

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



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

Zacapa, 06 de Septiembre de 2021.

Doctor
ENNIO HÉCTOR LARA CASTAÑEDA
Docente responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa
Presente.

Respetable Dr.

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora, **Flor de María Lemus Moscoso** carné **200840186**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"CARACTERIZACIÓN DE MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL"**.

Luego de la asesoría, hago constar que la Doctora, Flor de María Lemus Moscoso, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Linda Paola Espina Lémus
MSc. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Colegiado 17,624

Dr. Linda Paola Espina Lemus
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa
ASESOR

Zacapa, 06 de Septiembre de 2021.

Doctor
ENNIO HÉCTOR LARA CASTAÑEDA
Docente responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa
Presente.

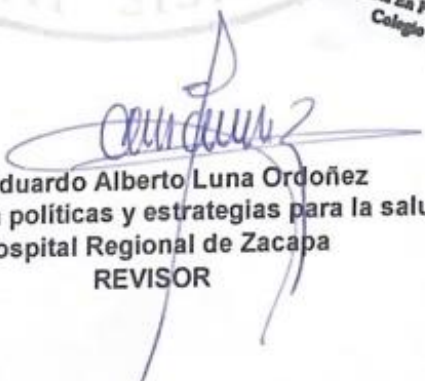
Respetable Dr.

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora, **Flor de María Lemus Moscoso** carné 200840186, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**CARACTERIZACIÓN DE MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**".

Luego de la revisión, hago constar que la Doctora, Flor de María Lemus Moscoso ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Eduardo Alberto Luna Ordoñez M.A.
Especialista En Políticas y Estrategias Para La Salud
Colegio de Médicos y Cirujanos
No. 8,507



Dr. Eduardo Alberto Luna Ordoñez
Maestría en políticas y estrategias para la salud
Hospital Regional de Zacapa
REVISOR



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UdT.EEP/330-2021
Guatemala, 06 de octubre de 2021

Doctor

Ennio Hector Lara Castañeda, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Zacapa

Doctor Lara Castañeda:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final de la médica residente:

FLOR DE MARÍA LEMUS MOSCOSO

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 200840186. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“CARACTERIZACIÓN DE MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.

Responsable

Unidad de Tesis

Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin -



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

ME.OI.200.2022

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Flor de María Lemus Moscoso

Registro Académico No.: 200840186

No. de CUI: 2575860592001


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN DE MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

Que fue asesorado por: Dra. Linda Paola Espina Lemus, MSc.

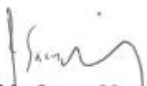
Y revisado por: Dr. Eduardo Alberto Luna Ordoñez, MA.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Abril 2022**

Guatemala, 18 de febrero de 2022.


FEBRERO 21, 2022

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General de
Maestrías y Especialidades



/dlsr

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: por la vida, sabiduría, decisión, fortaleza y voluntad para alcanzar mis metas, por permitirme ser un instrumento tuyo, todo te lo debo a Ti, gracias por tantas bendiciones.

A MIS PADRES: Héctor Antonio y Elvia Jicela, porque a pesar de la distancia, supieron hacerme sentir su compañía, por enseñarme a no desistir por difíciles que fueran las cosas, gracias por tanto amor, y por siempre confiar en mí.

A MI HERMANO: Luis Arnoldo, te amo y agradezco todo lo bueno que haces por mí.

A MIS ABUELOS: Delfina Lemus, Angelino Lemus(+), Asunción Guerra(+) y Manuel Moscoso(+).

A MI FAMILIA: a mis padrinos, mis tíos y primos.

A MI NOVIO: Alvaro Patzán, por siempre estar y por ayudarme a no rendirme nunca, te amo.

A MIS AMIGOS: en general.

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA: por abrirme sus puertas, por ser mi segundo hogar y permitir mi formación como Ginecóloga y Obstetra.

A MI ASESORA Y REVISORES DE TESIS: Dra. Linda Paola Espina Lemus, Dr. Ennio Héctor Lara Castañeda, Dr. Eduardo Alberto Luna Ordoñez, por su guía y paciencia.

A MIS CATEDRÁTICOS: por haber compartido parte de sus conocimientos conmigo y enseñarme la ciencia de la medicina, por aquellos que además de conocimientos me brindaron su amistad, en especial a: Dra. Luisa Poitevin, Dra. Doris González, Dr. Armando Torre.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES	3
2.1.	Antecedentes históricos y estudios previos	3
2.2.	Violencia contra la mujer	4
2.3.	Violencia contra niñas, niños y adolescentes	6
2.4.	Violencia y discriminación contra las poblaciones PEMAR y LGBT	7
2.5.	Daños y consecuencias de la violencia sexual.....	8
2.6.	Victimización secundaria o revictimización	9
2.7.	Manejo de casos.....	10
2.8.	Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas, en pacientes estables.....	11
2.9.	Acuerdo ministerial sobre la creación de la sección de atención a víctimas de violencia sexual.	15
III.	OBJETIVOS	18
3.1.	Objetivo general.....	18
3.2.	Objetivos específicos	18
IV.	MATERIAL Y MÉTODO.....	19
4.1.	Tipo de estudio.....	19
4.2.	Población	19
4.3.	Selección y tamaño de la muestra	19
4.4.	Unidad de análisis	19
4.5.	Criterios de inclusión y de exclusión	19
4.6.	Operacionalización de las variables.....	20
4.7.	Instrumentos utilizados para la recolección de información	22
4.8.	procedimientos para la recolección de información.....	22
4.9.	Procedimientos de análisis de la información.....	22
4.10.	Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación	22
V.	RESULTADOS.....	24
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	28
6.1.	Conclusiones.....	31
6.2.	Recomendaciones.....	32

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
VIII. ANEXOS	37
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	37
Anexo 2. Aprobación institucional del Protocolo de Investigación.....	38
Anexo 3. Constancia de evaluación del Informe Final por médico forense.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupo etario de víctimas de abuso sexual.....	25
Tabla 2. Procedencia de víctimas de abuso sexual	26
Tabla 3. Tratamiento de víctimas de abuso sexual.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Estado civil de las pacientes víctimas de abuso sexual.....	25
Gráfica 2. Religión de las pacientes víctimas de abuso sexual.....	26
Gráfica 3. Lugar del evento en víctimas de abuso sexual.....	28
Gráfica 4. Cantidad de agresores en víctimas de abuso sexual.....	29
Gráfica 5. Parentesco del agresor en víctimas de abuso sexual.....	30

RESUMEN

Dentro acciones inmediatas que deben ofrecerse a una sobreviviente de abuso sexual se encuentra el uso de medicamentos profilácticos para prevenir las infecciones de transmisión sexual y la evaluación y atención del riesgo de embarazo, dependiendo de las características del suceso. El propósito de este estudio es caracterizar a mujeres mayores de 12 años víctimas de abuso sexual evaluadas, para lo que se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se evaluaron los expedientes de una muestra no probabilística de 56 pacientes que consultaron a la Sección de Atención a Víctimas de Violencia Sexual del Hospital Regional de Zacapa durante 2014 a 2018. Se evidencia que, con mayor frecuencia, las pacientes tenían edades entre 12 a 22 años (62.5%), eran solteras (84.0%), no profesaban ninguna religión (47.0%) y provenían de Zacapa, Cabañas, Gualán o San Diego (49%). El lugar donde fue realizado el abuso sexual mayormente fue en la calle (43%). En 66% de los casos el abuso fue cometido por un único agresor. En 50% de los casos el abuso lo cometió una persona desconocida. 93% de las víctimas recibieron vacunación, antibioticoterapia y antirretrovirales y 80% de ellas recibió anticoncepción de emergencia. El abuso sexual es un fenómeno que afecta mayormente a mujeres en edades entre 12 a 27 años, solteras, atacadas por desconocidos y en la calle, se sugiere activar el protocolo de atención a todas las víctimas sobrevivientes de violencia sexual desde el primer contacto con la paciente con el fin de brindar un apoyo integral y de manera oportuna.

Palabras clave: Abuso sexual, Víctimas, Anticoncepción de emergencia, Agresor.

I. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual es un problema social que desde tiempos muy remotos se ha venido presentando y abordarlo es exponer un tabú, algo que es poco tratado a la luz pública por ser un secreto, tanto para el abusado, que no quiere ser descubierto, como la víctima, que está completamente desorientada y siente un miedo terrible debido a la vergüenza, el temor, la confusión y amenazas del abusador.

Para la OMS, la violencia sexual es “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” En Guatemala según el Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) desde el 2008 al 2015 se reportan 42,699 víctimas de abuso sexual, de las cuales 38,354 son mujeres. El total de víctimas de abuso sexual desde el 2011 a 2015 en el departamento de Zacapa fueron 169, por lo que, a pesar de ser una cifra pequeña comparada con el resto del país, no deja de ser alarmante.

En este país no existen estudios sobre víctimas de abuso sexual, por lo que es impostergable la caracterización de estas, ya que la mujer es uno de los pilares fundamentales no solo de la familia sino de la sociedad, se considera de vital importancia brindar el apoyo necesario tanto terapéutico como psicológico a las sobrevivientes. Ante la falta de información recopilada acerca de las víctimas que consultan a la Clínica de Violencia Sexual del Hospital Regional de Zacapa, se considera importante la caracterización de éstas, que permita una visualización inmediata de la situación actual, para tomar medidas pertinentes al caso.

Por lo tanto, se realiza un estudio descriptivo que caracteriza a las 56 pacientes egresadas con diagnóstico de abuso sexual, del Hospital Regional de Zacapa, recopilando datos mediante una boleta realizada por el investigador, provenientes de expedientes clínicos, desde el año 2014 hasta el 2018, incluyendo las características sociodemográficas como edad, estado civil, procedencia y religión, descripción del lugar donde fue el evento, cantidad de agresores y parentesco del agresor, así como también el tratamiento proporcionado por este centro asistencial, con lo que se obtiene que, el grupo etario más afectado fue de 12 a 27 años

(45%), 84% de las víctimas eran solteras, 9% unidas y 7% casadas, 47% no pertenecen a ninguna religión, 32% eran católicas, 21% evangélicas, los municipios con más casos son Zacapa 12.5%, Cabañas 12.5% y Gualán 12.5%, 43% de los abusos ocurrió en la calle, 34% en casa de un familiar y 23% en casa propia, 66% fueron violentadas por un solo agresor y 34% por dos o más agresores, 50% de las víctimas desconocían a su agresor, 30% fue un vecino, compañero o amigo y en 20% de los casos fue un familiar, 93% de las víctimas recibió antibioticoterapia, vacunación, antirretrovirales y 80% anticoncepción de emergencia.

El abuso sexual, afecta indiscriminadamente, sin embargo, en este estudio observamos que se da mayormente en mujeres de 13 a 27 años, solteras, siendo atacadas por desconocidos y con frecuencia en la calle, brindándoseles el tratamiento protocolizado según el MSPAS para víctimas de abuso sexual.

Es necesario activar el protocolo de atención y brindar apoyo inmediato desde el primer contacto con la paciente, por parte del comité completo de violencia sexual, además se sugiere concientizar sobre la búsqueda de apoyo de manera oportuna, desde que se sufre o se conoce un caso de violencia sexual. Se recomienda que la vigilancia de casos de las sobrevivientes de abuso sexual debe incluir, además de fármacos protocolizados, asesoramiento psicológico continuo, ya que el estrés postraumático ocasionado por abuso sexual puede ser duradero y de amplio alcance, además de actualizar datos epidemiológicos frecuentemente para tomar decisiones oportunas y mejorar la calidad de atención a las mismas.

ANTECEDENTES

2.1. Antecedentes históricos y estudios previos

La violencia sexual es un problema presente en todo el mundo y afecta a millones de personas. La violación y otras formas de violencia sexual son prácticas comunes que buscan humillar, castigar, controlar, causar sufrimiento y/o destruir personas, familias y comunidades. La violencia sexual es un problema serio que devasta la vida de las personas que la sufren por ser una conducta de sometimiento forzado que evidencia una práctica de poder y de relaciones desiguales de género. La violencia sexual es un fenómeno que afecta indiscriminadamente a hombres y mujeres, independientemente de su edad, clase social, pertenencia étnica, creencias, estado civil, escolaridad y diversidad sexual, aunque se ensaña particularmente contra las mujeres a lo largo del curso de vida. A diferencia de una enfermedad, la violencia sexual, en particular aquella ocurrida dentro del hogar o del círculo familiar o más cercano, es a menudo difícil de detectar y las y los sobrevivientes se mantienen invisibles. ⁽⁷⁾

Para la OMS, la violencia sexual es “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. ⁽¹⁶⁾

En Madrid, España en el año 2012 se realizó un estudio descriptivo de las características sociodemográficas y de la agresión sexual sufrida, así como de la victimización secundaria presentada en una muestra de 77 mujeres víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta, que acudieron al Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales de Madrid entre los años 2010 y 2012. En el cual se muestra que la edad más frecuente de las víctimas ha sido de 18 a 30 años (59.7%), 67.5% de las mujeres eran españolas, en cuanto al nivel de estudios un 43% han cursado estudios universitarios, el delito con mayor prevalencia fue la agresión sexual con violación 45.5%. En cuanto al estado de la víctima durante la violación un mayor número se encontraban conscientes, sin embargo, un 35.1% se encontraban drogadas, embriagadas o atacadas en estado inconsciente. El agresor fue desconocido para la víctima en un 31.2%, el 50.6% consultó en las primeras 24 horas. ⁽²⁴⁾

La violencia sexual contra menores de edad ocurre cuando un adulto o alguien mayor, abusa del poder, relación de apego o autoridad que tiene sobre un niño o niña y/o se aprovecha de la confianza y respeto para hacerlo participar en actividades sexuales que los niños/as no comprenden y para lo cual son incapaces de dar su consentimiento, aun cuando el niño/a se dé cuenta de la connotación que tiene la actividad. ⁽²⁰⁾

2.2. Violencia contra la mujer

“La violencia contra las mujeres es una violación de los derechos humanos con importantes ramificaciones para la salud pública y para el desarrollo económico y social. Las mujeres sobrellevan la carga más abrumadora de la violencia por parte de un esposo o compañero y de la violencia sexual cometida por cualquier agresor. En el informe “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer” de 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 36% de las mujeres de América han sufrido violencia de pareja (física o sexual) o violencia sexual perpetrada por otras personas. En el mundo las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de sufrir violencia y lesiones provocadas por personas cercanas, como esposos y compañeros. Las consecuencias de esa violencia pueden ser duraderas y de amplio alcance, por lo que es una causa importante de lesiones, de enfermedad y en algunos casos, de muerte”. ⁽¹¹⁾

“Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. “La violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: **a)** que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y agresión sexual; **b)** que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, agresión sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y **c)** que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”. ⁽⁷⁾

La violencia contra las mujeres, como violencia de género, se fundamenta en que éste fenómeno tiene como origen la falta de poder de las mujeres frente a los hombres en las

relaciones personales y sociales. Además, sirve para reconocer que los factores de riesgo, las consecuencias y las respuestas a la violencia contra la mujer están influidos en gran medida por la condición sociocultural, económica y jurídica subordinada de la mujer en muchos entornos. El término de violencia de género se refería exclusivamente a la violencia ejercida contra las mujeres. Sin embargo, más recientemente, algunos grupos utilizan la terminología para referirse también a otras formas de violencia basadas en género, como, por ejemplo, violencia contra personas homosexuales, transexuales, entre otras. Es preciso reconocer que mientras que los hombres sufren violencia perpetrada por otros hombres, las mujeres son agredidas, ultrajadas o mueren, en su mayoría, en manos o por hechos provocados por sus parejas o exparejas íntimas o por hombres muy cercanos o del mismo núcleo familiar. ⁽¹⁸⁾

Un estudio transversal realizado en México en el año 1998 en 345 mujeres que asistieron a un centro de salud las cuales en el momento de estudio vivían con su pareja. La edad promedio de las participantes fue 18 a 35 años un 71%, el 19% habían sido objeto de tocamiento en algún momento de su vida, en contra de su voluntad y 11% habían sido violadas, de las mujeres que señalaron haber sido tocadas en contra de su voluntad, 41% dijeron que los perpetradores habían sido conocidos, no familiares, 39% familiares incluyendo a padres y hermanos y 20% desconocidos. De las mujeres que habían sido violadas, 27% mencionaron a un desconocido como perpetrador, 18% a un conocido, 14% al novio, 27% al padre, tío, primo, hermano u otro familiar. ⁽²⁵⁾

La violencia de género contra las mujeres (física, sexual, emocional y económica) es el delito más denunciado en las instancias de justicia. Según el INE, en el 2011 hubo 23,721 casos de violencia de pareja, 90% perpetrada por hombres y 10% por mujeres. La violencia sexual es una expresión de discriminación contra las mujeres; es el resultado de una violencia estructural de género y de patrones socioculturales que discriminan a las mujeres. La violencia estructural de género responde a un sistema que justifica la dominación masculina sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres, que tiene su origen en la familia y se proyecta en todo el orden social, económico, cultural, religioso y político. Los patrones socioculturales, a su vez, reproducen e incentivan la violencia sexual, enviando un mensaje de control y poder sobre las mujeres. Algunos de estos factores que inciden en la existencia y persistencia de la violencia contra las mujeres, y la violencia sexual en particular son: **a)** El sistema patriarcal impregna todos los servicios relacionados con la atención a las víctimas y se ve reflejado en las normas jurídicas, peritajes, valoraciones y resoluciones; **b)** Las víctimas de violencia sexual

se ven cercadas durante todo el proceso por los mitos y los estereotipos patriarcales que culpabilizan a las mujeres; **c)** Las prácticas patriarcales son reproducidas por todos los/as actores del sistema en sus relaciones de pareja y familiares. A pesar de ser injustas y discriminatorias, se perciben como “naturales” y son aceptadas y toleradas socialmente; **d)** Los valores patriarcales encasillan a las mujeres y a los hombres en un deber ser, y que reproducen la violencia; minimizando los actos de violencia y discriminación que bajo esa perspectiva obedecen al rol natural establecido por el sistema. ⁽⁶⁾

La mesa técnica conformada para la vigilancia de casos de sobrevivientes de violencia sexual, del MSPAS va a lograr mejoras en la captación del dato y en los instrumentos del SIGSA para evitar sub-registros. Es decir, el sistema se está preparando para identificar la violencia como causa de morbilidad a través de las patologías que ella genera. Mecanismos de orden sociocultural tienden a obviar y hacer invisible el problema. En caso de la depresión, incluso se le disminuye culturalmente y se tiende a incluir dentro del gran acápite conocido como nerviosismo, o neurosis. Adjetivos que comúnmente se le adscriben al género femenino, por lo tanto, responden a un comportamiento normal dentro de lo que culturalmente una mujer debiera ser. ⁽¹⁾

Las recomendaciones clínicas y de políticas para la respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra la mujer, de la OMS, ⁽¹⁹⁾ hacen énfasis que a las mujeres que revelen abuso sexual por cualquier perpetrador o alguna forma de violencia por un compañero íntimo u otro miembro de la familia debe ofrecérseles apoyo inmediato. Los proveedores de asistencia sanitaria deben, como mínimo, ofrecer apoyo de primera línea cuando las mujeres revelen actos de violencia.

2.3. Violencia contra niñas, niños y adolescentes

Para la OMS el maltrato “abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, niña y adolescente, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. ⁽³⁾

En una sociedad jerarquizada por género y por edad, por relaciones de poder que legitiman las relaciones de abuso de unos contra otros, generalmente contra aquellas personas que son consideradas inferiores, incompletas como el caso de niñas, niños y adolescentes, los abusos

físicos, emocionales y psíquicos pasan a ser una constante en las relaciones interpersonales, sobre todo en aquellos procesos de crianza, cuidado y educación. ⁽²²⁾

La explotación sexual comercial es un modo muy grave de vulnerar los derechos humanos de la niñez y la adolescencia. Atenta contra su integridad, su dignidad, su desarrollo, afectándose severamente múltiples derechos, por ejemplo, su derecho a la protección contra todas las formas de violencia, su derecho a la salud y a la educación, su derecho a vivir con una familia y su derecho a la justicia y, a veces incluso, su derecho a la vida. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de este tipo de explotación sufren particularmente graves daños físicos, por ejemplo, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, lesiones por violencia física; daños psicológicos como la pérdida de autoestima, desconfianza, culpa, tristeza y daños sociales como la marginación, la humillación y la exclusión, así como problemas para la comunicación verbal y escrita. El principio del interés superior del niño establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño subraya el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a expresar su punto de vista en todos los aspectos que afectan su vida, de conformidad con la edad y madurez.

2.4. Violencia y discriminación contra las poblaciones PEMAR y LGBT

La Población en Mayor Riesgo (PEMAR) y LGTB con frecuencia presenta comportamientos que aumentan la posibilidad de contraer el VIH, tal es el caso de los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo (hombres o mujeres) así como sus clientes, y además los usuarios de drogas inyectables, entre otros. Este grupo de población está más expuesto a ser víctima de violencia sexual y aunque su abordaje clínico no difiere del abordaje de las poblaciones de mujeres y hombres, es necesario que las instituciones del Estado que desarrollan acciones de atención, especialmente en salud, estén preparadas para brindar una atención sin acciones de estigma y discriminación, desarrollando intervenciones que permitan a estas poblaciones una atención con calidad, calidez y humanismo. El Plan Estratégico Nacional 2011-2015 (PEN) para cada área estratégica y PEMAR despliega las intervenciones que han demostrado su efectividad, define la escala de operación y cobertura de acuerdo con la situación de la evidencia disponible y la capacidad institucional y financiera. La comunidad de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales y Transexuales (LGBT por sus siglas en inglés) es un segmento a menudo vulnerable y marginalizado de la población, debido al estigma y la discriminación que sufren. Las personas LGBT se enfrentan con obstáculos para obtener

acceso a una atención de salud apropiada y centrada en el paciente, y no logran utilizar de manera temprana y oportuna los servicios de atención de salud o no los utilizan en absoluto. Los obstáculos a la atención pueden adoptar muchas formas, desde la discriminación total hasta otras más sutiles como una atención inferior al promedio. La OMS observó en un informe del 2011 que existen pruebas científicas de larga data del “estigma generalizado contra la homosexualidad y la ignorancia acerca de la identidad de género en la sociedad establecida y en los sistemas de salud”.⁽²³⁾

Las mujeres lesbianas y bisexuales pueden usar servicios de salud preventivos con menor frecuencia que las mujeres heterosexuales y pueden correr un riesgo mayor de sufrir obesidad y cáncer de mama, y los hombres homosexuales tienen un riesgo mayor de contraer la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, incluidas las hepatitis virales”. La violencia sexual en la comunidad OTRANS será atendida en las clínicas de violencia sexual de las emergencias de los Hospitales y centros de atención de 24 horas.

2.5. Daños y consecuencias de la violencia sexual

Las víctimas de violencia sexual pueden sufrir serias consecuencias conductuales, sociales y de salud mental que afectan la salud en general. Las consecuencias pueden ser fatales y no fatales. Entre las no fatales de orden físico figuran: lesión, impedimento motor, síntomas físicos, discapacidad permanente. En el campo de las lesiones en el comportamiento que afectan la salud y en los desórdenes funcionales, destacan: fumar, consumo de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo, inactividad física, desórdenes alimenticios, síndrome de dolores crónicos, intestino irritable, desórdenes gástricos, quejas somáticas, fibromialgia. Y en el campo de la salud mental: estrés postraumático, depresión, ansiedad, fobia/ crisis de pánico, desórdenes alimenticios, disfunción sexual, baja autoestima, estrés mental, abuso de sustancias. Y en torno a la salud reproductiva: embarazo no deseado, producto de la violación, infecciones de transmisión sexual (ITS) y/o VIH, desórdenes ginecológicos, abortos inseguros, complicaciones en el embarazo, pérdida del bebé/ bajo peso del recién nacido, inflamación de la pelvis, fibromas, irritación genital, dolor durante el coito sexual, dolor pélvico crónico, infecciones de las vías urinarias o disminución del deseo sexual.⁽¹⁸⁾

2.6. Victimización secundaria o revictimización

En Derecho Penal, la víctima es la persona física o jurídica que sufre un daño provocado por un delito. El daño puede ser físico o moral, material o psicológico. Se puede ser víctima de delitos que no hayan producido un daño corporal físico como un robo o una estafa, siendo entonces el daño meramente patrimonial. Por lo general, el delito apareaja daño moral al daño material sufrido. El riesgo de revictimización consiste en que, a los efectos padecidos por el delito sufrido, se le suman otros efectos provocados (o aumentados) por las experiencias a que es sujeta la persona que inicia el proceso legal o que es atendida en los servicios públicos. Cuando existe revictimización, el propio proceso penal se vuelve contra el niño o niña o la persona adulta víctima, que sufre ahora el otro maltrato: el institucional. ⁽¹⁵⁾

La victimización o revictimización es el “resultado de la respuesta inadecuada, fría, incomprensiva e insensible de las instituciones y los individuos hacia las víctimas. Así la victimización secundaria se deriva de las relaciones de la víctima con las instituciones sociales (servicios sociales, sanitarios, medios de comunicación, jurídicos, etc.) ⁽²¹⁾

El Protocolo diseñado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está diseñado para la atención de emergencia dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el delito de violencia sexual, debido a que después de ese tiempo la profilaxis contra el VIH – SIDA pierde su valor, el agente viral ya ha infectado las células. La importancia de la profilaxis contra las ITS radica en que cuanto más temprano acuda la víctima mayor efectividad de los antibióticos, además de que son tratamientos de dosis única y no terapéutica. La anticoncepción de emergencia podrá darse hasta un lapso no mayor de 120 horas, porque entre más tiempo pase, menor efectividad anticoncepcional. La vacunación contra el Tétanos y la Hepatitis B, deben ofrecerse en la fase aguda o seguir el esquema de vacunación que la paciente tiene o bien iniciar el esquema sin importar el tiempo transcurrido entre la consulta o el delito de violencia sexual. El tratamiento psicológico se puede ofrecer sin importar el tiempo transcurrido de la violencia sexual. ⁽¹⁴⁾

2.7. Marco legal nacional vinculado a violencia sexual

El Protocolo desarrollado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene un robusto sustento legal, internacional y nacional, que debe ser conocido por el personal de salud para

comprender, aplicar y derivar los casos que ameritan abordaje de carácter clínico, psicológico y el debido tratamiento legal, relacionados a la atención en salud a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Código de Salud. Artículo 216. Obligación de denuncia. "...los funcionarios y empleados del Ministerio de Salud que, en ejercicio de sus funciones, tengan conocimiento de la comisión de un hecho que pueda ser constitutivo de delito, deben notificarlo inmediatamente a la autoridad competente, bajo pena de incurrir en responsabilidad". La ley contempla si la mujer quiere o no hacer la denuncia.

2.7. Manejo de casos

2.7.1. Población sujeta de atención

El Protocolo realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está diseñado para la atención de personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en cualquier etapa de sus vidas (personas de cualquier edad, sexo o diversidad sexual) y preferentemente en su idioma materno, sin discriminación alguna. La mayor parte de los cuidados médicos y medidas preventivas incluidas y especializadas son emergentes, si no existe capacidad resolutive se pueden referir a nivel de mayor complejidad e incluso mucho tiempo posterior a la violencia sexual. ⁽¹⁴⁾

Y aunque se privilegia la atención de emergencia, pueden recibirse consultas sobre violencia sexual que se produjeron más allá de los seis meses, ya que es habitual que la persona tarde un tiempo en contar lo sucedido. Una de las solicitudes más frecuentes es la de atención psicológica, ya que la experiencia traumática de la violencia sexual, si no fue atendida en su momento, puede causar malestar psíquico o trastornos psicossomáticos a mediano o largo plazo, sobre todo si sucede un embarazo o ITS. ⁽¹⁴⁾

2.7.2. Organización de los servicios de salud

El Protocolo realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de atención integral de personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual debe ser aplicado por los/las profesionales de los distintos servicios de salud. ⁽¹⁴⁾

2.7.3. Organización de los servicios

Disponibilidad de personal de salud para la atención de la víctima o referencia especializada. Disponibilidad de kit de medicamentos (anticoncepción, profilaxis de VIH e ITS y vacunas). (24 horas, los 365 días). Idealmente la atención debe ser proporcionada por personal de salud capacitado. Los servicios de salud que no cuenten con capacidad resolutive brindarán atención en crisis y referirán al nivel de mayor complejidad sin demora.

Existen clínicas especializadas para la atención exclusiva a víctima/sobrevivientes de violencia sexual, con atención privada, discreta e inmediata, con las condiciones para que el relato del hecho sea realizado solamente una vez, al profesional capacitado para la intervención (MSPAS, MP, INACIF, PGN). ⁽¹⁴⁾

2.7.4. Referencia intra o extrahospitalaria (hospitales, centros de salud, CAP o CAIMI)

Capacitación continua a todo el personal de servicios de salud médico, técnico y administrativo a fin de que las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual que consultan, reciban la orientación precisa. Informar a la comunidad de la necesidad de la consulta inmediata, en coordinación con otras instancias del Estado. Llevar un registro obligatorio de casos, teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por el órgano jurisdiccional competente, en casos de denuncia y tienen valor legal al igual que el expediente clínico. ⁽¹⁴⁾

2.8. Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas, en pacientes estables

La ruta identifica los procesos principales que el personal de los servicios de salud debe desarrollar, con la debida diligencia, para la atención de calidad, inmediata y oportuna a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. La atención médica es de emergencia, ya sea el médico general o el especialista, quien deberá notificar al Ministerio Público y éste debe presentarse en tiempo no mayor a dos horas (Instrucción General para la atención y persecución penal de delitos cometidos en contra de la niñez y adolescencia. Instrucción General No. 02-2,013) y será el Ministerio Público quien notifique a INACIF. Adicionalmente, cuando se trate de menores de edad, el médico o enfermera graduada de turno que atienda a la víctima deberá llamar a la Procuraduría General de la Nación. ⁽¹⁴⁾

2.8.1. Tratamiento proporcionado.

2.8.1.1. Anticoncepción de emergencia - AE

Administrar anticoncepción de emergencia (AE) a toda víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta dentro de las 120 horas (5 días) posteriores a la violación. Si la víctima es una niña que aún no ha tenido su primera menstruación, pero muestra signos de pubertad, puede igualmente administrarse pastillas de AE de LNG. No es necesario realizar una prueba de embarazo de manera rutinaria, antes de administrar AE. Datos de estudios recientes han reafirmado la certeza de que las píldoras de AE de LNG no pueden dañar un feto en desarrollo. Todas las mujeres que han sufrido una violación pueden usar AE, incluso aquellas que no pueden usar anticonceptivos hormonales de manera continua. Según los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS, la AE no tiene contraindicaciones en ninguna circunstancia. ⁽¹⁴⁾

Como la AE en algunos casos puede provocar náusea, es necesario administrar los medicamentos de forma escalonada (levonorgestrel 0.75 mg c/12 horas o 1 tableta de 1.5 mg, dosis única). Utilizar antiemético en caso necesario (Dimenhidrinato 50 mg PO o IV si el caso lo amerita). Si la paciente vomita deberá administrarse de nuevo. ⁽¹⁴⁾

2.8.1.2. Antibioticoterapia

Para las infecciones de transmisión sexual.

- Prevención de Sífilis, Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae (gonococo), Trichomonas Vaginalis. ⁽¹⁴⁾

2.8.1.3. Antirretrovirales

- Se administran en todas las y los pacientes que manifiestan actos de penetración por vía vaginal, anal o bucal dentro de las primeras 72 horas, para evitar que el virus de VIH infecte a las células. ⁽¹⁴⁾

2.8.1.4. Vacuna antitetánica y de Hepatitis B.

- Aplique vacuna antitetánica. ⁽¹⁴⁾
- Aplique vacuna contra la Hepatitis B. ⁽¹⁴⁾

- Es importante preguntar por antecedentes alérgicos.

2.8.1.5. Atención psicológica

- Hacer contacto con sus emociones.
- Evaluar las dimensiones del problema.
- Explorar las posibles soluciones del problema.
- Ayudar a tomar una acción concreta.
- Dar seguimiento para verificar el progreso de la persona.
- Evaluar seguridad de la víctima, sus hijos y riesgo de suicidio.

2.8.1.6. Recomendaciones para el momento de la recepción

- Garantizar un ambiente de privacidad.
- Tener en cuenta el estado emocional de la persona.
- Asegurar la confidencialidad del relato.
- Creer en su palabra, sin culpabilizar, revictimizar, ni tratar de influenciar en sus decisiones.
- Permitir un acompañante si la persona lo desea.
- Respetar su voluntad si no quiere compartir lo que le ha sucedido con otros, incluidos familiares.
- Informar los procedimientos con palabras sencillas y solicitarle su consentimiento.
- Realizar un abordaje interdisciplinario, o bien derivar a los servicios de Psicología y Servicio Social luego de la asistencia.
- Evitar que tenga que repetir lo ocurrido: unificar el registro de datos en la historia clínica.
- Explicar la importancia de la denuncia como derecho y reparación.
- Realizar los procedimientos de tal forma que sirvan como pruebas en un eventual proceso judicial.

La víctima/sobreviviente de violencia sexual, según la ubicación geográfica que se trate, será atendida en los centros CAP (Centro de Atención del Parto) y CAIMI (Centro Atención Integral Materno Infantil) de acuerdo con la normativa de este Protocolo. En los casos que no se cuente con especialista, Psicólogo, Pediatra, Trabajadora Social, MP, INACIF y/o PGN, deberá ser referida/o a un centro de mayor complejidad (Al centro hospitalario más cercano). ⁽¹⁴⁾

En el caso de embarazos en menores de 14 años, deberán atenderse en centros de tercer nivel, por las complicaciones que estas niñas pueden presentar en el embarazo o parto y por la infraestructura de los hospitales.

- Atender las complicaciones del embarazo: Aborto, ectópico, mola hidatiforme, parto prematuro, hemorragias, hipertensión, sepsis y otras.
- Consulta a Odontología, Psicología y nutrición.
- El parto debe ser atendido por un Obstetra dentro del centro de tercer nivel.
- Sera resuelto por Cesárea en el caso de ser menor de 12 años.
- Oportunidad de Parto si cumple requisitos: Tiene instalado el Trabajo de Parto, no existe DCP, se cuenta con anestesia epidural, pediatra y obstetra, de lo contrario se deberá resolver por cesárea. • Atender complicaciones del Puerperio.
- Brindar medidas de protección dentro de la institución, mientras la PGN proporciona medidas de protección.

2.8.1.7. Exámenes de laboratorio

Deben ser tomados por el personal de turno inmediatamente después de la solicitud del médico especialista. Realizar estudios cito-bacteriológicos y análisis de sangre basales. ⁽¹⁴⁾ Estos se realizan de acuerdo con la disponibilidad de recursos del centro asistencial.

- VDRL
- Hepatitis B y C
- Prueba de embarazo
- VIH
- Hematología
- Otras de acuerdo con cada caso

Nota: La OMS recomienda realizar un interrogatorio clínico exhaustivo, registrar los hechos para determinar las intervenciones apropiadas y proceder a una exploración física completa.

⁽¹⁹⁾

2.9. Acuerdo ministerial sobre la creación de la sección de atención a víctimas de violencia sexual.

ACUERDO MINISTERIAL NUMERO 143-2018 GUATEMALA, 30 DE AGOSTO DE 2018

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CONSIDERANDO:

Que de conformidad con la Constitución Política de la Republica de Guatemala, el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna. Que el Estado velara por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. Que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento y cada ministerio estará a cargo de un Ministro de Estado, quien tendrá las funciones de ejercer jurisdicción sobre todas las dependencias de su Ministerio y dirigir, tramitar, resolver e inspeccionar todos los negocios relacionados con su Ministerio;

CONSIDERANDO

Que la Ley del Organismo Ejecutivo establece que, además de las que asigna la Constitución Política de la República y otras leyes, los ministros tienen la atribución de cumplir y hacer que se cumpla el ordenamiento jurídico en los diversos asuntos de su competencia y dictar los acuerdos, resoluciones, circulares y demás disposiciones relacionadas con el despacho de los asuntos de su ramo, conforme la ley;

CONSIDERANDO

Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, El Ministerio Publico -MP-, El Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala -INACIF-, La Procuraduría de los Derechos Humanos -PDH-, La Secretaria Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas -SVET-, La Procuraduría General de la Nación -PGN-, han ratificado los Protocolos para la atención, vigilancia epidemiológica a victimas sobrevivientes de violencia sexual y embarazos en menores de catorce años, el cual tiene la finalidad de atender y prevenir, los diferentes tipos de violencia, en coordinación con otras instituciones del Estado, por lo que compete a este Ministerio, por medio de su red de servicios de atención en salud, garantizar la vida, la salud y recuperación de las personas afectadas, con una atención idónea, de

orientación y sobre todo de aplicación de estándares para que la atención sea oportuna, de calidad y con la celeridad según las circunstancias lo demanden;

CONSIDERANDO

Que por medio de Acuerdo Ministerial Numero SP-M-1633-2006, de fecha 16 de noviembre de 2006, se creó la Coordinación General de Áreas de Salud y la Coordinación General de Hospitales, dependencias del Departamento de Desarrollo de Servicios de Salud, de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, mismo que fue reformado mediante Acuerdo Ministerial Numero 1223-2008, de fecha 23 de julio de 2008, en el que se estableció "crear la Coordinación General de Áreas de Salud, que dependerá de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud y Coordinación General de Hospitales que dependerá del Viceministerio de Hospitales", por lo que procede emitir el Acuerdo Ministerial correspondiente creando la Sección de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, que dependerá del Despacho del Tercer Viceministerio de Salud Pública y Asistencia Social y desarrollará sus funciones bajo la Coordinación General de Hospitales;

POR TANTO

En el ejercicio de las funciones que le confiere los Artículos 93, 94, 95 y 194 literales a) y f) de la Constitución Política de la República de Guatemala y 27 literales a) y m) del Decreto Numero 114-97, del Congreso de la Republica de Guatemala, Ley del Organismo Ejecutivo

ACUERDA

Emitir lo siguiente:

SECCION DE ATENCION A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Creación. Se crea la Sección de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, en adelante Sección de Atención, que dependerá del Despacho del Tercer Viceministerio de Salud Pública y Asistencia Social y desarrollara sus funciones bajo la Coordinación General de Hospitales.

Artículo 2. Objeto. La Sección de Atención, tiene por objeto desarrollar procesos normativos, estándares de atención y protección a las victimas sobrevivientes de violencia sexual, encargada de capacitar, asesorar y monitorear a los profesionales en el sistema de salud, en sus diferentes especialidades, así, en la prevención, detección, protección, atención, registro,

notificación, referencia y seguimiento de los casos de víctimas de violencia sexual y embarazos en menores de catorce años.

CAPÍTULO II

ORGANIZACIÓN, INTEGRACIÓN Y FUNCIONES

Artículo 3. Organización. La Sección de Atención, se organizará para su funcionamiento con personal médico con experiencia en violencia sexual y/o embarazos en menores de catorce años, contará con la siguiente estructura:

- a) El encargado de la Sección de Atención desarrollará sus funciones con el Coordinador General de Hospitales;
- b) Contará con el apoyo de profesional especializado de:
 - b.1 Dos Médicos Ginecólogos
 - b.2 Dos Médicos Pediatras
 - b.3 Un Licenciado en Psicología
 - b.4 Un Trabajador Social
 - b.5 Una Enfermera Graduada
- c) El encargado de la Sección de Atención, conjuntamente con el Coordinador General de Hospitales, determinarán de conformidad a la naturaleza de las necesidades, el número de profesionales que se apoyarán para el cumplimiento de las funciones. ⁽²⁶⁾

II. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- 3.1.1.** Caracterizar a mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años que consultaron a la Sección de Atención a Víctimas de Violencia Sexual del Hospital Regional de Zacapa, de enero 2014 a diciembre 2018.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1.** Determinar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio (edad, estado civil, procedencia y religión).
- 3.2.2.** Determinar el lugar donde fue cometido el abuso sexual.
- 3.2.3.** Describir la cantidad de agresores en las pacientes víctimas de abuso sexual.
- 3.2.4.** Establecer el parentesco del agresor con las víctimas.
- 3.2.5.** Describir el manejo terapéutico de las víctimas de abuso sexual (anticoncepción de emergencia, antibióticos, antirretrovirales y vacunación)

III. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo retrospectivo de corte transversal.

4.2. Población o Universo:

Mujeres mayores de 12 años víctimas de abuso sexual que consultan a la Sección de Atención a Víctimas de Violencia Sexual del Hospital Regional de Zacapa.

4.3. Selección y tamaño de la muestra

Se hizo una selección de todas las pacientes que consultaron a la Sección de Atención a Víctimas de Violencia Sexual del Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014 a 2018.

4.4. Unidad de análisis

Pacientes con diagnóstico de violencia sexual o que consultaron a la Clínica de Violencia Sexual del Hospital Regional de Zacapa.

4.5. Criterios de inclusión y de exclusión

4.5.1. Criterios de inclusión

Pacientes de sexo femenino que fueron atendidas en la Clínica de Violencia Sexual o egresaron con diagnóstico de violencia sexual, mayores de 12 años.

4.5.2. Criterios de exclusión

Expedientes o fichas clínicas incompletos o extraviados en el archivo de estadística.

4.6. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medida
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Edad en años desde que una persona nace.	Cuantitativa	Razón	En años
Estado Civil	Situación civil de la persona al momento de la agresión	Estado Civil registrado en la boleta	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unida
Domicilio	Lugar donde la persona tiene su residencia	Lugar de residencia registrado en la boleta	Cualitativa	Nominal	Municipios
Religión	Credo o conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina	Profesión de credo registrado en la boleta	Cualitativa	Nominal	Católica Evangélica Ninguna
INFORMACIÓN DEL EVENTO					
Lugar del Evento	Lugar donde se perpetuó el abuso sexual	Lugar donde se suscitó el abuso	Cualitativa	Nominal	En la calle En su casa En casa de familiar
Cantidad de Agresores	Número de personas que abusaron de la paciente	Cantidad de agresores de la víctima	Cuantitativa	Razón	Una Dos o más.

Parentesco del agresor	Vínculo que existe entre dos personas por consanguinidad, afinidad, matrimonio, adopción u otra relación estable.	Vínculo que existe entre la víctima y el victimario: Si es un pariente, o un amigo, vecino o compañero, o una persona desconocida.	Cualitativa	Nominal	Pariente Amigo, vecino o compañero Persona desconocida
TRATAMIENTO PROPORCIONADO					
Manejo terapéutico	Fármacos incluidos para lograr que la enfermedad revierta en su totalidad, teniendo como objetivo máximo la curación del paciente o prevención de enfermedades.	Dato obtenido por la recolección de datos con boleta, según la administración de antibióticos en pacientes víctimas de abuso sexual	Cualitativa	Nominal	Anticoncepción de emergencia Antibioticoterapia Antirretrovirales Vacunación (Hep.B y Td)

4.7. Instrumentos utilizados para la recolección de información

El instrumento utilizar es una Boleta de recolección de datos, obtenida de la ficha oficial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, donde se registran los objetivos y las variables relacionadas con la investigación, dividiéndose en aspectos sociodemográficos, información relacionada con el lugar, el tipo de evento y tratamiento, siendo la fuente secundaria los expedientes clínicos en los años 2014-2018, estructurada de acuerdo con su escala de medición.

4.8. procedimientos para la recolección de información

Se solicitó el permiso a la dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Zacapa y al comité de Ética, quien autorizó al departamento de estadística para proporcionar al investigador principal los expedientes de las pacientes, luego por medio del instrumento que es la boleta de recolección de información, elaborada utilizando como base la ficha de abuso sexual protocolizada por el MSPAS, se realizó el vaciado de la información en la boleta creada en la base de datos en el software Epi-Info 7.0, se hizo una limpieza de datos y se procedió a trazar las variables necesarias en base a los objetivos establecidos que luego se organizaron y presentaron a través de tablas y gráficas. Se realizó un análisis de cada objetivo con base en los resultados que se obtuvieron, para posteriormente elaborar conclusiones y recomendaciones. La recolección de información la hizo el investigador principal, no se utilizó investigador secundario.

4.9. Procedimientos de análisis de la información

Se utilizó el software Epi-Info 7,0 para ingresar la información obtenida en las boletas de recolección de datos, se hizo una revisión de la información y resumieron los datos a través de tablas de frecuencias y porcentajes y de gráficas de barras y de pie.

4.10. Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Se realizó una solicitud por escrito para el comité de Ética del Hospital Regional de Zacapa pidiendo autorización para poder tener acceso a los expedientes de los sujetos de estudio. En

la solicitud se dejó claro que en la investigación únicamente se recolectarían datos de acceso público y de interés médico, y no aquellos que permitieran vincular con ninguna persona y/o caso en particular. Además, se tuvo a bien realizar una consulta con un médico forense quien corroboró que los datos recolectados que se presentaron en tablas y gráficas estadísticas en este informe no vulneraron la privacidad de los sujetos de estudio. En los anexos 2 y 3 se adjuntan el dictamen del Comité de Ética y la carta del médico forense.

Esta investigación se realizó de acuerdo con los siguientes principios éticos

- **Respeto por las personas:** La información obtenida de cada historia clínica se utilizó únicamente con fines científicos, respetando la confidencialidad de cada caso y el anonimato de las pacientes. Se cercioró que ningún dato vinculara la identidad de ninguna de las víctimas de abuso sexual.
- **Beneficencia:** Se maximizó el beneficio debido a que al realizar una caracterización clínica de las pacientes se contó con los datos que permiten brindar un manejo integral y oportuno y planificar a futuro estrategias y recursos para brindar una mejor atención a las pacientes en esta unidad.
- **No maleficencia:** No se produjo daño alguno al paciente, que le provocase sufrimiento o dolor, ni exposición de su identidad.
- **Justicia:** La información obtenida fue la misma para todas las pacientes. Se tomaron en cuenta por igual a todas las pacientes mayores de 12 años atendidas en la clínica de abuso sexual, por parte de ginecología, sin distinción alguna.

Este estudio es de categoría I (sin riesgo), ya que no se realizó ningún procedimiento o intervención, sino que únicamente se recolectaron datos de expedientes.

IV. RESULTADOS

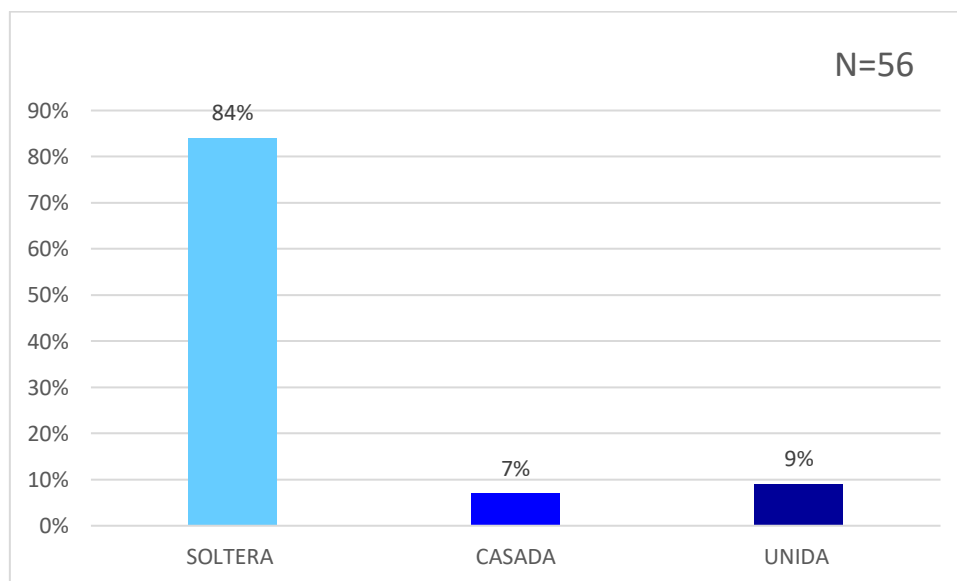
Tabla 1.

Distribución según grupo etario de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018.

Grupo etario	Número de Víctimas	%
12 a 17 años	20	35.7%
18 a 22 años	15	26.8%
23 a 27 años	10	17.9%
28 a 32 años	4	7.1%
33 a 37 años	5	8.9%
38 a 42 años	2	3.6%
Total	56	100%

Gráfica 1.

Distribución según estado civil, de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018



Gráfica 2.

Distribución según religión, de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018

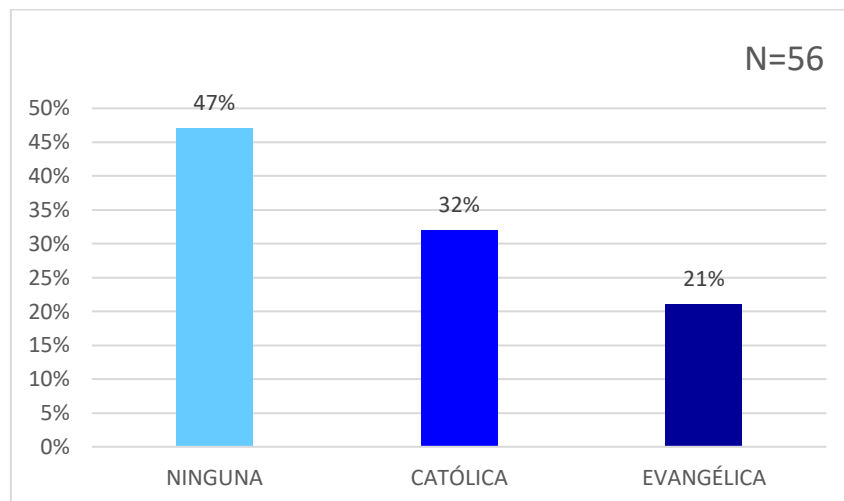


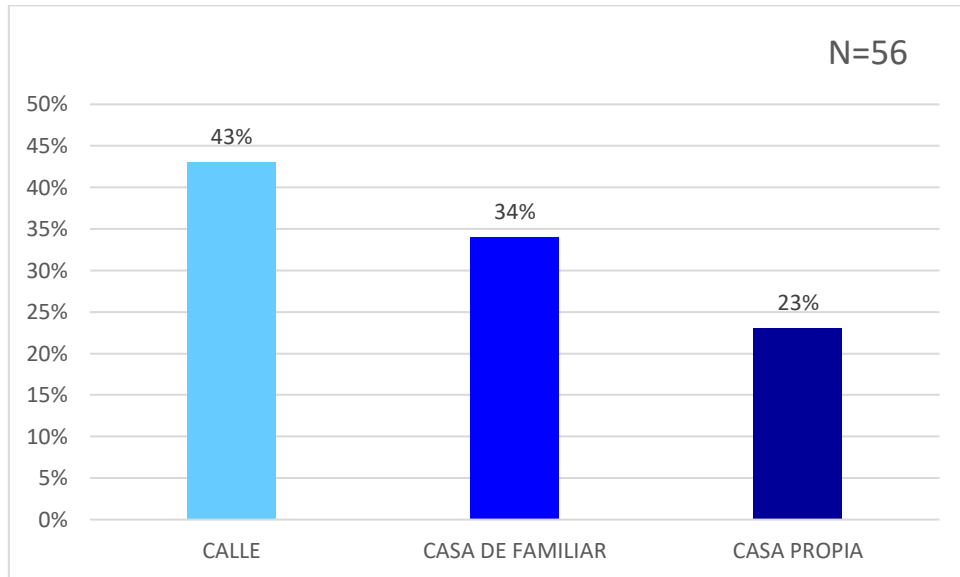
Tabla 2.

Distribución según procedencia, de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018

MUNICIPIO	NÚMERO DE VÍCTIMAS	%
Zacapa	7	12.5%
Cabañas	7	12.5%
Gualán	7	12.5%
San Diego	6	11.5%
Huité	5	9%
Río Hondo	5	9%
Teculután	5	9%
Estanzuela	4	7%
Usumatlán	4	7%
San Jorge	3	5%
La Unión	3	5%
Total	56	100%

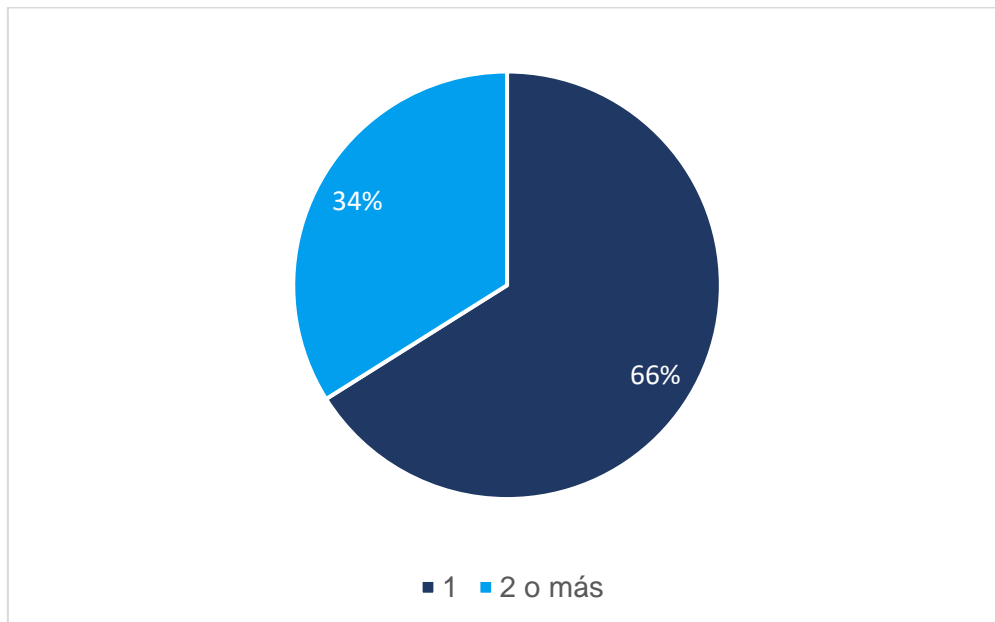
Gráfica 3.

Distribución según lugar del evento, de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018



Gráfica 4.

Distribución según cantidad de agresores, de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018



Gráfica 5.

Distribución según parentesco del agresor, de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018

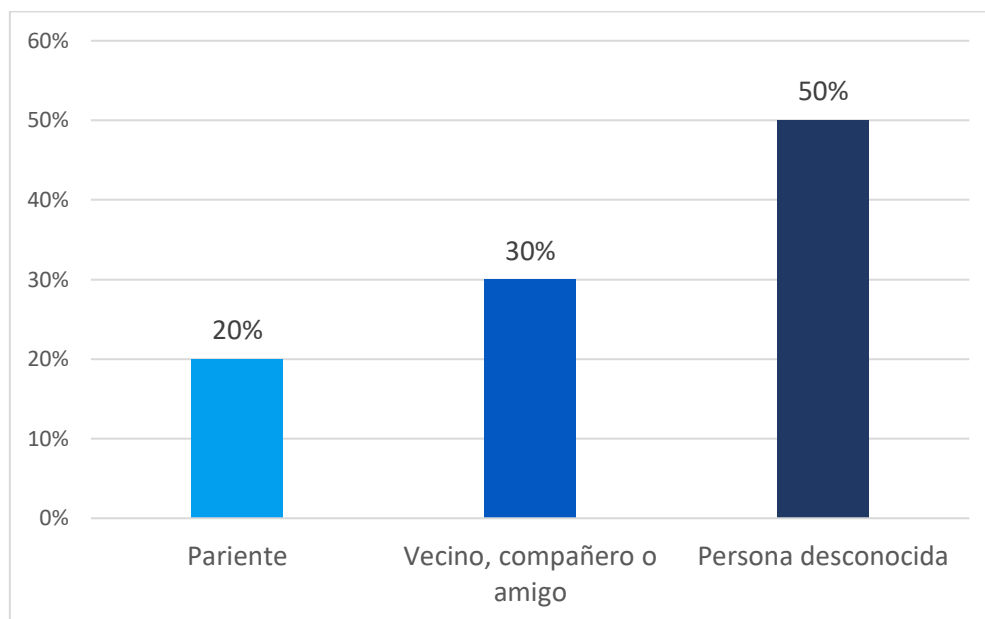


Tabla 3.

Distribución según cantidad de mujeres víctimas de abuso sexual mayores de 12 años, atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante los años 2014-2018

TRATAMIENTO	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Antibióticos	52	93%	4	7%	56	100%
Antirretrovirales	52	93%	4	7%	56	100%
Anticoncepción de emergencia	45	80%	11	20%	56	100%
Vacunación	52	93%	4	7%	56	100%

V. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La Violencia Sexual, incluye todo acto sexual perpetuado contra la voluntad de una persona, mediante violencia física y/o amenazas, es considerado un evento de gran impacto para la persona vulnerada y puede dejar daños a largo plazo.

Según la Organización Mundial de la Salud, en todo el mundo una de cada tres mujeres ha sufrido violencia sexual o física por parte de su pareja o violencia sexual por alguien que no era su pareja, hasta el 38% de los asesinatos contra mujeres son cometidos por su pareja; además el abuso sexual causa a las mujeres graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo, entre los cuales podemos mencionar, embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, infecciones de transmisión sexual, depresión, estrés postraumático, también puede incrementar el consumo de tabaco, drogas y uso nocivo del alcohol, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida.

Se realizó una encuesta en la que se recolectaron datos epidemiológicos, información del evento y del agresor y el tratamiento proporcionado a 56 pacientes víctimas de abuso sexual, atendidas en el Hospital de Zacapa del año 2014 al año 2018.

Según estudios realizados en México la edad promedio de las víctimas oscilaba entre 18 a 35 años con un 71%, en otro estudio realizado en Madrid, España, el grupo etario se mantenía siendo el más frecuente de 18 a 30 años con 59.7%, en el Hospital de Zacapa la edad más frecuente se encuentra entre 12 a 17 años, con 20%, lo cual apoya los datos obtenidos en otros estudios, siendo la población mayor afectada, la misma, sin embargo, la concentración mayor de casos se promedia entre 12-27 años con 45% que posiblemente se deba a que es una población con mayor susceptibilidad y más presta a engaños y/o amenazas.

No hay estudios que revelen datos sobre el estado civil de las víctimas de abuso sexual en otros países. En el Hospital Regional de Zacapa, el 84% de las víctimas era soltera, dato que se sustenta en que la edad afectada más frecuentemente es la adolescencia.

No existe registro sobre la religión que profesan las víctimas de abuso sexual atendidas en otros países, en el presente estudio, se encontró que el 47% de las pacientes no pertenecen

a ninguna religión, es posible atribuir dicho resultado, a que las víctimas de abuso sexual que no pertenecen a ninguna religión visitan frecuentemente lugares donde pueden estar más expuestas.

En Nicaragua, se realizó un estudio similar que revela que la procedencia de las víctimas prevalece al 100% del área urbana, los datos obtenidos del Hospital Regional de Zacapa arrojan resultados de las cabeceras municipales, donde Zacapa, Cabañas y Gualán tienen en proporciones iguales correspondientes al 12.5%, siendo el total de las víctimas que se incluyen en este estudio, procedentes de cabeceras municipales, lo que pudiera deberse a un subregistro debido a que las víctimas de lugares alejados prefieren no romper el silencio o no consultar a las entidades correspondientes.

En la relación que existe entre el abusador y la víctima, en un estudio realizado en Nicaragua, se encontró que la mayoría no existía ningún tipo de parentesco familiar (45.5%), de igual manera en este estudio se obtuvo que el 50% de los abusadores eran desconocidos, sin existir ningún vínculo entre ellos, lo cual se puede deber a que éstas personas aprovechan la oportunidad, para atacar sexualmente a la víctima sin temor a lastimar o incluso matarla, pues no habría ningún vínculo que los incriminaría.

En Colombia se realizó un estudio donde no se presentaron casos de agresores múltiples, en el presente estudio un 66% corresponde a un solo agresor, que se vería reflejado como anteriormente en el caso que deciden perpetuar el abuso sin cómplices para que no existan testigos del hecho.

No se encontraron datos de estudios realizados en otros países sobre el lugar donde fue cometido el abuso sexual, en este estudio, el 43% fue en la calle. Lo que justifica el hecho de que el abusador sea en un mayor porcentaje un desconocido ya que éste únicamente aprovecha la oportunidad que se le presenta de abusar sexualmente de la víctima.

En referencia al tratamiento brindado a las víctimas de abuso sexual, no hay datos obtenidos de otros estudios. En este estudio se obtuvo que el 93% de las víctimas recibieron Vacunación, Antibioticoterapia y Antirretrovirales específicos contra enfermedades infectocontagiosas y el 80% de ellas recibió anticoncepción de emergencia. Donde no se contó con un 100% de casos tratados por diversas razones como pueden mencionarse, pacientes

que ya contaban con método anticonceptivo y casos donde el perpetrador fue la misma pareja de la víctima.

6.1. Conclusiones

- 6.1.1.** La violencia sexual es un fenómeno que afecta indiscriminadamente a mujeres, independientemente de su edad, estado civil, religión y domicilio. Con mayor frecuencia, las pacientes tenían edades entre 12 a 27 años (45%), eran solteras (84.0%), no profesaban ninguna religión (47.0%) y provenían de Zacapa, Cabañas, Gualán o San Diego (49%).

- 6.1.2.** El lugar donde fue realizado el abuso sexual con mayor frecuencia correspondió a la calle (43%), seguido de la casa de un familiar (34%) y en casa propia (23%).

- 6.1.3.** En el 66% de los casos el abuso fue cometido por un único agresor.

- 6.1.4.** En la mitad de los casos el abuso fue cometido por una persona desconocida, y en un 30% por un vecino, compañero o amigo.

- 6.1.5.** El 93% de las víctimas recibieron vacunación, antibioticoterapia y antirretrovirales específicos contra enfermedades infecciosas y el 80% de ellas recibió anticoncepción de emergencia.

6.2. Recomendaciones

- 6.2.1.** A todas las víctimas que revelen abuso sexual por cualquier perpetrador o alguna forma de violencia por un compañero íntimo u otro miembro de la familia, la Sección de Atención (conformada por médico ginecólogo, psicólogo, trabajadora social, enfermera graduada), debe ofrecerles apoyo inmediato que incluya los fármacos protocolizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y apoyo psicológico.
- 6.2.2.** La vigilancia de casos por parte de la Sección de Atención de las sobrevivientes de abuso sexual debe incluir asesoramiento psicológico continuo, por parte del psicólogo instruido, ya que las lesiones ocasionadas por abuso sexual pueden ser duraderas y de amplio alcance.
- 6.2.3.** Coordinar con otras entidades (Centros de Salud, Escuelas de la comunidad, por ejemplo) charlas que informen sobre dónde acudir en caso de ser víctima de violencia sexual y la importancia de hacerlo a tiempo para obtener tratamiento oportuno.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artilles de León, J., 2016. *Salud y Violencia de Género*. [online] CENEX. Disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/cenex/salud_violencia/salud_violencia.htm Acceso en julio 2018.
2. Benedith Quintanilla,L., 2015. Comportamiento Clínico y Epidemiológico del Abuso Sexual en niños y niñas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de Enero del 2013 a Diciembre del 2014 (en línea). Consultado el 20 de Abril de 2018. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/7108/1/45315.pdf>
3. Carlsson et al., 2006. Evaluación externa de la campaña contra el castigo físico y abuso en América Central y México 1996-2000. Save the Children Suecia. (en línea) consultado en marzo 2018. Disponible en https://issuu.com/afcalo/docs/pol_tica_nacional/104.
4. Cerón Hernandez, G; Roa-Torres S; Salcedo Cifuentes M; 2017. Caracterización de los casos de abuso sexual valorados en los servicios de urgencias y consulta externa de una institución hospitalaria de primer nivel en el Departamento del Cauca, Colombia 2007 – 2015 (en línea). Consultado 20 de Abril de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00226.pdf>
5. Congreso de la República de Guatemala,. 1973. Código Penal de Guatemala. Decreto Número 17-73. Título III: Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexual de las Personas; Artículo 173.
6. Comisión Interamericana de Derechos Humanos,. 2011. Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica. (en línea). Consultado en marzo 2018. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/pdf%20files/MESOAMERICA%202011%20ESP%20FINAL.pdf>

7. Subramanian S, Green JS. The General Approach and Management of the Patient Who Discloses a Sexual Assault. *Mo Med* [en línea]. 112(3):211–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26168593>
8. Cruz Fortún, M. Á,. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL. 2014. de Masterforense.com (en línea) consultado en marzo 2018. Disponible en: <http://masterforense.com/pdf/2014/2014art2.pdf>
9. De la Garza Aguilar, J; Díaz Michel, E; 1996. Abuso Sexual en Menores: estudio de casos. Distrito Federal México (En Línea). Consultado el 20 de abril de 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5128983.pdf>.
10. Congreso de la República de Guatemala,. 1997. CÓDIGO DE SALUD. Decreto Número 90-97, Artículo 216.
11. Guedes, Alessandra; García-Moreno, Claudia; Bott, Sarah, (2014) “Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe”: *Foreign Affairs Latinoamérica*, Vol.14: Num. 1, pp. 41-48. (en línea). Consultado en marzo 2018 Disponible en: www.fal.itam.mx
12. Grupo de Apoyo Mutuo Guatemala, Centro América. 2016. Informe de situación de violencia sexual en Guatemala (en línea). Consultado 12 de Abril de 2018. Disponible en: <http://www.albedrio.org/htm/otrosdocs/comunicados/GAM-INFORMEVIOLENCIASEXUAL2008-2015>
13. Helen Alvarez,. 2008. *La Violencia Contra la Mujer Supera las Soluciones*. Rebelión. (en línea) consultado en marzo 2018. Disponible en: <https://rebellion.org/latinoamerica-la-violencia-contra-las-mujeres-supera-a-las-soluciones/>
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2016. Protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de Violencia Sexual. p. 1-88.
15. Oficina de defensoría de los derechos de la infancia. México 2006. *Acciones para evitar la revictimización del niño víctima del delito*. (en línea) consultado en abril 2018. Disponible en:

http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/689/1/images/TOMO1_1E.PDF

16. Organización Mundial de la Salud. 2002. Informe Mundial de Violencia y Salud. Capítulo 6: Violencia Sexual. (en línea) consultado en abril 2018. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
17. Organización Panamericana de la Salud. 2013. Violencia Sexual: Comprender y abordar la violencia contra las mujeres (en línea). Consultado 12 de Abril de 2018. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/es/
18. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Secretaría Presidencial de la Mujer. Guatemala, 2013. Perfil de género y salud. (en línea) consultado en marzo 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33848/9789962642503-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Organización Mundial de la Salud. 2013. Responding to intimate partner violence and sexual against women. WHO clinical and police guidelines. (en línea) consultado en marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
20. Secretaría Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET). 2018. Boletín: “Ruta de Abordaje para la Atención Integral de Embarazos en menores de 14 años”. Publicado por el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva –OSAR-. (en línea) consultado en abril 2018. Disponible: <https://mingob.gob.gt/wp-content/uploads/2020/09/PLANEA-Prevencio%CC%81n-del-Embarazo-en-Adolescentes.pdf>
21. UTE-UNFPA. El Salvador, 2013. Por una atención libre de victimización secundaria en casos de violencia sexual. (en línea) consultado en abril 2018. Disponible en:

[https://assets-compromisoeatitude-
ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2015/09/UNFPA_Revictimizacion2013.pdf](https://assets-compromisoeatitude-
ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2015/09/UNFPA_Revictimizacion2013.pdf)

22. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2006. Violencia contra niños, niñas y adolescentes. 2006 Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. (en línea) consultado en abril 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/Estudio_violencia_contra.pdf
23. Organización Panamericana de la Salud,. 2013. 52.o Consejo Directivo. 65.a Sesión del Comité Regional: abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas, lesbianas, homosexuales, bisexuales, bisexuales y trans. (en línea). Consultado en abril 2018. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833:2013-52nd-directing-council&Itemid=40507&lang=es
24. Ma. Ángeles de la Cruz Fortún. 2014. Centro de Atención a Víctimas de Agresión Sexual de Madrid. (en línea) Vol. 14, pp.25-49. Consultado en Marzo 2018. Disponible en: www.masterforense.com/pdf/2014/art2.pdf.
25. Ramos-Lira, Luciana et al. 2001. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud pública Méx.* (en línea), col.43,n.3 pp.182-191. Disponible en www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-3634200100030002&lng=es&nrm=iso>.ISSN0036-3634
26. Organización Mundial de la Salud. 2008. Acuerdo Ministerial Número 143-2018, SECCIÓN DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL. Capítulo 1: Creación.

VII. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
PACIENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL



ZCARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
EDAD		ESTADO CIVIL	SOLTERA	CASADA	UNIDA
		RELIGIÓN	CATÓLICA	EVANGÉLICA	NINGUNA
PROCEDENCIA					
ZACAPA	ESTANZUELA	HUITÉ	CABAÑAS	SAN JORGE	SAN DIEGO
LA UNIÓN	USUMATLÁN	RÍO HONDO	GUALÁN	TECULUTÁN	
INFORMACIÓN DEL EVENTO					
LUGAR DEL EVENTO	CALLE		CASA DE FAMILIAR		CASA
AGRESOR		PARENTESCO DEL AGRESOR			
1		CONOCIDO	DESCONOCIDO	FAMILIAR	
>2					
TRATAMIENTO PROPORCIONADO					
VACUNACIÓN	ANTIBIOTICOS	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	ANTIRRETROVIRALES		

Anexo 2. Aprobación institucional del Protocolo de Investigación



**HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA
DIRECCIÓN EJECUTIVA**



Zacapa, 21 de Noviembre de 2018.

**Doctora
Flor de María Lemus Moscoso
Residente I
Presente**

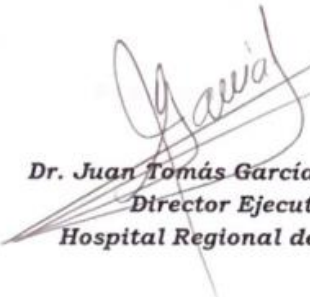
Respetable Doctora Lemus:

Reciba un cordial y atento saludo en nombre de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Zacapa, deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para informarle que esta Dirección autoriza que realicen su trabajo de investigación en este Centro Asistencial, el cual es titulado "**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**", ya que cumple con ser un estudio que no compromete la integridad del paciente.

Agradeciendo la atención a la presente, sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


**Dr. Juan Tomás García Delgadillo
Director Ejecutivo
Hospital Regional de Zacapa**




30/11/18
08.40

cc.Achivo

16 avenida, Barrio Cementerio Nuevo Zona 3, Zacapa, Guatemala, C.A.
Telefax 7941-3701 PBX 7931-6565 Ext. 101 Y 103

Anexo 3. Constancia de evaluación del Informe Final por médico forense

Chiquimula, Septiembre 2021.

A quien interese:

Por este medio hago constar que la información contenida en el estudio **CARACTERIZACIÓN DE MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS EVALUADAS EN LA SECCIÓN DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**, realizado en el Hospital Regional de Zacapa, no permite asociar hallazgos de este, con ninguna persona y/o caso de investigación médico-forense en particular.

Atte.



M.A. José Ernesto Galdámez Samayoa
Magister Artium en Medicina Forense
Médico y Cirujano
Jefe de Clínica y Tanatología Forense Regional
Clínica y Tanatología Forense Regional
-INACIF-



Dr. José Ernesto Galdámez Samayoa
Jefe de Clínica y Tanatología Forense Regional

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducción total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala o lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.