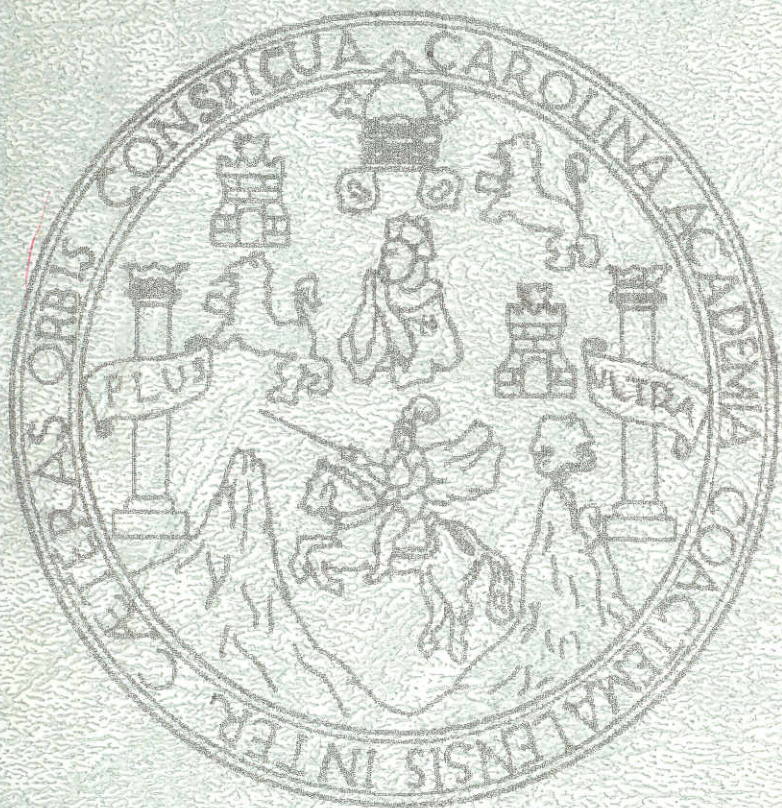


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**VIOLENCIA, UN PROBLEMA DE SALUD
PUBLICA EN GUATEMALA**



24
MARIO JAIR RIVERA RODRIGUEZ

MEDICO Y CIRUJANO

TÍTULO

**LA VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN
GUATEMALA**

SUBTÍTULO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO, REALIZADÓ EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, AÑO
1999.**

ÍNDICE

Página	
I.	INTRODUCCIÓN.....3
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....4
III.	JUSTIFICACIÓN.....5
IV.	OBJETIVOS.....6
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....7
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS.....19
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....23
VIII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....35
IX.	CONCLUSIONES.....39
X.	RECOMENDACIONES.....40
XI.	RESUMEN.....41
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....42
XIII.	ANEXOS.....44

I. INTRODUCCIÓN

La violencia es un acto, premeditado o no, que tiene como producto el daño en la integridad física, síquica, sexual, en la personalidad, y aún en la libertad de movimientos de la víctima. Es un problema que ha sido visto, más con ojos criminológicos y penales que con enfoque de Salud. Guatemala como país en vías de desarrollo padece de este cáncer, el de la violencia, al que no puede escapar como resultado de la situación social y económica que se vive en el país, al igual que en varios países de Latinoamérica, en donde las estadísticas por hechos violentos va en aumento.

A nivel latinoamericano la idea de enfocar este problema es reciente. En Guatemala por medio de 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, se ha coordinado un estudio a nivel nacional, tratando de poder determinar las repercusiones que este tiene en nuestra sociedad guatemalteca. Es por ello que se analizaron los temas propios de la violencia, así como también los referentes a la medicina. La idea es describir la repercusión que tuvo la violencia en el año de 1999. En el departamento de El Progreso, podemos determinar ahora que esta ocasiono 1.6 % de todas las atenciones de emergencia durante el período ya mencionado. La primera causa de agresión fue con un objeto contundente aunque las lesiones por arma de fuego fueron las que causaron más ingresos que los otros tipos de lesiones causadas, aunque no muy lejos estuvieron las lesiones con objetos contundentes y las realizadas por arma blanca.

El análisis del problema incluye aspectos como: en muchos casos la primera fuente de atención para los pacientes, y su toma de datos, así como también el aspecto económico el cual involucra gastos de hospitalización, hilos de sutura, anestesia en algunos de los casos, y personal médico y paramédico, por citar algunos; percibimos así de esta manera las repercusiones que este tiene en la sociedad y en la salud.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La violencia ha sido un mal, que ha estado presente en todas las civilizaciones y esta es definida como: “la acción de aplicar medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia” (15)

Pero hoy en día nos toca a nosotros ser las víctimas de este fenómeno, el cual ha ido en aumento, basta con detenerse a leer los titulares de los periódicos y darse cuenta que en un buen porcentaje de las noticias solo presentan los efectos de la violencia en la sociedad.

Muertes y heridas causadas por actos de violencia están aumentando en la región de las Américas a un ritmo alarmante, según menciona un comunicado de la Organización Panamericana de la Salud, respecto a la violencia.(18)

Datos proporcionados por la Comisión del Esclarecimiento Histórico (CEH) informa que durante la época del conflicto armado que un 83.3% de los hechos de violencia pertenecían a alguna etnia maya al igual que el sexo masculino fue el más afectado, dejando este conflicto el resultado de 150,000 víctimas, 45,000 refugiados en México y 200,000 desplazados internos.(4,12)

Datos hospitalarios nos indican que aproximadamente 6% de las emergencias atendidas corresponden a hechos de violencia; al igual que en el conflicto armado, sigue siendo el sexo masculino y en adultos jóvenes el más afectado y coincide con los datos estadísticos a nivel de Latino América.(20)

Pero, más allá del daño físico y psicológico que se le puede causar al ser humano, el problema trasciende e implica la intervención de autoridades tanto policiacas, bomberiles o médicas por citar algunos. Es difícil estimar la repercusión que esto tiene en las instituciones hospitalarias, pues las emergencias se limitan a atender al paciente y no ven más allá del problema.

III. JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud, menciona que es grande el número de víctimas con importantes consecuencias de estos actos, adquiriendo un carácter endémico convirtiéndose en un problema de Salud Pública en varios países. (18)

La violencia como problema ha sido analizado desde tres grandes vertientes a través de las cuales se ha hecho un intento por aproximarse al fenómeno, siendo estas : las ciencias sociales, las penales y recientemente la salud pública. (13)

La morbilidad relacionada con la violencia esta congestionando los servicios de salud, incrementando sobre todo, costos de servicios de salud y afectando la calidad y cobertura.(18)

Es por ello que para analizar y controlar el fenómeno de la violencia, la salud pública establece que debe considerarse como un problema de salud el cual este se traduce en muertes, enfermedad y disminución de la calidad de vida. (13)

Este estudio tiene como finalidad tratar de determinar la repercusión que tiene la violencia, en nuestra sociedad como problema de Salud Pública y describir el impacto que en este caso el fenómeno tiene en la población del departamento de El Progreso.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Describir el comportamiento de los motivos de consulta por hechos de violencia, en la emergencia del Hospital de El Progreso, Guastatoya durante el período de 1 de enero al 31 de diciembre de 1,999.

B. ESPECIFICOS:

1. Describir la frecuencia absoluta y relativa de pacientes atendidos por hechos de violencia en la emergencia de el Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya.
2. Describir la tipificación de los hechos de violencia por los que, los pacientes asisten a la emergencia de el Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya.
3. Describir la atención que se presta a los pacientes que demandan el servicio en la emergencia el Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya, por problemas de violencia.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. LA VIOLENCIA

1. Definición

“La violencia se ha definido tradicionalmente como hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños capaces de producir muerte.” (13); “es la acción y efecto de violentar, de aplicar medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia”. (18)

La violencia puede ser ejercida por una persona sobre otras de modo material o moral en el primero de los casos la expresión equivale a fuerza y en el segundo a intimidación.(8)

Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de la violencia debe partir de la base de que se trata de un fenómeno predecible y por lo tanto prevenible. (13).

Traumas causados por violencia que no resultan en muerte provoca daño físico y desequilibrio psicosocial que negativamente afectan el funcionamiento en lo individual y en la sociedad. En la mitad de los países de la región con más de un millón de habitantes el homicidio constituye la segunda causa de muerte para personas del sexo masculino entre 15 y 24 años de edad. (18,19)

2. Epidemiología de la Violencia

La violencia afecta a la población entera de la Región de las Américas; sin embargo, en condiciones de pobreza y deprivación social, seguro son los sectores sociales que están especialmente en riesgo.(18)

La epidemiología descriptiva de la violencia, como la de algunas otras causas de enfermedad y muerte, está enormemente limitada a la mortalidad debido a las dificultades para indagar la morbilidad.(22)

En 1986, México presentó la mayor tasa de homicidios respecto a otros países del Continente Americano. La tasa de muerte por esta causa en México ha pasado de 17.5/100,000 habitantes en 1979 a 19.1/100,000 habitantes en 1992, constituyendo la primera causa de muerte dentro del capítulo de lesiones accidentales e intencionales.(13)

En la mitad de los países de la región con más de un millón de habitantes, el homicidio constituye la segunda causa de muerte.(18,19,21)

En Guatemala, el 83.3% de las víctimas de violaciones de derechos humanos y hechos de violencia registrados por la Comisión de Esclarecimiento Histórico (CEH) pertenecían a alguna etnia maya, el 16.5% pertenecían a algún grupo ladino y el 0.2% a otros grupos. Del 62% de las víctimas registradas, de las que la Comisión del Esclarecimiento Histórico (CEH) pudo determinar su pertenencia de género, el 25% eran mujeres y el 75% hombres. Del 38% de las víctimas registradas de las que la Comisión de Esclarecimiento Histórico (CEH) pudo determinar la edad, el 18% eran niños, el 79% adultos y el 3% ancianos. (12)

Son interesantes estos datos pues Guatemala no escapa de la realidad de Latino América, ya que son varios los autores que coinciden en que el ser de sexo masculino y estar comprendido en la edad de ser económicamente activo puede ser considerado factor de riesgo.

3. Etiología de la Violencia

“Un fenómeno tan complejo como la violencia reconoce diferentes causas las cuales asumen distinta importancia de acuerdo con la situación específica de cada país.”(16)

“La violencia es un fenómeno histórico que ocurre en relación directa a las particulares condiciones sociales. Explicando la etiología de la violencia solamente en términos de características individuales, si es biológica o psicológica en origen, siendo insignificante y confuso los efectos entre

individuos y entre gente y su medio social específico. Las causas de la violencia pueden estar fundadas en la interacción de las características negativas de el individuo con estas y la sociedad”.(18)

Trabajos recientes realizados en la Universidad de Toronto, sostienen que el crecimiento urbano en sí suele ser benigno, y que sólo al combinarse con otros factores, como las crisis económicas y un debilitamiento de la acción del Estado, puede contribuir a la violencia. Los investigadores identifican tres categorías amplias de violencia urbana relevantes para analizar los efectos de los conflictos urbanos:

- La violencia política, tanto la dirigida contra el Estado como la ejercida por el Estado contra sus agresores.
- La violencia comunal o étnica.
- La violencia criminal y anómica.

“Las dos primeras categorías son especialmente notables en las ciudades de los países en desarrollo donde la insatisfacción por el desempeño del estado conduce con mayor frecuencia a disturbios, insurrecciones, revoluciones o a la guerra civil”. (10)

Fingerhut, en su estudio de Homicidio en adolescentes y adultos jóvenes coincide que los actos de violencia se ven influenciado por la localización urbana en la que las personas vive.(7)

Guatemala es un país con una pobreza urbana estimada en un 60% y una rural del 80%(4), entonces cabe esperar que en un país donde su mayoría de gente es pobre no puede escapar la posibilidad de que escape a los actos de violencia.

4. Clasificación

“La violencia se puede clasificar o definir de formas muy variadas. Así por ejemplo, según el ámbito donde ocurre (doméstica, laboral); según la persona que la sufre (niño, mujer, anciano); según la aparente motivación (robo, riñas, política); según el perpetrador (pandillas juveniles, agentes del Estado, guerrillas); según el arma utilizada (punzante, contundente, de fuego, etc.)”.(16)

“La sociología identifica dos formas de materialización de la violencia: a) la manifiesta, que afecta la vida o integridad física de individuos o grupos, de manera que sus manifestaciones son cuantificables; en ella se inscriben actos como el homicidio, los golpes, la violación, etcétera; y , b) la estructural, cuya causalidad se encuentra en las condiciones estructurales de la sociedad y cuyas consecuencias no se pueden atribuir a sujetos específicos”.(13)

5. Formas de Expresión de la Violencia

a. Homicidio

El homicidio es definido por nuestro código penal como: “dar muerte a una persona”.(6, 17)

“El sexo masculino sigue siendo el más afectado, y el que mayor riesgo tiene, así como también el grupo joven de los mismos”. (13, 18, 19)

Un hecho lógico que ya fue mencionado anteriormente es el que el número de hechos violentos ha ido en aumento, por consiguiente y como fin ultimo de un hecho violento puede ser el homicidio este también va a tender a aumentar.

La revista JAMA en el mes de agosto del año 1998 presenta un estudio en el cual si menciona el hecho de que del año de 1987 a 1993 el aumento de homicidios con arma de fuego y sin arma de fuego tuvieron un aumento significativo, pero para el año de 1995 la misma disminuyó en todos los grupos étnicos, por raza y sexo. Mencionan además que los homicidios se ven influenciados por la localización urbana en la que ocurra los actos de violencia.(7)

En Guatemala, hasta hace algún tiempo fue influenciado los homicidios por el conflicto armado. Un conflicto que duro 36 años y que dejo un aproximado de 150,000 víctimas siendo estas en su mayoría de origen indígena. (4, 12)

b. Suicidio

“El suicidio es la muerte resultante de una lesión autoinfligida con la intención de hacerse daño”.(17)

Menciona el Instituto Nacional de la Salud Pública en México que existe un número mayor de suicidios que el notificado de intentos, y su razón al igual que en Guatemala los intentos de suicidio no son delitos que se tengan que notificar legalmente, lo que difiere de las estimaciones que indican que los intentos son 70 veces más frecuentes que los suicidios consumados(13)

El suicidio es un problema que se ven influenciados por situaciones como por ejemplo: estados de depresión, abuso de drogas, abuso sexual o físico, historia familiar de suicidio o violencia, fallecimiento de alguien cercano, procesos legales, problemas económicos y problemas de salud, por mencionar algunos. Es rara la vez que alguien decide suicidarse sin pensarlo de antemano. Durante las horas y los días antes de que una persona se quite la vida, generalmente hay signos y advertencias.(1, 3, 9, 13)

c. Violación

Es definido como la persona quien yaciera con mujer, unión carnal ilícita contra su voluntad o sin su voluntad:

- Usando la violencia suficiente para conseguir su propósito.
- Aprovechando las circunstancias, provocadas o no por el agente de encontrarse la mujer privada de razón o sentido incapacitada para resistir.(5,6)

El problema no solo incluye a la mujer, pues los niños también son víctimas sexuales, y el problema radica según el magistrado Daniel González profesor de posgrado en Ciencias Penales de la Universidad de Costa Rica “en el abuso sexual intrafamiliar”(11)

d. Violencia Juvenil

“La concentración de asesinatos en el sector más joven de la población representa una gran carga social, económica y para el sistema de salud, y es la causa más importante de años de vida potencial perdidos en las Américas.” (16)

Ya atrás quedo el conflicto armado que tanto daño causo a nuestra sociedad Guatemalteca. Y en la cual eran también personas jóvenes las que eran involucradas en esta guerra.

Pero ahora el problema radica en otro tipo de guerra y esta es la que se desarrolla entre grupos de jóvenes, siendo considerados como un “riesgo social” por sus actitudes, costumbres, situación de vida. Siendo etiquetados estos grupos con nombres como: pandillas, barras huelgas, maras, chapulines, gamberros, hooligan, etc. (11)

A este grupo hay que asociar otro problema como son los niños de la calle, los cuales comprenden niños entre 5 a 18 años los cuales viven y trabajan en la calle. A ellos también debe de asociarse el uso de inhalantes, marihuana, cocaína y Rohypnol.(14)

Ambos grupos, los niños de la calle y las pandillas pueden tener situaciones comunes como son aparte de la violencia el uso de alcohol o drogas, repercutiendo en problemas individuales de repercusión social, perdida de oportunidades de trabajo, menos años de vida saludable.(2).

B. VIOLENCIA Y SALUD PÚBLICA

1. La Violencia y la Salud

Aunque la violencia ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente.(19)

Distintas disciplinas han proporcionado diversas maneras de abordar el problema de la violencia; no obstante, prevalece la fragmentación pues cada una de ellas proporcionan su visión particular en la cual no están integrados todos los avances logrados en el conocimiento sobre esta materia.(13)

Expertos en el área sugieren que la violencia debe entenderse como la interacción entre factores que tienen que ver con el desarrollo psicosocial de los individuos, sus diferencias neurológicas y hormonales y los procesos sociales que se dan a su alrededor. El sector de Salud concentro sus esfuerzos mayormente en el tratamiento de el daño físico entre los servicios de emergencia y los cuidados especializados. (13, 18)

Pero la violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, no solo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad.(19)

Las áreas de psicología, psiquiatría, salud mental y ginecobstetricia son ámbitos importantes en la detección oportuna de individuos que son o pueden ser víctimas de la violencia. (13)

2. Violencia y Servicio de Salud

“En general la cifra de lesiones intencionales atendidas en unidades de salud supera a la notificada a las autoridades. El trabajador de salud desempeña un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento de dichas lesiones”.(13)

“Las llamadas causas externas de mortalidad- accidentes, homicidios y suicidios, se ha estimado que en 1989, fueron una tercera parte de las admisiones a hospitales y los costos sociales y médicos superaron los US \$500,000 millones en todo el mundo.(17)

El estudio realizado por el Dr. Sis menciona que de la totalidad de casos reportados atendidos en emergencia en el Hospital de Accidentes del IGSS fueron 8722 en un período de octubre a diciembre de 1998, los hechos de violencia corresponden un 6% y ocupa el 6% del recurso asignado para sala de emergencia.(20)

“Cuando se presentan lesiones graves, los servicios hospitalarios de urgencias son el primer sitio a donde acuden las víctimas. Es innegable el impacto de este tipo de demanda en la organización y funcionamiento de estas unidades.”(13)

3. Estrategias para la prevención de la violencia, Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud ha mencionado el fenómeno de la violencia en términos de efectos en grupos específicos (mujeres, niños, adolescentes, y gente anciana), implicaciones para el tratamiento y servicios de rehabilitación y los requisitos para la prevención de la salud. De allí que la organización vea la manera de la prevención del problema, por lo que se presenta a continuación las estrategias para la prevención del mismo. (18)

a. Liderazgo, Coordinación y Movilización

El sector de salud puede tomar la dirección en acciones para la prevención y control de la violencia. Esto implica esfuerzos para el desarrollo de la capacitación de sectores para:

- Estimular la construcción institucional y de alianza social y sistemas de soporte que pueden sostener acciones para la prevención de la violencia y la seguridad para establecer objetivos conocidos.
- Coordinar esfuerzos intersectoriales en orden para llevar a cabo objetivos comunes y comités de cumplimiento y las responsabilidades previamente acordadas.
- Movilización de recursos para el desarrollo de los programas y acciones acordadas.
- Ajustar los servicios de salud en orden para los apropiados cuidados de seguridad de víctimas, el tratamiento médicos y consecuencias psicológicas y rehabilitación. (18)

b. Desarrollo de Políticas, Planes y Programas

El Plan Regional de Acción va encausado a la formulación de política general que incluye el comprensivo acercamiento para el problema de la violencia. Esto fortalecería el mecanismo legislativo y fomentaría los propósitos y aplicaciones de planes específicos y de programas que apunten a la prevención y control de la violencia en el contexto de Comunidades Seguras, Ciudades Saludables, y Sistemas Locales de salud. (18)

c. Comunicación Social

El Plan Regional de Acción contribuirá a el propósito de la comunicación social y actividades a través la masa media y los mecanismos de la comunicación popular, esfuerzos para fortalecer la cultura de coexistencia, aumentar el conocimiento público, y ganar la confianza de la población para la prevención de la violencia. (18)

d. Entrenamiento

El plan contempla el desarrollo de metodología y actividades para el entrenamiento de personal de agencias públicas y organizaciones no gubernamentales para la prevención y respuesta a la violencia intrafamiliar, dentro de la juventud, también mujeres, niños, y los ancianos. Atención especial será dada para entrenamiento de miembros de grupos étnicos vulnerables. (18)

e. Búsqueda

El Plan Regional de Acción promueve la generación del conocimiento sistemático e interdisciplinario sobre varios tipos de violencia en términos de sus determinantes, su expresión en diferentes contextos y grupos de riesgo, social y costo económico, y sus efectos y consecuencias para individuos y para la salud publica en general. (18)

f. Información de Diseminación

El soporte proveído para la colección, diseminación y cambio de información en políticas, planes y programas, metodología, y experiencia actual en el área de la prevención de la violencia y control. (18)

g. Participación Comunitaria y Coordinación Intersectores.

El Plan Regional de Acción promueve el involucramiento ciudadano por medio de la participación de instituciones y organizaciones en el diagnóstico de la situación local y en el objetivo, ejecución, y evaluación de las actividades para la prevención y reducción de la violencia.(18)

h. Movilización de Recursos

El Plan Regional de Acción llama por los esfuerzos para la identificación y movilización nacional y recursos internacionales con el soporte público y organizaciones no gubernamentales, fundaciones, grupos de derechos humanos y organizaciones cívicas activas en la prevención de violencia contra mujeres, niños, y otros sectores sociales.(18)

i. Supervisión Técnica de Servicios

Para asegurarse el funcionamiento del Plan Regional de Acción , La Organización Panamericana de la Salud provee servicios de cooperación técnica para países interesados de acuerdo con sus posibilidades institucionales. (18)

C. MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO

1. Historia

El nombre original “Huastatoya” se origina de las voces provenientes de la lengua náhuatl “guaxhtl” que significa “morros” y “atoyac” que se traduce en “último”, o sea el punto donde se asoman los últimos morros, pero también se traduce como el lugar donde termina el frío y comienza el calor.

Este departamento fue creado por decreto del Ejecutivo número 683 del 13 de abril de 1908. Por decreto número 751 del 25 de diciembre de 1919, el Consejo de Ministros dispuso que el departamento se nominara “Estrada Cabrera”, conservando la cabecera departamental el nombre de El Progreso.

El departamento se suprimió por decreto gubernativo No. 756 del 9 de junio de 1920, por no llenar las aspiraciones que tuvo el gobierno para su creación.

2. Geografía y Demografía

Es un departamento de la región central con una extensión territorial de 1,922 Km². Colinda al Norte con Alta Verapaz y Baja Verapaz; al Sur con Zacapa y Jalapa; al Oriente con Zacapa; y al Occidente con Guatemala. Es atravesado por los ríos Motagua, Las Vacas, Platanos, Río Grande, Guastatoya, Hato, Comaja, Las Ovejas, Tambor y Huyus.

Se encuentra formado por 8 municipios y su población esta distribuida en 1 ciudad, 7 pueblos, 144 aldeas, 238 caseríos y parajes y 50 fincas. Los municipios son:

1. Guastatoya
2. Morazán
3. San Agustín Acasaguastlan
4. San Cristóbal Acasaguastlán
5. El Jícaro
6. Sansare
7. Sanarate
8. San Antonio La Paz

Según los datos proporcionados por la Jefatura de Área de Salud de El Progreso para 1,999 la población total es de 140,093 habitantes. Correspondiendo al sexo masculino un 49% y 51% al sexo femenino. Una población Urbana de 27% y Rural de 73%. Y su división por grupo étnico es No Indígena 98% e Indígena 2%. La población analfabeta corresponde a un 28% de la población.

3. Situación Socioeconómica

Su principal fuente económica es la agrícola, y dentro de esta sus principales productos son: el café maíz frijol, caña de azúcar, cacao, achiote, tomate, vainilla, algodón y frutas variadas

Cuenta también con productos no tradicionales y que son artesanales como son: la cerámica, tejidos de algodón, carpintería, imaginería, tul y pirotecnia.

4. Indicadores de Salud

- Tasa de Mortalidad Perinatal por 1000 nacidos vivos: 15
- Tasa de Mortalidad Neonatal por 1000 nacidos vivos: 8.5
- Tasa de Mortalidad Infantil por 1000 nacidos vivos: 24
- Tasa de Mortalidad de 1-4 años por 1000 de población de 1-4 años: 3
- Tasa de Mortalidad Materna por 100,000 nacidos vivos: 46
- Tasa de Fecundidad: 136
- Tasa de Natalidad: 31

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo, Retrospectivo.

2. Unidad de Análisis:

Registros de emergencia de pacientes que consultaron por hechos de violencia. Expedientes médicos de pacientes que fueron ingresados al Hospital Nacional de el Progreso, Guastatoya durante el año de 1,999.

3. Universo:

Todos los pacientes que consultaron a emergencia del Hospital Nacional del El Progreso, Guastatoya por hechos violentos en el año de 1,999 y todos los expedientes médicos de aquellos pacientes que fueron hospitalizados por algún hecho de violencia.

4. Criterios de Inclusión y Exclusión:

a. Criterios de Inclusión:

- Pacientes que hayan asistido al servicio de Emergencia, de el Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya en el año de 1,999.
- Pacientes que hayan consultado por algún hecho de violencia.
- Pacientes que hayan sido ingresados como consecuencia de algún hecho de violencia.

b. Criterios de Exclusión:

- Pacientes que hayan asistido a otro servicio del Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya.

- Pacientes que asistan a la emergencia por algún otro problema no relacionado con algún hecho de violencia.
- Pacientes ingresados por algún problema no relacionado con algún hecho de violencia.

5. Variables a Estudiar:

(Ver cuadro en pagina siguiente).

6. Instrumentos de recolección y medición de las variables o datos.

Con un instrumento elaborado por el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud –CICS-, se revisaron los registros clínicos de emergencia para determinar que pacientes consultaron por hechos violentos y si fueron hospitalizados por la misma causa.

6. Ejecución de la investigación:

(Ver cronograma anexo)

7. Presentación de resultados y tipo de Tratamiento Estadístico:

Los datos recolectados fueron analizados e interpretados en base a frecuencias simples y porcentajes, para analizar el porque de cada pregunta de la boleta de la recolección de datos.

B. RECURSOS

1. Materiales físicos:

- Hojas
- Computadora
- Lapiceros
- Impresora
- Instalaciones de archivo y emergencia del Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya.
- Instrumento de recolección de datos
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

5. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
FECHA	Indicación 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 trascurrido desde el nacimiento	Edad registrada en la boleta.	Razón	Años
SEXO	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Sexo registrado en la boleta.	Nominal	Masculino Femenino
OCUPACIÓN	Actividad de producción económica a la que se dedica el individuo	Trabajo desempeñado por la persona	Nominal	Profesional, obrero ama de casa, desempleado, indigente, estudiante.
GRUPO POBLACIONAL	Conjunto de personas que comparten las mismas características, sociales culturales y lingüísticas	Registrado en la boleta	Nominal	Ladino Indígena Otros.
TIPO DE AGRESION	Forma en la que se realizó la agresión	Registrada en la boleta	Nominal	Accidente automovilístico, sexual, delincuencia intrafamiliar.
AGRESOR(A)	Autor(a) de una agresión	Persona que ocasiona la agresión	Nominal	Asaltante, Marapolicia, esposo(a) madre/padre, conductor del vehículo, desconocido, Otros.
MEDIO DE AGRESION	Instrumento usado para causar daño.	Instrumento que se utilizó en la agresión.	Nominal	Arma de fuego, arma blanca, vehículo, objeto contundente, puños pies, otros

- Biblioteca del INCAP.
- Internet.

2. Humano:

- Personal de Archivo de Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya.
- Dr. Fredy Fernandez
- Dr. Carlos Mazariegos

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No.1

DISTRIBUCIÓN POR MES DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO DICIEMBRE, 1999.

MES	FRECUENCIA	%
Enero	20	11.9
Febrero	13	7.7
Marzo	10	6
Abril	15	8.9
Mayo	5	3
Junio	8	4.8
Julio	9	5.4
Agosto	19	11.3
Septiembre	14	8.3
Octubre	19	11.3
Noviembre	15	8.9
Diciembre	21	12.5
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No.2

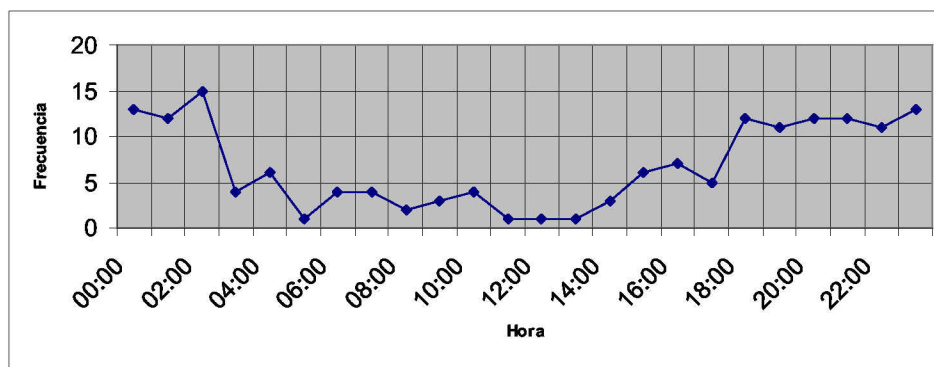
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN HORA DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POR
HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO,
GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.**

HORA	FRECUENCIA	%
00:00	13	7.7
01:00	12	7.1
02:00	15	8.9
03:00	4	2.4
04:00	6	3.6
05:00	1	0.6
06:00	4	2.4
07:00	4	2.4
08:00	2	1.2
09:00	3	1.8
10:00	4	2.4
11:00	1	0.6
12:00	1	0.6
13:00	1	0.6
14:00	3	1.8
15:00	6	3.6
16:00	7	4.1
17:00	5	3
18:00	12	7.1
19:00	11	6.6
20:00	12	7.1
21:00	12	7.1
22:00	11	6.6
23:00	13	7.7
No se registró	5	3
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 1

**HORA DE OCURRENCIA DE HECHOS VIOLENTOS EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO,
GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.**



Fuente: Datos contenidos en Cuadro No. 2

Cuadro No.3

**PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE HECHOS VIOLENTOS
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-
DICIEMBRE, 1999.**

PROPORCIONAN INFORMACIÓN	FRECUENCIA	%
Médico Residente	168	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

Cuadro No. 4

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO DE PACIENTES
ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL
PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.**

	SEXO					
EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
(AÑOS)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
< 5	1	0.6	0	0	1	0.6
5 a 9	0	0	0	0	0	0
10 a 14	3	1.78	3	1.78	6	3.56
15 a 19	21	12.5	4	2.38	25	14.88
20 a 24	34	20.24	7	4.17	41	24.41
25 a 29	31	18.45	3	1.78	34	20.23
30 a 34	16	9.52	1	0.6	17	10.12
35 a 39	8	4.76	4	2.38	12	7.14
40 a 44	10	5.95	1	0.6	11	6.55
45 a 49	5	2.98	1	0.6	6	3.58
50 a 54	6	3.57	3	1.78	9	5.35
55 a 59	1	0.6	0	0	1	0.6
60 a 64	0	0	0	0	0	0
> 65	2	1.19	1	0.6	3	1.79
No se registro	2	1.19	0	0	2	1.19
TOTAL	140	83.33	28	16.67	168	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

No.	OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
1	Profesional	1	0.6
2	Obrero	3	1.8
3	Estudiante	2	1.2
4	Ama de Casa	0	0
5	Indigente	0	0
6	No se registró	162	96.4
	TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 6

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO POBLACIONAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

Grupo Poblacional	Frecuencia	%
No se Registro	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 7

TRASLADO AL HOSPITAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

Traslado al Hospital	Frecuencia	%
Bomberos	1	0.6
No se Registro	167	99.4
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro No. 8

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO,
GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.**

No.	PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
1	Guastatoya	27	16.1
2	Sanarate	15	8.9
3	Rancho	13	7.7
4	San Agustín	11	6.5
5	Morazan	6	3.6
6	Casas Viejas	4	2.4
7	Jicaro	4	2.4
8	Estancia de la Virgen	4	2.4
9	San Cristobal	3	1.8
10	Sansare	3	1.8
11	San Antonio la Paz	1	0.6
12	Aldeas	49	29.2
13	Otros Departamento	19	11.3
14	Otro País	1	0.6
15	No se Registró	8	4.7
	TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 9

**SERVICIO DE ATENCIÓN DE PACIENTES POR HECHOS VIOLENTOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-
DICIEMBRE, 1999.**

No.	SERVICIO DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	%
1	Emergencia de Adultos	136	81
2	Emergencia de Pediatría	0	0
3	Observación	16	9.5
4	Intensivo	3	1.8
5	Cirugía de Hombres	10	5.9
6	Sala de Operaciones	3	1.8
	TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 10

**HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-
DICIEMBRE, 1999.**

HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA	%
SI	44	26.2
NO	124	73.8
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 11

**TIEMPO DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO,
GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.**

TIEMPO	FRECUENCIA	%
1 Día	8	4.7
2 Días	3	1.8
3 Días	7	4.2
4 Días	3	1.8
5 Días	0	0
> 6 Días	1	0.6
No se registró	146	86.9
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 12

**TIPO DE AGRESIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS
EN HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA,
ENERO-DICIEMBRE, 1999.**

AGRESIÓN	FRECUENCIA	%
Política	0	0
Sexual	1	0.6
Delincuencia Común	158	94.1
Violencia Intrafamiliar	9	5.3
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 13

**TIPO DE AGRESOR DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-
DICIEMBRE, 1999.**

AGRESOR	FRECUENCIA	%
Asaltante	1	0.6
Mara	2	1.2
Policía	0	0
Esposo	5	2.9
Padre	1	0.6
Otro Familiar	0	0
Otros (turba, conocido)	6	3.6
No se registró	153	91.1
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 14

TIPO DE LESIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

TIPO DE LESIÓN	FRECUENCIA	%
Física	168	100
Psicológica	0	0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 15

MEDIO DE AGRESIÓN UTILIZADO EN PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

MEDIO UTILIZADO	FRECUENCIA	%
Arma de Fuego	21	12.5
Arma Blanca	29	17.2
Objeto Contundente	92	54.8
Puños, Patadas, etc.	20	11.9
Otros	6	3.6
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 16

DIAGNOSTICO MÁS FRECUENTE EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE PACIENTES POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Herida por arma de fuego	21	12.5
Herida por arma blanca	22	13.1
Herida Cortocontundente	98	58.3
Golpes Contusos	15	9
Politraumatismo	5	2.9
Intox. Por Organofosforados	3	1.8
Herida Cortante	2	1.2
Trauma Craneoencefalico	1	0.6
Intento de Violación	1	0.6
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 17

DIAGNOSTICO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Herida por arma de fuego	15	34.1
Herida Cortocontundente	13	29.5
Herida por arma blanca	8	18.2
Golpes Contusos	4	9.1
Intox. Por Organofosforados	2	4.5
Politraumatismo	1	2.3
Herida Cortante	1	2.3
TOTAL	44	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 18

TRATAMIENTO OFRECIDO EN PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
Sutura	110	65.5
AINES	16	9.5
Curación	19	11.3
Desintoxicación	3	1.8
Cirugía	5	3
Antibioticos	5	3
Sonda Foley	1	0.6
Inmovilización	1	0.6
Psicológico	1	0.6
Traslados	6	3.5
No Hubo Tratamiento	1	0.6
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 19

CONDICIÓN DE EGRESO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO, GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.

CONDICION DE EGRESO	FRECUENCIA	%
Vivo	166	98.8
Muerto	2	1.2
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 20

**CLASIFICACIÓN MÉDICO LEGAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE EL PROGRESO,
GUASTATOYA, ENERO-DICIEMBRE, 1999.**

MÉDICO LEGAL	FRECUENCIA	%
Si	6	3.6
No	162	96.4
TOTAL	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el hospital nacional de El Progreso se atendieron 9,362 pacientes en emergencia durante 1999, de este número 168 fueron atendidos por algún hecho de violencia, lo cual representa a un 1.80%, misma que esta por debajo de las estadísticas internacionales que mencionan un 13.6%, así cómo lo reportado en el estudio realizado en el Hospital de Accidentes, IGSS, de octubre a diciembre, 1998, el cual es de un 6% .(13,20)

El mes en el que más hechos de violencia se reportaron fue en diciembre con un 12.5% del total de los hechos de violencia durante ese año, seguido de enero de ese mismo año (Cuadro No.1); el horario en el que predominaron los hechos de violencia el comprendido entre las 6:00 p.m. a las 2:00 a.m. se mantiene un promedio de 12 pacientes por cada hora, empezando desde la hora indicada (Cuadro No.2, Gráfica No.1). Lo anterior concuerda con el estudio realizado en el Hospital de Accidentes, IGSS, de octubre a diciembre, 1998, en cuanto a que fue similar el horario de mayor ocurrencia de hechos de violencia; el 100% de los pacientes fueron atendidos por algún médico dentro del hospital.

El sexo más afectado fue el masculino con un 83.3% del total de los pacientes atendidos por hechos violentos y la edad más afectada fue en el rango de 20 a 24 años en ambos sexos, seguido por el comprendido entre los 25 a 29 años para el sexo masculino(Cuadro No.4). Dichos datos concuerdan con la bibliografía internacional la cual refiere que el sexo masculino y adultos jóvenes son factores de riesgo para hechos de violencia, situación que se ratifica en nuestra estadística.(13,18,20)

En relación a la ocupación del paciente es difícil establecer un patrón, pues en su mayoría no se registró la profesión u oficio del mismo, tan solo en el 3.6 % de la población se pudo determinar alguna actividad (Cuadro No 5); situación similar para el caso del grupo poblacional mayormente afectado, el que no se pudo determinar en ninguno de los casos, pero de acuerdo a los datos proporcionados por las autoridades de salud de El Progreso, la población en su mayoría son no indígenas. Tampoco se pudo determinar quien traslado a los afectados, tan solo en un caso se confirmó que fue trasladado por los bomberos(Cuadro No 7). Todos los anteriores sub-registros pueden ser consecuencia de lo que se ha descrito en la revisión bibliográfica,

en el sentido de que no es sino hasta ahora que se está considerando al problema de la violencia como un problema de salud pública(13,18). Por lo que datos como la raza, ocupación, no son tomados en cuenta al ingreso de los pacientes a la institución.

El hospital no se limitó a atender a la población correspondiente a su área de influencia, aunque si predominó la atención de los pacientes que provenían de la cabecera departamental o de aldeas del departamento(Cuadro No8); las cuales según datos proporcionados por los encargados de salud del departamento provienen de 144 aldeas circunvecinas. Del 27% de personas que constituyen la población urbana, el 16.1% fueron afectados por hechos de violencia, situación que concuerda con la revisión bibliográfica que señala como una de las causas que contribuyen a la escalada de la violencia en el descontrolado crecimiento urbano, aunado a factores económicos básicamente. (10)

La emergencia de adultos fue el sitio en el cual se atendió a la mayoría de los pacientes, seguido por la observación y la cirugía de hombres (Cuadro No. 9); 44 pacientes fueron hospitalizados (Cuadro No. 10); y de estos 44 pacientes solo a 22 pacientes se le pudo establecer su tiempo de estancia hospitalaria (Cuadro No.11); pasando 4.7% del total de pacientes, 1 día y 4.2 % ,3 días. Estos últimos pacientes son los que más implicaciones económicas traen, pues en el tratamiento de dichos pacientes ha conllevado gastos de hospitalización, medicamentos, comidas, gastos especializados, etc., sin mencionar las implicaciones que conlleva en su calidad de vida (13). Los pacientes de quienes no se registró el tiempo de estancia obedecen en algunos casos a que fue menor a un día, esto significa un par de horas o minutos, dependiendo del volumen de pacientes, por citar alguna explicación. Dentro de este grupo existe un número de 22 pacientes quienes sí fueron ingresados y no se pudo determinar el tiempo de estancia hospitalaria.

La agresión predominantemente fue la delincuencia común (94.1%), seguidos por la violencia intrafamiliar y tan solo un caso de agresión sexual (Cuadro No. 12); en estas dos últimos dos tipos de violencia la OPS menciona ciertamente que la víctima principal son las mujeres (16). Algo interesante es el que al parecer quedaron atrás los hechos de violencia política, ya que no se encontró registro alguno de casos de violencia política lo cual pueden ser consecuencia de la firma de la paz y el cese del conflicto armado, además de que el departamento de El Progreso no fue considerado área de conflicto durante el tiempo de enfrentamiento armado. (12)

En su mayoría no se pudo determinar el tipo de agresor ya que no se registró (91.1 %), solo 5 pacientes notificaron que fue el esposo el agresor (2.9 %), y una paciente que fue atacada sexualmente por su padre, dos fueron agredidos por una turba, y 4 más fueron por personas que ellos conocían (Cuadro No 13). Contrario a lo que dice la estadísticas internacionales donde declaran que 29% de crímenes violentos fueron ataques por un asaltante armado(16), aquí solo se notificó un paciente agredido por un asaltante; las maras merecen una mención aparte pues aunque fueron 2 el número de agredidos indica la presencia de delincuencia juvenil en cierto grado y ésta según la titular del Consejo Provincial del Menor, es la forma de expresión de la juventud (11).

En todos los casos el tipo de lesión fue física (Cuadro No. 14) y en su mayoría con un objeto contundente, seguido por arma blanca y arma de fuego (Cuadro No 15); el alto número de pacientes agredidos con arma blanca se ve influenciado porque la región es agrícola en la cual se utiliza bastante el machete como herramienta de trabajo. Los anteriores datos concuerdan con los presentados en un estudio realizado en el Hospital General de Accidentes, IGSS, durante octubre a diciembre de 1998, donde reportaron heridas por arma blanca un 16% y a las del arma de fuego un 11.3%(20). Derivado de que la mayoría de hechos violentos fueron con objetos contundentes, el tipo de lesión que prevaleció fue: heridas cortocontundentes como el principal diagnóstico de atención de pacientes(58.3 %), seguido por heridas por arma blanca, golpes contusos, principalmente (Cuadro No. 16). Las causas de ingreso fueron heridas por arma de fuego (34.1%), heridas cortocontundentes (29.5%), heridas por arma blanca (18.2%)(Cuadro No.17).

En la emergencia del hospital, se atendió a 3 personas que presentaron intoxicación por consumo de organofosforados. Al respecto la literatura menciona que por cada paciente existe un número mayor de intentos de suicidios que suicidios consumados, ya que algunos no notifican o no se percatan de las lesiones autoinflingidas de los pacientes y pasan desapercibido el diagnóstico(13); situación a tomar en cuenta ya que el problema del suicidio esta también presente en nuestra sociedad y no escapa al hecho de la salud mental como parte integral de la educación de los adolescentes.

El tratamiento de elección para los pacientes por hechos de violencia fue de tipo quirúrgico, lo que implica suturas y/o cirugía y en un número

menor el tratamiento medicamentoso; recibiendo tan solo un paciente algún tipo de soporte psicológico (Cuadro No.18); sin embargo en los pacientes con diagnósticos de intoxicación por organofosforados, en un claro intento de suicidio, que se sabe se encuentran en estados de depresión, con problemas mentales(1,3,13,17) se desconoce si recibieron algún tratamiento psicológico que hubiera sido indicado para su soporte desde este punto de vista.

En el 98.8% del total de pacientes atendidos por hechos de violencia su condición de egreso fue vivo y 2 pacientes egresaron muertos (Cuadro No. 19); como consecuencia de politraumatismo, sin datos generales, como tampoco, la historia del agresor o tipo de objeto de agresión. Al respecto menciona la OPS un porcentaje significativo por crímenes de violencia ocurre con agresores armados (16), pero esto no fue posible determinarlo en esta ocasión. De los pacientes trasladados 5 fueron al Hospital General San Juan de Dios, Guatemala y 1 a el Hospital del IGSS (sin especificar). Solo en 6 pacientes se hizo la notificación a las autoridades correspondientes (Cuadro No. 20); y esto es la consecuencia según menciona el Instituto Nacional de la Salud Pública de México de que “la notificación legal de las mismas no se llevan a cabo, en la mayoría de las veces, por las implicaciones que tienen para el paciente y su familia”(13), aparte de que es hasta ahora que se ve a la violencia como un problema de salud pública de la cual no se puede separar de los otros ciencias, las sociales y las penales (13,16,18,19).

IX. CONCLUSIONES

1. Los hechos de violencia en el departamento de El Progreso representó el 1.8 % de las atenciones de emergencia en el Hospital Nacional de la localidad, en el años de estudio, afectando principalmente a la población de la Cabecera departamental, Sanarate y de las aldeas circunvecinas.
2. Los Hombres Jóvenes comprendidos entre las edades de 20 a 29 años constituyen la población que esta en mayor riesgo de ser afectados por algún hecho de violencia en el departamento de El Progreso; Siendo agredidos mayormente con objetos contundentes, aunque las armas de fuego y las punzocortantes también suponen un riesgo para la población.
3. Los pacientes atendidos por causas de violencia recibieron principalmente tratamientos de tipo quirúrgico que de tipo medicamentoso y apenas 1 paciente recibió algún tipo de soporte psicológico.
4. Dentro del grupo de adolescentes se dieron los casos de intento de suicidio y el medio de elección fue en un 100% los organofosforados. Casos como las conductas suicidas de los adolescentes, no se dio ningún apoyo psicológico.
5. Los libros para el registro de información en la emergencia no permite recabar más datos que el nombre, edad, sexo, procedencia, diagnostico y tratamiento, no existiendo historia clínica.

X. RECOMENDACIONES

1. Mejorar la toma de información mediante una ficha clínica básica, en la cual se permita recolectar datos generales mínimos de los pacientes que ingresan a la emergencia por atención médica.
2. Concientizar al personal médico, paramédico y a todos los involucrados con la educación en Salud para que formen parte en la nueva visión de la violencia como un problema de salud pública
3. Coordinar acciones conjuntas entre autoridades de Salud, Policías y Municipales para compartir datos estadísticos y así determinar grupos de riesgo, lineamientos y políticas para la prevención de la violencia.
4. Ejercer un control más estricto en la portación de armas de fuego, así como también en las punzocortantes.
5. Como un problema de salud en el cual puede existir la prevención, se recomienda a las autoridades en salud, impartir charlas y talleres de salud mental en colegios, escuelas e institutos dirigido a los adolescentes, por ser ellos los más vulnerables a las conductas de agresión, y tendencias suicidas.
6. En base a las estrategias de la Organización Panamericana de la Salud, para la prevención de la violencia, crear políticas que contribuyan al desarrollo del departamento en relación al problema de la violencia.

XI. RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, realizado en el Hospital Nacional de El Progreso, Guastatoya, con el fin de determinar los hechos violentos ocurridos en esta localidad durante enero a diciembre de 1999. Para su efecto se revisó el libro de emergencia, conteniendo 9,352 pacientes atendidos por la emergencia, incluyendo adultos y niños.

Los resultados indican que 1.8 % de la población que asistió a la emergencia del hospital de El Progreso, asistió por sufrir algún hecho de violencia, y de este grupo los hombres jóvenes comprendidos entre las edades de 20 a 29 años constituyó el grupo mayoritario. La población de la cabecera departamental sufrió más por algún hecho de violencia. En el mismo orden le siguieron Sanarate, El Rancho y San Agustín y una población considerable de algunas aldeas circunvecinas.

En general, la delincuencia común 158(94.1 %) es la causa más frecuente de atención de pacientes por hechos de violencia los cuales fueron atendidos en la emergencia principalmente, no identificándose al agresor 153 (91.1%). Los pacientes que fueron hospitalizados constituyeron el 26.2 % (44) de los atendidos por hechos violentos, quienes estuvieron en el servicio de encamamiento por un período aproximado entre 1 y 3 días .

Como la totalidad de los pacientes sufrió algún tipo de daño físico, este fue causado por un objeto contundente 92 (54.8 %), arma blanca 29(12.5%), arma de fuego 21 (12.5 %), puñetazos y patadas 20 (11.9%) y algún otro tipo de objeto 6 (3.6%). Como consecuencia de los objetos utilizados para causar daño las heridas cortocontundentes fue la principal lesión causada 98(58.3%), seguido por las heridas por arma blanca 22 (13.1%) y las heridas por arma de fuego 21 (12.5%), pero este tipo de lesión con arma de fuego fue la que causó más ingresos a algún servicio 15 (34.1%), seguido por las heridas cortocontundentes 13 (29.5%) y las armas blancas 8(18.2%). En base a estos diagnósticos, las suturas y curaciones predominaron como tratamientos de elección para estos pacientes.

Los pacientes independientemente de la causa egresaron vivos en un 98.8% (166 pacientes) y 2 egresaron muertos, pero todavía no estamos conscientes del problema como un problema de salud pública ya que fue considerado los problemas médico legal en solo 6 (3.6%) de los pacientes atendidos por hechos violentos en El Progreso.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Las advertencias hacia el suicidio.
<http://www.suicideinfo.org/spanish/in>
2. Borges G. et al. Consumo de Bebidas alcohólicas y violencia. Revista Panamericana de Salud Pública 1,999. Abril-Mayo Vol 5 No. 4/5. 307-308p.
3. Bowden, Charles. et al. Se cierra el ciclo: La Vejez. Bases Psicosociales de la Atención Médica. México: Noriega, Limusa. 1990. P365.
4. Centro de Investigaciones para la Paz. Guatemala
<http://www.cip.fuhem.es/guatemala.htm>
5. Cuello C., Eugenio. Derecho Penal. Barcelona, España: Bosch, 1996.T.4 (p580)
6. Código Penal Guatemala, Editores Jimenez y Ayala, 1996. 102 p.
7. Fingerhut, Lois A. et. Al. Homicide Rates Among U.S. Teenagers and Young Adults. JAMA. 1998, Agust 5. Vol:280 No. 5 423-427
8. Golstein, Raul. Diccionario de derecho penal y criminología. Buenos Aires, Argentina: Astea, 1983. (pp463)
9. Gomez, Alejandro. Trastornos depresivos y suicidalidad. Revista Chilena de Neuropsiquiatria. 1,998 Abril – Junio. Vol.36 No.2. 93-101.
10. González A., Daniel. La Prevención de la Violencia Urbana en el Mundo.
http://members.tripod.com/~Daniel_E_Cantoni/index-10.html
11. González A., Daniel. Delincuencia Juvenil y Seguridad Ciudadana.
http://members.tripod.com/~Daniel_E_Cantoni/index-13.html
12. Guatemala Memoria en Silencio. Capitulo II: Volumen 2. Síntesis Estadística.
<http://www.hrdata.aaas.org/ceh/mds/spanish/cap2/vol2/sint.html>

13. Hijar M., Martha. et al. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México.
<http://www.insp.mx/salud/396-9.html>
14. Inciardi J. A. et al. Los niños de la calle y la violencia en el Brasil.
Revista Panamericana de Salud Pública 1,999. Abril-Mayo Vol 5 No. 4/5. 305-306p.
15. Ossorio, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales.
Buenos Aires, Argentina. Editorial Heliasta, SRL. 1974. (786pp).
16. OPS. Violencia en las Américas. La pandemia social del siglo XX
Washington. 1996 Publicación de comunicación para la salud. No. 10
17. OSP. Vigilancia epidemiológica en suicidios y homicidios. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Cali 1996, Abril Vol. 120 No. 4 316-324
18. The Pan American Health Organization. Non-Communicable Diseases. Violence and Health.
<http://www.paho.org/english/hpp/vioplan.htm>
19. Pellegrini F., Alberto La violencia y la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública 1,999. Abril-Mayo. Vol 5 No.4/5. 219-221p.
20. Sis Garcia, Joel. La violencia como problema de salud pública en Guatemala. Estudio realizado en el Hospital General de Accidentes del IGSS , Tesis. (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1999 44p.
21. Stuck, J.P. The cult of de violence. KMAJ. 1,993; 96: 497 – 498.
22. Terris, Milton. Violencia en una sociedad violenta. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 1,999 Julio – diciembre Vol. 17 No. 1. 37-51.

XIII ANEXOS

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	SEMANAS									
	1~2	3~4	5~6	7~8	9~10	11~12	13~14	15~16	17~18	19~20
Presentación Tema	XXX									
Aprobación Tema		XXX								
Elaboración Protocolo			XXX							
Aprobación Protocolo				XXX	XXX					
Trabajo de Campo						XX				
Tabulación de Datos							XX			
Elaboración de Informe Final								XX		
Aprobación de Tesis									XX	
Impresión										XX