

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA
DE LA SALUD PUBLICA
EN EL DEPARTAMENTO DE TOTONICAPÁN**

Estudio descriptivo retrospectivo efectuado en el Hospital
Nacional de Totonicapán
Durante el periodo de Enero de 1999 a Diciembre de 1999.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Medicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

RANDDAL GUILLERMO RAFAEL RECINOS CASTILLO

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Octubre de 2000.

**EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

HACE CONSTAR QUE:

El (la) BACHILLER:
Carnet universitario No.

RANDAL GUILLERMO RAPHAEL RECTINOS CASTILLO
90430552

Ha presentado para su **EXAMEN GENERAL PUBLICO**, previo a optar al título de Médico
(a) y Cirujano (c), el trabajo de tesis titulado:

LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN EL
DEPARTAMENTO DE TOTONICAPAN.

Asesorado por: DR. JUSTO ARVOLD RIVERA

y revisado por: DR. JORGE MARIO ROSALES ARCHILA

Quienes lo evalúan y han firmado conformes, por lo que se emite la presente **ORDEN DE IMPRESION**.

Guatemala,
02 de Octubre del año 2.000.

Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ

Director del C.I.C.S.
DR. JORGE MARIO ROSALES

IMPRIMASE

DR. ROWEN VASQUEZ VASQUEZ
DECANO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Aprobación de Informe Final

Correlativa No. 12008

Guatemala,
10 de OCTUBRE del año 2,000

Guatemala,
10 de OCTUBRE del año 2,000

Señores

UNIDAD DE TESIS

Facultad de Ciencias Médicas

USAC

Se les informa que el (la)

RANDDAL GUILLERMO RAFAEL RECINOS CASTILLO

Carné No. 9030552 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:
LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE
TOTONICAPAN

Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

Firma de Asesor
Nombre completo y sello profesional

Firma del Revisor
Nombre completo y sello profesional
Registro de Personal 6661

DR. JORGE MARIO ROSALES A.
COLEGIADO 1651



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Aprobación de Informe Final

Correlativo No 120/99

Guatemala,
02 de

octubre

del año 2,000

Estimado (a) estudiante

RANDDAL GUILLERMO RAFAEL RUCINOS CASTILLO

Carnet No. 90-30552

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos

EL INFORME FINAL DE TESIS:

LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE TOTONICAPÁN.

Ha sido **REVISADO** y al establecer que cumple con los requisitos, se **APRUEBA**, por lo cual se le autoriza a los trámites correspondientes para su graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑA A TODOS"

DR. CARLOS MAZARIEPOS M.
DOCENTE UNIDAD DE TESIS



Vo.Bo

Unidad de Tesis

DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ



Asociación de Informes Finales

Comisión No. 12049

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

Facultad de Ciencias Médicas

Unidad de Medicina Legal

del año 2000

Guatemala, 05 de octubre

Estimado (s) estudiante (s)
BENIGNO GUILLERMO RAMÍREZ SANCHEZ CASTILLO

Carnet No. 90-20525

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos

EL INFORME FINAL DE TESTES

LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE TONTOCICAPÁN

No está REVISADO y si está revisado, por lo tanto, se APRUEBA, por lo tanto, se autoriza a los señores correspondientes para su presentación.

En este momento, me despido de usted.

Atentamente,

"D Y DISEÑO A 10002"



DOCENTE UNIDAD DE TESTES

DR. WILFONDO E. PALACIOS LOPEZ

INTRODUCCION

INDICE

En la actualidad, la violencia se ha convertido en una entidad que ha provocado un incremento de riesgo para la salud de la sociedad a nivel mundial.

América Latina es la región con más criminalidad y violencia en el mundo. (1) Esto se debe por ello que la violencia es la principal causa de muerte en la región. Como consecuencia de esto, se ha producido la pérdida de vidas humanas, así como también el deterioro de las relaciones sociales de la sociedad.

CONTENIDO	PAGINA
I- INTRODUCCION	01
II- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	02
III- JUSTIFICACION	04
IV- OBJETIVOS	05
V- MARCO TEORICO	06
A- VIOLENCIA	06
1- DEFINICION DE VIOLENCIA	06
2- ANTECEDENTES DE VIOLENCIA	06
3- CLASIFICACION DE VIOLENCIA	07
B- VIOLENCIA Y SALUD PUBLICA	09
C- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LA VIOLENCIA	11
D- MONOGRAFIA DE TONTOCICAPÁN	12
VI- MATERIALES Y METODOS	15
VII- PRESENTACION DE RESULTADOS	18
VIII- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	25
IX- CONCLUSIONES	31
X- RECOMENDACIONES	32
XI- RESUMEN	33
XII- BIBLIOGRAFIA	34
XIII- ANEXOS	36

En el presente, se elabora una revisión de los registros epidemiológicos de la violencia que constituyen el servicio de emergencia, al haber sido reportado de lesiones violentas durante el periodo de Enero y Diciembre de 2000.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I. INTRODUCCION

En la actualidad, la violencia se ha convertido en una entidad que ha ocasionado un incremento de riesgo y peligro dentro de la sociedad a nivel mundial.

América Latina, es la región con mas criminalidad y corrupción en el mundo, (18); considerándose por ello que la violencia es la principal causa de lesiones tanto física como psicológicas, que conllevan a producir la pérdida de vidas humanas, así como también el deterioro de las relaciones sociales de la solidaridad y cooperación social (17).

Guatemala, como parte de América Latina, ocupa el segundo lugar en criminalidad con una tasa de mortalidad de 10 por cada 100,000 habitantes (12); estos resultados demuestran la mortalidad que dicho problema ocasiona, pero no establece la morbilidad y el grado en que afecta a nivel social y económico, como causa de enfermedad en salud pública. El Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CISC-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, consideró la necesidad e importancia de realizar el presente estudio, en el Hospital Nacional de Totonicapán, como parte de una investigación que se realiza a nivel nacional, para determinar y establecer las principales causas de morbilidad, que intervienen en la ejecución de los actos derivados de la violencia.

Para dicho estudio, se tomo en cuenta aspectos característicos en los grupos afectados, como la edad, sexo, procedencia y ocupación; interviniendo también en ellos los aspectos que tienen relación directa entre la violencia y la salud, como el medio de agresión, necesidad de atención hospitalaria, servicios de ingreso, días de estancia intrahospitalaria y los diagnósticos que la violencia origina para su atención.

Para el efecto, se efectuó una revisión de los registros intrahospitalarios de todos los pacientes que consultaron al servicio de emergencia, al haber sido víctimas de hechos violentos durante el periodo de Enero a Diciembre de 1999.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la violencia se ha convertido en una entidad que ha ocasionado un incremento de riesgo y peligro dentro de la sociedad a nivel mundial.

América Latina, es la región con más criminalidad y corrupción en el mundo. (11). Consideramos por ello que la violencia en la principal causa de lesiones tanto físicas como psicológicas, que ocasionan la pérdida de vidas humanas, así como también el incremento de las relaciones sociales de la sociedad y cooperación social (12).

Guatemala, como parte de América Latina, ocupa el segundo lugar en criminalidad con una tasa de mortalidad de 10 por cada 100,000 habitantes (13). Estos resultados demuestran la mortalidad que dicho problema ocasiona pero no refleja la mortalidad y el grado en que afecta a nivel social y económico, como causa de enfermedad en salud pública. El Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, consideró la necesidad e importancia de realizar el presente estudio, en el Hospital Nacional de Tóxicos, como parte de una investigación que se realiza a nivel nacional para documentar y caracterizar las principales causas de mortalidad que intervienen en la generación de los malos resultados de la violencia.

Para dicho estudio, se tuvo en cuenta aspectos característicos en los grupos afectados, como la edad, sexo, procedencia y ocupación, considerando en ellos los aspectos que tienen relación directa con la violencia y la salud como el medio de transporte, necesidad de transporte, nivel de educación, nivel de ingresos, falta de atención médica y los diagnósticos que se les dio.

Para el estudio se revisó la totalidad de los registros introductorios de todos los pacientes que consultaron al servicio de emergencia, el primer nivel de atención de los pacientes, durante el periodo de tiempo a la Unidad de

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia es una palabra, cuyo significado entraña el uso de la fuerza o coacción, para obligar a realizar determinado acto de daño hacia sí mismo o hacia los demás. Es importante mencionar por ello, que la violencia se acompaña de la agresión, ya que esta se refiere al acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño, siendo así que, la violencia lleva consigo la intencionalidad en la aplicación de la fuerza contra alguien. (3)

Día con día, el tema de la violencia se torna más angustiante. Ante esta dificultad, la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, define la violencia como la utilización de la fuerza física, psíquica o mental de una persona en contra de sí mismo o de quienes lo rodean, produciendo como resultado la destrucción o daño de cualquier derecho social, penal, civil o humano de la persona o grupo de personas. (12)

La violencia es uno de los desestabilizadores más notables del que hacer de una sociedad. Como ejemplo de esto, es que en Guatemala para el año de 1996, se registraron 3281 muertos por violencia, 5162 heridos en actos violentos, 4530 robos, 6121 robos de vehículos, lo cual hacen un total de 19094 delitos. Además de este hecho, se reportaron para 1997, 376 personas muertas por arma de fuego, que hacen más de la mitad del total de muertos por causas no naturales, registrados en la morgue del organismo judicial de la ciudad de Guatemala. (3)

Existen muchos tipos de barreras, las cuales impiden detectar los efectos de la violencia sobre las condiciones de salud de la población guatemalteca; los homicidios, altercados, luchas y violaciones entre otros, algunas veces se encuentran categorizadas de acuerdo con su frecuencia, en orden decreciente, como pudieran ser los ocurridos entre miembros de una misma familia, amigos, familiares o extraños. En este sentido la relación a veces tan cercana entre agresores y agredidos ocasiona que muchos de estos hechos no se denuncien, y en consecuencia no se registren. (17)

Basados en los hechos y datos obtenidos de estudios realizados años atrás en Guatemala, en donde se registran el número de actos violentos y sus consecuencias (3), se plantea el presente estudio, el cual pretende identificar y describir, la demanda de atención en los centros hospitalarios y las implicaciones sociales y económicas, que son producto de la violencia, los cuales se registran a diario en nuestra sociedad guatemalteca.

El estudio forma parte de una investigación a nivel nacional, coordinado por el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; por lo que para el presente estudio se revisaron las estadísticas de emergencia para detectar los pacientes que consultaron y fueron ingresados por actos violentos, en el Hospital Nacional de Totonicapán, comprendidos en el período de 01/01/99 al 31/12/99; y así también determinar los factores condicionantes y preventivos, que son resultados de la violencia.

III. JUSTIFICACION

La violencia con sus diversas manifestaciones, actos, víctimas y escenarios, constituye hoy en día una de las realidades más preocupantes de la sociedad. (6)

En Guatemala, la violencia es un producto en aumento de situaciones patológicas que afectan a todo nivel social, económico y humano, sin importar edad, etnia, religión o sexo.

La violencia es un fenómeno que daña a múltiples sectores de la sociedad, entre los cuales se encuentra incluida la salud, siendo por ello de suma importancia, dar a conocer la morbi-mortalidad que este fenómeno ocasiona en la sociedad guatemalteca, en donde se ha registrado un incremento de las causas derivadas de actos violentos, reportándose en nuestro país para el año 1,996 un total de 3,281 muertos por violencia, y en 1,997 sucedieron 376 muertes ocasionadas por arma de fuego.

La acción investigativa de recolección de datos e información en los centros asistenciales que prestan atención en salud, como el Hospital Nacional de Totonicapán, implica la justificación de determinar la incidencia y causalidad de los hechos violentos, así como también los daños que estos produzcan, estableciendo así los posibles diagnósticos que la violencia origina.

V. MARCO TEORICO

IV. OBJETIVOS

A.- GENERAL:

- 1.- Determinar la incidencia y morbi-mortalidad que ocasiona la violencia como un problema en Salud Pública en el Departamento de Totonicapán.

B.- ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar las causas de hechos violentos que son motivo de consulta en la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán
- 2.- Determinar las causas de ingresos por motivos de acciones violentas en el Hospital Nacional de Totonicapán
- 3.- Identificar a los grupos más afectados por acciones violentas que consultan al Hospital Nacional de Totonicapán por parámetros de sexo, edad, ocupación y raza
- 4.- Establecer los instrumentos empleados en hechos violentos, que fueron causantes de consulta en el Hospital Nacional de Totonicapán
- 5.- Identificar los factores prevenibles de actos violentos a nivel social e individual, de los pacientes que consultaron a la Emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán.

IV. OBJETIVOS

A.- GENERAL

- 1.- Determinar la incidencia y morbi-mortalidad que ocasiona la violencia como un problema de Salud Pública en el Departamento de Totonicapán.

B.- ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar las causas de hechos violentos que son motivo de consulta en la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán.
- 2.- Determinar las causas de ingresos por motivos de acciones violentas en el Hospital Nacional de Totonicapán.
- 3.- Identificar a los grupos más afectados por acciones violentas que consultan al Hospital Nacional de Totonicapán por parámetros de sexo, edad, ocupación y raza.
- 4.- Establecer los instrumentos empleados en hechos violentos, que fueron motivo de consulta en el Hospital Nacional de Totonicapán.
- 5.- Identificar los factores propicios de actos violentos a nivel social e individual de los pacientes que consultan a la Emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán.

V. MARCO TEORICO

A. VIOLENCIA

1.- Definición:

La violencia ha sido calificada como un fenómeno social, que se ha propagado por todo el mundo, siendo el abuso físico la expresión máxima de la misma, provocando daño por medio de fuerza física, armas o cualquier objeto (15).

La evolución que ha tenido la violencia sobre la salud de las personas, se ha enmarcado con mayor intensidad en los países de Latinoamérica. (3)

En países como Guatemala, la violencia se observa mas influida, por las constantes crisis sociales, económicas y políticas, ya que de una u otra forma se emplea el uso de la fuerza. (3)

2.- Antecedentes de la violencia:

El uso de la violencia data desde el hecho en los animales por instinto natural, mataban para subsistir, en donde el más grande abusaba del más pequeño.

El primer indicio de violencia, se registra en el momento que Caín mato a su propio hermano Abel, y que después la guerra paso a ser la forma mas organizada de la violencia desde los Hoplitás griegos, Jenizaros turcos y Husaros polacos hasta los granaderos de Napoleón y selectos Waffen-SS de Hitler. (12)

Desde tiempos muy remotos, el empleo de la conducta violenta se ha justificado para vengarse, obtener respeto y la propiedad ajena, concluir las disputas y expresar las frustraciones; puede que exista una fuerte predeterminación biológica, pero el comportamiento violento esencial es tan aprendido como los prejuicios, el odio, la compasión o la responsabilidad. (12)

La palabra Violencia proviene del latin "vis", que significa fuerza (2). El significado de violencia, equivale a todo acto en el cual se aplica o ejerce una dosis de fuerza excesiva para causar daño o hacerse daño (1)(17); observándose que la violencia se manifiesta mayormente en las primeras 4 décadas de la vida.

3.- Clasificación de la violencia:

El empleo y abuso de la fuerza dependiendo del lugar o situación en donde se haga uso, se puede clasificar de la siguiente forma:

a.- Violencia Física: Son los golpes físicos que conducen a traumatismos discapacitantes o legales. (1) (4)

i.- Violencia Sexual: Es la utilización del sexo como agresión, de forma Obligatoria o contra su voluntad. (1)

ii.- Violencia de Género: Refiriéndose a la forma donde no interviene el estado, y en donde el hombre hace valer sus derechos sobre la mujer. (1)

iii.- Violencia Intrafamiliar o Doméstica: Es el abuso de la fuerza solamente dentro del contexto del núcleo familiar, en donde las personas con mas autoridad son las que utilizan varios mecanismos para obligar a una persona a hacer algo y que se subclasifica en:

Violencia Marital: Es el empleo de la fuerza física, sexual o psicológica que sufren, en la mayor parte las mujeres, por parte de un actual o excompañero íntimo, dentro o fuera del hogar, como principal forma de control del hombre hacia la mujer. (1)

Violencia o Maltrato Infantil: Es un acto de fuerza que produce daño físico o emocional, temporal o permanente, que limita el desarrollo del niño. (13) (16)

Violencia Interpersonal: Es la violencia que se da por medio de la relación entre figuras de autoridad y subalternos, entre adultos y niños. (4)

iv.- Violencia por accidente de tránsito: De tipo automovilístico, cobra víctimas jóvenes de las primeras 2 a 3 décadas de la vida, en donde un 95% de estos accidentes suceden bajo efectos de alcohol. (16)

El querer utilizar el abuso de la fuerza, se ha observado mayormente en los hombres con predominancia de edad joven, que se asocia en la mayor parte de ocasiones al uso de alcohol y drogas. (10). La forma clara de abuso sexual es la violación sexual, la cual deja efectos traumáticos en la salud y el bienestar de la víctima, sumado al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

En Guatemala el 11% de los delitos reportados, corresponden a los de tipo sexual, siendo el más común la violación.

La violencia intrafamiliar produce resultados de salud desfavorables como trauma, bajo peso al nacer, padecimientos ginecológicos, depresión, suicidio y enfermedades de transmisión sexual. (12)

b.- Violencia Psicológica: Son las actitudes descalificantes, insultos, amenazas las cuales hacen sentir a la persona que es incapaz ante la vida, produciendo así la baja autoestima. (1)

c.- Violencia Económica: Se refiere a la limitación del dinero en donde se amenaza, se restringe y se omite el aporte económico del hogar o sostenimiento. (1)

d.- Violencia Social: Se basa en la prohibición de socializar con otras personas, que le rodeen (1), encontrándose algunas veces influida por el crecimiento vegetativo de la población. (17)

e.- Violencia Política o Institucional: Es la violencia que se relaciona con los conflictos sociales de origen ideológico y en donde se ponen de manifiesto las constantes luchas de clases. (3) (4)

i.- Violencia Urbana: Es la que se ejerce en el marco de la relaciones y dinámicas mediadas por la convivencia urbana cuyas expresiones más frecuentes son el robo a mano armada, amenazas, agresiones, secuestros y homicidios. (11)

f.- Violencia de Orden Bélico: Predomina en Latinoamérica, y se caracteriza por la utilización de tecnología para el ataque en masa de miles de personas. (3)

4.- Violencia por Genero:

Los hechos delictivos ocasionados por la violencia, atacan a todo ser humano, sin hacer referencia al sexo o edad, de los cuales los mas afectados son los del sexo femenino, edades infantil y geriátrica. (18) (19) (20)

El grupo perteneciente al sexo femenino, es el que sufre violencia física, marital, sexual, económica, social y psicológica. En edad infantil se ha registrado un 60% de maltrato infantil, 55% por abandono, e inclusive 15% por abuso sexual. (12)

El grupo mas grande de edad, los ancianos, son quienes al igual que las mujeres sufren de abuso fisico, económico, social, psicológico, y que casi siempre es por algún familiar, en este caso los hijos. (8)
De las mujeres un 71.3% sufren de violencia intrafamiliar comprendidas entre los 18 a 39 años; y un 53% han recibido una combinación de maltrato físico y psicológico, mas un 30% que ha sido abusada sexualmente. (13)

América Latina es la región con más criminalidad y corrupción en el mundo, y con relación a violencia específica contra la mujer ocupa el primer lugar junto con África.

Según el Instituto de Investigación Criminal de Naciones Unidas, existe una estrecha relación entre la pobreza de un país y sus índices de criminalidad, que afecta negativamente el crecimiento económico de los países en desarrollo. Así como también una alta tasa de violencia en los países en los que los ciudadanos poseen armas, como lo son Estados Unidos, ex Yugoslavia, Sudafrica, y la mayor parte de Latinoamérica. (18)

En el ámbito mundial 86% corresponden a violencia contra las mujeres, y 14% contra los hombres; de toda esta población el 76% pertenece a niveles socioeconómicos bajos. (20)

B.- La violencia y la Salud Publica:

1. - Consideraciones generales:

La violencia como problema de la salud, debe ser tratada no solo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino también porque ha ejercido gran influencia en el deterioro de las relaciones sociales de solidaridad y cooperación del capital social; ocasionando así que cerca del 10% del producto interno bruto de un país se destine a sufragar gastos derivados de la violencia. (9) (17)
América Latina y el Caribe son consideradas las zonas mas violentas del mundo, ya que en ellas la tasa regional de violencia es de aproximadamente 20 homicidios por 100,000 habitantes; de donde México, Salvador y Rio de Janeiro ocupan los primeros puestos. (11)

Según la OPS, la violencia, altera directamente el estado de completo bienestar físico, mental y social de la persona, motivo por el cual la violencia se torna productora de enfermedad. (11)

Esta producción de enfermedad, aumenta la demanda de servicios de salud, sin diferenciar a que nivel se produzca esta; ya que involucra áreas para su reforma como la rehabilitación física, atención psicológica, recuperación de las capacidades productivas y la adaptación a las nuevas limitaciones orgánicas. (11) (17)

Los factores de violencia que afectan negativamente al estado de la salud en todo el mundo se encuentran encerrados en los accidentes de automóviles, las caídas, el homicidio, el suicidio y la guerra. (11)

La Organización Mundial de la Salud -OMS- y el Banco Mundial han estimado que los actos de violencia contribuyen al 15% de la carga mundial de la enfermedad. (12)

Según la OMS, la mayor parte de las consultas a los servicios de emergencia en los hospitales, es por lesiones intencionales, generalmente de gravedad alta, de tal manera que el porcentaje de este tipo de lesionados que requieren hospitalización es mayor al de los que presentan lesiones accidentales. De estos casos la mayoría sucede en fin de semana, sobre todo con antecedente de ingesta de alcohol. (17)

2.- Aspectos sociológicos:

La sociología identifica dos formas de materialización de la violencia, las cuales son:

a.- Violencia manifiesta: que afecta la vida o integridad física de individuos o grupos, de manera que sus manifestaciones son cuantificables, como el homicidio, los golpes, y la violación.

b.- Violencia Estructural: cuya causalidad se encuentra en las condiciones estructurales de la sociedad y cuyas consecuencias no se pueden atribuir a sujetos específicos. (17)

En Guatemala, la violencia se observa en el área metropolitana, ocupando a nivel de Latinoamérica el segundo lugar en criminalidad, con una tasa de mortalidad de 10 por cada 100,000 habitantes. (12)

C.- Vigilancia epidemiológica en la violencia:

En relación a los actos violentos, la vigilancia epidemiológica aporta elementos de juicio para decidir los niveles de intervención que pueden incidir en el amplio espectro multicausal de la violencia. (16)

Se puede emplear criterios de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Por medio de la prevención primaria se busca fomentar un ambiente social e individual de respeto y tolerancia, de valores sociales y de conducta personal que favorezca la resolución pacífica de los conflictos.

La prevención secundaria se aplica cuando un evento violento ya ha ocurrido y la intención es evitar nuevos episodios.

El empleo de la prevención terciaria es la que busca la rehabilitación del acto violento ya realizado. (16)

El 15 % del uso de la violencia, se ha observado a nivel conyugal, y de este del 20 al 50% en la mayor parte de los países es violencia contra la mujer (12); en donde intervienen algunas características como:

- 1.- Carácter estructural (ciudad y clase social)
- 2.- Tipo de personas (edad y sexo)
- 3.- Relaciones familiares
- 4.- Condición socioeconómica (7) (11)

A nivel intrafamiliar, la violencia se puede desencadenar por dificultades para la comunicación, desequilibrio de poder o desempeño del rol de papeles de cada uno que forma el núcleo familiar.

Las diferencias de edad, origen social y nivel académico, económico, social o profesional entre los miembros de la pareja y stress, son otros factores desencadenantes de violencia.

Algo muy importante con relación a la violencia intrafamiliar, es que el uso de la violencia coincide con haber sufrido algún tipo de abuso en la infancia, o estar sometido al exceso de alcohol, condiciones de carencia y pobreza o el uso y presencia de armas. (7) (11) (12)

El grupo que más sufre de violencia de todo tipo es el comprendido entre 15 a 29 años de edad, en donde se ha visto la mayor parte del consumo de alcohol y el uso de armas. (11)

La violencia que se observa en los adolescentes jóvenes comprendidos entre 10 a 14 años, son mas que todo del sexo masculino, los cuales están influidos la mayor parte del tiempo por rasgos contextuales vistos en programas de televisión, videos musicales o juegos, así como también por temas musicales; en donde abundan temas violentos, por presencia de heridas y sangre, uso de armas de fuego, o personajes buenos en acciones violentas. (12)

D.- Monografía de Totonicapán:

1.- Historia:

Totonicapán proviene del náhuatl atotonilco o totonilco, que significa "en el lugar del agua caliente", por la abundancia de aguas termales y sulfurosas que existen en sus alrededores; fue fundada en las planicies de Patzac por el señorío Quiché.

Fue fundado en las fértiles planicies de Patzac y Ojercaibal, las cuales se extienden al pie de las altas cumbres de Chuitlanmit, Chulpatán, Patzia y chucuiliquel.

Los Quichés abandonaron la cudad después de haber poblado Otzoya, y edificaron un nuevo pueblo en los parajes donde actualmente se encuentra la ciudad de Totonicapán. En 1,820 estalló la primera sublevación indígena, tomando parte de ella los pobladores de Momostenango, Santa María Chiquimula, San Francisco el Alto, San Andrés Xecul, San Cristóbal Totonicapán y la cabecera departamental, desconociendo a las autoridades españolas como tal y coronando a Atanasio Tzul, como rey de los Quichés.

Después de esto, a principios del siglo XIX, Totonicapán formo parte de la provincia del mismo nombre o también llamada Güegüetznango.

En 1,821 se dio la independencia y la anexión de México, en donde la alcaldía de Totonicapán fue parte de Chiapas, en donde en 1,926 en este mismo lugar se creo un ambiente de inestabilidad por los movimientos de libertad que se iniciaron, y poco después se detuvo el proceso cultural.

Al separarse los departamentos para integrar el estado de Los Altos, Totonicapán como parte del sexto estado dejo de formar el de Guatemala, hasta el 8 de mayo de 1,849 cuando se reincorpora a los pueblos separados.

2.- Extensión territorial:

Cuenta con una extensión territorial de 1061 Km2, siendo Totonicapán la cabecera departamental y clima frío.

3.- Características geográficas:

Sus accidentes geográficos comprenden las montañas Sierra Madre, Riscos en el municipio de Momostenango, la cumbre María Tecun y el volcán Cuxliquel. Los ríos son Negro, Pala y Chioj, es atravesado por el río Samalá.

4.- Aspectos demográficos y culturales:

Su Feria Titular es el 29 de Septiembre, en honor a San Miguel Arcángel; el municipio con mayor extensión territorial es Totonicapán y el de menor extensión es San Andrés Xecul.

Existe una distancia de 201 Km. desde la cabecera departamental hasta la ciudad capital.

Tiene una población total de 384,349 habitantes, con una población urbana del 11% y población rural 89 %.

El grupo étnico consta de: Indígena 97% y no indígena 3% y en todo el territorio se hablan k'iche y español con una tasa de analfabetismo de 44 %; y una esperanza de vida al nacer de 61 años.

5.- Economía y producción:

La formación de la población económicamente activa es de los 10 años en adelante, con 16 % de mujeres y 84 % de hombres.

Su economía esta basada en la producción agrícola del maíz, frijol, avena, trigo, cebada y frutas como manzana, ciruela y durazno. Su producción pecuaria esta basada en los rebaños de ovejas (de donde se obtiene la lana que utilizan para la elaboración de tejidos). La producción artesanal se orienta a los tejidos, elaboración de ponchos, cerámica mayólica, tradicional, vidriana y pintada, junto con productos de madera, producción de hilo jaspeado y cajitas pintadas para envasar dulces.

El uso de la tierra se ha evaluado que esta bien empleada en un 26 %, un subuso o poco uso un 0 %, y un sobre uso o demasiado uso un 74 %. (14)

6.- Situación de salud:

Por las condiciones, que en la mayor parte corresponde a un 85% de toda la población de Totonicapán, las mismas condiciones precarias en que viven no les permiten mantener un estado de bienestar completo, ya que por la misma necesidad económica los integrantes de la familia desde muy pequeños de edad, tienen el compromiso y la obligación de cooperar con el mantenimiento de la misma, exponiéndoles a padecer todo tipo de enfermedades como

Infecciones Respiratorias Agudas, Síndromes Diarreicos Agudos, Neumonías, Enfermedades de la piel, sumado también a Maltrato hacia los hijos y esposas por parte de los jefes de familia. (15)

también se puede establecer que por la falta de educación y cultura que se tiene en esta población, algunas enfermedades son ocasionadas por el inadecuado manejo de las mismas en manos de las comadronas, brujos o encargados de las comunidades.

7.- Servicios de salud:

Totonicapán cuenta con un hospital nacional, el cual brinda atención en promedio a 700 personas por mes, como mínimo, de las cuales algunas de ellas no son habitantes de este departamento, sino provenientes de poblaciones vecinas.

La vigilancia en salud, se encuentra conformada también, por los centros de salud, que se encuentran ubicados uno por cada municipio, para un total de 8. Esta dependencia consta de un médico, una enfermera auxiliar como mínimo, un trabajador social y un técnico de salud. Existen puestos de salud, en un total de 22 en todo el territorio de Totonicapán, formados por una enfermera auxiliar y un promotor o técnico en salud.

Existen clínicas parroquiales organizadas dentro de la misma comunidad, maternidades cantonales, implementadas en los municipios así como también organizaciones no gubernamentales, las cuales trabajan en asociación, en la mitad de estas con la jefatura de salud del departamento.

Dentro de las mismas comunidades existen organizaciones, formadas por el bienestar de la población como el Consejo de Mujeres Mayas de Desarrollo Integral de Totonicapán -CMM-.

El departamento cuenta también con la ayuda que brinda el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el cual brinda atención de maternidad, enfermedad común y sobrevivencia.

VI. MATERIAL Y METODOS

A.- METODOLOGÍA:

1.- Tipo de estudio: Descriptivo – Retrospectivo

2.- Unidad de análisis: Registros estadísticos de emergencia de los pacientes que consultaron por hechos violentos, y – expedientes médicos de pacientes que fueron ingresados por dichas causas al Hospital Nacional de Totonicapán en el periodo del 01/01/99 al 31/12/99.

3.- Universo de estudio: Registros clínicos de pacientes que consultaron a la emergencia y expedientes médicos de pacientes ingresados por hechos violentos en el Hospital Nacional de Totonicapán.

4.-Criterios de inclusión: Todo paciente que acudió a la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán por haber sufrido actos violentos, y pacientes que hayan sido ingresados por hechos de violencia, durante el periodo del 01/01/99 al 31/12/99.

5.- Criterios de exclusión: Todo paciente que haya consultado a la Emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán con diagnóstico no relacionado a la violencia.

6.- Plan de recolección de datos: Se revisaron los registros clínicos de emergencia, determinando los pacientes que consultaron por hechos violentos. Se anotó el número de ficha intrahospitalaria de aquellos que fueron ingresados por esa causa, y en base a esta información, se completó la boleta de recolección de datos, elaborada en el Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud – CISC- de la facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

1.1. Descripción de la muestra

Por las condiciones que se le dio a la muestra, esta se compone de la totalidad de la muestra de la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán, en el periodo del 01/01/99 al 31/12/99. La muestra se compone de la totalidad de la muestra de la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán, en el periodo del 01/01/99 al 31/12/99. La muestra se compone de la totalidad de la muestra de la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán, en el periodo del 01/01/99 al 31/12/99.

7.- Variables:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA
FECHA	Indicacion del momento determinado en el tiempo en que ocurre un hecho	Mes, día y hora en que sucedió el hecho violento	Nominal	Meses, Días, Horas
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad registrada en la boleta	Razon	Años
SEXO	Diferencia física y constitutiva de la mujer y el hombre	Sexo registrado en la boleta	Nominal	Masculino Femenino
OCUPACION	Actividad de producción económica a la que se dedica un individuo	Trabajo desempeñado por la persona	Nominal	Profesional obrero/ama de casa/ desempleado/ indigente
GRUPO ÉTNICO O POBLACIONAL	Conjunto de personas que comparten la misma social, cultural y lingüística	Registrado en la papeleta	Nominal	Ladino Indígena otros
LUGAR HECHO DE	Ubicación geográfica donde ocurrió un evento	Zona de la capital o departamento donde ocurrió el hecho	Nominal	Zona municipio o departamental
TIPO DE AGRESIÓN	Forma en la que se realizó una agresión	Registrada en la boleta	Nominal	Accidental Automovilístico Sexual Delincuencia Familiar
AGRESOR O AGRESORA	Autor o autora de una agresión	Persona que ocasionó la agresión	Nominal	Análisis marra/pedida esposo (o) madre/padre/com dador vehículo desconocido/ otros
MEDIO DE AGRESIÓN	Instrumento usado para ocasionar daño	Instrumento que se utilizó en la agresión	Nominal	Arma fuerza/arma blanca/ vehículo objeto contaminante Pulso/ pie
TIPO DE LESION	Daño corporal causado por un instrumento	Daño físico o mental causada en el organismo	Nominal	Física Psicológica
SERVICIO DE INGRESO	Lugar en que el paciente se encuentra dentro del centro asistencial	Ubicación del paciente según su estado clínico	Nominal	Emerg. Admisión Emerg. Pediatría Observación Intensivo Otros
CONDICION DE EGRESO	Estado físico del paciente al egresar del centro asistencial	Registrado en la papeleta	Nominal	Vivo Muerto

8.- plan de análisis y presentación de resultados:

La información recopilada, se analiza e interpreto en base al total de los datos obtenidos, agrupando estos, en frecuencias simples y porcentajes; analizando así el porque de cada pregunta de la boleta de recolección de datos.

B.- RECURSOS:

1.- Humanos: Investigador

Asesor
Revisor
Personal de Archivo

2.- Físicos y materiales: Computadora, hojas de papel bond, material de oficina

Instrumento de recolección de datos
Instalaciones de archivo y emergencia del Hospital Nacional de Totoncapán
Bibliotecas: Facultad de Ciencias Medicas
USAC
Intecap
OPS
Registros clínicos de emergencia
Expedientes médicos

3.- Económicos: Transporte

Fotocopias
Impresión de Tesis

Q. 350.00

Q. 50.00

Q. 650.00

Total

Q. 1050.00

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Distribución de consultas por hechos de violencia, en relación al total de consultas
Atendidas en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional de Totoncapán
Enero - Diciembre de 1999

MES	TOTAL DE CONSULTAS	CONSULTAS POR VIOLENCIA	PORCENTAJE EN RELACION AL TOTAL
ENERO	721	72	10.0%
FEBRERO	632	53	8.4%
MARZO	850	57	6.7%
ABRIL	975	71	7.3%
MAYO	868	79	9.1%
JUNIO	423	42	9.9%
JULIO	515	60	11.7%
AGOSTO	527	72	13.7%
SEPTIEMBRE	500	48	9.6%
OCTUBRE	546	68	12.1%
NOVIEMBRE	510	59	11.6%
DICIEMBRE	490	74	15.110%
TOTAL	7557	753	10.0%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totoncapán.

CUADRO No.2

Distribución de Ingresos Hospitalarios, en relación al total de causas atendidas por hechos de Violencia, que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional de Totoncapán
Enero - Diciembre de 1999

MES	TOTAL ATENDIDOS POR VIOLENCIA	TOTAL INGRESADOS POR VIOLENCIA	PORCENTAJE EN RELACION AL TOTAL
ENERO	72	27	38%
FEBRERO	53	20	38%
MARZO	57	36	63%
ABRIL	71	26	37%
MAYO	79	22	28%
JUNIO	42	17	40%
JULIO	60	25	42%
AGOSTO	72	37	51%
SEPTIEMBRE	48	24	50%
OCTUBRE	66	22	33%
NOVIEMBRE	59	27	46%
DICIEMBRE	74	17	23%
TOTAL	753	300	40%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totoncapán.

CUADRO No. 3

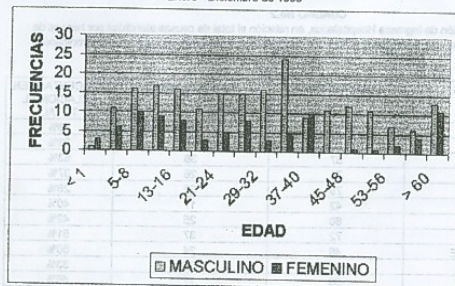
Distribución etarea por sexo de pacientes ingresados por hechos violentos en el Hospital de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 años	1	0.33%	3	1.00%	4	1.33%
1-4 años	11	3.67%	6	2.00%	17	5.67%
5-8 años	16	5.33%	10	3.33%	26	8.67%
9-12 años	17	5.67%	9	3.00%	26	8.67%
13-16 años	16	5.33%	8	2.67%	24	8.00%
17-20 años	11	3.67%	3	1.00%	14	4.67%
21-24 años	15	5.00%	5	1.67%	20	6.67%
25-28 años	15	5.00%	8	2.67%	23	7.67%
29-32 años	16	5.33%	3	1.00%	19	6.33%
33-36 años	24	8.00%	5	1.67%	29	9.67%
37-40 años	9	3.00%	10	3.33%	19	6.33%
41-44 años	11	3.67%	1	0.00%	11	3.67%
45-48 años	12	4.00%	1	0.33%	13	4.33%
49-52 años	11	3.67%	1	0.33%	12	4.00%
53-56 años	7	2.33%	2	0.67%	9	3.00%
57-60 años	6	2.00%	4	1.33%	10	3.33%
> 60 años	13	4.33%	11	3.67%	24	8.00%
TOTAL	211	70.33%	89	29.67%	300	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

GRAFICO No. 1

Distribución etarea por sexo de pacientes ingresados por hechos violentos en el Hospital de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 4

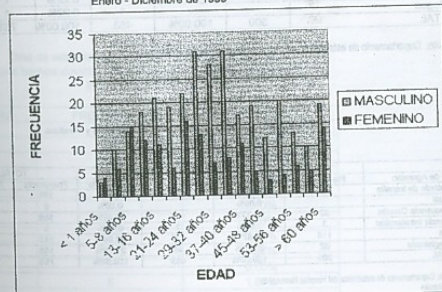
Distribución etarea por sexo de pacientes atendidos por hechos violentos en el Hospital de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 años	3	0.66%	4	0.88%	7	1.55%
1-4 años	10	2.22%	6	1.32%	16	3.53%
5-8 años	14	3.09%	15	3.31%	29	6.40%
9-12 años	18	3.97%	12	2.65%	30	6.62%
13-16 años	21	4.64%	11	2.43%	32	7.06%
17-20 años	19	4.19%	6	1.32%	25	5.52%
21-24 años	22	4.88%	16	3.53%	38	8.39%
25-28 años	31	6.84%	13	2.87%	44	9.71%
29-32 años	28	6.18%	7	1.55%	35	7.73%
33-36 años	31	6.84%	8	1.77%	39	8.61%
37-40 años	17	3.75%	11	2.43%	28	6.18%
41-44 años	19	4.19%	5	1.10%	24	5.30%
45-48 años	12	2.65%	3	0.66%	15	3.31%
49-52 años	20	4.42%	4	0.88%	24	5.30%
53-56 años	13	2.87%	6	1.32%	19	4.19%
57-60 años	10	2.22%	5	1.10%	15	3.31%
> 60 años	19	4.19%	14	3.06%	33	7.28%
TOTAL	307	67.77%	146	32.23%	453	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

GRAFICO No. 2

Distribución etarea por sexo de pacientes atendidos por hechos violentos en el Hospital de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 5
Lugar de procedencia mas frecuente de ocurrencias de hechos violentos de pacientes atendidos e ingresados en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

Procedencia del paciente	INGRESADOS		ATENDIDOS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
San Marcos	9	3.00%	17	3.75%	26	3.45%
Totonicapán	127	42.33%	192	42.38%	319	42.36%
San. Fco. El Alto	32	10.67%	4	0.88%	36	4.76%
Quezaltenango	21	7.00%	36	7.95%	57	7.57%
San Cristóbal	29	9.67%	51	11.26%	80	10.62%
Sta. Maria Cauque	17	5.67%	25	5.74%	43	5.71%
Retalhuleu	4	1.33%	9	1.99%	13	1.73%
Sn. Pedro	6	2.00%	7	1.55%	13	1.73%
Guatemala	3	1.00%	0	0.00%	3	0.40%
Suchitepéquez	1	0.33%	9	1.99%	10	1.33%
Momostenango	21	7.00%	48	10.60%	69	9.16%
Sn. Carlos Sija	3	1.00%	11	2.43%	14	1.86%
Solola	2	0.67%	9	1.99%	11	1.46%
Cuyotenango	1	0.33%	0	0.00%	1	0.13%
Nahuala	1	0.33%	8	1.77%	9	1.20%
Huehuetenango	4	1.33%	5	1.10%	9	1.20%
Sta. Catarina Idiaguacan	3	1.00%	1	0.22%	4	0.53%
Sn. Bartolo	2	0.67%	4	0.88%	6	0.80%
Colomba	1	0.33%	0	0.00%	1	0.13%
Malacatanito	1	0.33%	0	0.00%	1	0.13%
Sn. Andres	12	4.00%	14	3.09%	26	3.45%
Olintepeque			1	0.22%	1	0.13%
Pologua			1	0.22%	1	0.13%
TOTAL	300	100.00%	453	100.00%	753	100.00%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 6
Tipo de agresión mas frecuente de pacientes ingresados y atendidos en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

Tipo de Agresión	INGRESADOS		ATENDIDOS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Accidente de tránsito	67	22.33%	82	20.31%	159	21.12%
Sexual		0.00%		0.00%	0	0.00%
Delincuencia Común	52	17.33%	136	30.02%	188	24.97%
Violencia Intrafamiliar	3	1.00%	2	0.44%	5	0.66%
Otros	116	38.67%	127	28.04%	243	32.27%
No registrado	62	20.67%	96	21.19%	158	20.98%
TOTAL	300	100.00%	453	100.00%	753	100.00%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán

CUADRO No. 7
Medio de agresión usado con mas frecuencia en pacientes ingresados y atendidos en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

Medio de Agresión	INGRESADOS		ATENDIDOS		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Arma de fuego	3	1.00%	9	1.99%	12	1.59%
Arma blanca	7	2.33%	49	10.82%	56	7.44%
Vehículo/automóvil	67	22.33%	179	39.51%	246	32.67%
Puñes y pies		0.00%		0.00%	0	0.00%
Otros	132	44.00%	156	34.44%	288	38.25%
No registrado	91	30.33%	60	13.25%	151	20.05%
TOTAL	300	100.00%	453	100.00%	753	100.00%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 8
Servicio de ingreso de pacientes hospitalizados por hechos violentos en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CIRUGIA DE ADULTOS	267	69.00%
CIRUGIA DE PEDIATRIA	71	23.67%
MEDICINA GENERAL	22	7.33%
TOTAL	300	100.00%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 9
Días de estancia hospitalaria de pacientes hospitalizados por hechos violentos en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

DIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-3	189	63.00%
4-6	44	14.67%
7-9	32	10.67%
10-12	16	5.33%
13-15	6	2.00%
16-18	3	1.00%
19-21	1	0.33%
22-24	2	0.67%
25-27	2	0.67%
28-30		0.00%
> 30	5	1.67%
TOTAL	300	100.00%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 10
Diagnósticos de pacientes hospitalizados por hechos violentos
en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

DIAGNOSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
HERIDA CORTOCONTUNDENTE	4	1	4	2	5	3	2	6	3	1	3	1	38
CONTUSION	1	1	3	2	1	2	6	6	2	6	1	3	47
POLITRAUMATISMO	3	1	3	2	1	2	6	2	1	6	1	1	31
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	2	2	5	4	3	6	9	5	1	1	5	3	47
FRACTURAS DE EXTREMIDADES	2	2	4	5	2	1	7	4	1	3	5	3	36
QUEMADURAS	9	5	9	3	5	2	1	3	6	7	2	10	63
MORRIDA HUMANA	2	6	4	4	2	1	3	6	7	2	10	3	36
MALTRATO FISICO	1				1			2	5	4	7	2	39
HERIDA POR ARMA DE FUEGO										1			3
HERIDA POR ARMA BLANCA		1	1										2
TRAUMA OCULOFACIAL					1	1							2
OTROS		1	3	1	1		1	1	1	1	2		9
TOTAL	5	1	2	4	2	1	1	1	1	2	1		12
	27	29	36	28	22	17	26	37	24	22	27	17	300

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 11
Diagnósticos de pacientes atendidos por hechos violentos
en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

DIAGNOSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
HERIDA CORTOCONTUNDENTE	9	1	8	10	6	7	9	12	9	10	4	7	92
CONTUSION													17
POLITRAUMATISMO													2
TRAUMA CRANEOENCEFALICO													2
FRACTURAS DE EXTREMIDADES	16	7	12	9	8	6	9	13	7	8	1	15	117
QUEMADURAS	4		5			5	7	7	8		6	9	91
MORRIDA HUMANA													
MALTRATO FISICO													
HERIDA POR ARMA DE FUEGO				1									1
HERIDA POR ARMA BLANCA					2		4						6
TRAUMA OCULOFACIAL	2	6		5	4	3	8	6	2	5	3	9	49
OTROS	7		1			2	5	4	3		5	4	31
TOTAL	8	7	5	6	5	11	9	4	6	8	7	6	82
	46	21	36	31	25	38	60	48	35	31	33	49	453

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 12

Tratamiento brindado a pacientes ingresados y atendidos por hechos violentos
en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

TRATAMIENTO	INGRESADOS		ATENIDOS		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médico	162	54.00%	321	70.89%	483	64%
Quirúrgico	117	38.00%		0.00%	117	16%
No Quirúrgico			113	24.94%	113	15%
Psicológico		0.00%		0.00%	0	0%
Conjunto	21	7.00%	19	4.19%	40	5%
TOTAL	300	100.00%	453	100.00%	753	100%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

CUADRO No. 13

Mortalidad y Condición de egreso por tipo de agresión en pacientes
hospitalizados en el Hospital Nacional de Totonicapán
Enero - Diciembre de 1999

TIPO DE AGRESION	VIVO		MUERTO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Accidente de tránsito	66	22.00%	1	0.33%	67	22.33%
Sexual		0.00%		0.00%	0	0.00%
Delincuencia Común	52	17.33%		0.00%	52	17.33%
Violencia Intrafamiliar	3	1.00%		0.00%	3	1.00%
Otros	116	38.67%		0.00%	116	38.67%
No registrado	62	20.67%		0.00%	62	20.67%
TOTAL	299	99.67%	1	0.33%	300	100.00%

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1999, se evaluaron de forma clínica a 7557 personas en el servicio de Emergencia, del Hospital Nacional de Totonicapán, de los cuales, 753 fueron atendidas por motivo de haber sido víctimas de actos violentos, representando 10 %, del total de pacientes que consultaron a la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán, (cuadro #1), lo cual es comparable al porcentaje del 15% establecido por la Organización Mundial de la Salud, como carga mundial de enfermedad. (12). Esta enfermedad que se convierte paulatinamente en epidemia, es aun mas preocupante, al observarse que de las 753 personas atendidas por hechos violentos en la emergencia, el 40% de ellas fueron motivo de ingreso al Hospital Nacional de Totonicapán (cuadro # 2).

Con relación a la edad y sexo, de los pacientes ingresados por hechos de violencia (cuadro #3), se determinó que el sexo masculino entre las edades de 13 a 36 años, fue el mas afectado en el 70.33 %, considerándose por ello el grupo de mayor riesgo. Esto confirma la base teórica que la población mayormente afectada es la juvenil y adultez juvenil, (11), y de mayor importancia aun al establecer que la población económicamente activa de este departamento, inicia a partir de los 10 años. La edad en donde se registran mayor número de ingresos esta comprendida entre los 33 a 36 años, seguida de 9 a 12 años y 29 a 32 años.

Al considerar la totalidad de pacientes atendidos por hechos violentos, según el sexo (cuadro #4), el sexo masculino fue el mas afectado en un 67.77 %, siendo la edad que con mas frecuencia consulta la comprendida entre 33 a 36 años, seguida de 29 a 32 años. Esto, al igual que en los pacientes que consultaron, establecen que en el sexo masculino no importa si son padres o hijos, para sufrir un acontecimiento violento, y que en ambos casos sin importar la edad, al iniciar tareas y responsabilidades se exponen a situaciones de riesgo en las cuales puedan ser víctimas de hechos violentos, como accidentes de tránsito y/o delincuencia así como también exponerse a la ingesta de alcohol, drogas o el estrés. (11) (18).

Es vital y de suma importancia analizar que independientemente del sexo, la violencia no respeta grupo etareo, lo que se demuestra al observar que a las emergencias de los hospitales, acuden pacientes pertenecientes al grupo pediátrico tanto por atención como por tratamiento intrahospitalario, como lo son los menores de 5 años; este porcentaje de 2.87 % (cuadro #3) y 4 % (cuadro #4) respectivamente, confirman que los grupos mas afectados son los infantes y los pertenecientes al grupo geriátrico (18) (19) (20), de los cuales 4.19 % fueron mayores de 60 años (cuadro #3), contra un 4.33 % (cuadro #4), que fueron motivo de ingreso, evidenciando así que no importa la edad para estar en riesgo y ser víctima de la violencia.

La procedencia de la mayor parte de los pacientes que fueron ingresados y atendidos (cuadro #5), corresponde al caso territorial de la propia cabecera en casi 50 % de los casos, lo cual es ocasionado por la mayor cercanía y concentración de la población hacia el Hospital Nacional de este departamento. Pero en contradicción a esto, se observa que existen pacientes que son provenientes de áreas lejanas como Sololá, San Marcos, Retalhuleu, Colombia, y Olinitepeque, los cuales también fueron atendidos o ingresados por haber sufrido algún hecho violento. Estas consultas realizadas a este centro asistencial, dependen de la movilización de las personas, que en un momento determinado, se ponen en riesgo al tener la necesidad de salir de sus hogares en busca de mejores oportunidades de vida, mayores ingresos económicos, educación y satisfacciones personales o familiares. (18).

La ocupación y oficio no fue posible determinarlo, debido a que en los registros de papelería intrahospitalaria no existen los datos de dicha clasificación, pero en estas zonas occidentales, la mayor parte de su economía esta dedicada a la producción agrícola y artesanal (14), por lo que se asumir que la mayor parte de la población que acude en busca de atención medica en base a su demografía económica y productiva es un 80 % (14). Esta falta parcial de información, forma parte de los obstáculos para poder demostrar completamente, el efecto a nivel nacional y departamental que causa la violencia como relación hacia la salud.

La violencia en la salud, causa un tipo de agresión peculiar dependiendo del lugar o forma en que se efectúe. (1). En el departamento de Totonicapán, la mayor parte de estas agresiones

identificadas que fueron atendidas (cuadro #6), sucedieron a causa de ser víctimas de la delincuencia común, en primer lugar; seguidas de los accidentes de tránsito, siendo el total por ambos, casi la mitad de los atendidos por violencia en la emergencia; como lo describe la Organización Mundial de la Salud, que como parte de otros factores son las causas que mas condicionan a la violencia, y afectan negativamente al estado de la salud (11) (16). Así también los pacientes que fueron ingresados por algún tipo de agresión (cuadro #6), corresponden al 40 % del total de vistos y atendidos. Como resultado de ello, los accidentes de tránsito ocupan el mayor porcentaje de los mismos con 22.33 % de ellos, el cual en conjunto con la delincuencia común (17.33 %), forman una evidencia suficiente para confirmar el efecto perjudicial que ocasiona la violencia en la sociedad.

La violencia intrafamiliar y la agresión sexual, fueron los tipos de agresión menos reportados, tanto de atendidos como ingresados. Solamente 1.44 % del total de pacientes fue víctima de la violencia intrafamiliar, sin reportarse algún caso de agresión sexual, lo cual no asegura que no exista o que no continúen alguna de estas causas; ya que contradictoriamente a lo que informa los estudios de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Procuraduría de los Derechos Humanos, la violencia intrafamiliar existe en gran parte de la población en general, y que derivado de ello es el abuso o agresión sexual. (7) (12) (13) (15).

El hallazgo que no se presente ningún tipo de agresión sexual, puede ser resultado que en nuestra sociedad machista y jerárquica, en gran parte de los casos, la víctima es intimidada para que no se consulte por dicho acto o sea consultado por otra causa. Así también la violencia intrafamiliar, es parte de esta problemática, ya que por temor de sufrir nuevamente el daño a la integridad física, asociado a la inseguridad de convivir con el agresor, no se informan a su debido tiempo la realización de dicho acontecimiento. Estos tipos de agresiones, se asocian en un 90 % a la ingesta de alcohol, drogas, stress o deficiencias económicas, (7) (11) (13), lo cual afecta la relación conyugal y de los padres hacia los hijos, (12) (15); la ingesta de alcohol como factor desencadenante de la violencia, es el primero en aportar puntos dañinos y perjudiciales hacia en medio en que vivimos, (10) (16), correspondiendo a esto, se encuentra que el 41 % del total de casos que se incluyeron en las agresiones atendidas en la emergencia, pertenecen a este grupo derivado de la violencia.

Del medio de agresión (cuadro # 7), como parte del acto y tipo de agresividad hacia una persona, se estableció que el daño ocasionado por objetos contundentes ocupa el primer lugar, con 78 % de daño hacia las personas que fueron evaluadas en la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán. La segunda causa, fue establecida por el vehículo o automóvil, en un 62 % del total general de violencia; seguida de las lesiones por arma blanca en 13 % y las de arma de fuego en 3 %.

En relación con el citado hecho, en la mitad de los casos, tanto el agredido como el agresor, no tienen el cuidado o información necesaria para el manejo de cualquier tipo de armas, o el manejo de los móviles como los vehículos, (16). Estas cifras que colocan a estos medios de agresión en primeros lugares, también se comprueba con los análisis realizados por el Organismo Judicial de este país, al reportar para el año 1997, a 376 personas muertas por arma de fuego, (3), en donde la asociación a la delincuencia, y a las muchas personas que conducen vehículos sin tener la capacidad necesaria, hacen que sea determinante el papel del aumento ocasionado por los actos delictivos y violentos.

Las heridas por arma blanca sobrepasaron a las de fuego, probablemente porque los oficios aprendidos y ocupacionales de los pobladores, obedecen con mas frecuencia al uso de objetos cortos contundentes como el machete tipo colima o bien tipo recto.

Con relación al agresor, al igual que el dato de ocupación, fue información con el que no se contó dentro de los datos obtenidos a nivel intrahospitalario. Se debe tomar en cuenta que algunas ocasiones este tipo de información no es proporcionada por el paciente, por temor a represalias o correr el riesgo que el incidente se repita de nuevo y con mayor severidad.

Del número de los casos observados en la emergencia, el 40 % requirió tratamiento a nivel intrahospitalario (cuadro #8), en donde se estableció que los diagnósticos de mayor incidencia, fueron los ocasionados por objetos contundentes, accidentes de tránsito, fracturas de extremidades, heridas por arma blanca y de fuego, seguidas de otras menores en frecuencia, ayudando a confirmar que los hechos delictivos ocasionados por la violencia, atacan a todo ser humano, sin hacer referencia de sexo, edad, ocupación, procedencia o raza, (18) (19) (20).

Según la Organización Mundial de la Salud, la mayor parte de las consultas a los servicios de emergencia en los hospitales, es por lesiones intencionales, generalmente de gravedad alta; de tal manera que el porcentaje de este tipo de lesionados que requieren atención hospitalaria, es mayor al de los que presentan lesiones accidentales, (17), y resultado de ello es que el 10 % del producto interno bruto de un país, se destine a sufragar gastos derivados de la violencia, (9) (17), incluyendo dentro de este margen, la atención prestada dentro de los servicios de algún hospital.

El servicio con mayor afluencia de pacientes se dio en la cirugía de adultos con 69 %, seguido de igual especialidad pero de atención pediátrica con 45.33 % de diferencia del primero; y el porcentaje restante fue atendido por el servicio de medicina general. El ingreso a estos servicios, fue porque en el Hospital Nacional de esta localidad, no se cuenta con servicios de observación o unidad de intensivo, propiamente dichos, así como también que no cuenta con otras especialidades como Traumatología y Ortopedia, Cirugía Plástica, Neurología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, y otras, las cuales ayudarían a disminuir y clasificar mejor la carga de pacientes atendidos.

El tiempo de estancia intrahospitalaria en un servicio (cuadro #9), depende de la evolución que manifieste el paciente, situación que también se encuentra incluido dentro del 10 % del producto interno bruto del país esta atención (17); este periodo de estancia dentro del hospital, se podrían disminuir al iniciar una conducta preventiva y educacional, para evitar riesgos y manejar mejor las situaciones que pudieran provocar alguna condición de peligro hacia la persona, (16).

El mayor tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 1 a 3 días para el 63 % de los pacientes ingresados, y un máximo de mas de 30 días para el 1.63 % de los mismos. La estancia hospitalaria de los pacientes dentro de un servicio de atención medica, implica gastos al país, a la institución donde se encuentra, a la familia y al mismo paciente, ya que esto implica dejar de producir al no realizar sus actividades laborales. El tiempo de hospedaje intrahospitalario, también se encuentra determinado en algunas ocasiones, por la distancia en que residen los pacientes, los cuales solamente permanecen ingresados por un día, ocasionando esto un incremento y un gasto en la carga socioeconómica del país.

Los diagnósticos que ocasionaron la estancia intrahospitalaria (cuadro #10) y la atención prestada en el servicio de emergencia (cuadro #11), fueron en primer lugar las fracturas de las extremidades en un 21 % y 26 % respectivamente; estos diagnósticos sobrepasaron las consultas por quemaduras, las cuales fueron motivo de consulta y tratamiento dentro del hospital en un 13 %, seguidas por las contusiones que no ameritaron ser ingresadas en 20 % de las consultas. En esta misma clasificación se incluyeron las heridas por arma blanca y de fuego, las cuales siempre se hacen presente al hablar del tema de violencia.

Al analizar los datos obtenidos por diagnóstico, llama la atención que durante el año de 1999 se ingresaron a 3 pacientes que presentaban arcadas dentarias o mordeduras humanas; 2 de ellos puramente ingresados por este motivo, lo cual es un dato preciso que se incluye en la violencia o maltrato físico y psicológico, pero que algunas veces por falta de conocimiento no se brinda la importancia que amerita, así como también no se le da seguimiento a estos pacientes para comprobar su estado físico y mental en un tiempo determinado.

De los pacientes atendidos e ingresados, ninguno recibió tratamiento como terapia psicológica (cuadro #12), y predominó en ambos casos el tratamiento médico en un 64 % del total de pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Nacional Departamental. El tratamiento quirúrgico fue brindado en un 39 % de los ingresos, 25 % de los atendidos recibió atención no quirúrgica, y el 5% del total recibió tratamiento conjunto,

Del total de pacientes atendidos en la emergencia por causa de la violencia, se encontró que 1 paciente falleció antes de las 24 horas de estar en el hospital, por causa de sufrir un accidente de tránsito e ingresar con diagnóstico de politraumatismo. Esto confirma la literatura revisada, en donde se enmarca que la violencia por accidentes de tránsito de tipo automovilístico es la que cobra mas vidas humanas (16), sobre todo si es bajo efectos de alcohol.

Por todo lo anterior, en la realización del presente estudio se incluyeron a todos los pacientes que acudieron en busca de atención médica, ocasionados por algún hecho o acto violento, a la emergencia del Hospital Nacional de Totonicapán.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- En Guatemala la violencia es una entidad en aumento, que se encuentra influenciado entre otras cosas por la ingesta de alcohol y drogas, las cuales alteran el estado mental de la persona, sin importar la edad, sexo, u ocupación de la víctima a la que cause daño, ya sea de forma directa o indirecta.
- 2.- La violencia en sus múltiples facetas y manifestaciones, no se puede englobar en un solo término, así como también no se puede precisar con exactitud la magnitud del problema que representa, ya que en este caso la fuente de información contenida en los registros intrahospitalarios del Hospital Nacional de Totonicapán, no ofreció todos los datos necesarios para su realización, como lo fueron: la ocupación u oficio, el lugar de hecho y el agresor, los cuales no se incluyen en la toma de recolección de datos en el momento en que el paciente consulta a la emergencia.
- 3.- Las mayores causas de consulta y motivo de ingreso al hospital fueron la fracturas de extremidades, heridas por arma blanca y de fuego, con predominancia del sexo masculino, partir de los 5 años de edad, con mayor frecuencia entre las los 21 a 36 años, ocasionados por vehículos automotores, arma blanca y de fuego.
- 4.- La violencia puede ser prevenida al brindar y reforzar la información en el manejo de las situaciones de riesgo a nivel rural y urbano, tanto personal como colectivo.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Reforzar o implementar las leyes que norman el tránsito vehicular y el uso de las armas, especialmente de fuego y en la población civil.
- 2.- Penalizar con todo el peso de la ley, a toda persona que utilice o maneje un automotor y/o arma en contra de otra persona, o así también poner en riesgo la vida propia y la de los demás.
- 3.- Implementar, promover y reforzar los programas de prevención y detección de actos violentos, al educar a la población guatemalteca desde edades tempranas, que es cuando se inician las exposiciones y manifestaciones de la violencia.
- 4.- Instruir a todo el personal médico y paramédico, en la importancia de la magnitud que representa la violencia como enfermedad de la salud, así como la elaboración de toma de datos en caso se presente un hecho ocasionado por la violencia, desde la emergencia hasta un servicio de encamamiento.
- 5.- Promover como causa productora de enfermedad a la violencia, para poder brindar una mejor atención y dar seguimiento a la conducta de tratamiento otorgado al paciente, que acuda por motivo de haber sufrido un acto violento.
- 6.- Establecer parámetros dentro de las normas de proyectos antiviolencia, que se encaminen al bienestar de la población guatemalteca y que se adapte a las necesidades y condiciones socioeconómicas verdaderas del país.
- 7.- Continuar con estudios prospectivos y descriptivos a nivel nacional, en el seguimiento de la violencia como causa de enfermedad, y así mismo por medio de los colegas de profesión, realizar un seguimiento del presente estudio, pero ya con todos los datos que no se completaron por la falta de información en el hospital departamental de Totonicapán, y así mismo en el resto del país, para determinar con mayor exactitud la magnitud real de la violencia en Guatemala.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar o implementar las leyes que norman el tránsito vehicular y el uso de las armas, especialmente de fuego y en la población civil.
- 2.- Realizar con todo el peso de la ley, a toda persona que utilice o maneje un arma, en contra de una persona o así también poner en riesgo la vida propia y la de los demás.
- 3.- Implementar, promover y reforzar los programas de prevención y educación de actos violentos, al educar a la población guatemalteca desde edades tempranas, desde cuando se forman las actitudes y mentalidades de la violencia.
- 4.- Instruir a todo el personal médico y paramédico en la importancia de la atención que representa la violencia como enfermedad de la salud, así como la elaboración de estadísticas, en caso se presenten un hecho ocasionado por la violencia, donde la emergencia debe en servicio de mejoramiento.
- 5.- Promover como causa productora de enfermedad a la violencia, para poder brindar una mejor atención y un seguimiento a los conductos de tratamiento integral al paciente, que recibe por motivo de haber sufrido un acto violento.
- 6.- Empezar programas dentro de las normas de protección social, que se concuerden al bienestar de la población guatemalteca y que se adapte a las necesidades y condiciones socioeconómicas variables del país.
- 7.- Continuar con estudios prospectivos y descriptivos a nivel nacional, en el seguimiento de la violencia como causa de enfermedad, y así mismo por medio de los colegios de medicina realizar un seguimiento del presente estudio, pero ya con todos los datos que no se complementan por la falta de información en el hospital departamental de Totonicapán, y así mismo en el resto del país, para determinar con mayor exactitud la magnitud real de la violencia en Guatemala.

XI. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo-retrospectivo se realizó para dar a conocer e identificar la magnitud de la violencia como problema en salud en el Hospital Nacional Departamental de Totonicapán. Para el efecto, se revisaron los registros clínicos de pacientes que consultaron por actos violentos, en el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1999; durante el cual se evaluaron y atendieron a 753.

El sexo masculino fue el mas afectado, en las edades de 21 a 36 años para un total de 182 pacientes (24%). La procedencia de dichos pacientes que sufrieron mas actos violentos corresponde a la cabecera departamental, con 319 consultas (42 %). El tipo de agresión mas frecuente observada en los pacientes que consultaron fue por delincuencia común 188 pacientes (25%), accidente de tránsito 159 pacientes (21 %). Los medios de agresión mas frecuentes observados en los pacientes que consultaron a la emergencia, fueron los objetos contundentes 132 (38%), vehículo o automóvil (33%), arma blanca 56 (7%), y arma de fuego 12 (2%).

Del total de pacientes ingresados 207 fueron ingresados al servicio de cirugía de adultos (69%), 71 en cirugía pediátrica (23%), y 22 en medicina general (17%). El tiempo de estancia intrahospitalaria mas frecuente fue de 1 a 3 días, en 189 pacientes ingresados (63%); habiendo casos de mayor estancia dentro del hospital, que ameritaron tratamiento por mas de 30 días en 5 pacientes (1%).

Los diagnósticos por lo que consultaron con mas frecuencia los pacientes que sufrieron actos violentos, comprendió las fracturas de las extremidades en 180 pacientes (24%), y los de menor consulta correspondieron al maltrato físico y mordidas humanas, en 2 (0.26%), y 3 (0.40), casos vistos correspondientemente.

El tratamiento que se brindó a las víctimas de la violencia fue médico 483 (64%), quirúrgico 117 (39%), no quirúrgico 113 (25%), y conjunto 40 (5%). Se estableció que del total de pacientes ingresados, uno de ellos falleció, antes de las 24 horas de estancia en el hospital (0.33%).

El presente estudio de tipo descriptivo-observativo se realizó para dar a conocer e identificar la magnitud de la violencia contra las mujeres en el Hospital Nacional Experimental de Ginecología y Obstetricia. Para el efecto, se revisaron los registros clínicos de las pacientes que consultaron por actos violentos, en el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997, durante el cual se evaluaron y atendieron a 323.

El grupo muestreo fue el más afectado, en las edades de 21 a 30 años para un total de 153 pacientes (24%). La procedencia de dichas pacientes que sufrieron actos violentos correspondió a la cabecera departamental, con 319 consultas (42%). El tipo de agresión más frecuente observada en las pacientes que consultaron fue por delincuencia común 168 pacientes (52%), seguida de tránsito 139 pacientes (21%). Las medidas de agresión más frecuentes observadas en las pacientes que consultaron a la emergencia fueron los golpes con objetos contundentes 135 (38%), voladura o quemadura (33%), arma blanca 26 (8%), y arma de fuego 13 (5%).

Del total de pacientes ingresados 307 fueron ingresados al servicio de cirugía de urgencias (96%), 71 en cirugía planificada (23%) y 23 en medicina general (7%). El tiempo de estancia hospitalaria más frecuente fue de 1 a 3 días, en 189 pacientes ingresados (59%). Hubieron casos de mayor estancia dentro del hospital, que presentaron hospitalización por más de 30 días en 3 pacientes (1%).

Los diagnósticos por los que consultaron con más frecuencia las pacientes que sufrieron actos violentos, comprendidos las lesiones de las extremidades en 180 pacientes (56%), y los de menor frecuencia correspondieron al mal de ojo 13 y mordeduras humanas, en 3 (0.9%) y 3 (0.9%) casos, respectivamente.

El tratamiento que se brindó a las víctimas de la violencia fue médico 283 (88%), quirúrgico 117 (36%), no quirúrgico 113 (35%), y conjunto 40 (12%). Se estableció que del total de pacientes ingresados, más de ellos fallecieron, más de las 24 horas de estancia en el hospital (0.32%).

XII. BIBLIOGRAFIA

- 01.- Aguilar, Yolanda. Agresión y violencia contra nuestros derechos. Revista número 109, Guatemala, Abril, 1996.
- 02.- Domenach, Jean-Marie. Violencia y sus causas. Editorial Unesco Francia, 1997. Pp 115-119.
- 03.- Inforpres Centroamericana, número 1234, Editorial Matthew Creilman, Guatemala, 1997. Pp. 76.
- 04.- Lovell, George. Surviving conquest: The maya of Guatemala en historical perspective. Latin American Research, Review, U.S.A. 1996, vol. 26, No. 3.
- 05.- Martín, Baro Ignacio. Acción e ideología. UCA, Editores, Universidad Centro Americana, San Salvador, Salvador. 1998.
- 06.- Minera, Adolfo. Violencia doméstica. Editorial ACTA, Fondo para la salud mental, Buenos Aires, Argentina. 1997.
- 07.- Moreno Moreno, Martín. Violencia en la pareja. Nov. 1998, Editorial Smitle, España. Pp. 146-148.
- 08.- Organización Mundial de Salud. Sector salud y violencia intrafamiliar. boletín informativo, Temas de Actualidad, Guatemala 1998. Pp. 333-335.
- 09.- Organización Panamericana de la Salud. Violencia y salud pública. Boletín Epidemiológico, Washington D.C., vol 1, 1999.
- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública, vol 5, números 4/5, Abril/Mayo, 1999.
- 11.- Organización Panamericana de la Salud. Violencia en América Latina y España. Boletín Informativo número 3, España. 1999.
- 12.- Organización Panamericana de la Salud. Violencia como epidemia. Boletín de Población Mundial, volumen 4, Agosto. 1999.

- 13.-Pinto, De Sagastume Varinia. Manual para el manejo del síndrome del maltrato infantil. Procuradora de los Derechos Humanos, Defensoría de los Derechos de la Niñez. Primera Edición. Guatemala, 1998.
- 14.-Programas de Desarrollo Social. INE. Departamento de Estadística. 1999.
- 15.-Programa de Apoyo para la Salud y Grupos de Riesgo. Violencia intrafamiliar y grupos de auto ayuda, folleto número II, Guatemala, 1997.
- 16.-Pan Am Public Health. Rev Current Topics, violence and health effects 1997.
- 17.-Salud Pública En México. Volumen numero 39, Noviembre/Diciembre 1998.
- 19.-Violencia América Latina. <http://www.jornada.unam.mx/1998/agosto/980807/df.html>.
- 18.-Violencia. <http://www.enlacecivil.org.mx/número10/intergal/3.html>
- 20.-Violencia Intrafamiliar. <http://www.jornada.unam.mx/1997/agosto/970827/violenciaintraf.html>.
- 09.-Organización Panamericana de la Salud. Violencia y Salud. Boletín Epidemiológico, Washington D.C., vol. 1, 1993.
- 10.-Organización Panamericana de la Salud. Violencia y Salud. Boletín Epidemiológico, vol. 2, número 42, Washington, 1993.
- 11.-Organización Panamericana de la Salud. Violencia y Salud. Boletín Epidemiológico, vol. 2, número 42, Washington, 1993.
- 12.-Organización Panamericana de la Salud. Violencia y Salud. Boletín Epidemiológico, vol. 2, número 42, Washington, 1993.

XIII. ANEXOS

13-Plan, De Seguridad. Varón. Muestra para el estudio del
sistema del sistema judicial. Procuraduría de los Derechos Humanos,
Defensoría de los Derechos de la Niñez. Primera Edición. Guatemala:
1998.

14-Programa de Desarrollo Social. INE. Departamento de Estadística.
1999.

15-Programa de Apoyo para la Salud y Grupos de Riesgo. Violencia
intrafamiliar y grupos de alto riesgo. Julio número 11. Guatemala,
1997.

16-Plan Anual de la Salud. Rev. Quirón. Tópica, Violencia y salud legal.
1998.

17-Plan Anual de la Salud. Volumen número 39. Noviembre-Diciembre
1998.

СОХВА ИЛХ

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS
CIENCIAS DE LA SALUD-CICS-

"La violencia, un problema de salud pública en Guatemala".

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Boleta No. _____

HOSPITAL _____

Fecha de toma de datos: día _____ mes _____ año _____ Hora _____ 3 _____ semanas

Edad del paciente:

1. _____ años
2. _____ meses
3. _____ días

Sexo _____

1. Masculino
2. Femenino

Ocupación:

1. Profesional
2. Obrero
3. Estudiante
4. Ama de casa
5. Indigente
6. _____

Grupo poblacional:

1. Indígena
2. Ladino
3. Otro: _____

Procedencia:

1. Cabeecera _____
2. Municipio _____
3. Otro _____

Trasladado al Hospital por:

1. Bomberos
2. Propia voluntad
3. Amigo
4. Familiar
5. Vecinos
6. Ambulancia privada
7. Policía
8. Padres _____
9. Otros _____

Servicio de ingreso:

- 1- Emergencia de Adultos
- 2- Emergencia de Pediatría
- 3- Observación
- 4- Intensivo
- 5- Otro (especifique) _____

Paciente hospitalizado:

- 1- Si
- 2- No

Tiempo de estancia en el hospital:

1. _____ horas
2. _____ días

Tipo de Agresión

1. Política
2. Sexual
3. Delincuencia común
4. Violencia intra familiar

Agresor

1. Asistente
2. Mero
3. Policía
4. Esposola
5. Madre/ Padre
6. Otro familiar
7. Otro _____

Tipo de lesión

1. Física
2. Psicológica

Medio utilizado

1. Arma de fuego
2. Arma blanca
3. Objeto contundente
4. Puños, paladas, mordiscos, etc.
5. Otros _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Diagnóstico de Egreso: _____

Condición de Egreso:

1. Vivo
2. Muerto

Clasificación médico legal

1. Si
2. No