



ULACIT

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE
CIENCIA Y TECNOLOGIA**

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

*TEMA: SINDROME DEL NIÑO AGREDIDO CON
MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE
MORDEDURA*

AUTORA: Aura Núñez Gutiérrez

TUTORA: Alcira Solano V.

*Proyecto de graduación para optar por el grado de
Licenciatura en Odontología*

*San José, Costa Rica
Diciembre, 2000*

TRIBUNAL EXAMINADOR

Nombre completo

Representante del rector Presidente del Tribunal _____

Presidente del Tribunal

Nombre Completo

Director de Carrera _____

Escuela de Odontología

Nombre Completo

Profesor de investigación _____

Nombre Completo

Representante de la empresa _____

DEDICATORIA

Mi vida, mis virtudes, el entusiasmo de seguir siempre adelante, la seguridad y confianza de poder cumplir mis metas y todo lo bueno que tengo, se lo debo a las personas que más admiro y amo, mis padres.

Gracias papi por apoyarme siempre, por no dudar ni un minuto en mí, por tus regaños cuando me lo merecía, ya que sabía que tenías razón.

Gracias mami por tu paciencia y comprensión, tus chineos y consejos de amiga.

Es por esto y mucho más, que dedico este trabajo y mi carrera a ustedes, como una manera de agradecerles sus sacrificios para llegar a alcanzar lo que tanto yo como ustedes anhelábamos.

Con amor, su hija

AGRADECIMIENTO

A mi tutora:

Lcda. Alcira Solano V., por brindarme su conocimiento, interés y sabiduría en este trabajo, por incentivar y darme ánimos cuando más lo necesitaba.

A mis profesores:

A todos los que me enseñaron sus conocimientos, me guiaron, corrigieron y nunca dudaron de mi capacidad en esta profesión, muy especial a la Dra. Giselle Dorati, por dedicar mucho de su tiempo en clínica y darme su consejo, no sólo como profesional sino como el de una gran amiga a la que admiro mucho.

A mis hermanos y hermana:

Por creer siempre en mí, por su ayuda y colaboración en todo momento, ya que una parte de todo esto se los debo a ellos.

A mis compañeros:

Gracias amigos por compartir conmigo cada momento de la carrera, por confiar en mí, respetarme y hacerme sentir siempre querida.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: FORMULACION DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	
A. Contextualizacion del objeto de estudio.....	4
1. Antecedentes internacionales.....	4
2. Antecedentes nacionales.....	9
3. Situación actual.....	11
B. Problema y objetivos del estudio.....	14
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
A. Síndrome del Niño Agredido.....	16
B. Identificación del Síndrome del Niño Agredido.....	20
C. Manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura.....	24
1. Manifestaciones buco-faciales.....	24
2. Marcas de mordedura.....	27
3. Localización de las marcas de mordedura.....	29
4. .Análisis de marcas de mordedura.....	29
D. Recolección y proceso de la evidencia.....	30
1. Recolección Fotográfica.....	31
2. Prueba por saliva.....	31
3. Impresiones y modelos.....	32
E. Interpretación de las marcas de mordedura.....	33
F. Patrón en piel y tipo de dientes.....	33
G. Características individuales.....	34
H. Estudio comparativo de las evidencias.....	34
CAPITULO III: METODOLOGIA	
Diseño metodológico.....	36
CAPITULO IV: RESULTADOS	

Descripción y análisis de resultados.....	38
1. Frecuencia del problema.....	38
2. Características sociodemográficas.....	42
3. Características asociadas a manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura.....	52

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones.....	57
B. Recomendaciones.....	60

CAPITULO VI: PROPUESTA

Propuesta.....	62
1. Diagnóstico.....	62
2. Intervención: Primeros auxilios psicológicos.....	63
3. Referencia.....	67
4. Ficha Clínica específica para pacientes agredidos.....	68

BIBLIOGRAFIA

DECLARACION JURADA

LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

Lista de cuadros

Cuadro Sinóptico N°1:

Titulo: Operacionalización de variables por objetivos específicos.

Pág.: 37

Cuadro N°1:

Titulo: Casos de Síndrome del Niño Agredido

Pág.: 41

Cuadro N°2:

Titulo: Casos con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura

Pág.: 42

Cuadro N°3:

Titulo: Prevalencia manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura

Pág.: 43

Cuadro N°4:

Titulo: Edad de la víctima

Pág.: 44

Cuadro N°5:

Titulo: Sexo de la Víctima

Pág.: 45

Cuadro N°6:

Titulo: Sexo del agresor

Pág.: 46

Cuadro N°7:

Titulo: Parentesco del agresor

Pág.: 47

Cuadro N°8:

Titulo: Procedencia de la víctima

Pág.: 48

Cuadro N°9:

Titulo: Localización del problema

Pág.: 49

Cuadro N°10:

Titulo: Lugar de la agresión

Pág.: 50

Cuadro N°11:

Titulo: Persona que denuncia el caso

Pág.: 51

Cuadro N°12:

Titulo: Tipo de agresión

Pág.: 52

Cuadro N°13:

Titulo: Nacionalidad de la víctima

Pág.: 53

Cuadro N°14:

Titulo: Tipo de manifestación

Pág.: 54

Cuadro N°15:

Título: Localización anatómica

Pág.: 55

Cuadro N°16:

Título: Cinco componentes de los primeros auxilios

Pág.: 66 y 67

Lista de gráficos

Gráfico N°1

Título: Casos del Síndrome del Niño Agredido por año del quinquenio en estudio.

Pág.: 41

Gráfico N°2

Título: Casos de Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura por año del quinquenio.

Pág.: 42

Gráfico N°3

Título: Prevalencia del Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en los últimos cinco años.

Pág.: 43

Gráfico N°4

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según la edad de la víctima.

Pág.: 44

Gráfico N°5

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según el sexo de la víctima.

Pág.: 45.

Gráfico N°6

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según el sexo del agresor.

Pág.: 46

Gráfico N°7

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según el parentesco del agresor.

Pág.: 47

Gráfico N°8

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura según el lugar de procedencia de la víctima.

Pág.: 48

Gráfico N°9

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según el medio en que sucede.

Pág.: 49

Gráfico N°10

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según el lugar donde sucede la agresión.

Pág.: 50

Gráfico N°11

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según la persona que denuncia el caso de agresión.

Pág.: 51

Gráfico N°12

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según el tipo de agresión.

Pág.: 52

Gráfico N°13

Título: Comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido según la nacionalidad de la víctima.

Pág.: 53

Gráfico N°14

Título: Tipo de manifestación buco-facial o marca de mordedura que se presentan en el Síndrome del Niño Agredido.

Pág.: 54

Gráfico N°15

Título: Localización anatómica de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura presentes en las víctimas de Síndrome del Niño Agredido.

Pág.: 56

LISTA DE IMÁGENES

Imagen N°1

Título: Niño Agredido.

Pág.: 16

Imagen N°2

Título: Agresión Física.

Pág.: 18

Imagen N°3

Título: Deprivación.

Pág.: 19

Imagen N°4

Título: Mirada triste y vigilante.

Pág.: 20

Imagen N°5

Título: Excoriaciones.

Pág.: 22

Imagen N°6

Título: Contusión de labios.

Pág.: 25

Imagen N°7

Título: Caries rampante.

Pág.: 25

Imagen N°8

Título: Asimetría Facial.

Pág.: 26

Imagen N°9

Título: Mordedura en talón

Pág.: 27

LISTA DE ANEXOS

Anexo N°1: Instrumento de recolección de información.

Anexo N°2: Glosario

Resumen

En el presente trabajo de investigación titulado: “*Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura*”, tiene como objetivo general: analizar el comportamiento del Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en la población atendida por agresión en el Hospital Nacional de Niños entre junio de 1995 a mayo del 2000.

Para la realización de este trabajo se necesitó de la consulta bibliográfica de libros, revistas, Internet, además de la comunicación personal con personas conocedoras del tema. La información analizada fue tomada de los expedientes de niños agredidos registrados en el Hospital de Niños durante el período en estudio, por medio del formulario de recolección de datos elaborado específicamente para ello. Para la ilustración del trabajo se utilizaron fotografías y material audio-visual legítimo tomado directamente de dicha institución.

En esta investigación se demuestra que las manifestaciones buco-faciales y las marcas de mordedura son signos de agresión en niños, por lo tanto son evidencia en el diagnóstico del Síndrome del Niño Agredido, las cuales han aumentado durante los últimos cinco años. Como profesional en salud, el odontólogo general, tiene la responsabilidad de intervenir en la identificación de este problema que afecta la sociedad, para ello necesita de capacitación que le facilite su intervención en la atención de estos niños.

Además es inaudito que primero como personas y después como profesionales permanezcamos invisibles a una agresión patológica en los niños de nuestro país. Quien ve un crimen y guarda silencio, es cómplice, de ahí que el profesional éticamente está en el deber de denunciar y colaborar oportunamente para una pronta solución.

1. Introducción

Una de las ramas de las ciencias odontológicas de gran utilidad para la identificación de personas, actos violentos, agresores, etc. es la Odontología Forense. Esta, de acuerdo a E. Vargas A., "... es la aplicación de los conocimientos propios del odontólogo a las cuestiones legales, entre ellas la identificación" [de los perpetradores] (Citado por Conejo C., A, 1982, Pág. 1).

El ser humano de hoy vive en un mundo donde sus valores, costumbres y creencias tradicionales, se han ido perdiendo poco a poco, siendo sustituidas por otras, que a veces atentan contra la libertad e integridad moral y física (Solano V., A, 1985).

El odontólogo como profesional del área de la salud, está en contacto diario con todo tipo de personas y de "valores", entre estas los agresores. Es por esto, que bajo su responsabilidad está el participar en el reconocimiento de los actos violentos; la recolección, preservación y comparación de datos sobre manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura, para la identificación del acto agresivo y de su autor.

Este tipo de agresión ocasiona en el niño grandes traumas físicos y psicológicos, además de las repercusiones jurídicas y éticas en la sociedad.

Como escribe Cameron, "La piel y los huesos narran la historia que el niño por ser demasiado pequeño o por estar demasiado asustado no puede contar" (Citado por Vargas Alvarado E., 1983, Pág. 309).

Si mediante la acción odontológica es posible contribuir a contrarrestar este crimen, el odontólogo debe estar atento para identificar y denunciar la sospecha de este síndrome.

Desgraciadamente, el número de niños agredidos en el país son muchos y pocos los intentos de sistematización que existen, desde el punto de vista de la Odontología Forense; por lo tanto el presente trabajo se propone, analizar el comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el niño agredido, presentando además una propuesta para la identificación

viable, real y efectiva del Síndrome del Niño Agredido y del individuo agresor, que sirva de guía al o la odontólogo(a), en su práctica profesional cotidiana.

El estudio se realiza en la población de niños(as) con Síndrome del Niño Agredido que presentan manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura; tratados en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el último quinquenio (junio de 1995 a mayo del 2000).

CAPITULO I

FORMULACION DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

A. Contextualización del objeto de estudio

1. Antecedentes internacionales

El maltrato infantil (MI) es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, y al respecto Manterola afirma: "El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad" (Citado por Santana Tavira, R, 1998).

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina (Santana Tavira, R, Op. Cit).

En la historia primitiva encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su prole y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etc. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.

Margaret Lynch describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en este mismo año en Nueva York, la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países.

La “*American Humanan Society*” que se funda en 1877, es considerada como la principal asociación en la investigación del Síndrome del Niño Agredido y en 1879, se crea en Estados Unidos la primera Corte Juvenil, entre 1920 y 1940, se da el fortalecimiento de la investigación en este campo (Solano V., A. Op. cit).

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado (Santana Tavira, R, Op .cit).

En su informe anual de 1996 la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) establece: en África occidental y central se estima que hasta un 20% de los niños se encontraban desarrollando actividades diversas de tipo laboral; en África oriental y meridional se observa que "va en aumento el número de familias cuyo jefe es un niño", y este organismo intensifica estrategias tendientes a la protección

especial de niños víctima de negligencia, maltratados, prostituidos y niños de la calle. En Asia oriental y el Pacífico los cambios sociales acontecidos se relacionan con un incremento explosivo de niños que requieren de protección debido a que se ven obligados a trabajar o a irse a las calles. En Asia meridional los niños que trabajan oscilan entre los 35 y 88 millones, muchos de los cuales laboran en situaciones peligrosas y de explotación. En América y el Caribe se observa que en países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, debido al aumento de las tensiones socioeconómicas y del des-empleo y a la disminución del salario, se incrementaron los índices de violencia, a tal grado que en países como Colombia y Guatemala éstos constituyen una de las principales causas de defunción en el grupo de 5 a 14 años de edad. Los disturbios socioeconómicos en Europa central y oriental, en estados independientes y bálticos, se han reflejado en una menor cantidad de matrimonios, incremento de divorcios y aumento de la violencia en el hogar. "Una elevada inflación siguió asolando los países eslavos de la ex Unión Soviética y desarticulando cada vez más la trama social de Belarús, la federación de Rusia y Ucrania. Las mujeres y los niños fueron las principales víctimas del Cáucaso, así como en algunos sectores de las repúblicas de Asia central, donde las instituciones del Estado no pudieron sufragar los costos de los servicios imprescindibles".

En 1995, la UNICEF estimaba que la población menor de 19 años en México representaba 47% del total de los habitantes del país y que el grupo de 0 a 4 años correspondía al 25.8%, por lo que su preocupación "son los niños y las niñas que viven en condiciones de extrema pobreza y/o que pertenecen a etnias, principalmente los pequeños menores de cinco años por ser la población infantil más vulnerable a enfermedades infecciosas, a desnutrición, al abuso y al maltrato".

En 1993 la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal informaba que el abuso sexual ocupaba el segundo lugar de los delitos notificados en esta institución; la incidencia era de 24.1%, del cual casi el total (23.9%), correspondía a agresiones que habían sido perpetradas hacia menores de 13 años.

Levav y colaboradores afirman que en 1991, en Estados Unidos de América (EUA), se notificaron 2.7 millones de casos de niños maltratados o desatendidos; citando a Tonella y Zuppinger mencionan que "en Suiza, país que ha pasado siglos enteros sin guerras, un tercio de los padres imponen castigos corporales a sus hijos".

Martínez, citando a Gallayher, refiere: "La frecuencia de maltrato infantil es alta, 18% de todos los niños están sujetos a alguna forma de maltrato, muchos mueren y otros quedan lisiados de por vida. En EUA 4 000 niños mueren al año debido a lesiones causadas por un adulto".

Teresinha refiere que "en Brasil la miseria, el hambre, las enfermedades, los malos tratos, el abandono, la prisión ilegal, la tortura física, la permanente amenaza de muerte y el asesinato es a lo que se enfrentan cotidianamente, sobre todo en las últimas décadas, millones de niños, adolescentes y jóvenes en edad escolar que viven en la calle. Todas estas formas de violencia les dificulta o impide frecuentar la escuela". En este país se identifica a los niños de la calle o a aquel que realiza un trabajo informal con el concepto de niño carente, abandonado, sin hogar o pivete, porque necesariamente es un menor que se vale de la violencia para sobrevivir en la ciudad; es el pequeño ladrón, traficante o delincuente, por lo que algunos grupos de empresarios se han vinculado con los "escuadrones de la muerte" para exterminarlos, afirmando que "cuando se mata un pivete se está haciendo un beneficio a la sociedad". De enero de 1987 a julio de 1988 se notificaron 1 397 casos de asesinatos de niños, adolescentes y jóvenes, en su mayoría varones de 11 a 18 años de edad, negros y mulatos.

En España, Verdugo informa que 11.5% de los niños intelectualmente discapacitados son víctima de diferentes tipos de maltrato y que el más frecuente es la negligencia física.

Como podemos observar el problema es universal, y a pesar de ello seguimos desconociendo la prevalencia de esta enfermedad en cada uno de los países.

En la Región de América Latina y el Caribe, cita el artículo, no menos de 6 millones de niños(as) y adolescentes, son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia, que se desata al interior del núcleo familiar (UNICEF, 1999).

En el curso de las últimas décadas se ha discutido el tema con suficiente exhaustividad, de manera que han cobrado forma las primeras iniciativas legislativas y políticas para contrarrestar este flagrante hecho, además de haber "despertado" una conciencia colectiva sobre la importancia de detectar, prevenir y sancionar ejemplarmente y de manera oportuna, las diversas manifestaciones de maltrato infantil en el mundo.

Las diferentes tradiciones culturales que prevalecen en esta Región y que justifican que los niños hayan sido considerados con frecuencia como "propiedad de los padres", explica que en tal condición, deban someterse con obediencia a sus decisiones en materia de educación, disciplina, comportamiento, desarrollo de la personalidad, etc.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), ratificada por todos los países de la región, aparece como un hito histórico en la demarcación de nuevos rumbos en contra de las múltiples manifestaciones sociales de maltrato infantil. El Art. 19 de este tratado internacional, dispone que "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo custodia de sus padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo" .

Si bien la CDN sitúa al niño como sujeto pleno de derechos, antes de su existencia, las leyes locales entendían el castigo de los padres a sus hijos como algo perfectamente válido. Hoy, esta situación ha sido transformada para bien de la infancia, en el artículo 5 de dicha convención se establece que "los Estados Partes respetarán las responsabilidades de los padres, de impartirles

dirección y orientación apropiada, para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la misma.

Según un reporte en Estados Unidos el 50% de los niños agredidos presentan heridas oro-faciales (Vargas A., E., 1984).

La aplicación de la odontología forense es de vital importancia en la identificación del Síndrome del Niño Agredido, pero aún el odontólogo no se ha responsabilizado de su labor en dicho campo. Estudios demuestran que el odontólogo es el profesional que ha reportado menor número de casos. Danis y colaboradores en 1979 dicen que “es como si la relativa infrecuente identificación por parte del dentista fuera el resultado de una inadecuada educación del práctico”. Malecz dice que “se necesita más ayuda para educar al dentista en el síndrome y en la denuncia de casos en que se sospeche que ha habido abuso o abandono del niño. Odontólogos generales y otros especialistas pueden ignorar su labor en el área” (Citados por: Solano V., Op. Cit.).

2. Antecedentes nacionales

En 1964 en el Hospital Nacional de Niños se comienza a dar tratamiento médico y social a las víctimas del Síndrome del Niño Agredido. En 1977 se funda el Comité de Estudios para el Niño Agredido (CESNA), actualmente conocido como Comisión Nacional del Niño Agredido (Solano V., A, Op. Cit.).

La comisión está formada por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, etc., quienes trabajan en conjunto con representantes de PANI, Servicio de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y el Ministerio Público, quien coordina según el caso con el departamento de Medicina Legal del OIJ y con un Tribunal de Justicia Competente.

Cifras de la última década en el Hospital de Niños, señalan que se atendieron 2072 niños por abuso o sospecha de abuso, lo que implica un promedio anual de 207 niños (Obando Hidalgo, I.M., 1999).

Según datos de 1990, del total de maltratos, el 40% son varones y el 60% mujeres. El grupo de niños de 4 a 6 años de edad es el que presenta el problema con mayor frecuencia.

Los mismos registros señalan que los tipos más comunes de abuso son el físico y el sexual.

En 1985 se realiza un estudio sobre la prevalencia de dicho síndrome en relación con las manifestaciones orales y marcas de mordedura; en el cual se concluye lo siguiente: Que los casos estudiados son en su mayor parte de clase baja y de la Provincia de San José (Solano V., A, Op. cit.) .

Se comenta que debe existir un subregistro de los casos provenientes del estrato medio y bajo, que depende del reporte de los profesionales que atienden a estos menores en la consulta privada. Por otra parte, en este subregistro puede influir el desconocimiento del odontólogo acerca del tema.

Esto explica que a pesar de que las marcas de mordedura son empleadas por la Corte Suprema de Justicia en la identificación de individuos agresores, el porcentaje de casos reportados con este síndrome mediante estas manifestaciones es muy bajo, lo que significa que los profesionales en salud, especialmente los de odontología no reportan casos.

Según otro estudio realizado de enero a junio de 1999 en la unidad de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños se concluye, que el síndrome se presenta mayormente en la población de niños ubicada entre los 6 y 12 años, es más frecuente en el sexo masculino, existe más abuso sexual que agresión, el lugar de agresión de mayor ocurrencia es el hogar de la víctima y la persona que regularmente revela el problema es la madre, el personal médico, la maestra o la trabajadora social. Esto habla de que el odontólogo sigue ignorando su responsabilidad en el área (Lda.Monge M, 2000).

En 1995, el Patronato Nacional de la Infancia atendió 6322 casos de abandono y diferentes tipos de abuso, contra menores de edad. De éstos, 2582 son casos de abuso, el 44% corresponde a agresiones físicas y el 50% a agresiones sexuales (Paniamor, 1997).

Según el Dr. Luis Diego Herrera A., en 1995 el 10,2% de adolescentes del área metropolitana reportan abuso sexual en la infancia.

En Costa Rica, instituciones como el Patronato Nacional de la Infancia y el Hospital Nacional de Niños, entre otras, han estudiado el maltrato al niño. En el Hospital se ha realizado, en los últimos años, varias investigaciones que ponen énfasis en la figura agresora, en el agredido; en el contexto ambiental y en la relación de la agresión con la desnutrición severa. Además, se ha enfocado desde el punto de vista de la atención que brinda el Estado, la atención médico legal; así como las circunstancias inmediatas al abuso sexual (Obando Hidalgo, I.M., 1999).

3. Situación actual

El presente modelo económico que conlleva la concentración de la riqueza en pocas manos, ha traído como consecuencia la contracción del salario e intensificación del desempleo, alcanzando en sus efectos, no sólo a los asalariados, sino a la gran mayoría de la población, particularmente a los sectores de la sociedad más desprotegidos, como son, las personas de edad avanzada y los niños (Mendoza R., E, 2000).

Como es fácil de advertir, se ha dado un viraje importante en el manejo de la administración pública, en el que la política social no está contemplada en la meta de la política económica. En la actualidad, las insuficiencias provocadas por el mercado, ocasionan que la política social se preste solamente como asistencia pública o de beneficencia, con el consiguiente agravamiento de la problemática infantil.

Se considera que los problemas severos que aquejan a la infancia y sus causas profundas son debidas además de la línea de gestión que adopta la administración pública, al comportamiento de los adultos para con los menores, producto de la adopción de patrones culturales dominantes y agresivos, en los que inciden todo tipo de tensiones causadas también en gran medida por la adopción de políticas económicas, cuyos rendimientos no desembocan precisamente en el bienestar colectivo.

Hasta ahora, la modernidad y demás espejismos han sido tramposas imposturas de los grandes grupos de poder, que no contemplan de manera primordial el bienestar social, lo que provoca directa o indirectamente, segregación, pobreza, pesadumbre y caos, que deriva finalmente en atraso y en un posible retorno a la barbarie, siendo la infancia la más perjudicada por ser ésta, una etapa de dependencia respecto a los adultos. Partiendo de esta premisa, se hace imprescindible que toda la sociedad advierta las causas profundas de la problemática infantil y su entorno, a efecto de que se conscientice y coadyuve en la lucha contra esta compleja barrera a la dignidad del ser humano.

En muchos países entre los que se incluye el nuestro, existen instancias específicas, gubernamentales y no gubernamentales -entre estas últimas, la UNICEF- que se ocupan de la protección del menor y sus familias. Cada una tiene diversos programas especiales orientados a tareas de asistencia social, como paliativo para encubrir un grave problema socioeconómico. Hay que agregar que la asistencia mencionada, no cubre todos los requerimientos de ayuda necesarios -solamente un porcentaje mínimo-, ni tampoco llega a todos los rincones de los países, por lo que no se logra resolver las necesidades del menor para poder desarrollarse como ser humano integral.

El actual modelo económico acentuado con el recurso del autoritarismo y la coerción, que favorece la concentración de la riqueza en un pequeño grupo y reduce también el gasto social, coadyuva a acrecentar los problemas sociales, provocando un mayor índice de pobreza, que se traduce en incertidumbre, violencia, deterioro de la educación, de la vivienda, del gasto familiar, de la salud, y con esto último, el resurgimiento de enfermedades como la tuberculosis y el cólera - anteriormente consideradas erradicadas en nuestro país- Al respecto, se afirma acertadamente que: "En América Latina, el neoliberalismo avanza con la misma velocidad que el cólera, síntoma de su otra cara, la miseria" (Mendoza R. Elvia, 2000).

En el momento en que vivimos se está presentando de manera alarmante en diferentes partes del mundo, un reclutamiento y tráfico de menores para la

satisfacción de deseos sexuales -conocido como turismo sexual- así como la producción de fotografías y videos pornográficos, en los que generalmente, el menor, con ausencia de lazos familiares y con condiciones de vida absolutamente marginales, coopera a cambio de dinero o drogas. En otros casos, los menores son utilizados mediante amenazas, chantaje o rapto; en otras ocasiones son vendidos o alquilados por sus propios padres o familiares. Algunas de estas acciones de tráfico son llevadas a cabo por ciertas organizaciones encubiertas como albergues para niños o como instituciones benéficas. Por otra parte, debe señalarse que en los últimos años se ha incrementado notablemente el abuso sexual en guarderías o en centros de atención para lactantes o preescolares (Op. Cid.).

Según datos de la UNICEF, más de cincuenta millones de menores en todo el mundo, realizan alguna forma de trabajo, violándose las leyes laborales que lo prohíben, o en su caso, sin que se otorguen las menores prestaciones y los derechos laborales correspondientes.

En México, así como en todos los países subdesarrollados, la explotación de los menores, que se ven en la necesidad de trabajar, es muy común. Como consecuencia de la pobreza de sus familias o de la necesidad de supervivencia, los infantes buscan acomodo en las industrias, talleres, o se lanzan a las calles a laborar como limpiaparabrisas, boleros, vendedores, malabaristas, cargadores, etc. A estos pequeños trabajadores informales se les conoce como "*niños en la calle*" y si bien trabajan en este lugar, no pernoctan en él; estos infantes mantienen sus vínculos familiares y sus aportaciones económicas sirven para reforzar el ingreso familiar o para cubrir por lo menos parte de sus propios gastos.

Actualmente existe en el país la Comisión Nacional del Niño Agredido, la cual labora en el departamento de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños. La comisión se encarga de velar por todos los casos de síndrome que son reportados en el país (Lic. Ana Virginia Quesada, Comunicación personal, 2000).

B. Problema y objetivos

1. Problema

¿Cómo se comportan las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido en la población atendida por agresión en el Hospital Nacional de Niños (junio 1995 a mayo del 2000)?.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar el comportamiento de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en la población atendida por agresión en el Hospital Nacional de Niños (junio 1995 a mayo 2000).

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar la frecuencia del Síndrome del Niño(a) Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en la población estudiada, por medio de la prevalencia.
2. Determinar las principales características socio-demográficas de los niños(as) con Síndrome del Niño Agredido, que presentan manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura.
3. Determinar las características de las manifestaciones buco-faciales y de las marcas de mordedura del Síndrome del Niño Agredido en el grupo estudiado.
4. Elaborar una guía para el diagnóstico y primeros auxilios de los(as) niños(as) que presentan el Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura. Además crear una Ficha clínica específica para niños(as) agredidos(as), que facilite la remisión a agencias de servicio social encargadas en la materia.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Marco Teórico

El abuso para con los niños(as) ha aumentado en los últimos años. En muchos casos el maltrato se encubre en el mito de que es un derecho y un deber de los padres, “corregir” a sus hijos como una manera de disciplinarlos, aunque se incurra en hechos violentos. Estos indiscutiblemente crean traumas físicos y psicológicos, que fomentan un comportamiento temeroso por el resto de sus vidas, o en su efecto los convierte en agresores (Solano V., A, Op. cit.).



Imagen N°1: Niño Agredido

Fuente:Fotografía Hospital Nacional de Niños

Una forma de contrarrestar esta denigrante situación, lo cual posibilita la intervención psicoterapéutica oportuna, implica muchas veces la separación temporal o permanente de la víctima, de su agresor.

Las distintas manifestaciones de la agresión se han categorizado en lo que se denomina como “Síndrome del niño agredido”, cuya conceptualización es de primordial importancia para el trabajo.

A. Síndrome del niño agredido

El Síndrome del Niño agredido consiste en las consecuencias del maltrato físico y psicológico que excede los “límites razonables” de una actitud disciplinaria (Vargas A., E., 1984).

Sin embargo hay que entender que se considera como “límites razonables”, en una sociedad patriarcal que ha legitimado las diferentes maneras de agresión; es decir hasta donde un castigo se considera normal o patológico (Camacho C., E. M, Comunicación personal, 2000).

Desde esta perspectiva, se entiende por “**Agresión**” cualquier acto que incide en el crecimiento y desarrollo normal de un niño(a), debido al impacto negativo en los aspectos físicos, intelectuales y afectivos (Solano, Anargerí, citado por Solano V.,A. En Op.cit.).

El niño puede sufrir abandono físico y emocional o abuso, concepto que incluye actos físicos, sexuales o de agresión psicológica que atacan su integridad como persona. Otros teóricos incluyen ambas en la definición del abuso.

Como respuesta a este innegable problema, las sociedades elaboran reglas para limitar la clase y dirección del abuso, que difieren en las distintas sociedades (Sears, Raccoby y Levin, 1957). Sin embargo, actualmente existen esfuerzos internacionales que tienden a definir las estrategias fundamentales, que los distintos países deben adecuar a sus características y posibilidades, como es el caso de La Declaratoria Internacional de los derechos de los Niños(as) (Citado por Solano V., A. Op. cit.).

En este esfuerzo se evidencia la presión ejercida desde la posición de género por muchos grupos que defienden la integridad física y psicológica de las mujeres y la niñez, los cuales de una u otra forma, han sido legitimados por la sociedad patriarcal.

En el caso de Costa Rica, se han dado importantes avances, al existir instancias de denuncia y organizaciones no gubernamentales como SER y CRECER, que trabajan con personas agredidas y en programas educativos tendientes a que las personas tomen conciencia de sus derechos ante la subordinación patriarcal (Camacho C., E. M°, Comunicación personal, 2000).

Desde esta perspectiva, para enfrentar casos de agresión se debe tener conocimiento sobre la manera en que la familia ha orientado los impulsos de agresividad en el proceso de socialización. Según Miguel Martínez, entre las agresiones más comunes que existen en la sociedad están:

-Agresión Física Es aquella que se lleva de forma directa contra la persona, produciéndole lesiones simples, complejas o fatales.



Imagen N° 2: Agresión Física

Fuente: Fotografía Hospital de Niños

-Agresión sexual: Es la que lleva a cabo un adulto en perjuicio de un menor, sin llegar a la cohabitación. Cuando el hecho se consuma, se llama violación y produce lesiones físicas y emocionales, con secuelas en el comportamiento psíquico y sexual futuro de la víctima (Citado en Solano V., A., Op. cit.).

-Deprivación: Es cuando existen recursos para suplir las necesidades de alimentación, educación, recreación, atención médica, afecto en una familia y se restringe o no se da; con el fin de lograr desnutrición, depauperación o muerte en una persona.



Imagen N°3: Deprivación

Fuente: Fotografía Hospital de Niños

-Agresión psíquica: Es aquella en que los padres reprimen y amenazan psicológicamente al niño(a), mutilando el desarrollo de su personalidad.

Los agresores se clasifican con el trastorno de la Pedofílea, que consiste en la manifestación de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos, que implican actividad sexual con niños(as) prepúberes o algo mayores (hasta 13 años). Otro trastorno asociado es el sadismo, que implica el daño psíquico / físico de niños(as), por parte de agresores que tiene al menos 16 años y que son por lo menos 5 años mayores que las víctimas (DESM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1998).

Estos trastornos, al igual que el de otras parafíleas, se explican por la subordinación de la mujer y los(as) niños(as), que se produce dentro de la sociedad patriarcal (Camacho C., E. M, 2000).

Según Beno de Keijzer, las manifestaciones “normales y patológicas, evidencian los mecanismos ideológicos interiorizados dentro de dicha sociedad (1996, En Camacho C., E. M. Op. cit.)

En tal sentido se explica que de alguna u otra forma la sociedad legitima esta situación, la cual es aceptada como “normal” dentro de ciertos grupos. En tal sentido hay mucho camino que recorrer, para contribuir como profesionales a elevar el nivel de conciencia sobre la importancia de las denuncias de agresión y hacerlas un hecho en las instancias correspondientes.

Este complejo problema debe ser abordado en equipo, cosa a la que el personal de odontología no ha estado acostumbrado.

B. Identificación del Síndrome del Niño Agredido

Los niños víctimas de este Síndrome presentan ciertos signos y síntomas característicos tanto en la esfera física como psíquica.

Psicológicamente, el niño agredido se describe como una persona siempre temerosa ante la eventualidad de otro ataque, por lo que puede reaccionar con cautela e inseguridad ante el medio ambiente. Tiene una “mirada vigilante congelada” ante el peligro; al mismo tiempo sus caras permanecen inmóviles; inexpresivos, sin sonrisas espontáneas, evitan el contacto visual, como si creyeran que evitando mirar a los ojos de los demás, se libran de un ataque eventual (Kittle, P., 1981, Citado por Solano V., A. En Op. cit.).



Imagen N° 4: Mirada triste y vigilante

Fuente: Fotografía Hospital Nacional de Niños

También muestran signos como: mal nutrición, estatura y peso bajos, falta de limpieza, ropas inadecuadas para la época que pueden estar ocultando otros signos, pelo desordenado. La mal nutrición se reconoce por la presencia de pecho plano, postura de fatiga con hombros redondeados, abdomen protuberante y pelo muy fino, cara pálida de apariencia sucia y sin lustre (Op. Cit.).

Estos niños(as) usualmente están desprovistos de implementos para protegerse contra la lluvia o el frío. Algunas veces presentan signos como cojera, o dificultades al caminar, que pueden indicar afecciones físicas.

Deben observarse la presencia de marcas en la piel que pueden ser de mordeduras, de quemaduras por cigarrillos, de látigos, de cinturones, hebillas, mecates sujetadores, de estrangulamiento, etc.

Las áreas claves que deben evaluarse cuidadosamente son: la cabeza, el cuello, las extremidades, el pelo. Aquí deben buscarse signos de agresión como traumatismos de tejidos suaves o duros, coágulos, abrasiones, zonas eritematosas, edematosas, salpullidos, entre otros.

La traumatología en el niño agredido se clasifica según el medio que la origina:

1. Mecánicos: Con lesiones subcutáneas, percutáneas o mixtas, producto de asfixias mecánicas, explosiones, armas blanca y de fuego.
2. Térmicos: Con lesiones causadas por calor o frío como quemaduras, abrasiones que pueden incluso conducir a la muerte.
3. Eléctricos: Con consecuencias de electrocución o fulguración, debidas a la electricidad doméstica o electricidad atmosférica respectivamente.
4. Químicos: Con intoxicaciones o manifestaciones en piel consecuentes a la ingesta o contacto.

Por lo general, las heridas en los niños(as) agredidos son producidas por las manos del adulto, sin utilizar instrumentos, por lo que el diagnóstico se complica aún más. Es por esto, que los términos utilizados en la descripción

diagnóstica, deben ser claros y reflejar el conocimiento del profesional en la materia. De esta forma se facilita la identificación del síndrome. La terminología básica utilizada es la siguiente:

❖ **Contusiones**

Trauma producido por cuerpos romos que no tienen filo, con un mecanismo de acción de presión, fricción, tracción, o percusión; puede producirse con las manos, los dientes, las uñas u otros objetos no cortantes. Las lesiones se clasifican como:

1. **Apergaminamiento:** Lesión de aspecto pergaminoso, amarillenta, sin reacción inflamatoria, debida a la fricción del agente causante.
2. **Excoriación:** Desprendimiento de los estratos superficiales de la epidermis por fricción, sin involucrar el estrato basal. **Equimosis o Cardenal:** Extravasación e infiltración sanguínea en el espesor de los tejidos.



Imagen N° 5: Excoriaciones

Fuente: Fotografía Hospital Nacional de Niños

3. **Sugilación:** Equimosis por succión.
4. **Herida contusa:** Herida de bordes irregulares y difusos, de variada profundidad, que queda después de la lesión.

❖ **Fractura**

Es el equivalente de herida o fisura en los huesos o su rotura por fuerza de gran intensidad.

❖ **Laceración**

Es el equivalente de herida contusa pero en órganos internos

Las manifestaciones de abuso en el niño(a) pueden ocurrir según Vargas Alvarado de las siguientes formas:

A. Forma Activa: aguda o crónica.

B. Forma Pasiva

En la forma activa o de castigo físico se observan contusiones de diferente tiempo, muchas de ellas vecinas entre sí que pueden ser causadas por un solo golpe o por diferentes.

Esta forma es aguda cuando las lesiones son causadas por un golpe exagerado. Es crónica cuando las lesiones se deben a castigos reiterados y frecuentes a lo largo de varios días.

La forma pasiva ocurre por omisión de cuidados que requieren los niños, propios de la edad, como lo son las atenciones de salud inmediatas -en caso o no de enfermedad- omisión de los cuidados alimenticios que conducen a la desnutrición y hasta la muerte (1983).

El Síndrome del Niño Agredido puede detectarse en dos condiciones de la víctima:

1. En pacientes vivos. Aquí el dentista se enfrenta con niños traumatizados, que pueden ser casos descubiertos, identificados o de los que hay sospecha.

2. En pacientes muertos: (estudio pos-mortem): Casos en que la identificación es necesaria, la cual permite identificar a la víctima y al

perpetrador por medio de las marcas de mordedura (Cottone, J. En Solano V., A. Op. cit.).

C. Manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura

En el siguiente apartado se explica las manifestaciones buco-faciales, la localización y el análisis de las marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido.

1. Manifestaciones buco-faciales

Se ha establecido que la cabeza es el lugar en que con mayor frecuencia hay signos del Síndrome del Niño Agredido, especialmente en aquellos casos fatales, ya que representan la mayor causa de mortalidad (Giraldo, C. A., En: Solano V., A, Op. cit.).

Las manifestaciones buco-faciales en el Síndrome del Niño Agredido son aquellas lesiones en tejidos suaves y duros del Sistema Estomatognático y las que involucran los tejidos y huesos de la cabeza y el cuello. Por lo general están acompañadas por otros tipos de traumatismos en otras áreas del cuerpo.

Las manifestaciones orales de acuerdo a E. Vargas A., se pueden clasificar en tres grupos (Citado en Solano V., A, Op.cit):

1. Lesiones de tejidos suaves.
2. Lesiones de tejidos duros.
3. Lesiones de huesos.

La contusión de los labios, especialmente del labio superior junto con laceraciones en su parte interna, es de particular importancia diagnóstica, pues se asocia con golpes o bofetadas. Puede implicar o no la rotura del frenillo labial. Las lesiones en las comisuras labiales puede deberse a mordazas colocadas para evitar que el niño hable. Puede también presentarse, laceraciones en el mucosa oral, algunas veces manifestadas como heridas cortantes provocadas por la introducción violenta de instrumentos para comer, o de alimentos muy calientes en la boca del niño.



Imagen N° 6: Contusión de labios

Fuente: Fotografía Hospital Nacional de Niños

En los tejidos duros, es muy frecuente la fractura, ausencia o decoloración de incisivos superiores, debido especialmente a golpes de impacto violento causados por el agresor.

Dientes con caries rampantes, con dolor de varios días de duración, con infección o sangrado, en general sepsis oral, son manifestaciones bucales del síndrome de forma pasiva. En el caso de sepsis generalizada, el maltrato se convierte en forma activa, al permitir la infección.



Imagen N° 7: Caries rampante

Fuente: Fotografía: Hospital Nacional de Niños

La asimetría facial es un factor que debe observarse detalladamente, si hay dolor e inflamación, hay que constatar la presencia de fractura reciente del maxilar, en especial del inferior. Consecuentemente las fracturas son relativamente comunes alrededor de las raíces largas, en especial en la región de caninos y terceros molares. La agresión directa a un solo lado de la mandíbula puede por la formación de patrones secundarios de fuerza,

producir una fractura en el lado opuesto. Fracturas en la sínfisis mentoniana, puede resultar tanto de la violencia directa como de las fuerzas de aplastamiento. Cualquier fuerza residual se trasmite a los cóndilos.



Imagen N°8: Asimetría Facial

Fuente: Fotografía Hospital Nacional de Niños

Aún cuando la maxila es más débil es fracturada pocas veces por golpes de puño o manotazos, pues un alto porcentaje de estas, son el resultado de un golpe con una arma, que casi siempre deja patrones característicos en los tejidos suaves.

La radiología es el método diagnóstico a elección para la fractura dental o maxilar. En dientes la fractura que mayor incidencia tiene es la horizontal. Radiográficamente observamos si hay presencia de callosidades óseas, producto de fracturas antiguas, su grado de reparación y las características de la fractura en sí.

Los golpes en tejidos duros y suaves también son dirigidos hacia otras partes de la facies como son los pómulos, rebordes orbitarios hueso temporal, occipital, cigomático, suturas craneanas, sínfisis, y cuello. Estos son áreas claves que el odontólogo puede visualizar fácilmente y así colaborar en la identificación de este síndrome.

Las manifestaciones orales en el abuso de los niños representan una extensión de las fuerzas dirigidas hacia la cabeza (Giraldo, César en Solano V.,A, en Op.cit.).

2. Marcas de mordedura

El análisis de mordeduras humanas en homicidios, violaciones y agresiones de niños ha permitido no sólo identificar el autor del delito sino además aclarar la actitud del agresor y, en los delitos sexuales, de la víctima también (Colombari A. Carlos. En Solano V.,A. En Op.cit.).



Imagen N°9: Mordedura en talón

Fuente: Fotografía Hospital Nacional de Niños

El crecimiento acelerado en la investigación de abusos de niños, demanda comparaciones de marcas de mordedura, de buena calidad (Krauss, Thomas. En Solano V.,A. En Op.cit.).

Según Vargas Alvarado podemos definir las marcas de mordedura como: la impresión producida por dientes humanos o animales, o por dentaduras u obturaciones. El objeto en que se ha dejado dicha marca pueden ser la piel de un individuo, goma de mascar, manzanas, peras, bananas, queso, embutidos, tapas de botellas, pipas, etc.(1983)

Según Colombari Armijo, podemos clasificar las mordeduras de la siguiente forma (Citado en Solano V.,A. En Op.cit.):

- A. Mordeduras de agresión.
- B. Mordeduras de defensa.
- C. Mordeduras sexuales.

En los casos criminales las marcas de mordedura según Levine se clasifican (citado en Solano V.,A. En Op.cit.):

-Caso de adulto: 1) Sexuales

2) No sexuales:

- a. forzado
- b. voluntario
- c. homo-sexual
- d. hetero-sexual

-Caso de niños: 1) Incidentes múltiples:

- a. sanados
- b. sanando
- c. nuevos

2) Incidentes únicos:

- a. heridas nuevas sólidas
- b. adulto perpetrador
- c. niño perpetrador

Se entiende por perpetrador la persona que causa la mordedura, la víctima es la receptora de la mordedura.

La marca de mordedura se manifiesta en piel cuando ha sido realizada con mucha fuerza.

El principio de Berg y Shaid dice que 4 ó 5 marcas de dientes adyacentes deben presentarse antes que la marca dada pueda ser identificada, tal como, una marca de arcada humana, superior o inferior, y eventualmente permitir la identificación del autor (Hill, Ian. En Solano V.,A. En Op.cit.)

Cuando dos o más mordeduras se presentan, en aproximación una sobre otra, la marca de mordedura, no puede ser presentada hasta que sea aislada la arcada superior y la arcada inferior como parte de la misma.

Las marcas de mordedura, que pueden encontrarse tanto en niños vivos como en niños muertos, según su clasificación pueden describirse para mayor comprensión tomando en cuenta para la interpretación 4 factores: dientes, acción de la lengua, labios y mejillas.

Las mordeduras orientadas sexualmente son efectuadas lentamente, con sugilación provocada por acción la de cámara que producen la lengua y los labios. De acuerdo a la posición de la agresión sexual, también puede establecerse si fue realizada por un homosexual o un heterosexual.

En el caso de niños que presentan marcas de mordedura por agresión se han observado las llamadas “Marcas en Herradura”, encontrándose en la víctima dos tipos de marcas: aquellas en las que otro niño fue quien las provocó por agresión física o las de orientación sexual (Colombari A.,C, en Solano, V.,A, en Op.cit.).

Las marcas que involucran agresión física pueden ser ofensivas, defensivas o accidentales durante un altercado.

3. Localización de las marcas de mordedura en niño agredido

Vale en 1982, estableció en un estudio realizado de 28 casos, marcas en diferentes partes del cuerpo como lo son: cuero cabelludo, nariz, cuello mejilla, barbilla, garganta, pecho, espalda, parte superior del brazo, manos, antebrazo, dedos, abdomen, nalgas, muslos, pantorrilla, pie.

Las áreas más comunes afectadas fueron: pecho, cuello, antebrazo, brazo (citado en Solano V.,A, en Op.cit.).

4. Análisis de las marcas de mordedura

El odontólogo forense debe saber diferenciar si efectivamente la mordedura es humana o animal. Usualmente, una marca humana tiene forma ovalada, rodeada por una zona equimótica. En algunos casos puede presentarse la marca de todos los dientes, como en otros individualmente y

distanciados unos de otros, por esto es necesario saber si es realmente la marca de una dentadura.

Es necesario relacionar la marca con el tiempo en que sucedió el crimen. Si no existe relación se debe pensar en reincidencia en el acto de agresión.

Además, se debe clasificar el acto agresivo como sexual o no sexual y si fue abuso deshonesto en un niño (Solano V.,A, en Op.cit.).

D. Recolección y proceso de la evidencia

Las marcas de mordedura como evidencia de la investigación de muchos casos, ayuda a identificar tanto al agresor como al niño agredido; por lo que se debe hacer un examen riguroso para no perder este tipo de evidencia lo más antes posible.

El reconocimiento de la marca de mordedura humana y la preservación de la evidencia de acuerdo al análisis, son elementos básicos para el éxito en el momento de evaluar la evidencia (Moya Pueblo, Vicente, 1994).

En la escena el investigador puede encontrar numerosos inconvenientes para reconocer adecuadamente la marca, estas marcas pueden estar cubiertas por ropa, sangre, suciedad, etc.

Luego de ubicarse en la escena, en el procesamiento se deben cumplir con los siguientes pasos:

- 1.-Fotografías de la herida (antes y después de lavar).
 - a.-Blanco y negro
 - b.-Color
- 2.-Prueba de saliva en la marca de mordedura (antes de lavar).
- 3.-Impresiones cuando son necesarias.

El procesamiento de la evidencia, se lleva a cabo tanto en la escena, como en la morgue o el hospital, según lo requiera el caso.

La recolección de la evidencia en sí, puede ser descrita básicamente como:

1. Recolección fotográfica

La fotografía como instrumento de investigación y sistema de archivo proporciona un instrumento visual en relación con un testimonio oral o escrito (Colombari A. Carlos, citado en Solano V., A, en Op.cit.)

Las fotografías se utilizan para la comparación en conjunto con otros instrumentos que se utilizan en la investigación.

La reproducción fotográfica es una de las más valiosas ayudas en la documentación exacta de una evidencia que sufra distorsión, como es el caso de las marcas de mordedura debido a los procesos de cicatrización o putrefacción.

En la escena se tomarán fotografías de todo el cuerpo en diferentes ángulos, para la orientación correcta en la escena, y se hará un acercamiento fotográfico con la técnica adecuada, en una relación de producción de escala natural 1:1, tanto a color como en blanco y negro de las marcas encontradas, cada una con su debida identificación, y así se deja fijado el proceso fotográficamente. El flash es necesario para tomar las indentaciones más fielmente. Debe hacerse uso de reglas marcadas para evidenciar junto con la heridas una referencia métrica.

2. Pruebas por saliva

El uso de la saliva en la ciencia forense está basado en la presencia de secretoras de sustancias de grupos sanguíneos ABH en la saliva, pero cantidades mayores están usualmente presentes en la saliva de individuos de grupo O que en aquellos que poseen sustancias A y B. (Minnott, Carlos, en Solano V., A, en Op.cit.).

Antes de lavar y tomar la impresión, se realizará una prueba para determinar trazas de saliva en la marca de mordedura en la piel del individuo. Esta se hace con torundas de hilo de algodón al 100%, embebidas en agua destilada, que una vez pasadas por la piel son introducidas en tubos

de ensayo, dejándolos secar al aire. Se debe efectuar una muestra de control de otra zona de la piel.

La sangre del individuo agredido, como de la víctima, pueden estar mezcladas, por esto se deberá hacer la anotación exacta del grado de contaminación.

Se debe observar también si la herida está sana, está sanando o es nueva. En este último caso se determina si es ante mortem, peri mortem o post mortem, de acuerdo con la coloración equimótica de la misma y con cortes histológicos.

3. Impresiones y modelos

Otro instrumento a utilizar en la comparación, es la técnica de impresiones y modelos.

Se confeccionarán modelos tanto de la marca de mordedura en la piel del individuo agredido como de los maxilares de los posibles agresores o víctimas, según el caso.

En el individuo agredido, la impresión se realiza con material para impresión de hule liviano que una vez espatulada, será aplicado sobre la zona de la piel con la marca, evitando producir burbujas que interfieran con la nitidez de la prueba.

La aplicación del material debe ser continua. Luego se coloca un pedazo de gasa sobre este material para delimitarlo.

En caso de los sospechosos, se hará una impresión con alginato de cada una de las arcadas dentarias.

Estas impresiones serán chorreadas con yeso extra-duro, dejando como resultado modelos al positivo, descriptivos y de fiel reproducción de la evidencia para comparar con las marcas de las dentaduras de interés.

E. Interpretación de las marcas de mordedura

La interpretación de las marcas de mordedura son evidencias básicas que envuelven un número de observaciones y conclusiones.

La marca de mordedura debe determinarse en su origen, es decir si fue realizada por una dentadura humana o animal.

Observar la forma y el tamaño del arco y de los dientes, además el número y distancia dentario, son factores que nos indican si estamos en presencia de una dentición humana, y a distinguirlas de las marcas de sugilación.

Las marcas de mordedura humanas son superficiales, las de animales presentan en la mayoría de los casos, laceraciones en piel, causadas principalmente por los caninos.

Distinguimos las marcas de mordeduras realizadas por un adulto de las de un niño, estudiando el tamaño y la forma de las arcadas y de los dientes.

La intensidad en que se marcaron las dentaduras, indica el grado de violencia en el acto agresivo.

F. Patrón en piel y tipo de dientes

Cada diente tiene diferente patrón de grabado en piel, debido a las diferentes formas dentarias, y de acuerdo con la posición en que se encuentren en la boca.

Según la clasificación de Levine; estos patrones pueden clasificarse así:

- Los incisivos anteriores: producen rectángulos.
- Los caninos: producen triángulos con variaciones.
- Los premolares: producen uno o dos triángulos con variaciones.
- Los molares: raras veces dejan marcas, pero dejan si presentan la delimitación del área (citado por Solano V.,A, en Op.cit.).

G. Características individuales

Existen variaciones en la forma general de cada diente que debe ser anotada cuidadosamente. El ancho mesio-distal debe ser considerado, así como la porción que más sobresale en ese diente.

Se anotarán la ausencia de piezas dentales en las arcadas. La mal posición dentaria presente, la posición de los dientes con respecto al plano horizontal, y anomalías morfológicas como: cúspides supernumerarias, fracturas incisales, etc.

Estas características en la dentición humana, son diferentes en cada uno de los seres humanos, y son estas las que nos determinan el patrón de herida.

El individuo puede presentar variantes en su mordida, permitiéndole morder sin uniformidad, lo que implica una diferencia en la intensidad de presión de la marca de mordedura en piel.

Además, los dientes de la arcada inferior, por ser esta la que mayor fuerza ejerce al morder, siempre se encuentran más marcados en piel que los de la arcada superior.

H. Estudio comparativo de las evidencias

El caso preservado fotográficamente, se comparará con modelos dentales del sospechoso poniéndolos en superposición. Lo mismo se hará con los modelos de la marca de mordedura que desee compararse.

Se hará el estudio comparativo de la saliva, cuando ésta exista en la marca de mordedura, con la saliva del sospechoso.

La evidencia por marcas de mordedura, propiamente registrada, desarrollada y presentada es aceptada en la corte.

Ante los ojos de las agencias del cumplimiento de la ley y la corte, este es un método válido y confiable, junto con otros métodos científicos de comparación, tal como huellas digitales y pruebas de grupos sanguíneos.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Diseño Metodológico

1. Tipo de estudio

Descriptivo retrospectivo.

2. Fuente

La fuente primordial será el registro de casos de Síndrome del Niño Agredido del Hospital de Niños en el período de junio de 1995 a mayo del 2000.

3. Universo

El universo de estudio son todos los casos de Síndrome del Niño Agredido que muestran marcas de mordedura y manifestaciones orales reportados al Hospital Nacional de Niños en los últimos cinco años, (junio de 1995 a mayo del 2000).

4. Operacionalización de variables e indicadores por objetivos específicos

El procedimiento se resume en el cuadro sinóptico 1, que se presenta en la página siguiente, en el que se incluye las variables e indicadores según objetivos específicos.

**CUADRO SINOPTICO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES POR
OBJETIVOS ESPECIFICOS**

OBJETIVOS	DESCRPTORES	VARIABLES	INDICADORES
<p>1. Identificar la frecuencia del Síndrome del Niño con manifest. Buco-fac. y mord. en la poblac. estudiada.</p>	<p>Frecuencia del problema en cuestión.</p>	<p>Prevalencia del Síndrome.</p>	<p>N° de casos de manifestaciones oro-faciales y marcas de mordedura / N° total de casos de A F* física reportados en el período x 100.</p>
<p>2. Determinar las principales características de los niños con Síndrome del Niño Agredido con manifest. Buco-fac. y mord.</p>	<p>Características sociodemográficas.</p>	<p>1.Edad y sexo de la víctima. 2.Edad y sexo de agresor. 3.Parentesco víctima-agresor. 4.Lugar de procedencia. 5.Lugar de la agresión. 6.Persona que denuncia el abuso.</p>	<p>1.M-F / 0-15 años 2.M-F / cualquiera 3.Madre / Padre / Hermano Tío / Maestro /Vecino / Padrastro / otro (especifique) 4.Especificar provincia. Urbano / Rural 5.Hogar / Escuela / Barrio / Centros de cuidado / otro (especifique). 6.Madre / Padre / Maestra / Médico / Odontólogo / otro, especifique</p>
<p>3. Determinar las caract. de las manif. buco-fac y mord. en el Sínd. Niño Agred. la poblac. estudiada.</p>	<p>Características asociadas a manifestaciones oro-faciales y marcas de mordedura.</p>	<p>1. Tipo de manif. Buco-fac. 2.Localización anatómica de manif. buco-fac. 3. Localización anatómica de la marca de mordedura.</p>	<p>1.Excoriación / Equimosis / Fractura /Laceración / otros. 2.Labios / mucosa / malar/ maxila / mandíbula /mentón / nariz / frente / otros. 3.Cabeza / cuello / extremidades/ tronco / abdomen / pelvis / otros.</p>
<p>4. Normativa para la atención integral del Síndrome del Niño Agredido.</p>	<p>1. Diagnóstico 2. Primeros auxilios 3.Referencia 4. Ficha Clínica</p>	<p>A elaborar sobre la base de los resultados</p>	

5. Técnica de recolección de datos

La recolección de los datos se hará por medio del formulario, que se incluye en el anexo 1 y que incluye los siguientes temas:

1. Datos de prevalencia
2. Identificación
3. Datos demográficos de la víctima
4. Datos demográficos del posible agresor.
5. Datos sobre el abuso.
6. Tipo de lesión oro-facial o marcas de mordedura.

6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos se hará por medio de técnicas bioestadísticas descriptivas. Se utilizarán y gráficos para presentar la información, y se emplearán porcentajes para resumirla.

El procesamiento de los datos se hará de manera electrónica por medio de computador, utilizando el programa Excel 2000.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Descripción y análisis de resultados

Una vez analizada y organizada la información reunida de los expedientes de los pacientes atendidos con Síndrome del Niño Agredido en el Hospital Nacional de Niños durante el periodo de junio de 1995 a mayo del 2000, presentamos los resultados de la investigación realizada acerca del Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en nuestro país.

1. Frecuencia del problema

De acuerdo con los resultados del estudio, en el periodo de junio de 1995 a mayo del 2000 existen un total de 263 casos con Síndrome del Niño Agredido en el registro de casos del Hospital Nacional de Niños.

En el archivo de dicha institución se encontraron 228 expedientes, debido a que se habían perdido los datos de 35 expedientes. Todos los resultados de esta investigación están sobre una base de 228 expedientes revisados.

El gráfico #1 nos demuestra que los casos de síndrome de cada año en estudio generalmente van en aumento, aunque en el último año ha disminuido, lo que indica que la prevención que dan los medios de comunicación y las agencias de servicio social han ayudado.

CUADRO #1

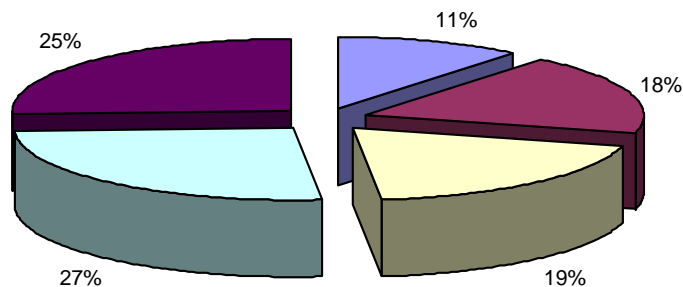
CASOS DE SÍNDROME DEL NIÑO AGREDIDO

AÑO	# DE EXPEDIENTES
Junio 1995 a mayo 1996	25 / 11%
Junio 1996 a mayo 1997	41 / 18%
Junio 1997 a mayo 1998	44 / 19%
Junio 1998 a mayo 1999	60 / 27%
Junio 1999 a mayo 2000	58 / 25%
TOTAL	228 / 100%

FUENTE: Expedientes Hospital Nacional de Niños

GRÁFICO # 1

CASOS DE SÍNDROME DEL NIÑO AGREDIDO POR AÑO DEL QUINQUENIO EN ESTUDIO



■ Junio 1995 a mayo 1996	■ Junio 1996 a mayo 1997
■ Junio 1997 a mayo 1998	■ Junio 1998 a mayo 1999
■ Junio 1999 a mayo 2000	

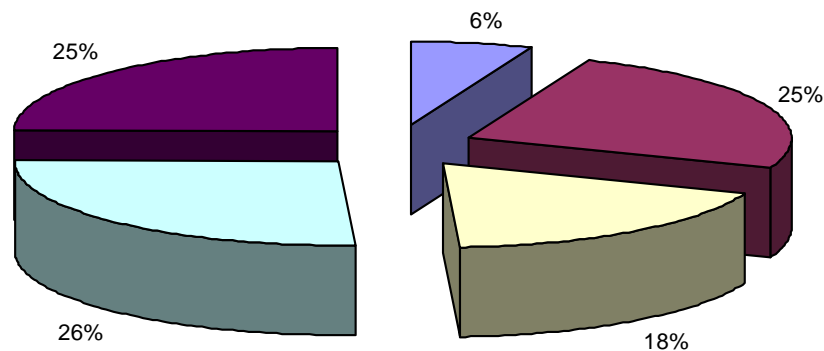
El gráfico #2 nos muestra la presencia de manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura, el número de casos del último año en estudio es cuatro veces mayor al número de casos del primer año, incrementando así la importancia de las manifestaciones buco-faciales y de las marcas de mordedura en el diagnóstico del este Síndrome.

CUADRO N° 2
CASOS CON MANIFESTAACIONES BUCO-FACIALES Y
MARCAS DE MORDEDURA

AÑO	# DE CASOS REVISADOS
Junio 1995 a mayo 1996	4/6%
Junio 1996 a mayo 1997	16/25%
Junio 1997 a mayo 1998	12/18%
Junio 1998 a mayo 1999	17/26%
Junio 1999 a mayo 2000	16/25%
TOTAL	65/100%

FUENTE: Expedientes Hospital Nacional de Niños

GRÁFICO # 2
CASOS DE SÍNDROME DEL NIÑO AGREDIDO CON
MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA
POR AÑO DEL QUINQUENIO



- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ■ Junio 1995 a mayo 1996 | ■ Junio 1996 a mayo 1997 |
| ■ Junio 1997 a mayo 1998 | ■ Junio 1998 a mayo 1999 |
| ■ Junio 1999 a mayo 2000 | |

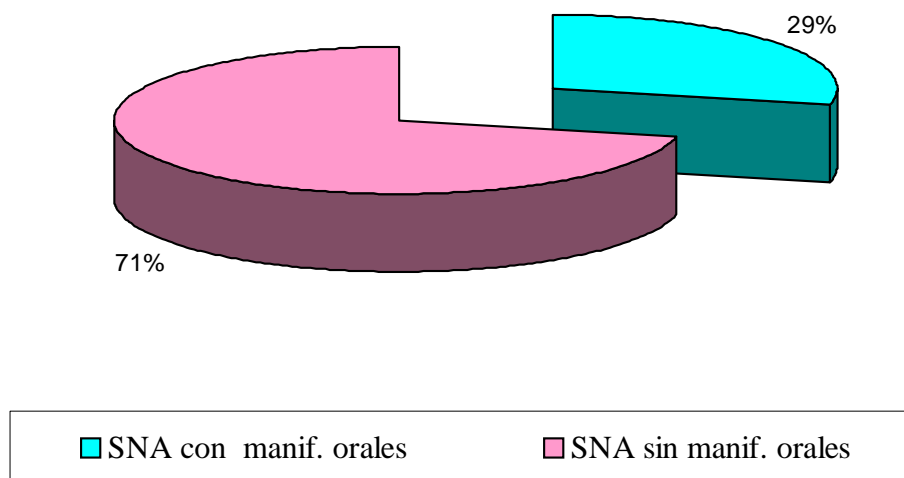
Como se explica en el gráfico #3, de un total de 228 expedientes con Síndrome del Niño Agredido, 65 casos presentaron manifestaciones buco-faciales y marcas de mordeduras, lo que representa una prevalencia de un 29%, lo que significa más de la cuarta parte del total de casos. Para ser la región buco-facial una parte pequeña del cuerpo humano es un porcentaje bastante representativo para indicar la importancia de la identificación de casos de Síndrome del Niño Agredido que el odontólogo pueda realizar.

CUADRO #3
PREVALENCIA DE LAS MAIFESTACIONES
BUCO-FACIALES Y MORDEDURAS

SNA	Nº DE CASOS
SNA con manif. orales	65/29%
SNA sin manif. orales	163/71%
TOTAL	228/100%

FUENTE: Expedientes Hospital Nacional de Niños

GRÁFICO # 3
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL NIÑO AGREDIDO CON
MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA
EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS



2. Características Sociodemográficas

2.1 Variable según la edad de la víctima

En el gráfico #4, podemos observar que la mayoría de las agresiones se presentan en los niños entre los 2 años y 3 años y 11 meses de edad. Esta es una edad en que los niños no pueden defenderse y los padres descargan su ira en ellos.

CUADRO #4

EDAD DE LA VICTIMA

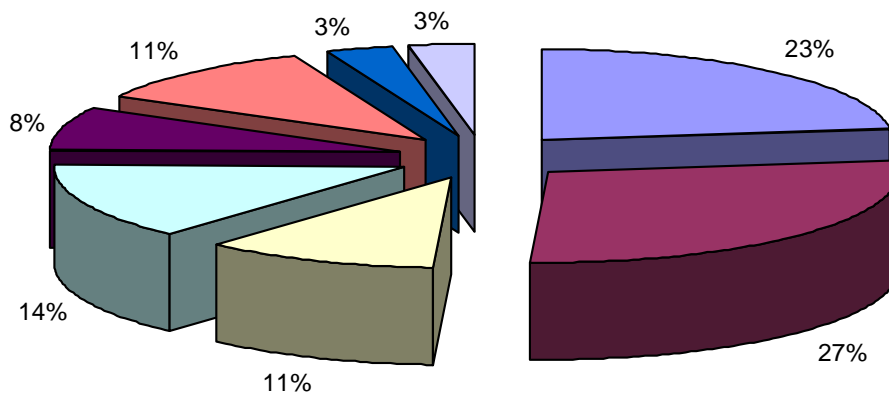
EDAD	Nº DE CASOS
0 - 1a 11m	15/23%
2a - 3a 11m	18/27%
4a - 5a 11m	7/11%
6a - 7a 11m	9/14%
8a - 9a 11m	5/8%
10a - 11a 11m	7/11%
> a 12	2/3%
No registrado	2/3%
TOTAL	65/100%

FUENTA: Expedientes Hospital

Nacional de Niños

GRÁFICO # 4

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DEL NIÑO AGREDIDO SEGÚN LA EDAD DE LA VÍCTIMA



0 - 1a 11m	2a - 3a 11m	4a - 5a 11m	6a - 7a 11m
8a - 9a 11m	10a - 11a 11m	> a 12	No registrado

2.2. Variable según el sexo de la víctima

De acuerdo con el estudio, el sexo masculino es el más afectado en las agresiones, el cual está representado por un 54%, lo que involucra una cantidad muy similar al de las mujeres, indicando que realmente no existe preferencia significativa en la agresión por sexo. (Gráfico #5)

CUADRO #5

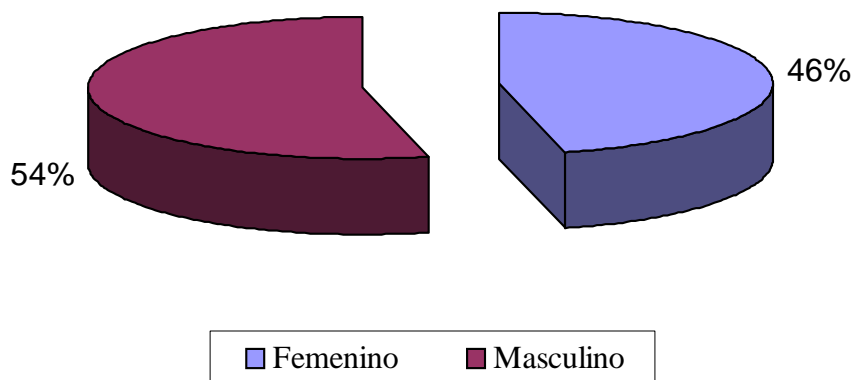
SEXO DE LA VICTIMA

SEXO	Nº DE CASOS
Femenino	30/46%
Masculino	35/54%
TOTAL	65/100%

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 5

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO SEGÚN EL SEXO DE LA VICTIMA



2.3. Variable según sexo del agresor.

El sexo del agresor es un dato que generalmente esta incompleto en el expediente de la víctima, debido a que no siempre se conoce el responsable del acto de agresión. En el gráfico #6 se puede observar que el mayor número de agresores son mujeres, lo que nos lleva a pensar que son las madres las principales agresoras en el Síndrome del Niño Agredido.

CUADRO #6

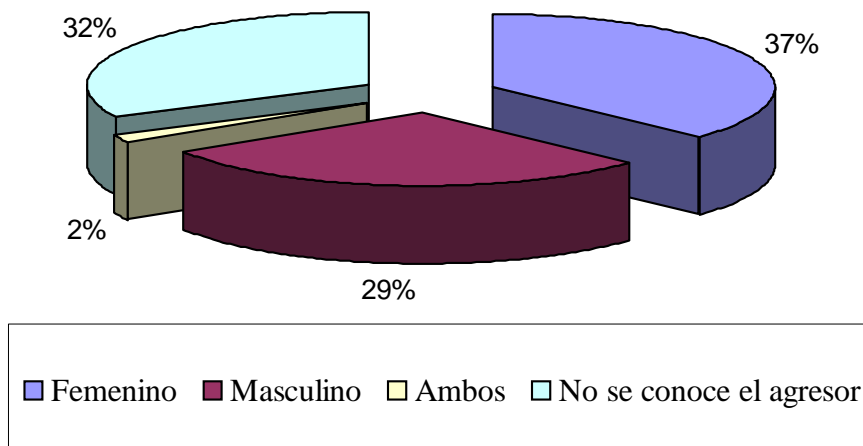
SEXO DEL AGRESOR

SEXO	Nº DE CASOS
Femenino	24/37%
Masculino	19/29%
Ambos	1/2%
No se conoce el agresor	21/32%
TOTAL	65/100%

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 6

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO SEGÚN EL SEXO DEL AGRESOR



2.4. Variable según el parentesco del agresor

Este es uno de los aspectos que varía con mayor facilidad, debido a que en un hogar donde se demuestra la agresión por parte de los padres, casi todos los miembros de la familia se convierten en agresores. Según el análisis, la madre es la principal agresora, aunque son muchos los casos en que no se conoce el agresor por lo que es un resultado poco real por la falta de información, como lo demuestra el gráfico #7.

CUADRO #7

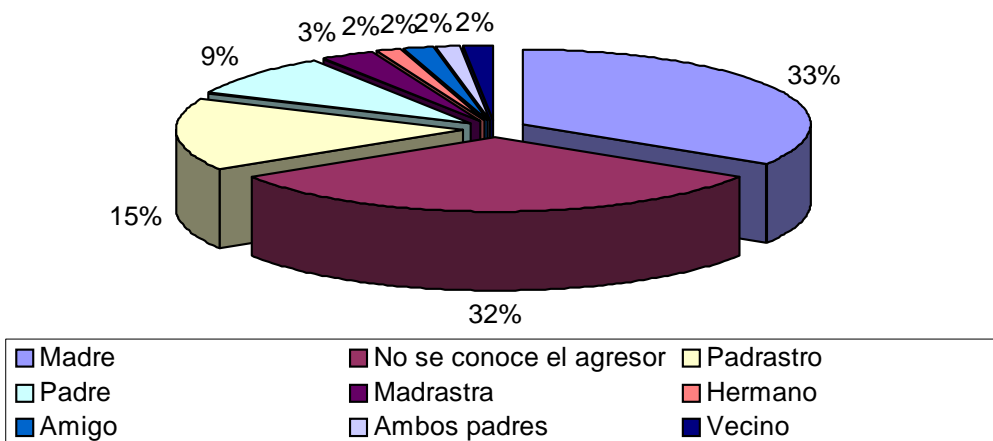
PARENTESCO DEL AGRESOR

PARENTESCO	Nº DE CASOS
Madre	22/33%
No se conoce el agresor	21/32%
Padrastra	10/15%
Padre	6/9%
Madrastra	2/3%
Hermano	1/2%
Amigo	1/2%
Ambos padres	1/2%
Vecino	1/2%
TOTAL	65/100%

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 7

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO SEGÚN EL PARENTESCO DEL AGRESOR



2.5. Variable según el lugar de procedencia de la víctima.

Como lo demuestra el gráfico #8 y #9, un porcentaje muy alto de las víctimas del Síndrome del Niño Agredido son de la ciudad de San José, lo que significa que el medio urbano es el más afectado en sus barrios bajos. Esto ocurre que al estar el Hospital de Niños ubicado en la capital son las personas de esta área las que acuden a él.

CUADRO #8

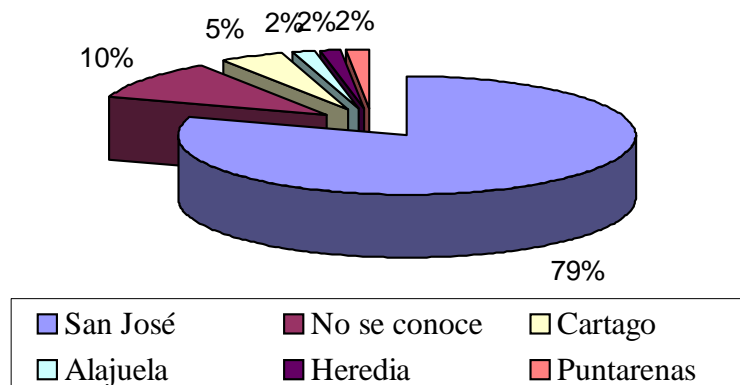
PROCEDENCIA DE LA VICTIMA

PROVINCIA	Nº DE CASOS
San José	52
No se conoce	7
Cartago	3
Alajuela	1
Heredia	1
Puntarenas	1
TOTAL	65

FUENTE: Expedientas Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 8

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA VÍCTIMA



CUADRO #9

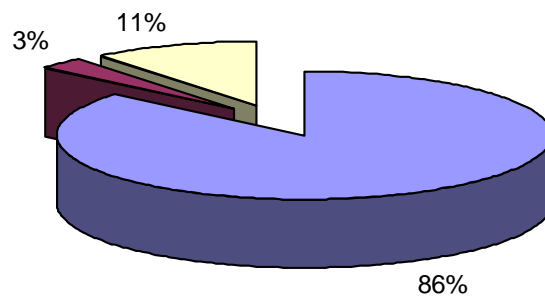
LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA

MEDIO	Nº DE CASOS
Urbano	56
Rural	2
No se conoce	7
TOTAL	65

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 9

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-
FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL
NIÑO AGREDIDO SEGÚN EL MEDIO EN QUE SUCEDE



2.6. Variable según el lugar de la agresión.

En nuestro país la mayoría de las agresiones ocurren en el propio hogar de la víctima, lo que significa que es un problema que proviene del núcleo familiar y que se transmite a través de los miembros de la familia. En más del 30% de los casos de las víctimas se desconoce el agresor y con ello el lugar en que sucede la agresión, quizás por falta de información o por temor del paciente de denunciar a su agresor (a). El resto de los expedientes estudiados coinciden con que el acto de agresión ocurre en su propia casa (gráfico #10).

CUADRO #10

LUGAR DE LA AGRESION

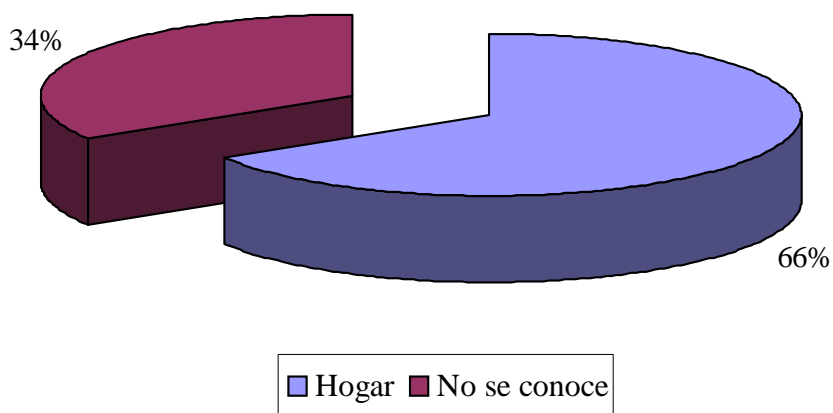
LUGAR DE LA AGRESIÓN	Nº DE CASOS
Hogar	43
No se conoce	22
TOTAL	65

FUENTE: Expedientes Hospital

Nacional de Niños

GRÁFICO # 10

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO SEGÚN EL LUGAR DONDE SUCEDE LA AGRESIÓN



2.7. Variable según la persona que denuncia o revela el caso de agresión.

El gráfico #11 nos muestra como es la madre de familia la persona que más denuncia estos casos de Síndrome del Niño Agredido, a pesar de ser ella la autora de la mayoría de las agresiones. Esto se debe a que en todo hogar es la madre la encargada de velar por la salud de sus hijos, en muchas ocasiones la madre se da cuenta del error que hizo y lleva a sus hijos a recibir atención medica.

CUADRO #11

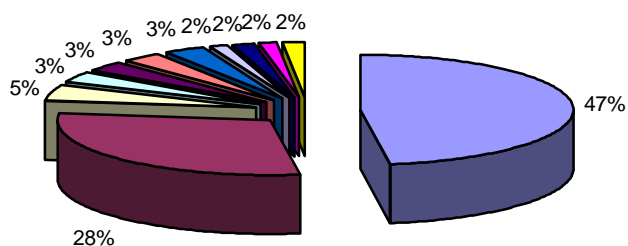
PERSONA QUE DENUNCIA EL CASO

DENUNCIANTE	Nº DE CASOS
Madre	31/47%
No se sabe	19/28%
Vecinos	3/5%
Padre	2/3%
Abuela	2/3%
Tía	2/3%
PANI	2/3%
Trabajadora Social	1/2%
Maestra	1/2%
Prima	1/2%
Conserje de la escuela	1/2%
TOTAL	65/100%

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 11

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO SEGÚN LA PERSONA QUE DENUNCIA EL CASO DE AGRESIÓN



■ Madre	■ No se sabe	■ Vecinos	■ Padre
■ Abuela	■ Tía	■ PANI	■ Trabajadora Social
■ Maestra	■ Prima	■ Conserje de la escuela	

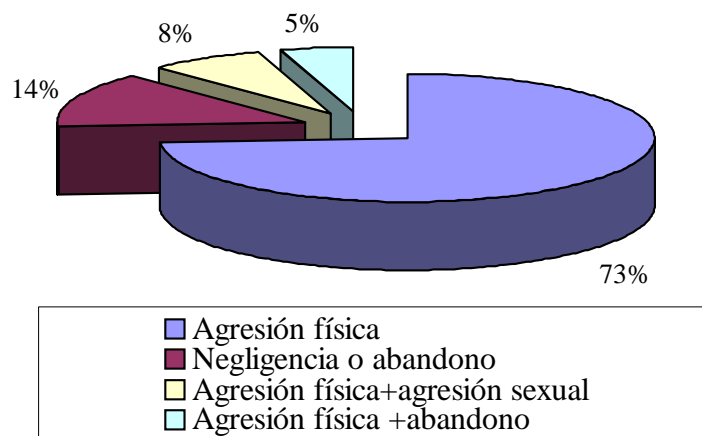
2.8.Variable según el tipo de agresión

El gráfico #14 indica las agresiones más comunes en que se presentan las manifestaciones buco-faciales y las marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido.

CUADRO #12
TIPO DE AGRESION

TIPO DE AGRESIÓN	Nº DE CASOS
Agresión física	48/73%
Negligencia o abandono	9/14%
Agresión física+agresión sexual	5/8%
Agresión física +abandono	3/5%
TOTAL	65/100%

GRÁFICO # 12
COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO SEGÚN EL TIPO DE AGRESIÓN



2.9. Variable según la nacionalidad de la víctima

De los casos de Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura investigados en el Hospital Nacional de Niños solo se presentaron 5 casos donde la víctima es Nicaragüense, el resto de los casos son nacionales.

CUADRO #13

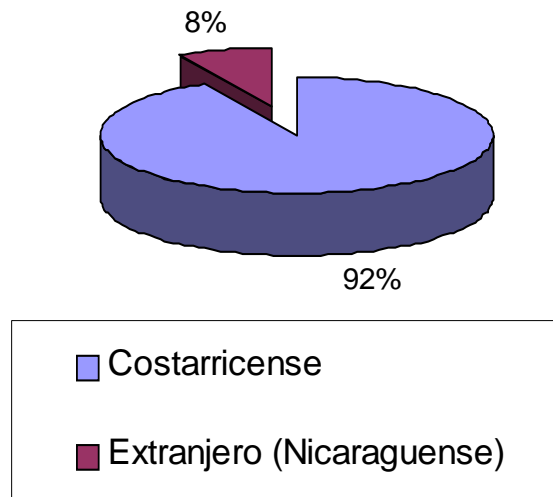
NACIONALIDAD DE LA VICTIMA

NACIONALIDAD	Nº DE CASOS
Costarricense	60/92%
Extranjero (Nicaragüense)	5/8%
TOTAL	65/100%

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 13

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA EN EL SÍNDROME DEL NIÑO AGREDIDO SEGÚN LA NACIONALIDAD DE LA VÍCTIMA



3. Características asociadas a manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura

3.1 Variable según el tipo de manifestación buco-facial o marca de mordedura

Existe gran cantidad de manifestaciones buco-faciales que le indican al odontólogo un acto de agresión, entre ellas las que más se observan son las contusiones, las cuales se presentan en este estudio en un 68%. Dentro de las contusiones encontramos: equimosis, excoriaciones, sugilacion, y heridas. El segundo y tercer lugar lo ocupan la sepsis dental y las marcas de mordedura respectivamente. El gráfico #12, nos muestra todos lo tipos de estas manifestaciones encontradas en los casos de Síndrome del Niño Agredido de los 65 expedientes en estudio.

CUADRO #14

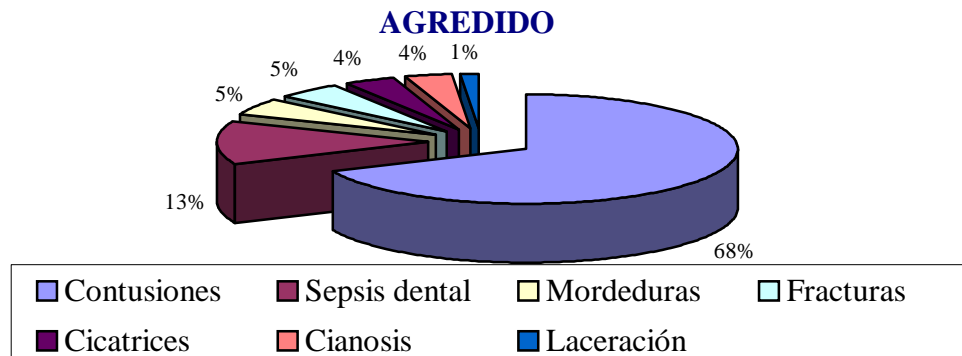
TIPO DE MANIFESTACIÓN BUCO-FACIAL O MORDEDURA.

MANIFESTACIÓN	Nº DE CASOS
Contusiones	54/68%
Sepsis dental	10/13%
Mordeduras	4/5%
Fracturas	4/5%
Cicatrices	3/4%
Cianosis	3/4%
Laceración	1/1%

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 14

TIPO DE MANIFESTACIÓN BUCO-FACIAL O MARCA DE MORDEDURA QUE SE PRESENTA EN EL SINDROME DEL NIÑO



3.2. Variable según la localización anatómica de las manifestaciones buco-faciales y de las marcas de mordedura.

El gráfico #13 representa las zonas anatómicas donde los pacientes con el síndrome presentan las manifestaciones buco-faciales y las marcas de mordedura. El porcentaje mas alto lo ocupa la región periorbitaria, ya que es la zona más visible y la más fácil de diagnosticar un caso de agresión. En la región intraoral, la mucosa oral ocupa un 8%, las piezas dentales y los labios un 6%.

CUADRO #15

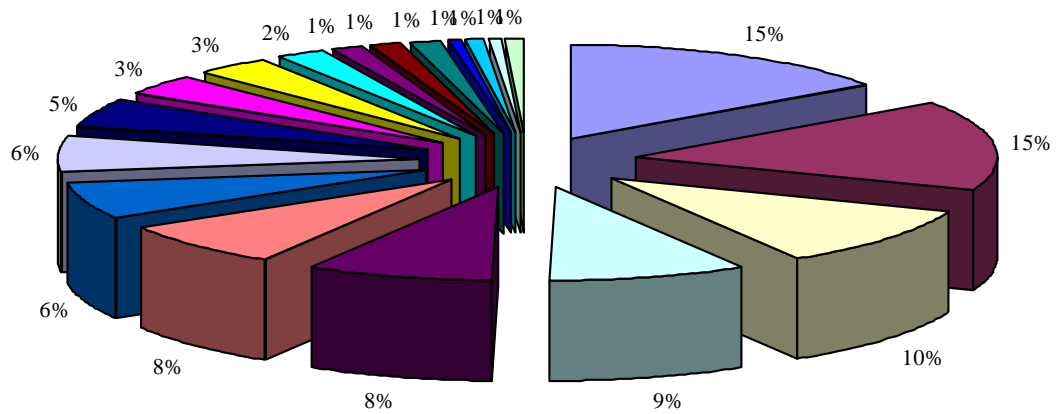
LOCALIZACION ANATOMICA

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	Nº DE CASOS
Región periorbitaria	22/15%
Región malar	22/15%
Región Frontal	15/10%
Región nasal	13/9%
Mucosa oral	12/8%
Cuero cabelludo	11/8%
Piezas dentales	9/6%
Labios	9/6%
Mentón	7/5%
Cuello	5/3%
Región auricular	5/3%
ATM	3/2%
Comisuras labiales	2/1%
Región peribucal	2/1%
Mandíbula	2/1%
Maxila	1/1%
Lengua	1/1%
Genitales	1/1%
Pezón	1/1%

FUENTE: Expedientes Hospital
Nacional de Niños

GRÁFICO # 15

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS MANIFESTACIONES BUCO-FACIALES Y MARCAS DE MORDEDURA PRESENTES EN LAS VÍCTIMAS DEL SÍNDROME DE EL NIÑO AGREDIDO



Región periorbitaria	Región malar	Región Frontal
Región nasal	Mucosa oral	Cuero cabelludo
Piezas dentales	Labios	Mentón
Cuello	Región auricular	ATM
Comisuras labiales	Región peribucal	Mandíbula
Maxila	Lengua	Genitales
Pezón		

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Según los resultados y el análisis realizado del desarrollo de la investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. El Síndrome del Niño Agredido ha ido en aumento en los últimos cinco años, aunque no con un crecimiento muy significativo. En el periodo de estudio de junio de 1995 a mayo del 2000, de un total de 228 casos estudiados, un 11% de los casos representa el primer año, un 18% el segundo, un 19% el tercero, el cuarto año es representado por un 27%, y el último 25% el quinto año.

2. Lo que respecta a la presencia de las manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en el Síndrome del Niño Agredido, se mantiene una tendencia de crecimiento en los últimos cinco años. Como se pudo observar en los resultados, en el primer año sólo un 6% del total de casos con Síndrome del Niño Agredido presentaba este tipo de manifestaciones, mientras que en el último año esta cifra es de un 25%, lo que significa cuatro veces más que el primero.

3. La prevalencia del Síndrome del Niño Agredido con manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura en Costa Rica en el periodo en estudio es de un 29%. En un estudio realizado en 1985 sobre este mismo tema, la prevalencia era solamente de un 4.8%, lo que significa casi una sexta parte de la situación actual. Este aumento significativo confirma la importancia que tienen estas manifestaciones en la identificación del Síndrome del Niño Agredido.

4. Con respecto a las variables sociodemográficas de las víctimas podemos acotar que los niños que son más agredidos están entre los 2 años y los 3 años y 11 meses. Por lo general a estas edades los niños no tienen fuerza o valor para defenderse, esto hace que sus agresores se aprovechen y descarguen sus furias sobre ellos. Según el sexo de los pacientes, se concluye que los niños son afectados en un 54% de los casos y las niñas un 46%, lo que representa que no hay mucha preferencia del agresor hacia un sexo en particular. Asimismo, San José se ve afectado con el 79% de los casos, esto se debe a que al Hospital Nacional de Niños por lo general acuden las personas de esa zona, los demás niños del país son llevados a los centros de atención de su localidad, por lo que

las agresiones se concentran en el área urbana de Costa Rica, y por lo general provienen de barrios marginados de la capital donde los problemas sociales son mayores y la educación es decadente (patología social).

5. Según las variables sociodemográficas del agresor, son las madres y los agresores desconocidos los que con frecuencia agreden a menores con este síndrome. Esto se denota un problema de origen social debido a que un 66% de las agresiones ocurren en el hogar de la víctima.

6. Lo que respecta a la persona que denuncia o revela el caso de agresión, el estudio demuestra, en un 47% de los casos, las mismas madres que agreden son las que llevan a las víctimas a ser valoradas y atendidas al Hospital Nacional de Niños.

7. En esta investigación se determinan las manifestaciones buco-faciales que se presentan con mayor frecuencia en el Síndrome del Niño Agredido. Un 68% de estas manifestaciones son las contusiones (equimosis, excoriaciones, sugilación y heridas), que se localizan tanto en la región intrabucal como extrabucal. Un 13% de los casos corresponden a infecciones dentales, donde encontramos caries rampante, restos dentales, gingivitis, etc, las cuales se presentan por negligencia o abandono por parte de sus encargados. Las marcas de mordedura se encontraron en un 5% de las agresiones, normalmente acompañadas de equimosis, sugilación y laceraciones. Además, las fracturas, cicatrices, cianosis y otras laceraciones en la región buco-facial, son consideradas dentro de estas manifestaciones que pueden llevar al odontólogo a dar un buen diagnóstico de Síndrome del Niño Agredido.

8. Las manifestaciones buco-faciales y las marcas de mordedura, fueron localizadas anatómicamente en toda la región buco-facial, como lo es la región periorbitaria, la región malar, la frente, la región nasal, la mucosa oral, el cuero cabelludo, las piezas dentales y labios. También en porcentajes más bajos se encontraron en mentón, cuello, región auricular, ATM, comisuras labiales, región peribucal, genitales y pezón. Esto nos lleva a pensar que estas manifestaciones son fáciles de determinar por el odontólogo debido a que se encuentran en zonas anatómicas muy visibles.

9. En la revisión de los expedientes también se concluyó que un 8% de los niños agredidos son Nicaragüenses, el resto son costarricenses.

10. El tipo de agresión más frecuente es la física la cual ocupa un 73% de los casos, un 14% es por negligencia o abandono, los demás casos combinan agresión física con sexual y abandono.

11. La detección de este síndrome, en todos los estratos sociales , depende de la integridad de los profesionales que atienden en consulta privada y pública a menores con este problema , no ocultando por razones de economía propia y por desinterés propio la agresión ante el Organismo de Investigación Judicial , el Patronato Nacional de la Infancia y la Comisión Nacional del Niño Agredido.

12. Los casos estudiados en esta investigación provienen de la consulta publica del Hospital Nacional de Niños, por lo que la consulta privada no ha demandado hasta el momento casos de agresión.

13. Son signos y evidencia del Síndrome del Niño Agredido las manifestaciones buco-faciales que pueden ser dependientes o independientes del Síndrome, debido a la incidencia que presentan actualmente.

14. Las marcas de mordedura presentes en la piel de los niños agredidos, son lesiones por agresión y son utilizadas como instrumento en la identificación de individuos agresores ante la Corte Suprema de Justicia.

15. En la actualidad los casos de Síndrome de Niño Agredido que son detectados en el Hospital Nacional de Niños es mediante signos y síntomas independientes de estas manifestaciones, especialmente es por medio de agresión física y sexual en otras zonas del cuerpo.

16. Se debe responsabilizar al odontólogo general en los problemas de orden legal a los cuales este Síndrome conlleva.

B. Recomendaciones

1. El Síndrome del Niño Agredido se presenta cada día con mayor incidencia, es por esta razón, que se debe preparar y capacitar a los futuros profesionales en Odontología acerca de su labor en la detección e intervención en el Síndrome del Niño Agredido, además de promover una mayor divulgación del tema por medio de la prensa y personal docente.

2. De acuerdo al representativo porcentaje de las lesiones buco-faciales en el Síndrome del Niño Agredido es que se debe solicitar la colaboración del odontólogo en la detección de estos problemas.

3. Se debe crear una Ficha Clínica específica donde se registre el examen clínico de los pacientes agredidos, la cual es de vital importancia para hacer de manera formal la obligación del odontólogo para con el Síndrome del Niño Agredido. Esta ficha debe ser agregada al expediente que utiliza normalmente el odontólogo en su consultorio.

4. Debido al alto porcentaje que representa estas manifestaciones en el síndrome, es importante la integración del odontólogo en la Comisión del Niño Agredido para evaluar la región buco-facial y el estudio de las mordeduras que se presenten en los casos de agresión.

5. El Colegio de Cirujanos Dentistas debe brindar protección legal para aquel odontólogo que consecuentemente con su ética social, da información básica para iniciar una investigación y protección al menor de inmediato.

6. Existen otras Organizaciones No Gubernamentales(ONG) que luchan por la no explotación y los derechos de los niños, como lo son Casa Alianza (telf. 253 34 39), Amnistía Internacional , entre otras, a las que se pueden denunciar casos de agresión.

7. Los medios de comunicación colectiva deben divulgar la existencia de este tipo de ONG, además de colaborar y coordinar con ellas para que el pueblo costarricense conozca otras opciones donde acudir en casos de Síndrome del Niño Agredido .

8. Según los resultados de este estudio, al Hospital de Niños se reportan los casos de agresión del área metropolitana, por lo tanto están quedando fuera los casos del resto del país. La idea de la creación de una ficha

específica para niños agredidos es que los odontólogos de las demás provincias puedan referir estos niños al centro de salud más cercano para posteriormente dirigirlos a la Comisión Nacional del Niño Agredido (telf. 222 01 22) y esta se encargue de dar tratamiento inmediato. Mientras se da el proceso de referencia, la siguiente propuesta de graduación educa al odontólogo sobre los primeros auxilios psicológicos que puede brindar al paciente.

CAPITULO VI
PROPUESTA

Propuesta

Como se concluyó en este trabajo, las manifestaciones buco-faciales y las marcas de mordedura son evidencia de la presencia del Síndrome del Niño Agredido.

El Odontólogo como profesional en salud tiene la obligación de velar por los casos de agresión que se presenten en la sociedad, debido a su cercano contacto con el paciente, la identificación de este síndrome es de su responsabilidad.

El Artículo III del Código de Ética del Folleto de Leyes y Reglamentos del Colegio de Cirujanos Dentistas dice: “Siendo la salud de la población, un bien de interés público, tutelado por el Estado, el cirujano dentista debe brindar su colaboración en toda actividad o iniciativa cuyo fin primordial sea la salud”, por lo tanto la identificación de este problema social, el cual presenta manifestaciones que pueden ser reconocida por el odontólogo, lo compromete a diagnosticar, intervenir y referir estos casos.

El objetivo de esta propuesta es crear una normativa para el diagnóstico e intervención de primeros auxilios que debe brindar el Odontólogo General cuando se presenten a su consulta casos de Síndrome del Niño Agredido que presentan manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura. Además hacer de su conocimiento los pasos a seguir para denunciar un caso de estos, y donde referirlo.

1. Diagnóstico

Los pacientes con Síndrome del Niño Agredido presentan ciertos signos y síntomas característicos tanto en la esfera física como psíquica.

Estos niños se presentan temerosos, inseguros ante el medio ambiente, evitando el contacto visual con las demás personas, sus caras permanecen inmóviles, inexpresivas, sin sonrisas espontáneas que demuestran su desconfiabilidad con las personas que interactúan (Kittle, P., 1981, Citado por Solano V., A. En Op. Cit.). En el consultorio dental, estos son niños que expresan un miedo intenso, que los hace actuar siempre a la defensiva, pero a la vez se comportan tímidos y con cautela.

La mal nutrición, estatura y peso bajos, falta de limpieza, ropas inadecuadas para la época, pelo desordenado son algunas de las características que niños abandonados, y desprovistos de protección y cariño pueden presentar. Las afecciones física también son signos de este problema (Citado en Solano V., A, Op.Cit).

Los niños agredidos presentan marcas en la piel que pueden ser de mordeduras, quemaduras por cigarrillos, de látigos, de cinturones, hebillas, mecates sujetadores, de estrangulamiento, etc. Una de las zonas anatómica más visible es la cara, donde se presentan manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura que el odontólogo puede identificar fácilmente.

Las manifestaciones buco-faciales pueden ser en tejidos suaves o duros y huesos.

La contusión de los labios, laceraciones en la mucosa oral, fracturas, ausencia o decoloración de incisivos superiores principalmente, dientes con caries rampantes, asimetría facial por fractura de maxilares, son algunas de las manifestaciones orales más comunes. Los golpes en tejidos duros y suaves también son dirigidos hacia otras partes de la facies como son los pómulos, rebordes orbitarios hueso temporal, occipital, cigomático, suturas craneanas, sínfisis, y cuello. Estas son áreas claves que el odontólogo puede visualizar fácilmente y así colaborar en la identificación de este síndrome.

Las marcas de mordedura se presentan en diferentes partes del cuerpo como lo son: cuero cabelludo, nariz, cuello mejilla, barbilla, garganta, pecho, espalda, parte superior del brazo, manos, antebrazo, dedos, abdomen, nalgas, muslos, pantorrilla, pie.

2.Intervención: Primeros auxilios psicológicos

El odontólogo al descubrir en sus pacientes un caso de agresión por medio de manifestaciones buco-faciales o de marcas de mordedura, debe comenzar un proceso de ayuda al paciente llamado intervención de primera instancia, lo cual

involucra una serie de primeros auxilios psicológicos.La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es reestablecer el enfrentamiento inmediato del paciente en su crisis.

La persona en crisis se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras que confronta en ese momento. En el Síndrome del

Niño agredido, el paciente es un caso aún más difícil debido a que estamos tratando con seres indefensos que se encuentran temerosos de otro ataque. El objetivo primario del asistente, que en este caso es el odontólogo, es auxiliar al niño a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema.

Existen tres submetas de estos primeros auxilios que dan dirección a la actitud del asistente:

- 1. Proporcionar apoyo:** Se trata de permitir a al niño hablarnos para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse.

- 2. Reducir la mortalidad:** Esta segunda submeta se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis.

- 3. Enlace con fuentes de asistencia:** el asistente no puede resolver el problema completo de manera inmediata, por lo que realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia de servicio social que le puedan dar orientación individual. Este es el punto donde el odontólogo debe conocer donde referir estos casos.

Cuando una persona está en crisis, se evalúa el perfil de la personalidad mediante el Sistema CASIC, el cual aborda las modalidades: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo.

Todo profesional en salud debe recibir capacitación para enfrentar un problema de este tipo en su consultorio, el odontólogo debe conocer los pasos importantes que debe dar en la intervención con pacientes con Síndrome de Niño Agredido. Existen cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos que serán explicados a continuación en el cuadro #2 .

CUADRO #16

CINCO COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

Componente	Comportamiento del asistente	Objetivo
1. Realizar el contacto psicológico	<ul style="list-style-type: none"> -Invitar al paciente a hablar -Escuchar los hechos y sentimientos -Reflejar los hechos y sentimientos -Efectuar declaraciones empáticas -Interés por comunicarse -Tocar / abrazar de manera física, dar “control calmante” a una situación intensa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado -Reducida intensidad del aturdimiento emocional -Reactivación de las capacidades de resolución de problemas
2. Examinación de las dimensiones del problema	<p>Indagar acerca de:</p> <p><u>Pasado inmediato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Incidente que precipitó la crisis -Funcionamiento CASIC previo a la crisis (fortalezas debilidades) <p><u>Presente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Funcionamiento CASIC ahora (fortalezas y debilidades) -Recursos personales (internos) -Recursos sociales (externos), mortalidad <p><u>Futuro inmediato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Decisiones inminentes-para la noche, fin de semana, próximos días, semanas,... 	<p>Orden jurídico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Necesidades inmediatas -Necesidades posteriores
3. Analizar posibles soluciones	<ul style="list-style-type: none"> -Preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora -Examinar que es lo que el paciente puede / podría hacer ahora -Proponer nuevas alternativas: -Un nuevo comportamiento del paciente; redefinición del problema, asistencia externa (un tercero); cambio ambiental. 	<p>Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores.</p>
4. Asistir a la ejecución	<ul style="list-style-type: none"> -Si: La mortalidad es baja, la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces: Actitud facilitadora: “Hablamos”, “tú actúas”, y se hace un contrato para actuar entre el asistente y el paciente. Los rangos de acción van desde escuchar de modo activo hasta dar consejos. -Si: La mortalidad es alta, y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces: Actitud directiva: “Hablamos”, 	<p>Ejecutar soluciones inmediatas plateadas para satisfacer las necesidades inmediatas.</p>

5. Seguimiento	<p>“yo puedo actuar en tu beneficio”, y el contrato para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios.</p> <p>Los rangos de acción van de la movilización activa de recursos hasta el control de la situación.</p> <p>Asegurar la identificación de información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento; establecer un convenio para recontactar.</p>	<p>Asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas de los primeros auxilios psicológicos</p> <p>-El apoyo recibido; reducción de la mortalidad; culminación del enlace con (otros) recursos.</p> <p>-Poner en movimiento la siguiente fase Soluciones posteriores;</p> <p><u>Si</u>: las necesidades inmediatas se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó, y si se realizó el enlace para las necesidades inmediatas, entonces parar.</p> <p>Si no, regresarse al paso 2 (las dimensiones del problema) y continuar.</p>
----------------	---	--

No se necesita decir que la actitud directiva en el trabajo de crisis saca a la luz numerosos aspectos importantes respecto a lo ético y lo legal. Con fundamento en nuestros criterios para la acción directiva del consejero existen algunas pautas importantes:

1. Cualquier acción del consejero debe hacerse dentro de las leyes existentes. En la mayoría de los estados, es requerimiento legal para los trabajadores de los servicios humanitarios (si no es que también para los ciudadanos ordinarios) informar a las autoridades cualquier conocimiento de maltrato a niños.
2. Las intervenciones de control ocurren sólo después de que todo lo demás se ha hallado deficiente.
3. A partir de los precedentes legales y el sentido común, la confidencialidad en un entorno de terapia necesita ser enmendada.
4. Por último, al conceptualizar todos los planes de acción como parte de un convenio(lo mismo si está escrito o no) entre las partes implicadas (paciente, consejero, familia, institución), los consejeros pueden otorgar tanto claridad como protección al proceso.

3. Referencia:

Una vez que el odontólogo general ha diagnosticado el Síndrome del Niño Agredido por medio de las manifestaciones clínicas que se presentan en la región buco-facial y marcas de mordedura visibles en el cuerpo del niño, y posteriormente ha intervenido en el problema brindándole los primeros auxilios psicológicos que anteriormente fueron mencionados, su deber es referir el caso a una agencia de servicio social encargada de dar la orientación y tratamiento pertinente.

En Costa Rica, la oficina de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños se encarga de velar por la salud de estos infantes, aquí es donde labora la Comisión Nacional del Niño Agredido, la cual está formada por profesionales en el campo de la psicología y médicos que se responsabilizan de dar el tratamiento y seguimiento legal necesario.

Los casos de niños agredidos que se presenten en el consultorio dental deben ser referidos a esta comisión, o unidad de trabajo social de la comunidad. Para facilitar su referencia, se ha diseñado una Ficha Clínica específica para niños agredidos, donde el odontólogo pueda señalar las zonas anatómicas en las que el niño presente manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura apreciables clínicamente. Es importante y necesario añadir a esta ficha la toma de modelos de estudio, fotografías y realizar un informe del estado psicológico en que se encuentra el paciente.

4. Ficha Clínica específica para pacientes agredidos.

PACIENTES AGREDIDOS

Nombre: _____ Expediente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección del domicilio: _____

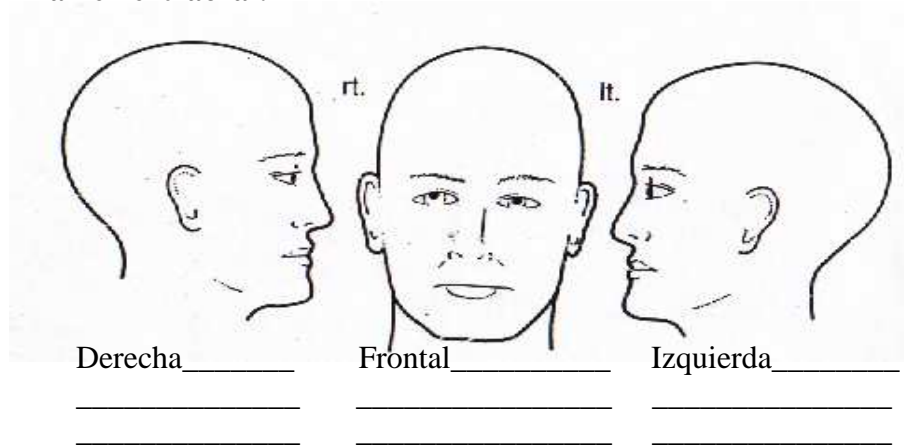
Nombre del padre o encargado: _____

Teléfono de habitación: _____ Teléfono del trabajo: _____

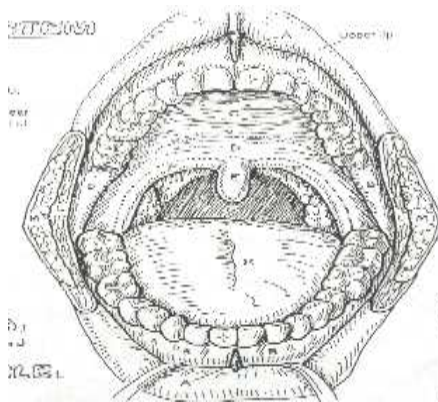
EXÁMEN CLÍNICO

Manifestaciones buco-faciales y marcas de mordedura:

Examen extraoral:



Examen Intraoral:



Labial _____

Vestibular _____

Palatino _____

Lingual _____

Piso de la boca _____

Labios _____

Lengua _____

Dientes _____

Fracturas buco-faciales: _____

Mordedura (otras partes del cuerpo): _____

Agregar modelos de estudio, fotografías e informe estado psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, G., Alfonso. Medicina Legal y Toxicología. Editorial Publicaciones de la Universidad de Costa Rica, Cuarta Edición, San José, 1968.
- Arce, N., Patricia. Perfil socio-legal del autor de agresiones sexuales a menores de edad y el que hacer del trabajador social basado en 13 casos del circuito judicial del área central de San José. Tesis de Grado Licenciatura en Psicología Universidad de Costa Rica, San José, 1987.
- Barrantes, S., Nidia. Principales características personales de desarrollo y familiares de los niños maltratados de 0 a 6 años atendidos en las oficinas centrales del Patronato Nacional de la Infancia en el periodo 1985-1991. Tesis de Grado Licenciatura en Psicología Universidad de Costa Rica, San José, 1992.
- Batres, M., Gioconda. Temas sobre teoría sexo-genero para el abordaje de la violencia. Editorial El Instituto, Segunda Edición, Costa Rica, 1991.
- Batres, M., Gioconda. Tratamiento grupal para sobrevivientes de incesto, manual para facilitadores. ILANUD, San José, 1994.
- Befeler, S., Daniel. El delito de abuso deshonesto, el tipo, la víctima y el agresor: compendio con el delito y la violencia. Tesis de Grado Facultad de Derecho Universidad de Costa Rica, San José.
- Camacho, C., Eyda M^o., Asesora Metodológica. Comunicación Personal, 2000.
- Camacho, C., Eyda M^o. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Inédito, 2000.
- Colegio de Cirujanos Dentistas. Leyes y Reglamentos. 2000.
- Conejo, Cordero Alfredo. Registros dentales antemortem y perimortem y su uso en la morgue del Organismo del PoderJudicial. Tesis de grado, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 1982. Pág. 1.
- DESM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1998.
- Ferreira, M., Horacio. Cerebro y agresión. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1972.

- Fonseca, Ch., Nuria. El proceso de victimización, sus manifestaciones en la esfera pública y privada. Editorial Proniño Fundación Paniamor, San José Costa Rica, 1994.
- González, B., Ana I. El rol del trabajador social en la prevención del abuso del niño y la niña en la comunidad con análisis de género. Tesis de Grado Licenciatura en Trabajo Social Universidad de Costa Rica, San José, 1992.
- Minott, M., Carlos. Una codificación dentaria como complemento del análisis dactilar en la identificación de personas. Tesis de Grado Facultad de Odontología Universidad de Costa Rica, San José, 1986.
- Molina, S., Alba R. Estudio del diámetro mesio-distal y cérvico-incisal de centrales, laterales y caninos superiores en Odontología Forense Nacional. Tesis de grado Facultad de Odontología Universidad de Costa Rica, San José, 1982.
- Monge, Marielos, Unidad de Trabajo Social Hospital Nacional de Niños. Comunicación Personal, 2000.
- Moya Puello Vicente. Odontología Legal y Forense. Editorial Masson S.A. Barcelona, 1994. Pág. 241-243, 313-319.
- Obando Hidalgo, Iris M°. Epidemiología del abuso físico y sexual en niños atendidos en el Hospital Nacional de Niños (1988-1990). Revista de Ciencias Sociales, marzo 1999. Pág. 63-69.
- Obando Hidalgo, Iris M°. Agresión física a niños, un aspecto de cotidianidad. Revista costarricense de trabajo social, diciembre 1994. Pág. 18-25.
- Pérez, S., Bernardita. La metodología de intervención que utiliza el equipo técnico del Patronato Nacional de la Infancia en la atención de la tipología de maltrato físico del menor de edad. Tesis de Grado Licenciatura en Trabajo Social Universidad de Costa Rica, San José, 1992.
- Quesada, Ana V., Presidenta Comisión Nacional del Niño Agredido. Comunicación Personal, 2000.
- Rocamorro, Pedro. Agresividad y Derecho. Editorial BUSCH, Barcelona, 1990.
- Slaikeu, K.A. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Editorial El Manual Moderno S.A. de C-V, Segunda Edición, México, 1996.

▪ Solano Vargas, Alcira. Manifestaciones orales y marcas de mordedura en la identificación del Síndrome del Niño Agredido. Tesis de Grado, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 1985.

▪ URL: <http://www.uniceflac.org/espanol/textos/ppdfmalt2.htm>

▪ URL: <http://www.azc.uam.mx/gestion/num7/art8.htm>

▪ URL: <http://www.paniamor.or.cr/chicos/informate.shtm/>

▪ URL: <http://www.insp.mx/salud/40/401-9htm/>

▪ URL: <http://www.rionet.com.ar/maltrato fisico/>

▪ URL: <http://www.slaq.prw.net/abusos/bordeprincipal.htm>

▪ URL: <http://www.sids.org.ar>.

▪ Vargas, A., Eduardo. Medicina Legal. Tercera Edición. Editorial Lehman ,Costa Rica, 1983. Pág. 308- 313.

▪ Vargas,A.,Eduardo. Síndrome del Niño Agredido. Folleto I Curso Intensivo de Odontología Forense, FOCAP Costa Rica, 1984.

▪ Vargas, A., Eduardo. Medicina Legal desarrollo histórico, universal, el organismo de Medicina Forense y su importancia en la prueba penal. Editorial Universal de Costa Rica, San José, 1972.

▪ Vargas, A., Eduardo. Identificación de personas, importancia jurídica y posibilidad de aplicación en Costa Rica. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, 1972.

▪ Vargas, A., Eduardo. Medicina Legal compendio de ciencias forenses para médicos y abogados. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, 1977.

- Vargas, A., Eduardo. Sinopsis de Medicina Legal y toxicidad. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, 1970.

- Vargas, A., Eduardo. La prueba criminalística al servicio al servicio de los tribunales de instituciones penales. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, 1976.

- Vargas, A., Eduardo. El instituto de pericia y criminología y patología social. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, 1972.

- Zárate, C., Ruby. Terapia grupal para niños y niñas de abuso sexual e incesto. San José Costa Rica, 1993.

- Zúñiga, V., Eduviges. Aspectos probatorios de la violencia doméstica a la luz de la legislación penal. Tesis de Grado Facultad de Derecho Universidad de Costa Rica, San José, 1995.

ANEXOS

Anexo 1:
Instrumento de recolección de datos

Datos de prevalencia

N° total de casos reportados de agresión física por año del quinquenio

Junio 1995 a mayo de 1996 _____

Junio 1996 a mayo de 1997 _____

Junio 1997 a mayo de 1998 _____

Junio 1998 a mayo de 1999 _____

Junio 1999 a mayo de 2000 _____

N° total de casos reportados de manifestaciones oro-faciales y de señales de mordedura, por año del quinquenio

Junio 1995 a mayo de 1996 _____

Junio 1996 a mayo de 1997 _____

Junio 1997 a mayo de 1998 _____

Junio 1998 a mayo de 1999 _____

Junio 1999 a mayo de 2000 _____

N° de expediente_____

Fecha de reportado el abuso_____

Características sociodemográficas

1. Datos de la víctima: Edad _____

Años cumplidos

Sexo; F_ M_

2. Datos del o la agresora:

Edad _____

(Años cumplidos)

Sexo; F_M_

3. Parentesco_____

4. Procedencia de la víctima

Provincia_____

(Especifique)

Urbano __ Rural __

5. Lugar de la agresión_____.

6. Persona que denuncia el abuso_____.

Datos de las manifestaciones oro-faciales y marcas de mordedura:

1. Tipo manifestación oro-facial_____

2. Localización anatómica de la manifestación oro-facial_____

3. Localización de la marca de mordedura_____

Anexo 2

GLOSARIO

- Abrasión: Erosión o desprendimiento de una superficie por fricción.
- Ante-morten: Antes de la muerte.
- Asimetría: Desigual en forma o tamaño, de coloración o distribución diferentes con respecto a un eje.
- Cianosis: Coloración azulada de la piel y ;las membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre.
- Edema: Hinchazón.
- Eritema: Enrojecimiento o inflamación de la piel o las membranas mucosas.
- Incisivos: Cada uno de los ocho dientes frontales, cuatro de cada arcada.
- Mordazas: Instrumento que se pone en la boca para impedir hablar.
- Parafilia: Perversión o desviación sexual.
- Patologías: Estudio de las características, causas y efectos de una enfermedad.
- Pedofilia: Interés sexual por los niños.
- Precutáneo: Procedimiento que se realiza através de la piel.
- Perpetrador: Cometer, consumir. Aplícase sólo a delito o culpa grave.
- Sepsis oral: Infección en la región oral.
- Subcutáneo: Que esta por debajo de la piel.

Declaración Jurada

San José, 22 de diciembre del 2000

Bajo la fe de juramento declaro que este trabajo es de mi propia autoría y que en él no he reproducido como si fueran míos, total o parcialmente lo expresado por otras personas en libros o documentos impresos o no; sino que he destacado entre comillas los textos transcritos y he consignado los datos del autor y su obra.

Aura Núñez Gutiérrez

Céd: 1-1013 603