

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.**

REBECA EUNICE MORALES RABANALES

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Febrero 2015



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Rebeca Eunice Morales Rabanales

Carné Universitario No.: 100021234

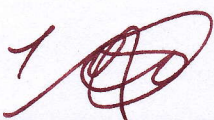
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "Características epidemiológicas de pacientes víctimas de violencia sexual"

Que fue asesorado: Dra. Alicia Cifuentes López

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

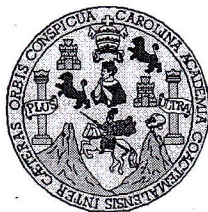
Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2015.

Guatemala, 26 de enero de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc. ★
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo



**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO**

Oficio No. 08-2015 REF/dszv
Quetzaltenango 07 de Enero de 2015

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General de Programa de Maestría y Especialidades

Escuela de Estudios de Post Grado

Guatemala

Respetable Dr. Ruiz:

Me permito informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: "CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2012" a cargo de la **DRA. REBECA EUNICE MORALES RABANALES**. Previo a optar el grado de Maestra en Ciencia Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente e autorizado dicho trabajo, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Medicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"



Dr. Julio Fuentes Mérida MSc.
Coordinador Específico
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente



Hospital Regional de Occidente
"San Juan de Dios"
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Teléfonos: 77635140, 5240, 5340. Ext. 259

Quetzaltenango 7 de enero de 2015

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz
Coordinador General de Programa de Maestría y Especialidades
Escuela de Estudios de Posgrado
Guatemala

Respetable Dr. Ruiz:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias.

Así mismo me permito informarle que he revisado y aprobado el trabajo de tesis titulado "CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2012" a cargo de la **DRA. REBECA EUNICE MORALES RABANALES**, de la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente "San Juan de Dios" Quetzaltenango, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

Alcira C. Cifuentes
Ginecóloga y Obstetra
No. 10,874

Dra. Alcira Cifuentes López.
Ginecóloga y Obstetra
Asesor de Tesis

Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Occidente.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Estudios de Post Grado
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2012.

Autora: Rebeca Eunice Morales Rabanales

OBJETIVO: Identificar las características epidemiológicas de la paciente víctima de violencia sexual.

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo, descriptivo – prospectivo, de características epidemiológicas de la paciente víctima de violencia sexual.

RESULTADOS: de las 68 pacientes que consultaron a emergencia que habían sido víctimas de violencia sexual la mayoría están en el rango de 16 a 20 años con un 38.24%, seguido de la edad de 11 a 15 años con un 32.35%. El 88.23% de estado civil soltera y se dedican a estudiar o tener un trabajo asalariado en un 73.52%, 54 eran del área de Quetzaltenango el 67.65% de los casos se da en el horario de 19:00 a 0:00 horas. Las pacientes que consultaron antes de las 24 horas después del suceso fueron 47 lo que corresponde a un 69.12% y un 96% consulto antes de las 72 horas, 50.82% acudieron nuevamente a su cita a consulta externa para continuar con seguimiento el 54.41% de los agresores es conocido.

CONCLUSIONES: Se concluye que las principales características epidemiológicas de las pacientes víctimas de violencia sexual son: La edad más frecuente de las víctimas de abuso sexual es el rango de 16 a 20 años, el estado civil en el que se encuentran las victimas en la mayoría son solteras. la ocupación a la que se dedican las pacientes es en la misma cantidad trabajador asalariado y estudiante, el lugar de agresión en el que se dieron más casos de abusos fue en una casa, el horario en el que se produce la mayoría de violaciones sexuales es en el periodo nocturno, el 57% de las pacientes tiene seguimiento en consulta externa, el agresor es una persona conocida por la víctima en la mayoría de los casos.

PALABRA CLAVE: Violencia Sexual, características epidemiológicas de la paciente víctima.

INDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCION.....	01
II.	ANTECEDENTES.....	03
2.1	Contexto.....	09
2.1.1	Antecedentes, Hospital Regional Quetzaltenango.....	09
2.1.2	Características.....	09
2.1.2.1	Tipo de hospital.....	09
2.1.2.2	Área de cobertura.....	12
2.1.2.3	Demanda potencial.....	12
2.2	Orígenes.....	13
2.2.1	Definiciones.....	14
2.2.2	Marco constitucional y legal.....	17
2.2.3	Abordaje clínico, (protocolo de 2009).....	18
2.2.3.1	Consecuencias físicas.....	18
2.2.3.2	El expediente clínico	19
2.2.3.3	Tratamiento Médico	22
2.2.4	Resultados de Estudio en Escuintla, Guatemala.....	30
III.	OBJETIVOS.....	32
IV.	Material y Métodos.....	33
4.1	Tipo de Estudio.....	33
4.2	Población.....	33
4.3	Tamaño de la muestra.....	33
4.4	Unidad de análisis.....	33
4.5	Criterios de Inclusión.....	34
4.6	Criterios de Exclusión.....	34
4.7	Operacionalización de Variables.....	35
4.8	Procedimiento para la recolección de información.....	36
4.9	Recursos.....	37
V.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	38
	Cuadro Número 1.....	38
	Cuadro Número 2.....	39
	Cuadro Número 3.....	40
	Cuadro Número 4.....	41
	Cuadro Número 5.....	42
	Cuadro Número 6.....	43
	Cuadro Número 7.....	44
	Cuadro Número 8.....	45
	Cuadro Número 9.....	46
	Cuadro Número 10.....	47
VI.	ANALISIS DE RESULTADOS.....	48
6.1	CONCLUSIONES.....	51
6.2.	RECOMENDACIONES.....	52
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
VIII.	ANEXO	56

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1	Edad.....	Pg. 38
Cuadro No. 2	Estado Civil.....	Pg. 39
Cuadro No. 3	Ocupación.....	Pg. 40
Cuadro No. 4	Procedencia.....	Pg. 41
Cuadro No. 5	Casos por mes.....	Pg. 42
Cuadro No. 6	Horario del suceso.....	Pg. 43
Cuadro No. 7	Tiempo de consulta.....	Pg. 44
Cuadro No. 8	Lugar de agresión.....	Pg. 45
Cuadro No. 9	Seguimiento por mes.....	Pg. 46
Cuadro No. 10	Tipo de agresor.....	Pg. 47

I. INTRODUCCION

La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo y nos afecta a todos y a todas de un modo u otro. (1)

La violencia contra las mujeres es uno de los más graves problemas sociales que por siglos ha formado parte de la experiencia humana. (2).

El término violencia sexual hace referencia al acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual, por extensión, se consideran también como ejemplos de violencia sexual "los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y/o el lugar de trabajo." La violencia sexual se manifiesta con actos agresivos que mediante el uso de la fuerza física, psíquica o moral reducen a una persona a condiciones de inferioridad para imponer una conducta sexual en contra de su voluntad. Este es un acto que busca fundamentalmente someter el cuerpo y la voluntad de las personas. (3)

Diversos estudios han mostrado que la violencia contra las mujeres es un problema social de grandes dimensiones, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad de género, que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población femenina. Según investigaciones realizadas en América Latina, sin embargo existe un limitado pero creciente conjunto de evidencias que indica que la violencia sexual es un grave problema en toda la región de Latinoamérica y el Caribe como problema de salud pública.(4)

Las consecuencias biosicosociales son difíciles de medir, aunque afecten a la mayoría de las víctimas y a sus propias familias. En el campo emocional la violencia sexual produce efectos intensos y devastadores, muchas veces irreparables.(1)

En Guatemala 45 de cada 100 mujeres entre los 15-49 años ha sufrido, en algún momento de sus vidas, hechos de violencia sexual. (4)

El estudio “CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2012” tuvo como objetivo identificar las principales características epidemiológicas de las pacientes que fueron victimas de violencia sexual que consultaron a emergencia del Hospital Regional de Occidente, durante el año 2012. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo - prospectivo. Contó con una muestra no probabilística (en la cual se tomó en cuenta el total de pacientes que consultaron a emergencia en dicho año).

Los principales hallazgos del estudio fueron: la edad más frecuente de las victimas es entre 16 y 20 años, las cuales en su mayoría son solteras, el lugar donde ocurren con mas frecuencia los hechos es en una casa y el agresor es conocido por la victima en un alto porcentaje.

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Diversos estudios han mostrado que la violencia contra las mujeres es un problema social de grandes dimensiones, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad de género, que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población femenina. Según investigaciones realizadas en América Latina, sin embargo existe un limitado pero creciente conjunto de evidencias que indica que la violencia sexual es un grave problema en toda la región de Latinoamérica y el Caribe como problema de salud pública. (4)

Las prevalencias reportadas presentan cierta variación pero normalmente dentro de un determinado rango. Algunas de las primeras investigaciones de la década pasada reportaban prevalencias superiores al 50%-60% en Chile, 54% en Costa Rica, 57% en el área rural de Jalisco, México, 56% en Guanajuato, México. Al paso de los años, quizás como efecto de un mejor diseño de los instrumentos de medición, las prevalencias reportadas se han centrado en un rango que va del 10% al 52% (26% en Colombia, 46% en Guadalajara, México, 42% en Durango, México, 52% en Nicaragua). (5)

La situación que refleja no solo la enorme extensión del problema de violencia, sino también la necesidad de continuar con las acciones a favor de una vida sin violencia para las mujeres, sobre todo de los grupos más vulnerables.

Entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres informan haber sido abusadas en algún momento, alrededor del mundo, por lo menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales o maltratada de alguna manera durante el transcurso de su vida. Estudios realizados en Estados Unidos también han comprobado la forma desproporcionada en que la violencia es dirigida hacia las mujeres 63%. Datos similares se reportan para Canadá, Brasil y Costa Rica, donde entre el 60% y el 78%. En Canadá, los resultados de la Encuesta de Violencia Contra las Mujeres, mostraron que el 50% de las mujeres había experimentado por lo menos un incidente de violencia desde

los 16 años y que, en la mayoría de las ocasiones, esa violencia había sido ejercida por un hombre cercano. (6)

En Guatemala 45 de cada 100 mujeres entre los 15-49 años ha sufrido, en algún momento de sus vidas, hechos de violencia sexual, en Quetzaltenango no existe algún tipo de estudio realizado por lo que no se cuenta con datos estadísticos.

Por lo que el congreso de la república de Guatemala aprueba en el año 2008 la ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer según decreto 22-2008 en el cual se encuentra:

ARTICULO 1. Objeto y fin de la ley.

La presente ley tiene como objeto garantizar la vida, la libertad, la integridad, la dignidad, la protección y la igualdad de todas las mujeres ante la ley, y de la ley, particularmente cuando por condición de género, en las relaciones de poder o confianza, en el ámbito público o privado quien agrede, cometa en contra de ellas prácticas discriminatorias, de violencia física, psicológica, económica o de menosprecio a sus derechos.

El fin es promover e implementar disposiciones orientadas a la erradicación de la violencia física, psicológica, sexual, económica o cualquier tipo de coacción en contra de las mujeres, garantizándoles una vida libre de violencia, según lo estipulado en la Constitución Política de la República e instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres ratificados por Guatemala. (7)

ARTICULO 2. Aplicabilidad.

Esta ley se aplicará cuando sea vulnerado el derecho de la mujer a una vida libre de violencia en sus diferentes manifestaciones, tanto en el ámbito público como en el privado. (7)

ARTICULO 3. Definiciones.

Para los efectos de esta ley se entenderá por:

a) Acceso a la Información: Es el derecho de la mujer víctima de violencia a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal, a través de los servicios, organismos u oficinas que puedan disponer las instituciones competentes, tanto públicas como privadas. Dicha información comprenderá las medidas contempladas en

esta ley, relativas a su protección y seguridad, y los derechos y ayudas previstos en la misma, así como la referente al lugar de prestación de los servicios de atención, emergencia, apoyo y recuperación integral.(7)

b) Ámbito privado: Comprende las relaciones interpersonales domésticas, familiares o de confianza dentro de las cuales se cometan los hechos de violencia contra la mujer, cuando el agresor es el cónyuge, ex cónyuge, conviviente o ex conviviente, con quien haya la víctima procreado o no, el agresor fuere el novio o ex novio, o pariente de la víctima.

También se incluirán en este ámbito las relaciones entre el cónyuge, ex cónyuge, conviviente o ex conviviente, novio o ex novio de una mujer con las hijas de ésta. (7)

c) Ámbito público: Comprende las relaciones interpersonales que tengan lugar en la comunidad y que incluyen el ámbito social, laboral, educativo, religioso o cualquier otro tipo de relación que no esté comprendido en el ámbito privado.

d) Asistencia integral: La mujer víctima de violencia, sus hijas e hijos, tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo, de refugio, así como de recuperación. La atención multidisciplinaria implicará especialmente:

1. Atención médica y psicológica.
2. Apoyo social.
3. Seguimiento legal de las reclamaciones de los derechos de la mujer.
4. Apoyo a la formación e inserción laboral.
5. Asistencia de un intérprete.

n) Violencia sexual: Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual. (18)

ARTICULO 13. Derechos de la víctima.

Es obligación del Estado garantizar a la mujer que resulte víctima de cualquier forma de violencia, los siguientes derechos:

- a) Acceso a la Información.
- b) Asistencia Integral.

Los y las funcionarias que sin causas justificadas nieguen o retarden la entrega de información o la asistencia integral en perjuicio del proceso o de la víctima, se harán acreedores a medidas y sanciones laborales y administrativas, sin perjuicio de responsabilidades civiles o penales, según el caso. (7)

ARTICULO 19. Asistencia legal a la víctima.

El Estado tiene la obligación de brindar la asistencia legal en forma gratuita a la víctima o a sus familiares, debiendo proporcionarles los servicios de una abogada defensora pública o abogado defensor público, para garantizar el efectivo ejercicio de sus derechos. (7)

ARTICULO 20. Sistema nacional de información sobre violencia en contra de la mujer.

El Instituto Nacional de Estadística -INE- está obligado a generar, con la información que deben remitirle el Organismo Judicial, Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación, Institución del Procurador de los Derechos Humanos, la Policía Nacional Civil, el Instituto de la Defensa Pública Penal, Bufetes Populares y cualquier otra institución que conozca de los delitos contemplados en la presente ley, indicadores e información estadística, debiendo crear un Sistema Nacional de Información sobre Violencia contra la Mujer. Las entidades referidas deberán implementar los mecanismos adecuados, de acuerdo a su régimen interno, para el cumplimiento de esta obligación (7).

A pesar de la gravedad de la situación, la mayoría de los casos de violencia sexual que son perpetrados por agresores identificables, no buscan los servicios de salud. Las estadísticas de esos servicios apuntan por una predominancia de agresores desconocidos en más de 80% de los casos. Cabe mencionar que los servicios de salud captan apenas la punta un inmenso iceberg, y los casos de violencia sexual intrafamiliar, seguramente la forma más frecuente de violencia contra la mujer, aún carecen de visibilidad. (5)

A pesar de los números y de las consecuencias de violencia sexual que impresionan por su magnitud, los servicios de salud todavía desconocen sobre esas mujeres y sobre los

mecanismos envueltos en la agresión. Muchas veces, prevalecen estereotipos que dificultan la inter-relación médico-paciente. (5)

No se conoce el alcance real de la violencia sexual, aunque los datos disponibles que se revisaron para realizar el Informe mundial sobre la violencia y la salud sugieren que una de cada cinco mujeres puede sufrir violencia sexual por parte de su pareja de confianza a lo largo de su vida. En estudios nacionales sobre la violencia sexual realizados en Canadá, Finlandia, Suiza, Gran Bretaña y los Estados Unidos de América, entre el 2% y el 13% de las mujeres denuncian haber sido víctimas de un intento de violación o de una violación completa por parte de su pareja a lo largo de su vida. En estudios que se basan en grupos más pequeños de población, por ejemplo en Londres (Inglaterra), Guadalajara (México) y la provincia de Midlands (Zimbabwe), se indica que las tasas son superiores, situándose en un 25% aproximadamente. (8)

Existen muchos factores que aumentan el riesgo de que alguien sea coaccionado con fines sexuales o de que fuerce sexualmente a otra persona. Algunos de estos factores están relacionados con las actitudes, creencias y conductas de los individuos implicados, mientras que otros están muy arraigados en el entorno social, incluyendo las esferas de los iguales, la familia, la comunidad y la sociedad. Tales factores influyen no solamente en las probabilidades de sufrir violencia sexual, sino también en la reacción ante ella. (6)

Debe existir prevención primaria en los múltiples niveles en los que se sitúan los factores de riesgo, desde el nivel individual, hasta el de la relación, la comunidad y la sociedad. Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, entre las estrategias prometedoras a nivel individual o de la relación se encuentran los programas de formación sobre promoción de la salud sexual y reproductiva que incluyen cuestiones de género y prevención de la violencia contra la mujer, además de los programas en los que se trabaja con las familias a lo largo de las etapas de desarrollo de los menores para promover una infancia y adolescencia rica, enriquecedora e igualitaria. También parece mostrar resultados prometedores trabajar con hombres a nivel comunitario para que cambien el concepto de masculinidad y en el ámbito escolar para transformar las relaciones de género y convertirlas en interacciones igualitarias y sin violencia. Las reformas legales y de políticas que aseguran la igualdad de género y la protección de las víctimas de la

violencia sexual también son medidas importantes para promover normas de género igualitarias. (9)

Prevención secundaria y terciaria. La mayoría de los planes de acción sobre la violencia sexual llevados a cabo hasta ahora se han concentrado en la prevención secundaria y terciaria destinada a reducir el daño físico y psicosocial que sufren las víctimas de violencia sexual. Parece que se realiza muy poco trabajo orientado hacia la salud pública y basada en utilizar estrategias de prevención secundaria y terciaria con los perpetradores.(9)

En cuanto a la prevención terciaria, los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para reconocer, documentar y responder a los casos individuales de agresión sexual lo que motivo a realizar este estudio en el Hospital Regional de Occidente lo cual determino las principales características epidemiológicas de las pacientes víctimas de violencia sexual.

En el Hospital Regional de Occidente no existe un estudio que haya identificado las características epidemiológicas de las pacientes que son víctimas de violencia sexual ni un programa definido y específico que eduque y oriente a las pacientes sobre la violencia sexual y que conozca sobre las actitudes y consecuencias del mismo, y comportamientos de las pacientes. Ya que, en la emergencia de este centro asistencial se atiende a pacientes que consultan por este problema, y se inicia tratamiento sin embargo no se conoce las características epidemiológicas de estas pacientes. Es por eso importante identificar las características epidemiológicas de las pacientes ya que este es un problema de salud a nivel mundial.

La violencia sexual tiene consecuencias significativas para la salud, incluyendo el suicidio, síndrome de estrés postraumático, otras enfermedades mentales, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, lesiones auto inflingidas y, en el caso de abuso sexual de menores, adopción de conductas de alto riesgo como tener múltiples parejas sexuales y consumo de drogas.

2.1 CONTEXTO

2.1.1 HOSPITAL REGIONAL “SAN JUAN DE DIOS,” QUETZALTENANGO

En 1840, un grupo de vecinos quetzaltecos y religiosos inició las gestiones para su fundación, en 1843 se le dio el nombre de Hospital General “San Juan de Dios”. Se ubicaba donde hoy se encuentra la sede de la Policía y el Hogar San Vicente de Paul, en la 14 avenida y calle Rodolfo Robles, de la zona 1. Fue absorbido por el Estado en 1945. (10)

Al crecer su prestigio y número de pacientes se hizo necesaria la construcción de un nuevo edificio. Éste se finalizó en 1978, en la Labor San Isidro, zona 8 de Xela; sin embargo, quedaría abandonado por casi dos década. (10)

Su traslado se realizó el 12 de marzo en 1996 por problemas técnicos y falta de equipo en las antiguas instalaciones, ya con el nombre de hospital regional de occidente. Se convirtió en hospital escuela que incluye postgrados.(10)

2.1.2 CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL

El Hospital Regional de Quetzaltenango forma parte de la red médica- sanitaria nacional, como centro hospitalario de atención integral para la región occidental del país (regiones VI y VII), y que depende directamente de la Dirección del Área de Salud de Quetzaltenango, la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) y del Ministerio de Salud. (10)

2.1.2.1Tipo de Hospital

El Hospital Regional de Occidente, es un hospital de atención integral de tipo general con especialidades médicas y funciones de: servicio, docencia e investigación, con la responsabilidad de actuar como Centro de Referencia para toda la región occidental del país y para desarrollar acciones de ATENCION INTEGRAL. (10)

Aplicación de las cuatro acciones básicas de salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; la promoción y la prevención son las acciones básicas dirigidas a la población en general a través de la educación para la salud y de mecanismos que permitan disminuir el riesgo de que el ser humano contraiga enfermedades ej. las inmunizaciones. (10)

Las funciones básicas descritas anteriormente se logran a través del funcionamiento de los cuatro niveles de atención, con la incorporación de la estrategia de atención primaria de salud en cada uno de ellos, según se vaya permitiendo.

Dotación de camas por departamentos. Departamento	Dotación de camas
Medicina	
Sección de mujeres	30 camas
Sección de hombres	30 camas
Servicio de unidad intensiva	3 camas
Cirugía	
Sección de mujeres	24 camas
Sección de hombres	24 camas
Trauma y Ortopedia	
Sala de mujeres	15 camas
Sala de hombres	26 camas
Especialidades de hombres	26 camas
Ginecología y Obstetricia	
Ginecología	20 camas
Post Parto	46 camas
Emergencia Maternidad	6 camas
Emergencia Ginecológica	1 Camilla
Emergencia Víctimas Abuso Sexual	2 Camas
Unidad de Cuidados Críticos Obstétricos	4 Camas
Labor y Partos	6 camas
Labor y Partos Alto Riesgo	4 Camas
Labor y Partos Transición	10 Camas
Pediatría	
Especialidades	7 camas
Sala cuna	29 camas
Medicina pediátrica	20 camas-cunas
Cirugía pediátrica	8 camas-cunas
Traumatología pediátrica	8 camas-cunas
Recién nacidos patológicos	26 cunas
Unidad de cuidados intensivos	5 camas y 2 cunas
Recién nacidos normales	40 cunas (no censables)
Otras camas	
Observación de adultos	6 camas
Observación pediátrica	8 camas

2.1.2.2. Área de cobertura

Considerando las características y tipo de hospital, actualmente el área de cobertura es el siguiente:

- Municipio de Quetzaltenango, con 156,419 habitantes aproximadamente.
- Departamento de Quetzaltenango, 709,204 habitantes.
- Región VI y VII (Quiché, Huehuetenango, Sololá, Totonicapán, San Marcos, Quetzaltenango, Retalhuleu y Mazatenango) con un aproximado de 5 millones de habitantes.

2.1.2.3. Demanda potencial

Como se mencionó anteriormente, la demanda potencial está constituida por hombres y mujeres de diferentes estratos sociales de la región, especialmente de aquellos servicios de alta especialidad y de infraestructura compleja que por su naturaleza no se encuentra en los centros de su lugar de origen, por lo que necesariamente tendrá que hacer uso de los servicios que para el efecto se tienen en el Hospital. De acuerdo al Plan Operativo del año 2,013 el Hospital tiene una demanda potencial de 148,962 usuarios entre los que se incluyen servicios de hospitalización propiamente, consulta externa y emergencias.

2.2 ORIGENES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Si revisamos la evolución de la especie humana veremos que desde cuando el hombre era más una bestia que aquello que conocemos como humano, se daban la mayoría, sino todas, de las expresiones sexuales que hoy se ven. En la era paleolítica, en los tiempos de la manada humana, la ley de la supervivencia era el supremo mandato y tal vez el único criterio de orden o autoridad. Es por ello que la horda humana era controlada por un «macho dominante», quien era el más fuerte y feroz, el mejor cazador, el mejor proveedor de alimentos y guerrero en general. Este personaje era seguido por la manada ya que en gran parte la supervivencia dependía de él; este macho dominante era el primero en alimentarse, en escoger refugio, y por supuesto era el primero al escoger las hembras de su harém, sin poner mucho reparo en la edad o el consentimiento de las escogidas. (11)

En esos tiempos cada día realmente se luchaba por sobrevivir. El hombre primitivo se enfrentaba a las inclemencias del clima, a las fieras para las cuales él era presa y por último contra otros hombres primitivos. Eran tiempos en que los mecanismos de supervivencia trabajaban al máximo pues no sólo peligraba la existencia del individuo, sino la de todo el grupo, incluso, la continuidad de la especie misma. Para situaciones como esta la naturaleza ha previsto un serie de mecanismos que buscan garantizar la supervivencia, estos principios se aplican a todos los seres vivos y vienen funcionando desde los inicios de la vida hasta hoy en día. Una parte de dichos mecanismos están vinculados a la sexualidad y prevee el incremento de la fecundidad e inicio temprano de la vida sexual de las hembras de una especie o grupo amenazado con la extinción; al escasear los alimentos y llegar con ello a cierto grado de desnutrición, así como al disminuir la población y ponerse en peligro la continuidad del grupo o especie. (11)

Se ha encontrado que de manera complementaria a lo citado anteriormente se da una fuerte asociación entre la situación de excitación generalizada que rodea al escapar a la muerte tras una lucha o confrontación y la inmediata continuidad de un estado de furor sexual que impelería al apareamiento al sujeto sobreviviente como parte del mecanismo que busca garantizar la supervivencia del más fuerte, y con él, la de su prole y la especie. (11)

Entonces tenemos que el hombre primitivo llevaba una vida gobernada por las necesidades viscerales más elementales, las mismas que por su naturaleza le resultaban impostergables. Estos mecanismos, por el valor que tenían para garantizar la continuidad

de la vida quedaron como mandato genético o instintivo, transmitiéndose de generación en generación, durante cientos de miles de años. (11)

En los tiempos de la horda humana la vida transcurría azarosa y llena de peligros, no existía la familia y casi todos los machos se apareaban con casi todas las hembras indistintamente, pues ellas pertenecían a la horda y no existían los límites que hoy da el parentesco ya que no había forma de determinar la paternidad de la descendencia y el establecer ese tipo de relación no tenía ningún sentido en aquel entonces, por lo que era común que los machos más fuertes tomaran a todas las hembras aptas y disponible para la vida sexual, que pudieran encontrar atractivas, sin importar en lo más mínimo si existía algún lazo de consanguinidad; siendo aplastada violentamente cualquier oposición o resistencia. Este comportamiento se mantuvo en la especie humana durante siglos, hasta que con el paso del tiempo y la evolución, la manada humana acumuló experiencia, la misma que al ser asimilada se hizo conocimiento, el mismo que fue transmitido a las nuevas generaciones; así desarrolló una cultura, alcanzó cierto grado de conciencia convirtiéndose la horda en una tribu dando origen a lo que hoy llamamos ser humano. (11)

2.2.1 DEFINICIONES

a. Violencia:

La organización Mundial de la Salud define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”. En nuestra sociedad a diario se observan situaciones de violencia en todas sus manifestaciones, en el ámbito individual, familiar, social y político, que afectan tanto a hombres como a mujeres de todos los grupos étnicos. Los tipos de violencia más reconocidos son:

Física: es la agresión por golpes, cortaduras, heridas y otras.

Sexual: cuando la persona es obligada a tener relaciones sexuales.

Psicológica: cuando la persona es agredida emocionalmente (verbal, gestos, actitudes u otros).

Patrimonial: cuando la persona es despojada de sus bienes materiales y económicos.

(12)

b. El círculo de la violencia

El ciclo de la violencia constituye una serie de acciones o hechos que se realizan cuando las personas viven una relación de desequilibrio de poder que se visualiza en la violencia. El ciclo puede aparecer en cualquier momento de la relación principalmente de una pareja, que puede durar toda la vida, si no se decide poner un alto. Entonces, en los casos de violencia contra las mujeres, el ciclo que se cumple en el victimario y la víctima es el siguiente:

Fase I: Acumulación del Enojo:

Victimario: Se acumula la furia, representa el momento donde la esposa o la compañera siente que el hombre es como una bomba a punto de explotar, es decir, cuando está irritado por cualquier cosa que suceda en esa familia: si los niños y las niñas gritan, si la comida está fría o está caliente.

Víctima: En esta fase ella trata de bajar la tensión, calienta la comida, la enfría, manda a los niños y niñas a dormir. Sin embargo, la tensión sigue subiendo y el victimario está cada vez más irritable y por cualquier insignificancia pasa a la siguiente fase.

Fase II: La Explosión:

Victimario: Es cuando empieza a golpear a la mujer, esta fase puede durar segundos, minutos, horas o días. Se conocen casos donde la mujer ha estado dentro de la casa y es golpeada durante horas, con una pistola en su sien y un cuchillo en su garganta, los niños y niñas aterrorizados (as) en el baño o en un rincón de la casa durante horas.

Víctima: Después de la explosión (los golpes) generalmente viene un sentimiento de caos, de miedo, de odio, de dolor por parte de ella

Fase III: La Distancia/Minimización.

Victimario: En ese momento el agresor puede sentir arrepentimiento, dolor.

Fase IV: La Reconciliación o Luna de Miel

Victimario: Esta fase la inicia el y es la razón por la cual la mujer retira la denuncia, es cuando el le dice que nunca más lo va a volver a hacer y se vuelve el hombre cariñoso, comprensivo y amable con el que ella se casó. Es cuando recurre al sacerdote y le dice al policía que no va a volverlo a hacer, a veces recurre a terapia para volver nuevamente a la fase de la acumulación de la furia que otra vez puede durar un día, una semana, un mes y hasta un año y nuevamente vuelve a golpear a la mujer.(13)

Violencia sexual: Se define como toda conducta que entrañe amenaza o intimidación que afecte la integridad o la autodeterminación sexual de la mujer. Todo acto en el que a través de varios medios, como la fuerza física, seducción, persuasión, intimidación,

coerción, presión o amenaza, se obliga a una persona a que ejecute actos sexuales en contra de su voluntad, o a que participe en actividades sexuales que la hacen sentirse mal. (14)

La verdadera incidencia de los crímenes sexuales es desconocida, especialmente porque es una de las formas de violencia con menor denuncia y por lo tanto con subregistro. Esta dificultad en el registro de la denuncia sucede en gran parte de casos, por el estigma social que culpabiliza, por vergüenza y la humillación, pero en un alto porcentaje, sucede también que las personas víctimas/sobrevivientes sienten miedo a la reacción de sus parejas, ex-parejas, amigos/as y familiares o por quien perpetró la violencia. “esto sucede porque es común que el agresor amenace contra la integridad física de la persona víctima/sobreviviente o en contra de algún familiar, si revela lo ocurrido” (15)

“A pesar de este subregistro, las cifras oficiales nos informan de la gravedad del problema: en la población de mujeres entre 15y 49 años, el 2.9% sufrió abuso por primera vez antes de los 12 años. De ellas, el 10.4% habían sido violadas sexualmente antes de los 7 años y de este grupo, en el 71.1% el acto lo cometió un familiar, amigo o conocido. En el 31.5% de esa misma población, el hecho ocurrió cuando tenía 11 años.” (16)

Violencia sexual contra menores: se considera abuso sexual infantil a toda conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder. (17) Se trata de un problema universal que está presente, de una u otra manera, en todas las culturas y sociedades y que constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales. Supone una interferencia en el desarrollo evolutivo del niño y puede dejar unas secuelas que no siempre remiten con el paso del tiempo (18)

2.2.2 MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

INSTRUMENTOS NACIONALES:

Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, 1996: surge como una respuesta del Estado luego de ratificar la convención Interamericana para prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la mujer, y regula la aplicación de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar. (19)

Reglamento de la Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, 2000: Contiene las disposiciones legales para desarrollar los contenidos contemplados en la Ley Previa para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar y dentro del cual se crea la coordinadora Nacional para la prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres CONAPREVI. (20)

Ley de Desarrollo Social, 2001: Tiene como objetivo la creación de un marco jurídico que permita implementar los procedimientos legales y de políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos de especial atención. (21)

Ley de Probidad y Responsabilidades de Funcionarios y Empleados Públicos, 2002: Regula todo lo relacionado con una honesta administración pública para dar cumplimiento a los principios que deben normar la conducta de los servidores del Estado. (22)

Ley de Protección Integral de la Niñez y adolescencia, 2003: en el artículo 1 Objeto de la Ley: establece que es un instrumento jurídico de integración familiar y promoción social, que persigue lograr el desarrollo integral y sostenible de la niñez y adolescencia guatemalteca dentro de un marco democrático e irrestricto respeto a los derechos humanos. Artículo 2: para efectos de la ley se considera niño o niña a toda persona hasta los trece años, y adolescente hasta los dieciocho años. Artículo 44: Todos los casos de sospecha o confirmación de maltrato o abuso sexual contra el niño, niña o adolescente detectados por personal médico o paramédico de centros de atención social, centros educativos y otros deberán obligatoriamente comunicarlos a la autoridad competente de la respectiva localidad, sin perjuicio de otras medidas legales. (23)

Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Métodos de Planificación Familiar y su incorporación al Programa Nacional de Salud Reproductiva, 2005: Su espíritu es garantizar a la población guatemalteca el acceso equitativo a los métodos de planificación familiar como un respeto a los derechos sexuales y reproductivos, dicha ley se encuentra en armonía con la Ley de Desarrollo Social para garantizar a las mujeres guatemaltecas el respeto a decidir el número de hijos y el respeto a la integridad de su propio cuerpo. (24)

Ley Contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer, 2008: Aborda el tratamiento integral al flagelo de la violencia contra las mujeres, al establecer en términos generales, medidas de carácter preventivo con el fortalecimiento de políticas públicas impulsadas en coordinación con la CONAPREVI; la tipificación de la violencia contra la mujer, incluida la violencia física, sexual, y psicológica y la violencia económica, el fortalecimiento y coordinación interinstitucional para su prevención, atención y erradicación. (25)

Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas, 2009: Tiene como objeto prevenir, reprimir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, la atención y protección de sus víctimas y resarcir los daños y perjuicios ocasionados. (26)

2.2.3 ABORDAJE CLÍNICO DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

2.2.3.1. Consecuencias Físicas

Las personas que han sido objeto de asalto sexual, pueden sufrir una gama de lesiones físicas incluyendo las genitales y en casos extremos la muerte, que puede resultar del acto de violencia mismo o de actos de retribución (asesinato por razones de honor o como castigo por haber denunciado el delito) o por suicidio. Además de estar expuestas a graves riesgos, estas personas pueden sufrir:

- Embarazos no deseados
- Aborto en condiciones de riesgo
- Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA
- Disfunciones sexuales
- Infertilidad

- Dolor pélvico y enfermedades pélvicas inflamatorias
- Infecciones del tracto urinario
- Las lesiones genitales en mujeres se observan con más probabilidad en el periné posterior, los labios menores, el himen, la vagina y/o útero.

2.2.3.2 El expediente Clínico (llenado correctamente)

Pasos:

1. Llenado de datos generales (para ser llenado por la persona que haga el contacto inicial de preferencia personal de enfermería o el clínico)
2. Valoración del estado emocional de la VVS y primeros auxilios en crisis (Llenado por persona capacitada)
3. Llenado de consentimiento informado (por la persona que da primeros auxilios en crisis o atención médica directa)
4. Información de la Agresión/ Abuso (llenado por persona que da primeros auxilios o el clínico)
5. Antecedentes, historia ginecológica, información de la agresión/ abuso (No llenar si ya lo realizó el Ministerio Público o por persona que dio primeros auxilios psicológicos), Examen físico, Toma de la Muestra y resultados de las mismas y Tratamiento (será llenado por el Clínico)
6. Visitas de seguimiento médica y Psicológica (deberá ser llenada por Clínico y psicóloga).

OBJETIVOS:

- Evaluar el estado Físico y psicológico del paciente.

EXPEDIENTE CLINICO DE PERSONAS VICTIMAS/SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL: ADULTAS U ADULTOS

Expediente clínico	Lo que no debe faltar
Datos generales	Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, fecha y hora de la consulta, estado civil, dirección actual y nombre del/la acompañante presente en la consulta.
antecedentes	Médicos, traumáticos, quirúrgicos, psiquiátricos y de inmunizaciones (tétanos y hepatitis B, y otros), alergias a medicamentos, medicación actual, atención hospitalaria, atención por médicos/as particulares (relacionados con el caso), hechos de violencia si los hubiera.

Historia ginecológica	Menarquía, ciclo menstrual, fecha de la última regla, relaciones sexuales anteriores a este evento, número de embarazos, número de partos, número de hijos/as vivos/as, complicaciones en el embarazo, pareja sexual actual, última relación sexual consentida, tipo de anticonceptivos usados.
Información del hecho de violencia sexual	Fecha, lugar y tipo de la violencia sexual. Que ocurrió durante la violencia sexual: Penetración sexual (vaginal, anal y/o bucal) con/sin uso de objetos Contacto bucal del agresor con la víctima/sobreviviente, en la cara, cuerpo o zona genito-anal y si este contacto fue forzado o no. Eyacuación en la vagina, en otras partes del cuerpo o en el escenario del abuso sexual Uso del condón y/o lubricantes. Si ha sufrido violencia sexual, desde cuando y la frecuencia e intensidad de la misma. Lesiones en otras partes del cuerpo <i>Circunstancias de la violencia sexual:</i> uso de medicación, drogas o alcohol, como le quito la ropa, buscar signos o moretones, estrangulación, objetos romos o cuchillos, pistolas, etc. <i>Eventos Asociados:</i> pérdida de conciencia, restricción de los movimientos y de que forma se los restringieron. Después del abuso sexual: ha orinado o defecado, vomito, ducha, baño, gárgaras, lavado vaginal, uso de alcohol, drogas o medicamentos
Exploración física	Apariencia general, comportamiento y estado mental SIGNOS VITALES: presión sanguínea, temperatura, FC y FR CABEZA: hematomas, heridas corto contundentes en cuero cabelludo, ausencia de cabello y lesiones por arrancamiento del mismo. ROSTRO: Deformidad, hinchazón o sangrado nasal; hematomas en mandíbula, región malar u órbita. Inspección oral: lesiones, petequias, pérdida parcial o total de piezas dentales. Oreja y área retro articular. Equimosis, laceraciones CUELLO: Hematomas o laceraciones por estrangulamiento, rasguños y mordidas TORAX: Hematomas, quemaduras o mordidas en espalda y pecho, este último es zona frecuente de heridas especialmente en las mamas en las personas víctimas/sobrevivientes de sexo femenino. Para realizar la evaluación de las siguientes áreas del cuerpo, puede ser necesario solicitar la persona víctima/sobreviviente que se acueste en una camilla. PARTE SUPERIOR DEL BRAZO Y AXILA: hematomas o laceraciones i han sido atadas/os ANTEBRAZO: Lesiones de defensa

	MANOS: lesiones por ataduras en la muñeca ABDOMEN: Hematomas, laceraciones, abrasiones, heridas punzocortantes o penetrantes. Realizar palpación para excluir traumatismo interno o detectar embarazo mayor de 13 semanas. MIEMBROS INFERIORES: Examinar muslos, rodillas y pies en busca de hematomas, equimosis, laceraciones, quemaduras o heridas corto contundentes. Buscar lesiones por atadura en tobillos. Describir cualquier otra lesión que se encuentre
Exploración genito-anal	GENITALES EXTERNOS: (monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo, himen o carúnculas himeneales), perineo, ano, muslos y glúteos. Describir las lesiones, tipo y número de las mismas, hematomas, contusiones, desgarros en piel y/o mucosas. Deben consignar la ausencia de estas lesiones. Tomar muestra en genitales externos, con hisopo, antes de realizar cualquier exploración manual o con espéculo. En presencia de restos de sangre fresca, recoger con hisopo para determinar si proviene de alguna lesión de la persona víctima/sobreviviente, o es de otro origen. Si no se cuenta con ultrasonido en el servicio de salud efectuar tacto bimanual, se realiza para determinar anomalías en tamaño, forma, movilidad y sensibilidad uterina, así como posible presencia de dolor y/o masa anexial. EXAMEN CON ESPECULO: Buscar y describir lesiones en paredes vaginales, si se encuentran cuerpos extraños, vellos o cabellos, se debe realizar visualización cuidadosa del orificio cervical cuando hay dolor vaginal o uterino, sangrado vaginal o sospecha de cuerpo extraño en vagina. Si la agresión ocurrió en un intervalo de 24 a 96 horas realizar hisopado del conducto endo cervical durante el examen con espéculo (para ITS). Si la persona víctima/sobreviviente no permite el examen con espéculo, realizar un hisopado vaginal a ciegas, siempre y cuando la mujer lo acepte. ADULTAS Y ADULTOS MAYORES: durante el examen pélvico deben utilizarse instrumentos apropiados a los cambios hormonales fisiológicos, puede utilizarse un espéculo más delgado o limitarse al uso de los hisopos para evitar re victimización EXPLORACION ANAL: se puede realizar en posición de litotomía, luego de completar el examen ginecológico. Si la persona víctima/sobreviviente no lo permite de esta forma o es de sexo masculino, realizarla en posición lateral izquierda. Buscar hematomas, laceraciones, abrasiones o desgarros.

	TACTO RECTAL: si se sospecha que hubo inserción de cuerpo extraño en conducto anal. Proctoscopia en casos de dolor o sangrado anal severo post asalto o presencia de cuerpo extraño en el recto
--	---

2.2.3.3 TRATAMIENTO MEDICO

OBJETIVOS:

Tratar las lesiones provocadas por el ataque

Prevenir la ocurrencia de embarazo

Prevenir y/o tratar Infecciones de Transmisión sexual

Dar profilaxis antirretroviral post exposición e inmunizar para tétanos y hepatitis B

Prevenir y tratar problemas psicológicos

Pasos:

1. Uso de soluciones endovenosas por deshidratación o si Presión diastólica esta debajo de 60 mm de Mercurio, luego referencia a hospital
2. Lesiones leves como cortes, hematomas, heridas superficiales: tratar in situ mediante limpieza y lavado: o cloruro de sodio 0.9% empezando por las más limpias y progresivamente avanzando a los más sucias. Quitar la suciedad, materia fecal o tejido devitalizado o dañado.
3. Cortes limpios: suturar en las 24 primeras horas. Después de este tiempo, deben cerrar por segunda intención. Cortes contaminados: No suturar. Administrar antibióticos para prevenir infección.
4. Hemorragia vaginal: Limpieza y sutura de las heridas que provocan hemorragia.
5. Tratamiento analgésico, ansiolítico o hipnótico y Dosis de antitetánica (cuando proceda)

Prevención y manejo del Embarazo

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

- La decisión de la anticoncepción de emergencia debe tomarla la paciente.
- Interrumpe el ciclo reproductivo de la mujer al inhibir la ovulación y bloquear la Fertilización. No tiene consecuencias en un embarazo ya existente.

A. Dentro de los Primeros 5 días después de la agresión/abuso.

Indicaciones:

Administrar sistemáticamente a toda mujer en edad reproductiva si no está embarazada.

Efectos secundarios de anticonceptivos de emergencia:

– Nauseas: comer algo antes de la toma,

Vómitos: si se dan en las 2 horas de tomar la píldora, repetir la dosis. Después de 2 horas no es necesario tomar una píldora extra.

– Dolor en mama.

– Raramente sangrado puntual o tipo menstruación.

Contraindicaciones: no existen

.

B. Después de los Primeros 5 días de la agresión/abuso

– La anticoncepción de emergencia no es efectiva.

– Descartar embarazo.

– Si está embarazada, descubrir fecha de concepción. Ofrecer control prenatal y soporte psicológico.

PRIMERA ELECCION: progestágeno: Pregnon o Postinor II, levonorgestrel 0.75 mg.

Dosis: 1 tableta en la primera consulta y 1 tableta 12 horas después de la primera.

ALTERNATIVA: Progestageno + estrógeno: Lofemenal Norgestrel 0.30 mg. + Etinilestradiol 0.030 mg. O microgynon 30 o Nordette 28 Levonorgestrel 0.15 mg. + Etinilestradiol 0.030 mg.

Dosis: 4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.

Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Objetivos:

– Realizar profilaxis de manera sistemática a toda VVS para cubrir gonorrea, clamidia, Tricomoniasis y sífilis en posible incubación.

– En cambio, tratar gardenella cuando se dispone de los resultados.

– Tener en cuenta que un resultado de ITS negativo no excluye infección si la agresión fue reciente ya que el periodo de incubación de muchas ITS es largo.

– Tratamiento de Herpes genital (cuando las violaciones son repetitivas)

GONORREA: Ciprofloxacina 500 mg. Vía oral, dosis única Alternativa: ceftriaxona 500 mg. IM. Dosis única.

CLAMYDIA: Azitromicina 1 gramo vía oral, dosis única. Alternativa: Doxicilina 100 mg. Vía oral cada 12 horas por 7 días.

TRICOMONAS: (administrar medicamento después de terminar tratamiento con antirretrovirales) Metronidazol: 2 gramos vía oral dosis única (no ingerir alcohol). Alternativa: Tinidazol 2 gramos vía oral, dosis única. (no ingerir alcohol)

SIFILIS: Penicilina Benzatinica 2,400,000 UI. IM. dosis única. Alternativa: 100mg. Vía oral cada 12 horas por 7 días.

EN EMBARAZADAS

GONORREA: ceftriaxona 500mg. IM dosis única.

CLAMYDIA: Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. Alternativa: Eritromicina base 1 tableta de 500 mg. Cada 6 horas por 7 días.

SIFILIS: penicilina Benzatinica 2,400,000 UI. IM. Dosis única (profiláctico)

DIAGNOSTICO DE SIFILIS POSITIVO VDRL: (Titulacion 1:4), RPR o prueba rápida positiva. Penicilina Benzatinica 2,400,000 UI. IM. Dosis única. Sífilis latente temprana: 2,400,000 UI. IM. Cada 8 días por 3 dosis. Sífilis Latente Tardía: 2,400,000 UI. IM dosis única.

PREVENCION O TRATAMIENTO DE ITS EN NIÑAS Y NIÑOS

Antes de iniciar la profilaxis se debe descartar que ya exista infección, principalmente en los niñas y niños que sufren de abuso crónico.

GONORREA: Ceftriaxona en peso menor 30 kg: 125 mg. IM. Dosis única. En peso mayor de 30kg. 250 mg. IM. Dosis única.

CLAMYDIA: Azitromicina 8 mg./kg./vía oral, dosis única hasta 2 gramos. Alternativa: Eritromicina base 50 mg./kg. Dividido en 4 dosis por 7 días. Doxiciclina solamente en mayores de 8 años excluir si hay embarazo 100 mg. Vía oral cada 12 horas por 14 días.

SIFILIS: Penicilina Benzatinica 50,000 UI/kg. IM dosis única máximo 2.4 millones UI. Alternativa: eritromicina 50mg./kg./día dividido en 4 dosis por 7 días. O Doxiciclina solamente en mayores de 8 años, excluir si hay embarazo 100mg. Po. BID por 14 días.

DIAGNOSTICO DE SIFILIS: (VDRL, RPR o prueba rápida) Penicilina Benzatinica 50,000 UI/kg. IM. (máximo 2,400,000 UI) 3 dosis: una cada 8 días. Sífilis latente temprana 2,400,000 UI IM. Dosis única. Sífilis latente tardía 2,400,000 UI> IM. 3 dosis una cada 8 días.

TRICOMONIASIS: al terminar tratamiento con antirretrovirales, realizar frote, si el frote es positivo, administrar medicamento: Metronidazol, en peso menor de 40 kg. 15-30 mg./kg. Vía oral, dosis única. En peso mayor de 40 kg: 2grs. Vía oral, dosis única.

Profilaxis antirretroviral

Evaluar el tipo de agresión y la indicación de profilaxis. El tipo de post exposición:

Probada: penetración anal o vaginal. ⇒ PPE indicado

– Posible: penetración oral con eyaculación; acto desconocido; la VVS ha mordido el asaltante o ha sido mordida por él y, en los dos casos, presencia de sangre en la boca.

⇒ Evaluar PPE

– No riesgo: besos, penetración digital o penetración por objeto extraño en la vagina, ano o boca; eyaculación en piel intacta. ⇒ NO hay indicación de PPE

El riesgo de transmisión aumenta:

- Si hay sangre presente
- Si el agresor o la VVS tiene una ITS
- Si la víctima tiene lesiones anales, vaginales o orales
- Si hubo eyaculación
- En violaciones múltiples o con múltiple penetración

Pauta:

- Inicio dentro de las primeras 72 horas después de la agresión.
- Duración 28 días.
- Si no acepta PEP, referencia con Psicología.
- Seguimiento: en 6 días y cada semana.
- Administrar antieméticos si aparecen náuseas.

Contraindicación:

No contraindicado en embarazo

Riesgo de anemia en gente que ha tenido anemia previamente: Evaluar cambio del tratamiento si hemoglobina <7 g/l o hematocrito <30%

– La PEP no debe estar condicionada a la aceptación de realizarse el test del VIH.

PEP en adolescentes y adultos.

PROFILAXIS POST EXPOSICION EN ADOLESCENTES Y ADULTAS/OS, INCLUYENDO EMBARAZADAS Y LACTANTES

VIH: Zidovudina (AZT) 1 tableta de 300 mg. 2 veces al día por 28 días mas Lamivudina (3TC) 1 tableta de 150 mg. 2 veces al día por 28 días. O COMBIVIR 1 tableta de 300/150mg 2 veces al día por 28 días.

PROFILAXIS POST EXPOSICION EN NIÑAS/OS MENORES DE 2 AÑOS

VIH: AZT 160 – 200mg./m2/día, dividido cada 12 horas por 28 días mas 3TC 4mg./kg. cada 12 horas por 28 días

PROFILACIS POST EXPOSICION EN NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS

AZT 160-200 mg./m2/día, dividido cada 12 horas por 28 días, 3TC 4 mg./kg. Cada 12 horas por 28 días.

Profilaxis Tetánica

- Siempre vacunar en caso de violación.
- Si vacunación incompleta o desconocida: pauta **0-1-6 meses** .
- Para niños/as <5 años, es preferible DTP (determinar esquema de vacunación)
- Para niños/as >5 años, es preferible Td

Profilaxis Hepatitis B

- La necesidad de profilaxis frente al virus de la Hepatitis B se valorará individualmente.
- Realizar inmunización según el estado vacunal.
- Administración intramuscular en el deltoides en adultos y en el muslo en niños/as.
- No contraindicada en embarazo.
- Se puede administrar simultáneamente a la vacuna tetánica.
- Administrar lo antes posible ya que puede influir en la enfermedad si se administra en los tres primeros meses después de la agresión.

Vacunación de hepatitis B

Estado vacunal Recomendación

No vacunado/a o desconocido Pauta rápida: 0, 1, 2 meses. Vacunación incompleta Completar la vacunación. Vacunación completa No es necesario revacunar.

Para las Naciones Unidas. El reconocimiento de que la violencia contra la mujer es una forma de discriminación y, por consiguiente, una violación de los derechos humanos, sirve de punto de entrada para sólo de los derechos humanos, sino también del derecho

internacional humanitario. Comprender el contexto general del que surge dicha violencia, así como los factores de riesgo conexos. (4)

Para esta entidad, una agresión sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas. Es generadora de lesiones físicas, enfermedades de transmisión sexual, problemas de salud sexual y reproductiva, alteraciones en la vida sexual, además desencadena secuelas emocionales y psicológicas, depresión, ansiedad, fobias, dependencias, estrés postraumático, acciones autodestructivas, entre otras. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse incluso al suicidio, la infección por el VIH-SIDA o al homicidio - durante la agresión o ulteriormente. (4)

En muchos casos la presencia de conflictos emocionales y sentimientos de culpa y vergüenza presentados después de la acción violenta, son forjados y mantenidos por las tradiciones culturales que llevan a asumir que un caso de violación es un asunto privado – no denunciable en el espacio público o de justicia-, provocado, y que en lo posible debe ser omitido para evitar alteraciones tanto de la imagen de las personas como de sus relaciones sociales; es decir, para muchas personas estos actos deben ser silenciados, consentidos, aceptados y hasta naturalizados por las mismas condiciones sociales.(9)

Según la OMS (2002) otros factores que contribuyen a la presencia de agresiones sexuales son “la pobreza y la vida en una comunidad que tolera la violencia sexual y la castiga con sanciones blandas, además de un contexto en donde impere un firme convencimiento de los derechos sexuales son del varón”. (4)

Ante la necesidad de generar respuestas transnacionales que comprometan a los Estados en el trabajo por la eliminación de violencias contra las mujeres, se han elaborado instrumentos internacionales como la CEDAW, la convención Belém Do Pará, la Plataforma de acción de Beijing 95, e incluso la declaración universal de los derechos humanos, los cuales se constituyen en herramientas de apoyo para el trabajo contra la discriminación de las mujeres, su estigmatización y el uso de las distintas violencias contra ellas. Estos son acuerdos básicos con los cuales diferentes Estados se han comprometido con el fin de dar cumplimiento a sus fines democráticos y por los cuales las mujeres *deben tener* garantizados el goce y restablecimiento de derechos políticos, sociales, económicos, culturales, civiles, sexuales y reproductivos.

No obstante, para entidades como Amnistía Internacional (2004), el Estado colombiano ha transgredido varios de los acuerdos firmados y algunos de sus artículos de la normatividad del país. En efecto, dicha declaración se fundamenta por ejemplo en la desprotección a la salud de las mujeres víctimas de violencias (incluida la violencia sexual), en la actualidad no existe un trabajo prioritario por la salud sexual y reproductiva de las mujeres, no hay un trabajo por los derechos fundamentales en la vida de las mujeres, el Estado no ha brindado, ni garantizado para la población un paquete de emergencia para que en casos de violencias sexuales se eviten embarazos no deseados y ETS – situación especialmente característica en las zonas rurales en donde hay poca asistencia médica y de existir se deben recorrer grandes distancias para conseguirla.

Una de las críticas más fuertes a los procesos de atención, se relacionan con la nula o incompleta atención médica y psicológica que requieren las víctimas; la cual se incrementa con la falta de representación en todos los municipios del país, del INML CF, que es la única institución autorizada para practicar el peritaje médico legal. Esta situación empeora, teniendo en cuenta que aún practicándose el peritaje, no se garantiza el acceso a tratamientos físicos o psicológicos, pues existen graves deficiencias en la información que se suministra a las víctimas, lo que genera la falta de interés o comprensión de la necesidad de asistir al servicio médico – en caso de tenerlo. (27)

Los actos de violencia sexual contra las mujeres además de ser hechos que afectan sus dimensiones física, psíquica y emocional, culturalmente se convierten en hechos vergonzosos y deshonorosos, son una fuente de estigma permanente la cuál en la medida de lo posible, debe ser ocultada o escondida. Dependiendo del contexto en el que se den los hechos, las mujeres son juzgadas por haber propiciado la situación o no haberse resistido, cuestionadas por no haber hecho lo suficiente para evitarlo o no haber ofrecido beneficios para sortearlos y/o en el peor de los casos se les acusa de transgredir ciertos hábitos o normas establecidas – por la cultura o el orden público-, lo que justifica que se han cometido éstos actos sobre sus cuerpos. (27)

En otras palabras, y como lo menciona el documento Colombia Cuerpos marcados, crímenes silenciados de Amnistía Internacional (2004), para las mujeres víctimas de delitos sexuales, muchas veces es mejor callar los hechos de violencia sexual, pues ello les permite sobrevivir a todas las situaciones que se desencadenan a posteriori, ya que en ocasiones, cuando los hechos salen a la luz se convierten en un nuevo castigo: “el rechazo- el estigma” de sus familiares y del Estado.

Entidades como Profamilia, en su Informe sobre Violencia Sexual en Colombia 2005, ha reportado que “para el año 2005, en el país cerca de 722.000 niñas y mujeres, de entre 13 y 49 años, habían sido violadas una o más veces a lo largo de su vida y la mitad de las afectadas, víctimas de abuso antes de cumplir los 15 años”. Así mismo, el informe plantea que los grupos de mujeres adultas en mayor riesgo de ser violentadas sexualmente son: las mujeres entre los 20 y 39 años, las que viven en unión libre, las que estuvieron casadas o en unión libre y las mujeres de más bajos recursos económicos y menor nivel de educación-de todas las edades-.

Por su parte, el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses -INML CF- en su informe sobre Delitos Sexuales en Colombia año 2008, plantea -citando a la OMS- que el delito sexual es un problema visible a nivel mundial, aproximadamente una de cada cuatro mujeres ha sufrido violencia sexual y sus agresor ha sido un ser querido, además para casi un tercio de las niñas y adolescentes a nivel mundial, su primera experiencia sexual ha sido forzada.

En Colombia, durante el año 2008, se realizaron 21.202 informes periciales sexológicos, 929 casos más que el año anterior; de ellos 18.879 corresponden a informes elaborados por personal del INML. De esos dictámenes, 17.830 (el 84%) corresponden a mujeres víctimas; y dentro de esos registros, un alto porcentaje corresponde a niñas entre los 10 y 14 años.

El INML CF coincide con Profamilia en identificar a la vivienda como el principal escenario donde ocurren los hechos de violencia sexual y a los familiares y conocidos como los principales agresores sexuales- información que coincide por lo presentado por el Centro de Estudios y Análisis para la Seguridad y la Convivencia –CEACS- de la Secretaría de Gobierno de Bogotá, la cual registró para el año 2009 un total de 1.317 casos en donde el agresor era un familiar, seguido por 1053 casos en donde el agresor es un no familiar pero sí conocido y por 955 casos en donde el agresor era dudoso o desconocido-. Sin embargo, no se desconoce la incidencia de las violaciones por causas como riña o atraco callejero. Dichas cifras coinciden con los registros presentados para el año 2009 por el CEACS, en donde la mayor parte de dictámenes sexológicos en menores de edad corresponden a mujeres, dándose un énfasis importante en el rango de 10 a 14 años con 1.109 casos registrados- seguido por el rango de 5 a 9 años con 803 casos y por el rango de los 0 a 4 años con 516 casos-; en el mismo sentido del total de los dictámenes sexológicos en mayores de edad, la mujer es quien se registra como la principal víctima en todos los rangos de edad presentados, dándose un especial énfasis en el registro de

mujeres del rango de edad de 18 a 24 años con 376 casos y en el rango de 25 a 29 años con 113 casos denunciados. Según los registros de esta entidad, para el año 2009, la vivienda se constituye como el principal escenario en donde ocurren los hechos de violencia sexual –lo que coincide con lo mencionado por Profamilia y el INML CF-, seguidos por la calle o vía pública y los centros educativos.(9)

Frente a las actividades que realizaba la víctima en el momento en que es sujeto de violencia sexual, se menciona una mayor incidencia de las actividades que se desarrollan en el hogar tales como: comer, dormir, descansar o actividades de tiempo libre o arreglo del hogar. Respecto a la distribución temporal relacionada con el delito, se menciona que éste tiene un comportamiento similar en los días de la semana, presentándose un ligero incremento entre los días Lunes y Martes. A nivel nacional “los meses enero, febrero y marzo presentan un número casi igual de víctimas atendidas, a partir de allí la curva asciende hasta julio con un descenso en agosto y septiembre y un pico inusual en octubre”, mes que registro el mayor número de casos en el 2008.⁶⁰

El INML CF, en el mismo Informe sobre Delitos Sexuales en Colombia 2008, menciona que la mayoría de los casos ocurren en el espacio urbano, “pero el análisis de las tasas por 100.000 habitantes se nota que el delito tiene una gran incidencia en las zonas rurales, a pesar de la poca oferta de servicios y limitación de acceso que tienen los ciudadanos a la denuncia en esas regiones”. El departamento con mayor tasa de personas violentadas sexualmente por 100.000 habitantes es Amazonas (65 delitos por 100.000 habitantes), seguido por Casanare, Meta, San Andrés y Cundinamarca, que superan la tasa nacional de 47,7 por 100.000 habitantes. –Sin embargo estos datos representan únicamente la información recaudada en las denuncias, lo que implica que en la realidad los casos son significativamente mayores, pues existe un alto nivel de subregistro y de imposibilidad para acceder a la justicia.

En Guatemala, casi la mitad de las mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar. Las agresiones sexuales están entre las formas de violencia más silenciadas, hecho que se refleja en la enorme brecha que hay entre los registros de la Policía Nacional Civil y los casos ocurridos. El abuso sexual a menores (< 18 años) alcanza una prevalencia en mujeres menores de 15 años del 4,7%, y una tercera parte de los casos son incesto³. La violencia contra mujeres y niñas tiene su origen en las relaciones de

poder desiguales entre hombres y mujeres, y es entendida como un instrumento de dominación y control social⁴. La violencia y la violación pueden exacerbar el riesgo de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).(28) (29)

Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala, 2012. Se atendieron 164 víctimas de violencia sexual: 141 (86,0%) mujeres, 23 (14%) hombres, 152 (92,7%) guatemaltecos/as y 119 (72,6%) de etnia ladina (no indígena). En total, 111 (67,6%) eran menores de edad, 91 (64,5%) mujeres con una media de edad de 12 años (DE: 3,9) y 20 (86,9%) hombres con una media de edad de 8,3 años (DE: 4,1). No se dispone de información del 28,0% de los casos sobre el tipo de violencia sexual sufrida. De las víctimas que sí respondieron, el 69,6% reportó acto sexual con penetración (vaginal, anal o ambas). El 20,7% de las agresiones fueron perpetradas por más de un agresor, en el 30,5% de los casos desconocido y en el 12,8% un familiar de la víctima. El agresor fue identificado como reincidente (agresión en más de una ocasión) en el 19,5% de los casos, el 34,4% era un familiar y en el 25,0% cohabitaban. En el 33,5% de las agresiones, la víctima fue amenazada con un arma. Se tiene constancia de que 37 de éstas (22,6%) denunciaron la agresión a las autoridades.(28)

Se detectaron 11 casos de ITS (una tricomoniasis, siete vaginosis bacteriana, una Chlamydia trachomatis y dos sífilis), tres de ellos en menores, y cuatro pruebas de embarazo positivas (una de ellas en una menor). (28)

La víctima de violencia sexual acudió al servicio de atención a las víctimas como primera opción en el 42,6% de los casos. Se atendió al 31,7% durante las primeras 72h desde la agresión y se suministró profilaxis post exposición al 34,1% de éstas. En la segunda visita médica, se perdieron 117 (82,3%) víctimas, de las cuales en 65 se disponía de dirección para iniciar la búsqueda activa y 31 de ellas (47,7%) fueron localizadas. En 2008 se siguió a seis víctimas de violencia sexual, mientras que en 2009 fueron 29, lo que supuso un incremento de la tasa de seguimiento del 361%.(28)

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

- ✓ Identificar las características epidemiológicas de la paciente víctima de violencia sexual.

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar la edad de pacientes en las que es más frecuente el abuso sexual

3.2.2 Conocer el estado civil de las pacientes víctimas de abuso sexual

3.2.3 Saber la ocupación de las pacientes víctimas de violencia sexual

3.2.4 Establecer el tipo de agresor que prevalece en las víctimas de violencia sexual

3.2.5 Identificar el lugar de agresión

3.2.6 Conocer el rango de horario en el que se producen más las violaciones sexuales

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuantitativo, descriptivo – prospectivo, de CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, EMERGENCIA, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2012”.

4.2 POBLACION: Mujeres víctimas de abuso sexual que consultaron a emergencia del Hospital Regional de Occidente durante 2012.

4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

De acuerdo al enfoque del estudio, y de la unidad de análisis del mismo “Pacientes víctimas de abuso sexual que consultaron a emergencia”.

La muestra a seleccionar; reúne características específicas, que el estudio requiere: pacientes víctimas de abuso sexual. Para lo cual no se realiza selección de la muestra mediante fórmula, considerándose la misma como MUESTRA NO PROBABILISTICA. Se tomaron en cuenta como elementos de estudio, la boleta de recolección de datos en la primera visita en emergencia y el control en consulta externa ya que lo que se pretende evidenciar son las características epidemiológicas de las pacientes victimas de violencia sexual que consultaron a emergencia de Hospital Regional de Occidente en 2012. El total de casos registrados, durante el período de estudio es de 68 casos.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron a emergencia del Hospital Regional de Occidente en 2012.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes víctimas de abuso sexual más:

- Consulta a emergencia del HRO
- Pacientes que autoricen el consentimiento informado

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluirá a pacientes víctimas de abuso sexual más:

- Pacientes que no quieran participar en el estudio

4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VARIABLE Y ESCALA DE MEDICION
Edad	Años a partir del nacimiento	- 10 – 20 años. - 21 – 30 años. - 31 – 40 años. - 41 – 50 años.	- Cuantitativa de Intervalo.
Sexo	Género sexual	- Masculino. - Femenino.	- Cualitativa Nominal.
Escolaridad	Tiempo durante el que un individuo asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	- Primaria. - Básico. - Diversificado. - Universitario.	- Cualitativa Ordinal.
Residencia.	Hecho de vivir en un lugar determinado.	- Urbano. - Rural.	- Cualitativa Nominal.
Ocupación	Acción y efecto de ocuparse en trabajo, oficio, empleo y actividad.	- Ama de casa. - Estudiante. - Comerciante. - Profesional	- Cualitativa nominal
Estado civil	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	- Soltero. - Casado. - Unido. - Divorciado	- Cualitativa Nominal.
Agresor	Persona que agrede o ataca con violencia, en especial causando un daño físico.	- Conocido. - desconocido	- Cualitativa Nominal.
Horario	Las horas que tiene el día	- Matutino - Vespertino - nocturno	- cualitativo nominal.

4.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

Se realizó un estudio de tipo Cuantitativo, Descriptivo – prospectivo, en el que se incluyeron las entrevistas a las pacientes que consultaron a la emergencia del Hospital Regional de Occidente que fueron víctimas de abuso sexual durante el año 2012.

Por las características de la población en estudio, no se realizó muestreo, se incluyó al total de la población descrita, denominándose la muestra “muestra no probabilística”.

Se obtuvo las entrevistas y la revisión del libro de emergencia de los casos que contaran con los criterios de inclusión, y posteriormente se solicitó los expedientes y la sigsa de consulta externa de la clínica No. 1 del HRO para terminar el llenado de las boletas de recolección de datos.

Al contar con las mismas se procedió a tabular los datos en el programa Excell versión 2010. Se obtuvieron cuadros, y se realizaron medidas de tendencia central para su interpretación y análisis.

4.9 RECURSOS:

RECURSOS MATERIALES:

Boleta de Recolección de Datos.

Lapicero

Expediente de paciente

RECURSOS FISICOS

Emergencia (Clínica específica de atención a víctimas de violencia sexual) y clínica 1 ;de consulta externa.

RECURSOS HUMANOS:

Médicos residentes.

V. RESULTADOS

Cuadro No 1
Edad.

EDAD	No de casos	%
De 0 a 05 años	06	8.83
De 06 a 10 años	03	4.41
De 11 a 15 años	22	32.35
De 16 a 20 años	26	38.24
De 21 a 25 años	03	4.41
De 26 a 30 años	02	2.94
De 31 a 35 años	01	1.47
De 36 a 40 años	02	2.94
De 41 a 45 años	01	1.47
De 46 a 50 años	01	1.47
>de 50 años	01	1.47
total	68	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No 2
ESTADO CIVIL

Estado civil	No casos	%
soltera	60	88.23
casada	05	7.36
unida	03	4.41
Total	68	100%

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro No 3
Ocupación.

ocupación	No de casos	%
Trabajador asalariado	25	36.76
Estudiante	25	36.76
Ama de casa	12	17.66
Niñez	06	8.82
Total	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No 4

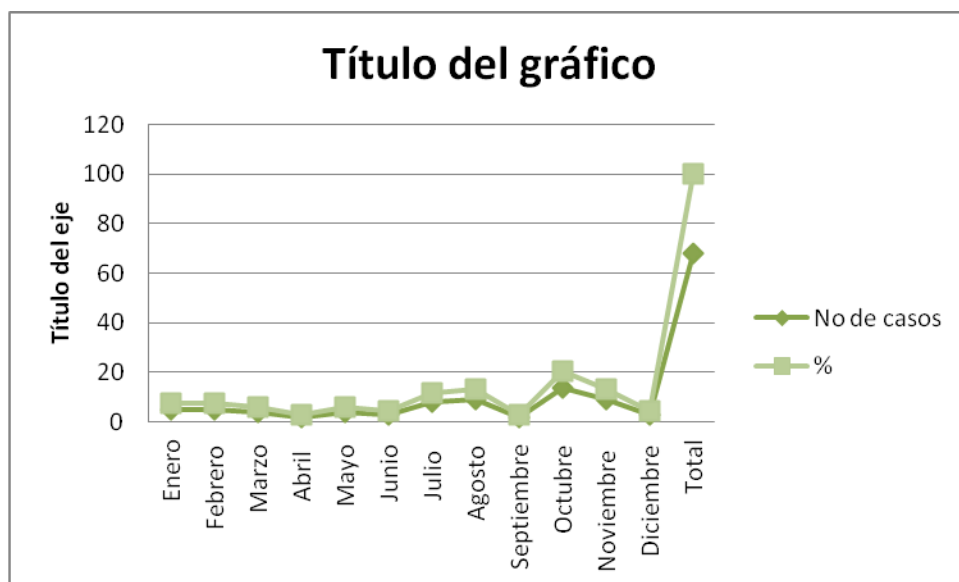
Procedencia.

Lugar de Residencia	No de casos	%
Quetzaltenango	54	79.42
Totonicapán	07	10.29
San Marcos	03	4.41
Ciudad Guatemala	02	2.94
Sololá	01	1.47
Retalhuleu	01	1.47
Total	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No 5

Casos por mes.



Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No 6

Horario del suceso.

Horario	No de Casos	%
Nocturno	51	75
Vespertino	11	16.18
matutino	6	8.82
Total	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No 7

Tiempo de Consulta.

Hora	No de casos	%
a las 24 hrs.	47	69.12
De 25 a 48 hrs.	13	19.11
De 49 a 72 hrs.	05	7.36
Después de 72 hrs	03	4.41
Total	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No 8

Lugar de Agresión.

Lugar	No de Casos	%
casa	31	45.59
Terreno baldío	17	25
Vehículo	11	16.17
Lugar desconocido	09	13.24
Total	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro No 9

Consulta a COEX

Fecha	No de casos	%
Si	40	58.82
No	28	41.18
Total	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No 10

Agresor.

Agresor	No de Casos	%
Conocido	37	54.41
Desconocido	31	45.59
Total	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

VI. DISCUSION Y ANALISIS

De acuerdo con la información obtenida, según la edad de las pacientes que fueron víctimas de violencia sexual el rango más frecuente es de 16 a 20 años con un 38.35%, seguido del el rango de 11 a 15 años con 32.35% según cuadro No.1, lo que concuerda con la literatura ya que según informes elaborados por personal del INML en Colombia en el año 2008 se realizaron 21202 informes periciales sexológicos 929 casos más que el año anterior de ellos 17839, el 84% correspondían a mujeres víctimas y dentro de esos registros en un alto porcentaje corresponde a niñas entre los 10 a 14 años. Entidades como profamilia, en su informe sobre violencia sexual en Colombia 2005 ha reportado que en el país cerca de 722000 niñas y mujeres de entre 13 y 49 años habían sido violadas una o más veces a lo largo de su vida y la mitad de las afectadas antes de cumplir los 15 años. Dichas cifras coinciden con los registros presentados para el año 2009 por el CEACS en donde en los dictámenes sexológicos en mayores de edad la mujer es quien se registra como la principal víctima en todos los rangos de edad, dándose un especial énfasis en el registro de mujeres del rango de 18 a 24 años.

El 88.23% de pacientes se encuentra en estado civil soltera lo que se relaciona con la edad joven de las víctimas, según cuadro No. 2, no se encontró ningún estudio para comparar el dato.

Dentro de la ocupación de las pacientes el 36.76% se dedicaba a estudiar y el mismo porcentaje tenía un trabajo asalariado, ver cuadro No. 3, dato que no concuerda con la literatura ya que según los registros por el CEACS, las actividades que realizaba la víctima en el momento en que es sujeto de violencia sexual se menciona una mayor incidencia de las actividades que se desarrollan en el hogar.

Según el lugar de procedencia el 79.42% era de Quetzaltenango, 10.29% d Totonicapán, 4.41% de San Marcos, 2.94% de la ciudad capital y 1.47% de Sololá y el mismo porcentaje de Retalhuleu, en los registros de los informes del INML CF indican que en Colombia se dan casos de violencia sexual en todos los departamentos sin embargo

estos datos representan únicamente la información recaudada en las denuncias, lo que implica que en la realidad los casos son significativamente mayores pues existe un alto de subregistro y de imposibilidad para acceder a la justicia. En mi estudio se tomó en cuenta solo lo registrado en el Hospital Regional de Occidente y sin embargo siempre hay pacientes de otros departamentos, según cuadro No.4.

Los meses en que se reportaron mayor números de casos fue octubre con un 20.59%, agosto y noviembre con 13.24%, julio 11.77% enero y febrero 7.35% para cada mes, con un descenso durante los meses de abril, junio y diciembre, cuadro No.5, lo que coincide con los informes de CEACS, Profamilia y el INML CF (Colombia) en donde a nivel nacional los meses de enero, febrero y marzo presentan un numero casi igual de victimas atendidas a partir de allí la curva asciende hasta julio con un descenso en agosto y septiembre sin embargo el pico inusual en dicho informe se da en octubre lo que coincide con lo investigado.

El horario en el que se dieron los sucesos fue con mayor frecuencia nocturno con 75% de los casos seguido por el vespertino 16.18%, con menor frecuencia el matutino con 16.18%, ver cuadro No. 6, no se encontraron estudios que documenten este dato sin embargo en el protocolo de la OMS, el protocolo peruano de violencia y abuso sexual y el protocolo solicitan este dato.

Las pacientes que consultaron antes de las 24 horas después del suceso fueron 47 lo que representa un 69.12% y un 96% consulto antes de las 72 horas, ver cuadro No. 7, lo cual es un factor favorable para no tener grandes secuelas patológicas, lo cual es contrario a lo que el protocolo de violencia sexual nacional 2006 indica en donde en la página # 5 dice “generalmente las víctimas de violencia sexual no buscan ayuda en las primeras 72 horas después del ataque, por lo que esto deberá promocionarse ampliamente al igual que las campañas de prevención que deberán realizarse en los servicios de salud y fuera de ellos. Los servicios de salud deberán estar organizados de tal manera que ofrezcan una respuesta inmediata y organizada”.

El lugar de agresión en donde mayor se dio el abuso fue en una casa en el 49.59%, en terreno baldío en un 25%, carro 16.17% y un 13.24% en un lugar desconocido, según cuadro No. 8, lo que coincide con la literatura CEACS, Profamilia y el INML CF en donde la vivienda se constituye como el principal escenario donde ocurren los hechos de violencia sexual.

Del total de pacientes que consultaron a emergencia que habían sido víctimas de violencia sexual el 59% reconsulto a consulta externa para tener un seguimiento, a lo cual en el documento Colombia cuerpos marcados, crímenes silenciados de amnistía internacional menciona: Para las mujeres víctimas de delitos sexuales muchas veces es mejor callar los hechos de violencia sexual, pues ello les permite sobrevivir a todas las situaciones que se desencadenan a posteriori, ya que en ocasiones cuando los hechos salen a la luz se convierten en un nuevo castigo “ el rechazo, el estigma” de sus familiares y del estado.

El agresor era en un 54.41% conocido y 45.59% desconocido lo que coincide con el INML CF, Profamilia, protocolo de la OMS, protocolo peruano de abuso sexual, en donde dice que los familiares y conocidos son los principales agresores sexuales.

En el protocolo nacional de abuso sexual dice: en la mayoría de los casos de violencia sexual el perpetuador es alguien que la víctima conoce y que tal vez lo conoce bien, tal como una pareja íntima actual o anterior o algún familiar.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La edad más frecuente de las víctimas de abuso sexual es el rango de 16 a 20 años.
- 6.1.2 El estado civil en el que se encuentran las víctimas en la mayoría son solteras.
- 6.1.3 La ocupación a la que se dedican las pacientes es en la misma cantidad trabajador asalariado y estudiante
- 6.1.4 El agresor es una persona conocida por la víctima en la mayoría de los casos.
- 6.1.5 El lugar de agresión en el que se dieron más casos de abusos fue en una casa
- 6.1.6 El horario en el que se produce la mayoría de violaciones sexuales es en el nocturno.
- 6.1.7 El 57% de las pacientes tiene seguimiento en consulta externa.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Brindar un plan educacional amplio en el primer contacto con la paciente víctima de violencia sexual, persuadiéndolas de la importancia de tener un seguimiento en consulta externa.
- 6.2.2 Establecer una ruta o protocolo de seguimiento en el que se pueda captar al 100% de las pacientes para darle seguimiento después de la primera consulta.
- 6.2.3 Continuar con el tratamiento profiláctico que se utiliza (retrovirales, anticoncepción de emergencia, antibióticos)
- 6.2.4 Educar a la población joven para que tengan precaución al deambular en horarios nocturno.
- 6.2.5 Realizar cultivo más antibiograma y KOH en consulta externa a las pacientes con vaginitis para tener conocimiento de los principales gérmenes que se dan en las pacientes que tienen esta secuela para poder tomarlo en cuenta para los tratamientos en la profilaxis.
- 6.2.6 Fomentar los programas que velan por la violencia contra la mujer.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dra. Gro Brudtland, Directora General, Organización Mundial de la Salud. Prefacio Informe mundial sobre violencia y la salud, Organización Mundial de la Salud, 2002. Citado en Protocolo de Atención a Víctimas/sobrevivientes de violencia sexual de Guatemala 2009.
2. Organización panamericana de la salud, Washington D.C. 2002. Citado en Protocolo de Atención a Víctimas/sobrevivientes de violencia sexual de Guatemala 2009.
3. Violencia Sexual. Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/violencia_sexual
4. CEPAL (2008) *Panorama social de América Latina*. Santiago, Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)]. Disponible en español: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl> (Consulta: febrero de 2010)
5. Castro, R.; Riquer, F. (2003). "La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19. No 1. Pp. 135-146. Fuente: www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14913.pdf (Consulta: diciembre de 2009)
6. CDC (sin fecha) Research brief: Childhood sexual abuse among women in El Salvador, Guatemala, and Honduras. Atlanta, Georgia, EE.UU.: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
7. LEY CONTRA EL FEMICIDIO Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DECRETO NÚMERO 22-2008. Capítulo I artículo 1. Capítulo II artículo 2. Fuente: leydeguatemala.com/ley-contr-el-femicidio
8. Informe estadístico de la violencia en Guatemala Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del PNUD Guatemala Guatemala, Diciembre de 2007. Pp. 10, 26, 28, 37, 43. Fuente: www.who.int/violence_injury_prevention/violence
9. Informe mundial sobre la violencia y la salud de Organización Mundial de la Salud Ginebra, 2002. Fuente: es.wikisource.org/wiki/informe_mundial_sobre_la_violencia_y_la_salud
10. Historia Hospital Regional de Occidente. Fuente: www.hospitalregionaldeoccidente.com
11. Acerca del abuso y la violencia sexual. Fuente: www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/abuso.html

12. Marijke, OPS/OMS Reunión Interagencial de Expertas componentes claves y leyes de la violencia contra la mujer, Washington, D.D, 2003, revisado 2009.
13. Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres-PLANOVI 2004-2014, CONAPREVI 2004
14. Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, noviembre 2009
15. Dreset, J, Baldacini i Freitas, JC, pinotiii, JA, Contracepción de emergencia para mujeres víctimas de estupro. Revista de Centro de Referencia 2009
16. Encuesta nacional de salud materno infantil 2002. Fuente: www.osarguatemala.org
17. LAMEIRAS FERNÁNDEZ, Maria: *Aproximación psicológica...*, págs. 68-69.
18. ECHEBÚRUA, Enrique; y GUERRICAECHEVARRÍA, Cristina (2005): Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico (pág. 1). Barcelona: Ariel, 2.ª edición.
19. Congreso de la república de Guatemala, decreto 97-96. Fuente: old.congreso.gob.gt/archivos/decretos/1996/gtdcx97-1996.pdf
20. Congreso de la república de Guatemala, acuerdo gubernativo 831-2000. Fuente: <https://es.scribd.com/.../Acuerdo-Gubernativo-831-2000-to-de-La-Ley-P>
21. Congreso de la república de Guatemala, decreto 42-2001. Fuente: www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/.../decretos/D087-2005.pdf
22. Congreso de la república de Guatemala, decreto 12-2002. Fuente: www.unicef.org/guatemala/spanish/CodigoMunicipal.pdf
23. Congreso de la república de Guatemala, decreto 27-2003. Fuente: www.pgn.gob.gt/wpcontent/uploads/2013/10/Decreto-27-2003.pdf
24. Congreso de la república de Guatemala, decreto 87-2005. Fuente: www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/.../decretos/D087-2005.pdf
25. Congreso de la república de Guatemala, decreto 22-2008. Fuente: www.observatorioviolenciacontramujeres.org/.../Protocolo_de_la_ley.
26. Congreso de la república de Guatemala, decreto 9-2009. Fuente: www.oj.gob.gt/secretariadelamujer/index.php?option=com
27. Amnistía internacional. No más violencia contra las mujeres. Fuente: www.amnistia.org.ar/nuestro_trabajo/campañas.

28. Cristina Agustí, Meritxell Sabidó, Karla Guzmán, María Isabel Pedroza y Jordi Casabona: Gac Sanit vol.26 no.4 Barcelona jul.-ago. 2012
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.014>
29. Luciano, Dinys y Padilla, Karen. 2012. Violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Definiciones, datos recomendados e indicadores. Ipas.