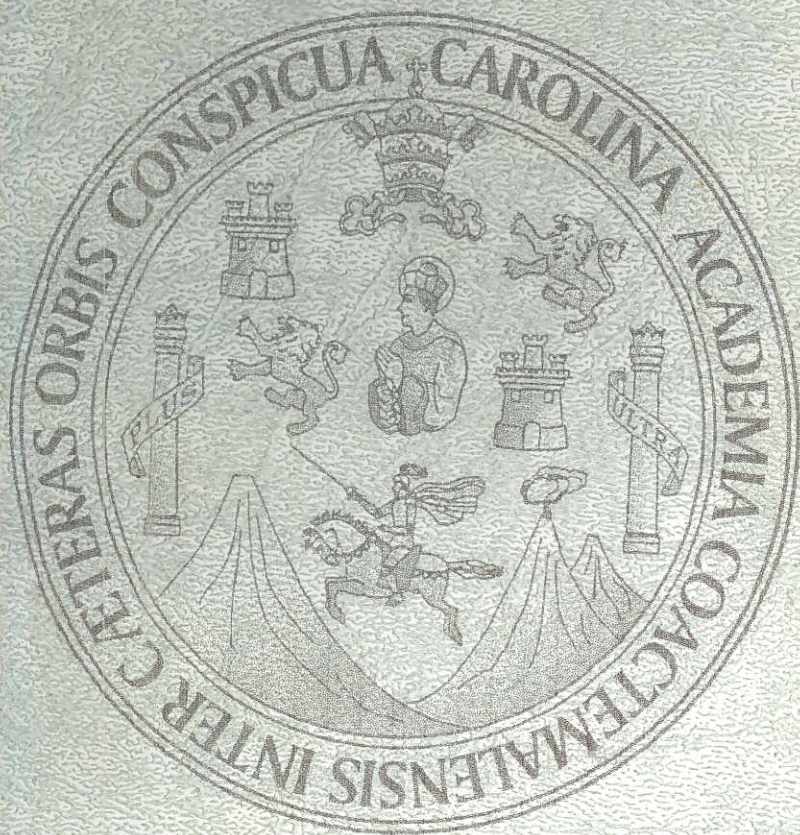


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA VIOLENCIA, UN PROBLEMA DE
SALUD PUBLICA
AREA DE COBAN, ALTA VERAPAZ



FREDY SANTIAGO YANCOBA AJQUEJAY

MEDICO Y CIRUJANO

I.	INTRODUCCION	
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	
III.	JUSTIFICACION	
IV.	OBJETIVOS	
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	
	A. La Violencia	
	1. Antecedentes	
	2. Morbilidad relacionada con la violencia	
	3. Etiología de la Violencia	
	4. Clasificación de la Violencia	7-1
	B. La Violencia como problema de Salud Pública	1
	C. Salud Pública y prevención de la Violencia	1
	D. Monografía del departamento de Cobán	
	Alta Verapaz	
	1. Historia	1
	2. Característica Geográficas	11-1
	3. Topografía	1
	4. Ecología	1
	5. Orografía	1
	6. Vías de Acceso y Comunicación	12-1
	7. Renglón Económico	
	8. Grupos Lingüísticos	
	9. Cultura	13-1
	10. Población Area de Salud Cobán Alta Verapaz	
	del año dos mil	
VI.	MATERIAL Y METODOS	
	A. METODOLOGIA	
	1. Tipo de estudio	
	2. Unidad de Análisis	
	3. Universo	
	4. Variables de Estudio	16-

I. INTRODUCCION

En Guatemala después de más de 36 años de conflicto armado interno se firmó el Acuerdo de Paz, firme y duradera; sin embargo, cada día la violencia común en sus diferentes formas y manifestaciones constituye una seria amenaza a la paz y seguridad, en tanto genera miedo, desarticula las estructuras familiares, limita la libertad de acción, daña o elimina lo más elemental del ser humano como lo es la vida; aumentan así las tasas de morbi-mortalidad y discapacidades por lo que en muchos países y organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud se han preocupado y considerado la violencia como un problema de Salud Pública. Para tal efecto el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -C I C S - de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala está coordinando un estudio en todos los Centros Hospitalarios a nivel nacional para determinar las repercusiones de este grave problema en nuestro país. Como parte de esta investigación, se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el cual se describe el comportamiento de los motivos de consulta por hechos de violencia en la emergencia del Hospital Regional “HELEN LOSSI DE LAUGERUD” Cobán Alta Verapaz durante el año 1,999. En dicho estudio se identificó que los adolescentes y adultos jóvenes fueron los más afectados lo que confirman estudios publicados en literatura internacional. De estos en su mayoría son obreros con predominio del grupo indígena, un 62% ameritó hospitalización en alguno de los servicios de encamamiento. Ante estos hallazgos se recomienda coordinar acciones multisectoriales e interdisciplinarias para la construcción, defensa y cultivo de una sana conciencia social y cultura de paz frente a la violencia, conformar e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica sobre tales hechos, ejecutar programas educativos en PRO de la NO VIOLENCIA, en los diferentes medios de comunicación masivos tanto en Castellano como en la lengua Mayense local, entre otras.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El término de violencia deriva de latín “Vis” que significa fuerza, y como acción es el uso o aplicación de la fuerza. (1)

El grupo de trabajo sobre las consecuencias psicosociales de la violencia reunido en la Haya en 1,981, suscribió la definición que establece: "Violencia es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitables". (15)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Violencia: “Tiene que ver con la utilización de la fuerza o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo en contra de sí mismo, de objetos o de otra persona o grupo de personas produciendo como resultado la destrucción o daño del objeto o negación de cualquiera de los derechos establecidos de la persona o grupo de personas víctimas”. (6)

La violencia, es la negación de valores humanos universales dando como resultado el terrorismo, asesinatos, genocidios, delincuencias, mal tratos, agresiones, torturas, asedios, abuso sexual, abuso emocional, esclavitud doméstica, intimidación, amenazas, impunidad, secuestros e inseguridad, entre otras. (1, 6)

La violencia ha aumentado en forma alarmante en

todas las regiones de nuestro país, es de tal gravedad que la morbi-mortalidad por hechos de violencia ha aumentado significativamente y se ha convertido en un grave problema de salud pública. La morbilidad por causa de la violencia aumenta la demanda de los servicios de salud por traumatismos ocasionados por la agresión, la rehabilitación física de éstas y la atención psicológica y en la mayoría de los hospitales nacionales no cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a este grave problema. Por lo tanto es muy importante y urgente que el sector salud adopte medidas para la búsqueda de soluciones y la aplicación de medidas preventivas y control de todas las formas de violencia descritas anteriormente. (6,10)

III. JUSTIFICACION

La violencia constituye un síndrome complejo pluricausal de la sociedad que amenaza el bienestar y seguridad de las personas. Lamentablemente ha tenido un enorme incremento en todos los ámbitos de nuestro país tal como lo publico "FAMDEGUA" en su revista "Nunca Más" que solo durante el mes de abril del año dos mil se denunciaron 137 casos por hecho de violencia en sus diferentes manifestaciones, sin tomar en cuenta todos aquellos hechos de violencia que no son denunciados por diversas razones y que

desafortunadamente no han sido documentados. (3)

La violencia afecta negativamente la calidad de vida de las personas, aumentando las tasas de morbi-mortalidad, discapacidades, así como su efecto psicosocial y económico que conlleva para cada persona y familia afectada.

Para el estado, la violencia genera crecientes gastos debido a que en los centros hospitalarios ingresan las víctimas en demanda de atención, aumentan así los costos globales de atención afectando así la calidad de servicio y cobertura; además constituye una amenaza para la paz, seguridad y consolidación de la democracia. Para ello es de vital importancia la realización de estudios de investigación que lleva a cabo el –CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en los diferentes centros hospitalarios en todo el país sobre hechos de violencia.

Alta Verapaz es uno de los departamentos más afectados por hechos de violencia en sus diferentes manifestaciones, no obstante, hasta ahora no existe información específica relacionado con hechos de violencia. Motivo por el cual justifica la realización de la presente investigación en el Hospital Regional “Helen Lossi de Laugerud” Cobán Alta Verapaz en la cual refleje la frecuencia de atención hospitalaria, caracterización de la víctima y tipo de atención que demanda todos los pacientes que consultan por hechos de violencia en dicho centro asistencial.

IV. OBJETIVOS.

A. OBJETIVO GENERAL.

1. Describir el comportamiento de los motivos de consulta por hechos de violencia, en la emergencia del Hospital Regional “Helen Lossi de Laurgerud” de Cobán Alta Verapaz.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Describir la frecuencia absoluta y relativa de pacientes atendidos por hechos de violencia, en la emergencia del Hospital Regional “Helen Lossi de Laurgerud” Cobán Alta Verapaz.
2. Describir la tipificación de los hechos de violencia por lo que los pacientes asisten a la emergencia del Hospital Regional “Helen Lossi de Laurgerud” Cobán Alta Verapaz.
3. Describir la atención que se presta a los pacientes que demandan el servicio en el Hospital Regional “Helen Lossi de Laurgerud” Cobán Alta Verapaz.
4. Identificar el grupo etáreo que más consulta por hecho de violencia en el Hospital Regional “Helen Lossi de Laurgerud” Cobán Alta Verapaz.
5. Describir el grupo poblacional y su ocupación, que consultan por hechos de violencia en la emergencia del Hospital Regional “Helen Lossi de Laurgerud” Cobán Alta Verapaz.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. LA VIOLENCIA.

1. Antecedentes.

La violencia es producto de la sociedad, y desde que apareció el hombre sobre la faz de la tierra y después de haber infringido el mandato divino, perdió su inocencia, se vio privado de la dicha que gozaba y atrajeron toda clase de males; quedando sujeto en lo moral al embate de las pasiones, odio, rencor y violencia y a través del tiempo se ha venido manifestando de diversas maneras sin importar la magnitud del daño que ocasiona al individuo, familia y/o comunidad, como la violencia entre naciones que ha ocasionado las guerras antes y después de Cristo, las conquistas sangrientas hacia el nuevo mundo. En Guatemala por ejemplo: El Memorial de Tecpán-Atitlán, dice: “Entonces *Tunatiuj, empezó a pedir metal a los jefes; él quería que le diesen tinajas llenas de metales preciosos y hasta sus copas y adornos; como no recibiera nada Tunatiuj se encolerizó, y dijo a los jefes; ¿Porqué no me habéis dado el metal?, si no me traéis el metal precioso que hay en todas vuestras poblaciones, entonces elegid, pues yo os quemaré vivos y os ahorcaré. Así habló a los jefes”. Inmediatamente se estableció la esclavitud en sus

peores formas, a partir de la invasión española. (19)

La violencia política en nuestro país duró mas de 36 años, sus consecuencias aún persisten en la sociedad guatemalteca y que de una u otra manera ha retroalimentado la violencia generalizada. (1)

2. Morbilidad relacionada con la Violencia.

La mayor parte de las conductas violentas provocan lesión física, y trastornos psicológicos determinantes de compromiso funcional, discapacidades y minusvalías.

*Tunatiuj, nombre dado por los indios al Conquistador Pedro de Alvarado.

3. Etiología de la Violencia.

En 1,996, la Coordinación de Investigaciones de la División de Salud y Desarrollo Humano, junto con la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS empezaron a desarrollar el proyecto multicéntrico sobre actitudes y normas culturales relacionadas con la violencia a partir de un protocolo inicial elaborado por Alfred McAllister del Centro Colaborador de la OPS en Promoción de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, Estados Unidos de América. Tras una serie de reuniones de trabajo y de pruebas piloto de instrumentos, la investigación (Proyecto ACTIVA) en siete ciudades de América Latina y una ciudad de España, participaron en el proyecto: Río de Janeiro, y Salvador (Bahía), Santiago, Chile; Cali, Colombia; San José, Costa Rica; San Salvador, El Salvador; Madrid, España y Caracas Venezuela. El proyecto ACTIVA arroja luz sobre los factores personales que influye en el desarrollo de conductas violentas, así como sobre el impacto de algunas normas sociales en la conducta individual de las personas en general.

En primer lugar muestra claramente que las actitudes que apoyan la violencia y la falta de habilidad para resolver problemas de forma pacífica se relacionan con actos específicos de violencia contra la familia y personas ajenas a ella. En segundo lugar la posesión de armas de fuego o el deseo de tenerlas se asociaba tanto a las conductas

agresivas como con la condición de ser víctimas de agresión. Tercero; los hombres jóvenes muestran la más alta probabilidad tanto de agredir a otros como de ser víctimas de actos de delincuencia en los espacios públicos. Cuarto, en algunas ciudades hay gran desconfianza de la policía y de las instituciones de justicia, actitud que guarda relación con el deseo de tener armas para defenderse. Quinto, el consumo excesivo de alcohol figura como factor de riesgo para la victimización y también para la violencia contra la pareja y contra personas ajenas a la familia.

Sexto, gran parte de la violencia contra la mujer esta arraigada en sistemas económicos, políticos y culturales que refuerzan el dominio y control masculino. Finalmente la violencia contra los niños en el hogar es alarmante. Además el haber sido víctima de castigo corporal durante la infancia es un factor predictor de la violencia contra la pareja. (10)

Además de todo lo mencionado anteriormente, las condiciones de hacinamiento, desnutrición, desempleo y deterioro de la familia que imponen la desigualdad y la pobreza, propician el desarrollo de patrones de conducta agresivos en la resolución de conflictos familiares y sociales. (10, 12, 13)

4. Clasificación de la Violencia.

Dada la complejidad de la violencia, se puede clasificar de diferentes formas dependiendo del punto de vista en que se desee enfocar.

En la presente investigación de Tesis se incluyen las más comunes:

a) Según la forma como se lleva a cabo puede ser:

- i. Abuso emocional que se da mayormente entre las parejas cuando uno de ellos hace sentir que la otra no hace nada bien, humilla ante los demás miembros de la familia, se burla ya sea con hechos o palabras.

- ii. Abuso económico, cuando un miembro de la familia impide que trabajen fuera de la casa.
- iii. Amenaza, las amenazas se manifiestan en diferentes formas y magnitud; desde una simple amenaza de un padre a sus hijos, o el esposo hacía la esposa o viceversa, hasta amenazas de muerte de tipo político, social o económico.
- iv. Las intimidaciones, que suelen darse de diferentes formas tales como: gestos, ademanes, etc.
- v. La violencia física, es quizás lo que actualmente más preocupa a la mayoría de personas, familias y comunidades; así como las diversas instituciones estatales y privadas incluyendo las iglesias, no sólo magnitud si no también por el grado de traumatismos, secuelas y muertes que ocasiona, limitando así la funcionalidad individual y social; además, congestiona los servicios de salud aumentando así los costos globales de atención; afectando la cobertura y la calidad de servicios que se presta pues al aumentar la demanda de atención; obliga a desviar los recursos asignados a otros servicios básicos y en la mayoría de las veces están limitados.
- vi. Abuso sexual; en lo sexual se viola cuando se obliga a realizar actos sexuales en contra de la voluntad sin tomar en cuenta los deseos y necesidades de la otra persona.
- vii. Violencia Doméstica, ésta puede permanecer oculta debido a las costumbres y tradiciones que consideran que los problemas que se dan en este espacio no deben trascender los límites del hogar. El hombre que detenta el poder responsable de actividades públicas, la mujer responsable de cuidar a los hijos y el hogar, educa para la subordinación y servicio de los miembros de su grupo familiar. Esta estructura familiar es fortalecida en la sociedad, por una discriminación generalizada contra la mujer, por razones de género valorando las funciones

políticas y económicas, o sea las ejercidas por el hombre, y desvalorizando las funciones reproductivas, cuidado del hogar y de los hijos, ejecutadas tradicionalmente por la mujer funciones éstas que no reciben gratificación económica ni social. (11,22)

viii. El homicidio, la tortura, los secuestros y las desapariciones forzadas regularmente son ejecutadas directamente o indirectamente por poderes del Estado.

b) Según la motivación puede ser:

- i. Social: el robo de niños, este es una acción que engendra violencia; como ejemplo se cita lo publicado la prensa guatemalteca “Disturbios en San Cristóbal Verapaz, cuando los pobladores intentaron linchar a una periodista estadounidense a quien acusaba de la sustracción de un niño en marzo de 1,994 (la impunidad y gravedad del tráfico, compraventa y sustracción de niños/as ha provocado que la población tome la justicia en sus manos”). (23)
- ii. Riñas, éstas han cobrado innumerables muertos y heridos entre las llamadas maras o pandilleros juveniles.
- iii. Violencia Política; el caso de Guatemala, se desarrolló un país con una historia de 36 años de conflicto armado interno, una violencia política de gran magnitud que colocó a todos los habitantes en una situación sumamente difícil con descomposición social y el deterioro de las relaciones humanas que han incidido en el crecimiento de fenómenos como la violencia común que últimamente tanto daño ha hecho. De acuerdo a las estadísticas del mes abril del año 2,000 publicada por la revista Nunca Más de “FAMDEGUA, los casos de ejecuciones extra-judiciales fueron₁₀19 en hombres, amenazas 8,

atentados 2, desaparecidos 2 en mujeres y 1 en niños, heridos 6 en mujeres y 74 en hombres, linchamientos 2 en hombres, intentos de linchamientos 2 en hombres, intentos de secuestros 1 en hombres y violaciones sexuales 5 en hombres, 2 niñas y 6 niños con un total de 137 casos. Es por ello que la población guatemalteca está muy preocupada por la violencia tal como lo publica Prensa Libre página 2 el día martes 30 de mayo del año 2,000 “Clamor porque cese Violencia”. (3)

- c) Según el ámbito donde ocurre, la violencia puede ser :
doméstica, laboral, etc.
- d) Según el agresor puede ser: pandillas juveniles, agentes de Estado, narcotraficantes, etc.
- e) Según el instrumento utilizado puede ser:
punzante , contundente de fuego etc.
- f) Según la víctima puede ser: niño, mujer, anciano, adolescente, etc.
- g) Según su gravedad puede ser: letal, con secuelas, sin secuelas, leves, etc.
- h) Según el compromiso predominante puede ser: física, psíquica o ambas.

B. LA VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha revelado en estudios recientes que la magnitud del problema expresada en defunciones y costos revelan su enorme importancia y la heterogeneidad de la situación originada por dicho problema. Por ejemplo, en Colombia el homicidio fue la primera causa de muerte en 1,994 en los hombres y represento un 41% de todos los años potenciales de vida₁₁perdidos. Se estima que además,

cerca del 10% del producto interno bruto de la región se destina a sufragar gastos derivados de la violencia. (10)

La violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, no sólo porque produce directamente lesiones y defunciones sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hoy se suele denominar capital social.

La violencia nos interesa como problema de salud pública por su efecto deletéreo en las condiciones generales de salud y bienestar de las poblaciones de Cobán Alta Verapaz.

C. SALUD PUBLICA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

La violencia es un problema de Salud Pública de gran magnitud; el sector Salud debe asumir una posición de liderazgo en las acciones encaminadas a la búsqueda de soluciones y la aplicación de medidas preventivas y control de todas las formas de violencia; para ello debe establecer políticas y planes para: “Fomentar el establecimiento de alianzas y sistemas sociales e institucionales de soporte que sustenten las acciones de prevención de la violencia, coordinar los esfuerzos intersectoriales para lograr metas concertadas, movilizar recursos para el desarrollo de los programas y acciones, ajustar los servicios de salud para asegurar la atención apropiada a las víctimas, el tratamiento de secuelas somáticas y psicológicas, y rehabilitación”. (6)

D. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE COBAN ALTA VERAPAZ

1. Historia: A la llegada de los españoles, el territorio de Tezulutlán, se encontraba poblado por los grupos Qeqchi', Pocomchí, Achí y¹² otros. La conquista del

territorio se dio en forma pacífica por los frailes dominicos, liderados por Fray Bartolomé de las Casas. Durante los primeros años de la colonia las Verapaces estuvo a cargo del Cacique don Juan Matalbatz, quien la administraba con cargo de gobernador; además de los hoy departamentos de Alta y Baja Verapaz, comprendía también los actuales departamentos de Petén, Belice y parte de Izabal. Desde finales del siglo XIX ingleses y alemanes llegaron a colonizar para sembrar café.

La ciudad de Cobán fue fundada por los españoles en el siglo XVI exactamente el 4 de agosto de 1,543.

2. Características Geográficas: El departamento de Cobán cabecera se encuentra ubicado a 216 kilómetros de la Ciudad Capital el área colinda al norte con el departamento de Petén, al este con Izabal y el Progreso, al sur con Zacapa, Progreso y Salamá y al oeste con Quiché.

Los municipios que comprende Alta Verapaz son: Cobán cabecera departamental, Cahabón, Chahal, Chisec, Fray Bartolomé de las Casas, Lanquín, Panzós, San Cristóbal Verapaz, San Juan Chamelco, San Pedro Carchá, Santa Cruz Verapaz, Senahú, Tactic, Tamahú, y Tukurú.

Principales accidentes físicos: este departamento posee un paisaje muy variado, es frío y cubierto por una densa neblina que da lugar al continuo Chipi Chipi o lluvia fina y persistente.

3. Topografía: Cobán, en su parte norte es sumamente quebrado pero sus montañas y cerros no pierden su natural fertilidad por la acción erosiva
4. Ecología:
 - a) Flora: uno de los elementos destacados de la flora que habita en sus suelos es la Monja Blanca, declarada Flor

Nacional y sus bosques son el hábitat del Quetzal.

- b) Fauna: el departamento posee una fauna cavernícola muy variada y es un punto de interés para los espeleólogos, por las cuevas existentes en la región.
5. Orografía: su orografía es bastante irregular, constituida especialmente por la Sierra de Chamá, de donde se desprenden varios ramales lo que hace que su clima sea variado.
6. Vías de Acceso y Comunicación: este departamento se comunica con la capital por dos vías: La primera, que es la ruta nacional No. 5, la cual parte de la ciudad de Guatemala atraviesa los municipios de San Pedro y San Juan Sacatepéquez, ambos del departamento de Guatemala; luego, penetra por los municipios de Granados y El Chol (Baja Verapaz), de esta cumbre baja a Rabinal y Salamá. Por último, se dirige a Alta Verapaz por Tactic, Santa Cruz y llega a Cobán. La otra vía es hacia el norte por la carretera del Atlántico que a la altura de la aldea El Rancho en el departamento de El Progreso se bifurca, continuando la carretera principal hacia Puerto Barrios y el desvío a Salamá; por la cumbre de Santa Elena continúa por Tactic y Cobán.
7. Renglón Económico: su principal renglón económico es la agricultura adaptada a las diferentes latitudes y por el cual se obtiene abundantes cosechas de maíz, café, frijol, arroz, té, cacao, pimienta y cardamomo entre otras. Además de su riqueza agrícola se desarrolla los sectores comercial, industrial, minero y artesanal, este ultimo se destacan las siguientes: tejidos, platería, pirotecnia, tejidos de algodón, cerámica tradicional, productos de madera, productos metálicos jícaras y guacales. Adicionalmente de todo lo mencionado anteriormente hay varias compañías petroleras que están realizando trabajo de explotación.
8. Grupos Lingüísticos: los grupos lingüísticos de Alta Verapaz son provenientes de la₁₄ rama K'iche' oriental,

los idiomas Q'eqchi' y Poqomchi' dominan el panorama lingüístico desde tiempos inmemoriales hasta nuestros días.

9. Cultura: la región norte de Guatemala es una de las zonas más ricas, misteriosas, mágicas y únicas en la historia y la antropología del país lo que la hacen diferentes y única en el contexto de la cultura guatemalteca:

- a) Cofradías y Hermandades: la cofradía más fuerte por su número de miembros es de Santo Domingo de Guzmán, en la cabecera departamental. Otras cofradías fuertes son las de San Pedro Apóstol en

Carchá, San
Juan Bautista en Chamelco, la de la Virgen
de la Asunción en Tactic, la de San Juan
Apóstol en Tamahú y la de San Miguel
Arcángel en Tucurú. Las hermandades
resultan debilitadas ante el poderío de las
cofradías, todas encargadas de la
realización de su propio paabanc

- b) Mercado: Cobán es la ciudad comercial más grande del norte de Guatemala, pues es un punto único de enlace comercial en todo el departamento y ofrece todas las posibilidades de compra.
- c) Hablas Populares: Alta Verapaz es el único departamento en Guatemala en donde sus habitantes mestizos, también llamados "Ladinos" hablan el idioma nativo y de mayor población que es el Q'eqchi', además del idioma franco y oficial que es el español
- d) Danzas y Bailes: las danzas tradicionales del departamento son abundantes. Algunas guardan características propias de rituales danzarios y prehispánicos, y otras representan rituales que han sido mezclados con elementos medievales coloniales. Con todo ello, persisten hasta hoy representando una carga de identidad cultural insustituible en la cultura de los
altaverapacenses.

- e) Festival Folclórico: Religiosamente desde hace tres décadas, el mes de julio da pie para que la ciudad de Cobán se vista de gala y se apreste a recibir a los miles de personas que se dan cita en sus calles para formar parte del festival folclórico nacional. Las danzas de El Venado, Los Diablos, La Conquista y Balam Quej son algunas de las que dan mayor vistosidad a esta celebración que ha logrado acreditarse como el más importante festival folclórico del país, reconocido incluso por un decreto legislativo. Esta actividad nació con el nombre de Festival Folclórico Verapacense. La primera edición se realizó en julio de 1,969.

10. Población Area de Salud Cobán Alta Verapaz del año dos mil.

Cobán Cabecera	156,086 habitantes	
San Cristóbal	40,706	“
Santa Cruz	14,562	“
Carchá	105,319	“
Cahabón	42,713	“
Senahú	62,585	“
Tucurú	28,282	“
Tactic	24,626	“
Teleman	25,768	“
Chisec	90,322	“
Fray Bartolomé de las Casas	39,471	“
Chahal	16,213	“
Lanquin	15,356	“
La Tinta	31,786	“
Campur	54,255	“
Panzos	18,819	“
Chamelco	36,288	“
Tamahú	<u>11,143</u>	“

Total Area

814,300 habitantes

Fuente Estadística DASAV (Jefatura de Area de Salud Cobán Alta Verapaz).

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio.

Debido a la naturaleza de la investigación, el tipo de estudio que se realiza es Descriptivo, Retrospectivo

2. Unidad de Análisis

Registros de emergencia atendidos por hecho de violencia, más expedientes médicos de pacientes que fueron ingresados en el Hospital Regional “Helen Lossi de Laugerud.” Comprendido del 1º. De enero al 31 de diciembre del año 1,999 Cobán Alta Verapaz.

3. Universo

El universo del estudio son todos los registros de pacientes que consultaron la emergencia por hechos de violencia, así como los expedientes médicos de los pacientes que fueron hospitalizados por esa misma causa en el Hospital Regional “Helen Lossi de Laugerud” Cobán Alta Verapaz durante el año de 1,999.

4. Variables de Estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
FECHA	Indica el momento y el tiempo en que sucede un	Día y mes en que sucedió el hecho	Nominal	Día Mes

	hecho				
	EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual	Edad que se registra en la boleta de recolección de datos	Razón	Años Meses Días
	SEXO	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Sexo registrado en la boleta de recolección de datos	Nominal	Masculino Femenino
Variable	OCUPACION Carácter lucra- Definición	Actividad con registra en la bo- Definición Conceptual	Actividad que se Escala de Operacional	Nominal Obrero Medición	Profesional Unidad de Medida
		tivo a la que se dedica una persona para satisfacer sus necesidades	leta de recolección de datos		Ama de casa Indigente Estudiante Otros
	GRUPO POBLACIONAL	Conjunto de personas que comparten características socia-	Lo registrado en la boleta de recolección de datos	Nominal	Indígena Ladino Otros
	PROCEDENCIA	Ubicación geográfica en donde ocurrió la agresión	Lugar del departamento, en donde se refiere al agredido	Nominal	Cabecera Municipio Otros
	TRASLADO AL HOSPITAL	Forma de movimiento hacia determinado lugar	Medio utilizado para llegar a la emergencia del hospital	Nominal	Bomberos Amigo Familiar Ambulancia Policía Vecinos, Etc.
	TIPO DE AGRESION	Manera en la que se realizó la agresión	Persona que ocasionó la agresión	Nominal	Política Sexual Delincuencia Violencia intrafamiliar Otros
	AGRESOR	Quien comete cualquier tipo de agresión		Nominal	Asaltante Mara Policía Esposo/a Madre/ Padre Otros
	TIPO DE LESION	Daño directo ocasionado por un acto violento	Lo registrado en la boleta de recolección de datos	Nominal	Física Psicológica
	MEDIO	Instrumento	Instrumento que	Nominal	Arma de

UTILIZADO PARA	utilizado con el fin de oca- AGREDIR	se utilizó en la agresión sionar daño	fuego Arma	blanca Objeto Contunden- te Puños, Patadas, Etc.
datos	SERVICIO DE INGRESO	Area específica en la que se re- cluye a un en- Emergen-	Lo registrado en la boleta de recolección de	Nominal
				Observa- ción Intensfermo cia

5. Plan de Recolección de Datos

Se consultaron los libros de ingreso de pacientes en los diferentes servicios, luego se anotaron todos los números de registros clínicos de todos los pacientes que ingresaron en los diferentes servicios durante el año de 1,999; enseguida se procedió a ordenar en forma correlativa dichos números con el objeto de facilitar la búsqueda y revisión de cada uno de los expedientes; posteriormente se revisó cada expediente con su motivo de consulta e historia de la enfermedad actual, si la descripción en la historia clínica se relaciona con hecho de violencia, entonces se llenó la boleta de recolección de datos elaborada en el centro de investigación de las ciencias de la salud –CICS- con los demás datos contemplados en la misma, hasta revisar todos los expedientes en mención.

Para la recolección de datos relacionado con la mortalidad por hecho de violencia, se consultaron las hojas de estadística donde están registrados todos los pacientes fallecidos durante el año de 1,999. Y en base a los números de registros clínicos de dichos pacientes, se procedió a revisar cada uno de estos expedientes utilizando el mismo procedimiento anteriormente descrito.

Y para la recolección de resto de datos e información necesaria de aquellos pacientes que consultaron por hechos de violencia pero que por algún motivo no fueron ingresados en ningún servicio, ni asignado número de registro clínico, se procedió a revisar todas las hojas de consulta de servicio de emergencia y observación durante el año 1,999 que se encuentran archivados en el servicio de emergencia utilizando

el mismo procedimiento ya descrito.

6. Plan de análisis, interpretación y presentación de datos.

Todos los datos recolectados se procedió a tabular cada uno, luego se analizaron e interpretaron los resultados en base a porcentajes y frecuencias simples; posteriormente se elaboraron cuadros y gráficas para la presentación de los resultados.

B. RECURSOS

1. Humanos:

- a) Médico Revisor
- b) Médico Asesor
- c) Personal Médico y Paramédico de emergencia del Hospital
- d) Personal de archivo, Depto. De Estadística del Hospital
- e) Estudiante de medicina
- f) Otros.

2. Materiales-Físico:

- a) Facultad de Medicina, Unidad de Tesis USAC
- b) Hospital Regional “Helen Lossi de Laugerud” Cobán Alta Verapaz.
- c) Expedientes médicos
- d) Instrumento de recolección de datos
- e) Equipo de Oficina
- f) Otros.

3) Bibliográficos:

- a) Biblioteca Facultad de Medicina USAC
- b) Biblioteca UNICEF
- c) Centro de Documentación Oficina Panamericana de la Salud Guatemala
- d) Biblioteca Dirección General de Servicios de Salud

e) Otros

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

TOTAL DE CONSULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

AÑO	TOTAL DE CONSULTAS	POR HECHOS DE VIOLENCIA	PORCENTAJE
1,999	24,474	246	1 %

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE

CUADRO No. 2

TOTAL DE INGRESO DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE ENCAMAMIENTO EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

AÑO	TOTAL DE INGRESOS EN SERVICIO DE ENCAMAMIENTO	POR HECHOS DE VIOLENCIA	PORCENTAJE
1,999	9,736	131	1.3 %

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 3

TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES	POR HECHOS DE VIOLENCIA	PORCENTAJE
1,999	232	7	3 %

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION ETAREA POR EDAD Y SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

EDAD	SEXO				TOTAL	PORCEN- TAJE
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
0 a menos de 5 años	2	0.81	1	0.40	3	1.21
5 a 10 años	4	1.62	2	0.81	6	2.44

11 a 15 años	4	1.62	2	0.81	6	2.44
16 a 20 años	37	15.00	15	6.09	52	21.14
21 a 25 años	46	18.69	5	2.03	51	20.74
26 a 30 años	22	8.94	10	4.06	32	13.00
31 a 35 años	25	10.16	7	2.84	32	13.00
36 a 40 años	16	6.50	5	2.03	21	8.54
41 a 45 años	13	5.28	1	0.40	14	5.69
46 a 50 años	5	2.03	2	0.81	7	2.85
51 a 55 años	7	2.84	4	1.62	11	4.48
56 a 60 años	3	1.21	0	0.00	3	1.21
61 años a más	6	2.43	2	0.81	8	3.26
TOTAL	190	77.23	56	22.76	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	190	77
FEMENINO	56	23
TOTAL	246	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 6

OCUPACION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBREROS	81	32.93
JORNALEROS	53	21.54
AGRICULTOR	49	19.92
AMA DE CASA	47	19.11
ESTUDIANTE	8	3.25
PROFESIONAL	4	1.63
INDIGENTE	1	0.41
OTROS	3	1.22
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE

CUADRO No. 7

GRUPO POBLACIONAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

GRUPO POBLACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDIGENA	192	78.05
LADINO	54	21.95
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 8

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE

LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA				TOTAL	PORCENTAJE
	MUNICIPIO		ALDEA			
	TOTAL	%	TOTAL	%		
COBAN ALTA VERAPAZ	91	36.99	7	2.85	98	39.84
SAN PEDRO CARCHA	26	10.57	32	13.01	58	23.58
TACTIC	8	3.25	3	1.22	11	4.47
SAN CRISTOBAL VERAPAZ	7	2.85	3	1.22	10	4.07
SAN JUAN CHAMELCO	6	2.44	3	1.22	9	3.66
FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	5	2.03	3	1.22	8	3.25
CAHABON	6	2.44	1	0.41	7	2.85
CHISEC	3	1.22	4	1.63	7	2.85
SANTA CRUZ VERAPAZ	3	1.22	1	0.41	4	1.63
TUCURU	2	0.81	1	0.41	3	1.22
SENAHU	2	0.81	1	0.41	3	1.22
LANQUIN	3	1.22	0	1.22	3	1.22
PANZOS	0	-	3	-	3	1.22
CHAHAL	1	0.41	0	-	1	0.41
TAMAHU	0	-	0	6.50	0	-
OTROS	5	2.03	16	6.50	21	8.54
TOTAL	168	68.29	78	31.71	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 9

FORMAS DE TRASLADO HACIA EL CENTRO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

FORMAS DE TRASLADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIAR	82	33.33
BOMBEROS	63	25.61
PROPIA VOLUNTAD	55	22.36
POLICIA	16	6.51

AMBULANCIA CENTRO DE SALUD	13	5.28
AMIGO	6	2.43
PADRES	4	1.63
VECINOS	2	0.81
AMBULANCIA PRIVADA	1	0.41
OTROS	4	1.63
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 10

SERVICIO DE INGRESO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

SERVICIO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMERGENCIA	93	37.80
CIRUGIA DE HOMBRES	79	32.11
TRAUMA DE HOMBRES	25	10.16
OBSERVACION	22	8.94
CIRUGIA DE MUJERES	7	2.85
CIRUGIA PEDIATRICA	6	2.44
SALA DE OPERACIONES	6	2.44
REFERIDOS A OTROS CENTROS ASISTENCIALES	5	2.03
TRAUMA DE MUJERES	3	1.22
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE

CUADRO No. 11

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA QUE AMERITARON SER HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	153	62.00
NO	93	38.00
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 12

TIEMPO DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE ₃₄ VIOLENCIA EN EL HOSPITAL

REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

TIEMPO DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 24 HORAS	144	46.35
1 A 5 DIAS	87	35.37
6 A 10 DIAS	28	11.38
11 A 15 DIAS	9	3.65
16 A MAS DIAS	8	3.25
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 13

TIPO DE AGRESION DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN

ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

TIPO DE AGRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DELINCUENCIA COMUN	200	81
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	41	17
VIOLENCIA SEXUAL	5	2
TOTAL	246	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 14

AGRESOR MAS FRECUENTE EN PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

AGRESOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
----------------	-------------------	-------------------

MARAS	130	53
ASALTANTE	46	19
OTRO FAMILIAR	27	11
ESPOSA/O	10	4
MADRE/PADRE	3	1
OTRO	30	12
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 15

TIPO DE LESION SUFRIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

TIPO DE LESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FISICA	239	97.15
PSICOLOGICA	2	0.81
AMBAS	5	2.03
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 16

MEDIO DE AGRESION UTILIZADO EN CONTRA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

MEDIO UTILIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PUÑOS, PUNTA PIES, MORDISCOS, ETC.	86	35

ARMA BLANCA	68	28
ARMA DE FUEGO	47	19
OBJETO CONTUNDENTE	26	10
OTROS	19	8
TOTAL	246	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 17

DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HERIDAS CORTOCONTUNDENTES	80	32.53
HERIDAS POR ARMA DE FUEGO	47	19.11
POLITRAUMATISMO	35	14.00
FRACTURAS DE EXTREMIDADES	34	13.83

TRAUMA CRANEOENCEFALICO	23	9.34
TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN	9	3.65
QUEMADURAS	8	3.00
VIOLACION SEXUAL	5	2.03
OTROS	5	2.03
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 18

TRATAMIENTO BRINDADO A LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

TRATAMIENTO BRINDADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRATAMIENTO MEDICO	97	39
LAVADO/DEBRIDA- MIENTO Y SUTURA	63	26
QUIRURGICO	44	18
TRAUMATOLOGICO	32	13
LAVADO/DEBRIDA- MIENTO Y CURACION	5	2
REFERIDOS A OTRO CENTRO ASISTENCIAL	5	2
TOTAL	246	100.00

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE

CUADRO No. 19

DIAGNOSTICO DE EGRESO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

DIAGNOSTICO DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POST HERIDA CORTO CONTUNDENTE	74	30.08
POST HERIDA POR ARMA DE FUEGO	39	15.86
POST POLITRAUMATISMO	35	14.23
POST REDUCCION	32	13.00
POST TRAUMA CRANEO-ENCEFALICO	23	9.35
POST LAPAROTOMIA EXPLORADORA	17	6.92
POST QUEMADURAS	7	2.85
VIOLACION SEXUAL	5	2.03
SHOCK SEPTICO	3	1.21
OTROS	11	4.47

TOTAL	246	100.00
-------	-----	--------

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 20

CONDICION DE EGRESO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

CONDICION DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIVO	239	97
MUERTO	7	3
TOTAL	246	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 21

CLASIFICACION MEDICO LEGAL DE LOS PACIENTES

ATENDIDOS POR HECHOS DE VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,999.

CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	26	11
NO	220	89
TOTAL	246	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL "HELEN LOSSI DE LAUGERUD" COBAN ALTA VERAPAZ.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo al estudio realizado, del total de consultas atendidas en el servicio de emergencia del Hospital "**Helen**

Lossi de Laugerud" Cobán Alta Verapaz durante el año de 1,999, el 1% corresponde a consultas por hechos de violencia (**Cuadro No. 1**). A pesar de que el porcentaje es bajo, hay que tomar en cuenta que el mismo se comparó con todas las consultas atendidas incluyendo la de maternidad cuyo grupo poblacional, en algunos casos durante el período de embarazo, consultan más de una vez a la emergencia. De esta forma aumenta el número de consultas por otras causas comparado con las consultas por hechos de violencia; además muchas consultas por hechos de violencia no son documentadas como tal, pues no existe un instrumento para el registro exclusivo de dichos datos o los pacientes por alguna razón ocultan el hecho.

Del total de ingresos en los diferentes servicios de encamamiento durante el período de estudio, el 1.03% corresponde a ingresos por hechos de violencia (**Cuadro No. 2**). Esta situación aumenta días / camas / ocupadas porque algunos de estos pacientes necesitaron más de 16 días de tratamiento intra-hospitalaria (**Cuadro No. 11**) esto congestiona los diferentes servicios, aumentan los costos del presupuesto, afectando la calidad de atención de los demás pacientes con otras enfermedades.

Un 3% de todas las defunciones (**Cuadro No. 3**) corresponde a hechos de violencia los que constituyen años de vida potencial perdidos. Además del impacto psicosocial y económico irreversible para la familia afectada y para la sociedad. (6).

Los grupos etáreos más afectados por los hechos de violencia lo constituyen entre las edades de 16 a 20 años que corresponde a un 52%, seguido por un 51% entre las edades de 21 a 25 años, luego un 32% entre las edades de 26 a 30 años y 31 a 35 años respectivamente (**Cuadro No. 4**). Estos resultados son similares a lo publicado del estudio multicéntrico proyecto **ACTIVA** en el cual arroja luz verde sobre factores personales que influyen en el desarrollo de conductas violentas entre los cuales están los hombres jóvenes que "muestran la más alta probabilidad tanto en

agredir a otros como de ser víctimas de actos de delincuencia en los espacios públicos". (14).

Como ya se señaló, las edades de 16 a 20 años fueron las más afectadas que según el₄₆ estudio de crecimiento y desarrollo

humano, le corresponde al grupo poblacional de adolescencia tardía. Por ello resulta la necesidad urgente en desarrollar programas educativos y que diversifiquen las oportunidades para los adolescentes, pues ésta es la época de estudio y trabajo.

Desde otro punto de vista y de acuerdo al **Cuadro No. 4**, los grupos etáreos extremos tales como niños y ancianos mayores de 60 años no están exentos de los efectos desastrosos de la violencia, a pesar de que ellos, es difícil que formen parte activa de la misma; más bien son grupos vulnerables que se encuentran a merced de otros. (15).

Según el Cuadro No. 5, el sexo masculino es el grupo más afectado y lo constituye un 77% en contraposición del sexo femenino con un 23%, estos datos confirman el análisis publicado en la revista "**Sociedad, Violencia y Salud**" pág. 69 "la falta de habilidad para resolver problemas, la posesión de armas de fuego, el consumo de alcohol entre otros son factores que aumentan la violencia entre el sexo masculino especialmente entre los más jóvenes". (6, 14).

Referente a la ocupación de los pacientes atendidos por hechos de violencia, (**Cuadro No. 6**), el mayor porcentaje de la población afectada lo constituyen: los obreros con un 32.93%, los jornaleros con un 21.55%, luego los agricultores y amas de casa con un. 19.92 % y 19.10 % respectivamente contra un 1.63 % de profesionales y un 3.25% de estudiantes. Estos datos nos indican que posiblemente la población con nivel académico bajo es la más afectada o que los profesionales y personas de mejor posición económica buscan atención privada. De alguna manera el nivel socioeconómico y educativo puede influir en actos de violencia o ser víctimas de la misma; sin embargo hay que tomar en cuenta que la región donde se realizó el estudio la mayoría de los habitantes no son profesionales ni estudiantes, por ende este grupo el porcentaje es bajo; de todas maneras es importante tomar en cuenta estos datos para fines educativos y de promoción de la salud.

El **Cuadro No. 7** indica que el grupo poblacional más afectado es el indígena con 78% y 22% del grupo ladino. Es de esperar este resultado debido a que la región en estudio como lo es Cobán, es una región poblada en su mayoría por grupos lingüísticos indígenas⁴⁷ Q'eqchi, K'iche y Poqomchi'. (24).

Respecto a la procedencia, la mayoría de pacientes fueron originarios de Cobán cabecera con un 36.99% y 2.84% de sus alrededores (aldeas), es de esperarse este porcentaje para Cobán cabecera no sólo por su mayor población, sino por el fácil acceso que tiene la población hacia el hospital, en su orden sigue San Pedro Carchá municipio con un 10.56% y 13% de sus aldeas, quizás por su cercanía hacia la cabecera y por ende hacia el hospital; en tercer lugar sigue Tactic con un 11% del total incluyendo aldeas, con un porcentaje inferior San Cristobal, San Juan Chamelco, Fray Bartolomé de las Casas, Cahabón, Chisec, Santa Cruz Verapaz, Tucurú, Senahú, Lanquín, Panzós, Chahal y por último Tamahú con un 0% y en otros con un 21% se incluyen poblaciones del Quiché tales como Ixcán, Playa Grande, Chicamán, Uspantán entre otras; así como poblaciones de Baja Verapaz tales como Purulhá, entre otras. **(Cuadro No. 8)**. Como se puede ver el resto de municipios aparecen con un porcentaje menor que puede ser por la larga distancia hacia el Hospital en estudio y la mayoría es atendida en los puestos y/o Centros de Salud local y sólo los casos severos son referidos hacia el Hospital Regional.

La forma de traslado de los pacientes hacia el Hospital la mayoría de los casos es llevada por familiares con un 33.33 %, bomberos un 25.61 % propia voluntad 22.36%, policía 6.51 %, ambulancia Centro de Salud 5.28 %, amigos, padres, vecinos, ambulancia privada con porcentaje menor así como otros que corresponde a aquellos pacientes que no se sabe cómo llegaron al Hospital (Cuadro No.9). Los pacientes que fueron trasladados por agentes de la Policía Nacional en su mayoría son agresores o autores de los hechos violentos según consta en los expedientes de la historia de enfermedad y/o notas de enfermería. Los pacientes trasladados por ambulancias del Centro de Salud, son pacientes que fueron referidos de algún municipio y dada la severidad del daño ameritaron tratamiento Hospitalario.

En los servicios de ingreso, los pacientes que consultaron por hechos de violencia, el 37.80% fueron atendidos sólo en la emergencia, en el servicio de Cirugía de Hombres con un 32.12%, Traumatología de Hombres el 10.16%, en servicio de Observación con 8.95%, Cirugía Pediátrica con 2.44%, Sala de Operaciones con 2.44%, referido a otro centro asistencial 2.03%, Traumatología de Mujeres₄₈ con 1.21%. **(Cuadro No. 10)**. Estos

datos confirman a la violencia como problema de Salud Pública puesto que más de la mitad de estos pacientes ameritó su ingreso a un servicio de encamamiento que de alguna manera aumentó los costos de atención para el hospital y generó desequilibrio físico, emocional y social al paciente y familia.

Del 100% de pacientes atendidos por hechos de violencia, e 62% fueron hospitalizados (**Cuadro No. 11**), desde el servicio de observación hasta un servicio de encamamiento; estos nos indica que más de la mitad de los pacientes atendidos y/o registrados por hechos de violencia presentaban daño físico moderado a severo que ameritaron su hospitalización, cada uno de estos pacientes constituye un enorme costo para el hospital no sólo por el día / cama/ ocupada; sino también por los servicios médicos, paramédicos y demás personal de la institución, así como el costo de los medicamentos especialmente los antibióticos que regularmente a cada paciente se administra dos o más antibióticos, más el costo del material medico-quirúrgico tales como anestésicos, hilos de sutura, gasas, esterilización de equipos, guantes, etc. Como ejemplo, un 35% de estos pacientes ameritó de uno a cinco días de hospitalización, el 11.38%, de 6 a 10 días, el 3.65% de 11 a 15 días, y el 3.25% más de 16 días (**Cuadro No.12**). Este grave problema constituye aun más el congestionamiento en los servicios destinados para otros pacientes que necesitan atención medica por otra causa.

En relación al tipo de agresión, la más frecuente fue la delincuencia común con un 81%, luego la violencia intrafamiliar con un 17%, por último la violencia sexual con un 2% (**Cuadro No. 13**). Es importante notar y reconocer que durante el período de estudio no se identificó ningún tipo de violencia política tal como sucedió en el pasado. Esto se debe a que durante el período de estudio ya se había firmado los acuerdos de paz; sin embargo la delincuencia común sigue en aumento así como la violencia intrafamiliar que también se observa en un porcentaje significativo. La violencia sexual es baja sin embargo la magnitud del daño psicológico de quienes la sufren es irreparable.

El agresor más frecuente de acuerdo al estudio lo constituye las maras con un 53%, luego le siguen los asaltantes con un 19%, otro familiar con un 11%, esposo/a con un 4%, madre / padre con un 1%, policia 0%, otros con una 12% (**Cuadro No. 14**). No cabe duda que hoy en día⁴⁹se señala a las maras como

asaltantes y son los que provocan la mayor parte de la violencia e inseguridad no sólo en el área de Cobán, sino en todo el país. En relación a otros, que comprende un 12% es importante comentar que de acuerdo a los datos registrados en los expedientes, la mayoría se refiere a vecinos de la comunidad que intentaron linchar o quemar a supuestos delincuentes debido a la desconfianza hacia las autoridades correspondientes por falta de seguridad o incapacidad de los mismos para aplicar la ley. Estos sucesos coinciden con lo publicado en el Proyecto ACTIVA (14). Así como lo que se informa casi a diario en los diferentes medios de comunicación de Guatemala. Por lo tanto es necesario que las autoridades tomen ya medidas urgentes para contrarrestar la delincuencia y violencia en general para vivir en paz y armonía.

Los tipos de lesión sufridos por los pacientes estudiados son: físicas con un 97.16%, psicológicas un 0.81% y ambas o sea física y psicológica un 2.03% (**Cuadro No. 15**). Sin embargo de alguna manera todas las víctimas de agresiones sufren algún grado de daño psicológico, pero no son documentados como tal. En lo referente a lesión psicológica son datos subjetivos (referidos por los pacientes) según constan en algunos expedientes, pero dichos pacientes sólo recibieron tratamiento médico en su oportunidad pues se carece de un servicio de atención psicológica.

El medio utilizado más común en cada acto de violencia fue: puños, punta pies, mordiscos que comprenden un 35%, arma blanca con un 28%, arma de fuego 19%, objetos corto contundente 10%, otros 8%, (**Cuadro No. 16**). Estos otros entre las más comunes fueron alambres, gasolina, agua hervida, etc. El arma de fuego a pesar de que se encuentra en el tercer lugar es el medio más ofensivo y mortal existente en los hechos de violencia que ha cobrado innumerables muertes no solo en el área de estudio.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: herida corto contundentes con un 32.53%, heridas por arma de fuego 19.11%, politraumatismo 14.23%, fractura de extremidades 13.83%, trauma cráneo-encefálicos 9.34%, traumas cerrados de abdomen 3.65%, quemaduras 3.25%, y violación sexual 2.03%, otros 2.03% respectivamente (**Cuadro No. 17**). Todos y cada uno de estos diagnósticos de alguna manera ocasionan daños físicos y trastornos psicológicos₅₀que limitan la funcionalidad

individual y social, así como su enorme costo para el hospital.

El 39% de estos pacientes recibió tratamiento médico, el 26% lavado y desbridamiento más suturas, el 18% recibió tratamiento quirúrgico, el 13% recibieron tratamiento traumatológico, el 2% lavado y desbridamiento y curación, referidos a otros centros asistenciales 2% con un total de 100% (**Cuadro No. 18**).

De acuerdo a la clasificación antes mencionada el 39% recibieron tratamiento médico, sin embargo quienes recibieron tratamiento quirúrgico y traumatológico recibieron también tratamiento médico como antibióticos y AINES; esto aumenta aun más el costo por cada paciente.

Por el tipo o severidad del daño que sufrieron alguno de los pacientes, un 12% de los mismos egresaron con diagnósticos diferentes al de ingreso tales como: Laparatomía exploradora 6.92%, shock séptico 1.21%, shock neurogénico, shock hipovolémico, colocación de injertos, infección de heridas, colostomía, etc. (**Cuadro No. 19**). En algunos casos se complicó el cuadro clínico de los pacientes retardando la recuperación de algunos y fallecimiento de otros.

El 3% de los pacientes egresaron muertos (**Cuadro No. 20**). A pesar de que el porcentaje es bajo, es indudable que para los familiares de estas víctimas constituye un daño irreversible.

Solamente el 11% de pacientes atendidos por hechos de violencia fueron clasificados como médico legal (**Cuadro No. 21**). Este porcentaje de ninguna puede ser aceptable puesto que todos los hechos violentos constituyen delitos penados por la ley, sin embargo la mayoría de los pacientes por una u otra razón se abstienen de denunciar a sus agresores ya sea, por temor a los agresores o por desconfianza en la aplicación correcta de la ley (1, 14).

IX. CONCLUSIONES

1. El área de Cobán Alta Verapaz no está exenta del fenómeno de la violencia, aunque las cifras son menores en relación a la ciudad capital. Este fenómeno influye en el aumento de la demanda de atención no solo en el servicio de emergencia sino, también en los diferentes servicios de encamamiento del Hospital Regional “Helen Lossi de Laugerud”, aumentando así los costos globales de atención y en determinado momento puede afectar la calidad de atención que se brinda a los pacientes que demandan el servicio.
2. Los adolescentes y adultos jóvenes especialmente los del sexo masculino son los grupos de más alto riesgo ante el fenómeno de la violencia.
3. La población indígena y la de nivel académico bajo o nulo fueron las que demandaron más, la atención del Hospital debido a hechos de violencia.
4. Por razones de accesibilidad, el Hospital Regional de Cobán atendió un 8.53% de paciente por hechos de violencia provenientes de comunidades del Departamento del Quiché y Baja Verapaz.
5. La violencia común propiciada por las maras y/o asaltante, así como la violencia intra familiar utilizan como medio de agresión los puños, punta pies, arma blanca y arma de fuego contra sus víctimas ocasionándoles lesiones traumáticas que muchos de ellos sufren complicaciones y algunos hasta la muerte la cual ocasiona un enorme daño emocional y económico para la familia y la sociedad.

X. RECOMENDACIONES

1. Coordinar acciones multisectoriales e interdisciplinarias para la construcción, defensa y cultivo de una sana conciencia social y cultura de paz frente a la violencia.
2. Conformar e implementar sistema de vigilancia epidemiológica sobre los hechos de violencia en el Hospital Regional “Helen Lossi de Laugerud” Cobán Alta Verapaz.
3. Capacitar al personal de Salud para el manejo del sistema de vigilancia epidemiológica sobre los hechos de violencia.
4. Ejecutar programas educativos en PRO- de la NO VIOLENCIA en los diferentes medios de comunicación masiva dirigido especialmente a los adolescentes y adultos jóvenes tanto en castellano como en la lengua mayense local.
5. Dar seguimiento al presente estudio.

XI. RESUMEN

La violencia como problema de Salud Pública área de Cobán Alta Verapaz; estudio descriptivo-retrospectivo realizado en el Hospital Regional “HELEN LOSSI DE LAUGERUD” año 1,999 en el que describe el comportamiento de los motivos de consulta por hechos de violencia en la emergencia de dicho centro Asistencial. El 1% corresponde a consultas por hechos de violencia, de éste, el 62% amerito hospitalización; en su mayoría ingresaron a los servicios de cirugía y traumatología de hombres con 32.12% y 10.16%, el 3.25% amerito tratamiento intra-hospitalario por más de 16 días, 3.65% de 11 a 15 días, 11.38% de 6 a 10 días , 35.37% de 1 a 5 días y el resto menor de 24 horas. Los grupos etáreos más afectados corresponden entre las edades de 16 a 35 años con 67.88% con predominio del

sexo masculino con un 77.23% .

Los obreros fueron el grupo ocupacional más afectado con un 32.93%, jornaleros 21.55% , agricultores y amas de casa el 19.92% y 19.10% contra un 1.63% de profesionales y 3.25% de estudiantes . De estos, el indígena es el más afectado con un 78% y ladino 22%. La mayoría proceden de Cobán Cabecera y sus aldeas con un 39.84%, tambien se atendio personas provenientes del departamento de El Quiche. La forma de traslado al Hospital en su mayoría fue por familiares 33.33%, bomberos 25.61%, propia voluntad 22.36%.

Delincuencia común y violencia intrafamiliar fueron las frecuentes con 81 % y 17%. Los agresores fueron: maras 53%, asaltantes 19% , otro familiar 11%, esposo/a 4%, padre / madre 1% , otros 12% incluyendo linchamientos. Las lesiones predominantes fueron las físicas 97.16%. Los medios más utilizados fueron los puños, puntapiés, mordiscos 35%, arma blanca 28%, arma de fuego 19% . Los diagnósticos fueron heridas corto-contundentes 32.53%, herida por arma de fuego 19.11%, politraumatismo 14.23%. El tratamiento medico fue 39%, lavado/debridamiento y suturas 26% , quirúrgicos 18%, traumatológicos 13% . De todas la defunciones el 3% fueron por hechos de violencia , para ellos constituye años de vida potencial perdida. Clasificados como médico legal fue 11% del total; esto refleja que no todos los hechos de violencia son denunciados ni documentados en las instituciones donde corresponde, por ende no se ve la gravedad del problema en sí.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castro K. Maltrato contra la Niñez; el marco general de la violencia dirigida hacia el niño. Guatemala, noviembre 1,997. 72 p.
2. Cueto E. Galería Guatemala, fundación G&T; las Verapaces Alta Verapaz año 2, No. 5, 1,999
3. FAMDEGUA. Nunca más. Guatemala, C.A.abril del 2000; año 7, No. 42. 16 págs.
4. Fournier M. V. La Cultura de la Violencia, aproximación a la Violencia juvenil en Costa Rica. Universidad de Costa Rica, junio de 1,994. 22 p.
5. Gall F. Diccionario geográfico de Guatemala. 2da. edición Guatemala 1,976, Tomo II, 883 págs.
6. Guerra de M. Sociedad, Violencia y Salud. Washington , D.C: OPS; 1,994 117 págs.
7. Hewes S. Denuncia Legal del Maltrato Infantil, PAMI; Procuraduría de los Derechos Humanos. Guatemala, mayo de 1,998. 45 p.
8. INGUAT. Guía Turística de Guatemala, año 1, época 1, No 1, diciembre de 1,999.
9. Kaufman M. Hombres, placer, poder y cambio, la construcción de la masculinidad y la triada de la violencia masculina; Santo Domingo
10. Organización Panamericana de la Salud. Número Especial Sobre La Violencia. Washington, D. C: OPS; abril- mayo de 1,999: Vol. 5, Números 4/5, 374 págs.
11. Organización Panamericana de la Salud. Violencia Doméstica. Washington, D.C: OPS₅₆ diciembre, 1,999. Vol. 33, No. 6.

12. Organización Panamericana de la Salud Ciudad y Violencia en América Latina. Washington, D:C: OPS: Nov. 1,993 24 págs.
13. Organización Panamericana de la Salud La Violencia En Las Américas: La pandemia Social del siglo XX. Washington D. : No. 10, 1996.
14. Organización Panamericana de la Salud Distribución Especial de la Violencia; mortalidad por causas externas en El Salvador (Bahía). Washington, D. C: noviembre, 1,999. Vol. 6; No. 5.
15. OPS. Violencia y Salud. Washington, D.C: OPS, junio, julio; 1,993.
16. OPS. La Vida Es Frágil, Rechacemos la violencia y la Negligencia. Washington, D.C: abril, 1,993. 75 p.
17. PAMI. Violencia Intrafamiliar y Grupos de Auto Ayuda. PAMI. Guatemala, febrero, 1,998. investigación No. 5.
18. Pinto de S. El Manual del Síndrome de Maltrato Infantil; atención médico psicosocial, PAMI. A.D: Guatemala, 1,998. 40 págs.
19. Solórzano V. Evolución económica de Guatemala, C.A. editorial José de Pineda Ibarra. Ministerio de Educación, 1,977.
20. Sis J. La Violencia, un Problema de Salud Pública en Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,999. 45 págs.
21. Terris, M. Violencia en una Sociedad Violenta. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; Universidad de Antioquía; julio-diciembre, 1,999. Vol. 17, No. 1.
22. UNICEF. La Violencia Contra La Mujer; ausencia de una respuesta institucional. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Editorial Gente Nueva. Bogotá, marzo 1,992

23. UNICEF. Nuevas Formas de violencia Sobre la Niñez; informe sobre el tráfico de niños y niñas, transplante ilegal de órganos y adopciones internacional en Guatemala. UNICEF. Guatemala .1994.

24. Vásquez C. Historia, Población y Cultura de Alta Verapaz, casa editorial Prensa Libre; 23 de junio de 1999. Fascículo 2. 16 págs.

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

“La violencia, un problema de salud pública en Cobán Alta Verapaz

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Boleta No. _____

HOSPITAL _____

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

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. Cabecera _____
2. Municipio _____
3. Otro _____

Tiempo de estancia en el hospital

1. _____ horas
2. _____ días
3. _____ semanas

Tipo de Agresión

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

Agresor

1. Asaltante
2. Mara
3. Policía
4. Esposo/a
5. Madre/Padre
6. Otro familiar
7. Otro _____

Tipo de lesión

1. Física
2. Psicológica

Medio Utilizado

1. Arma de fuego

Traslado 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
- 2-Emergencia Pediátrica
- 3-Observación
- 4-Intensivo
- 5-Otro (especifique) _____

Paciente hospitalizado:

- 1-Si 2. No

2. Arma blanca
3. Objeto contundente
4. Puños, patadas, mordiscos etc.
- 5.Otros _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Diagnóstico de Egreso: _____

Condición de Egreso:

1. Vivo
2. Muerto

Clasificación médico legal

1. Si
2. No

[illegible]

1. Selección del tema de investigación
2. Elección del revisor
3. Presentación del tema
4. Solicitud de aprobación del

60

Institución donde se realiza el estudio

5. Elección del asesor
6. Búsqueda del material bibliográfico
7. Elaboración del protocolo
8. Presentación del protocolo
9. Ejecución del trabajo de campo
10. Procesamiento de datos, más elaboración de tablas y gráficas
11. Análisis y discusión de resultados
12. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
13. Aprobación del informe final
14. Impresión del informe final
15. Trámites administrativos
16. Examen público

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	SEMANAS									
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18	19 - 20
Selección y presentación del tema										
Aprobación del tema										
Solicitud de autorización del proyecto de investigación Hospital Cobán										
Recopilación del material bibliográfico										
Elaboración del protocolo										
Aprobación del protocolo										
Trabajo de Campo										
Tabulación de datos										
Elaboración del informe final										
Presentación del informe final										
Aprobación de la Tesis e impresión										