

**ORIGINAL****MUERTES POR AGRESIÓN INFANTIL EN COSTA RICA  
ENTRE LOS AÑOS 2003 Y 2011***Maikel Vargas Sanabria \****RESUMEN:**

Se revisaron 26551 autopsias efectuadas en el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica entre el 01 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2011 y se seleccionaron los homicidios en menores de 13 años cometidos por sus propios familiares, en un contexto de agresión infantil. Se obtuvieron 56 casos, que representan un pequeño porcentaje de las muertes violentas para ese periodo (0,35%), pero que por lo aberrante de este tipo de comportamientos y el hecho de que son muertes totalmente prevenibles, deben llamar la atención de la sociedad, pues representan el extremo más violento del espectro de la agresión infantil, cuya mayor parte de casos permanece desconocido. El perfil de las víctimas que se obtuvo fue: predominio de lactantes y menores de cuatro años que fallecen en la casa, con predominio en los meses de febrero y agosto, con mayor frecuencia los lunes. Dentro de las provincias más afectadas proporcionalmente a su población destacan San José, Puntarenas y Limón. Los traumas letales fueron en su mayoría contusos, en la cabeza y cuello del menor. El responsable de la muerte fue, en una importante proporción, su padre biológico. La tasa de mortalidad por esta causa entre se ha cuadruplicado entre el año 2009 y el 2011.

**PALABRAS CLAVE:**

Síndrome de niño agredido, homicidios en la infancia, muertes por agresión infantil.

**ABSTRACT:**

We reviewed 26551 autopsies carried out in the Department of Legal Medicine, Costa Rica, from January 01 2003 and 31 December 2011 selecting from this group the killings of patients with an age of 13 years or less which were committed by their own relatives, in a context of child aggression. There were 56 cases, they represent a small percentage of violent deaths for the period (0.35 % ), but that aberrant of this type of behavior and the fact that they are entirely preventable deaths, should call the attention of the society, because they represent the end of the spectrum more violent aggression of the child, whose most cases remains unknown. The profile of the victims was: predominance of infants and children under the age of four who die in the house, with a predominance in the months of February and August, with greater frequency on Monday. Within the most affected provinces in proportion to their population include San Jose, Puntarenas and Limon. The lethal trauma were mostly contusions in the head and neck of the child. The responsible for the death was, in a significant proportion, the biological father. The mortality rate from this cause between has quadrupled between 2009 and 2011.

**KEY WORDS:**

Syndrome of child attacked, homicides in children, child deaths by aggression.

\* Médico Forense y Estudiante de Tercer año del Posgrado en Anatomía Patológica. Poder Judicial / Hospital México, San José Costa Rica. Profesor Adjunto, Departamento de Anatomía, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: mvargassa@gmail.com

**Recibido para publicación: 10 de julio de 2012. Aceptado: 22 de julio de 2012.**

## INTRODUCCIÓN

Varias veces al año en nuestro país, por medio de la prensa, se dan a conocer noticias con titulares como los siguientes: “Policía detiene a pareja por muerte de niño de tres años”<sup>(1)</sup>, “Matrimonio irá seis años a prisión por golpear brutalmente a bebé”<sup>(2)</sup>. Los anteriores son hechos que en cantidad no llaman mucho la atención porque son ampliamente superados por otros sucesos como los accidentes de tránsito<sup>(3,4)</sup>, los homicidios en personas adultas<sup>(5)</sup> o incluso otras muertes violentas de índole accidental (caídas, electrocuciones, accidentes acuáticos<sup>(3)</sup>). Lo que sí llama la atención, o por lo menos debería de hacerlo, es el contexto en el cual ocurren estas fatalidades. Si el lector se detiene y reflexiona acerca de este tipo de sucesos puede inferir acciones que van más allá de la comprensión del comportamiento humano civilizado: es violencia contra seres indefensos, por parte de sus propios padres, familiares cercanos o miembros del núcleo familiar que habitan en la misma vivienda y que en el peor de los casos produce la muerte de un ser humano de corta edad y generalmente sano, que ve cercenado su futuro sin posibilidad real de hacer algo para impedirlo. Es algo tan aberrante que los mismos antisociales lo repudian, pues cuando los autores de estos hechos caen en prisión son víctimas de agresiones brutales por haber transgredido el propio “código de conducta criminal” si así se le puede llamar a este fenómeno.

El presente trabajo no pretende ser un tratado de la agresión infantil ni mucho menos, puese este es un tema muy amplio, interdisciplinario y del que se ha escrito gran cantidad de literatura científica y popular. Se pretende más bien reunir un conjunto de definiciones simples para aplicarlas a la casuística que se ha generado en la Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal del Poder Judicial de Costa Rica, donde por ley se deben practicar las autopsias de este tipo de muertes violentas<sup>(6)</sup>, y de esta manera brindar un panorama de estos lamentables hechos en los últimos años.

Agresión, en su definición más básica significa “acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño”<sup>(7)</sup>.

El trauma, según la Organización Mundial de la Salud, se define como un daño intencional o no intencional, causado al organismo por su brusca exposición a fuentes o concentraciones de energía (mecánica, química, térmica o radiante) que sobrepasan su margen de tolerancia, o factores que interfieren con intercambios de energía en el organismo (deprivación de elementos esenciales para la vida como calor, comida u oxígeno)<sup>(8)</sup>

Desde el punto de vista médico legal lo que interesa son las lesiones que provoquen los traumas en los individuos y el daño que generen<sup>(9)</sup>. Por otra parte, el siguiente elemento para construir una definición de agresión o maltrato infantil es precisamente delimitar el término “infancia” que popularmente se entiende como “periodo de la vida humana desde que se nace hasta la pubertad”<sup>(7)</sup>.

Siempre debe sospecharse una lesión no accidental cuando un niño se presente con historia de algún traumatismo que no guarde relación con el mecanismo descrito en la historia médica suministrada, o bien tenga traumatismos o cicatrices múltiples (criterios de Brown), la sospecha debe ampliarse si a través de la radiografía se diagnostican fracturas de distinta antigüedad, defectos de consolidación, o fracturas que involucran metáfisis (criterios de Silverman<sup>(10)</sup>

Con lo anterior se podría concluir que agresión infantil, de la forma más simple posible, es el daño que se le provoca a un niño secundario a un trauma intencional. A partir de este punto el concepto comienza a hacerse cada vez más complejo, porque hay que pensar en todos los tipos de agresión que puede sufrir un menor, que van desde la física (desde un simple jalón de orejas hasta la muerte a golpes), pasando por la psicológica, patrimonial, social, sexual—todas ellas activas— hasta las formas pasivas ejemplificadas en la omisión de cuidados. Lo anterior está debidamente tipificado en la Ley Costarricense número 7586 contra la Violencia Doméstica<sup>(11)</sup> que precisamente define este concepto como “acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho, o por una relación de



guarda, tutela o curatela, y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial". De modo que este concepto es útil para delimitar la agresión infantil que se va a desarrollar en esta investigación, como un hecho doméstico, dejando de lado otro tipo de violencia, sobre todo de tipo accidental<sup>(9)</sup>, en la infancia.

Se ha discutido ampliamente sobre otras definiciones de maltrato infantil y se ha dicho que no tiene una definición exacta<sup>(10,12)</sup>. Para efectos de este trabajo se definirá la agresión infantil letal como aquel trauma intencional, activo o pasivo, infligido por un familiar a un niño menor de 13 años, que le provoque la muerte.

Todo lo anterior brinda una idea de que las muertes por agresión infantil representan el extremo más grave de una espiral de violencia y la punta del iceberg de un problema social y de salud pública<sup>(12)</sup> de dimensiones y consecuencias insospechadas, que por medio de la presente investigación se tratará de ilustrar con datos reales.

El objetivo del presente trabajo es determinar la cantidad de muertes que han ocurrido en Costa Rica entre los años 2003 y 2011 como consecuencia de la agresión infantil, así como el perfil que poseen las víctimas de este tipo de violencia.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se revisaron 26551 autopsias efectuadas en la Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica entre el 01 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2011. Inicialmente se seleccionaron 107 casos que incluían muertes violentas en menores de 12 años, tanto las homicidas, como algunas pendientes de investigación o accidentales cuya historia orientaba a una agresión infantil. De estos casos se excluyeron 20 homicidios perpetrados por desconocidos o por personas ajenas al núcleo familiar y se descartaron además 31 casos de síndrome asfíctico, con manera de muerte pendiente de investigación o accidental, sobre todo en lactantes, cuyas historias médico legales eran de muerte súbita o de sofocación por

dormir con los padres; casos que son imposibles de esclarecer con los elementos de autopsia. También se excluyeron las muertes por abortos, no porque se considere que un feto sin haber nacido no es un ser humano, sino porque en la mayoría de estos casos es muy difícil discernir cuando un aborto fue provocado o natural y el médico forense tiende a emitir la manera de muerte como pendiente de investigación. Cualquier recién nacido con evidencia de que hubiera respirado y luego fuera víctima de homicidio por sus familiares sí se incluyó en el estudio.

Sintetizando, se seleccionaron sólo los protocolos de niños hasta doce años y 364 días, que tenían una manera de muerte homicida, en cuya historia médico legal se señalaba explícita o tácitamente, o bien, se infería, que fue provocada por un familiar. Las autopsias cuya manera de muerte inicial fue pendiente de investigación y después de una ampliación, adición o aclaración se consideró homicida, también se incluyeron.

Finalmente fueron 56 casos los que cumplieron estrictamente estos criterios. Se les aplicó un instrumento de recolección de datos que incluía variables demográficas como sexo y edad de las víctimas; cronológicas como el día de la semana y mes en que sucedió el hecho; geográficas: provincia donde acaeció el evento; médico legales: el tipo de trauma y la región anatómica afectada de acuerdo a las causas de muerte anotadas; y otras circunstancias de interés como el parentesco del agresor -cuando estuvo disponible- y el lugar donde falleció el niño (sitio de la agresión, hospital o traslado). Se tabularon, procesaron y graficaron los datos con ayuda del programa Microsoft Office Excel 2010.

## **RESULTADOS**

De las 26551 autopsias revisadas, 16211 fueron clasificadas con una manera de muerte violenta (homicida, suicida o accidental), es decir, un 61,05 % del total. Los 56 casos recolectados de muertes por agresión infantil correspondieron a un 0,21 % del total de autopsias para ese período y a un 0,35 % del total de muertes violentas. El desglose de autopsias, muertes violentas y muertes por agresión infantil por año se puede observar en la tabla N° 1.

**TABLA N° 1: AUTOPSIAS POR MUERTES VIOLENTA Y AGRESIÓN INFANTIL ENTRE 2003 Y 2011**

Año	Autopsias	Violentas	Porcentaje	Agresión infantil
2003	2511	1597	63,60%	10 (0,63%)
2004	2556	1582	61,89%	6 (0,38%)
2005	2741	1697	61,91%	8 (0,47%)
2006	2981	1799	60,35%	2 (0,11%)
2007	3003	1806	60,14%	3 (0,17%)
2008	3264	2064	63,24%	3 (0,15%)
2009	3221	1978	61,41%	3 (0,15%)
2010	3173	1842	58,05%	10 (0,54%)
2011	3101	1846	59,53%	11 (0,59%)
<b>Total</b>	<b>26551</b>	<b>16211</b>	<b>61,05%</b>	<b>56 (0,35%)</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

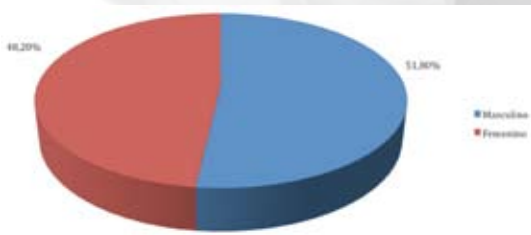
A continuación, analizando las variables del grupo seleccionado, iniciando con el sexo se obtuvo el siguiente resultado: 29 fueron varones y 27 fueron niñas, para un porcentaje, respectivamente de: 51,8 % y 48,2 %, tal y como se observa en la tabla N° 2 y el gráfico N°1.

**TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS FALLECIMIENTOS POR AGRESIÓN INFANTIL**

Sexo	Casos	Porcentaje
Masculino	29	51,80%
Femenino	27	48,20%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

**Gráfico N°1: Distribución de los fallecimientos por agresión infantil por sexo**



Fuente: Tabla N° 2

La edad se anotó en el instrumento de recolección de datos con números cerrados en cuanto a años cumplidos, de modo que los lactantes se anotaron

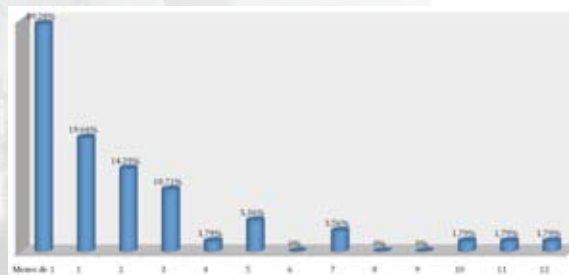
como menores de 1 y de ahí en adelante hasta los doce años. Se obtuvieron los resultados que muestra la tabla número 3 y el gráfico número 2, donde prácticamente un 85 % de los casos pertenecen al grupo de menores de 4 años.

**TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR EDAD**

Edad	Casos	Porcentaje
menores de 1	22	39,28%
1	11	19,64%
2	8	14,29%
3	6	10,71%
4	1	1,79%
5	3	5,36%
6	0	0%
7	2	3,56%
8	0	0%
9	0	0%
10	1	1,79%
11	1	1,79%
12	1	1,79%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

**Gráfico N° 2: Distribución porcentual de los casos por edad**



Fuente: Tabla N° 3

En lo que respecta a las variables cronológicas se analizó en primer lugar el mes en que ocurrieron los decesos: febrero y agosto fueron los más trágicos, con 7 muertes cada uno, para una cuarta parte del total de casos en conjunto: 25 %, tal y como se aprecia a continuación.

En uno de los casos no había información disponible en el protocolo.

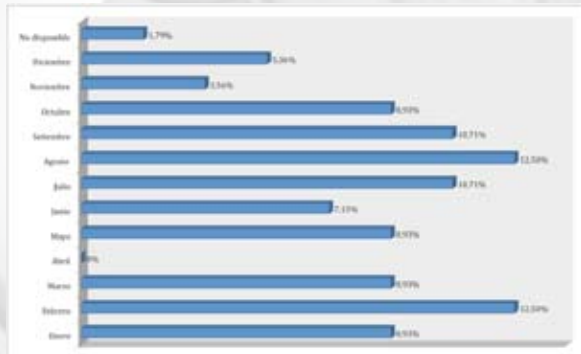


**TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES POR MES EN QUE SUCEDIERON**

Mes	Casos	Porcentaje
Enero	5	8,93%
Febrero	7	12,50%
Marzo	5	8,93%
Abril	0	0%
Mayo	5	8,93%
Junio	4	7,15%
Julio	6	10,71%
Agosto	7	12,50%
Setiembre	6	10,71%
Octubre	5	8,93%
Noviembre	2	3,56%
Diciembre	3	5,36%
No disponible	1	1,79%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

**Gráfico N° 3: Distribución de las muertes por mes en que sucedieron**



Fuente: Tabla N° 4

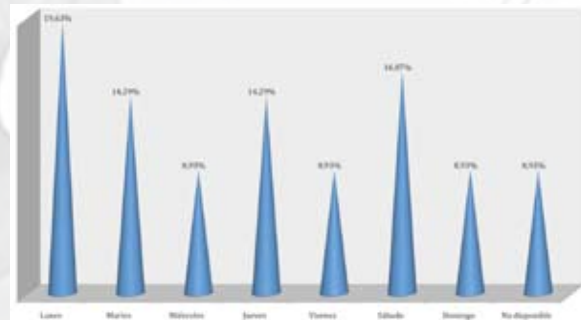
Por otra parte, el día en que ocurrieron los hechos señala que los lunes y los sábados son los días donde ocurrieron más agresiones fatales con un 19,63 % y un 16,07 %. Cabe destacar que se trató de indagar hasta donde fue posible en la historia médico legal cuándo fue que ocurrió la agresión final que causo la muerte en el sitio o que ameritó el traslado a un centro médico; en 5 casos (8,93 %) no estaba disponible esta información. Todo esto ilustrado con la tabla número 5 y su correspondiente gráfico.

**TABLA N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES POR DÍA DE LA SEMANA DE LA AGRESIÓN FINAL**

Día	Casos	Porcentaje
Lunes	11	19,63%
Martes	8	14,29%
Miércoles	5	8,93%
Jueves	8	14,29%
Viernes	5	8,93%
Sábado	9	16,07%
Domingo	5	8,93%
No disponible	5	8,93%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

**Gráfico N° 4: Distribución de las muertes por día de la semana de la agresión final**



Fuente: tabla N° 5

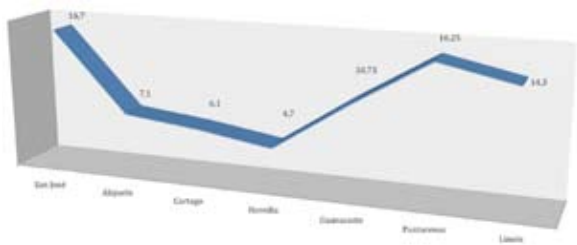
Según la variable geográfica, se analizó la provincia en la que fallecieron las víctimas, lo cual mostró una clara predominancia de San José con 26 casos (46,43%), sin embargo, es necesario comparar estos datos absolutos con la población promedio de las provincias para el período en estudio, obtenida del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) <sup>(13)</sup>, tal y como se muestra en la tabla N° 6 y en el gráfico N° 5. Con las tasas de mortalidad por millón de habitantes promedio por provincia, Puntarenas prácticamente iguala a San José con tasas de 16,7 y 16,25 respectivamente. El lugar más bajo lo ocupa Heredia, con 4,7 por millón de habitantes. Es necesario señalar que en 4 casos no estaba disponible esta información.

**TABLA N° 6: TASAS DE MORTALIDAD POR PROVINCIA POR MILLÓN DE HABITANTES POR AGRESIÓN INFANTIL DE 2003 A 2011**

Provincia	Casos	Población promedio	Tasa
San José	26	1557825	16,7
Alajuela	6	839286	7,1
Cartago	3	493392	6,1
Heredia	2	425521	4,7
Guanacaste	3	279434	10,73
Puntarenas	6	369140	16,25
Limón	6	419306	14,3

Fuentes: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

**Gráfico N° 5: Tasas de mortalidad por provincia por millón de habitantes por agresión infantil 2003-2011**



Fuente: Tabla N° 6

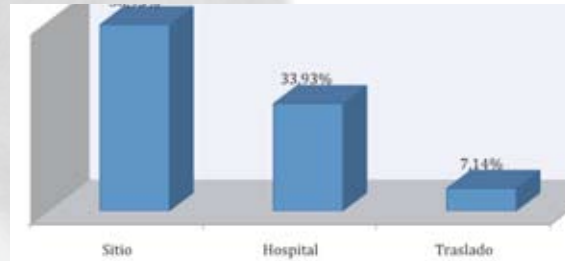
En cuanto al sitio donde falleció el menor, se obtuvo que la mayoría murió en el sitio de la agresión final (33 casos: 58,93%), le siguió el hospital y el traslado, como se aprecia en la tabla y gráfico correspondientes.

**TABLA N° 7: LUGAR DE FALLECIMIENTO DE LOS MENORES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN**

Lugar	Casos	Porcentaje
Sitio	33	58,93%
Hospital	19	33,93%
Traslado	4	7,14%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

**Gráfico N° 6: Lugar de fallecimiento de los menores víctimas de agresión**



Fuente: Tabla N° 7

En cuanto a las variables médico legales se anotó en primer lugar el tipo de trauma que sufrió el menor, responsable directo de la muerte de acuerdo a las causas anotadas en el protocolo de autopsia. En segundo lugar se anotó la región anatómica descrita como la primordialmente afectada en dichas causas. El trauma contuso en cabeza y cuello fue la principal forma en que los familiares agredieron a los menores y les provocaron la muerte. Se puede ver el desglose completo en las siguientes dos tablas y sus respectivos gráficos. En este apartado es necesario hacer algunas aclaraciones, por ejemplo en 2 casos que hubo intoxicación para dar muerte a los menores se anotó como politrauma porque se trata de una afectación sistémica del organismo. Asimismo, en otros dos casos se anotó el tipo de trauma como “sacudida”, pues este fue el principal mecanismo, lo cual no excluye que en otros traumas contusos haya habido hallazgos del síndrome de niño sacudido<sup>(14)</sup>.

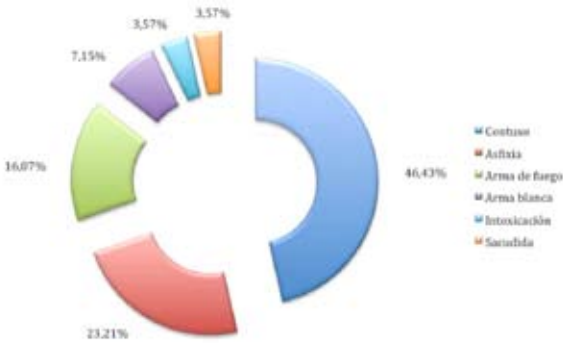
**TABLA N° 8: TIPO DE TRAUMA RESPONSABLE DE LA MUERTE DE LOS MENORES**

Trauma	Casos	Porcentaje
Contuso	26	46,43%
Asfixia	13	23,21%
Arma de fuego	9	16,07%
Arma blanca	4	7,15%
Intoxicación	2	3,57%
Sacudida	2	3,57%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012



**Gráfico N° 7: Tipo de trauma responsable de la muerte de los menores**



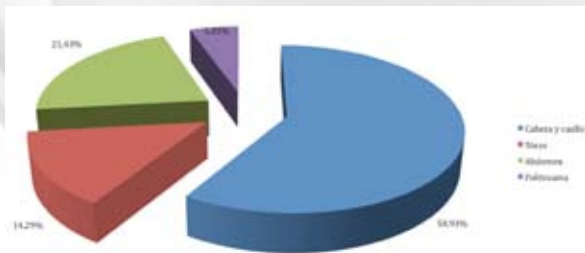
Fuente: Tabla N° 8

**TABLA N° 9: REGIÓN ANATÓMICA PRIMORDIALMENTE AFECTADA EN LAS MUERTES POR AGRESIÓN INFANTIL**

Región anatómica	Casos	Porcentaje
Cabeza y cuello	33	58,93%
Tórax	8	14,29%
Abdomen	12	21,43%
Politrauma	3	5,35%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

**Gráfico N° 8: Región anatómica primordialmente afectada en las muertes por agresión infantil**



Fuente: Tabla N° 9

Una variable circunstancial incluida en el instrumento de recolección de datos fue el agresor. Como se indicó previamente, un requisito para incluir el caso en el estudio era que este agresor fuera un familiar, sin embargo en la revisión de los protocolos se trató de indagar en el informe

de muerte en investigación, en el informe policial (cuando estaba disponible) y la declaración de quienes retiraban el cuerpo, quién fue el directamente responsable de la agresión. Por razones obvias de evasión de responsabilidades y negación de la agresión en la mayoría de los casos esto no fue posible, como se mostrará a continuación en la tabla número 10 y el gráfico número 9. Es importante resaltar que en los casos en que sí se obtuvo la información, el padre biológico fue el que tuvo el papel principal como responsable de estas agresiones fatales.

**TABLA N° 10: FAMILIAR RESPONSABLE DE LAS MUERTES POR AGRESIÓN INFANTIL**

Agresor	Casos	Porcentaje
Padre	15	26,78%
Padrastro	4	7,15%
Madre	4	7,15%
No se especifica	33	58,92%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012

**Gráfico N° 9: Familiar responsable de las muertes por agresión infantil**



Fuente: Tabla N° 10

Finalmente, es necesario calcular las tasas de mortalidad general por agresión infantil para la población costarricense para cada año del período en estudio para observar sus variaciones a través de los últimos nueve años, como se desglosará en la tabla N° 11 y el gráfico N° 10.

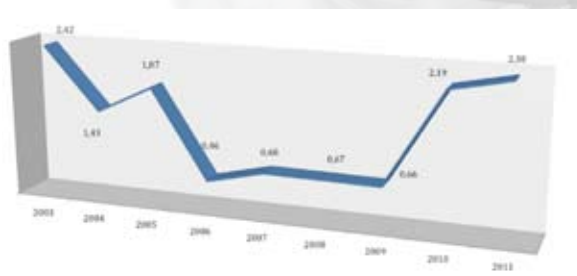
Allí se observa la tendencia al alza después de 2009, con un pico en 2011, con una tasa máxima de 2,38 por millón de habitantes. Es necesario aclarar que se utilizó la población total del país porque fue muy difícil obtener la población menor de trece años cumplidos que hubiera sido lo ideal para esta investigación. Sin embargo, suponiendo que la proporción de niños ha sido relativamente constante en los últimos años se pueden validar estas tasas para efectos de comparación anual, que es el objetivo final que se persigue.

**TABLA N° 11: TASAS DE MORTALIDAD POR AGRESIÓN INFANTIL POR MILLÓN DE HABITANTES, EN COSTA RICA ENTRE 2003 Y 2011**

Año	Casos	Población	Tasa
2003	10	4136199	2,42
2004	6	4200246	1,43
2005	8	4263513	1,87
2006	2	4326153	0,46
2007	3	4389228	0,68
2008	3	4451262	0,67
2009	3	4509392	0,66
2010	10	4563538	2,19
2011	11	4615646	2,38

Fuentes: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012 e Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

**Gráfico N° 10: Tasas de mortalidad por agresión infantil por millón de habitantes, en Costa Rica entre 2003 y 2011**



Fuente: Tabla N° 11

## DISCUSIÓN

La literatura especializada menciona que en América las lesiones traumáticas representan el 5 % de todas las defunciones registradas en niños menores de 5 años, y la segunda causa de muerte, después de las enfermedades transmisibles para la misma edad<sup>(3)</sup>

En Estados Unidos 4,9 de cada 1000 niños son agredidos con fallecimiento de uno de cada mil de ellos, y mayor exposición de los niños de 4 a 6 años<sup>(10)</sup>

Los homicidios en niños se consideran victimizaciones extraordinarias pues les suceden a un número muy reducido de niños y atraen mucho la atención de la sociedad<sup>(15)</sup>

Unos 3500 niños mueren cada año en los países industrializados a causa de los malos tratos físicos<sup>(16)</sup>

En Costa Rica las muertes traumáticas en menores de 5 años son la segunda causa de muerte para este grupo etario después de las malformaciones congénitas y no existen estudios poblacionales en donde se trate de caracterizar la muerte por causas externas en los niños <sup>(3)</sup>. Aunque esta última afirmación no es del todo correcta, pues en el Departamento de Medicina Legal sí hay estadísticas dentro de trabajos finales de graduación<sup>(17 y 18)</sup>, que si bien no son fácilmente accesibles por medios electrónicos, se encuentran a disposición del público en la Biblioteca de Medicina Legal. Por ejemplo en uno de ellos<sup>(17)</sup> se menciona que en el trienio 1998 a 2000 hubo 20 homicidios en personas menores de 10 años, pero al no ser un trabajo enfocado únicamente en este grupo etario no se aclara bien si dichos homicidios ocurrieron o no en el contexto del síndrome del niño agredido.

Analizando los resultados obtenidos, en primer lugar en cuanto a las variables demográficas, se observa que la distribución entre sexos es prácticamente la misma, lo cual no coincide con las estadísticas de homicidios dolosos en adultos en nuestro país <sup>(5)</sup>, donde predomina abrumadoramente el sexo masculino. Una de las





posibles explicaciones a este fenómeno es que a edades tempranas, como las que se estudiaron en el presente trabajo, no se han desarrollado caracteres sexuales secundarios que provoquen una diferencia biológicamente significativa en el comportamiento de uno u otro sexo y las conductas que muchas veces desencadenan la agresión como el llanto incoercible son características de una proporción significativa de infantes, independientemente si son niños o niñas.

Con respecto a la edad, se observa que las agresiones fatales ocurrieron más frecuentemente cuanto menor fue la edad del niño, siendo el grupo de los lactantes el más afectado. Esto concuerda con literatura sobre este tema. En uno de los estudios citados, realizado en el Departamento de Medicina Legal entre los años 1995 a 1999 se notó un pico en el grupo de edad de 0 a 6 años<sup>(18)</sup>. Por su parte, un estudio español señaló que el riesgo de muerte tiene una distribución bimodal: los niños más jóvenes forman un grupo de alto riesgo porque son pequeños o inmaduros físicamente y tienen dificultad a la hora de huir de sus agresores o protegerse; también los niños mayores porque pueden verse mezclados en disputas con agresores armados y porque es más probable que provoquen o planten cara a sus agresores. Asimismo se señaló que el homicidio se concentra en menores de tres años y la mayor parte de las agresiones ocurren de noche<sup>(13)</sup>. Sin embargo, la edad para considerar el final de la niñez no siempre es la misma y estos estudios consideran individuos hasta la adolescencia (menores de 18 años), entre ellos el realizado en el Departamento, que mostró una distribución bimodal, con otro pico entre 13 y 18 años<sup>(18)</sup>.

Con respecto al vulnerable grupo de los lactantes, entendiendo éstos como los niños menores de un año, cabe destacar el hecho que se mencionó previamente, y es que en muchos de ellos lo único que el médico forense encuentra en la autopsia es un síndrome asfíctico (hallazgos inespecíficos como congestión visceral, microhemorragias (petequias) en membranas serosas, fluidez de la sangre y dilatación de las cámaras derechas del corazón<sup>(7)</sup>), lo cual no permite esclarecer la verdadera causa de la muerte, pues se puede

tratar de una asfixia patológica, es decir, originada en una enfermedad, como infecciones virales del sistema respiratorio; puede ser una asfixia accidental, si es creíble la historia de una madre que se acuesta a dormir con su hijo recién nacido o lactante y lo sofoca. O, por otra parte, en el peor de los casos, podría tratarse de un vil asesinato, como una asfixia mecánica por sofocación por obturación de orificios respiratorios con objetos como almohadas o similares que no dejan marcas externas y que, por la indefensión del menor, no es posible sospecharlo como sí se hace en autopsias de adultos o niños más grandes que son sometidos a este tipo de trauma y logran defenderse. La Academia Americana de Pediatría estima que los homicidios encubiertos en los casos catalogados como muerte súbita varían entre el 1 y el 5 %<sup>(13)</sup>.

Con respecto a las variables cronológicas, llamó la atención que los meses con más casos fueran febrero y agosto. En un estudio del Hospital Nacional de Niños sobre muertes en menores de 5 años por causas accidentales, que se ha venido citando a lo largo del presente trabajo, se encontró que los meses de vacaciones y los fines de semana era cuando se presentaban dichas fatalidades con mayor frecuencia, así como que en algunos de los casos es difícil confirmar o descartar la intencionalidad del trauma. También mencionan la casa como el lugar más frecuente y las horas de la tarde<sup>(3)</sup>. Sin embargo, por ser los lactantes los más afectados en este estudio, se considera que el hecho de estar de vacaciones o no, no es algo significativo, pues en esas edades los niños se encuentran la mayor parte del tiempo en sus viviendas. Lo mismo sucede con el día de la semana, en cuya distribución se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de ellos. Únicamente los días lunes, con aproximadamente una quinta parte de los casos es el que lleva la delantera, lo cual podría atribuirse a un nivel mayor de estrés de los padres o familiares precisamente el día que en la mayoría de los casos hay que regresar a laborar después de un fin de semana libre.

En el caso de las variables geográficas llama la atención que una vez niveladas las poblaciones por medio de tasas de mortalidad sobresale la

capital y las provincias costeras de Puntarenas y Limón como los sitios donde ocurren más muertes por agresión infantil. Sin embargo esto no es tan sorprendente pues son lugares tristemente célebres por ostentar niveles de violencia social, accidental<sup>(4)</sup> u homicida<sup>(5)</sup>, significativa, señalada en estudios previos. También San José y Limón se mencionan como los sitios donde ocurrieron más casos —en números absolutos— de homicidios en menores de 18 años entre 1995 y 1999<sup>(18)</sup>.

Con respecto al lugar de fallecimiento, abrumadoramente predominó el sitio de la agresión final, que en la mayoría de los casos fue la vivienda familiar. El segundo grupo en importancia falleció en el Hospital, a consecuencia de complicaciones derivadas de la agresión letal. Esto no representa sorpresa, pues se trata de un tipo de agresión doméstica<sup>(11)</sup>, la más extrema de todas, la desproporcionada hacia un ser indefenso y en la mayoría de los casos familiar directo.

En cuanto a las variables médico legales el tipo de trauma más frecuentemente involucrado en las muertes por agresión infantil fue el contuso, seguido por la asfixia. Resulta concordante con lo que se describe en otras latitudes para este grupo de edad y con lo que se menciona en las investigaciones policiales, donde se repiten historias frecuentes de niños que no paran de llorar y son golpeados o sacudidos por sus padres para callarlos o sometidos a traumas que les provocan asfixias como la obturación de orificios respiratorios. A la hora de investigar a los padres o encargados del cuidado (posibles agresores) en la mayoría de casos argumentan traumas accidentales, cuya magnitud y localización no coinciden con las lesiones encontradas. Con respecto a la región anatómica más afectada no sorprende que fuera la cabeza, el cuello y el tórax, sitios donde se encuentran los órganos vitales más importantes: cerebro y corazón. Los agresores no escatiman en aplicar fuerzas desproporcionadas en estas regiones aun a sabiendas que una de las consecuencias puede ser la muerte, o bien, en el caso del encéfalo, secuelas neurológicas que acompañarán y limitarán seriamente al menor el resto de su vida.

En el estudio citado en El Departamento de Medicina Legal entre los años 1995 y 1999 de

homicidios en menores de 18 años predominaron las heridas por arma de fuego, seguidas por arma blanca, asfixias y síndrome de niño agredido<sup>(18)</sup>, aunque por el rango de edad se trataba de un grupo muy heterogéneo que mezclaba lactantes con adolescentes.

En cuanto a la variable circunstancial estudiada, la identidad del agresor, llama mucho la atención que, dentro de los casos que se logró conocer en de los documentos aportados en el protocolo, hubo mucho más casos en que fue el padre biológico el responsable de la muerte y no el padrastro como se tiende a creer popularmente, asociándolo a la figura del agresor. En de las historias asociadas a estos casos sí hay que resaltar que muchas veces los hijos son utilizados por el padre como un medio de venganza contra las madres (sus ex compañeras) en disputas pasionales o económicas por pensiones alimentarias. Precisamente en al menos cinco casos, hubo historia de homicidios múltiples, con suicidio del progenitor, con este objetivo expreso.

Finalmente, con respecto a las tasas de mortalidad, se observa cómo en el año 2003 ésta fue de 2,42 por millón de habitantes, y de una manera optimista fue reduciéndose significativamente hasta estabilizarse entre los años 2007 a 2009 con 0,67 por millón de habitantes (en promedio). Sin embargo, en los últimos dos años en estudio, la tasa de mortalidad se ha cuadruplicado hasta volver de nuevo a una cifra de 2,38 por millón de habitantes, lo cual es un indicador más de la violencia social que se incrementa año con año en Costa Rica. A nivel mundial, los estudios revelan que Estados Unidos, México y Portugal son los países que registran un mayor índice de mortalidad de menores por malos tratos, entre diez y quince veces más que el promedio. También un grupo de países formado por Bélgica, Francia, Hungría, Nueva Zelanda y República Checa que tienen niveles entre cuatro y seis veces más altos de maltrato infantil que la media<sup>(13)</sup>. Dichosamente estos países tiene tasas de mortalidad por esta causa muy elevadas en comparación con la de Costa Rica, como Portugal, México y Estados Unidos, con tasas de 37, 30 y 24 muertes por millón de niños, que ellos los consideran por debajo de quince años<sup>(16)</sup>. Haciendo una estimación



de la población de nuestro país menor de 15 años en 2010 (1126062)<sup>(19)</sup>, dicha tasa sería de aproximadamente de 9 por millón de habitantes, siempre haciendo la aclaración de que se trata de una aproximación, que mantiene a Costa Rica alejada de estas cifras tan extremas.

## CONCLUSIONES

El perfil que mostraron las víctimas fue menores de cuatro años, de preferencia lactantes, sin una diferencia significativa en género, que fallecieron en los meses de febrero y agosto, con mayor preponderancia los días lunes, en el sitio de la agresión final que casi siempre fue la vivienda familiar. El agresor fue en una elevada proporción de los casos el padre biológico, por encima del padrastro, aunque en la mayoría de los casos no se supo con certeza quién fue el responsable. El trauma utilizado para dar muerte a los menores fue de preferencia el de tipo contuso en la cabeza y cuello. En cuanto a las tasas de mortalidad, resalta el hecho de que desde 2003 había habido un descenso sostenido y una estabilización de la tasa general de mortalidad por esta causa hasta 2009, sin embargo a partir de 2010 y hasta el año anterior hubo un aumento en cuatro veces la magnitud de esta cifra negra.

Siempre hay que tener presente que sólo un 10 a un 20 % de los casos de maltrato infantil salen a la luz<sup>(13)</sup> y afortunadamente muy pocos de ellos van a terminar con la vida del niño agredido, pero lo que sí resulta irónico es que se trata de muertes total y absolutamente prevenibles, dada la intencionalidad del daño, por lo que las 56 vidas señaladas en este estudio serían hoy niños sanos que tal vez estuvieran dando sus primeros pasos, asistiendo por primera vez a la escuela o incluso sobresaliendo por sus habilidades intelectuales o físicas, contribuyendo al futuro del país.

## RECOMENDACIONES

Las autoridades responsables de proteger a los niños en nuestro país deben tomar nota del reciente incremento de la mortalidad por agresión infantil, para trabajar desde varios frentes: la prevención (primaria, secundaria y terciaria<sup>(20)</sup>), la detección

de casos de riesgo por factores especiales que pueda presentar el menor o su entorno, que los hacen más susceptibles a este tipo de maltrato<sup>(13)</sup> y el conocer el momento preciso para actuar y rescatar a estas inocentes criaturas del infierno en que se convierte el lugar donde habitan.

Con respecto a la prevención secundaria es necesario detectar signos de alarma útiles para intervenir precozmente en el núcleo familiar y evitar la agresión del menor:<sup>(20)</sup>

Signos de alarma generales: historia de padres golpeados o abandonados en su niñez, antecedente de enfermedad mental en los progenitores, hogares inestables, problemas económicos y tensiones emocionales familiares. Signos de alarma en parto: rechazo al embarazo, embarazo complicado, temor al parto, preocupación por el sexo del futuro hijo y número excesivo de éstos.

Signos de alarma en posparto: parto traumático o complicado, hijo considerado como símbolo de fracaso personal o desgracia, preocupación por el sexo del hijo, demora en dar nombre al hijo, celos del padre por la exigencia del hijo, disgusto de los padres por algunas de las actividades de éstos.

Sobra hablar de las medidas represivas que se aplican, pues para ese momento el daño está hecho y si no se produjo la muerte de un ángel, lo condenó, por las secuelas, a sufrir una agresión perpetua por el resto de su vida.

## AGRADECIMIENTO

A la Jefatura del Departamento de Medicina Legal y de la Sección de Patología Forense por las facilidades brindadas para efectuar esta investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Periódico La Nación, 22 de junio de 2012. Recuperado el 01 de julio de 2012 de [www.nacion.com](http://www.nacion.com)

2. Periódico La Prensa Libre, 19 de junio de 2012. Recuperado el 01 de julio de 2012 de [www.prensalibre.cr](http://www.prensalibre.cr)
3. Benavides-Lara A y Vargas-Salas M. (2008, enero-marzo). Mortalidad por causas accidentales en niños menores de 5 años en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", 2002-2004. Acta Médica Costarricense, vol 50 (1).
4. Vargas-Sanabria M, Solano Calderón L. (2008, setiembre) Accidentes de tránsito fatales en Costa Rica en el 2007. Revista Medicina Legal de Costa Rica. Volumen 25, número 2.
5. Vargas-Sanabria M, Solano Calderón L, Bonilla Montero R. (2009, setiembre) Análisis médico legal de los homicidios en Costa Rica en el 2008. Revista Medicina Legal de Costa Rica, volumen 26, número 2.
6. Reglamento de autopsias médico legales y hospitalarias. Ley N° 17461-S del 12 de marzo de 1987. Recuperado el 13 de julio de 2007 de [http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/publicaciones/legislacion\\_dia/2001/LegisAlDia-05-2001.pdf](http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/publicaciones/legislacion_dia/2001/LegisAlDia-05-2001.pdf)
7. Diccionario de la Real Academia Española (22ª edición). Recuperado el 01 de julio de 2012 de <http://buscon.rae.es/drae/>
8. Organización Mundial de la Salud (2004). Defunciones por accidentes de tránsito en países seleccionados de las Américas, 1985-2001. OMS Boletín Epidemiológico 25:2-5.
9. Vargas-Alvarado E. (1999). Medicina Legal (2ª edición). Distrito Federal, México: Editorial Trillas.
10. Madrigal-Ramírez E. (2010 octubre-diciembre) Aspectos médico legales del síndrome del menor agredido. Acta Médica Costarricense. Vol. 52(4)
11. Procuraduría General de la República. Recuperado el 08 de julio de 2012 de [www.pgr.go.cr](http://www.pgr.go.cr)
12. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Báez-Medina V, Martín-Martín V, Monroy-Villafuerte A, Venteño-Jaramillo A. (2001, abril) El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol 58.
13. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), recuperado el 01 de julio de 2012 de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)
14. Bonilla-Montero R, Vargas-Sanabria M, Mora Guevara A. (2006, marzo). Síndrome de la niña y el niño sacudidos: hallazgos anatomoclínicos. Revista Medicina Legal de Costa Rica. Volumen 23, número 1.
15. Millán S, García E, Hurtado JA, Morilla M, Sepúlveda P. (2006, enero-abril). Victimología infantil. Cuad Med Forense, 12(43-44)
16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2003) Las muertes por maltrato infantil en países ricos.
17. Cano-Canessa D. (2001). Víctimas de homicidio y suicidio en un estudio de tres años, 1998-2000. Trabajo final de graduación para optar por el título de especialista en Medicina Legal. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
18. Vargas-Solano R (2003). La muerte violenta en menores de 18 años. Trabajo final de graduación para optar al título de especialista en Medicina Legal. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica
19. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2008) Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950-2100. Recuperado el 19 de julio de 2012 de <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRnacional/pdf/proy08.pdf>
20. Lago-Barney G, Rojas-Guerrero G, Posada-Viales A, Montúfar-Neira M. (2006) Síndrome de maltrato infantil. Programa de Educación Continua en Pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría. Año 5, módulo 2.