

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**CARGA DE LA ENFERMEDAD
ATRIBUIBLE AL MATRATO INFANTIL EN
COSTA RICA, DE 1990 AL 2017.**

Sustentante

Fabiola María Chacón Quirós

Tutora

Valeria Delgado Bermúdez.

FEBRERO, 2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

Índice de contenido	II
Índice de tablas	IV
Índice de figuras	V
Dedicatoria	VIII
Agradecimientos.....	IX
Resumen	X
Abstract	XIII
Capítulo I: Problema de investigación	XV
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Pregunta de la investigación	22
1.3 Objetivos de la investigación.....	23
1.4 Alcances y limitaciones	25
Capítulo II: Marco teórico	27
2.1 Contexto teórico-conceptual	28
2.1.1 Carga de la enfermedad	28
2.1.2 Maltrato infantil.....	29
Capítulo III: Marco metodológico.....	67
3.1 Enfoque de investigación	68
3.2 Tipo de investigación	69

3.3 Unidades de análisis u objetos de estudio	70
3.4 Metodología	71
3.5 Diseño de la investigación	74
3.6 Operacionalización de variables	75
Capítulo IV: Presentación de resultados	77
4.1.Generalidades.....	78
Capítulo V: Discusión e interpretación de resultados	107
5.1 Discusión e interpretación o explicación de los resultados	108
Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones	119
6.1 Conclusiones.....	120
6.2 Recomendaciones	122
Bibliografía	124
Glosario y abreviaturas	134
Anexos	137
Declaración jurada	138
.....	¡Error! Marcador no definido.
Cartas de aprobación	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de políticas en Costa Rica.....	32
Tabla 2. Operacionalización de variables.	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Guía sobre el diagnóstico diferencial del maltrato infantil.....	60
Figura 2. Esquema riesgo social y maltrato infantil.	61
Figura 3. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en menores de 5 años, de ambos sexos, sexo femenino y masculino, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.	78
Figura 4. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, entre los 5 y 14 años, en general y en ambos sexos en el periodo de 1990 al 2017.....	80
Figura 5. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en menores de 20 años, general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.....	82
Figura 6. Años Vividos con Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en niños menores de 5 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.....	84
Figura 7. Años Vividos con Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en niños entre 5 y 14 años, en general y según sexo correspondiente al periodo de 1990 al 2017.....	86
Figura 8. Años Vividos con Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en menores de 20 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.....	87

Figura 9. Años de Vida Perdidos atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en la población menor de 20 años, general y en ambos sexos, en el periodo de 1990 al 2017.	88
Figura 10. Mortalidad atribuible al maltrato infantil en Costa Rica, en la población menor de 20 años, en el periodo de 1990 al 2017.	90
Figura 11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en los menores de 5 años, general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.....	92
Figura 12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en menores entre los 5 y 14 años en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.	93
Figura 13. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en la totalidad de menores de 20 años en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.	95
Figura 14. Años Vividos con Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en niños menores de 5 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.....	97
Figura 15. Años Vividos con Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en niños menores de 5 a 14 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.	99
Figura 16. Años Vividos con Discapacidad atribuibles al abuso sexual en Costa Rica, en menores de 20 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.....	101

Figura 17. Años de Vida Perdidos atribuibles al abuso sexual en Costa Rica, en la población menor de 20 años en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.	103
Figura 18. Mortalidad atribuible al abuso sexual en la población menor de 20 años, en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017 en Costa Rica.....	105
Figura 19. AVAD atribuibles al maltrato infantil en menores de 5 años de ambos sexos en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.	109
Figura 20. AVAD atribuibles al maltrato infantil en menores entre los 5 y 14 años de ambos sexos en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.	110
Figura 21. AVAD atribuibles al maltrato infantil en menores de 20 años por sexo (femenino a la izquierda y masculino a la derecha) en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.	111
Figura 22. AVP atribuibles al maltrato infantil en menores de 20 años de ambos sexos en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.	114

DEDICATORIA

En primer lugar, como cada acción y logro en mi vida, dedico a Dios el proceso llevado a cabo para la elaboración de esta investigación. Por supuesto, en segundo lugar, lo dedico a mi familia, en especial a mis papás, Ligia Quirós y Geovanni Chacón; y a mi hermano Luis Gabriel.

Por último, la dedico a todas aquellas personas que hayan sufrido o estén sufriendo cualquier clase de violencia, para que sepan que no están solos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haber despertado en mí el afán de servir y por darme la oportunidad de culminar este proceso. Además, le agradezco por la familia que me asignó y a ellos, por ser mi apoyo incondicional, por creer en mí indiscriminadamente y por acompañarme aún en la distancia en cada etapa de mi vida.

Agradezco a abuelita Emilce por cada oración con mi nombre en ella, a abuelito Carlos por expresar tanto cariño con pocas palabras, a abuelita Ofelia por sus abrazos sanadores y a abuelito Alexis en el cielo, por haber sido mi inspiración en esto que ahora es un sueño casi convertido en una realidad. A mis tías y tío, por siempre estar a mi lado. A mis primos Tito y Jeffry, por continuar siendo mis compañeros de vida y celebrar como suyos mis logros.

Además, agradezco a Sofía, Alejandro, María, Mar y Pamela por ser amigos incondicionales, también a mis compañeras de internado por la motivación de cada día.

Por último, agradezco a mi tutora, la Dra. Valeria Delgado por su paciencia, comprensión y ayuda en este proceso; así como a la Dra. Fallas, al Dr. Valverde y a mis tutores del internado en el Hospital de Upala, que hicieron posible la realización de esta investigación.

RESUMEN

Introducción. El maltrato infantil constituye a una práctica común en la historia de la humanidad y ha ido en aumento en el nivel mundial, situación ocurre en Costa Rica dentro de dicha tendencia, en donde en el año 2017 se registraron más de 8 000 denuncias asociadas a violencia infantil. Además, datos de UNICEF indican que, cada año, 150 millones de niñas y 53 millones de niños son abusados sexualmente. A pesar de ser un tema del cual se habla cada vez más, continúa afectando a gran parte de la población.

Distintos estudios hablan sobre los efectos en el futuro ante la exposición temprana a situaciones de violencia, siendo estos niños potenciales consultantes a los sistemas de salud.

Objetivo general. Analizar la carga de la enfermedad atribuible al maltrato infantil en Costa Rica, de 1990 al 2017.

Metodología. Se obtienen los datos del Instituto de Métricas en Salud. Además, se trabaja con las tasas brutas de mortalidad, años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad, años de vida perdidos por discapacidad y los años de vida vividos con discapacidad. Otro aspecto por tomar en cuenta es que la población en estudio, por definición abarca a personas menores de 18 años, la categoría que abarque el total de esta población corresponde a las personas menores de 20 años en el GBD, además se utilizan otros dos grupos etarios. Por último, a esto se suma que se recopilan los datos con base en el sexo.

Resultados. Se determina que los años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad en menores de 5 años disminuyeron levemente, con tasas desde 0.0018 AVAD por cada 100 000 habitantes hasta 0.0017 AVAD por cada 100 000 habitantes. Mientras que en los menores entre 5 y 14 años aumentó hasta 28.77 AVAD por cada 100 000 habitantes en el 2010, en el mismo año los menores de 20 años aumentaron hasta 41.11 AVAD por cada 100 000 habitantes. Con base en los AVAD en general, predominó el sexo femenino con tasas de 49.66 AVAD por cada 100 000 habitantes. Los AVD tuvieron un comportamiento similar a los AVAD. Así como los AVP y la mortalidad en menores tendieron al aumento a lo largo de los años en estudio, con predominio en este caso del sexo masculino con tasas de 0.17 AVP por cada 100 000 habitantes y 0.0024 muertes por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

Discusión. Los AVAD por maltrato infantil tendieron al aumento en los grupos etarios de 5 a 14 años y en los menores de 20 años, en los menores de 5 años se mantuvo casi constante. El sexo más afectado fue el femenino. Los AVD tuvieron un curso similar a los AVAD, en donde solamente en los menores de 5 años no se tendió al aumento. En cuanto a los AVP y mortalidad en menores de 20 años, estos tendieron a aumentar y el sexo masculino presentó las tasas más elevadas en ambos casos.

Conclusiones. AVAD aumentaron a lo largo de los años en estudio, así como los AVD también siguieron este patrón; de manera que el sexo femenino es el más afectado, mientras que el sexo masculino es el que predominó en dichos años en cuanto a AVP y en mortalidad. Sin embargo, se concluye que existe sub-registro de

los casos referentes al tema en investigación. De manera tal que todos los actores involucrados, especialmente los trabajadores en el área de salud, epidemiólogos, políticos, economistas, educadores, organizaciones, entre otros, deben trabajar en conjunto con el fin de diseñar estrategias contra el maltrato infantil.

Palabras clave. Maltrato infantil en Costa Rica, abuso infantil, menores agredidos, mortalidad por maltrato infantil.

ABSTRACT

Introduction. Child abuse constitutes a common practice in the history of humanity and has been increasing worldwide, the same situation occurs in Costa Rica within that trend, where in 2017 there were more than 8 000 complaints associated with violence childish. In addition, UNICEF data indicate that, every year, 150 million girls and 53 million boys are sexually abused. Despite being a topic that is being discussed more and more, it continues to affect a large part of the population.

Different studies talk about the future effects of early exposure to situations of violence, where these children become potential consultants to health systems.

General Objective. Analyze the burden of the disease attributable to child abuse in Costa Rica, from 1990 to 2017.

Methodology. Data from the Institute of Health Metrics are obtained. In addition, we work with gross death rates, disability-adjusted life years, years of life lost due to disability and years of life lived with disabilities. Another aspect to take into account is that the population under study, by definition covers people under 18, and the category that covers all this population corresponds to people under 20 years in the GBD, in addition two other groups are used. Finally, data is collected based on sex too.

Results. It is determined that disability-adjusted life years in children under 5 years decreased slightly, with rates from 0.0018 DALY per 100,000 inhabitants to 0.0017 DALYs per 100,000 inhabitants. While in children between 5 and 14 years of age it increased to 28.77 DALY per 100 000 inhabitants in 2010, in the same year, children

under 20 increased to 41.11 DALY per 100 000 inhabitants. Based on DALY in general, female sex prevailed with rates of 49.66 DALY per 100,000 inhabitants. The AVD had a similar behavior to the AVAD. Just as the AVP and mortality in children tended to increase over the years under study, with male predominance in this case with rates of 0.17 AVP per 100,000 inhabitants and 0.0024 deaths per 100,000 inhabitants, respectively.

Discussion. DALYs due to child abuse tended to increase in the age groups of 5 to 14 years and in those under 20 years of age, in those under 5 years of age it remained almost constant. The most affected sex was female. The AVD had a similar course to the AVAD, where only in children under 5 years did not tend to increase. Regarding the AVP and mortality in children under 20, they tended to increase and the male sex presented the highest rates in both cases.

Conclusions. DALYs increased over the years under study, just as DDAs also followed this pattern; so that the female sex is the most affected, while the male sex is the one that prevailed in these years in terms of AVP and mortality. However, it is concluded that there is a sub-registry of cases related to the subject under investigation. In such a way that all the actors involved, especially workers in the health area, epidemiologists, politicians, economists, educators, organizations, among others, must work together in order to design strategies against child abuse.

Keywords. Child abuse in Costa Rica, child abuse, children attacked, child abuse mortality.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Santana refiere que la frecuencia de maltrato infantil es alta, en donde aproximadamente el 18% de todos los niños sufren alguna forma de maltrato, muchos mueren y otros quedan lisiados de por vida. Además, menciona que en EUA 4000 niños mueren al año como consecuencia de lesiones causadas por un adulto. ⁽¹⁾ También menciona que el 11.5% de los niños intelectualmente discapacitados sufren de diferentes tipos de maltrato, en donde el más frecuente es la negligencia física.

Rodríguez, indica en el diplomado en Violencia y Convivencia Social, que el 85% de las muertes por maltrato son clasificadas como accidentales e indeterminadas y que por cada muerte se estiman 9 incapacitados, 71 niños y niñas con lesiones graves, e innumerables víctimas con secuelas psicológicas. ⁽²⁾

En un estudio realizado con base en la población menor de edad de Buenos Aires de Argentina, Sánchez menciona que se halló que ahí el maltrato físico fue el motivo de mayor intervención, en donde las niñas presentaron mayor proporción de maltrato por abuso sexual, mientras que los niños registraron mayores proporciones de negligencia, maltrato físico y abandono. Además, destaca el incremento de la incidencia de abuso sexual en las adolescentes a partir de los 12 años. ⁽³⁾

Teresinha, refiere que en Brasil principalmente en las últimas décadas, 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, al afectar a millones de menores de edad que viven en la calle, lo que les impide acudir a la escuela.

En este país se identifica a los niños de la calle o a aquellos que realizan trabajos informales con el concepto de niño carente, abandonado, sin hogar ya que necesariamente es un menor que se vale de la violencia para sobrevivir en la ciudad; bajo el concepto de que son los pequeños ladrones, traficantes o delincuentes, por lo que algunos grupos de empresarios se han vinculado con los "escuadrones de la muerte" para eliminarlos, afirmando que "cuando se mata un pivete se está haciendo un beneficio a la sociedad". De manera que en el periodo de enero de 1987 a julio de 1988 se notificaron 1 397 casos de asesinatos de niños, adolescentes y jóvenes, en donde la mayoría correspondieron a varones de 11 a 18 años de edad, negros y mulatos. ⁽⁴⁾

En lo que respecta a Costa Rica, en una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes, se menciona que la Fundación Ser y Crecer, que se dedica a la atención de niños y niñas víctimas de abuso sexual o incesto, a que la violencia sexual contra las personas menores de edad es perpetrada, principalmente, por personas cercanas a las víctimas (aproximadamente en un 60% de los casos). Además, de la población atendida en el 2013 (108 menores), donde 72% fueron niñas y más de la mitad de los casos (53%), ocurrió entre los 5 y 10 años, siendo el padre el principal abusador. Otros niveles de relación presentes son tíos, abuelos, padrastros, hermanos, primos y otros. Del 40% restante, se destacan los maestros, sacerdotes, policías, parejas sentimentales de las madres, vecinos u otros miembros de la comunidad y desconocidos. ⁽⁵⁾

Por último, según Sibaja, hace unos años el Hospital Nacional de Niños le dio grado de epidemia a la agresión infantil, debido al aumento del 600% en casos atendidos en este centro de salud entre el 2010 y 2011. Hoy en día se podría considerar ya como una epidemia debido a que las violencias que sufren los niños, niñas, adolescentes y jóvenes han venido en aumento desde entonces. ⁽⁶⁾

1.1.2 Delimitación del problema

La población en estudio que se abarcará durante el trabajo comprende a la totalidad de la población costarricense menor de 18 años en el periodo de 1990 al 2017 que fueron víctimas de maltrato infantil.

1.1.3 Justificación

A lo largo de la última década el maltrato infantil ha ido en aumento en el nivel mundial, en donde Costa Rica entra dentro de dicha tendencia, ya que según datos oficiales del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), en el año 2017 en nuestro país ocurrieron más de 8 000 denuncias asociadas a violencia infantil, independientemente del tipo de la misma. Además, datos de UNICEF indican que, cada año, 150 millones de niñas y 53 millones de niños son abusados sexualmente. En lo que respecta a Costa Rica durante el año 2012 se reportaron 49 mil violaciones a los derechos de los niños y según datos del Patronato Nacional de la Infancia durante el 2013 dicha cifra aumentó en cuatro mil casos. ⁽⁷⁾ Si bien es cierto, este ha sido un tema del cual se ha mostrado más interés en los distintos medios de comunicación, sin embargo continúa siendo difícil hablar sobre el tema con gran parte de la población, lo que lleva a omitir factores que pueden estar asociados a este acto.

Además, existe evidencia de que la exposición temprana a situaciones de violencia deja cicatrices emocionales y físicas, en especial si estas se experimentan desde la infancia, siendo estos niños potenciales consultantes al servicio de salud en algún momento de su desarrollo, ya sea por daño físico, cognitivo o emocional, al significar así un factor económico importante por tomar en cuenta en los centros de salud del país.

De manera que se pueda identificar cuáles son las poblaciones que se encuentran en más riesgo y así pensar en medidas preventivas que se podrían implementar con el fin de disminuir dichas cifras y fortalecer los factores protectores, para así impulsar

intervenciones que sean viables y pertinentes. Además de facilitar variables que sean de utilidad en futuras investigaciones y para organismos destinados a la prevención y protección del maltrato. Siempre se debe intentar prevenir la violencia, ya que una vez que esta ocurre, la atención y protección de las personas menores de edad involucradas, se vuelve más compleja y lenta con consecuencias más difíciles de mitigar, con el objetivo de brindar un desarrollo bajo un ambiente saludable en el país y un bienestar integral de la población en la niñez y adolescencia.

1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la carga de la enfermedad atribuible al maltrato infantil en Costa Rica, durante el periodo de 1990 al 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Analizar la carga de la enfermedad atribuible al maltrato infantil en Costa Rica, de 1990 al 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Indicar los años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil según grupo de edad y sexo en Costa Rica, durante el periodo de 1990 al 2017.
- Definir los Años De Vida Vividos Con Discapacidad atribuibles al maltrato infantil según grupo de edad y sexo en Costa Rica, en el periodo de 1990 al 2017.
- Determinar los años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil según grupo de edad y sexo durante el periodo del 1990 al 2017 en Costa Rica.
- Identificar la mortalidad infantil que se atribuye al maltrato infantil en Costa Rica según edad y sexo, de 1990 al 2017.
- Describir la carga de la enfermedad atribuible de maltrato infantil por causa específica de abuso sexual, en Costa Rica de 1990 al 2017, según edad y sexo.
- Especificar la mortalidad infantil atribuible al maltrato infantil por causa específica de abuso sexual, en Costa Rica de 1990 al 2017 en general y según sexo.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

Dentro de los alcances de la investigación se obtiene primordialmente que el GBD no es una fuente veraz para utilizar como referencia al investigar el tema del maltrato infantil tanto en Costa Rica como de los países utilizados como referencia.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

Dentro de las limitaciones del estudio se menciona en primer lugar que en el GBD no se cuenta con un rango que sea específicamente inferior a los 18 años de edad, por lo que se deben utilizar las bases de datos que abarquen la mayor cantidad de las edades en estudio. Específicamente se trabajará con grupos de edades que comprenden los menores de 5 años, edades entre los 5 a los 14 años y menores de 20 años.

Además en dicha base dentro del maltrato infantil se contemplan únicamente al abuso sexual infantil, victimización por Bullying, sexo inseguro y a la baja actividad física, sin hacer mención de los distintos tipos de abuso que se mencionan a lo largo de la investigación. Por lo que también se hará énfasis en una de ellas, correspondiendo al abuso sexual infantil.

Otra limitación que se presentó fue a la hora de evaluar los años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil y por abuso sexual infantil en los grupos etarios de menores de 5 años y en las edades entre los 5 y 14 años, ya que en la base de datos consultada no se cuenta con dichos datos.

De la misma manera sucedió al evaluar la mortalidad atribuida al tanto maltrato infantil como tal y al abuso sexual en los grupos etarios de menores de 5 años y entre los 5 y 14 años, ya que tampoco se contaba con el registro de estos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Carga de la enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dice que la carga de la enfermedad es aquel estudio que ayuda a conocer cuál es el estado de salud en el nivel mundial, regional y nacional de las principales causas de mortalidad, incidencia, prevalencia y duración de las discapacidades, principales factores de riesgo y el porcentaje de enfermedades que pueden atribuirse a ellos mismos (fracción atribuible), así como distintos indicadores, en donde se incluyen los Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o también llamados AVISA, que es un método innovador utilizado para cuantificar las pérdidas de vidas, ya sea por mortalidad prematura o bien, el tiempo que está viva con alguna secuela o limitación de su salud. ⁽⁸⁾ Estas cifras se van a obtener por medio de la suma de los años de vida perdidos más los años vividos con discapacidad, de manera que un AVAD representa un año de vida sano perdido. Dentro de otros indicadores que se utilizan, se menciona la esperanza de vida saludable (EVISA), que constituye al promedio en años que se pueden vivir con buena salud y por ende, estas cifras son inferiores a la esperanza de vida. ⁽⁹⁾

Previo a la implementación del estudio del estado de salud por medio de la carga de la enfermedad, el indicador utilizado era la mortalidad, sin embargo esta disminuyó importantemente durante el siglo XX, por lo que surgió la necesidad de adoptar otra medida. Fue en este momento en donde la metodología de la Carga de la Enfermedad se perfeccionó, alrededor de los años noventa por el Banco Mundial, al iniciar en 1992, para ser concluido y presentado en un informe en 1993. Posteriormente, fue mejorado y publicado, además cabe destacar que en múltiples

ocasiones ha recibido la colaboración de la OMS, universidades y gobiernos. Posteriormente, Chris Murray, funcionario de la OMS, realizó revisiones y actualizaciones, que eran publicadas en los informes de la salud anualmente. Además, se añadió el Instituto de Métricas de Salud, que ha permitido realizar publicaciones de informes en el Global Burden Of Disease (GBD), lo que ha permitido tener una visión más global en lo que respecta a aspectos de la salud a través del tiempo, abarcando a poblaciones distintas.⁽⁹⁾

Dicho lo anterior, su utilidad radica en que la Carga de la Enfermedad funciona como una herramienta que sirve de guía para conocer el estado de salud y así definir prioridades a la hora de tomar acción en aspectos que podrían afectar ya sea negativa o positivamente el estado de salud, ya sea de una población específica o de una manera más generalizada.

2.1.2 Maltrato infantil

Reseña histórica

En 1989, la Organización de Naciones Unidas convocó a la Convención sobre los Derechos del Niño, el 20 de noviembre de ese año esta convención inició a formar parte del Derecho Internacional. Posteriormente, el 2 de septiembre de 1990 se celebró la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, de manera tal que volvió universal el problema de la niñez y creó un instrumento jurídico en donde se obligaba a los adultos a proteger a los niños.⁽¹⁰⁾

En Costa Rica, mediante la Ley N° 39 un 06 de agosto de 1930, se creó el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), como dependencia de la Secretaría de Previsión

Social. El precursor de su creación fue el profesor Luis Felipe González Flores. La primera Junta Directiva estuvo conformada por los miembros propietarios: Alejandro Alvarado Quirós (Vice Presidente), Miguel Obregón Lizano, Justo A. Facio, Luis Felipe González Flores (Presidente) y Mario Luján Fernández, y los miembros suplentes: María Isabel Carvajal (Carmen Lyra), Alejandro Montero Segura y Horacio Acosta García (Secretario).

La principal función del PANI es velar por la conservación, desarrollo, desenvolvimiento y defensa del niño, niña y adolescente, desde el ámbito moral, intelectual, físico y social.

Esta ley a su vez estipuló la redacción de un Reglamento que se hizo efectivo el 18 de noviembre de 1931, y se fortaleció con la aprobación del Código de la Infancia del 25 de octubre de 1932. Sirviendo como una base para regular las situaciones jurídico-sociales referentes al niño.

Desde la creación del PANI hasta 1940, la acción institucional se enmarcó en la atención de las personas menores de edad, algunos con tendencias delictivas y otros en situación de pobreza y de atención especial; también se dio a la tarea de fomentar el surgimiento de agrupaciones sociales de protección a la infancia.

Posterior al año 1948, después de los hechos políticos – sociales y con la participación del profesor González Flores en la Asamblea Nacional Constituyente, el PANI logra consagrar su autonomía. De manera que, en 1949, en el Artículo 55 del Capítulo de las Garantías Sociales de la Constitución Política de la República de Costa Rica, se declara al PANI como una institución autónoma para la protección

especial de la madre y del menor, y que a su vez cuenta con la colaboración de las otras instituciones del Estado.

La Ley Orgánica del PANI del 28 de mayo 1964, modernizó jurídicamente la institución para que respondiera a las demandas sociales. El año de 1974 fue de trascendental importancia, ya que se promulgó el Código de Familia y por otro, se creó el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. Dicho Fondo destinó recursos económicos a programas y servicios de instituciones del Estado que tenían a cargo programas de ayuda social. De tal manera que el PANI se convirtió en beneficiario por medio de la promoción de programas de desarrollo social y de asistencia directa a la familia. Más adelante, en la década de 1980, el PANI modificó la estructura organizacional y a su vez desarrolló un enfoque de la intervención institucional.

El 09 de diciembre de 1996 surge una nueva Ley Orgánica de la Institución, que significó el replanteamiento de la entidad como la institución estatal rectora en la atención, protección, promoción y restauración de los intereses y derechos de la niñez y adolescencia. Se incorporaron modelos de atención más integrales y personalizados y se impulsaron estrategias para que las comunidades desarrollaran esquemas, en la solución de los problemas que afectaban a los niños y adolescentes.

En el año de 1998 se promulgó el Código de la Niñez y la Adolescencia, mediante el cual se regularon los derechos de las personas menores de 18 años, esto en clara consonancia con leyes internacionales en esta materia tales como las emanadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). También, se

estableció el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, cuya presidencia la ejercía el PANI y que entre otros aspectos, se encargaría de coordinar los esfuerzos y labores de las instituciones gubernamentales que trabajan sobre la temática.

Además, otro aspecto de importancia fue la designación de la Presidenta Ejecutiva del PANI como Ministra de la Niñez y la Adolescencia (rango de Ministro de Estado sin cartera), en junio de 2002. En el marco de esta nueva jerarquía institucional, destaca la declaración de la niñez como una prioridad nacional, por parte del Poder Ejecutivo.

Las acciones institucionales a inicios del Siglo XXI, se encaminan a brindar nuevas oportunidades y servicios, con el objetivo disminuir las situaciones que violentan los derechos de la niñez y adolescencia. Por último, se desarrollan prioritariamente tres programas sustantivos: Actividades Centrales, Programa de Prevención y Promoción de los niños, niñas y adolescentes; y Programa de Atención y Defensa.

En resumen en Costa Rica, las políticas con énfasis en la protección de los menores que sufren de algún tipo de maltrato se nombran a continuación. ⁽⁵⁾

Tabla 1. Cronograma de políticas en Costa Rica.

Cronograma de políticas	
Año	Políticas
1949	Constitución Política, la protección del niño agredido es de interés público, la rectoría es del PANI.
1970	Primer “Comité de Estudio Integral del Niño Agredido (CEINA)” HNN.

1976	Código de Familia. Convención de los Derechos del Niño. Ratificación en Costa Rica del Códigos de Derechos del Niño (CDN).
1990	Ley contra la explotación sexual de personas menores de edad. Ley para regular la adopción de personas. Ley de Justicia Penal Juvenil.
1996	Ley de Pensiones Alimentarias Ley Orgánica del PANI. Ley General de Protección a la Madre Adolescente. Código de la Niñez y la Adolescencia y el Sistema Nacional de Protección Integral.
2000	Ley General de Centros de Atención Integral. Ley de Paternidad Responsable. Modificación de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente.
2005	Ley de Ejecución de las Sanciones Penales Juveniles. Segundo Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y Protección a la Persona Adolescente Trabajadora 2005-2010.
2007	Ley de Fortalecimiento de la lucha contra la explotación sexual de las personas menores de edad. Ley para impedir el matrimonio en las personas menores de 15 años.
2008	Ley Derechos de los niños, niñas y adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante.

	Plan Nacional contra la Explotación Sexual Comercial 2008-2010. Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021. Creación de la Dirección Nacional de CEN-CINAI.
2010	Protección de los derechos de las personas adolescentes en el trabajo doméstico. Reforma legislativa artículo 78 COPOL (se aumentó al 8 % el porcentaje del PIB para educación). Prohibición del trabajo peligroso e insalubre para personas adolescentes y trabajadoras. Protección a los derechos de las personas adolescentes trabajadoras domésticas. Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y la Promoción de la Paz Social Protección de la niñez y la adolescencia frente al contenido nocivo de internet y otros medios. Protección del trabajo peligroso e insalubre para personas adolescentes trabajadoras. Regulación de la Adopción Directa de las personas menores de edad. Programa de Justicia Restaurativa. Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil.

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁾.

Definición de maltrato infantil

En el ámbito médico pediátrico, el acto de cometer algún tipo de violencia contra un menor, se conoce como maltrato infantil (MI), el cual a su vez se define como los abusos y la desatención de menores de edad que causen un daño a la salud emocional, física y sexual, así como a su desarrollo, dignidad, o bien, poner en peligro su supervivencia, todo lo anterior bajo el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Dicha patología fue aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, como un problema global de salud pública, por las consecuencias físicas y emocionales que ocasionan en la víctima, así como en el ámbito social, económico y emocional de la familia y en la comunidad. Por lo que se entiende como un problema médico-social-legal.^(11,12) Por ende, el médico debe conocer y aplicar los lineamientos legales que giran en torno a esta patología. Sin embargo, por el desconocimiento de las distintas modalidades del maltrato infantil y el desuso de indicadores internacionales, no solo de parte del personal médico sino de otros profesionales, llevan a que el diagnóstico sea insuficiente y con ello, se cuente con un mal registro de esta situación.

Por lo que, con el fin de resolver este problema, en el Instituto Nacional de Pediatría se fundó la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP) que por aproximadamente 16 años ha estudiado los aspectos clínicos, sociales, epidemiológicos y básicos del maltrato infantil. De tal manera que el término adecuado para el registro del maltrato infantil, de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), es el de “maltrato infantil” y además,

existen cuatro modalidades básicas que se deben registrar⁽¹³⁾, las cuales se mencionan a continuación:

- Abuso físico.

El abuso físico se define como toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones.⁽¹⁴⁾ Este concepto abarca dos ámbitos importantes, como lo son la perspectiva médica y la jurídica. De manera que en lo que respecta a la segunda perspectiva mencionada, la lesión constituye a una agresión en el cuerpo y esta se clasifica según el riesgo vital, el tiempo de duración para sanar, la presencia de cicatriz y si esta es visible, por último, se toma en cuenta si produce incapacidad funcional.

Además, desde el punto de vista legal se debe determinar la severidad de las lesiones que se hallen al realizar el examen físico, así como el mecanismo utilizado. Dentro de estos, se mencionan los traumatismos directos, quemaduras, el ahogamiento y la asfixia. Incluso se pueden encontrar marcas de hebillas, de las manos, raquetas, entre otros medios utilizados para cometer la agresión.

También se propone el término de “síndrome de la monta de la bestia”, el cual hace referencia a la relación etiopatogénica en el abuso sexual debido al peso excesivo de un adulto sobre el del niño agredido, quien por naturaleza cuenta con un peso menor, y por ello sufre de asfixia. Sin embargo, es necesario realizar más estudios para avalar el mismo.⁽¹⁵⁾

Además, se debe clasificar el tejido lesionado, como contusión, laceración, escoriación, fractura, herida, luxación, hasta perforación de víscera. También se

pueden encontrar hemorragias retinianas. ^(16,17) Conocer lo anterior funciona como guía para saber cuáles son las herramientas que se deben utilizar al abordar estos casos o cuando se sospecha de ellos.

L. Abdalá adjunta en el artículo “Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional”, una serie de diagnósticos diferenciales del maltrato físico ⁽¹⁸⁾, los cuales se enlistan a continuación:

a) Traumatismo o quemadura accidental.

b) Defectos de la coagulación.

a. Hemofilia.

b. Hipoprotrombinemia.

c. Púrpura trombocitopénica

c) Enfermedades cutáneas.

a. Aplasia cutis.

b. Dermatitis por contacto.

c. Síndrome de Lyell.

d) Enfermedades óseas.

a. Escorbuto.

b. Hiperostosis cortical infantil.

c. Infiltración tumoral.

d. Osteomielitis.

e. Osteogénesis imperfecta.

f. Raquitismo renal.

e) Infecciosas.

- a. Meningococcemia.
 - b. Síndrome de Torch.
- f) Neurológicas y metabólicas.
 - a. Acidemia glutárica.
 - b. Indiferencia congénita al dolor.
 - c. Lesión medular.
 - d. Psicopatías.
 - e. Síndrome de Lesh Nyhan.
- g) Culturales.
 - a. "Aplicación de chile en zona de alopecia".
 - b. "Aplicación de gotas de limón en los ojos".
 - c. "Colocación de ventosas".
 - d. "Tratamiento de la mollera caída".
 - e. "Oler chile".
 - f. "Tronarle las anginas".
- h) Otras.
 - a. Muerte súbita del lactante.

En lo que respecta a este último diagnóstico diferencial, se ha reportado que aproximadamente de un 3.5 a 5% de los casos con dicho diagnóstico, en realidad corresponde a síndrome de niño agredido. ⁽¹⁹⁾ En donde el síndrome de muerte súbita del lactante consiste en la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año, durante el sueño y que a pesar de no haber sospecha al interrogatorio, al evaluar exhaustivamente la escena de muerte, realizar exámenes toxicológicos,

metabólicos, infectológicos, radiológicos, así como una autopsia completa, no se haya evidencia etiológica.

Sin embargo, hay algunas características que se asocian más a una etiología que a la otra, como lo es la edad, en donde es más frecuente que el síndrome de muerte súbita del lactante se dé antes del año de edad, y el maltrato infantil a partir de los dos años. También, influye el sexo, en donde no se anota diferencia entre uno y el otro referente al maltrato infantil, mientras que en el síndrome de muerte súbita del lactante, es tres veces más frecuente en el sexo masculino. Otro aspecto importante y un dato fácil de obtener, es la existencia de control prenatal, de manera que este existió en la mayoría de los casos de muerte súbita del lactante, siendo deficiente en los casos de agresión.

- Abuso sexual.

El abuso sexual comprende a toda aquella conducta que violenta el derecho de cada persona a decidir y ejercer de manera voluntaria su sexualidad, y es uno de los principales subtipos del maltrato infantil. De manera que del total de casos de maltrato infantil que se reportan anualmente, aproximadamente el 26% sufre solamente de abuso sexual.

Con respecto de la prevalencia según el sexo, se menciona que aproximadamente el 7-36% de las mujeres y el 3-29% de los hombres fueron víctimas de alguna forma de abuso sexual durante su infancia. Así como se registra que el abusador suele ser una persona conocida o cercana a la víctima, en donde se estima que el 70% son miembros de la familia, amigos, sacerdotes o cuidadores o educadores del

menor. Por último, el abusador suele ser del sexo masculino (95,5% de los casos) y generalmente no se asocia a violencia física, sino emocional, por medio del engaño y la manipulación. ^(11,20,21)

El abuso sexual en menores de edad comprende una amplia gama de crímenes, interacciones y ofensas sexuales, que impliquen a menores de 18 años como víctimas, a adultos como abusadores o a dos menores de edad, con una diferencia de 5 años entre sí. Aquí se incluyen actos en donde no exista contacto físico como la producción de pornografía infantil o exponerlos a ella, el exhibicionismo y el voyerismo. También se mencionan los casos en los que sí hay contacto físico, como los tocamientos inapropiados de parte del abusador o la víctima, el jugueteo sexual o la violación, la cual incluye tanto la penetración vaginal, anal u oral por una parte corporal del perpetrador u otro objeto.

Tampoco se puede dejar de lado la explotación sexual, de la cual se han reconocido distintas modalidades, como lo son la utilización de los menores en pornografía, explotación sexual comercial en el marco de viajes y turismo, la trata con fines sexuales, matrimonios forzados, reclutamiento con fines sexuales por grupos armados y la explotación sexual en escenarios de prostitución adulta. ⁽²²⁾

En cuanto al abuso sexual, otro aspecto por tomar en cuenta es el involucramiento de un niño en actividades sexuales para las cuales no está en capacidad de comprender o consentir, ni tiene el desarrollo suficiente. Por lo que esto se trata de una relación de abuso, en donde existe desequilibrio de poder, en el cual el agresor se encuentra en una posición superior de control sobre la víctima.

En cuanto a los explotadores responsables de la explotación sexual infantil, hay tres tipos: los proxenetas, que son aquellos individuos que obtienen dinero por inducir las víctimas a la explotación. Lo que logran por medio de la violencia y engaños. Luego están los abusadores o “prostituyentes” y por último, los intermediarios, que están involucrados indirectamente ya que colaboran con el transporte, alojamiento u otro tipo de servicios.

L. Abdalá también propone una serie de cuadros clínicos por considerar como diagnósticos diferenciales del abuso sexual ⁽¹⁸⁾:

a) Malformaciones Congénitas.

- a. Bandas periuretrales.
- b. Carúnculas uretrales y prolapso.
- c. Diastasis del ano.
- d. Hemangioma congénito.
- e. Malformación de genitales.
- f. Variación del músculo bulbocavernoso

b) Enfermedades Dermatológicas.

- a. Dermatitis por contacto.
- b. Liquen, esclerosis.

c) Enfermedades Infecciosas.

- a. Estreptococcias.
- b. Infección por hongos o bacterias comunes

d) Trastornos en la motilidad intestinal.

- a. Constipación crónica.

- b. Enfermedad de Crohn.
 - c. Hemorroides.
 - d. Lesión baja de la médula espinal.
 - e. Prolapso rectal de causa variable.
- d) Defectos de la coagulación.
- a. Hemofilia.
 - b. Hipoprotrombinemia.
 - c. Padecimientos hemato-oncológicos.

- Abuso psicológico.

El abuso emocional constituye a la acción o incapacidad de proporcionar un ambiente emocional propicio para el desarrollo psicológico, físico que permita lograr independencia y seguridad, de manera que las actitudes que los adultos comenten principalmente hacia los menores y que son formas de abuso psicológico incluyen ignorar al menor, las actitudes de distanciamiento, de desapego, o la privación de afectos y de seguridad, o también llamado “maltrato emocional pasivo”; o el “maltrato emocional activo” que son los casos en los que se le grita al menor, se enfurece con él o se le regaña violentamente.

También, la inducción de comportamientos antisociales mediante la realización de actividades inadecuadas en presencia de los niños como emborracharse, drogarse, o bien escenarios en donde el menor es testigo de conductas violentas.

- Negligencia.

Se conoce como negligencia a la omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor.

Otras formas poco conocidas del maltrato infantil, son:

- Síndrome de Munchausen por poder: trastorno mental en el que una persona se provoca a sí mismo síntomas para asumir el rol de enfermo.

Fue descrita inicialmente por el médico británico Richard Asher en 1951, cuando los pacientes afectados presentaban múltiples ingresos hospitalarios con relatos de padecimientos físicos que no podían comprobarse. Una modalidad de este cuadro patológico es el llamado Síndrome de Munchausen by proxy (SMbP), en el que una persona inventa de manera repetitiva síntomas o enfermedades a una persona que se encuentra bajo su cuidado. En la mayoría de estos casos, se trata de niños y quienes causan las patologías son sus madres, con el fin de obtener la atención del personal médico. ⁽¹¹⁾

Se conoce poco sobre los factores de riesgo de padecer Síndrome de Munchausen by proxy, sin embargo, se tiene evidencia de que los niños víctimas de este Síndrome pueden ser adultos maltratadores. Los niños con mayor predisposición son los que tengan padres con historia actual o pasada de somatizaciones, madres con múltiples síntomas inexplicables durante el embarazo, historia de frecuentes enfermedades y con una percepción distorsionada en cuanto a la salud del hijo.

Por lo general, las víctimas de este maltrato no consultan con las lesiones más comunes del maltrato físico infantil, entre ellas la equimosis de diferente data,

quemaduras de diversos orígenes, en sitios cubiertos por ropa; sino que las lesiones del niño están a la vista, ya que son provocadas con el fin de llamar la atención del equipo médico para hacerle creer que son manifestaciones de alguna patología orgánica. Dentro de las tres formas de gravedad del SMbP se encuentran la forma leve, en donde la madre se presenta ante el médico inventando los síntomas del niño; la forma moderada, con un niño con los síntomas leves y que no ponen en riesgo vida; y la forma severa, cuando el menor tiene síntomas potencialmente mortales, los cuales fueron inducidos por el cuidador.

Por último, la boca puede ser la zona afectada con diversas lesiones, ya que en este acto de violencia, esta corresponde a la entrada al sistema digestivo, la cual constituye a la vía de ingreso al organismo de sedantes, medicamentos u otras sustancias tóxicas, que puedan ser utilizadas por el cuidador para inducir síntomas (locales o sistémicos) al menor.

- Abuso fetal o maltrato prenatal. Conductas realizadas voluntariamente por la madre o familiares, o bien, conductas negligentes que influyen de manera negativa en el embarazo y traen consecuencias en el feto.
- Ritualismo satánico.
- Maltrato étnico.

Además, hay otras formas poco consideradas como lo son los niños trabajadores, los niños migrantes, aquellas víctimas del Bullying, del síndrome de alienación parental y los niños en situación de guerra.

Mencionado lo anterior, en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado se ha desarrollado una definición que abarca nueve aspectos fundamentales del problema y por ende, resume lo comentado:

“Toda agresión u omisión intencional física, sexual, psicológica o negligente, dentro o fuera del hogar contra una persona menor de edad, antes o después de nacer, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física, intelectual o económica.” ⁽¹³⁾

Sin embargo, para que exista maltrato infantil se debe contar con tres elementos básicos: un menor “especial”, “un adulto especial” y un factor “detonante”. En donde, la existencia de uno o dos de dichos elementos, constituye una situación de riesgo de sufrir maltrato infantil. Las características básicas de cada uno de estos elementos son las siguientes.

a) Aspectos básicos del menor

En primer lugar, la edad, en donde entre más pequeño sea el menor, mayor frecuencia y gravedad de la agresión, como lo es el caso del síndrome del niño sacudido. También se toma en cuenta el género, que a pesar de que no existe un sexo predominantemente agredido, sí se observa con mayor frecuencia en mujeres. Además, si el agredido es el primer hijo, generalmente es varón. También, dentro de los factores que los vuelve más susceptibles son aquellos niños que viven en hogares sustitutos, bajo condiciones de hacinamiento o promiscuidad, o bien, si coexisten con alcohólicos o drogadictos.^(18,23) Los menores que tengan alguna

malformación congénita, un padecimiento pediátrico crónico o daño neurológico tienen un riesgo del 12-14% de ser víctimas de violencia. Además, se debe investigar si el producto fue deseado, planeado o aceptado, por uno o ambos progenitores. Otro de los factores de riesgo que se mencionan son aquellos niños o niñas a los cuales se les ha extremado su sociabilización y nunca aprendieron a decir “no”.

b) Aspectos básicos del agresor

La madre suele ser la responsable del abuso físico, mientras que el padre, el abuelo, un hermano mayor, el padrastro o un primo, con mayor frecuencia agreden sexualmente a la mujer. Así como el padrastro generalmente abusa sexualmente; la madrastra, físicamente.

También se debe considerar como factor de riesgo del agresor si hay sospecha de disfunción conyugal, la homosexualidad velada, antecedente de abuso sexual, así como antecedentes penales.

c) Aspectos básicos del factor detonante

- a. Antecedente de haber sido víctima de maltrato infantil.
- b. Desempleo del agresor.
- c. Adicción de alguna sustancia legal (alcohol) o ilegal (cocaína, marihuana, anfetaminas, entre otras).

d) Factores de protección

- a. Vinculación sólida del lactante a un familiar adulto.
- b. Buena atención de los padres durante la infancia.

- c. Alejamiento de los círculos de delincuencia o del abuso de sustancias.
- d. Relación afectuosa y de apoyo de un progenitor respetuoso.
- e. Ausencia de tensiones causadas por abusos.

A pesar de que estos factores han sido poco estudiados, se ha llegado a la conclusión que mejorar las dinámicas familiares y los recursos de las propias familias es un aspecto en el cual se debe hacer énfasis. ⁽²⁴⁾

Clasificación del maltrato infantil

En lo que respecta documentación global, para la respectiva realización de estadísticas, se utiliza como base la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión diagnósticos (CIE-10-ES Diagnósticos), en donde el maltrato infantil se encuentra en la sección de Efectos de Causas externas, la cual contempla los códigos que abarcan desde el T66 al T78.⁽²⁵⁾

Además, también se encuentra la versión inicial del CIE 10, en donde la OMS considera el maltrato infantil y sus diferentes formas con sus respectivos códigos en la categoría T 74 Síndromes del maltrato y las dentro de sus formas de presentación se encuentran:

- T 74.0 Negligencia o abandono.
- T 74.1 Abuso físico.
- T 74.2 Abuso sexual.
- T 74.3 Abuso psicológico.
- T 74.8 Otros síndromes de maltrato.

- Formas mixtas.
- T 74.9 Síndrome de maltrato no especificado. ⁽²⁶⁾

Mientras que de una manera más específica en el CIE-10-ES, se encuentra bajo el nombre de “Abuso, abandono y otros malos tratos del niño y del adulto”, acompañado del código T74, a la categoría referente al maltrato infantil. Además, otro aspecto a tomar en cuenta es que dicho código se utiliza cuando el maltrato está confirmado, como lo son aquellos hechos en los que la documentación de la historia clínica establece maltrato o abandono. Mientras que en los casos en los que se sospecha, se categoriza como “T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos”; por último se colocarían los códigos que hagan referencia a trastornos mentales o lesiones acompañantes de ser necesario.

En los casos de abuso o abandono confirmado se debe añadir un código de causa externa de la sección de agresiones (X92-Y08) para identificar la causa de cualquier tipo de lesiones físicas. Se debe añadir un código que identifique al agresor (Y07) cuando se sabe qué persona ha perpetrado los abusos.

Si durante un contacto se descarta un caso sospechoso de abuso, abandono o malos tratos, se deben utilizar los códigos Z04.71 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presuntos malos tratos físicos en el adulto (descartado), o Z04.72 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presuntos malos tratos físicos en el niño (descartado). No deben utilizarse códigos de la categoría T76. Si se descarta un caso sospechoso de presunta violación o abuso sexual se asignará el código Z04.41 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presunta violación en adulto o el

código de Z04.42 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presunta violación infantil. No deben utilizarse códigos de la categoría T76.

Al clasificar estos hechos también existe la sección de Clasificación de causas externas, dentro de la cual se encuentra como causa a la agresión, abarcando los códigos desde el X92 a la Y08. En donde se contempla como la misma a las lesiones infligidas por otras personas con la intención de herir o matar por cualquier medio. En esta sección se incluyen los códigos de maltrato, abuso y abandono, que se codificarán solamente si están confirmados, acompañándose del código T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmado, que identifican el autor de la agresión. El maltrato incluye las formas de abandono, sexual, mental o emocional, tortura o maltrato físico.

Clasificación de la violencia contra la niñez y la adolescencia según dimensión en Costa Rica

En una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes de Costa Rica, realizada en conjunto por el PANI- UNICEF Costa Rica hace dos años, se clasificó la violencia infantil y de la adolescencia según tipo y dimensión de la violencia llevado a cabo. En donde se menciona a la violencia intrafamiliar, al utilizar como dimensión la violencia en el hogar y con la familia. También se toma en cuenta la violencia llevada a cabo en la escuela.

En cuanto a esta última, en el 2013 se reportaron 49.091 casos de violencia entre estudiantes, de los cuales el 57% se da en I y II ciclo y 34 % en III ciclo y educación diversificada. Por otro lado, la educación preescolar presenta el menor número de

casos. Una distribución similar se presenta en los casos de violencia entre estudiantes y docentes, con ligeramente más casos de violencia entre estudiantes y otro personal administrativo (47,2 %) para el III ciclo, frente a 43,5 % de I y II Ciclo. En todos los niveles educativos, la agresión verbal es la más común, mientras que la agresión física es mayor para el I y II ciclos en todos los tipos de relación. ⁽²⁷⁾

En lo que respecta al acoso escolar, según datos del Ministerio de Educación Pública (MEP) de Costa Rica, en el año 2014, 229 menores de edad denunciaron ser víctimas de acoso escolar. De igual manera los casos de suicidio en la etapa de la adolescencia temprana en los últimos años por esta causa, han ido en aumento. ⁽²⁷⁾

Estudios recientes de UNESCO estiman que entre el 50% y el 70% de los estudiantes en la región latinoamericana han sido víctimas o testigos del matonismo o Bullying. También se menciona a aquella violencia llevado a cabo en espacios públicos o en la comunidad, en donde González Coto⁽²⁷⁾, hace énfasis en que cuando los progenitores creen que son los dueños de los niños y niñas y tienen derecho a hacerles lo que consideren mejor, existe resistencia a la participación del Estado en la protección de la infancia.

Otro tipo de violencia que se toma en cuenta en la asociada al tráfico de drogas, el 9.1.1. reportó que durante el año 2016, recibieron 1802 llamadas por consumo de drogas, 93 por venta de drogas y 2666 por exposición a drogas. ⁽²⁷⁾

Por último, se habla de la explotación sexual, comercial y trata, de las cuales el PANI recibió en el 2016, 178 llamadas por explotación sexual comercial, 12 llamadas por trata por explotación sexual comercial y 6 por trata por explotación

laboral. Entre el 2014 y el 2016 el Equipo de Reacción Inmediata de la CONACOES identificó 16 personas menores de edad víctimas de explotación sexual comercial. En cuanto a los tipos de violencia contra las personas menores de edad reconocidos en Costa Rica se toman en cuenta el abuso prenatal, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual, así como el abuso institucional, el trastorno facticio por poder, el abuso o violencia patrimonial, el síndrome de Niño Sacudido, y a los niños y adolescentes triangulados.

Así que con base en el documento de Prevención Integral de la violencia que afecta a la niñez y la adolescencia en lo local, se documenta que en durante el 2016 el PANI recibió 78 llamadas por negligencia por abandono, 7523 negligencia por salud y 76 negligencias por educación, en cuanto al abuso emocional en el mismo año recibieron 2563 llamadas atribuidas a agresión psicológica.

En este plan además mencionan que los casos ingresados por abuso físico al Hospital Nacional de Niños (302) para todos los años, la mayoría fueron niños de 1 a los 4 años de edad. Además de que dentro de los determinantes para el abuso físico, se encuentran el nivel de frustración y la falta de herramientas de autocontrol y manejo de situaciones de crisis de los cuidadores, posiblemente agravados por la falta de habilidades orales y de autocontrol en los niños de edades más tempranas. La mayor incidencia de víctimas fatales de abuso físico, se da en los niños menores de un año, con 22 casos de los 56 reportados por el Poder Judicial en el período 2003- 2011, siendo los padres los victimarios en la mayoría de los casos.

En cuanto al abuso sexual, en este plan se habla que según datos del Hospital Nacional de Niños, para el período comprendido entre el año 2000 y el 2012, de los

223 casos ingresados por abuso sexual, 184 fueron niñas y 30 niños. Cabe mencionar, que los casos atendidos por el HNN son casos en los que:

- a) La víctima ha sufrido lesiones físicas lo suficientemente graves para hacer el ingreso hospitalario inevitable.
- b) Los casos de abuso sexual que son reportados y buscan la atención. Muchos casos de abuso sexual no cabrían en estas dos categorías y particularmente en el caso de los niños varones, las normas de género podrían hacer del reporte una situación humillante.

Para los años 2000-2012, el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 5-9 años (101), en segundo lugar el grupo de 10-14 años (66 casos) y en tercer lugar el de 1-4 años (55 casos). ⁽²⁷⁾

Además, se menciona el término de triangulación, el cual consiste en una situación en donde dos personas se encuentran en conflicto y quienes en lugar de intentar resolver sus diferencias, involucran a una tercera, en un intento de evitar o difuminar su conflictiva. Esta situación se puede presentar en distintas esferas de la vida cotidiana y de diferentes formas; en este caso interesan las situaciones que se presentan a nivel de familia, ya que usualmente las personas involucradas son niños, quienes por su condición de personas menores de edad presentan un mayor nivel de vulnerabilidad, desarrollando posteriormente reacciones compensatorias como síntomas de enfermedad, problemas de conducta e impulsividad.

Por último, dentro de otros tipos de violencia contra niñas, niños y adolescentes que se mencionan en esta revisión, se mencionan:

- La ebriedad habitual, el uso indebido de drogas, el hábito de juego de progenitores, guardadores o tutores de personas menores de edad.
- La dureza excesiva en el trato o las órdenes.
- Consejos, insinuaciones o ejemplos corruptores que los padres dieran a sus hijos.
- La negativa de los padres a dar alimentos a sus hijos, el dedicarlos a la mendicidad y permitir que deambulen en las calles.
- Cualquier otra forma de mala conducta notoria de parte abuso del poder paterno, incumplimiento de los deberes familiares o abandono judicialmente declarado de los hijos.
- Insatisfacción de las necesidades básicas de los hijos, materiales, morales, jurídicas y psico-afectivas, a causa del descuido injustificado por parte de quienes ejercen legalmente los derechos y los deberes inherentes a la autoridad parental.

Referente a este último apartado, el Centro de Orientación e Información (COI) del PANI, entre el 2012 y 2017, documentó 196 denuncias en la vía judicial por explotación sexual por medios virtuales:

- 2017: 15 denuncias a la fiscalía.
- 2016: 63 denuncias a la fiscalía.
- 2015: 42 denuncias a la fiscalía.
- 2014: 15 denuncias a la fiscalía, reportando 43, perfiles de Facebook, páginas de internet y otros medios.

- 2013: se reportaron 291 perfiles de la red social Facebook, que significaron 46 denuncias a la fiscalía.
- 2012: se reportaron 22 perfiles de la red social Facebook, que significaron 15 denuncias a la fiscalía.

Además, el PANI también atendió durante el 2016, conflictos familiares en una suma de 14701, en donde los niños, niñas y adolescentes son testigos o víctimas de la violencia entre las personas adultas, así como 1626 denuncias de personas menores de edad solas en casa, un total de 172 casos de explotación laboral, 408 casos de ideación suicida, 872 fugas del hogar y dentro de las personas desaparecidas se mencionan 153 personas menores de edad que se van de sus casas. ⁽²⁷⁾

Consecuencias o secuelas del maltrato infantil

Como se ha mencionado anteriormente, el maltrato infantil constituye un problema de salud pública, no solamente en el ámbito de salud tanto física como emocional, sino a nivel social, económico y legal. Además, en los casos en los que se comente específicamente abuso sexual, según L. Abdlá las consecuencias se pueden clasificar en ⁽¹⁸⁾:

- a) Daño físico.
- b) Daño emocional.
- c) Adquisición de procesos infecto-contagiosos.
- d) Embarazo.

Así que si se inicia desde el punto de vista médico, dentro de las consecuencias del maltrato infantil se menciona la evidencia de una desregulación en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal como consecuencia de un trauma. Lo anterior, genera un estado inflamatorio crónico que favorece la aparición de enfermedades crónicas, incluyendo a las cardiovasculares, inmunológicas y psicológicas. Las hipótesis sobre los efectos mencionados y el sistema nervioso autónomo orientan a que existe una hiperfunción de uno y la atenuación del otro, que podría asociarse a la psicopatología y la respuesta inadecuada del individuo ante nuevas situaciones de estrés. (20,28)

Además, en diferentes estudios se evidencian cambios estructurales en distintas estructuras cerebrales, como lo son el menor tamaño intracraneal y cerebral, menor volumen del cuerpo calloso, como la asimetría en el lóbulo frontal, alteraciones en el volumen del hipocampo, un menor volumen de la amígdala y pérdida neuronal en ciertas regiones del cerebro.

En las personas víctimas de violencia sexual en su infancia, también se habla de alteraciones funcionales, como hiper o hipofunción y alteración en la irrigación de ciertas regiones cerebrales. Además, se debe tomar en cuenta que las lesiones producto de abuso sexual van a variar en función del sexo de la víctima, de manera que en las niñas generalmente se encontrarán en la zona genital, paragenital y extragenital. En donde a grandes rasgos las más frecuentes serán la modificación en el tamaño del orificio himeneal, desgarros o pérdida de la elasticidad de este, cicatrices y sinequias postraumáticas. En los casos en los que la víctima consiste en un varón, las lesiones anales son las que se encuentran con mayor frecuencia,

sin embargo también puede haber evidencia de mordidas, erosiones cutáneas en el pene y escroto, edema prepucial e incluso descarga uretral, de lo cual se habla con detalle más adelante. ⁽¹⁸⁾

Desde el punto de vista de la evolución de las lesiones, en primer lugar a corto plazo, en los casos de abuso sexual pueden coexistir lesiones físicas, como hematomas, quemaduras o fracturas. Acuña(20) menciona en su revisión bibliográfica sobre el abuso sexual en menores que de 39 niños abusados sexualmente, el 51% presentó lesiones vaginales, un 20,5% tenía manifestaciones cutáneas, 7,6% tenía lesiones anales, 7,6% osteoarticulares, 2,5% lesiones bucales y en un 10,8% no hubo lesiones aparentes. Además, del total de lesiones genitales y anales en mujeres menores de 21 años, tan sólo el 25% se debió a abuso sexual, lo que guía que se debe realizar el diagnóstico diferencial con distintas causas que puedan ser responsables de dichas anomalías.

Además, se sospecha que hubo penetración al haber lesiones en el introito vaginal localizadas en las regiones cinco y siete horas de las manecillas del reloj. También, en estos casos podría hallarse el signo de Wilson Johnson, que consiste en una lesión triangular con la base en el margen anal y el vértice en el periné (a las 6 horas con respecto a las manecillas del reloj). Dicho signo indica con certeza la existencia de coito.

Sin embargo, en las mujeres también se pueden encontrar lesiones no penetrantes en el pubis, clítoris y los labios, en donde puede haber evidencia de hematomas, equimosis, abrasiones, laceraciones e incluso mordeduras. Mientras que las

lesiones por penetración incluyen laceraciones vaginales superficiales y profundas, que pueden presentarse con riesgo de shock hipovolémico.

Un aspecto por tomar en cuenta es que la ausencia de cambios en el himen no descarta la existencia de abuso sexual, ya que a pesar de que la víctima haya experimentado penetración vaginal, un 16% de las mujeres presenten cambios en él. Por último, se mencionan el embarazo en niñas que ya se encuentren en edad fértil o en el caso de cualquier menor, ya sea femenino o masculino, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (ETS), en donde siempre que haya sospecha de alguna, se debe investigar sobre la posibilidad de que haya maltrato infantil de fondo.

Kohlberger y Bancher-Todesca, documentaron en su estudio que los casos en donde se sospecha de abuso sexual en menores, hubo presencia de gonorrea en el 1,8%, de clamidia en el 1,6% y de *Trichomonas vaginalis* en el 0,7%. No hubo ningún caso de sífilis o VIH reportado. Sin embargo, sí hubo colonización bacteriana por *Gardnerella vaginalis* en el 24% de los casos y de *Enterobacteriaceae* en el 41,3%.⁽²⁹⁾

En cuanto a las consecuencias a largo plazo, se hace mayor énfasis en la problemática social asociada al maltrato infantil, siendo predominante en los casos de abuso sexual en menores la predisposición para el alcoholismo, tabaquismo, uso de drogas, la fuga del hogar, la prostitución, delincuencia, la deserción escolar, el desempleo, embarazo adolescente o no deseado, conflictos familiares, dificultad para establecer relaciones interpersonales y mayores tasas de divorcio y separación.

Con respecto de los problemas de salud física se menciona que las personas que sufrieron de maltrato infantil, tienen mayor predisposición a presentar dolores inhabilitantes a repetición. Además, asocian síncope crónicos, patología coronaria, úlceras gástricas, patología pulmonar, patología psicosomática, síndrome de hiperventilación crónico, trastorno convulsivo refractario, neoplasias, obesidad, enfermedades reumatológicas, y neurológicas.

Más específicamente, la patología gastrointestinal funcional, la fibromialgia, el dolor pélvico crónico, convulsiones psicógenas y el dolor crónico no especificado constituyen manifestaciones físicas de trastornos de somatización que presentan las víctimas de abuso sexual.

Se ha demostrado que los adultos que fueron abusados de niños, tienen una mayor predisposición para la hipersexualidad, presentándose con patrones de masturbación más frecuentes, con un inicio más temprano y/o compulsivos, además de tener un mayor número de parejas sexuales y un menor uso de métodos anticonceptivos. Además, pueden sufrir de disfunción sexual, acompañada de dispareunia, anorgasmia, insatisfacción sexual, dificultad para excitarse sexualmente, vaginismo, disfunción eréctil o trastornos de la eyaculación.

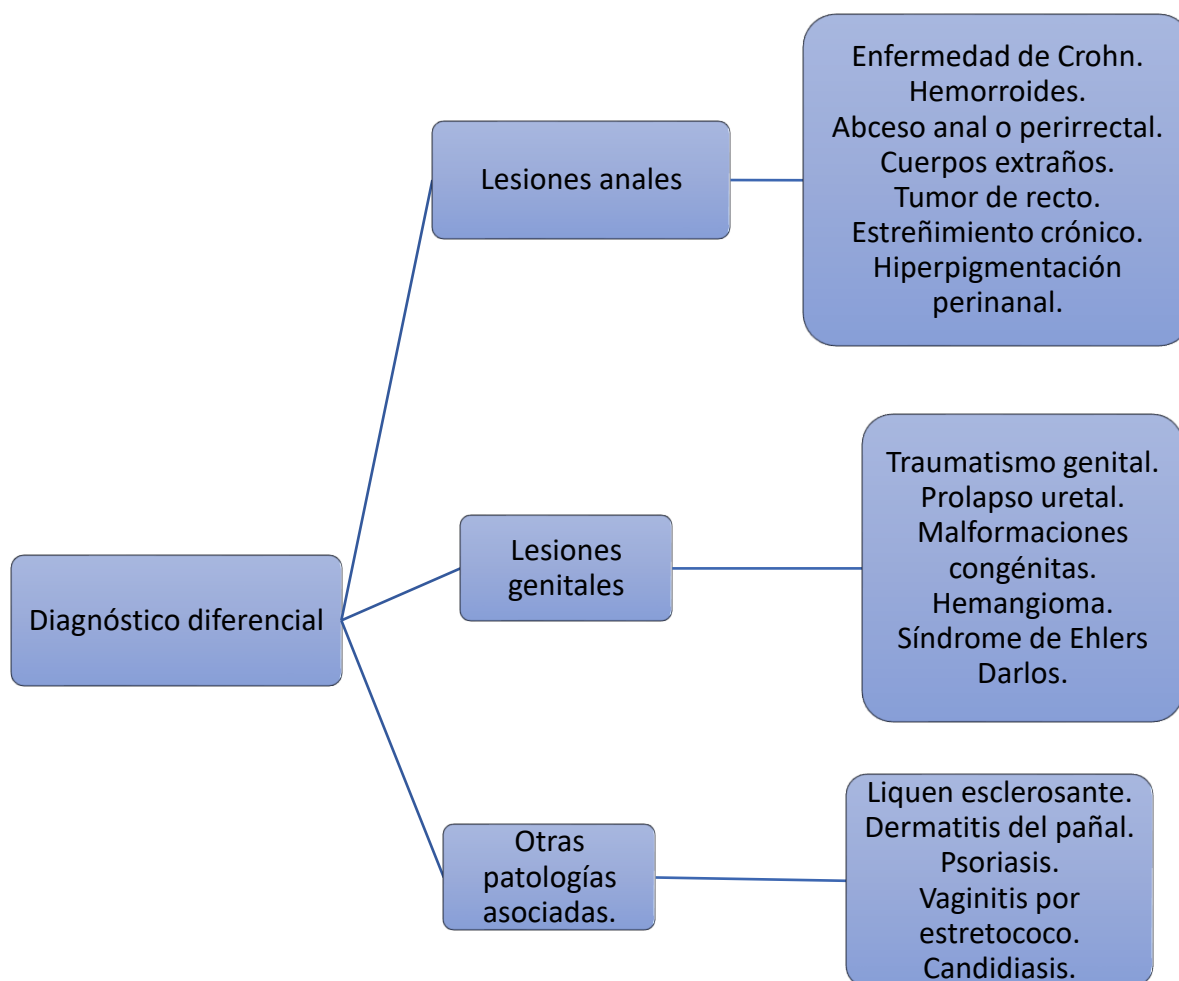
A largo plazo del maltrato infantil, se documenta que el VIH-SIDA tiene una prevalencia dos veces mayor en aquellos que alguna vez fueron abusados de niños en comparación con aquellos que no lo fueron, lo que a su vez se podría asociar al aumento en el abuso de drogas en esta población. En general, aquellas personas que fueron víctimas de abuso sexual están más predispuestas a tener

hipersexualidad con conductas sexuales de riesgo así como a adquirir algún tipo de enfermedad de transmisión sexual a lo largo de su vida.

Por último, como se ha mencionado anteriormente, como consecuencia de las alteraciones neurobioquímicas esta población tiene mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, suicidio e ideación suicida, baja autoestima, enuresis o encopresis, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, labilidad emocional, agresividad, desregulación emocional, conducta antisocial en la adultez temprana, esquizofrenia, bipolaridad, trastornos somatomorfos, déficit de atención e hiperactividad y problemas de memoria. De los trastornos mencionados anteriormente, el estrés postraumático es el más estudiado en cuanto a los traumas psicológicos, a pesar de que sea más frecuente que ocurra depresión. De manera tal que se estima que para el año 2020 esta última sea la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. ^(17,18)

En cuanto a bases diagnósticas desde un punto de vista clínico sencillo, se puede hacer el diagnóstico diferencial ante la sospecha de abuso sexual, evaluando la presencia de lesiones anales, genitales u otras patologías asociadas, como se ilustra en el siguiente esquema.

Figura 1. Guía sobre el diagnóstico diferencial del maltrato infantil.



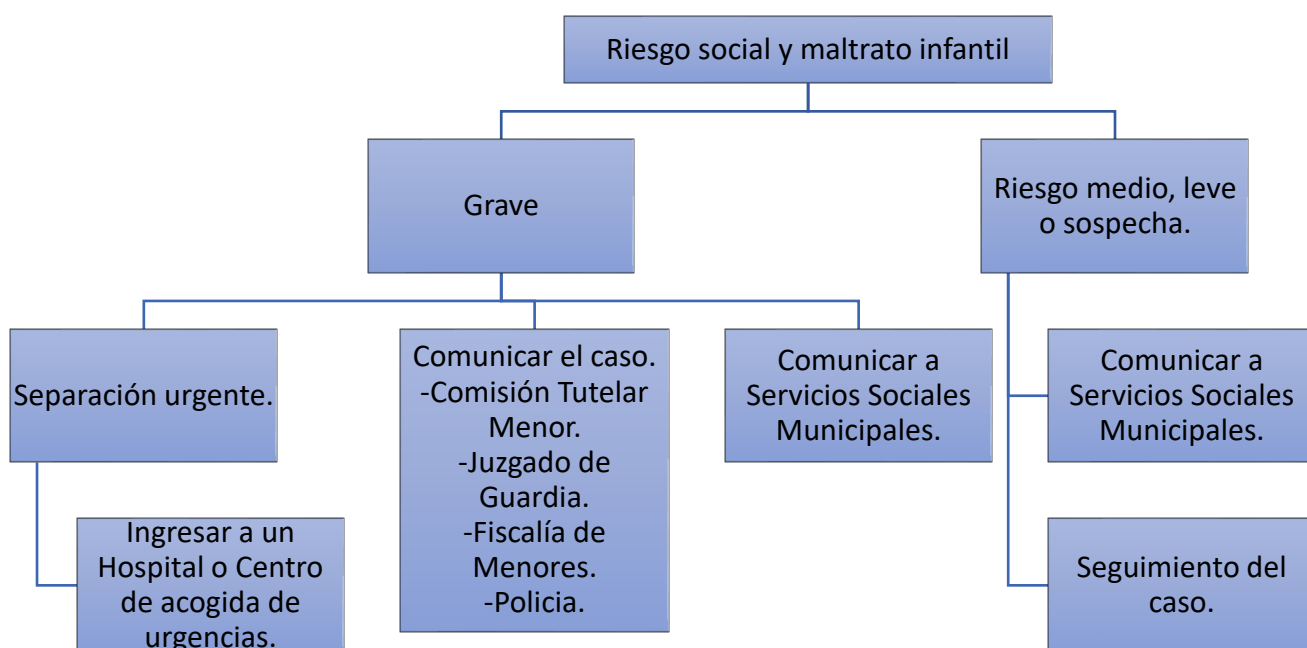
Fuente: elaboración propia con información tomada de ⁽³²⁾.

Intervención en casos de riesgo social o maltrato infantil

Desde el ámbito sanitario al abarcar los casos de maltrato infantil, la idea es que estos sean detectados de manera oportuna, con su respectivo diagnóstico e intervención, además de ponerse en contacto con los organismos respectivos. Para lo que existen diferentes esquemas o algoritmos por seguir. Un ejemplo de ellos es

el propuesto por Díaz en el curso de actualización de Pediatría en el año 2014, llevado a cabo en Madrid, en donde en el documento denominado “Maltrato infantil: detección de casos y manejo desde Atención Primaria” ⁽²⁶⁾, hace referencia a un esquema práctico y sencillo de seguir, como se esquematiza a continuación.

Figura 2. Esquema riesgo social y/o maltrato infantil.



Fuente: elaboración propia con datos tomados de ⁽²⁶⁾.

Prevención

A pesar de que en las últimas décadas se ha creado una mayor conciencia en cuanto al maltrato infantil, la problemática en el nivel mundial, regional y nacional aún existe, acompañada de un déficit en lo que respecta con temas sobre la violencia, el maltrato infantil y el abuso sexual, desde el conocimiento de su

epidemiología, como con los registros de datos, además de la evaluación de la efectividad de los programas preventivos y los abordajes terapéuticos. Lo anterior con el fin de incentivar la creación de programas que aborden tanto los factores de riesgo como los factores de protección. Sin embargo, la complejidad del tema lleva a que las medidas de prevención sean insuficientes. (33–35)

De manera que se ha llegado al consenso de que en el abordaje de la violencia infantil, prioritariamente se debe enfatizar en la prevención y a la intervención temprana de la misma, así como se deben considerar tanto en todas las etapas del desarrollo, en el nivel individual y comunitario. También se deben comprometer todas las instituciones en las que exista alguna clase de contacto con menores, en donde se incluyen los servicios de salud, desde los centros de atención primaria hasta los hospitales.

Para prevenir el maltrato infantil existen diferentes metodologías, una manera ordenada y sencilla de comprender cómo se puede colaborar al respecto, se divide en la prevención primaria y la prevención secundaria.

La prevención primaria se basa en la instauración de medidas educativas dirigidas a escolares generalmente, con el objetivo de brindarle las herramientas necesarias a los niños para que sepan identificar situaciones de peligro, límites o tocamientos inapropiados. Además, los niños más pequeños son incapaces de diferenciar el contacto sexual inapropiado de una relación de cariño, por lo que estos programas buscan modificar esta situación. Sin embargo, estas medidas educativas también pueden dirigirse a todas las personas que tengan contacto con los menores, como los padres y maestros.

El objetivo principal de los programas educativos es enseñar a los niños sus derechos, cómo buscar ayuda o bien, oponerse a esos contactos, de manera que habría un mayor reporte y registro de dichos casos. La mayor crítica que tienen estos programas es que utilizan conceptos muy complicados que dificultan la comprensión de los niños.

Por otro lado, se cuenta con la prevención secundaria, la cual se llama por este nombre ya que no está evitando el abuso sexual, sino que una vez que este ya ocurrió, se trabaja con el abusador para evitar que esta situación vuelva a suceder, lo cual a su vez es la mayor desventaja de dicha prevención, ya que está basada en un modelo estereotipado del abusador, porque se documenta que tan sólo el 14% cometen otro acto de violencia. En donde la tasa es menor si los agresores son de la familia o jóvenes.

Dentro de la prevención secundaria también se incluye la creación de lugares en donde los perpetradores puedan habitar y visitar y así proteger a los niños en los lugares que más transitan. Además, otras medidas van dirigidas a ayudar al abusador con ciertos aspectos y así prevenir revisar, lo que aporta un enfoque más humanitario.

La OMS menciona que con respecto de la promoción y protección de la salud mental en los menores de edad, en la infancia precoz se deben incluir medidas como la creación de un entorno estable que cumpla con las necesidades de salud y nutrición del niño, además de brindarle protección contra las amenazas a las cuales se pueda ver expuesto y se le proporcionen oportunidades de aprendizaje precoz, apoyo

emocional y medidas que estimulen su desarrollo, por medio de la creación de programas de creación de capacidades y de desarrollo infantil y juvenil. ⁽³⁶⁾

En el Plan de acción nacional para el desarrollo de estrategias de prevención y erradicación de la violencia en contra de los niños, niñas y adolescentes, publicado en el año 2017, se proponen ocho acciones prioritarias a tomar y sus intervenciones específicas. ⁽²⁷⁾

Como primera acción, se mencionan las intervenciones preventivas dirigidas a la primera Infancia y como intervenciones específicas a los proyectos de parentalidad positiva y las intervenciones tempranas de sensibilización de padres: Nurse Families Partnership.

La segunda acción prioritaria hace referencia a intervenciones de prevención de la violencia infantil en los centros educativos y propone específicamente proyectos para enfrentar la violencia entre pares (Bullying, matonismo, acosa, abuso, drogas), además de fomentar mecanismos de mediación y diálogo entre pares, y como última intervención, incentivar la creación de proyectos para desarrollar habilidades para la vida.

En seguida se tienen las intervenciones dirigidas a fomentar los procesos de diálogo y convivencia, por medio de Proyectos para fomentar nuevas masculinidades, además de iniciativas enfocadas al desarrollo de mecanismos de resolución de conflictos mediante el diálogo en la población menor de edad.

En cuanto a las intervenciones de prevención de la violencia sexual, la trata y la explotación sexual comercial en la niñez y adolescencia, se proponen como

intervenciones específicas, fomentar la denuncia y aumentar la confiabilidad en las autoridades y proyectos para prevenir relaciones impropias.

La quinta acción prioritaria consiste en la intervención preventiva mediante proyectos para incidir en el embarazo en la adolescencia, por medio de la capacitación en educación sexual y derechos reproductivos, además de proyectos enfocados a evidenciar, abordar y atender los riesgos del embarazo en la adolescencia. Así como iniciativas de apoyo a adolescentes embarazadas para empoderarlas y fomentar su continuidad en el sistema educativo formal, y ampliar el modelo intersectorial de prevención y atención del embarazo adolescente.

También se mencionan iniciativas dirigidas a favorecer la asociatividad y los proyectos preventivos comunitarios, esto por medio de proyectos para fomentar la asociatividad en los Comités Tutelares a través de coaliciones y foros locales, además de protocolos de articulación para la articulación de la sociedad civil con las instancias públicas municipales y nacionales.

En sétimo lugar, se habla de las intervenciones dirigidas al mejoramiento del espacio público como fuente de protección de los derechos de la niñez y adolescencia frente al hacinamiento en las viviendas, en donde se proponen de manera específica para ello, el diseño de parques, áreas de ocio y recreación para la primera infancia, el desarrollo de espacios públicos seguros y accesibles. Además de ampliar y extender el modelo de unidades móviles para la intervención en zonas prioritarias.

Por último, se toman en cuenta a las intervenciones dirigidas a fortalecer las capacidades locales en el marco de la actuación municipal, proponiendo como intervenciones específicas:

- Profundizar el modelo de Cantones Amigos de la Infancia en el nivel nacional en

articulación con las municipalidades.

- Implementar modelos de formación para funcionarios municipales buscando el desarrollo de intervenciones estratégicas dirigidas a la población menor de edad.
- Crear orientaciones claras o protocolos desde el nivel nacional hacia los niveles locales buscando apoyar y fomentar las capacidades institucionales de los municipios en la prevención de la violencia contra la niñez y la adolescencia.

A partir del 2001 en los Hospitales y Áreas de Salud de Costa Rica se promueve la formación de los Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (CEINNAA), con el objetivo de capacitar y llevar a la sensibilización correspondiente al abuso de los mismos, siendo considerados como órganos ejecutivos a los cuales se puede acudir tanto una vez que se ha llevado a cabo el abuso como cuando se tiene sospecha.⁽⁵⁾

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque del trabajo es tipo cuantitativo, ya que se tomarán en cuenta las cifras registradas del objeto en estudio para así delimitar el problema, por medio del establecimiento del objetivo general, objetivos específicos, la formulación de la pregunta y justificación del estudio.

Según describe Sampieri en su libro, el enfoque cuantitativo incluye los criterios de delimitar el problema, la relación entre variables, formular como pregunta y tratar un problema medible u observable. ⁽³⁷⁾

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación del trabajo es descriptivo, ya que se describirán las características del grupo en estudio y sin realizar alguna intervención en él, con el fin de identificar fenómenos, riesgos o situaciones que estén relacionados con ellos.

Como se menciona en el libro de Sampieri, el tipo de investigación descriptivo es aquel que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, como se hará a lo largo de esta investigación. Con el fin de mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. ⁽³⁷⁾

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El área de estudio corresponde a la totalidad de la población inferior a los 18 años comprendida en el periodo de 1990 al 2017 que reside en Costa Rica. Se utiliza como fuentes de información secundarias al Instituto de Métricas en Salud, libros, artículos, documentos y revistas que tienen relación con el tema en estudio. Por el tipo de investigación no se cuenta con fuente primaria.

3.3.1 Población

Las personas en estudio corresponden a toda la población infantil costarricense en el periodo que abarca de 1990 al 2017.

3.3.2 Muestra

Por el tipo de estudio, no se cuenta con una muestra.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

El estudio por realizar no cuenta con criterios de inclusión ni exclusión.

3.4 METODOLOGÍA

Los datos que se utilizarán a lo largo de este trabajo son recolectados del Instituto de Métricas en Salud, en donde se buscan los datos años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad, años de vida vividos con discapacidad, años de vida perdidos y mortalidad.

Un aspecto importante por tomar en cuenta es que a pesar de que por definición, como ya se mencionó, la población en estudio comprende a aquellas personas menores de 18 años, la categoría con la que se cuenta en el GBD, que incluya la totalidad de los datos de los menores de la edad propuesta, corresponde a las personas menores de 20 años. Por ende, los grupos etarios sobre los que se trabajó en esta investigación fueron los menores de 5 años, edades entre los 5 y 14 años y menores de 20 años. Además, cabe destacar que estos mismos también se dividieron según sexo, con el fin de obtener y comprar la información de una manera más completa.

Además, se procede a elegir cuatro países para utilizar como referencia para la comparación de la carga de la enfermedad que se atribuye al maltrato infantil en Costa Rica con respecto de otros países, para así tener una idea global de la afectación por esta causa. De manera que, en primer lugar se menciona que el Caribe y América Latina, son las regiones con más incidencia de maltrato infantil, así que como su representante se elige a Haití como uno de los países de referencia para esta investigación. Debido a que aproximadamente la mitad de la población de este país es joven, de los cuales un 34% es menor de 15 años y el 20% de los menores de 5 años no estaban registrados en el registro civil en el 2012. Además,

dos aspectos que lo vuelven relevante son, en primer lugar que la cuarta parte de los niños entre 5 a 17 años viven separados de sus padres y que hay alrededor de 286 000 niños entre los 5 a 14 años en situación vulnerable por ser considerados trabajadores domésticos. Además, en una encuesta realizada en el 2012, se obtuvo que el 28% de mujeres entre los 15 a 49 años había sufrido violencia física desde los 15 años, sin dejar de lado que el aspecto económico del mismo es un factor de gran relevancia, que a su vez está ligado con las pocas oportunidades de educación y que según estadísticas van de la mano no solamente de la pobreza, pobreza extrema y los embarazos adolescentes, que en gran porcentaje incluye dos de las tres variables mencionadas. Así que este país se tomó como referencia por contar con las condiciones óptimas para el desarrollo de los niños y adolescentes, con respecto a Costa Rica y al resto de los países del Caribe y América Latina. ⁽³⁸⁻⁴¹⁾

Honduras es el segundo país por tomar en cuenta, en él hay un aproximado de 31% menores de 15 años. Además, es considerado como parte de uno de los países del Triángulo Norte de Centroamérica, a lo cual se suma que en él existen las tasas más altas de homicidio a nivel mundial, alcanzando incluso rangos para ser catalogado como epidemia (67 casos por cada 100 000 habitantes). ⁽⁴²⁾ Además, dentro de las poblaciones vulnerables en este país se mencionan las niñas y niños, ya que la intervención del Estado es prácticamente nula. Por lo que es un país de peso en cuanto a carga de la enfermedad por causas externas. ^(38,43)

El tercer país que se toma como referencia es Brasil, que ocupa el octavo puesto de mortalidad juvenil por homicidio y en comparación con Costa Rica que se encontró en el lugar décimo octavo entre los 100 países estudiados, en el periodo

de 2008 a 2012. Por otro lado, se encontró España en el lugar número sesenta y nueve. Por lo que este es el cuarto y último país que se utiliza como referencia.^{(4,44-}

46)

Por último, en cuanto a la recolección de datos, se decide recolectar los disponibles que correspondieran al abuso sexual, ya que este es el que tiene una mayor prevalencia, del cual se hace más énfasis al investigar sobre maltrato infantil y que además tiene más peso en cuanto a ser un problema de salud pública. No se realiza recolección de datos de los demás tipos que engloban al maltrato infantil, como lo son el abuso físico, emocional, la negligencia y los aún menos frecuentes como ya fueron mencionados. Además, otro motivo por el cual se hace referencia de este subtipo del maltrato infantil se debe a que los datos del mismo en general son limitados, por lo que se amplía la investigación y elaboración de los gráficos tomando en cuenta los datos registrados sobre el abuso sexual.

A continuación, los datos obtenidos se organizan en grupos etarios, así como también se dividen por sexo, con el fin de que haya un mejor orden a la hora de presentar los resultados. Las categorías en las que se basa esta investigación corresponden a los niños o niñas menores de 5 años, entre los 5 y 14 años, y los menores de 20 años.

De manera que una vez organizados, se realiza una base de datos en Excel y se procede a hacer los gráficos correspondientes. Dicha información se utiliza para posteriormente llevar a cabo el análisis de los resultados obtenidos.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo del trabajo es analizar los cambios a través del tiempo en relación con la carga de la enfermedad que se atribuye al maltrato infantil en Costa Rica, tomando como base los datos del Instituto de métricas de salud en el periodo que comprende del año de 1990 al 2017, de manera que ya que no se realiza alguna acción sobre la muestra, el diseño del trabajo es no experimental, transversal y ecológico mixto, ya que se estudiará a un grupo de personas en especial.

Según refiere Sampieri en su libro, el diseño experimental a la hora de realizar una investigación es aquel en el cual se ejerce una acción sobre la muestra, con el fin de posteriormente observar las consecuencias, es decir, es aquel en donde existe una manipulación intencional de una acción para así analizar los resultados. Mientras que las investigaciones realizadas bajo diseños no experimentales son aquellas en las que el objetivo de la investigación es analizar cuál es el nivel de una o distintas variables en un momento dado, o bien evaluar una situación, evento o fenómeno en un punto del tiempo, así como determinar la relación que existe entre un conjunto de variables en el momento. Dentro de estos últimos, se encuentra a la investigación transversal, que como se abarcará a lo largo del trabajo, se busca recolectar datos a través del tiempo en un periodo determinado para hacer inferencias con respecto a sus determinantes y consecuencias. ⁽³⁷⁾

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de variables.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Indicar los Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad como consecuencia del maltrato infantil en Costa Rica según grupo de edad y sexo, durante el periodo de 1990 al 2017.	Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad.	Unidad de medida de la carga de la enfermedad, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematuros. Permite estimar las pérdidas de salud.	AVAD o DALY.	Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad como consecuencia del maltrato infantil en Costa Rica de 1990 al 2017.	Base de datos de IMHE.
Definir los Años de Vida Vividos con Discapacidad por el maltrato infantil en Costa Rica según grupo de edad y sexo, en el periodo de 1990 al 2017.	Años de Vida Vividos con Discapacidad.	Medida de la pérdida de años saludables de vida por vivir en un estado de salud menos perfecto.	AVD.	Años de Vida Vividos con Discapacidad por el maltrato infantil en Costa Rica de 1990 al 2017.	Base de datos de IMHE
Determinar los Años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil según grupo de edad y sexo durante el periodo del 1990	Años de vida perdidos.	Ilustra la pérdida en la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o prematuramente.	AVP.	Años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica de 1990 al 2017.	Base de datos de IMHE.

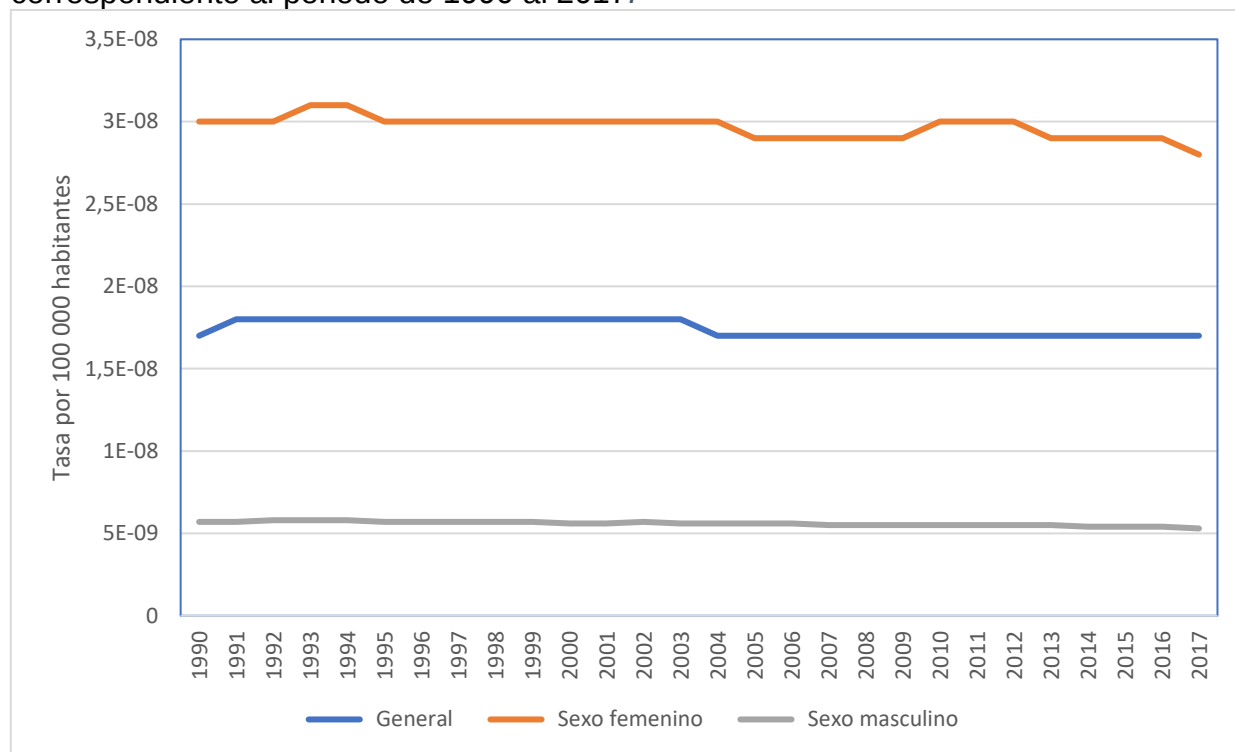
al 2017 en Costa Rica.					
Mencionar la mortalidad infantil que se atribuye al maltrato infantil en Costa Rica según grupo de edad y sexo, de 1990 al 2017.	Mortalidad	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población.	Tasa de mortalidad proporcional de menores de 18 años.	Mortalidad infantil atribuible al maltrato infantil de 1990 al 2017 en Costa Rica.	Base de datos de IMHE
Describir la carga de la enfermedad atribuible de maltrato infantil por causa específica de abuso sexual, en Costa Rica de 1990 al 2017, según edad y sexo.	Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad, Años vividos con discapacidad y Años de vida perdidos.	Concepto utilizado para describir las muertes y pérdidas de salud por enfermedades, lesiones y factores de riesgo en todas las regiones del mundo.	AVAD, AVD y APD.	Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad, Años vividos con discapacidad y Años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica de 1990 al 2017.	Base de datos de IMHE.
Especificar la mortalidad atribuible al maltrato infantil por causa específica de abuso sexual, en Costa Rica de 1990 al 2017, en general y según sexo.	Mortalidad.	Cantidad de personas que fallecen en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población.	Tasa de mortalidad proporcional de menores de 18 años.	Mortalidad infantil atribuible al maltrato infantil por causa específica de abuso sexual de 1990 al 2017 en Costa Rica.	Base de datos de IMHE.

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de (47–49)

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.GENERALIDADES

Figura 3. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en menores de 5 años, de ambos sexos, sexo femenino y masculino, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.



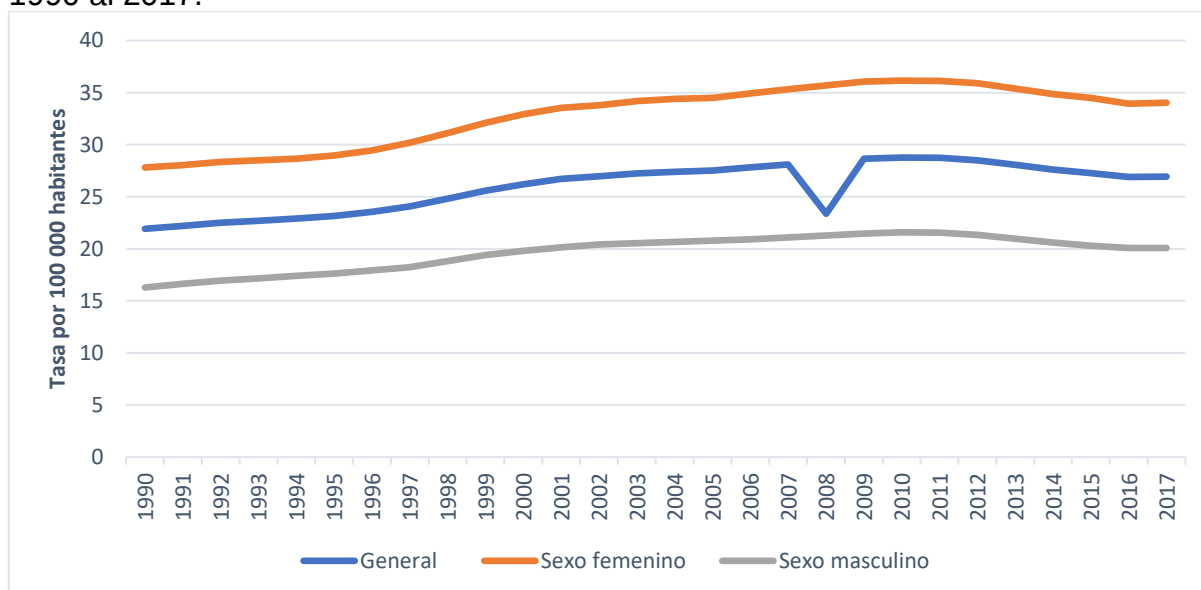
Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En este primer gráfico se muestra el comportamiento de los AVAD que se atribuyen al maltrato infantil, específicamente en niños y niñas con edades inferiores a los 5 años. Se puede observar que a lo largo de los años en estudio se ha tenido un comportamiento lineal desde el año 1990, con un leve descenso en el año 2004, que a su vez mantiene la misma tasa hasta el 2017.

Además, en el caso de diferenciación según sexo, el comportamiento es lineal en ambos casos, sin embargo el sexo masculino es el que cursa con tasas inferiores. Además, tanto en el sexo femenino como en el masculino ocurre un leve descenso

en el año 1995, para mantenerse estable hasta descender levemente de nuevo una década después. Cinco años más adelante vuelven a elevarse las tasas para luego mostrar otro descenso, de manera tal que en el año 2017 se documenta la menor tasa en ambos sexos.

Figura 4. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, entre los 5 y 14 años, en general y en ambos sexos en el periodo de 1990 al 2017.



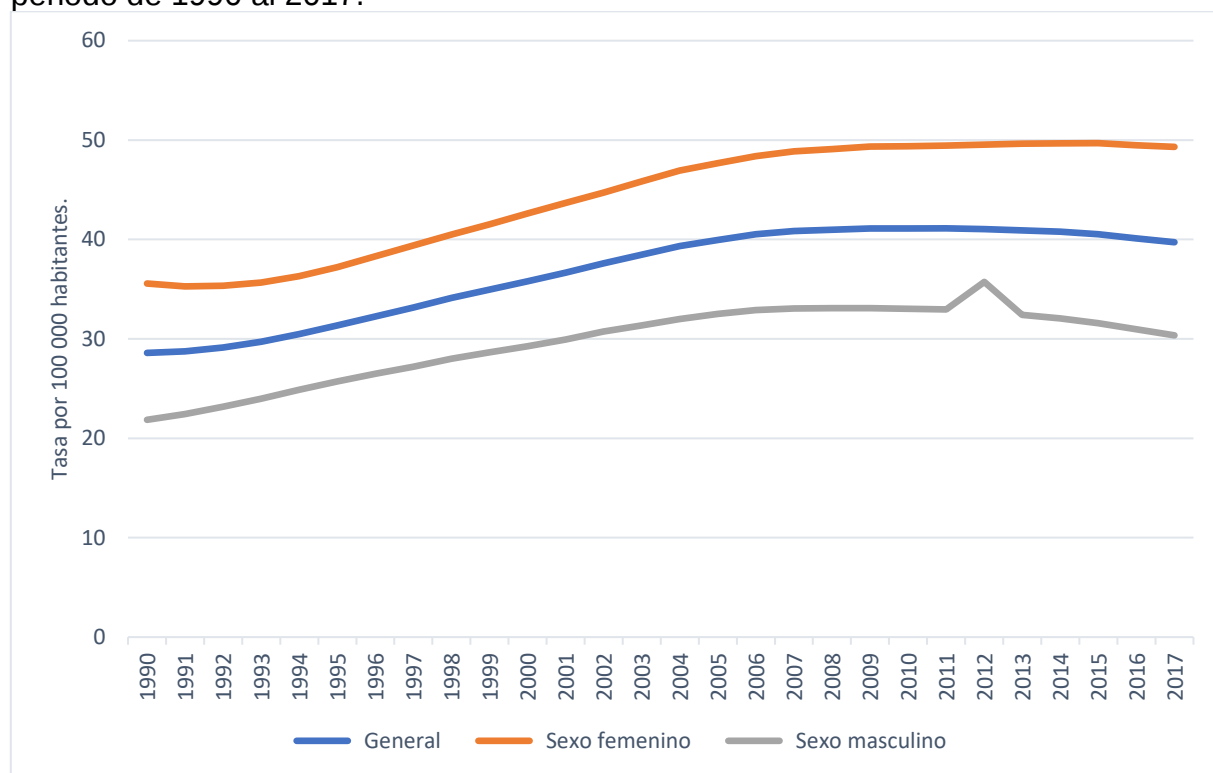
Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En el gráfico anterior se observa cómo se inicia en 1990 con una tasa de 21.93 por cada 1000 000 habitantes hasta alcanzar en el año 2007 una tasa de 28.1 por cada 1000 000 habitantes, teniendo inmediatamente un descenso en el 2008, para que en el 2010 se obtuviera la tasa de mayor valor referente a los AVAD debidos al maltrato infantil en menores entre las edades de 5 a los 14 años, siendo esta de 28.77 AVAD por cada 1000 000 habitantes y manteniéndose estable desde entonces.

Además, en el gráfico anterior se ilustra el comportamiento de los AVAD que se atribuyen al maltrato infantil en ambos sexos, se puede observar que el sexo femenino es el más afectado, a pesar de contar con una curva similar a la masculina. En lo que respecta al punto máximo, en el caso de los niños, se alcanzó en el año 2010, con una tasa de 21.59 AVAD por cada 100 000 habitantes; mientras que en

las niñas se dio en el mismo año, con una tasa de 36.16 AVAD por cada 100 000 habitantes.

Figura 5. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en menores de 20 años, general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.



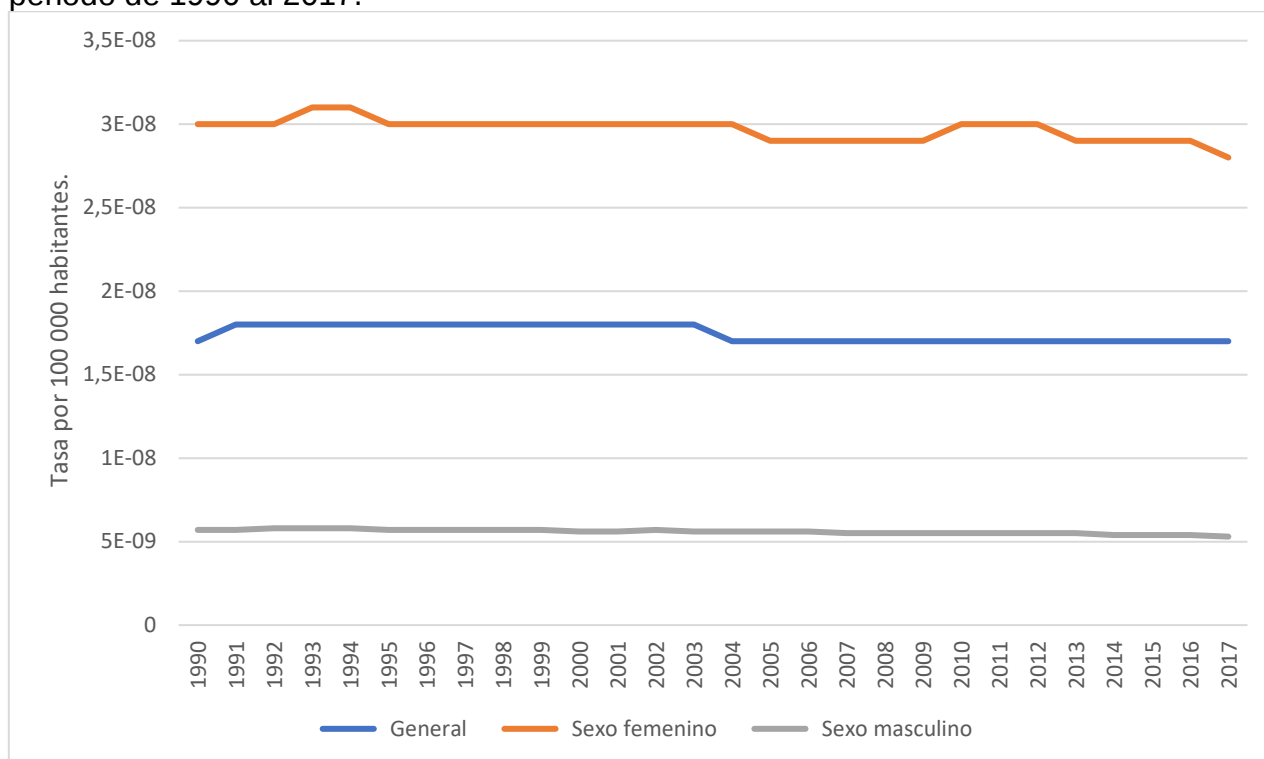
Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En el gráfico anterior se observa que desde 1990 ocurre un ascenso progresivo en las tasas de AVAD atribuibles al maltrato infantil en los menores de 20 años tomando en cuenta a ambos sexos, al alcanzar su valor máximo en el 2011, con una tasa de 41.12 AVAD por cada 100 000 habitantes, posterior a este año tiende a disminuir levemente, sin embargo no alcanzan tasa mínima que se observa en los primeros años en estudio.

Además, en él se observa que en ambos sexos la tasa más baja se presentó en 1990 y desde entonces ha ido en aumento, al mostrar un pico máximo y transitorio durante el 2012 y 2013 en el sexo masculino. También, se agrega que nuevamente

las cifras en el femenino superan a las femeninas durante todo el periodo en estudio, además de tener una inclinación o aumento mayor en ellas.

Figura 6. Años vividos con discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en niños menores de 5 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.



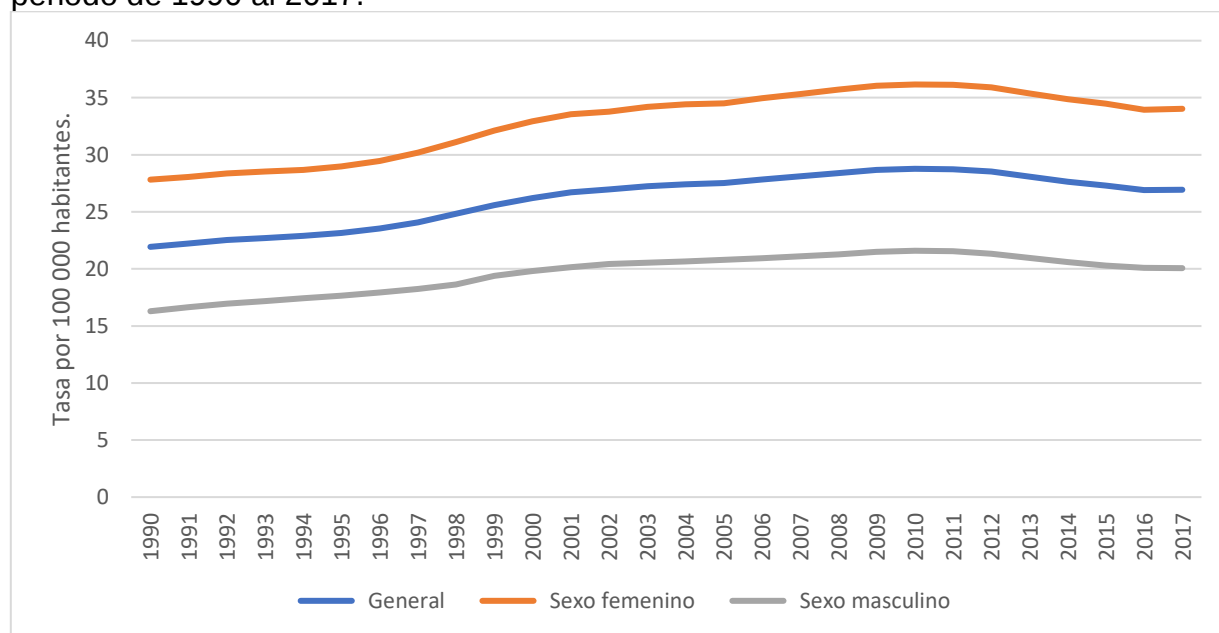
Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En el gráfico anterior, se muestra el curso de los años vividos con discapacidad que se atribuyen al maltrato infantil en menores de 5 años, independientemente del sexo. En el mismo se observa cómo tuvo una tasa de 0.0018 AVD por cada 100 000 habitantes desde 1991 hasta el 2003, en donde ocurrió un leve descenso a 0.0017 AVD por cada 100 000 habitantes que se mantuvo constante hasta el año 2017.

Como se ilustra, el sexo femenino ha mantenido tasas superiores a las masculinas durante todos los años en estudio, coincidiendo en los periodos de aumento y descenso de las mismas. En ambos sexos se documenta un aumento en 1993, volviendo a alcanzar el mismo valor dos años después, para tener otro descenso en el 2005, sin embargo este se mantuvo solamente por 5 años, para posteriormente

aumentar durante un periodo y finalmente disminuir nuevamente en el 2013. La tasa más baja se alcanzó en el 2017.

Figura 7. Años vividos con discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en niños entre 5 y 14 años, en general y según sexo correspondiente al periodo de 1990 al 2017.

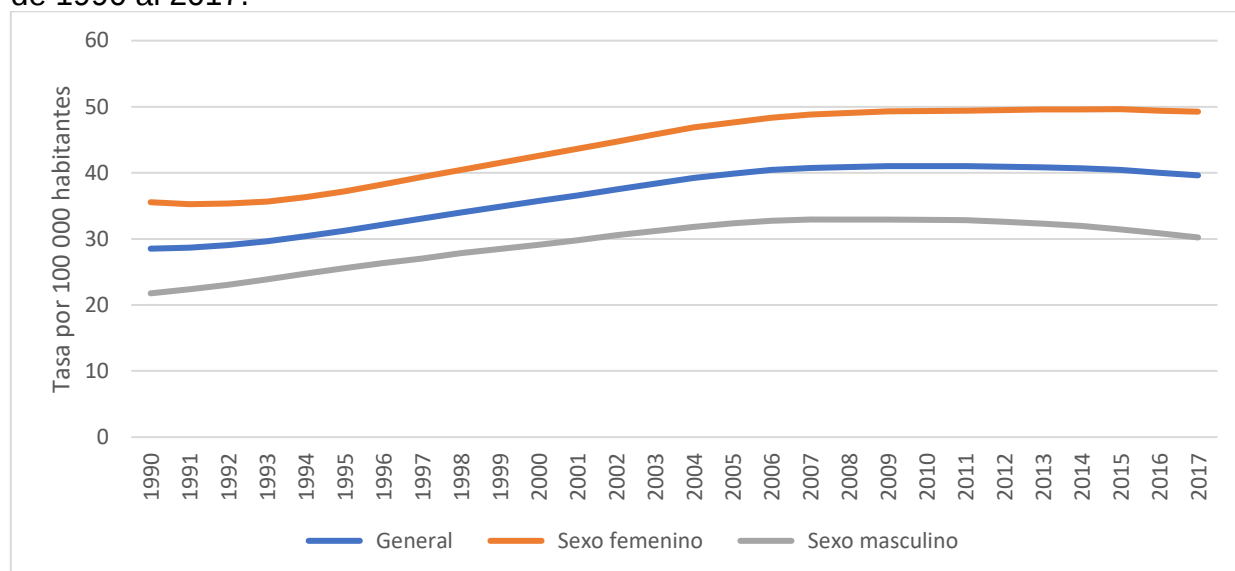


Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En el gráfico anterior se muestra el comportamiento de los años perdidos por discapacidad en niños entre 5 y 14 años, que se atribuye al maltrato infantil y sin distinción de sexo. En este se puede observar que el comportamiento a lo largo de los años en estudio fue en aumento, al iniciar con una tasa 21.93 AVD por cada 100 000 habitantes en 1990 hasta llegar a alcanzar una tasa de 28.77 AVD por cada 100 000 habitantes en el 2010 y a partir del 2013 desciende levemente. A pesar de ello, la tasa menor se registró en los primeros años.

Además, se observa la similitud que existe en ambas curvas y cómo continúan siendo mayores las tasas en el sexo femenino. Sin embargo en lo que respecta a ambos sexos, tienen un curso estable a lo largo de los años y por último, se muestra un descenso mínimo para el año 2017 en el caso de los chicos.

Figura 8. Años vividos con discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en menores de 20 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.

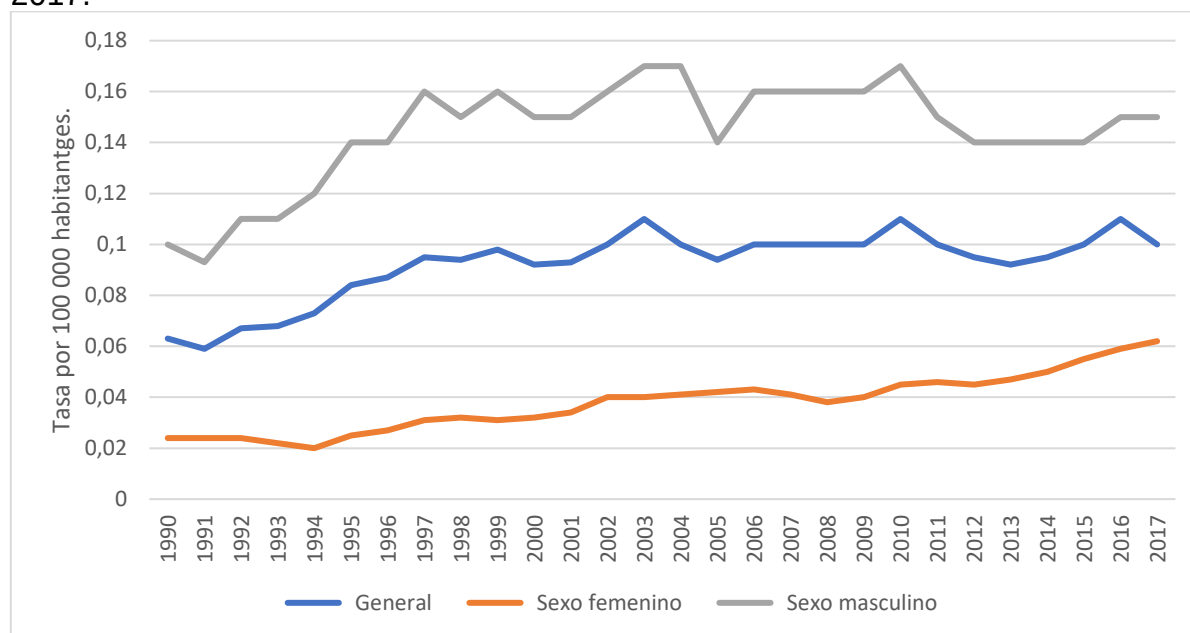


Fuente: elaborado con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En el gráfico se ilustra el curso de los años vividos con discapacidad atribuibles al maltrato infantil en la población menor de 20 años, independientemente del sexo. En el mismo se observa un aumento en las tasas al iniciar con una tasa de 28.67 AVD en el año 1990, hasta alcanzar el punto máximo en el 2009, con una tasa de 41.01 AVD por cada 100 000 habitantes, para mantenerse con cifras discretamente menores hasta el año 2017.

En él se documentan tasas superiores en el sexo femenino, en ambos sexos se muestra una tendencia con el aumento aunque con un descenso leve en el final de los años en estudio.

Figura 9. Años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, en la población menor de 20 años, general y en ambos sexos, en el periodo de 1990 al 2017.



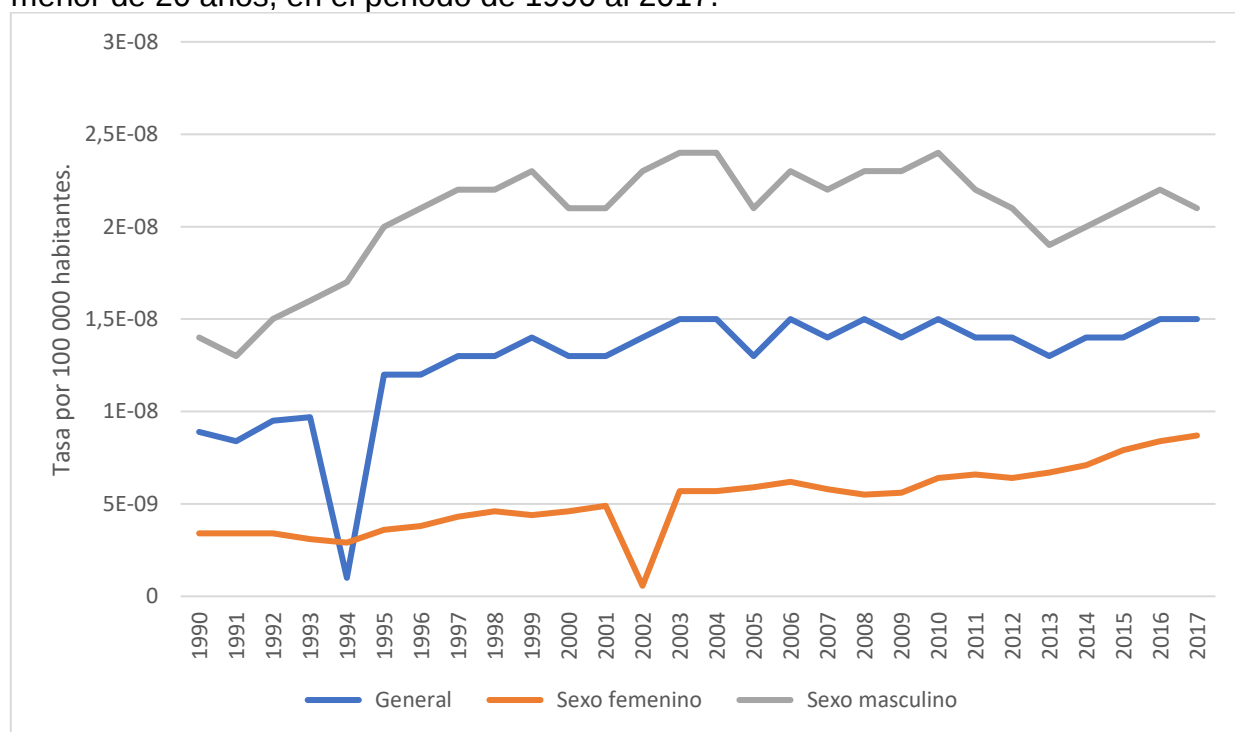
Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

Los años de vida perdidos que se atribuyen al maltrato infantil en la población de Costa Rica menor de 20 años indiscriminadamente del sexo, se ilustran en el gráfico anterior. La tasa inicial, correspondiente a la de 1990, se registró en 0.059 AVP por cada 100 000 habitantes y a su vez fue la más baja; mientras que las más elevadas correspondieron a 0.11 AVP por cada 100 000 habitantes en los años 2003, 2010 y 2016. Además, de que el aumento fue importante entre el periodo de 1990 al 2003, que desde entonces se ha mantenido en cifras elevadas.

En cuanto a la distinción de sexo, en el total de la población menor de 20 años, se observa que las tasas correspondientes al sexo masculino son mayores y más fluctuantes en comparación con las cifras femeninas. En lo que respecta al sexo masculino, se obtiene una tasa de 0.093 AVP por cada 100 000 habitantes, hasta

incluso alcanzar en dos ocasiones un máximo de 0.17 AVP por cada 100 000 habitantes (2003 y 2010). Por último, desde 1997 las tasas se han mantenido en cifras similares.

Figura 10. Mortalidad atribuible al maltrato infantil en Costa Rica, en la población menor de 20 años, en el periodo de 1990 al 2017.

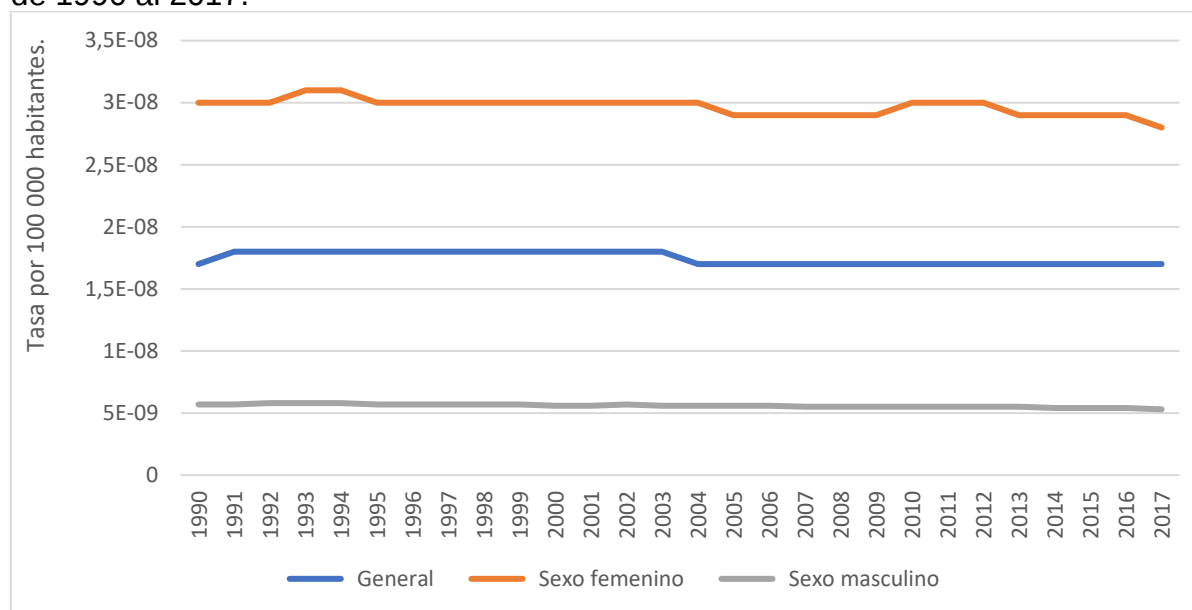


Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En el gráfico anterior se muestra el comportamiento que ha tenido la mortalidad asociada al maltrato infantil, en la población menor de 20 años de Costa Rica, al incluir ambos sexos. En él se documenta una tasa inicial de 0.000089 muertes por cada 100 000 habitantes, al alcanzar un primer pico en 1993, con una tasa de 0.000097 muertes por cada 100 000 habitantes, en donde inmediatamente ocurre un descenso a 0.00001 muertes por cada 100 habitantes al siguiente año y ya en el 2005 aumentó a 0.0012 muertes por cada 100 000 habitantes y desde entonces se ha mantenido en tasas que fluctúan entre 0.0015 y 0.0013 muertes por cada 100 000 habitantes.

Con respecto de las tasas de mortalidad que se atribuyen al maltrato infantil en menores de 20 años en Costa Rica, al mostrar la diferencia entre ambos sexos, se observa un crecimiento progresivo y menos agresivo de parte del sexo femenino, en donde a excepción del año 2002 con una tasa de 0.000057 muertes por cada 100 000 habitantes, las cifras van en aumento. En el caso de las cifras correspondientes al sexo masculino, se observa que desde un inicio, en 1990 eran superiores a las femeninas, y su incremento es considerable, al alcanzar su punto máximo los años 2003, 2004, 2010 y 2016, los tres primeros con tasas de 0.0024 y el último con una tasa de 0.0022 muertes, respectivamente.

Figura 11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en los menores de 5 años, general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.

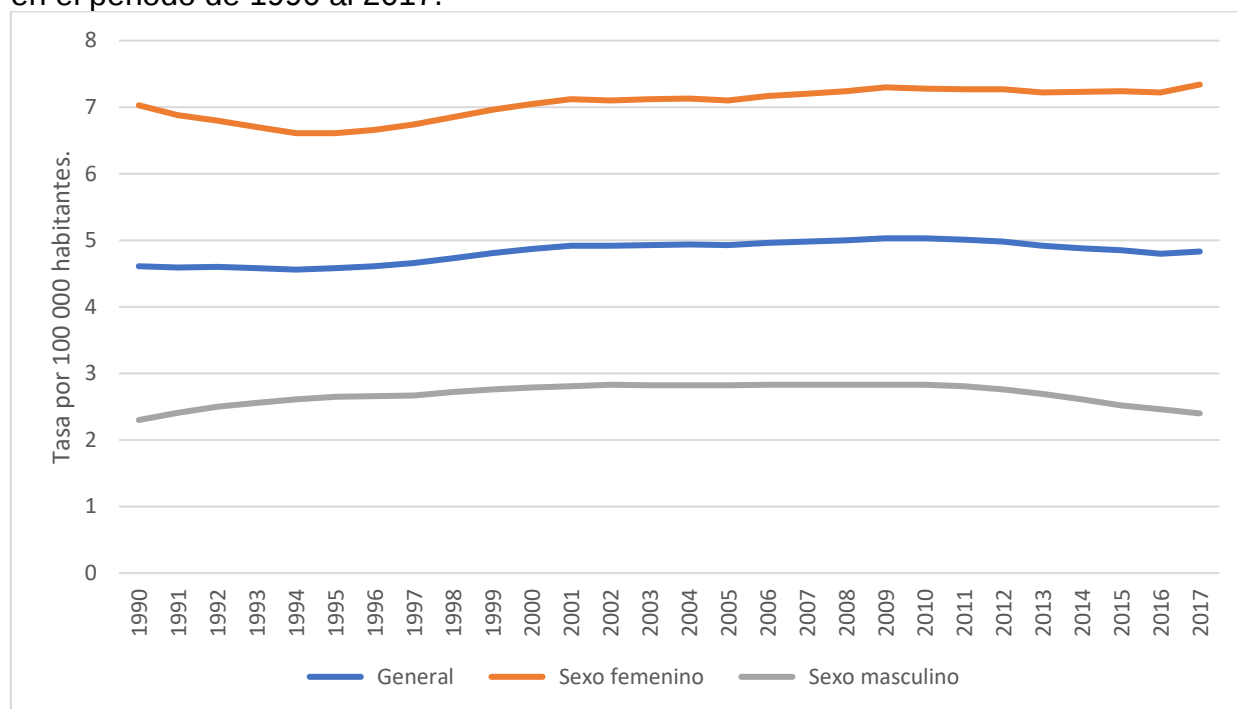


Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

El gráfico anterior permite ver el curso de los años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad como consecuencia de abuso sexual en menores de 5 años. Como se puede observar tiene tasas relativamente similares, en donde las tasas más bajas se dieron en 1990 y a partir del 2004, específicamente correspondieron a 0.0017 AVAD por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, la tasa más alta fue de 0.0018 por cada 100 000 habitantes desde 1991 al 2003.

Según sexo, como se puede visualizar en el gráfico, los AVAD en menores de 5 años presentaron cifras mayores en el sexo femenino, en donde la tasa de menor valor fue la registrada en el 2017, correspondiendo a 0.0028 AVAD por cada 100 000 habitantes. En cuanto al curso del sexo masculino, presentó tasas entre 0.00057 y 0.00058 AVAD por cada 100 000 habitantes.

Figura 12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en menores entre los 5 y 14 años en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.



Fuente: elaboración propia con datos tomados de ⁽⁵⁰⁾.

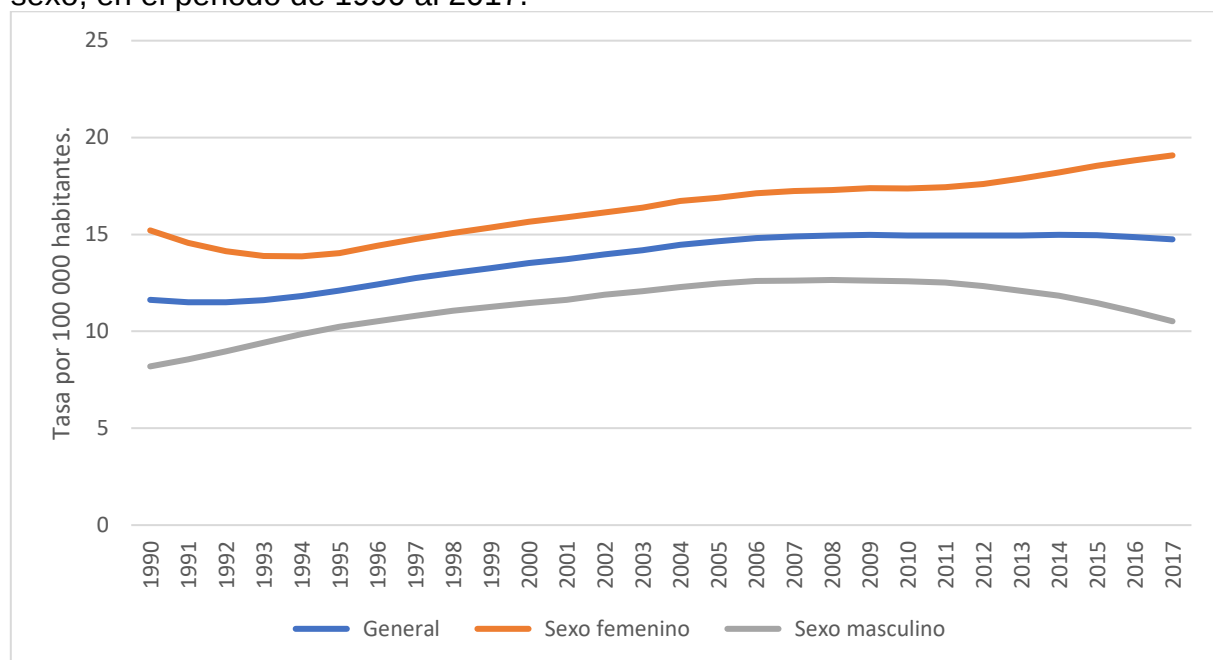
El gráfico anterior muestra el curso de los AVAD atribuibles al abuso sexual en menores en edades entre los 5 y 14 años. En él se observa que las tasas eran inicialmente inferiores, la más baja se registró en 1994, siendo de 4.56 AVAD por cada 100 000 habitantes. La tasa de mayor valor fue la obtenida en el año 2010, correspondiendo a 5.03 AVAD por cada 100 000 habitantes.

Además, como se puede ver en el gráfico, las cifras de los AVAD atribuidos al abuso sexual en menores entre los 5 y 14 años correspondientes al sexo femenino fueron superiores a las tasas masculinas. En ellas, la tasa de menor valor fue de 6.61 por cada 100 000 habitantes y la de mayor valor fue de 7.27 AVAD por cada 100 000 habitantes. En cuanto al sexo masculino la tasa más baja fue en 1990 de 2.3 AVAD

por cada 100 000 habitantes y la más alta fue de 7.3 AVAD por cada 100 000 habitantes en el 2009.

Como se puede apreciar, las cifras correspondientes al sexo femenino casi duplican a las masculinas. Sin embargo, en ambos sexos el curso prácticamente no cuenta con cambios a través del tiempo.

Figura 13. Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en la totalidad de menores de 20 años en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.



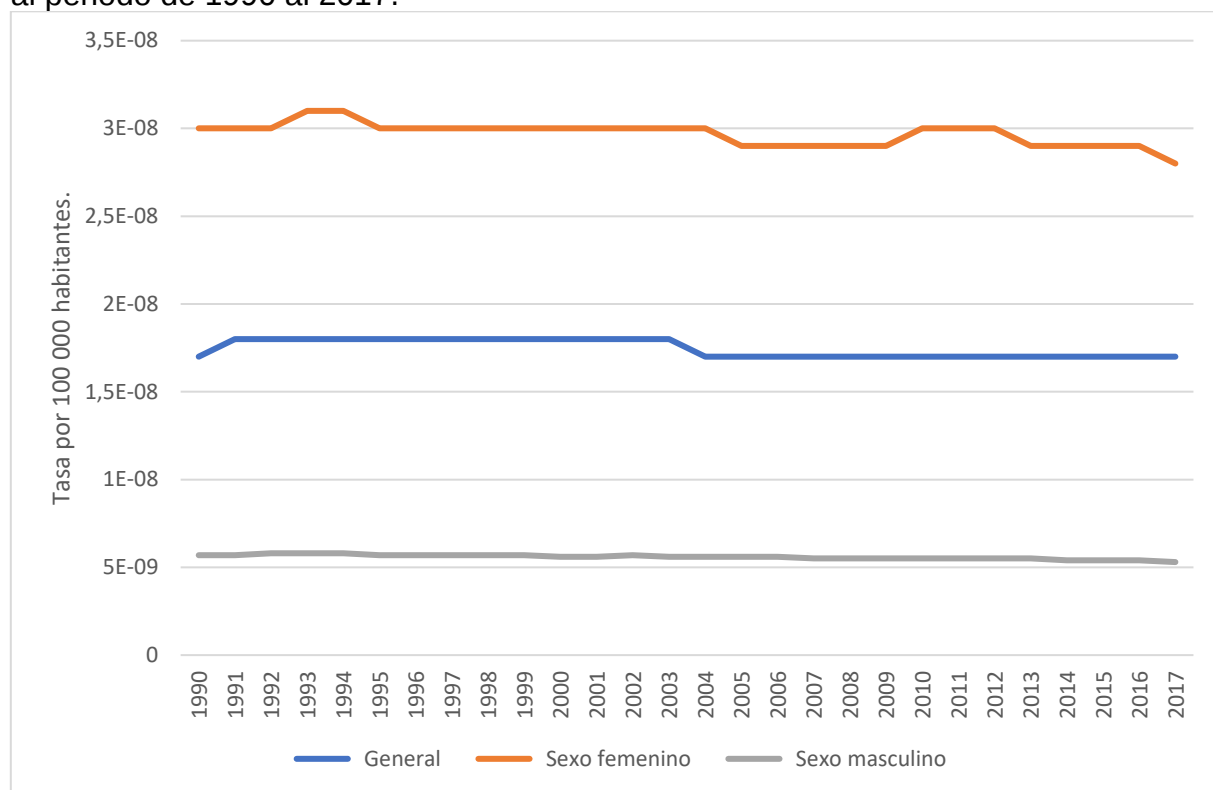
Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

Con base en el gráfico anterior se muestra que las cifras de AVAD atribuibles al abuso sexual en la población menor de 20 años. Con respecto de las cifras generales se reportó una tasa de 11.63 AVAD por 100 000 habitantes en el año 1990, siendo este el punto más bajo, hasta alcanzar una tasa de 11.97 AVAD por cada 100 000 habitantes en el 2009.

Con base en el gráfico, se puede visualizar que continúa existiendo diferencia entre ambos sexos. En el caso del sexo femenino, la tasa de menor valor correspondió a la de 13.87 AVAD por cada 100 000 habitantes en el año 1994 y su punto máximo lo alcanzó en el año 2017 con una tasa de 19.08 AVAD por cada 100 000 habitantes. En el sexo masculino la tasa de menor valor se reportó en 1990 con una tasa de

8.19 AVAD por cada 100 000 habitantes, mientras que en el 2008 se obtuvo la cifra más alta, correspondiendo a una tasa de 12.65 AVAD por cada 100 000 habitantes.

Figura 14. Años vividos con discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en niños menores de 5 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.



Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

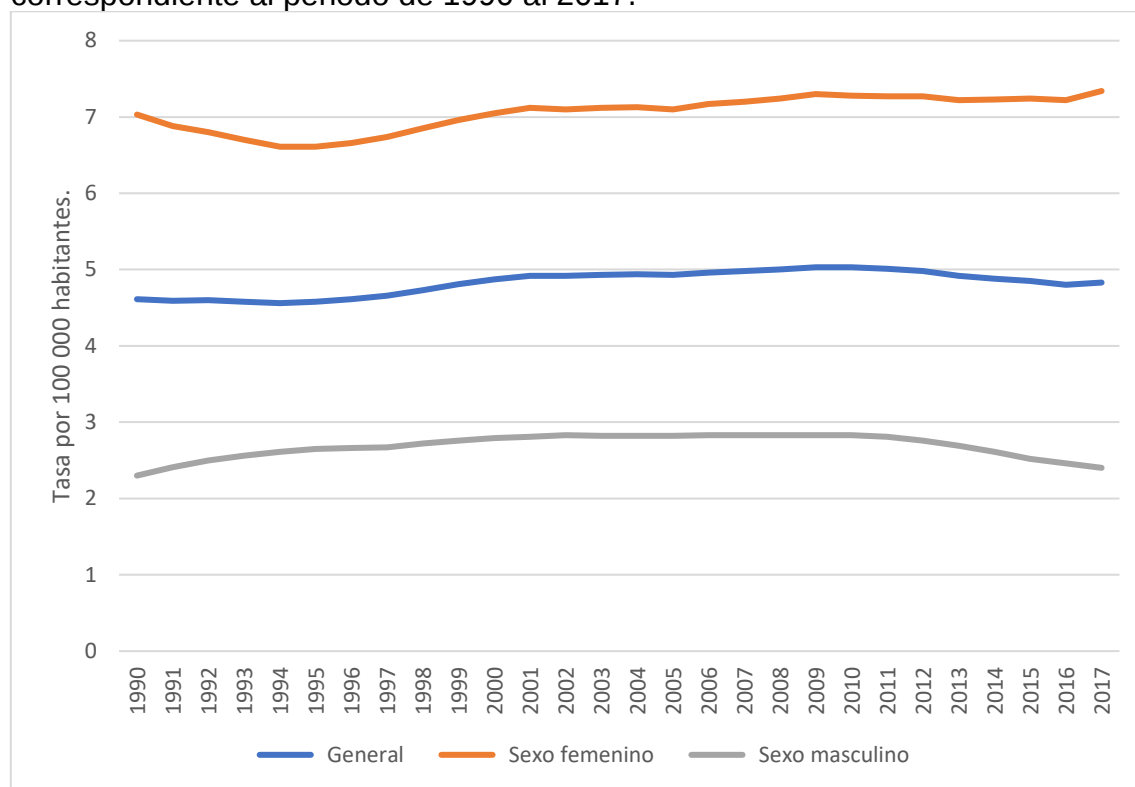
Con respecto de los AVD relacionados al abuso infantil específicamente en el grupo de menores de 5 años se mantiene una tendencia estable, desde 1990 con una tasa de 0,0017 AVD por cada 100 000 habitantes, a partir de 1992 su tasa aumenta hasta 0,0018 AVD por cada 100 000 habitantes, manteniéndose con esa misma cifra hasta el año 2003. A partir de ahí vuelve a tener la tasa de 1990 hasta culminar el 2017 de la misma forma.

Según sexo se observa como en este grupo de edad se ve más afectado el sexo femenino, siendo su mayor tasa en 1993, donde disminuye y a partir de 1995 y hasta el 2004 tienen las mismas cifras manteniéndose estable, a partir de ese año sigue

una tendencia a la disminución, finalizando el 2017 con una tasa de 0,0028 AVD por cada 100 000 habitantes.

El sexo masculino por otra parte, es el menos afectado. Siendo su mayor tasa en 1992,1993 y 1994 con 0,00058 AVD por cada 100 000 habitantes, disminuye levemente y se mantiene estable hasta finalizar el periodo con una tasa de 0,00053 AVD por cada 100 000 habitantes.

Figura 15. Años vividos con discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en Costa Rica, en niños menores de 5 a 14 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.



Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

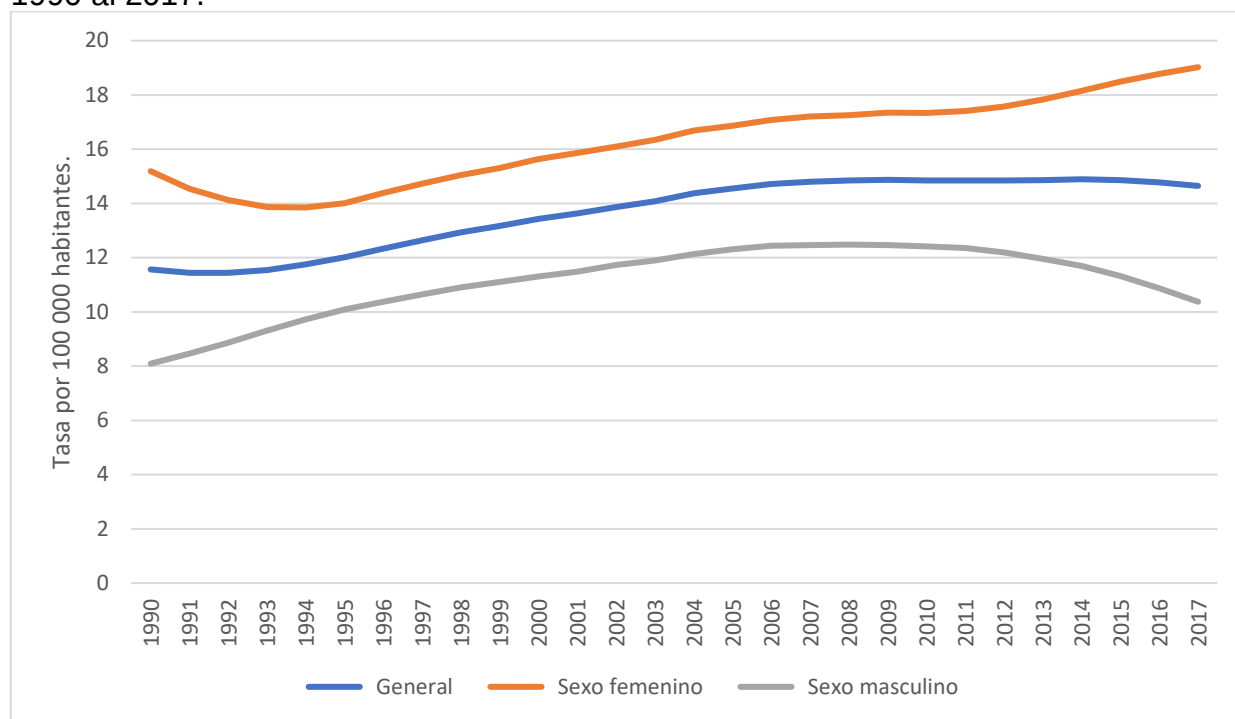
En el gráfico anterior se presentan los datos correspondientes a los AVD atribuibles al abuso sexual en el grupo etario de 5 a 14 años. Donde hay una leve disminución desde 1990 hasta 1996, a partir de este año la tendencia fue al aumento hasta el 2012, donde presenta una tasa de 4,98 AVD por cada 100 000 habitantes, descendiendo y para el 2017 su tasa fue de 4,85 AVD por cada 100 000 habitantes.

La clasificación según sexo permite representar al femenino con tasas de AVD mayores con respecto al masculino. Su tendencia desde 1990 es al descenso hasta el año 2002 donde presenta una tasa de 7,1 AVD por cada 100 000 habitantes, a

partir de ahí la tendencia es al ascenso hasta finalizar el periodo con una cifra de 7,34 AVD por cada 100 000 habitantes.

El sexo masculino, inicia en 1990 con una tasa de 2,3 AVD, con una tendencia al ascenso hasta el 2001 donde presenta una tasa de 2,81 AVD por cada 100 000 habitantes. A partir de este año se mantiene estable y en el 2012 desciende hasta culminar el periodo con una tasa de 2,4 AVD por cada 100 000 habitantes.

Figura 16. Años vividos con discapacidad atribuibles al abuso sexual en Costa Rica, en menores de 20 años en general y según sexo, correspondiente al periodo de 1990 al 2017.



Fuente: elaborado con datos de ⁽⁵⁰⁾.

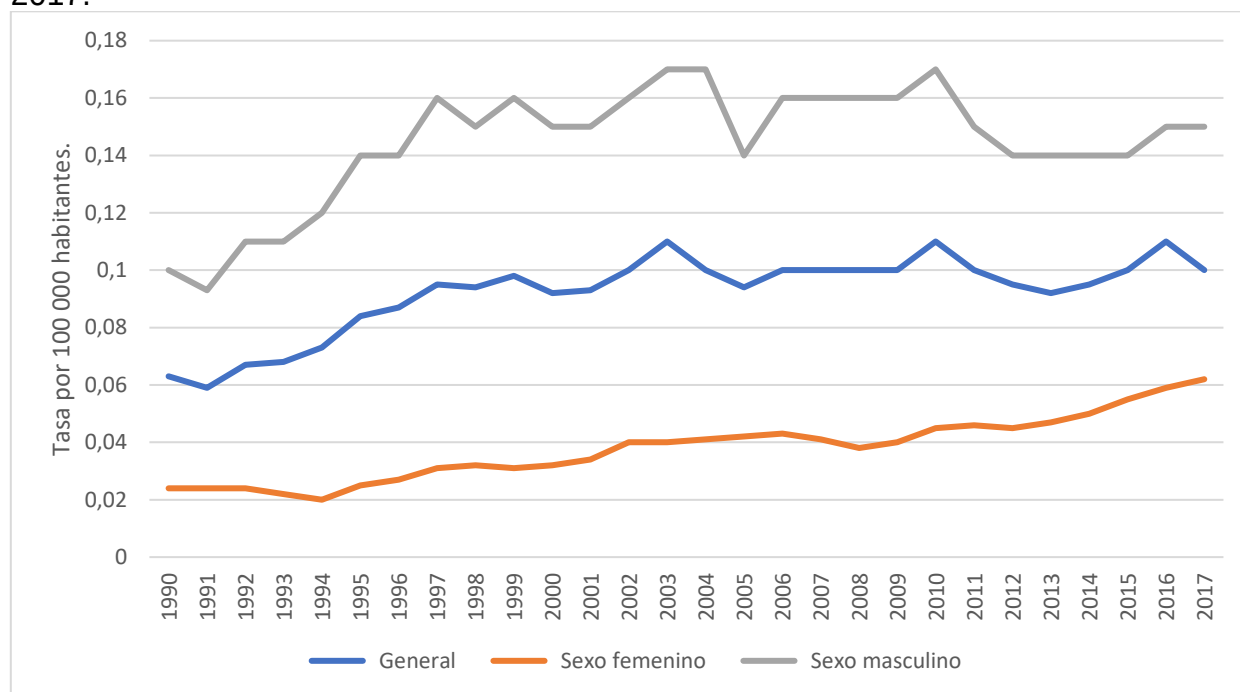
El gráfico anterior presenta una tendencia al ascenso con respecto de los AVD por abuso sexual en general, este patrón continúa hasta el 2009 con 14,87 AVD por cada 100 000 habitantes. Después de este año se presenta un descenso y para el 2017 la tasa es de 14,64 AVD por cada 100 000 habitantes.

El sexo más afectado es el femenino, presenta una importante disminución desde 1990 hasta 1994 donde presenta su menor tasa de 14,85 AVD por cada 100 000 habitantes, a partir de este año su tendencia es al ascenso, al presentar su mayor tasa en el 2017, con 19,02 AVD por cada 100 000 habitantes.

Los hombres presentan tasas menores, pero desde 1990 su tendencia es hacia el ascenso, donde su mayor tasa es en el año 2008 y 2009 correspondiente a 12,41

AVD por cada 100 000 habitantes, al continuar con una disminución en sus cifras y culmina el 2017 con 10,37 AVD por cada 100 000 habitantes.

Figura 17. Años de vida perdidos atribuibles al abuso sexual en Costa Rica, en la población menor de 20 años en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017.



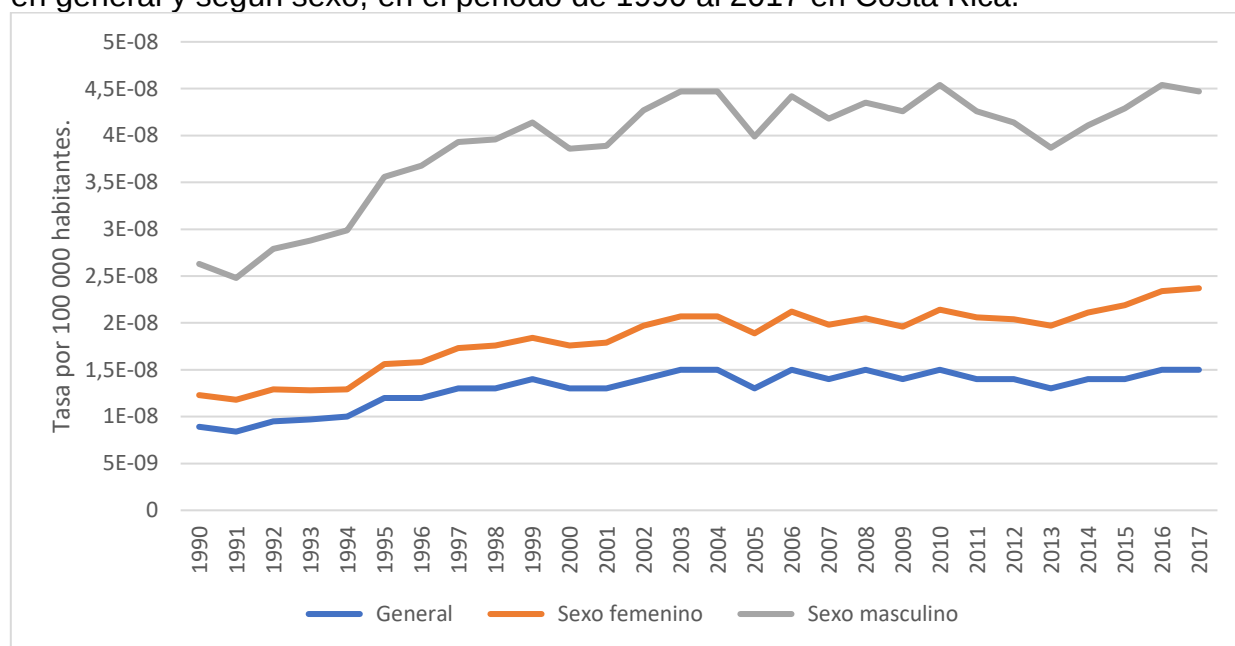
Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

El gráfico anterior representa los AVP por abuso sexual, donde se presenta una tendencia irregular, a partir de 1990 el patrón es al ascenso, hasta el año 1999 donde desciende y presenta un ascenso abrupto para el 2003, donde se presenta su mayor tasa, con 0,11 AVP por cada 100 000 habitantes. El patrón es irregular y la tasa con la que finaliza el 2017 es con 0,1 AVP por cada 100 000 habitantes.

Además, en relación con el sexo para el grupo etario de menores de 20 años, el sexo más afectado es el masculino, desde 1990 con tasas de 0,1 AVP por cada 100 000 habitantes. Siguiendo un patrón irregular pero siempre en ascenso hasta el 2003 y 2004, donde disminuyen para volver a alcanzar un pico alto en el 2010 a partir del cual sigue una tendencia al descenso hasta finalizar el 2017 con 0,15 AVP

por cada 100 000 habitantes. Las mujeres en este caso tienen tasas más bajas, con una tendencia al ascenso menos marcada, su mayor tasa se presentó en el 2019 con 0,062 AVP por cada 100 000 habitantes.

Figura 18. Mortalidad atribuible al abuso sexual en la población menor de 20 años, en general y según sexo, en el periodo de 1990 al 2017 en Costa Rica.



Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

A partir del gráfico anterior se obtiene un panorama sobre el comportamiento de la mortalidad por abuso sexual en el grupo etario de menores de 20 años. Donde inicia en 1990 con una tasa de 0,00089 muertes por cada 100 000 habitantes, siguiendo una tendencia hacia el ascenso hasta el 2003, a partir del cual se mantiene un patrón irregular al finalizar el periodo en ascenso con una tasa de 0,0015 muertes por cada 100 000 habitantes.

El gráfico anterior muestra la mortalidad por abuso sexual en menores de 20 años según sexo, mostrándose mayor mortalidad en el sexo masculino desde 1990 con una tasa de 0,0014 muertes por cada 100 000 hombres, mientras que en el sexo femenino fue de 0,000034 muertes por cada 100 000 mujeres. Ambos continúan una tendencia al ascenso, al finalizar el 2017 con una tasa de 0,0021 muertes por

cada 100 000 hombres y 0,00087 muertes por cada 100 0000 mujeres, siempre siendo mayor mortalidad en el sexo masculino.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

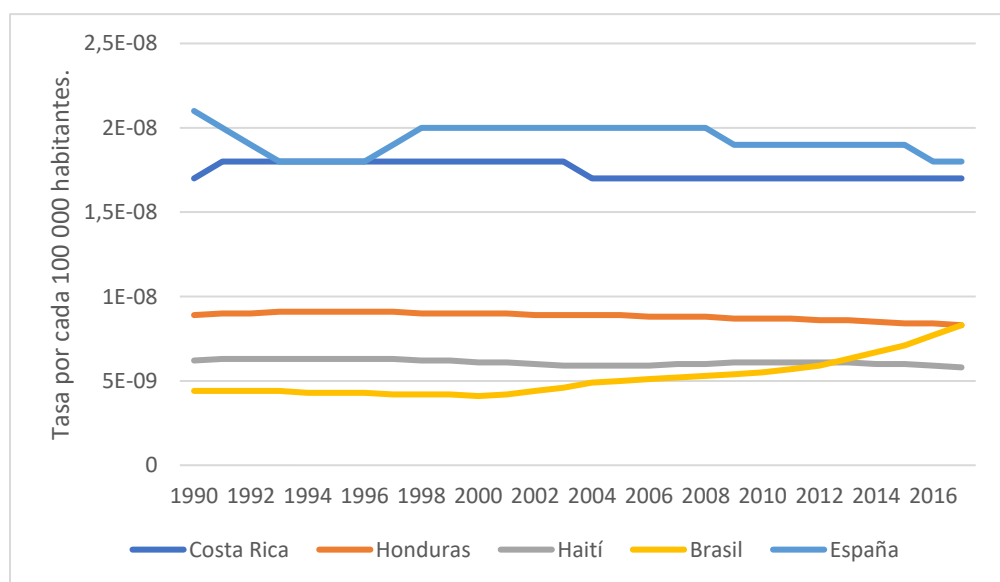
Los años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad que se atribuyen al maltrato infantil en Costa Rica correspondiente a la población menor de 5 años, se observa que tuvo un curso lineal desde 1990 hasta que en el año 2004 ocurrió un descenso que se mantuvo constante hasta el año 2017. En cuanto a edades superiores, que abarcan de los 5 a los 14 años, se registraron tasas mayores desde 1990, con una tendencia de aumento, a excepción del año 2008. Sin embargo, las cifras de AVAD atribuibles al maltrato infantil, aumentan de manera importante conforme se incrementa la edad. Aunque hubo una tendencia leve a la disminución a partir del 2015.

En lo que respecta a los AVAD atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica, estos fueron mayores en el sexo femenino con respecto del sexo masculino desde 1990 hasta el último año en estudio, en los tres grupos etarios. Sin embargo, en el grupo etario de los 5 a los 14 años las cifras fueron notablemente mayores, además de que se hace evidente la tendencia a aumentar progresivamente principalmente a partir de 1998 en ambos sexos. Un caso similar ocurre al aumentar las edades a menores de 20 años, en donde llama la atención un pico en el sexo masculino en el 2012. En ninguno de los dos sexos se logró disminuir a tal punto de alcanzar las tasas iniciales.

Si se comparan los AVAD por maltrato infantil de Costa Rica con los de un país cercano con evidente problemática social como lo es Honduras ^(38,42,43), en menores

de 5 años, en general se evidencia que Costa Rica presentó tasas superiores durante el periodo en estudio. La misma situación se presentó con Haití y Brasil⁽⁵⁰⁾, en donde este último es el que presentó las menores tasas hasta el 2012, para posterior a este año ir en aumento hasta alcanzar a Honduras en el 2017, sin embargo aún con cifras inferiores a las de Costa Rica. Por otro lado, el único país que superó a Costa Rica en los AVAD por maltrato infantil fue España, acercándose a los datos del país en referencia solamente durante 1994 y 1995. En lo que respecta a las diferencias según el sexo sobre los AVAD por esta causa, tanto en el sexo femenino como en el masculino, Costa Rica continúa siendo superior a Honduras y Haití, sin embargo en el caso del sexo femenino Brasil es el que presentó las cifras más bajas hasta el 2016; y España, por el contrario, registró tasas similares a las costarricenses como se ilustra en la figura 19.⁽⁵⁰⁾

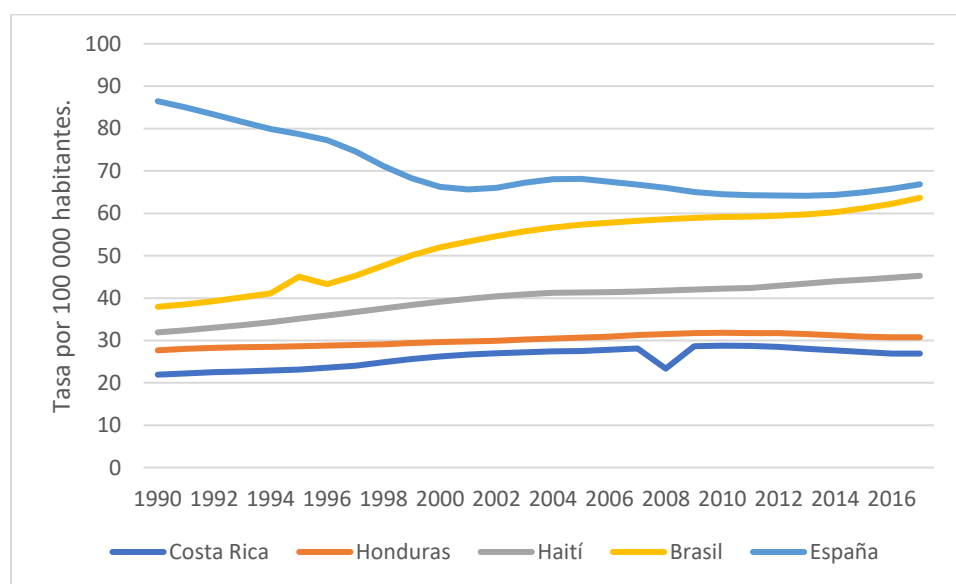
Figura 19. AVAD atribuibles al maltrato infantil en menores de 5 años de ambos sexos en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.



Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

Sin embargo, en el siguiente grupo etario correspondiente a edades entre 5 y 14 años, se muestran variaciones como se pueden observar en la siguiente figura, en donde Costa Rica registró menores tasas de AVAD por maltrato infantil en comparación con los cuatro países ya mencionados, de los cuales España continúa siendo el superior en ambos sexos, a excepción del sexo masculino, que a partir del 2014 fue igualado y después superado por Brasil; así como Costa Rica se acercó a las tasas hondureñas a partir del 2000. ⁽⁵⁰⁾

Figura 20. AVAD atribuibles al maltrato infantil en menores entre los 5 y 14 años de ambos sexos en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.

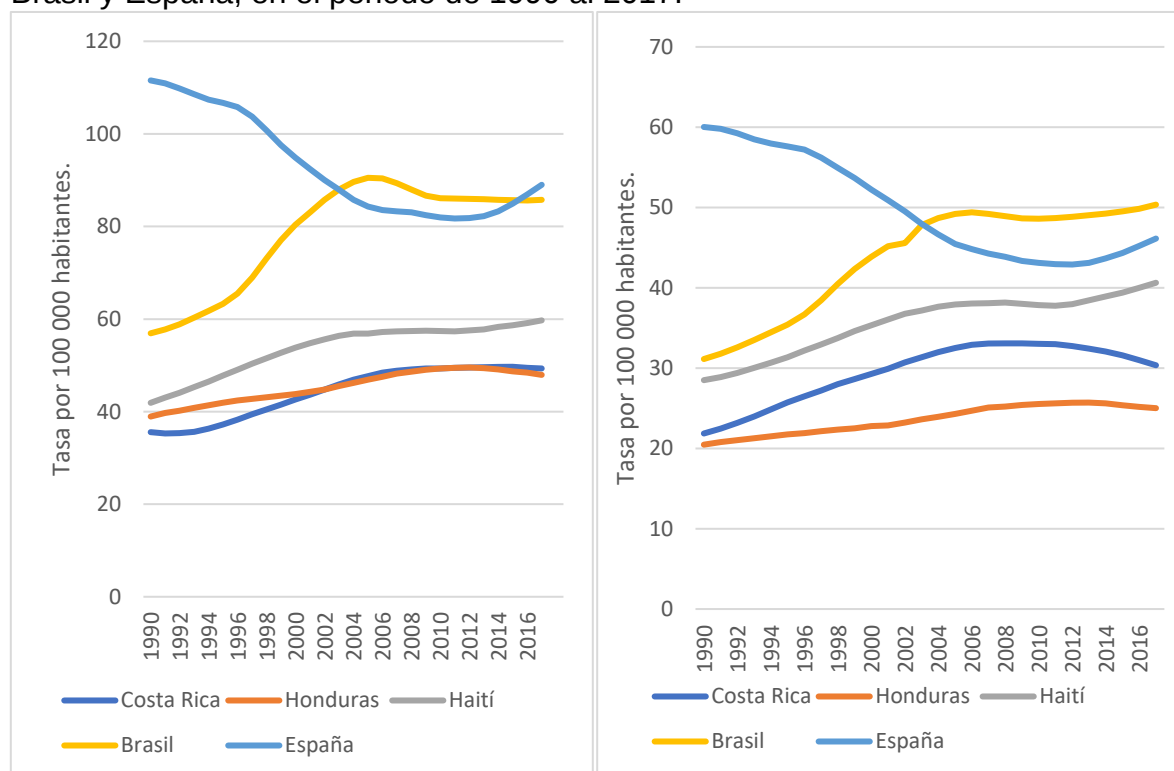


Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

El mismo patrón sucedió en el grupo etario de los menores de 20 años, a excepción de que Brasil superó a España en el 2003 y Costa Rica únicamente presentó las menores tasas durante los primeros cinco años en estudio. Entre las diferencias con respecto al sexo, se destaca que en España ha habido una disminución importante en el sexo femenino, mientras que el resto de los países tendieron al aumento, en

donde el que sufrió el aumento más importante fue Brasil. Misma situación ocurrió con el sexo masculino, con la diferencia que Costa Rica se une a Brasil en cuanto a mostrar un aumento importante. Lo anterior se ilustra en las figuras 21 y 22. ⁽⁵⁰⁾

Figura 21. AVAD atribuibles al maltrato infantil en menores de 20 años por sexo (femenino a la izquierda y masculino a la derecha) en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.



Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

Ahora, en referencia a los años vividos con discapacidad atribuibles al maltrato infantil en Costa Rica que afectaron a niños menores de 5 años del año 1990 al 2017 tuvo un comportamiento muy similar a los AVAD en esta misma edad, de manera que este fue lineal desde 1990 al 2003, al mostrar también un descenso que no mostró variación hasta el 2017. En cuanto al grupo etario que abarca desde los 5 a los 14 años, se observa que este tuvo una tendencia al aumento progresivo

hasta llegar al 2013, en donde a partir de este año descendió levemente. Sin embargo, no se logró alcanzar los valores registrados en los primeros años.⁽⁵⁰⁾ Una situación muy similar ocurrió con los Años vividos con discapacidad en menores de 20 años, tendiendo al aumento desde 1990 hasta el año 2013 en donde se reportaron tasas levemente inferiores pero siempre superiores a las iniciales. Cabe de destacar que el aumento más importante se registró entre los años de 1993 y el 2007. El año con la mayor tasa correspondió al 2009.

Ahora, en lo que respecta a las diferencias entre ambos sexos en cuanto a los Años vividos con discapacidad a lo largo de los años en estudio se reportaron tasas superiores en el sexo femenino en los tres grupos etarios. La diferencia fue más marcada en el grupo que abarca las edades entre los 5 y 14 años, sin embargo las tasas más altas las alcanzó el sexo femenino en las edades menores de 20 años, lo cual sería de esperarse ya que en este se toman en cuenta los otros dos grupos etarios además de los seis años restantes. ⁽⁵⁰⁾

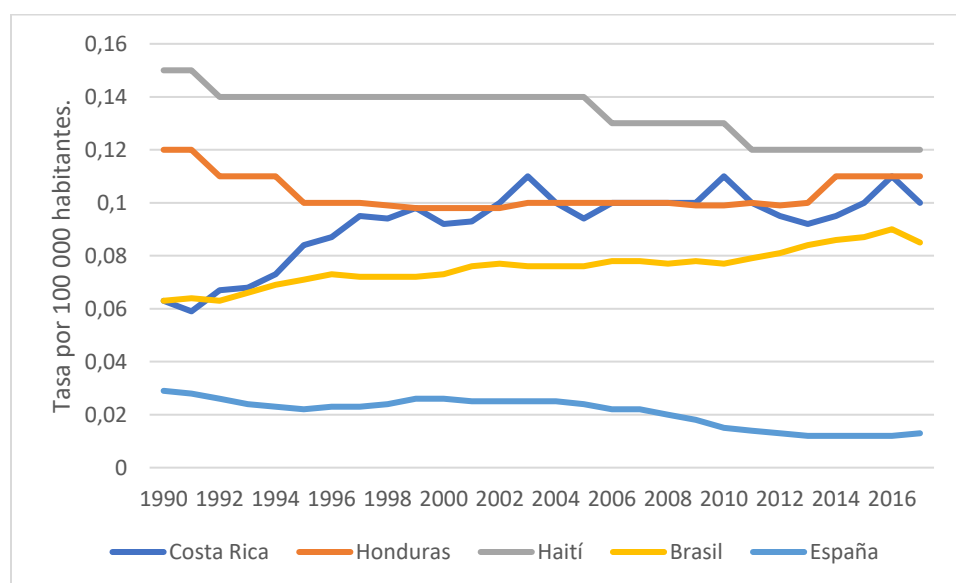
De manera tal que Costa Rica supera a Honduras, Haití y Brasil en el grupo etario de menores de 5 años, mientras que en las edades entre 5 y 14 años en orden descendente se encuentran España, Brasil, Haití, Honduras y por último Costa Rica. Por otro lado, en los menores de 20 años Costa Rica Superó a Honduras a partir de 1996, sin embargo continúa por debajo de España, Brasil y Honduras. En cuanto al curso según sexo, Costa Rica presenta tasas similares a las niñas españolas menores de 5 años; y en Brasil fueron las menos afectadas. Mientras que en los niños sí existen diferencias más marcadas, siendo evidentemente superior en España; así como Haití y Honduras cursan con tasas similares. ^(42,50)

El siguiente aspecto por analizar corresponde a los años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil, en donde en la población menor de 20 años hubo una tendencia en aumento a pesar de existir periodos de disminución. Además, en los años 2003, 2010 y 2016, casi se duplicó la cifra registrada en 1990. También fue evidente el aumento en el periodo de 1990 al 2003, que desde entonces mantuvo cifras fluctuantes pero elevadas, sin aproximarse a los valores registrados inicialmente. En cuanto a las diferencias entre ambos sexos, fue evidente la superioridad en el sexo masculino durante todo el periodo en investigación. Además de que estas presentaron más fluctuaciones en comparación con el sexo femenino, que si bien es cierto a pesar de que se mantuvieron en aumento, esta fue progresiva y constante. ⁽⁵⁰⁾

Al ahondar sobre los AVP atribuidos al maltrato infantil en menores de 20 años en el resto de países, se destaca que los patrones cambian un poco, de manera que Haití es el que lidera, seguido de Honduras, Costa Rica, Brasil y en último lugar, por España. Además, en este último país fue en descenso así como Haití, que sin embargo fue superior en todos los años. Mientras que países como Costa Rica y Brasil tienden al aumento. Honduras tuvo un comportamiento con pocos cambios a lo largo de los años, como se visualiza en la figura 22. Mayores cambios se ven cuando se hace la distinción por sexo, en donde Honduras lidera con los AVP masculinos y por el contrario, las cifras femeninas incluso se encuentran por debajo de Costa Rica, correspondiendo al cuarto lugar. Lo cual concuerda con el registro de las principales causas de AVP por muertes prematuras en general, en donde se

menciona que en Honduras una de ellas son las causas externas, haciendo énfasis en la violencia y accidentes de tránsito. ^(42,50)

Figura 22. AVP atribuibles al maltrato infantil en menores de 20 años de ambos sexos en Costa Rica, Honduras, Haití, Brasil y España, en el periodo de 1990 al 2017.



Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁵⁰⁾.

En el caso de la mortalidad infantil en Costa Rica debida al maltrato infantil, desde un punto de vista general en los menores de 20 años, se registraron las tasas de menor valor en los primeros seis años, con los valores más bajos en 1994. Posterior a este periodo, las tasas no mostraron muchos cambios entre sí y siempre se mantuvieron elevadas en comparación a las iniciales. En cuanto a la diferencia entre ambos sexos, se observó que la mortalidad atribuible al maltrato infantil fue menor en el sexo femenino, al presentar una tendencia al aumento, a excepción del año 2002; que es a su vez uno de los años en donde se presentaron tasas más elevadas de mortalidad por esta causa en el sexo masculino. En estos últimos, hubo tasas predominantemente en aumento, con un periodo notable de disminución durante el

periodo del 2010 al 2013, para posteriormente continuar con la tendencia al aumento. ^(50,51)

Cuando se compara la mortalidad en menores de 20 años con respecto al resto de países, el comportamiento de esta en ellos se resume en que es similar al análisis ya comentado sobre los AVP, siendo Haití el más afectado en general y en el sexo femenino, mientras que Honduras lidera en la mortalidad masculina.⁽⁵⁰⁾ La mortalidad en la infancia es un indicador importante del desarrollo de los países y una evidencia certera de sus prioridades y valores. Desde 1990, incluso los países más pobres han registrado mejoras impresionantes en sus tasas de supervivencia y en la salud de la niñez. ^(41,52)

Ahora, en cuanto a uno de los subtipos del maltrato infantil, se abarca la Carga de la Enfermedad referente al abuso sexual. De manera que en los países de ingreso alto y medio al menos el 7% de las mujeres y el 3% de los hombres en 21 países, fueron víctimas de violencia sexual durante la niñez. Según estudios, se agrega que en hasta el 56% en niñas y el 25% del abuso sexual en niños, el responsable fue un pariente o padrastro/madrastra. ⁽⁵³⁾ En primer lugar, en referencia a los años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al abuso sexual en Costa Rica en la población menor de 5 años presentan un curso casi lineal desde 1990 al 2017, siendo levemente inferior a partir del año 2004. En lo que respecta al comportamiento según sexo, hay una marcada diferencia entre ambos, de manera que predominan los AVAD por abuso sexual en las niñas menores de 5 años. Cabe destacar que en ambos sexos las tasas muestran poca variabilidad entre sí. ⁽⁵⁰⁾

En lo que respecta a los AVAD atribuidos al abuso sexual en las edades entre 5 y 14 años, se obtiene que durante los primeros años las tasas registradas eran menores, en donde la más baja ocurrió en 1994, hasta posteriormente aumentar y alcanzar el valor máximo seis años después y luego disminuir. En lo que respecta a estos AVAD según sexo, el más afectado en los 3 grupos etarios fue el femenino. Así como en estos grupos etarios y en ambos sexos, el curso mostró pocas variaciones en el tiempo.⁽⁵⁰⁾

En cuanto a los AVAD atribuibles al abuso infantil en menores de 5 años tanto en el sexo femenino como el masculino, son liderados por España, seguidos de Costa Rica, Honduras, Haití y Brasil, a excepción del 2013, en donde superó a Haití y alcanzó a Honduras en el 2017. En edades más avanzadas (grupo etario de los 5 a los 14 años), ocurre un acontecimiento importante, donde Costa Rica toma el primer lugar a partir de 1992, siendo más afectado el sexo femenino. Mientras que Haití pasó a ocupar el último puesto. Misma situación ocurrió en el grupo de menores de 20 años.⁽⁵⁰⁾ De manera general, en Honduras se reporta que las niñas de 10 a 14 años son las más vulnerables a sufrir delitos sexuales, de los cuales 72,5% de los casos fueron cometidos por personas conocidas por las víctimas.⁽⁴²⁾

En cuanto a los años vividos con discapacidad atribuibles al abuso sexual infantil en menores de 5 años, de manera general se obtuvo tasas mayores en el periodo de 1992 al 2003, en donde posteriormente se mantuvieron constantes. En lo que concierne a la diferenciación según sexo, los niños menores de 5 años tienen valores de AVD mayores a los del sexo femenino durante todos los años en estudio. En el siguiente grupo etario, correspondiente a edades entre 5 y 14 años, el curso

de los AVD mostró tendencia al aumento hasta el año 2012, para posteriormente disminuir, sin embargo aún en el año 2017 continua siendo superior a las cifras de años iniciales. En este grupo, de igual manera el sexo femenino fue el que sufrió más afectación. En cuanto al grupo etario que abarca la mayor cantidad de edades (menores de 20 años), se repite el patrón de los AVD ya mencionados, con la tendencia inicial al aumento, para posteriormente mantenerse superior pero constante y en lo que respecta a su diferenciación según sexo, el predominante también fue el sexo femenino; siendo en este grupo etario mucho más marcada la diferencia entre ambos sexos en comparación a los otros dos grupos etarios. El curso de los AVD que se atribuyen al abuso sexual en el resto de los países fue muy similar a los AVAD ya comentados anteriormente, en los tres grupos etarios y en cuanto al sexo. ⁽⁵⁰⁾

Al hablar de los años de vida perdidos que se atribuyen al abuso sexual en menores de 20 años, de manera general tuvo un comportamiento fluctuante a lo largo de los años, al presentar el aumento más significativo entre 1992 y 1998. En lo que respecta a las diferencias en los AVP según el sexo en este grupo etario, quien obtuvo cifras mayores fue el sexo masculino. Además, este sexo fue el que presentó más fluctuaciones en el tiempo, mientras que el sexo femenino tuvo una tendencia al aumento pero de una manera progresiva. ⁽⁵⁰⁾

Por último, la mortalidad que se atribuye al abuso sexual en el grupo etario que corresponde a los menores de 20 años presentó una tendencia al aumento desde 1990 al 2003, para desde entonces presentar leves disminuciones y aumentos pero siempre manteniendo tasas elevadas y similares entre sí. Con respecto de la

mortalidad por esta causa según el sexo, nuevamente el sexo masculino es el más afectado, con tasas similares desde 1995 hasta el 2010.⁽⁵⁰⁾

En estos últimos dos aspectos de la carga de la enfermedad que se atribuyen al abuso sexual (AVP y mortalidad), Brasil tuvo un comportamiento similar al costarricense, mientras que España tendió al descenso. Como se comentó anteriormente sobre los AVP por maltrato infantil, ocurre una situación similar con los atribuibles al abuso sexual, en donde Haití ocupa el primer lugar. Con excepción del sexo masculino, en donde fue liderado por Honduras.^(42,46,50)

Finalmente, cabe destacar que en Brasil las tasas de maltrato infantil han tendido a la disminución, sin embargo las tasas correspondientes al abuso sexual continúan en aumento a pesar de los esfuerzos que realiza el gobierno y diferentes entes dedicados específicamente a este problema de salud pública. Además, en Honduras la prevalencia de abuso sexual ronda el 7,8% en Honduras, y la mayoría de los casos ocurren por primera vez antes de los 11 años.⁽⁵⁴⁾

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. Los años de vida ajustados a discapacidad que se atribuyen al maltrato infantil en menores de 5 años cursaron casi lineales, mientras que en las edades entre 5 y 14 años, y menores de 20 años tendieron al aumento.
2. El sexo femenino alcanzó tasas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad atribuibles al maltrato infantil más elevadas en comparación con las masculinas en los tres grupos etarios en estudio.
3. Los años vividos con discapacidad por maltrato infantil en el grupo etario que se vieron afectados en menor medida fueron los menores de 5 años. Mientras que los años vividos con discapacidad por maltrato infantil en menores entre 5 y 14 años y en menores de 20 años, mostraron ir en aumento.
4. En cuanto a los años de vida vividos con discapacidad atribuibles al maltrato infantil, el sexo femenino fue el más afectado en los tres grupos etarios.
5. Los años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil en el grupo etario de menores de 20 años fueron en aumento hasta el año 2000, desde entonces la afectación tuvo un curso constante.
6. El sexo masculino superó las cifras en cuanto a años de vida perdidos atribuibles al maltrato infantil en menores de 20 años, en comparación con las femeninas. Sin embargo este último fue en aumento.
7. En el grupo etario de menores de 20 años, la mortalidad atribuible al maltrato infantil tendió al aumento a lo largo de los años en estudio.
8. La mortalidad que se atribuye al maltrato infantil afectó más al sexo masculino en los menores de 20 años.

9. Los años de vida ajustados a discapacidad por abuso sexual en menores de 5 años disminuyó y predominó el femenino. Mientras que en el grupo etario de menores entre 5 y 14 años disminuyó desde 2011.
10. Los años vividos con discapacidad atribuibles al abuso sexual como variante de maltrato infantil, en menores 5 años mostró ir en disminución. Mientras que en los menores entre 5 y 14 años aumentó, mayoritariamente entre 1997 y 2013; misma situación en los menores de 20 años. En los tres grupos etarios el sexo más afectado fue el masculino.
11. De los años perdidos que se atribuyen al abuso sexual, solamente se pudo obtener datos del grupo etario correspondiente a menores de 20 años, donde se mostró que estuvo en ascenso, aunque fluctuante. Predominó el sexo masculino.
12. Con respecto de la mortalidad por abuso sexual, esta fue en aumento y también tuvo valores más altos el sexo masculino.
13. Existe sub-registro de los casos referentes al maltrato infantil y además, el GBD no es una fuente confiable para ser utilizado como referencia en futuras investigaciones sobre el tema.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Fortalecer los factores protectores contra el maltrato infantil, por medio de charlas de parte del personal médico de cada EBAIS. De manera que estas se puedan hacer de manera periódica tendiendo como población meta a los padres de familia, cuidadores (en caso de que se realice en el centro de salud) o a los niños, niñas y adolescentes (en especial al visitar los centros educativos), para así orientarlos sobre la existencia de los mismos, al hacer énfasis en la prevención.
2. Promover la educación a los trabajadores de la salud, en especial al personal de enfermería y médicos generales sobre los signos que generen sospecha de que ocurre maltrato infantil, como lo son los cambios de humor o comportamientos, así como la motivación hacia las diferentes actividades. Ya que en muchas ocasiones son quienes tendrán en primer contacto a pesar de que este no sea el motivo de consulta.
3. Los médicos deberían optar por acudir a capacitaciones en donde se les faciliten técnicas y métodos para favorezcan el diálogo con la población infantil, con el objetivo de dotarlos de herramientas no violentas para combatir contra quien atente contra ellos.
4. La creación y promoción de actividades que permitan reforzar la autoestima, el reconocimiento de las capacidades y habilidades de los niños y adolescentes. Lo anterior, mediante la implementación de un plan orientado a llevarse a cabo en conjunto con los ATAP, cuando estos visiten los centros educativos.

5. Fomentar la comunicación entre médicos, trabajadores sociales y educadores por medio de la optimización del programa RISAS en cada EBAIS.
6. Hacer énfasis sobre la importancia de que los médicos completen el documento de vigilancia epidemiológica correspondiente al grupo C, por medio del registro en la boleta de notificación individual VE.0, en donde a su vez se contempla a accidentados de tránsito. Ya que a pesar de que esta no requiere investigación de ningún tipo, sea una manera de promover el registro más veraz en referencia a este padecimiento.
7. Los actores involucrados, especialmente los trabajadores en el área de salud, epidemiólogos, políticos, economistas, educadores, organizaciones, entre otros, deben trabajar en conjunto con el fin de diseñar estrategias contra el maltrato infantil, teniendo en cuenta que dicho fenómeno es una de las mayores causas de discapacidad en la población infantil y este es potencialmente prevenible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública México. enero de 1998;40:58-65.
2. N. M S Rodriguez,, Moreno, M. Prevalencia del maltrato infantil. Col. Lomas Drl Guijarro Sur, Calle Madrid, Bloque M, No. 26. tegucigalpa, Honduras.: Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad.
3. Sánchez, N., Cuenya, L. Estudio sobre Maltrato Infantil en Niños y Adolescentes de la Provincia de Buenos Aires., 2011. [Internet]. [citado 31 de mayo de 2019]. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/15049/CONICET_Digital_Nro.18461.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Santana, R. La muerte trágica y violenta impide a niños y jóvenes de la calle frecuentar la escuela en Brasil., 1992. 154-165. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas.
5. Jonathan, G. Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes: Costa Rica., Enero de 2017. [Internet]. [citado 31 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/costarica/Innocenti-Violencia-2017.pdf>.
6. Violencia Infantil: De Epidemina a Pandeminia. Semanario Universidad [Internet]. Semanario Universidad. 2018 [citado 31 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://semanariouniversidad.com/suplementos/violencia-infantil-de-epidemina-a-pandeminia/>

7. Patronato Nacional de la Infancia PANI Costa Rica · Patronato Nacional de la Infancia PANI Costa Rica [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: https://pani.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=575:onu-preocupada-por-aumento-de-
8. OMS | Carga mundial de morbilidad [Internet]. WHO. [citado 25 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/
9. Ronald Evans Meza. Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. 2015; 1 (2): 107-16.
10. Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E, Díaz Franco AM. Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. Rev Cuba Pediatría. marzo de 2011;83(1):22-33.
11. Rodríguez LB, Tissie DL, Vera PB, Pachar JV. LESIONES ORALES EN VÍCTIMAS DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER. 2018;35:8.
12. Loredó-Abdalá A, Casas-Muñoz A, Trejo-Hernández J, Melquiades-Parra I, Martín-Martín V. Síndrome del niño sacudido: cuadro clínico y evolución de 17 casos en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediátrica México. abril de 2015;36(2):72-80.
13. Loredó-Abdalá A, Villanueva-Clift H, Aguilar-Ceniceros AM, Casas-Muñoz A. Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. Bol Méd Hosp Infant México. julio de 2016;73(4):219-27.
14. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones

PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado diciembre 2015. [citado 30 de junio de 2019]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>

15. Herrera DCB. ABUSO SEXUAL Y ASFIXIA TRAUMÁTICA. ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL PREDECIBLE. 57, n.º 1 (febrero de 2014): 9. Acta Pediatr Mex 22, n.º 4. 1 enero de 2001: 6.

16. Abdalá, A, Casas, A, y Monroy, D. Maltrato infantil: características clínicas usuales. 57, n.º 1 [Internet] Febrero de 2014: 9. [citado 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n1/v57n1a3.pdf>

17. Olivan Gonzalvo, Gonzalo. Indicadores de maltrato infantil., 2010; 204, [Internet] [citado 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Olivan_Gonzalvo/publication/235663794_Indicadores_de_maltrato_infantil/links/0deec52f3ea9b60119000000.pdf

18. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. 1999;(6):10.

19. Loredó-Abdalá A. Maltrato infantil y síndrome de muerte súbita del lactante: estrategias para el diagnóstico diferencial. Bol Med Hosp Infant Mex. 2006;63:7.

20. Navas A, José M. Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. Med Leg Costa Rica. marzo de 2014;31(1):57-69.

21. Villanueva SD. FACTORES PROTECTORES EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. LIBERABIT. 2005; 6 (11): 19-24.

22. Ossa-Estrada DA, Muñoz-Echeverri IF. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: significados y prácticas de trabajadores/as y residentes del centro de Medellín (Colombia), 2015. Salud Colect. marzo de 2017;13:19-34.
23. Salcedo LJA, Carvalho AMP. Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2005;13(spe):827-35.
24. Morelato, Gabriela, Giménez, Silvina, Vitaliti, José María, Casari, Leandro, Soria, Georgina ANÁLISIS DE FACTORES PROTECTORES EN EL ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL DESDE LA MIRADA CLÍNICA. Enseñanza e Investigación en Psicología [en línea]. 2015, 20(1), 88-95[citado 25 de noviembre de 2019]. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242798013>
25. Borda MIA. MANUAL DE CODIFICACIÓN. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2016;303.
26. Huertas JAD. Maltrato infantil: detección de casos y manejo desde Atención Primaria. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014; 225-34.
27. UNICEF. Plan Nacional Contra la Violencia. 2017 [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://presidencia.go.cr/wp-content/uploads/2017/09/Plan-contra-la-violencia-Innocenti-CON-DATOS-PANI-final.pdf>

28. Santos JB-, González-Hernández A, Bonilla-Santos G. Neuroendocrine Characteristics Of Early Trauma And Its Relation To Bullying. *Rev Ecuat Neurol.* 2017;26(3):8.
29. Kohlberger P, Bancher-Todesca D. Bacterial colonization in suspected sexually abused children. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* octubre de 2007;20(5):289-92.
30. Lira MO de SC e, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA ADULTA. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 21 de septiembre de 2017 [citado 26 de junio de 2019];26(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300320&lng=pt&tlng=pt
31. Vitriol V, Cancino A, Ballesteros S, Núñez C, Navarrete A. Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2017;55(2):123-34.
32. Bases diagnósticas en la víctima de abuso sexual [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos32/victima-sexual/victima-sexual.shtml>
33. Gómez, L., Gómez, M. Evaluación de estrategias de intervención para la prevención primaria del maltrato infantil. Revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex.* 2008; 29 (5): 280. [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm085g.pdf>

34. Torres E. Prevención del maltrato infantil. PDR [Internet]. 10 octubre 2018 [citado 28 de noviembre de 2019];(8):42-7. Disponible en: <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/1609>
35. Butchart, A., Mian Phinney, A. M., y Furniss, T. Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. 2009 [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=E71E2E96E59DFD213B142B7881445C1E?sequence=1
36. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 5 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
37. Sampiere, R., Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la investigación. Quinta edición. México.: Mc Graw Hill; 2010.
38. UNICEF. La infancia en Honduras. Análisis de Situación 2010. [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/Sitan_-_Analisis_de_Situacion-_Honduras_2010_2.pdf
39. Ministry of Public Health and Population [le Ministère de la Santé Publique and de la Population] (MSPP), Haitian Childhood Institute [l'Institut Haïtien de l'Enfance] (IHE) and ICF International. Haití. 2012 Mortality, Morbidity, and Service Utilization Survey [Internet]. 2012 [citado 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR199/SR199.eng.pdf>

40. PAHO. Haití. Salud en las Américas. [Internet]. 2012 [citado 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=haiti
41. UNICEF. Infancia en Haiti 6 meses después del terremoto. [Internet]. 2010 jul [citado 13 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/Infancia_en_Haiti-_6_meses_despues.pdf
42. PAHO. Salud en las Américas Honduras [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=honduras
43. UNICEF. La infancia en Honduras. Análisis de Situación 2010. [Internet] 2010. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/Sitan_-_Analisis_de_Situacion-_Honduras_2010_2.pdf.
44. Vincenten, J. European Child Safety Alliance. Injury Prevention. 1 de junio de 2001; 7 (2); 166 [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.childsafetyeurope.org/archives/news/2014/info/ciir-report.pdf>
45. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008.pdf [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>
46. Jacobo, J. Mapa da violencia 2014 os jovens do brasil. [Internet]. 2014 [citado 13 de diciembre de 2019]. Disponible en:

http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf

47. Martínez Betancur O, Quintero Cusguen P, Mayor Agredo L. Estimación de años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad según subtipo de ataque cerebrovascular isquémico agudo. Rev Salud Pública. 13 de junio de 2016;18(2):226-37.

48. Evans-Meza R. Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. Rev Hispa Cienc Salud. 2015; 1(2):107-16.

49. Martinez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. Int J Epidemiol. 1 de agosto de 2019;48(4):1367-76.

50. Comparar GBD | IHME Viz Hub [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

51. Jonathan, G. Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes: Costa Rica. [Internet]. 2017 [citado 31 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/costarica/Innocenti-Violencia-2017.pdf>

52. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. Supervivencia infantil. New York: United Nations [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>

53. Sérgio, P. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. [Internet]. 2006 p. 367. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/informeMundialSobreViolencia.pdf>
54. CEPAL. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. [Internet]. 2013 [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

AVAD o AVISA: Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad.

AVD: Años Vividos con Discapacidad.

AVP: Años de vida perdidos.

CAINM-INP: Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

CDN: Códigos de los Derechos del Niño.

CEN-CINAI: Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral.

CEINNAA: Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos.

CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.

COI: Centro de Orientación e Información.

CONACOES: Comisión Nacional Contra la Explotación Sexual Comercial.

COPOL: Constitución Política.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

EUA: Estados Unidos de América.

EVISA: Esperanza de Vida Saludable.

GBD: Global Burden Of Disease.

HNN: Hospital Nacional de Niños.

MEP: Ministerio de Educación Pública.

MI: Maltrato infantil.

RISA: Red Integrada de Servicios de Atención.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PANI: Patronato Nacional de la Infancia.

SMbP: Síndrome de Munchausen by proxy.

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNICEF: United Nations Children's Fund o Fondo de las Naciones Unidas.

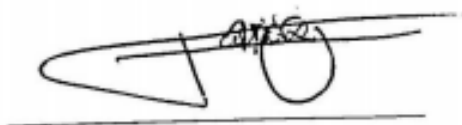
VIH- SIDA: Virus Inmunodeficiencia Humana – Síndrome Inmunodeficiencia Humana.

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Fabiola María Chacón Quirós, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad número 116260329, egresada de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar que por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: CARGA DE LA ENFERMEDAD ATRIBUIBLE AL MALTRATO INFANTIL EN COSTA RICA, DE 1990-2017, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los dieciséis días del mes de diciembre del año dos mil 2019.



Fabiola María Chacón Quirós.

116260329.

CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA TUTORA

San José, 16 de diciembre del 2019

Dirección de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

La estudiante Fabiola María Chacón Quirós, cédula de identidad número 1-1626-0329, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"CARGA DE LA ENFERMEDAD ATRIBUIBLE AL MATRATO INFANTIL EN COSTA RICA, DE 1990 AL 2017"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	08%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL	100%	86%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura. Atentamente,


Médico General Cod. 11625
Nutricionista Cod. 1057-12
Dra. Valeria Delgado Bermúdez
Cédula: 1-1336-0934
CMC: 15625

CARTA DEL LECTOR

San José, 09 de febrero de 2020

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

La estudiante **Fabiola Chacón Quirós**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"CARGA DE LA ENFERMEDAD ATRIBUIBLE AL MATRATO INFANTIL EN COSTA RICA, DE 1990 AL 2017."**, el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,

DIEGO ALONSO	Digitally signed by
MOYA ZELEDON	DIEGO ALONSO MOYA
(FIRMA)	ZELEDON (FIRMA)
	Date: 2020.02.09
	17:52:07 -06'00'

Dr. Diego Moya Zeledón
Céd. 1-1228-0613
Cód. 10720

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 20 de febrero del 2020

Señores
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
Facultad de Ciencias de la Salud

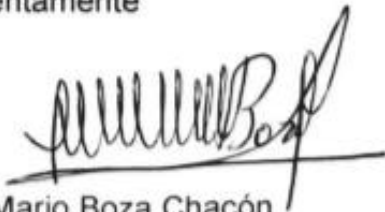
Estimados señores:

La estudiante Fabiola María Chacón Quirós, cédula número 1-1626-0329 me ha presentado para efectos de corrección de estilo, el trabajo de investigación denominado CARGA DE LA ENFERMEDAD ATRIBUIBLE AL MALTRATO INFANTIL EN COSTA RICA, DE 1990 AL 2017 el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo señalados por la Universidad, los aspectos de estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y los vicios de dicción que se traducen al escrito y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, doy fe que este trabajo se encuentra listo para ser presentado oficialmente a la Universidad.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mario Boza', with a horizontal line drawn underneath it.

Prof. Mario Boza Chacón
Filólogo. Cédula 103580444
Carné Colegio de Licenciados y
Profesores Número 5034

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 31 de marzo 2020.

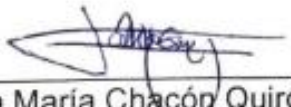
Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Fabiola María Chacón Quirós con número de identificación 1 1626 0329 autor (a) del trabajo de graduación titulado Carga de la enfermedad atribuible al maltrato infantil en Costa Rica, de 1990 al 2017, presentado y aprobado en el año 2020 como requisito para optar por el título de Licenciatura en la carrera de Medicina y Cirugía; SI autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



Fabiola María Chacón Quirós.
Cédula 1 1626 0329.

Anexo 3. Variables sobre Carga de la Enfermedad

Tasa de Prevalencia:

$$\frac{\text{Casos totales que sufren de maltrato infantil}}{\text{Total de la población}} \times 100\,000$$

Tasa de Prevalencia según edad:

$$\frac{\text{Total de casos registrados de maltrato infantil según edad}}{\text{Población según edad}} \times 100\,000$$

Tasa de Prevalencia según sexo:

$$\frac{\text{Total de casos de maltrato infantil según sexo}}{\text{Población según sexo}} \times 100\,000$$

Tasa de Incidencia:

$$\frac{\text{Casos nuevos de maltrato infantil}}{\text{Total de la Población}} \times 100\,000$$

Tasa de Incidencia por edad:

$$\frac{\text{Casos nuevos de maltrato infantil por grupos de edad}}{\text{Población por grupos de edad}} \times 100\,000$$

Tasa de Incidencia por sexo

$$\frac{\text{Casos nuevos de maltrato infantil según sexo}}{\text{Población según sexo}} \times 100\,000$$

Tasa de Mortalidad:

$$\frac{\text{Muertes atribuibles a maltrato infantil}}{\text{Total de la población}} \times 100\,000$$

Tasa de Mortalidad por edad:

$$\frac{\text{Muertes atribuibles a maltrato infantil por grupos de edad}}{\text{Población por grupos de edad}} \times 100\,000$$

Años de vida Años de Vida Ajustados por Discapacidad:

Años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) + Años de Vida Vividos con Discapacidad (AVD)

$$\text{AVAD} = \text{AVP} + \text{AVD}$$

Años de Vida Potencialmente Perdidos:

$$AVPP = \sum [(L - i) \times d_i] \quad L \geq i$$

L: edad límite inferior establecida

L: la edad límite superior establecida

i: la edad de la muerte

d_i: el número de defunciones a la edad i

Tasa de los AVPP:

$$\frac{AVPP \text{ por maltrato infantil}}{\text{Total de la población}} \times 100\,000$$

Tasa de los AVPP según edad:

$$\frac{AVPP \text{ atribuidos a maltrato infantil según grupos de edad}}{\text{Población según grupos de edad}} \times 100\,000$$

Tasa de los AVPP según sexo:

$$\frac{AVPP \text{ atribuidos a maltrato infantil según sexo}}{\text{Población según sexo}} \times 100\,000$$

Años de Vida Vividos con Discapacidad:

$$AVD = I \times DW \times L$$

I= Número de casos en periodo de referencia

DW= Peso asignado a la discapacidad (0-1)

L= Promedio de tiempo de duración de la incapacidad medido en años

Tasa de AVD:

$$\frac{AVD \text{ atribuidos al maltrato infantil}}{\text{Total de la población}} \times 100\,000$$

Tasa de AVD según edad:

$$\frac{AVD \text{ atribuidos al maltrato infantil según grupos de edad}}{\text{Población según grupos de edad}} \times 100\,000$$

Tasa de AVD según sexo:

$$\frac{AVD \text{ atribuidos al maltrato infantil según sexo}}{\text{Población según sexo}} \times 100\,000$$