

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN GUATEMALA

BLANCA AMALIA ALVIZURES MONTENEGRO

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2001

INDICE

I.	INTRODUCCION-----	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA-----	2
III.	JUSTIFICACION-----	4
IV.	OBJETIVOS-----	5
V.	REVICION BIBLIOGRAFICA-----	6
VI.	MATERIAL Y METODOS-----	18
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS-----	22
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS-----	35
IX.	CONCLUSIONES-----	37
X.	RECOMENDACIONES-----	38
XI.	RESUMEN-----	39
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	40
XIII.	ANEXOS-----	42

I. INTRODUCCION

La violencia en sus múltiples manifestaciones es un fenómeno profundamente enraizado en nuestra sociedad mismo que día a día toma más auge.

Todas las investigaciones inducen a pensar que es considerable la dimensión de las distintas formas de violencia y que esta conducta esta presente en todas las capas sociales y ningún ámbito cultural esta excluido.

En los EE.UU. aproximadamente 6,000,000 de mujeres, hombres, niños y ancianos son víctimas de ataques a manos de otras personas y Guatemala no es la excepción pues ha sido catalogada como uno de los países más violentos de América Latina. (18)

El siguiente trabajo es parte de una investigación que lleva a cabo el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- en los hospitales nacionales, y como parte de la misma se tomó al hospital nacional de Chiquimula, para determinar las principales causas de violencia en dicho lugar, siendo de tipo descriptivo y retrospectivo, tomándose en cuenta los registros clínicos de pacientes atendidos tanto en la emergencia como los ingresados por hechos de violencia.

Al realizar la investigación se encontró como inconveniente que los registros de los pacientes atendidos en la emergencia tenían poca información y no llenaban la mayoría de datos que requería la boleta, por lo que se tomo únicamente los expedientes de pacientes ingresados por hechos de violencia.

Del total de pacientes ingresados, el 3.3% fue debido a hechos de violencia, siendo el agresor más común los vehículos automotores y la delincuencia común, ambas con un 34.3%, la edad más afectada fue la comprendida entre los 15 a 34 años con un 44%, el sexo masculino es el que se ve más afectado con un 84.2%, el tipo de lesión física fue el más frecuentemente encontrado con un 99.5%.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Por violencia se puede entender a todo acto llevado a cabo con intención de dañar en mayor o menor grado a una persona.

Los fenómenos violentos están presentes en nuestra vida cotidiana y hay autores que la definen como la manifestación patente de fuerza física dirigida contra los demás o contra si mismo, u obligar a realizar contra la propia voluntad bajo amenaza actos que produzcan dolor, heridas o la misma muerte.

Las conductas violentas constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia y genera pérdidas económicas y físicas, psíquicas y sociales, muertes inevitables y deterioro de la calidad de vida entre otros, la violencia contra los distintos grupos vulnerables genera problemas específicos que inciden desfavorablemente en su desarrollo, no hay que olvidar que la violencia es un delito y va en contra de los derechos humanos.

(18, 9)

Probablemente se ha relacionado la violencia en sus múltiples manifestaciones en el seno de la familia, con estratos sociales de bajo nivel económico y cultural, sin embargo las estadísticas existentes en la comunidad internacional demuestran que los malos tratos se producen en todas las clases sociales, en familias de alto y bajo nivel cultural, en paz y en guerra y en muchas ocasiones lo único que se encuentra es solo el silencio, la incomprensión y la desconfianza.

(18, 5)

Por su propia naturaleza, este problema afecta múltiples campos de la vida individual y social y a diferentes disciplinas y campos del conocimiento. El impacto negativo que tiene sobre la calidad y las condiciones de vida con el agravante de concentrarse en los grupos etarios de jóvenes y adultos jóvenes, su consiguiente costo social y económico y su efecto de sobrecarga en servicios de salud frecuentemente ya deficitarios, convierten a la violencia en uno de los más serios problemas de salud pública de la región.

(11)

La violencia se considera como un mal endémico, ya que en un estudio realizado en 1984 en la región de las Américas tomando en cuenta las cinco primeras causas de muerte, Guatemala aparece con un 2% en lo que es accidentes y lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente, y un 5% en lo que son homicidios en ambas causas el sexo femenino fue el más afectado. (11)

Los actos violentos han aumentado ya que para 1992 a 1996 en Guatemala se reporta un promedio anual de 3,221 muertos y 5,747 heridos lo cual se traduce en 9 muertos y 16 heridos al día. (20)

En el departamento de Chiquimula se desconoce la demanda a nivel hospitalario por actos de violencia, razón por lo que se planteó el presente estudio para evaluar la magnitud del problema en dicho departamento.

III. JUSTIFICACION

La violencia es un problema social del cual existe mínima conciencia aunque día a día aumentan más las conductas violentas.

En los últimos tiempos la violencia ha sido considerada como una vulneración a los derechos humanos, como un ataque a la libertad y dignidad de las personas y como un grave problema de salud pública ya que muchas veces se traduce en conductas auto destructivas que pueden llevar a depresiones, adicciones y suicidios en las víctimas y sobrevivientes del maltrato y abuso.

Las víctimas muchas veces vienen a la sala de emergencia en un estado de confusión temor y desesperación.

Por lo anterior descrito y por desconocerse la dimensión del problema en la población Guatemalteca, se ha hecho necesario realizar este estudio en el departamento de Chiquimula, como parte importante de una investigación a nivel nacional del problema de violencia, el cual determinará las causas de violencia más frecuentes, la edad y sexo más vulnerables, cuantos de estos pacientes han requerido ingreso, el tipo de tratamiento que se les ha prestado y las secuelas que han quedado como consecuencia del hecho violento.

Teniendo seguridad de que el presente estudio contribuirá a cuantificar la incidencia del problema.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

- 1.- Dar a conocer la violencia como un problema de salud pública en el Hospital Nacional de Chiquimula durante el período de enero de 1,999 a diciembre de 1,999 para alcanzar conclusiones que permitan alto grado de precisión a cerca de la magnitud del problema.

B. ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar las causas de ingresos por hechos violentos en el Hospital Nacional de Chiquimula.
- 2.- Determinar las causas de consultas a emergencia por hechos violentos en el Hospital Nacional de Chiquimula.
- 3.- Determinar los grupos afectados por hechos violentos que consultan al Hospital Nacional de Chiquimula en cuanto a edad, sexo, ocupación y procedencia.
- 4.- Determinar los instrumentos empleados en hechos violentos en pacientes que consultan al Hospital Nacional de Chiquimula.
- 5.-Determinar la mortalidad por hechos violentos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chiquimula.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. VIOLENCIA

1. Etiología

Hace todavía menos de 20 años que se tipificó a la violencia como un fenómeno psicosocial, que por sus características exigía constituirse en un objeto de estudio especializado. (2)

Los abundantes intentos teóricos para explicar la violencia contrastan con la pobreza de confirmación empírica investigada, ya que existen teorías que sostienen que la violencia forma parte de un patrón que ocurre entre todos los miembros de la familia y que enfocan tales actos violentos como un ejemplo específico de la violencia endémica en la sociedad, su origen puede estar en la infancia ya que los niños y niñas educados con patrones violentos estarán siempre reproduciendo estos patrones a través del proceso de socialización, hay quienes relacionan la violencia del hombre hacia la mujer con el consumo de alcohol, sin embargo la mayoría de hombres golpeadores no son alcohólicos, ya que los esposos violentos que también son alcohólicos son tan agresivos estando sobrios como ebrios. (5)

El concepto de violencia siempre apunta a un ejercicio del poder que implica el empleo de la fuerza y por lo tanto se da en situaciones de desigualdad, y de desequilibrio de poder. (19)

2.- Definición

Se entiende por violencia todo acto llevado a cabo con intención de dañar en mayor o menor grado a una persona. Los fenómenos violentos están presentes en nuestra vida cotidiana y hay autores que la definen como la manifestación patente de fuerza física dirigida contra los demás o contra sí mismo, o el obligar a realizar contra la propia voluntad bajo amenaza actos que produzcan dolor, heridas o la misma muerte. (12)

3.- Clasificación de la violencia.

a. Violencia conyugal:

Es interesante saber que las personas tienen más probabilidad de ser dañadas por un miembro de su familia que por cualquier otro extraño a la misma.

Los hombres en todos los puntos del planeta hacen uso del recurso de la violencia como modo sustancial de asegurarse un papel de superioridad sobre el colectivo de mujeres; Según la convención interamericana para erradicar la violencia contra la mujer reconoce este tipo de violencia como una violación de los derechos humanos y que su eliminación es condición indispensable para el pleno desarrollo de la mujer. (5)

Los hombres violentos consideran a su mujer como una posesión, como algo controlado por ellos y que solo ellos tienen derecho a ese control, en este punto es interesante recordar la declaración universal de los derechos humanos que proclama que todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos, la violencia conyugal va siempre del hombre hacia la mujer la que constituye la modalidad más común de violencia familiar, no agrede el hombre por las acciones de su mujer si no por su propia personalidad, de ahí que la mujer no tenga un punto referencial y objetivo de cuando y porque surgen las agresiones y llega a sentirse tan confusa y débil que siempre se cree culpable, las modalidades de violencia conyugal son:

i.- Psicológica:

Tiene como efecto denigrar a una persona como individuo, consiste en ignorar la presencia del otro o negarse a comunicarse.

ii.- Verbal:

Consiste en humillar al otro con mensajes de desprecio, de intimidación o de amenazas de agresión física.

iii.- Física:

Afecta al otro en su integridad física, golpes con utensilios, mordiscos, lesiones con armas, fracturas, quemaduras tirar del pelo etc.

iv.- Sexual:

Es una relación sexual influida por la violencia o una relación forzada por el agresor.

De estas la violencia psicológica y verbal dejan importantes secuelas son las más devastadoras.

Las partes comunes de lesión son: La cara, la cabeza, el tórax, las manos, el abdomen y los genitales. (18, 12,4,19,14)

b.- Violencia intrafamiliar.

La vida en la familia no suele ser la imagen que muestran las historias de amor, películas o novelas; Para mujeres, niños y ancianos el hogar es un ambiente de terror y riesgo fatal.

En hogares aparentemente respetables, existen mujeres golpeadas, niños mal tratados y una amplia gama de abusos entre los miembros de la familia, pues los malos tratos se producen en todas las clases sociales, en familias de alto y bajo nivel cultural en paz y en la guerra.

Las mujeres y los niños constituyen el grupo social que siempre sufrirá las peores consecuencias, y casi siempre la socialización de los hijos en la violencia convertirá a los niños en futuros agresores y a las niñas en futuras víctimas, pues muchas veces ellos son víctimas o presencian situaciones de violencia entre los padres, hacia la madre o hacia otros miembros de la familia. Cuando se habla de este tema siempre aparece la interrogante ¿y no hay hombres golpeados? sí, existe una pequeña proporción de hombres golpeados, agredidos o sometidos por sus compañeras sobre todo si son enfermos, o con una gran diferencia de edad respecto a su esposa, pero la cifra es mínima si la comparamos con la cantidad de mujeres y niños mal tratados por hombres.

La mayoría de hombres golpeadores no son alcohólicos aunque haya una cifra de ellos que oscile en un 30%, el resto son individuos que no beben.

Los esposos violentos que también son alcohólicos son tan agresivos con su mujer estando sobrios como ebrios. (16,10,15,17, 2)

Los hombres que ejercen la violencia tienen mucho en común y los rasgos más característicos son:

- i.- Inseguros y débiles de carácter.
- ii.- Concepción muy posesiva de la mujer, de la que a la vez depende para todo, la necesita como manera de afirmar su personalidad.
- iii.- Carácter depresivo.
- iv.- Celoso de cualquier relación que establezca la mujer ya sea con sus padres, hermanos, hijos, vecinos, amigos etc.

- v.- Tendencia paranoica a desplazar la responsabilidad culpando a otros de sus propios errores.
- vi.- Tendencia generalizada a la mentira para acrecentar su auto estima.
- vii.- Necesidad de una víctima para reafirmarse.
- viii.- Necesidad compulsiva de controlar a todos los miembros de la familia.
- ix.- Carencia afectiva y poca tolerancia a la frustración.
- x.- Cuidan su imagen laboral y social, no suelen ser violentos en la calle.
- xi.- Suelen provenir de familias conflictivas con violencia. (4)

c. Maltrato infantil.

Vale la pena mencionarlo ya que una alta proporción de niños mal tratados se transforman en adultos abusadores y maltratadores .

El mal trato infantil se define como toda conducta que por acción u omisión interfiera con el desarrollo físico, psicológico o sexual de los niños y jóvenes.

Los niños que presencian violencia o que son víctimas, las repercusiones pueden ser profundas aunque tiene que ver mucho la capacidad que tiene el niño para enfrentarse a esta situación, la auto estima del niño, lo repetido del suceso, la edad del niño, su relación con el agresor y los mecanismos de defensa del mismo niño. Muchas veces estos niños presentan gran agresividad que se observa en la destrucción de todo lo que les rodea sin autocontrol, sentimiento de falta de cariño y apoyo por parte de sus padres que provoca en ellos la sensación de perdida que tratan de eludir a través de la puesta en práctica de mecanismos de llamada de atención por ejemplo niños que padecen enuresis y / o encopresis, temores nocturnos es un hecho generalizado estos niños suelen despertar durante la noche atemorizados despues de haber tenido pesadillas motivadas por sus vivencias que toman cuerpo durante el sueño.

Nuestra cultura acepta el mal trato como un medio de corrección y disciplina, y lo más serio del problema es que la mayoría de de los casos se dan en la intimidad, en el anonimato (18,4,19,13,6)

d.- Maltrato de ancianos.

Se define como todo acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia.

La persona anciana puede admitir abiertamente que ha sido agredida o descuidada, pero a menudo niegan la situación debido al orgullo o al temor de represaría, aislamiento, desamparo o a la institucionalización. Hay cuatro tipos principales de abuso en los ancianos.

i.- Abuso físico:

Incluye paliza, quemaduras, manejo físico agresivo y el abuso sexual.

ii.- Descuido:

Que incluye tanto descuido intencional y no intencional, el desamparo, la reclusión, malnutrición, inanición, sobremedicando, submedicando, retención de personal y atención médica. Este tipo de abuso es el más común pero a menudo es difícil de detectar.

iii.- Abuso Psicológico:

Incluye acoso verbal, amenazas, aislamiento físico, emocional y cualquier comportamiento que cause temor en el anciano.

iv.- Abuso financiero:

Incluye retención o robo de los fondos y la explotación de la propiedad personal.

(19, 13)

e.- Violencia social y política.

La violencia constituye hoy en día una de las realidades más preocupantes en nuestra sociedad; De la que más se habla y la que parece cobrar mayor número de víctimas es la denominada violencia política.

Se encuentra la violencia en la sociedad, allí se dan las relaciones de explotación en todas sus formas en donde unos sectores imponen su denominación sobre otros produciendo la acumulación de bienes a favor de unos pocos y la desposesión de grandes grupos que deben sobrevivir en condiciones de cotidiana frustración, pobreza, hambre y carencia de servicios tales como salud, educación sin alternativas de construcción de una nueva sociedad más digna y más justa para todos y todas.

La violencia del ámbito privado en cierta medida es una replica de lo público con una gama de relaciones de poder.

No toda forma de violencia es negativa pues, en múltiples ocasiones a servido para acelerar procesos económicos y sociales.

Desde esa perspectiva no todo hecho violento es criminal y no todo hecho criminal es violento, por ejemplo no se considera criminal el suicidio aunque es un hecho violento. (1,3, 11)

f.- Violencia derivada de accidentes de transito:

Los accidentes automovilísticos son otro tipo de violencia que pareciera estar disminuyendo o siendo relegado por la violencia interpersonal en EE.UU. Pero continua cobrando víctimas principalmente en las primeras cuatro décadas de la vida y ocasionando grandes problemas a la sociedad, al sistema económico productivo y a los servicios de salud en toda la región La violencia como enfermedad social está demandando no solo recursos si no también políticas, reorientación de la educación y ajustes en las estrategias de atención.

(17)

g.- Violencia contra la mujer:

En América Latina y el Caribe de hoy la mujer que busca ayuda para resolver el problema de la violencia entra en contacto con una variedad de entidades. En el ámbito legal, la mujer seguramente será entrevistada por policías, jueces o expertos forenses, en el ámbito de la salud, la examinarán médicos, enfermeras etc, si lo que necesita es huir del lado de un compañero abusador, lo más probable es que busque asilo en una organización de mujeres si es que la hay.

Decidida a mejorar la situación, en junio de 1994 la OPS empezó a trabajar con organizaciones de 16 países de América Latina y el Caribe, este proyecto enfoca el problema desde dos puntos de vista.

En nivel local se crean redes comunitarias compuestas de los sistemas legales y de salud, a nivel nacional, el proyecto fomenta la implantación de políticas y normas legales que fortalezcan la capacidad institucional para responder al problema. La violencia contra la mujer es inaceptable, muchas veces la mujer desvalida se somete por necesidad a una violencia en la que en último termino la fuerza es económica.

La prueba de que la violencia domestica se puede erradicar está en las experiencias de nivel local donde eso se esta logrando. (15)

B.- VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

La violencia es un creciente problema de salud pública como lo demuestran los incrementos de las tasas de mortalidad, las cuales han empezado a afectar las tasas de morbilidad y mortalidad de todo el continente.

Los homicidios son la consecuencia más evidente de la violencia pero no son la única ya que sin ocasionar la muerte la violencia puede producir lesiones y dejar secuelas tanto físicas que causan heridas o discapacidades, o permanentes como las psicológicas.

Además de todo esto los costos de la violencia son considerables no solo en años de vida potencial perdidos si no en costos directos al sistema de salud y a varias instituciones gubernamentales, muchas de las cuales están afectadas directa o indirectamente por este fenómeno.

(21)

1.- Violencia y los servicios de salud.

La violencia es, en sí misma, una amenaza o una negación de las condiciones de posibilidad de realización de la vida y de la sobrevivencia misma.

Además de la mortalidad la violencia está produciendo un número creciente de lesiones y alteraciones no mortales pero que requieren atención generalmente de urgencia y rehabilitación física y psíquica. Estos efectos de la violencia están sobrecargando los centros de atención médica y hospitalaria y demandando crecientes recursos de todo tipo, y no sólo recursos si no políticas, reorientación de la educación y ajustes en las estrategias de atención, campos en los cuales el sector salud de la región está abocado a realizar cambios importantes en los próximos años.

La violencia está demandando también a las instituciones encargadas de formar personal profesional más directamente relacionado con el problema, no se trata de crear una nueva cátedra de violentología, si no integrar el problema en los programas de formación. La violencia como problema de salud pública debiera estar integrado en la orientación y en la actividad formadora en epidemiología y especialidades médicas como la psiquiatría, la traumatología, la medicina legal, la rehabilitación y la pediatría entre otras.

(11)

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

1. Antecedentes Históricos:

La república de Guatemala, conforme decreto 70-86, artículo 2, delimita territorialmente a uno o más departamentos que reúnan similares condiciones geográficas, económicas y sociales, así la región III quedó integrada por el territorio de los departamentos de Chiquimula, El Progreso, Izabal y Zacapa, con una superficie de 16,026 kilómetros cuadrados, el cual ocupa el 14.7% del área del país y colinda: al norte con Alta Verapaz, El Petén, Belice y el mar Caribe; al sur con los departamentos de Jalapa, Jutiapa y la Frontera de la República de El Salvador; al este, con la República de Honduras; y al oeste con los departamentos de Alta y Baja Verapaz y Guatemala.

El departamento de Chiquimula, cuenta con una extensión territorial de 2,396 kilómetros cuadrados y representa el 14.9% de la región III, de su extensión territorial 2,331 kilómetros se consideran de vocación forestal y registra sólo 145 kilómetros de vocación agrícola.

Chiquimula es la ciudad más antigua de la sección oriental del país conocida comunmente como La Perla de Oriente, o como Ciudad Prócer, cuenta con una hermosa casa nacional donde residen las oficinas públicas; edificios públicos destinados a la municipalidad, a los juzgados y al tribunal, una casa para la administración de rentas y la factoría de tabacos, cuenta con siete estanques públicos, luz eléctrica, agua potable, correos, telégrafos, teléfonos, un hospital nacional el cual atiende de 142 a 154 pacientes diarios, además hay otro hospital de Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), puestos de salud en varias comunidades, colegios e institutos privados, servicios de buces extraurbanos, cuatro estaciones de ferrocarril etc.

2. Características Geográficas.

El departamento de Chiquimula se sitúa al oriente de la república, colindando al norte con Zacapa, al oeste con Honduras, al sur con el Salvador y Jutiapa, y al oeste con Jalapa y Zacapa. Se ubica a una distancia de 169 kilómetros con la ciudad capital y comunica a ésta, por la ruta del Atlántico y la ruta CA-10.

En el departamento existen tres valles que dan origen a tierras planas, siendo éstos: El Valle de Dolores que se encuentra en el municipio de Esquipulas; El Valle de Ipala, que van desde la comunidad del Amatillo hasta la comunidad de Jicamaca y, de Jicamaca hasta la comunidad de San Francisco; El Valle de Chiquimula que abarca las comunidades de El Obraje, San Esteban, Vega Arriba, Petapilla y Chiquimula.

Los municipios que integran el departamento son: a) Chiquimula, como cabecera departamental y municipal cuenta con 143 comunidades, tienen una extensión territorial de 372 kilómetros cuadrados; b) Camotán, con una municipalidad de 2da categoría y 91 comunidades tiene 232 kilómetros cuadrados de extensión territorial; c) Jocotán, con municipalidad de 2da categoría y 70 comunidades cuenta con 148 kilómetros de extensión territorial;

d) San Juan Ermita, con municipalidad de 3era categoría y 36 comunidades tiene una extensión territorial de 92 kilómetros cuadrados; e) San José La Arada, con municipalidad de 3era categoría y 47 comunidades, con extensión de 180 kilómetros cuadrados; f) Olopa, con municipalidad de 3era categoría y 28 comunidades, tiene 156 kilómetros cuadrados; g) San Jacinto, con municipalidad de 3era categoría y 36 comunidades tiene una extensión territorial de 60 kilómetros cuadrados; h) Ipala, con municipalidad de 2da categoría y 76 comunidades, cuenta con 228 kilómetros cuadrados; i) Quezaltepeque, con municipalidad de 2da categoría y 110 comunidades, cuenta con 236 kilómetros cuadrados de extensión territorial; j) Esquipulas, con municipalidad de 2da categoría y 135 comunidades cuenta con la mayor área de extensión territorial registrándose 532 kilómetros cuadrados; y k) Concepción Las Minas, con municipalidad de 3era categoría y 80 comunidades, con una extensión de 160 kilómetros cuadrados.

2.1 Fisiografía.

El departamento de Chiquimula se encuentra ubicado dentro del paisaje denominado zona de montaña, en el sistema Orográfico llamado montañas de Chiquimula el cual se subdivide en dos provincias fisiográficas, las cuales están caracterizadas por tierras de carácter volcánico y tierras altas cristalinas.

De conformidad con la clasificación de vida propuestas por el Instituto Nacional Forestal, se clasifican las zonas bioclimáticas del departamento, como bosque húmedo subtropical y bosque seco subtropical.

2.2 Calidad del ambiente.

En el departamento de Chiquimula se encuentran únicamente afluentes secundarias que se constituyen en tributario del Río Grande de Zacapa, el cual a su vez es tributario del río Motagua, por lo que en lugar de hablar de Cuencas debe utilizarse el término subcuenca y microcuenca. Las tres principales subcuencas del departamento son; la subcuenca del río Jupilingo o Grande de Jocotán, subcuenca del río Shitaque y Subcuenca del río San José que forman parte de la vertiente del pacifico.

2.3 Contaminación ambiental.

Los municipios de Chiquimula, San José la Arada y Camotán, muestran índices preocupantes de degradación en su medio ambiente, derivado en parte a la deforestación de sus áreas silvícolas, la erosión, así como la contaminación producto del manejo inadecuado de los recursos naturales, se estima que en el departamento más del 90% de su territorio es de vocación forestal pero se reporta solamente un 9% de área boscosa producto de la deforestación.

2.4 Areas de potencialidad turística.

Este departamento se caracteriza por contar con sitios naturales que pueden considerarse con potencialidad turística fuerte, tal es el caso del volcán de Ipala y la laguna del mismo nombre, ubicadas en el Municipio de Ipala; el cerro Montecristo, en Concepción las Minas; el volcán de Quezaltepeque y la Cumbre Chiramay en Quezaltepeque; las Grutas de las Minas y de San Isidro Cafetales en el municipio de Esquipulas; la Gruta de Peñares en San Juan Ermita; la cascada de Guacaquichi y el Talquezal en Jocotán; y los Baños Termales de Camotan. En cuanto al patrimonio arquitectónico de carácter religioso del Siglo XVII y XVIII, destaca la Basílica de Esquipulas, situada en el municipio del mismo nombre y el patrimonio urbanístico principal se encuentra en las ciudades de Chiquimula, Esquipulas, Camotán y concepción las Minas.

3. Perfil demográfico:

3.1 Población total.

De conformidad con información de la Jefatura de Area de Salud de Chiquimula y la Secretaría General de Planificación Económica – SEGEPLAN- para el año 1997 este departamento cuenta con una población total de 290,224 habitantes, que representa el 18.8% de la Región III con una pirámide poblacional de base ancha; con el 49.01% de hombres y 50.9% de mujeres, una población rural del 74.7% y urbana de 25.3%; siendo Chiquimula el que presenta una mayor población urbana 40% y camotán con el mayor número de población rural del departamento 96.2%.

3.2 Caracterización Etnica.

La población indígena del departamento es de 30.1% y la no- indígena del 69.9%, siendo los municipios de Jocotán, Camotán, Olopa y San Juan Ermita donde se concentra el único grupo indígena en esta zona, el cual se denomina Grupo Chorti, que en conjunto tiene una población aproximada de 92,829 habitantes. El municipio de Jocotán cuenta con 34,493 habitantes, de los cuales el 80% se consideran indígenas.

3.3 Estructura Etaria.

La distribución porcentual de la población por grupo etario, es de 3.1% para los menores de 1 año, 15.8% para los menores de 5 años, 44.1% para los menores de 15 años, 23.2% para las mujeres con edad fértil y una población materno infantil del 62.4%.

4. Perfil de salud.

De conformidad con la información de la Jefatura de Area de Salud de Chiquimula, los indicadores de salud muestran que la población cubierta por los servicios de salud es del 55%, mientras que para la región Chorti es del 38%, la población con acceso al agua entubada es del 58% y la media de cobertura del departamento es del 72%, la cobertura de letrinización es del 38.4%, la mortalidad infantil para el departamento es de 21 por 1000 nacidos vivos. Las causas de mortalidad son similares a las de enfermar, y están más acentuadas en los rangos de edad, menores de 1 año y mayores de 65 años.

5. Perfil de educación.

De conformidad con la información de la Jefatura de Area de Salud de Chiquimula con base en las boletas que elaboran los promotores de educación, en el departamento de Chiquimula , la tasa de analfabetismo total es de 47.5% siendo el 44.8% en hombres y el 50.0% en mujeres. En el área urbana el total es de 18.7%, en hombres 14.9% y en mujeres el 21.6%. En el área rural en general aumenta al 58.7%, el 55.2% en hombres y el 62.0% en mujeres.

6. Entorno socio- económico.

De la población en edad activa, mayor de 7 años, que representa el 77.2% de la población total, la población económicamente activa –PEA-, es el 38.9%, siendo la población no económicamente activa el 66.1%, en tanto que la PEA se registra en los hombres del área rural con un 26.2%.

La principal rama de actividad lo representa el Sector Agricultura con un 70.0%.

En el área urbana, en general, la principal rama de actividad, son el comercio y la agricultura al igual que en área rural.

6.1 Actividades económicas.

La actividad económica se basa fundamentalmente en productos de exportación tradicional y para consumo interno. Los productos agrícolas más importantes son el maíz, arroz, frijol, papa, café, caña de azúcar, cacao, banano, tabaco y frutas de clima cálido. Además el subsector ganadería tiene una participación importante. En lo que respecta a la producción artesanal, esta es muy variada, sobresaliendo los productos de cerámica, arcia, cuero, palma, entre otros.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA.

1. Tipo de estudio:

Descriptivo Retrospectivo.

2. Unidad de analisis:

Registros de emergencia de pacientes que consultaron por hechos de violencia, expedientes médicos de pacientes que fueron ingresados al hospital modular de Chiquimula en el período de enero a diciembre de 1999.

2. Universo de estudio:

Todos los registros de pacientes que consultaron a la emergencia del hospital modular de Chiquimula por hechos de violencia en el período antes mencionado y los expedientes médicos de aquellos pacientes que fueron hospitalizados por esa misma causa.

4. VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DESFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
FECHA	Indicación del	Mes, Día y Hora	Nominal	Meses
	momento deter-	en que sucedió el		Días
	minado en el	hecho violento		Horas
	tiempo en que			
	ocurre un hecho			
EDAD	Tiempo transcu-	Edad registrada	Razon	Años
	rrido desde el	en la boleta		
	nacimiento			
SEXO	Diferencia física	Sexo registrado	Nominal	Masculino
	y constitutiva del	en la boleta		Femenino
	hombre ymujer			
OCUPACION	Actividad de pro-	Trabajo desempe-	Nominal	Profesional
	ducción econó-	ñado por la per-		Obrero
	mica a la que se de-	sona		Ama de casa
	dica un individuo			Desempleado
				Indigente
GRUPO POBLACIONAL	Conjunto de per-	Registro en la pa-	Nominal	Ladino
	sonas que comprar-	peleta		Indígena
	ten las mismas ca-			Otros
	racterísticas socia-			
	les culturales y			
LUGAR DEL HECHO	Ubicación geográ-	Zona de la capital	Nominal	Zona
	fica donde ocurrio	o departamento don-		Municipio o
	un evento	de ocurrio el hecho		departamento de
				Guatemala
TIPO DE AGRESION	Forma en la que se	Registrada en la	Nominal	Accidente auto-
	realizo la agresión	boleta		movilistico
				Sexual
				Delincuencia
				Intrafamiliar

CONTINUACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
AGRESOR (A)	Autor (a) de una Agresión	Persona que oca- sionó la agresión	Nominal	Esposo /a Madre/Padre Conductor de Vehículo Desconocido Otros
				Arma de fuego
MEDIO DE AGRESION	Instrumento usa- do para ocasionar daño	Instrumento que se utilizo en la agresión	Nominal	Arma blanca Vehículo Objeto con- tundente Puños/pies Otros
SERVICIO DE INGRESO	Area especifica donde se recluye a un enfermo	Lo registrado en el expediente clínico	Nominal	Observación Intensivo, emer- gencia otros
TIPO DE LESION	Daño directo oca- sionado por un acto violento	Lo registrado en el expediente clínico	Nominal	Física Psicológica
TRASLADO AL HOSPITAL	Forma de movi- lizarse hacia deter- minado lugar	Medio utilizado para llegar a la emergencia del Hospital	Nominal	Bomberos Amigo Familiar Ambulancia Policía Vecino etc.

5. Plan de recolección de datos

Se obtuvieron los datos mediante una boleta de recolección de datos que se observa en el anexo 1, elaborada en 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.

6. Plan de análisis y recolección de datos:

Se analizaron cada uno de los incisos que se presentan en la boleta de recolección de datos y se interpretaron con base a su frecuencia y porcentaje para determinar el porque de los resultados obtenidos.

B- RECUROS.

1.- Humanos:

- a). Estudiante de medicina
- b). Personal de archivo y estadística del Hospital de Chiquimula

2.- Físicos:

- a). Instalaciones de archivo y estadística del Hospital de Chiquimula.
- b). Registros clínicos de emergia.
- c). Expedientes médicos
- d). Instrumento de recolección de datos.
- e). Equipo de oficina.
- f). Computadora personal.
- g). Disketts.

3. Bibliográficos:

- a). Biblioteca de la facultad de Ciencias Médicas de la USAC.
- b). Biblioteca central de la Universidad de San Carlos de Guatemala
- c). Centro de documentación de la OPS.
- D). Emeroteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

CUADRO No. 1

Total de pacientes ingresados al hospital modular de Chiquimula, relacionados a hechos de violencia durante el año

1,999.

el año 1,999.

MES	Total de ingresos	Ingresos por violencia	% en relación al total
ENERO	495	41	8.3
FEBRERO	838	34	4.1
MARZO	1,156	40	3.5
ABRIL	909	40	4.4
MAYO	1,002	46	4.6
JUNIO	900	33	3.7
JULIO	1,115	23	2.1
AGOSTO	1,016	26	2.6
SEPTIEMBRE	1,007	25	2.5
OCTUBRE	1,082	32	2.9
NOVIEMBRE	1,060	15	1.4
DICIEMBRE	1,047	30	2.9
TOTAL	11,627	385	3.3

FUENTE: Libros de archivo y estadística del hospital modular de Chiquimula.

CUADRO No. 2

Grupo etareo de pacientes ingresados al hospital modular de Chiquimula,
por
hechos de violencia durante el año 1,999.

Grupo Etareo														
MES	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic	Total	%
0-4		2	3		1								6	1.6
5-9	2	4	2	1	3	1	1		1	1	1	4	21	5.5
10-14	1	1	3	1	2	1	1	1	5	6		1	23	5.9
15-19	6	5	8	4	15	6	4	2		8	1	5	64	16.6
20-24	14	6	4	2	9	4	4	6	5	3	3	3	63	16.4
25-29	5	3	6	5	11	5	1	5	8	3	1	9	62	16.1
30-34	1	5	4	3	3	5	3	2	3	6	4	4	43	11.2
35-39	4		2	1	8	1	1	2				1	20	5.2
40-44	5	2	4	4	2	4	2	1	1	3		1	29	7.5
45-49				2	2	2	1	2		1	2		12	3.1
50-54	1	2		3			1	1	1		1		10	2.6
55-59	1	3	2		1	1		1				1	10	2.6
> 60	1	1	2	2	1	3	4	3	1	2	1	1	22	5.7
Total	41	34	40	28	58	33	23	26	25	33	14	30	385	100

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.3

Distribución según ocupación de pacientes ingresados por hechos de violencia en el hospital modular de Chiquilula, durante el

año 1,999. año 1,999. año 1,999.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	11	2.9
Obrero	272	70.6
Estudiante	41	10.6
Ama de Casa	44	11.4
Indigente	2	0.5
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

Distribución según sexo de pacientes ingresados por hechos de violencia en el hospital modular de Chiquimula, durante el año 1,999.

sexo del Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	324	84.2
Femenino	61	15.8
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

Distribución según grupo poblacional de pacientes ingresados por hechos de violencia en el hospital modular de Chiquimula, durante el año 1,999.

Población	Frecuencia	Porcentaje
Ladino	354	91.9
Indígena	31	8.1
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

Forma de traslado de pacientes ingresados al hospital modular de Chiquimula, por hechos de violencia durante el año 1,999.

Traslado por	Frecuencia	Porcentaje
Bomberos	113	29.4
Propia voluntad	—	—
Amigo	—	—
Familiar	57	14.8
Vecino	19	4.9
Ambulancia Privada	—	—
Policía	7	1.8
Padres	13	3.4
Otros	176	45
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7

Servicio al cual ingresaron los pacientes atendidos por hechos de violencia en el hospital modular de Chiquimula, durante el año 1,999.

Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia de Adultos	287	74.5
Emergencia de Pediatría	38	9.9
Observación	—	—
Intensivo	35	9.1
Sala de Operaciones	10	2.6
Otros	15	3.9
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

Tipo de agresión más frecuente en
pacientes
ingresados por hechos de violencia en el hospital
modular de Chiquimula, durante el año 1,999.

Tipo de Agresión	Frecuencia	Porcentaje
Política	—	—
Sexual	2	0.5
Delincuencia común	132	34.3
Violencia Intrafamiliar	22	5.7
Accidente de Transito	132	34.3
Otros	97	25.2
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9

Tipo de agresor más frecuente en
pacientes
ingresados por hechos de violencia en el
hospital modular de Chiquimula, durante el
año 1,999.

Agresor	Frecuencia	Porcentaje
Asaltante	34	8.8
Mara	86	22.3
Policía	—	—
Esposo / a	2	0.6
Madre / Padre	1	0.3
Otro Familiar	19	4.9
Otros	243	63.1
TOTAL	385	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 10

Tipo de lesión registrada con más frecuencia en pacientes ingresados por hechos de violencia al hospital modular de Chiquimula durante el año 1,999.

Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje
Física	383	99.5
Psicológica	2	0.5
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos de recolección de datos.

CUADRO No. 11

Distribución según procedencia de pacientes ingresados por hechos de violencia en el hospital modular de Chiquimula, durante el año 1,999.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Cabecera	131	34
Municipio	241	62.6
Otros	13	3.4
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 12

Medio de agresión más frecuentemente utilizado en pacientes ingresados por hechos de violencia en el hospital modular de

Chiquimula, durante el año 1,999.

Medio Utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Arma de Fuego	81	21
Arma Blanca	145	37.7
Objeto. Corto contundente	18	4.7
Puños, Patadas, mordidas etc	1	0.2
Otros	140	36.4
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.13

Diagnóstico de pacientes hospitalizados por hechos de violencia en el hospital modular de Chiquimula, durante el

año 1,999.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Herida cortocontundente	93	24.2
Herida por arma de fuego	82	21.3
Politraumatizado	71	18.4
Hcc múltiples	48	12.5
Trauma craneoencefálico	39	10.1
Fracturas	35	9.1
Amputaciones	5	1.3
Tenosección secundaria a Hcc	3	0.8
Trauma cerrado de abdomen	2	0.5
Violación	2	0.5
Otros	5	1.3
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 14

Tratamiento de los pacientes ingresados
por
hechos de violencia en el hospital modular
de
Chiquimula, durante el año 1,999.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Médico	343	89
Quirúrgico	42	11
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

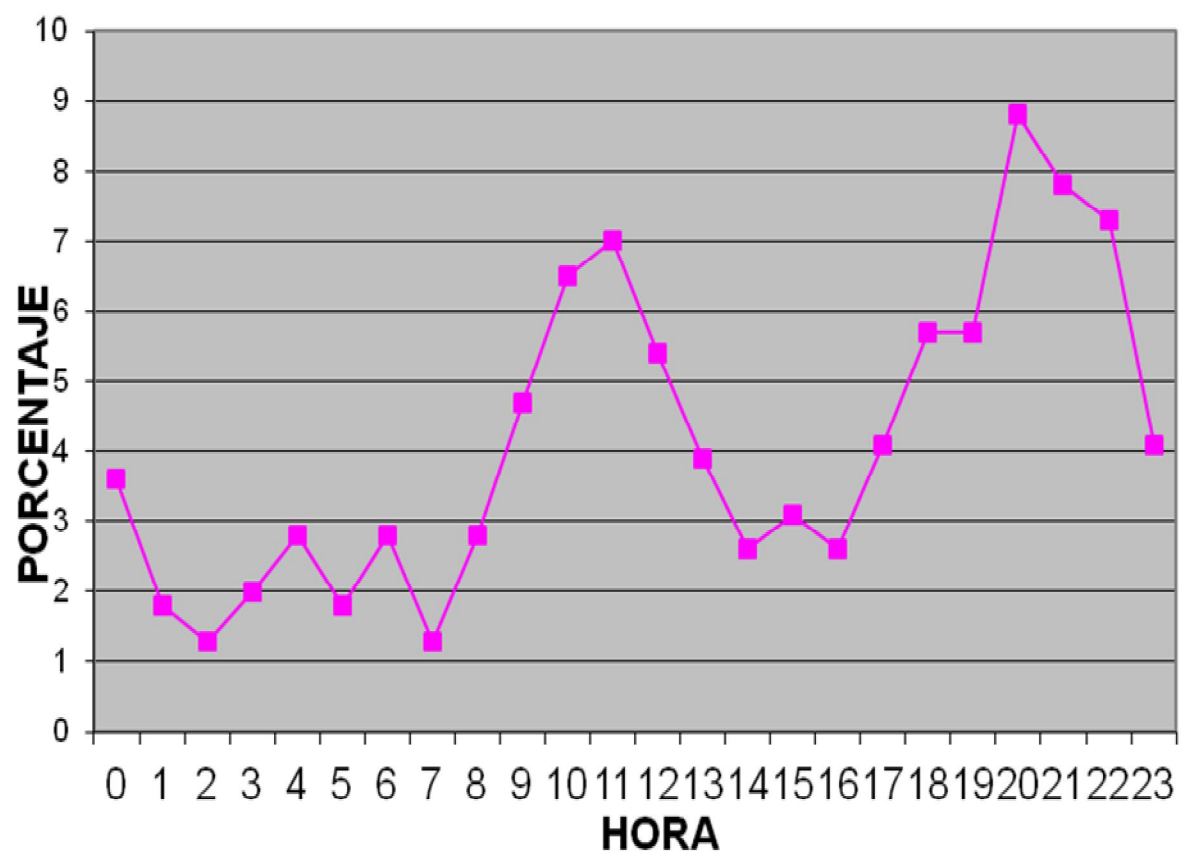
CUADRO No. 15

Condición de egreso de pacientes hospitalizados
por hechos de violencia, en el hospital modular
de
Chiquimula, durante el año 1,999.

Condición de egreso	Frecuencia	Porcentaje
Vivo	371	96.4
Muerto	14	3.6
TOTAL	385	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

HORA MAS FRECUENTE DE ATENCIÓN A PACIENTES INGRESADOS POR HECHOS DE VIOLENCIA AL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUMULA DURANTE EL AÑO 1999.



—■— PORCE..

Fuente boleta de

VIII.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Durante el año 1,999 fueron ingresados al Hospital de Chiquimula un total de 11,627 personas, de las cuales 385 (3.3%) fue por hechos de violencia. Uno de los factores determinantes a considerar en el incremento de la violencia es el desempleo y la emigración de personas de países vecinos por las colindancias que presenta dicho departamento.

En el cuadro No. 1 se observa que la frecuencia del número de casos de violencia registrados por mes fue más alta en enero, no determinándose la causa, pero pudiese obedecer al inicio de labores tomando en cuenta que las personas más afectadas son las económicamente activas.

El cuadro No. 2 demuestra que la población más afectada por hechos de violencia es la comprendida entre las edades de 15 a 34 años, este intervalo fue referente al 44% del total de pacientes atendidos por hechos de violencia el cual abarca el grupo de edades de la población económicamente activa, que en Chiquimula según censo de 1998 era del 38.9%.

Con respecto a la ocupación, la categoría de obrero fue la población mayoritaria con un 70.6% (cuadro No. 3), incluyendo aquí la población campesina, ya que el sector agricultura en Chiquimula representa la principal rama de actividad con un 70%.

El sexo masculino es el más afectado con un porcentaje del 84.2% (cuadro No. 4), por lo que aquí debe tomarse en cuenta que en nuestra cultura el hombre es el que aporta económicamente al hogar y por lo tanto el tiempo que permanece fuera lo hace vulnerable a más riesgos.

El cuadro No.5 demuestra que el grupo poblacional más afectado por hechos de violencia es el ladino con un 91.9%, situación que era de esperarse ya que en Chiquimula el 69.9% de la población es ladina.

Con respecto a la forma de traslado al hospital se observó que el medio más utilizado es el de los bomberos con un 29.4% (cuadro No.6), debido a que las personas que más consultan son las del área rural, quienes son de escasos recursos y no poseen dinero para transportarse por un medio particular.

35

El servicio al cual ingreso el mayor número de pacientes fue a la emergencia de adultos con un 74.5% (cuadro No. 7), lo cual es de esperarse ya que como lo demuestra el cuadro No. 2, las personas más afectadas por hechos de violencia son las comprendidas entre las edades de 15 a 39 años.

La violencia como una actividad esencialmente humana protagonizada por el hombre, tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida de amplios sectores de la población, teniendo sus raíces en problemas socio-económicos como lo son la pobreza, la mala distribución de bienes y la perdida de valores morales y espirituales, lo cual es confirmado con los resultados que muestra el cuadro No. 8 en donde se observa que el tipo más frecuente de agresión corresponde a la delincuencia común con un 34.3%, seguida de los accidentes de transito (cuadro No. 9), con igual porcentaje.

En cuanto al tipo de lesión provocada a los pacientes, se demuestra que el 99.5% (cuadro No.10), es de tipo física, aunque toda persona violentada de alguna forma también sufre lesión psicológica la cual en nuestro medio no es tomada en cuenta.

Con respecto a la procedencia, el cuadro No.11 demuestra que el 62.6% de los pacientes ingresados corresponde a los municipios, siendo aquí donde se concentra el mayor número de población rural.

El cuadro No. 12 muestra que el medio más utilizado para agredir es el arma blanca con un 37.7%, seguido por el arma de fuego con un 21% lo cual puede ser influenciado por su fácil accesibilidad y al mal control que hay en la posesión de armas, de ahí que los principales diagnósticos de ingresos sean por heridas cortocontundentes y por arma de fuego (cuadro No.13).

En cuanto a la condición de egreso de los pacientes, el cuadro No. 15 muestra que el 96.4% de los pacientes ingresados sobrevivió a pesar de las

lesiones, no así el 3.6% que en su mayoría se debió a traumas craneoencefálicos y politraumatismos severos.

La gráfica No.1 muestra que las consultas por hechos violentos se dan a toda hora confirmando con esto que la población, no importando la hora, siempre esta expuesta a sufrir actos de violencia.

IX.- CONCLUSIONES

- 1.- la violencia por su propia naturaleza, afecta a múltiples individuos y a diferentes disciplinas y campos, entre ellos el de la salud el cual es uno de los más seriamente implicados reflejado esto en las cifras de pacientes detectados en el hospital modular de Chiquimula víctimas de violencia.
- 2.- Los hechos de violencia se concentran mayormente en la población de jóvenes y adultos jóvenes.
- 3.- La delincuencia común y los vehículos automotores son los principales causantes de actos de violencia.
- 4.- El arma blanca y arma de fuego son los más comúnmente utilizados para agredir a las personas afectadas por hechos de violencia, por lo que el mayor porcentaje se cataloga como tipo de lesión física.
- 5.- Durante el mes de enero del año estudiado, hubo mayor número de pacientes ingresados por hechos de violencia.
- 6.- En el Hospital de Chiquimula, la mortalidad por hechos de violencia durante el año estudiado, fue del 3.6%.

X.- RECOMENDACIONES

- 1.- Profundizar el estudio de las causas de violencia en Chiquimula para diseñar ajustes en las estrategias de atención, ya que sus efectos están sobrecargando los centros de atención hospitalaria.
- 2.- Mejorar la información contenida en los expedientes médicos, para que se puedan realizar estudios más completos.
- 3.- Implementar mayor número de personal médico en la emergencia del Hospital Modular de Chiquimula, ya que la mayoría de veces por el mucho trabajo se omiten datos importantes que requiere toda historia clínica.
- 4.- Diseñar estrategias por parte de las autoridades correspondientes para implementar y reforzar leyes con respecto al uso de todo tipo de armas, principalmente arma de fuego y arma blanca.
- 5.- Diseñar campañas masivas de prevención contra la violencia, para evitar daños a la salud.

XI.- RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo retrospectivo tiene como objetivo general dar a conocer como la violencia afecta a múltiples campos de la salud entre ellos de la salud pública, para lo cual se revisaron los expedientes clínicos de pacientes ingresados por hechos de violencia al Hospital Modular de Chiquimula.

Al realizar el estudio se encontró como limitante que los registros en el control de datos de la emergencia estaban incompletos y no llenaban la mayoría de datos incluidos en la boleta, por lo que se tomo únicamente los expedientes de pacientes ingresados, en algunos de los cuales también faltaba información como por ejemplo agresor, tipo de agresión, medio de traslado etc, por lo cual no se tabula el inciso que corresponde a clasificación médico legal ya que no se encuentra registrado este dato.

Se determinó que durante el año 1999, ingresaron por hechos de violencia al Hospital Modular de Chiquimula un total de 385 personas, lo cual constituye el 3.3% del total de ingresos. El sexo más afectado fue el masculino con un 84.2%, perteneciendo al grupo poblacional ladino en un 91.9% siendo en su mayoría del grupo obrero con un 70.6% entre las edades de 15 a 39 años.

El principal tipo de agresión encontrado fue el producido por delincuencia común y accidentes de tránsito en un 34.3%, los medios más utilizados para agredir son el arma blanca y arma de fuego en un 58.7%, siendo la mortalidad del 3.6%.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Castillo, D. Violencia hacia la mujer en el ámbito público y privado. Ministerio Público. Guatemala. ONAM, 1993. 3p.
- 2.- Carmack, R.M. Guatemala cosecha de violencia. Guatemala. Editorial médica, 1991. 160p.
- 3.- Ferreira, G. La mujer maltratada; Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. México: Hermes, 1996. 180p.
- 4.- Gallart, A. Cultura y violencia doméstica. Barcelona: 1998. 23p.
- 5.- Instituto Andaluz de la mujer. Cuaderno violencia y mujer. Barcelona. 1998. 20p.
- 6.- Medina, M. H. et-al . La violencia y sus repercusiones en la salud. Salud pública de México. 1997 nov-dic; 39 (6): 565-566
- 7.- Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer un problema de salud pública. APG. Guatemala. 1992. 2p.
- 8.- Organización Panamericana de la Salud. Utilización de la fuerza física con intención de dañar. Guatemala. Volumen 6, No. 5, 1999. 2p.
- 9.- Organización Panamericana de la Salud. Violencia y Salud. OMS/OPS. México 1998. 2p.
- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Enfoque del problema de la

violencia contra la mujer. Guatemala. volumen 2, No. 4, octubre 1995. Pags. 290-569.

- 11.- Organización Panamericana de la Salud. Boletín epidemiológico volumen 11, No. 2, octubre 1990. Pags. 1-7.
- 12.- Ortiz, Virginia M. Epidemiología de la violencia en la ciudad de Guatemala. Tesis (médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1998 42p.

40

- 13.- Porras, R. Cultura y violencia doméstica. Barcelona: 1998 9p.
- 14.- Redd, B. Que se esta haciendo en Guatemala en contra del maltrato infantil; Taller de intercambio de experiencias. Guatemala 1993 6p.
- 15.- Ruma, R. P. Rostros entristecidos. Revista del FNUAP. 1999 marzo; 26 (1): 10-12.
- 16.- Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. Violencia y salud. volumen 1, mayo de 1997. pags. 66-70.
- 17.- Santi, W. E. Denuncia ante la discriminación. Revista del FENUAP. 1999 diciembre; 26 (4): 2-3.
- 18.- Sis Garcia, Joel A. La violencia un problema de Salud Pública en Guatemala. Tesis (médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1999 42p.
- 19.- Troncoso, P. Intervención social y prevención de la violencia intrafamiliar. Barcelona: 1998 9p.
- 20.- Universidad católica de Chile. Programa de apoyo y prevención del maltrato. Elaborado por el servicio nacional de la mujer. Chile 1994, 8p.

XIII. ANEXOS

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

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
VIOLENCIA UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN GUATEMALA

HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA 1,999

BOLETA-----

FECHA EN QUE OCURRIO EL HECHO VIOLENTO:-DIA-----MES-----AÑO-----HORA-----No. HISTORIA-----

EDAD DEL PACIENTE:

- 1.AÑOS-----
2. MESES-----
3. DIAS-----

SEXO:

1. MASCULINO-----
2. FEMENINO-----

OCUPACION:

1. PROFESIONAL-----
- 2.OBRERO-----
3. ESTUDIANTE-----
4. AMA DE CASA-----
5. INDIGENTE-----

GRUPO POBLACIONAL:

1. LADINO-----
2. INDIGENA-----
3. OTROS-----

PROCEDENCIA:

1. CABECERA-----
2. MUNICIPIO-----
3. OTROS-----

TRASLADO AL HOSPITAL:

- 1.BOMBEROS-----
- 2.PROPIA VOLUNTAD-----
- 3.AMIGO-----
- 4.FAMILIAR-----
- 5.VECINOS-----
- 7.POLICIA-----
- 8.PADRES-----
- 9.OTROS-----

SERVICIO DE INGRESO:

- 1.EMERGENCIA DE ADULTOS-----
- 2.EMERGENCIA DE PEDIATRIA-----

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

- 1.HORAS-----
- 2.DIAS-----
- 3.SEMANAS-----

TOPO DE AGRESION:

- 1..POLITICA-----
- 2.SEXUAL-----
3. DELINCUENCIA COMUN----
4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR-----
5. ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO----

AGRESOR:

1. ASALTANTE-----
- 2.MARA-----
- 3.POLICIA-----
- 4.ESPOSO/A-----
- 5.MADRE/PADRE-----
- 6.OTRO FAMILIAR-----
- 7.OTROS-----

TIPO DE LESION :

1. FISICA-----
- 2.PSICOLOGICA-----

MEDIO UTILIZADO:

- 1ARMA DE FUEGO-----
- 2.ARMA BLANCA-----
- 3.OBJETO CORTOCONTUNDENTE-----
- 4.PUÑOS, PATADAS, MORDISCOS ETC-----
- 5.VEHICULO-----
- 6.OTROS-----

DIAGNOSTICO:-----

TRATAMIENTO:-----

DIAGNOSTICO DE EGRESO-----

CONDICION DE EGRESO:

3.OBSERVACION-----
4.INTENSIVO-----
5.OTROS-----

PACIENTE HOSPITALIZADO:
1. SI----- 2. NO-----

1.VIVO-----
2.MUERTO-----

CLASIFICACION MEDICO LEGAL:
1.SI-----
2.NO-----