se aglutinan los agresores que asientan algún tipo de filiación con la víctima, el porcentaje sube a un 54%

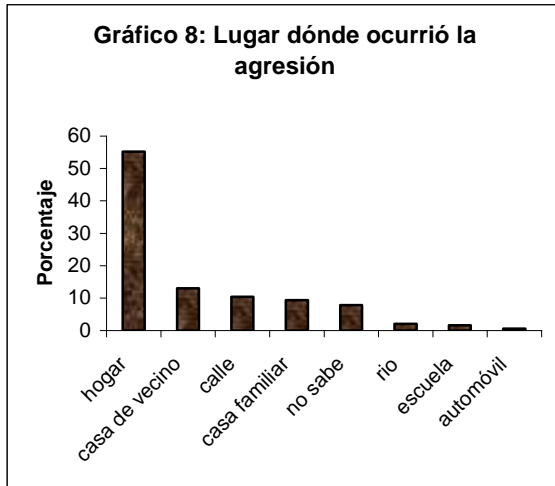


Fuente: Tabla 7 Ver Anexos

Atención Hospitalaria.

Podemos apreciar que la minoría de víctimas recibió atención hospitalaria después del momento de la agresión. Efectivamente solo 40 casos de 192

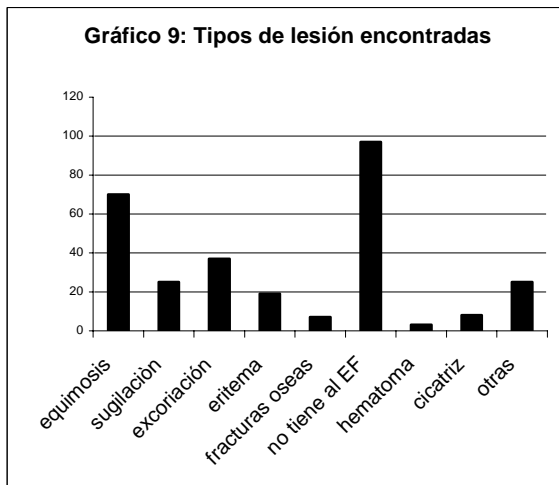
acudieron a un centro médico para ser atendidos, esto corresponde a un 20,83%.



Fuente: Tabla 8 Ver Anexos

Lugar de la agresión.

Hay un claro predominio del propio hogar del afectado con un 55.2% (106). Es importante recalcar que, dentro de las otras locaciones posibles, la casa del agresor toma mayor relevancia.

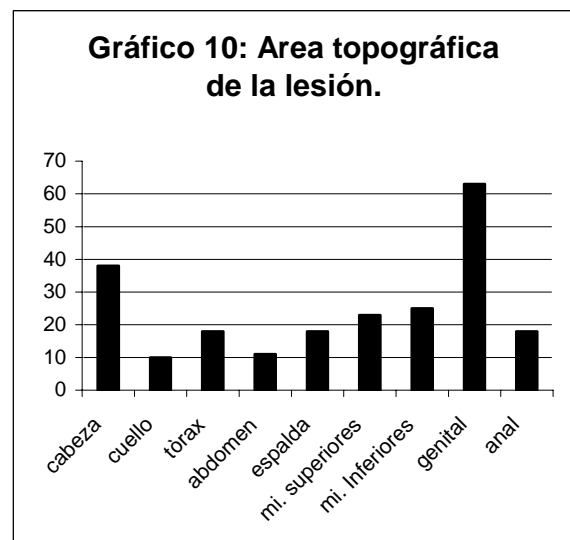


Fuente: Tabla 9 Ver Anexos

Tipos de lesiones encontradas.

Con respecto al tipo de lesiones que se presentaron en la mayoría de los niños(as), se puede observar según los datos anteriores, que la mayoría de los menores no presentaron ninguna lesión cuando al ser examinados por el médico forense.

Las equimosis se presentaron en un porcentaje importante de los casos, estas tuvieron variaciones en el tamaño, localización como en edad (evidente por los cambios de coloración), siendo más graves y extensas en unos niños con respecto a otros. Un número importante lo ocupan aquellas lesiones que no fueron bien especificadas. Otras, como el caso de sugilación, se presentó en mayor cantidad en casos relacionados con abuso sexual; el eritema, cicatrices, fracturas óseas (importantes por la gravedad que pueden tener según la localización) y hematomas, se presentaron en la menor cantidad de casos.



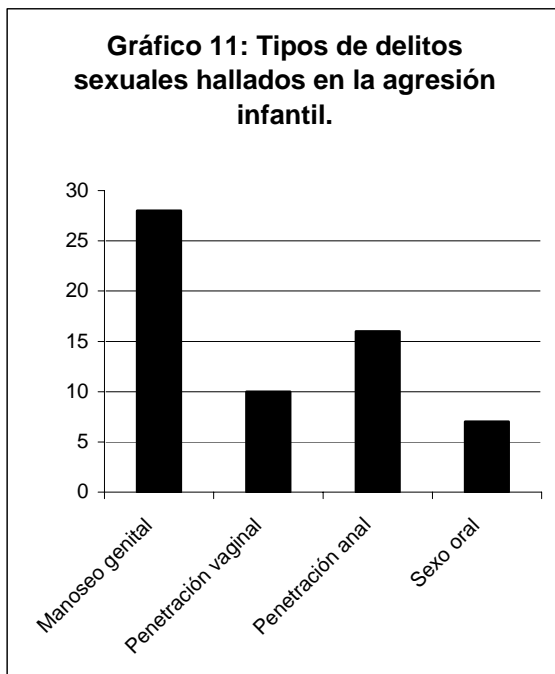
Fuente: Tabla 10 Ver Anexos

Área topográfica de la lesión.

Se aprecia claramente en el gráfico que el área del cuerpo más afectada es la genital, seguidas de las lesiones presentes en la cabeza. Este gran porcentaje relacionado al área genital, se debe a que gran parte de los casos estudiados fueron por abuso sexual, siendo de las agresiones más prevalentes en los niños.

Un porcentaje importante de la muestra estudiada no presentó lesiones en ninguna parte del cuerpo al momento del examen físico. Las extremidades superiores e inferiores tuvieron una incidencia similar.

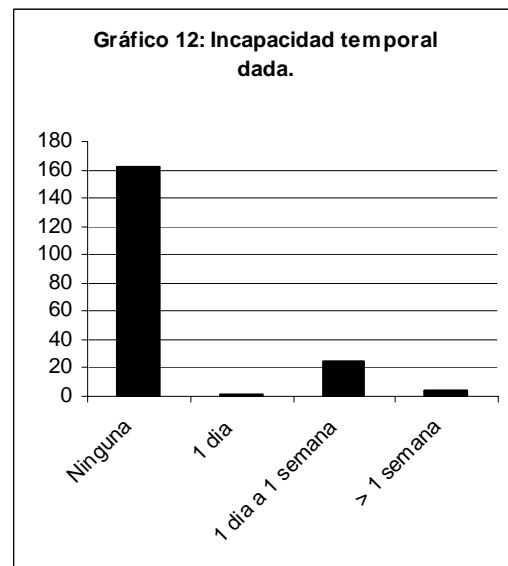
Otras partes del cuerpo que fueron afectadas en un menor número fueron la espalda, el tórax, la región anal, el abdomen, y con un número menor el cuello.



Fuente: Tabla 11 Ver Anexos

Tipos de delitos sexuales.

Es importante, ya que la mayoría de los casos de agresión en niños menores de doce que se estudiaron, fueron abuso sexual, saber precisamente qué tipo de abuso sexual fue el que se realizó. El que prevalece es el manoseo genital con 40 casos, lo que corresponde al 48%, luego le sigue la penetración anal con 22 casos (26,5%), la penetración vaginal con 12 casos (14,5%) y por último el sexo oral con 9 (11%) casos. Es importante destacar, que al contrario de lo que se podría pensar, la penetración anal fue más frecuente que la penetración vaginal.



Fuente: Tabla 12 Ver Anexos

Incapacidad Temporal.

Este rubro es importante pues refleja la gravedad de las lesiones encontradas. En primer lugar tenemos los casos en los que no se dio ninguna incapacidad con 162 casos, lo que es un 84%, en segundo lugar tenemos 25 casos con incapacidad entre 1 día y una semana (13%), se encontraron 4 casos con incapacidad de 3 semanas (2%)

y por último 1 caso con una incapacidad de un día (0.52%)

Discusión:

A inicios de año se da a nivel familiar momentos de gastos económicos importantes como la compra de los útiles escolares, los gastos de la llamada “cuesta de enero”, que aunados al alto costo de la vida actual y a los niveles de ingresos promedios son motivo de agresión indirectamente al generar preocupaciones, tensiones y estrés. De igual forma en los meses finales de año donde el curso lectivo ya ha finalizado favorece que los niños pasen más tiempo en sus casas, además de que como son meses de celebración aumenta el consumo de alcohol en muchos padres de familia, lo que facilita que se coexistan a nivel intrafamiliar elementos que propicien la agresión.

En base a los resultados obtenidos determinar que en ellos influyen el hecho de que habían muchos casos de abuso sexual en perjuicio de niñas prepúberes cuyas edades oscilaban entre los 9 – 11 años, ya que el abuso sexual en esta serie de casos analizados predominan en mujeres y solo una minoría son en contra de niños masculinos. Contrario a lo propuesto en la literatura que dice que son los niños masculinos por su inquietud los que más son víctimas de la agresión En la totalidad de los abusos sexuales el agresor fue una persona del sexo masculino.

Otro aspecto importante es el hecho de que todavía la sociedad costarricense tiene una organización familiar machista donde la figura paterna como autoridad comete muchos abusos contra menores,

entre ellos de nuevo el abuso sexual a niñas, castigos a bebes por llanto persistente independiente de su sexo, más todos los padres que bajo el efecto de drogas o alcohol, problemas de pareja, laborales y socioeconómicos se desahogan contra sus hijos, siendo estos muchas veces víctimas inocentes.

Es importante mencionar que la edad de los niños (as) que más se ven afectados son los de 11 años, seguido muy de cerca por los de 12 años, tomando en cuenta que la mayoría de agresión es abuso sexual, entonces este grupo sería el que uno esperaría que se viera más afectado, debido a que son en su mayoría niños que ya entraron en la etapa de pubertad, por ende ya existe cierto grado de maduración de caracteres secundarios sexuales y de primarios también, además de que todavía carecen de una adecuada maduración psicológica y muchas veces no saben los resultados ni las consecuencias de lo que hacen o de lo que los obligan a hacer, además de que se pueden dejar llevar a hacer lo que personas de “confianza” y personas conocidas les incitan a hacer, por ende es de esperar que este grupo sea de los más afectados en materia de abuso sexual pues se considerarían un blanco relativamente fácil por parte de los abusadores. Las consecuencias muchas veces se limitan a la parte psicológica y no tanto a la parte física, y esto se ve en el hecho de que cuando acuden a la reexaminación judicial por parte del médico-legal no presentan ningún daño físico, y son más los recuerdos, sentimientos y daños psicológicos que cualquier otra cosa, y todos ellos se ven reflejados en su comportamiento.

En materia de daño físico el grupo de 11-12 años se esperaría que fuese el menos afectado, debido a que es un poco más

difícil poder agredir a niños tan grandes, obviamente los casos siempre se van a dar, pero resulta mucho más fácil agredir a niños de una edad mucho menor que en su mayoría son incapaces de poder defenderse, y por ende el grupo de niños de menos de 5 años resulta un blanco mucho más fácil, entrando muchos de ellos en el síndrome del niño sacudido.

Las consecuencias en este grupo de niños son mucho más frecuentes que en niños de mayor edad, pues son más frágiles y por ende las secuelas son mucho más graves.

Basándonos en la distribución de la agresión infantil por provincia, se observa que esta no es directamente proporcional al número de habitantes, pues en las zonas costeras el porcentaje del total es muy escaso, mientras que en el área metropolitana (entiéndase en este caso San José, Heredia y Alajuela) el porcentaje del total es casi su totalidad (95% o más). Esta gran cantidad de agresiones que se presentan en la zona más urbana del país es probablemente debido a que en estos sitios existe un mayor número de niños (as) que en otras partes del país, asociado al hecho de que muchos de los padres de estos niños tienen que trabajar mucho tiempo, por lo que los niños quedan a cargo de un tercero, ese tercero muchas veces es un familiar o un vecino, otro posible hecho que favorezca el número tan nutrido de agresiones en el área metropolitana es el hecho de que muchas veces los padres se dan cuenta de más casos de agresión y además denuncian más que en otras áreas, en donde tal vez los recursos económicos o los medios de transporte no son los más adecuados para asistir a la oficina más cercana del OIJ.

Con base en lo anterior probablemente el número de casos de agresión infantil en las zonas costeras/rurales sea mayor al que se reporta, en otras palabras probablemente exista un subregistro de los casos de agresión infantil en esas zonas, principalmente en Guanacaste y un poco menor en Puntarenas.

Cuando el ambiente familiar es propicio para el desarrollo de abuso físico o emocional, las repercusiones en el niño sobre su concepción de mundo cambian drásticamente su manera de desenvolverse a nivel social e interpersonal. Al perder la seguridad en lo más solariego que posee, se inhiben sus motivaciones y metas, lo que lleva al traste todo el proyecto social que se tiene para cada individuo.

Tal como se aprecia en el cuadro 6, de los casos estudiados se obtuvo que el 54 % de las agresiones infantiles ocurrieron en su casa de habitación. Una forma de justificar este hecho se basa en que la mayoría de las veces los agresores fueron sus propios padres, padrastros y/o un vecino cercano, la privacidad que brinda el hogar se presta para que ocurran las agresiones en aquellas familias donde hay problemas económicos, de pareja o de abuso de sustancias ilícitas.

Un 11% de las agresiones a niños ocurrieron en la calle pública. Estos casos en su mayoría corresponden a niños preadolescentes que a esas edades empiezan a formar relaciones con amigos, vecinos, familiares, etc. Y que por lo tanto salen de sus casas a jugar, estudiar, pasear, entre otros, en estos casos el agresor generalmente es de una edad muy cercana a la del niño agredido y los

motivos de violencia muchas veces son asuntos de desacuerdo, de enemistad, pleitos por ofensas personales. Por ese motivo la mayoría de lesiones se generan por rasguños, puñetazos, pedradas, mordiscos, jalones de pelo, etc.

El 9.5% de las agresiones ocurrieron en la casa de un familiar, en casa de un vecino o en lugares desconocidos. Cabe mencionar que en los casos que ocurrieron en casa de familiar y/o vecinos el agresor es un allegado al niño, sea familiar, vecino o niñera que generalmente agrede como forma de castigar a los niños por su “mal comportamiento”, por problemas con sus padres o por estar bajo el efecto de alcohol o drogas. Todo lo contrario, la mayoría de los casos en que los niños no saben decir donde estaban cuando los agredieron corresponden a situaciones en que el agresor engaña al niño lo aleja de su hogar y lo agrede, incluye aquí varios casos de abuso sexual en que los niños (as) son llevados a lugares desolados para abusar de ellos (as).

El resto de agresiones se presentaron en lugares determinados por las circunstancias tal como la violencia entre compañeros de escuela, situaciones accidentales de tránsito, y lugares de paseo o desolados para abuso sexual como los ríos.

El dominio emocional y psíquico que tiene una persona conocida a quien se ve como de su propia sangre, pone al niño indefenso e incapaz de predecir una situación en detrimento de su cuerpo y mente. Incluso esto se demuestra con el vecino, que de uno u otro modo, adquiere un estatus de poder sobre los menores.

Aunque el desconocido sigue teniendo su cuota de importancia, los resultados orientan más a un desorden familiar que a cualquier otra entidad.

Dentro del núcleo familiar primario tenemos que tanto el padre como el padrastro fueron el agresor en el 13% de los casos, la madre en el 7%, los hermanos en el 3%. El maltrato hecho por los padrastros la mayoría de las veces se da bajo la supuesta justificación por parte del agresor al decir “que de por si no son sus hijos”, como forma de vengarse de la madre, atemorizar al niño o demostrar su autoridad sobre la casa, aunque también muchos padrastros agreden física, sexual y psicológicamente bajo los efectos del alcohol o alguna otra droga. En los casos en que el agresor es el propio padre o madre, los motivos que los llevan a tales hechos son problemas de pareja, económicos, laborales, vicios, y como forma inadecuada de corregir a un niño inquieto, con bajo rendimiento escolar, desobediente, entre otras supuestas justificaciones.

En cuanto al núcleo familiar secundario tenemos que los tíos fueron en el 7.8% de las veces los agresores, los primos en el 7.7%, compañeros de escuela en el 7.8%, vecinos en el 16%, supuestos novios (as) en el 1.5% y otros conocido 13%. De esta forma resalta que los vecinos fueron los principales agresores no familiares del niño, como motivos de agresión se encuentran: enemistad con los padres, problemas con sus hijos, daños a la propiedad privada, etc. Familiares más cercanos como tíos y primos fueron agresores que en su mayoría tienen una amplia diferencia de edad con respecto a la del niño y los problemas principales se dieron por cuestiones familiares.

Un importante número de casos (9%) fueron cometidos por personas desconocidas para los niños. Aquí se incluyen la mayoría de agresiones que se dieron en la calle, asaltos, pleitos, mordedura de perros, y desconocidos que cometieron los delitos sexuales entre otros.

El tipo de agresión más frecuente es el abuso sexual (66%) este incluye ya sea penetración vaginal, penetración anal, solamente tocamientos o sexo oral.

Este porcentaje es impactante, ya que al contrario de lo esperado, los niños agredidos físicamente (golpes, etc.) no representan un porcentaje tan importante.

Un detalle importante es que en la totalidad de los casos que fueron revisados este fue realizado por una persona mayor a la víctima y que siempre esta sufre manipulaciones para que no diga que es lo que le está sucediendo. Esto es muy importante debido a que el abuso sexual es la agresión más frecuente encontrada dentro de los casos revisados en niños menores de 12 años.

Correspondiendo a lo que la gente en general podría pensar, el tipo de abuso sexual más frecuente son los tocamientos en áreas genitales o mamas en el caso de las niñas con un 48%.

Otro dato importante es que, aunque no tengan porcentajes tan amplios es de destacar la penetración vaginal y anal. Siendo la población femenina la que priva dentro de los niños abusados, se podría esperar que la penetración vaginal fuera más frecuente que la anal, sin embargo

esto no sucede así, y es la anal la más frecuente (26,5% vs. 14,5%)

Aquí es importante recalcar que muchas veces cuando el paciente consulta ya ha pasado mucho tiempo desde que se produjeron las lesiones y por lo tanto no pueden ser documentadas por el médico, esto sucede especialmente en los casos de abuso sexual.

Muchas personas deciden decir lo que les pasó mucho tiempo después, incluso años, esto explica que en la mayoría de los casos no se otorgue incapacidad.

Con respecto a los tipos de lesiones que se presentaron en la mayoría de los niños(as), se puede observar según los resultados, que la mayoría de los menores no presentaron ninguna lesión cuando al ser examinados por el médico forense.

Las equimosis se presentaron en un porcentaje importante de los casos, estas tuvieron variaciones en el tamaño, localización como en edad (evidente por los cambios de coloración), siendo más graves y extensas en unos niños con respecto a otros. Un número importante lo ocupan aquellas lesiones que no fueron bien especificadas. Otras, como el caso de sugilación, se presentó en mayor cantidad en casos relacionados con abuso sexual; el eritema, cicatrices, fracturas óseas (importantes por la gravedad que pueden tener según la localización) y hematomas, se presentaron en la menor cantidad de casos.

Con respecto a los datos mostrados en el cuadro 10 y como se evidencia claramente en el gráfico del mismo número, el área del cuerpo más afectada es la genital, seguidas de las lesiones

presentes en la cabeza. Este gran porcentaje relacionado al área genital, se debe a que gran parte de los casos estudiados fueron por abuso sexual, siendo de las agresiones más prevalentes en los niños. Un porcentaje importante de la muestra estudiada no presentó lesiones en ninguna parte del cuerpo al momento del examen físico. Las extremidades superiores e inferiores tuvieron una incidencia similar. Otras partes del cuerpo que fueron afectadas en un menor número fueron la espalda, el tórax, la región anal, el abdomen, y con un número menor el cuello.

Conclusiones:

La mayoría de los casos de agresión infantil son casos de abuso sexual y estos junto los que no califican como delito sexual, principalmente son cometidos por miembros de su propia familia y vecinos. Lo que refleja incapacidad de las familias para dialogar, resolver, problemas, para separa problemas socioeconómicos de la responsabilidad de los niños, existencia de vicios, etc. por esta razón el principal sitio generador de violencia infantil es su propia casa, la casa de familiares y vecinos. En cuanto a los vecinos como agresores su problema principal es la enemistad existente con la familia del niño afectado.

La mayoría de abusadores sexuales son miembros de la propia familia de la víctima.

La mayoría de las agresiones deben pasar sin denunciarse pues los afectados serian miembros de la familia primaria por lo tanto se sospecha alto índice de agresiones no denunciadas.

En la mayor parte de los 289 expedientes médico legales que fueron analizados, los niños no presentaron lesiones al momento en que fueron examinados, lo cual se puede deber a que acudieron tardíamente a consultar, o por que la severidad de la agresión física era leve, esto puede explicar que en la mayoría de los casos no se haya otorgado incapacidad. Se debe tomar en cuenta que muchos consultaron por toqueteos o intentos de violación, y en la mayor parte de estos casos no se observaron lesiones físicas, pero queda en manos de psiquiatría y psicología determinar el daño interior que tienen estos niños.

Entre las lesiones de maltrato infantil que estuvieron presentes en gran parte de los niños se encuentran las equimosis, las cuales presentaron variaciones en edad de la lesión, en la localización y en tamaño, determinando éstas características, principalmente la extensión y la localización, la severidad en cada uno de los niños.

En menor cantidad de los casos se presentaron lesiones, tales como sugilación, la cual se evidenció principalmente en los casos de niños que consultaron por abuso sexual, y se encontraron principalmente en el área paragenital y genital. Otras lesiones fueron eritema, cicatrices (las cuales expresaban secuelas de agresión anterior y crónica) y hematomas. Las fracturas óseas se evidenciaron en pocos casos, afortunadamente, porque en algunos provocaron grandes consecuencias, principalmente las localizadas en el cráneo.

La mayor parte de los 192 expedientes médico-legales estudiados, el área del

cuerpo que se encontraba afectada en la mayor parte de los casos era la genital, esto debido a que en esta muestra de la población, gran cantidad de niños consultaron por abuso sexual o intento de este. Las lesiones en la cabeza también presentaron un porcentaje significativo, lo cual es importante por las secuelas que pueden dejar traumas o fracturas a este nivel, principalmente en niños pequeños. Las otras regiones del cuerpo tal como extremidades, tórax, abdomen, cuello, espalda y región anal se encontraron lesionadas en menos cantidad de casos.

Del presente trabajo se desprende como en la ciudad capital, y en general del área metropolitana, son los lugares más frecuentes donde ocurre agresión infantil, esto se ve ayudado a que la mayoría de los padres tiene que trabajar y dejar a cargo a sus hijos a personas de "confianza."

Es importante recalcar que del área costera el porcentaje de denuncias por abuso sexual es casi que mínimo, probablemente en estos sitios se está dando un subregistro de los casos de agresión infantil. Por último es muy importante que el médico general esté al tanto de los signos de cualquier tipo de maltrato infantil para que pueda detectarlo tempranamente así como también sepa acudir a las autoridades correspondientes con el fin de evitar consecuencias más graves en un futuro.

Referencias bibliográficas:

- 1) Baeza, C. *et al.* Aspectos quirúrgicos del maltrato al menor en Maltrato en el niño. Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw-Hill (2001) p.169-181.
- 2) Casado, J. *et al.* Lesiones mucocutáneas y quemaduras ocasionadas por maltrato en Maltrato en el niño. Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw-Hill (2001) p.19-29.
- 3) Castellanos, J. *et al.* La medicina legal preventiva: actuación del médico legista ante la violencia familiar contra el menor en Maltrato en el niño. Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw-Hill (2001) p.83-97.
- 4) Calabuig, J. *et al.* Medicina Legal y Toxicología. Editorial Salvat. 4ª ed. (1990) p. 307-310 / 444-448.
- 5) Loredó, A.; Martín, V. *et al.* Alteración del estado nutricional: una manifestación clínica del niño maltratado cada vez mejor atendida en Maltrato en el niño. Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw-Hill (2001) p.221-233.
- 6) Loredó, A. *et al.* Maltrato físico y accidentes como causas de lesiones en el niño y utilidad de los indicadores clínicos para diagnóstico diferencial en Maltrato en el niño. Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw-Hill (2001) p.191-203.
- 7) Mateos, R. *et al.* Violencia, salud infantojuvenil y calidad de vida en Maltrato en el niño. Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw-Hill (2001) p.43-59.

8) Yamin, G.; Castro, M. *et al.*
Síndrome del niño sacudido en
Maltrato en el niño.

9) Asociación Mexicana de
Pediatria. Editorial McGraw-
Hill (2001) p.205-217.

Anexos:

Tipo de agresión	
Trauma	52
Abuso sexual	103
Investigación	1
Total	156

*Fuente: Clínica Forense, Organismo de
Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a
mayo 2006*

Provincia	Número de casos	Porcentaje
Heredia	40	20,83
San José	102	53,13
Alajuela	39	20,31
Limón	5	2,60
Cartago	5	2,60
Puntarenas	0	0,00
Guanacaste	1	0,52
Total	192	100

*Fuente: Clínica Forense, Organismo de
Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a
mayo 2006*

Mes		Porcentaje
Ene-05	8	4,17
Feb-05	17	8,85
Mar-05	14	7,29
Abr-05	7	3,65
May-05	14	7,29
Jun-05	4	2,08
Jul-05	4	2,08
Ago-05	9	4,69
Sep-05	11	5,73
Oct-05	10	5,21
Nov-05	15	7,81
Dic-05	21	10,94
Ene-06	8	4,17
Feb-06	17	8,85
Mar-06	13	6,77
Abr-06	7	3,65
May-06	13	6,77
Total	192	100,00

*Fuente: Clínica Forense, Organismo de
Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a
mayo 2006*

Edad		Porcentaje
< 1 año	4	2,08
1 año	8	4,17
2 años	8	4,17
3 años	18	9,38
4 años	17	8,85
5 años	9	4,69
6 años	15	7,81
7 años	14	7,29
8 años	17	8,85
9 años	16	8,33
10 años	19	9,90
11 años	24	12,50
12 años	23	11,98
Total	192	100

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Relación		Porcentaje
Pariente	51	26,56
Vecino (a)	30	15,63
Padre	25	13,02
Padrastro	24	12,5
Desconocido	17	8,85
Madre	17	8,85
Colegial	15	7,82
Hermano (a)	6	3,12
Perro	4	2,08
Novio (a)	3	1,57
Total	192	100

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Sexo	Número de casos	Porcentaje
Masculino	74	38,54
Femenino	118	61,46
Total	192	100

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Recibió		Porcentaje
Si	40	20,83
No	152	79,17
Total	192	100

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Lugar		Porcentaje
Hogar	106	55,21
Casa de vecino	25	13,02
Calle	20	10,42
Casa familiar	18	9,38
No sabe	15	7,81
Río	4	2,08
Escuela	3	1,56
Automóvil	1	0,52
Total	192	100

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Lesión	total
Equimosis	70
Sugilación	25
Excoriación	37
Eritema	19
Fracturas óseas	7
No tiene al EF	97
Hematoma	3
Cicatriz	8
Otras	25

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Área	
Cabeza	38
Cuello	10
Tórax	18
Abdomen	11
Espalda	18
Mi. superiores	23
Mi. Inferiores	25
Genital	63
Anal	18
No presentan	37

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Tipo	
Manoseo genital	40
Penetración vaginal	12
Penetración anal	22
Sexo oral	9
Total	83

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006

Incapacidad	
Ninguna	162
1 día	1
1 día a 1 semana	25
> 1 semana	4
Total	192

Fuente: Clínica Forense, Organismo de Investigación Judicial, Costa Rica, enero 2005 a mayo 2006