

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

**TEMA: “LA VIOLENCIA, UN PROBLEMA DE SALUD
PÚBLICA EN GUATEMALA”**

SUBTITULO

**Estudio transversal descriptivo - retrospectivo realizado
en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de
Chimaltenango. Enero 1998 a Diciembre 1999.**

**Asesor: Dr. Miguel Angel García García.
Colegiado No. 6,007 Reg. Personal 930570**

**Revisor: Dr. Carlos Enrique Mazariegos.
Colegiado No. 3452 Reg. Personal 9044.**

**Estudiante: Maritza Natividad Arana Carballo
Carnet: 8613255.**

INDICE

| | pagina |
|--|--------|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. DEFINICION DEL PROBLEMA..... | 2 |
| III. JUSTIFICACION | 4 |
| IV OBJETIVOS..... | 5 |
| V. MARCO TEÓRICO | 6 |
| VI. MATERIAL Y METODOS..... | 18 |
| VII. PRESENTACION DE RESULTADOS..... | 22 |
| VIII. ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 45 |
| IX. CONCLUSIONES | 48 |
| X. RECOMENDACIONES..... | 49 |
| XI. RESUMEN | 50 |
| XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 51 |
| XIII ANEXOS..... | 54 |

I. INTRODUCCIÓN

En América Latina y en el Caribe la violencia actualmente tiene características endémicas, afectando directamente el desarrollo de estas regiones, que sobrecargan los servicios de salud, con repercusiones negativas en la economía nacional y familiar.

En Guatemala en el Departamento de Chimaltenango, la Corte Suprema de Justicia, reportó a través de la sección Estadísticas Sociales del INE (Instituto Nacional de Estadística), que los actos contra la seguridad en 1997 fueron de 463.

En tal sentido el presente trabajo se realizó por medio de la revisión de los registros clínicos de casos atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS - del Departamento de Chimaltenango, durante el período de Enero de 1998 a Diciembre de 1999, con el objetivo de determinar las principales causas de morbilidad por violencia. Para el efecto se tomo en cuenta edad, sexo, ocupación, grupo poblacional, tipo de lesión, diagnóstico, tratamiento, tipo de agresión, tipo de agresor, medio utilizado. Dicho estudio forma parte de una investigación a nivel nacional bajo la coordinación del Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud – CICS – de la Facultad de Ciencias Médicas, para lo cual se utilizó una boleta diseñada en dicho centro para recopilar la información.

Al concluir el estudio se encontró, que el 5% (1998) y el 5.4% (1999) corresponde a casos, provocados por hechos violentos, en ambos años, el diagnóstico principal es Múltiples Contusiones.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

“La violencia es un problema tan viejo como la humanidad misma, de ninguna manera la podemos presentar como un fenómeno contemporáneo, mucho menos exclusivo de los guatemaltecos, porque está presente virtualmente todo el tiempo, a través del mundo.” (Prensa Libre 9/4/99-P12)

Según la OPS, violencia “tiene que ver con la utilización de la fuerza física, o de la coacción psíquica o moral, por parte de un individuo o grupo en contra de sí mismo, de objetos o de otra persona o grupo de personas, produciendo como resultado la destrucción o daño del objeto y la limitación o negación de cuales quiera de los derechos establecidos, de la persona o grupo de personas víctimas.” (11)

En América Latina y el Caribe la violencia tiene actualmente características endémicas. En 1993 se registraron en las regiones 456,000 muertes relacionadas con actos de violencia, lo que representa un promedio de 1,250 muertes diarias.(11,13)

En Guatemala “El conjunto de los casos registrados por la Comisión para el Esclarecimiento Histórico —CEH— fue establecida mediante el Acuerdo de Oslo, del 23 de junio de 1994, para esclarecer con toda objetividad, equidad e imparcialidad las violaciones a los derechos humanos y los hechos de violencia que han causado sufrimientos a la población. La Comisión no fue instituida para juzgar, sino para esclarecer la historia de lo acontecido en la guerra fratricida en el período 1962—96.”

“Sobre los casos registrados por la CEH con otros estudios realizados sobre la violencia política en Guatemala, se estima que el saldo en muertos y desaparecidos del enfrentamiento armado llegó a más de 200,000 personas. El 39% de las Violaciones de los Derechos Humanos fueron ejecuciones arbitrarias; seguidas, en orden de frecuencia, por privación de la libertad (22%), las torturas (19%), las desapariciones forzadas (10%) y las violaciones sexuales (2%). En conjunto las cinco violaciones más frecuentes componen el 92% del total de violaciones.”

“Por departamento de las violaciones registradas. Quiché resulta ser el más afectado, mostrando el 46% del total de las violaciones; le sigue, en orden de frecuencia Huehuetenango (16%), Alta Verapaz (9%), Chimaltenango (7%), Baja Verapaz (5%), Petén (3%), San Marcos (3%) , Guatemala (3%).”

“ La violencia tuvo una mayor proporción en las zonas rurales del país el 90% de las violaciones se produjo fuera de la capital y de las cabeceras departamentales.”

“El 83.3% de las víctimas pertenecían a alguna etnia maya (k'iche, Q'eqchi', Ixil, Icaqchikel, Mam), el 16.5% pertenecían al grupo ladino y el 0.2% a otros grupos.”

“Del 62% de las víctimas cuya pertenencia de género se pudo determinar, el 25% eran mujeres y el 75% hombres.”

“Del 38% de las víctimas cuya edad se pudo determinar, el 19% eran niños, el 79% eran adultos y el 2% eran ancianos”

De acuerdo a la Política de Salud .1998—2000 del Gobierno de Guatemala, la población sana es el objetivo del desarrollo del país, sin embargo, los diferentes medios de comunicación social, informan que, los hechos de violencia se han incrementado en sus diferentes formas. Según la Oficina de Naciones Unidas en Guatemala, los promedios anuales de delitos cometidos en Guatemala de 1992 a 1998 fueron 3,221 muertos por actos violentos, 5,747 heridos; esto se traduce en 9 muertes y 16 heridos por día. (16)

El sector salud juega también un papel importante en el registro de información sobre hechos violentos. No obstante, la información corrientemente recolectada por los servicios de salud se reduce a la identificación y evaluación de lesiones físicas, el sexo, edad de las víctimas, a veces el medio empleado como agente de la violencia. Las estadísticas de mortalidad y morbilidad recolectadas por los servicios no reflejan la verdadera magnitud del problema epidemiológico de la violencia, entre otras razones, por el subregistro en las salas de emergencia y consulta externa, o porque las víctimas de violencia, especialmente intrafamiliar, no acuden a las instituciones de salud en demanda de servicios. Otro factor de subregistro es la concentración de la práctica sanitaria en el tratamiento de la lesión, sin percibir que ésta es el resultado de la expresión de conductas agresivas.

Para tener información precisa en un departamento de la República de Guatemala, el presente estudio da a conocer datos estadísticos actualizados en los casos de violencia registrados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, del Departamento de Chimaltenango en el período comprendido del 1 Enero de 1998 a Diciembre 1999.

III. JUSTIFICACION

Varios indicadores de salud, que reflejan la realidad cotidiana de la región vienen demostrando un preocupante incremento de la violencia. El impacto negativo que tiene sobre la calidad y las condiciones de vida de amplios sectores de la población, un alto costo en vidas con el agravante de concentrarse en grupos etarios de jóvenes y adultos jóvenes su consiguiente costo social y económico, 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. (12)

Cada día, se incrementa el número de víctimas, por hechos de violencia atendidos en los servicios de salud estatal, sin que se conozca la dimensión del problema y qué lugar ocupa entre los índices de morbilidad y mortalidad en la población guatemalteca.

En tal sentido, es pertinente efectuar una investigación que describa cuántos pacientes ingresan por dicha causa, cuantos son atendidos, hospitalizados; qué grupos son más afectados así como determinar el diagnóstico de ingreso a los centros asistenciales.

En función de lo anterior y tomando en consideración que el Departamento de Chimaltenango, fue una de las regiones más golpeadas por hechos violentos, producto de la guerra interna que vivió el país, ha sido de vital importancia la presente investigación, para tipificar y caracterizar los hechos violentos que ameritaron atención médica, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS de Chimaltenango, durante el período de dos años posterior a la firma de los Acuerdos de Paz.

IV OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Describir el comportamiento de los motivos de consulta por hechos de violencia en las emergencias de los hospitales nacionales de Guatemala.

B. ESPECÍFICOS:

1. Describir la frecuencia absoluta y relativa de pacientes atendidos por hechos de violencia en la emergencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS de Chimaltenango
2. Describir la tipificación de los hechos de violencia por los que los pacientes asisten a la emergencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS de Chimaltenango.
3. Describir la atención que se presta a los pacientes que demandan el servicio en la emergencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS de Chimaltenango, por problemas de violencia.

V. MARCO TEÓRICO

A. VIOLENCIA

1. Etiología.

La violencia es un fenómeno histórico que se relaciona con condiciones sociales particulares, como es posible revisar en la mayoría de manuales, de historia y geografía, los cuales fortalecen y promueven imágenes hostiles, estereotipos discriminatorios, conflictos políticos y militares, exaltando el carácter épico de las guerras y de sus héroes, contribuyendo a que la enseñanza de la historia genere una cultura de intolerancia que poco ha favorecido la resolución pacífica de los desacuerdos. Explicar su etiología sólo por características individuales de origen biológico o psicológico, reduce su esencia y desdibuja los efectos del proceso interactivo, entre individuos y entre éstos y sus ambientes sociales concretos. La razón de la violencia hay que encontrarla en el cruce de factores negativos del individuo y de la sociedad.

Las condiciones de hacinamiento, desnutrición, desempleo y deterioro de la familia que imponen la desigualdad y la pobreza propician en gran medida el desarrollo de patrones de conducta agresivos para la resolución de conflictos familiares y comunitarios. Las frustraciones derivadas de la lucha por la supervivencia en situaciones de inequidad y marginalidad constituyen factores facilitadores de comportamientos agresivos. Por otra parte, el mantenimiento de éstas condiciones de asimetría implica el ejercicio de la violencia. Frente al debilitamiento de los aparatos de justicia y control legal y ante la persistencia de condiciones sociales, pueden generarse o reforzarse la violencia, que legitiman la fuerza como medio para resolver frustraciones, desavenencias y conflictos.

En muchas regiones y ciudades del hemisferio se viven o han vivido conflictos armados durante los cuales la violencia ha sido asumida como un modo de actuar cotidiano y de supervivencia. Esto ha desensibilizado el valor de la vida y el respeto mutuo, tanto en las autoridades como en la población civil en general. Se incluye también a los niños y jóvenes que educados en esta forma, ven la violencia como normal.

La familia puede obrar alternativamente como reproductora de culturas de convivencia o de violencia. Por medio de la educación despertando el potencial creativo de la persona; forjando actitudes de tolerancia y comprensión .“La educación es la clave para edificar la paz, para consolidar un marco más equilibrado y menos asimétrico, para vivir

todos juntos, distintos pero unidos por los principios democráticos de justicia. libertad. igualdad y solidaridad. Educar para ayudar durante toda la vida a todos los individuos a ser libres, a saber; a hacer; a crear, a convivir. Educar para inculcar principios como compartir y cuidar todo aquello que hemos recibido y que debemos transmitir a las futuras generaciones a las que debemos evitar los horrores de las guerras. "Sólo mediante la educación podremos edificar una paz duradera en la mente de los hombres y pasar así de una cultura de guerra a una Cultura de Paz" (24,25)

La violencia que se ejerce sobre hombres en conflictos sociales amplios suele trasladarse a las relaciones de vida privada y familiar sustentando agresiones contra mujeres, niños ancianos. Esto ilustra como la violencia constituye un enorme complejo que integra diferentes formas de agresión y afecta diferentes grupos sociales. (11)

2. Definición.

Según el diccionario Larousse, se define violencia como: fuerza intensa, impetuosa, abuso de fuerza; coacción ejercida sobre una persona para obtener su aquiescencia en un acto jurídico. Según la OPS, "Tiene que ver con la utilización de la fuerza física, de la coacción psíquica o moral por parte de individuo o grupo en contra de sí mismo, de objetos o de otra persona o grupo de personas produciendo como resultado la destrucción o daño del objeto y la limitación o negación de cualesquiera de los derechos establecidos de la persona o grupo de personas víctimas". (14)

3. Clasificación de la Violencia.

La violencia se puede clasificar o definir de formas muy variadas, Según la persona que la sufre (niño, mujer, hombre, anciano); según el agresor (asaltante, mara, policía, esposo/a, madre / padre, otro familiar, otros) según el medio utilizado (arma de fuego, arma blanca; objeto: contundente, puños, patadas, mordiscos, otros); tipo de agresión (política, sexual, delincuencia común, accidente automovilístico, violencia intrafamiliar; otros).

a.1. Violencia Política

Se da por razón de la contraposición de ideas políticas dentro de la sociedad y se manifiesta en la amenaza permanente de asesinatos, secuestros, desaparición, torturas, agresiones físicas. (2)

La violencia política afecta no solamente a los adultos sino también a niños y adolescentes, en quienes puede dejar secuelas físicas y emocionales severas. En las décadas de la guerra interna que sufrió Guatemala, entre 100,000 y 250,000 niños perdieron a uno o a ambos padres, las víctimas se cuentan en decenas de miles, Se calcula que, en este país el 50% de los refugiados internos y más del 60% de refugiados que emigraron hacia otros países fueron niños y adolescentes. (14)

b.1 Delincuencia Común

Es la que se sufre en el espacio público, que se da en la calle, que impide desplazarnos tranquilidad a cualquier hora del día y de la noche. Puede darse por medio de golpes, heridas por arma blanca o de fuego etc. Es importante señalar que es uno de los tipos de violencia donde se evidencia una clara inseguridad, (2)

El Organismo Judicial divide la inseguridad contra la vida en delitos que provocan la muerte y delitos que causan lesiones físicas; el departamento de Guatemala ha tenido el mayor porcentaje de delitos contra la vida (58%) seguido por Suchitepequez (9%).

c.1 Accidentes de Tránsito

Los accidentes son enfermedades devastadoras que matan por ejemplo a más estadounidenses menores de 40 años y además constituye una de las primeras cinco causas de muerte en la población general de los países y territorios de América. Por edades, las defunciones por esta causa, se concentran entre los 14 y los 44 años, grupo en el que ocurren más del 50% de las muertes. Cada año los traumatismos producen 140,000 muertes y quedan tres lesiones incapacitantes por cada defunción. Los costos anuales totales de estas lesiones traumáticas son de \$177,200 millones de dólares. Por añadidura, los costos de la hospitalización por lesiones traumáticas, son mucho más altos que el gasto promedio para el ingreso en un hospital (\$12.000 contra \$5.000 dólares) (13, 15, 19)

En Guatemala las estadísticas de acuerdo a datos oficiales de la PNC, durante los últimos tres años, al menos nueve persona murieron diariamente a consecuencia de hechos violentos mientras; reportes del Cuerpo Voluntario de Bomberos CVB, registran un número ascendente de heridos por arma de fuego y arma blanca, que va desde 18 personas por día en 1998. (Revista Proceso :30-5-99/Pág. 13).

d.1. Violencia Sexual

Incluye todas las formas de considerar y tratar a la mujer como objeto sexual “como cosas que se pueden utilizar” que se manifiesta en lo público y privado, incesto, violaciones, trata de mujeres. (2)

La violencia sexual produce efectos deletéreos sobre la salud y el bienestar de las mujeres. Aumentando el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, ejemplo: SIDA.

En Guatemala, según la Oficina de Naciones Unidas; los delitos sexuales reportados, comprendieron cerca del 11% del total de hechos delictivos, registrados en 1995 y 1998 por el Organismo Judicial. Las violaciones constituyen el delito más común, con un promedio alrededor de dos casos cada tres días, concentrándose la inseguridad sexual, en el departamento de Guatemala (73.7%), seguido a una gran distancia (4.9%), por Retalhuleu.

e.1 Violencia Intrafamiliar

Se da en el ámbito de la familia, se expresa en una forma concreta que se llama maltrato, sea éste físico, sexual, verbal o psicológico. La unidad familiar es el espacio a donde el hombre llega a descargar toda la violencia, frustraciones, impotencia de lo que le sucede en lo público (trabajo, organizaciones sociales, etc.). En general la violencia intrafamiliar se esconde y no se habla de ella, porque es considerada como un problema privado. (2)

Todos los trastornos psicológicos presentes en un niño dependen estrechamente de su ambiente (familiar). Los síntomas se manifiestan siempre y cuando los padres son inadecuados, hostiles o rechazantes. En la medida en que no dan amor y seguridad al hijo, comprometen el proceso de socialización reforzando comportamientos agresivos. (3)

Cuando este grupo familiar se ve afectado por la desintegración se dan en el niño alteraciones conductuales, entre las que podemos mencionar la agresividad la cual es una respuesta o reacción humana a frustraciones, como son hambre, carencia de afecto, comunicación o acogida, etc. Manifestándose a través de la agresión, contra otro o contra si mismo. (5)

El concepto de hogar desunido o desintegración familiar se aplica a un número grande de situaciones heterogéneas, que provocan repercusiones psicológicas en los hijos principalmente. Entre tales situaciones podemos citar las siguientes. hogar inestable (hijos de

hogares donde hay discordias graves hostilidad entre los padres, gritos, groserías, intercambio de golpes); ausencia del grupo familiar (el caso de la madre viuda, madre soltera, hijos de padres que por diversos motivos se ausentan); desunión del grupo familiar (hijos huérfanos, hijos de padres divorciados, hijos de padres enfermos). (1)

Por otra parte, la permisividad de la agresión parece tener una estrecha relación con la agresividad. Los niños cuyos padres permiten la agresión, es decir que la toleran hasta cierto límite son susceptibles de ser más agresivos que aquellos cuyos padres no la permiten. (5)

La violencia es una conducta aprendida, se traduce en una forma de responder a situaciones o eventos determinados. (3)

Estudios llevados a cabo en los Estados Unidos revelan que durante el período de un año, aproximadamente 2 millones de mujeres son atacadas violentamente por sus maridos o parejas. Un análisis realizado en los Estados Unidos, mostró que los médicos fueron capaces de hacer un diagnóstico correcto, sólo en un 6% de los casos. Muchas veces las heridas en las mujeres golpeadas, no se reconocen como violencia premeditada hasta después del homicidio de la víctima. (14,19)

f.1 Violencia contra los Niños

Algunos estudios señalan que casi más de la mitad de los hombres que abusan de sus mujeres también abusan de sus hijos En el ambiente doméstico, es la madre quien más frecuentemente abusa físicamente del niño, probablemente debido a que es ella quien está en contacto más cercano con él.

El Síndrome del Niño Golpeado fue descrito por primera vez en 1962 por Kempe y col. fueron quienes denunciaron que miles de niños son habitualmente golpeados por sus padres. En 1992, se denunciaron en los Estados Unidos 2.9 millones de casos de abuso de niños o de negligencia en su cuidado. De ellos, 27% involucró abuso físico, 17% abuso sexual, 45% negligencia, 7% abuso emocional y 6% causas diversas. El valor de aquella primera denuncia de Kempe consiste en que a partir de ella se puso más énfasis en la detección de esa situación, tanto por los pediatras como por el personal de las salas de emergencia y enfermería y por trabajadores sociales. (13)

Según el Informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico, "Las estadísticas registradas reflejan que el 16% del total de violaciones de los derechos humanos, fueron cometidas contra niños, es decir 4,249 de 23,313. Esto significa que, por lo menos, una de cada cinco víctimas era un menor del total de víctimas con edad conocida, los

niños conforman el 20% de las personas muertas por ejecución arbitraria; el 14% de víctimas de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes; el 11% de víctimas de desaparición forzada; el 60% de los muertos por desplazamiento forzado; 16% privados de la libertad y el 27% de los violados sexualmente. En muertes por desplazamiento forzado, el mayor porcentaje de víctimas (60%) son niños”.

El Grupo de Apoyo Mutuo GAM, reporta hechos de violencia hacia la niñez y juventud, de Enero y Febrero de 1999; 26 casos. (Folleto elaborado por el Grupo de Apoyo Mutuo —GAM—, resumiendo los hechos reportados por los medios de comunicación escrita, Prensa Libre, Gráfico, Hora, etc.)

B. VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

1. Magnitud y Relevancia

En la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, realizada en 1994. Los países miembros de la Organización emitieron un documento, en el que consideraron las conductas violentas como un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la región de las Américas. (14)

La violencia, en sus diferentes manifestaciones, es un problema creciente de salud pública, como lo demuestran los aumentos en las tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Los efectos de la violencia se reflejan especialmente en los grupos más vulnerables de la sociedad, como lo son niños y jóvenes; así mismo los pobres.

Los homicidios, son la consecuencia más evidente de la violencia, pero no son la única expresión de ella, ya que aún sin producir la muerte la violencia puede producir lesiones y dejar secuelas tanto físicas como psicológicas. (12,13)

En realidad, la violencia como fenómeno, ha llegado a constituir un verdadero problema para la sociedad guatemalteca. Prueba de ello, son las múltiples publicaciones de los periódicos, en los que no hay día sin violencia. Informaciones relacionadas al respecto señalan que Guatemala ocupa el segundo lugar en criminalidad en América Latina (Siglo XXI, lunes 8 y jueves 11, Diciembre 1997, pag. 3 en ambos días).

Según la información presentada por dicho rotativo y que cita como fuente de información el informe del sociólogo guatemalteco Raúl

Zepeda titulado "Indicadores de Violencia y de Inseguridad en Guatemala" la violencia deja un promedio de 20 muertos diarios. (16)

2. La Violencia y Los Servicios de Salud.

Aparte 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.

La violencia debería estar integrada en la orientación y en la actividad formadora en epidemiología y especialidades médicas como la psiquiatría, la traumatología, la medicina legal, la rehabilitación y pediatría, entre otras. (10, 12, 14)

3. Costos de la Violencia.

Los costos de la violencia son considerables, no sólo en años de vida potencial perdidos, sino en costos directos al sistema de salud y a varias instituciones gubernamentales, muchas de las cuales están afectadas directa o indirectamente, por este fenómeno.

Un estudio llevado a cabo para el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, determinó que los distintos tipos de violencia cuestan al país US\$ 450,000 millones por año. Si a ello se añaden los costos de las prisiones y los sistemas de libertad condicionada los costos se elevan a casi \$500,000 millones. (10, 12, 14)

El Banco Interamericano de Desarrollo "BID" según un estudio, refiere que la violencia en América Latina causa pérdidas equivalentes al 14% del Producto Interno Bruto. (Siglo XXI 9/4/99, P-6)

Según publicación del Periódico Siglo XXI, el 6 y 11 de diciembre de 1997 en el artículo "Indicadores de Violencia e inseguridad en Guatemala", la violencia deja un promedio de 20 muertos diarios, además señala que Guatemala ocupa el segundo lugar en criminalidad en América Latina.

Según los datos registrados por la CEH de los costos cuantificables del enfrentamiento armado interno en Guatemala. "El costo medio por familia desplazada o refugiada fue de aproximadamente US\$ 2,000 al cambio de 1990. Significaría que el costo total de las pérdidas de las 170,000 familias afectadas equivaldría a alrededor de US\$ 340

millones, sin contar las causadas por destrucción de bienes comunitarios, como iglesias, mercados, escuelas y centros de salud.”

“Tomando en cuenta que fueron destruidas más de 30 cooperativas, sólo en Ixcán y Petén, es probable que los costos de la destrucción de la inversión física ronde los US\$ 45 millones, sin incluir los cultivos y las cosechas.”

“Las pérdidas para el total de fincas atacadas alcanzaron con facilidad los 100 millones de dólares.”

En resumen podemos observar el siguiente cuadro.

| Síntesis de las estimaciones de los costos cuantificables del enfrentamiento armado interno de Guatemala. | |
|---|-------------------|
| (Millones de dólares de 1990). | |
| 1. Pérdidas en la producción por: | |
| a. Muertos y desaparecidos | 600 |
| b. Desplazados internos | 1,600 |
| c. Refugiados | 900 |
| d. Reclutamiento en el Ejército | 800 |
| e. Reclutamiento en las PAC | 3,000 |
| f. Reclutamiento en la URNG | 100 |
| Subtotal | 7,000 |
| 2. Destrucción de bienes materiales | |
| a. Vivienda, herramientas, cultivos | 340 |
| b. Cooperativas y fincas | 150 |
| c. Infraestructura | ND |
| Subtotal | 490 |
| 3. Gasto Militar adicional | 740 |
| 4. Crecimientos sacrificado | 1,070 |
| Total: | US\$ 9,300 |

C. MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

1. Historia

Iximché, cercano al actual Tecpán Guatemala, fue antes de la llegada de los españoles en 1524 la corte cakchiquel, de donde un poco antes 1522, enviaron a Hernán Cortés a México, ofreciéndose como vasallos del monarca español a dos enviados por Cortés eran de apellido Treviño y García. Posteriormente recibieron los cakchiqueles de manera pacífica, como aliado, a don Pedro de Alvarado, donde se supone que el día 25 Julio de 1524 asentara la primera capital española con título de villa y bajo la advocación del Apóstol Mayor.

Por decreto fechado el 4 noviembre 1825, la Asamblea Constituyente del Estado de Guatemala dividió el territorio en siete departamentos, siendo uno de ellos el de Sacatepéquez Chimaltenango. Por medio del decreto del 12 septiembre 1839 la Asamblea llevó a cabo una división territorial del Estado de Guatemala, en la que Chimaltenango figuró como departamento separado.

Es posible que la etimología provenga del náhuatl “chimal” que significa escudo, broquel o rodela, y “tenango” que significa lugar amurallado. Por haber sido una plaza militar fortificada, se supone que se le ha de haber dado su nombre actual con traducción de muralla de escudos o rodelas. Chimaltenango era un poblado importante del reino cakchiquel, rodeado de murallas, de donde le provino el nombre indígena de Bocob con la misma significación etimológica, siglo XIV o XV.

2. Características Geográficas:

Este departamento, cuenta con un área aproximada de 1979 kilómetros cuadrados. El cuál está situado en el centro de la República, colinda al norte con los departamentos Quiché y Baja Verapaz al sur, con Escuintla y Suchitepéquez ; al este con Guatemala y Sacatepéquez; y al oeste con Sololá. Está situado sobre la Sierra Madre, la cual pasa hacia el norte del departamento. Esta conformación orográfica le da un aspecto muy especial, pues tiene lugares muy quebrados con profundos barrancos, valles y grandes llanuras. Lo integran los municipios: Chimaltenango (Cabecera, departamental), Acatenango, Comalapa, El Tejar, Parramos, Patzicia, Patzún, Pochuta, San Andrés Itzapa, San José Poaquil, San Martín Jilotepeque, Santa Apolonia, Santa Cruz Balanyá, Tecpán Guatemala, Yepocapa y Zaragoza, en total 16.

Hacia el norte se encuentra el volcán de fuego que alcanza una altura de 3,763 metros sobre el nivel del mar, el cual abarca también parte de los departamentos de Sacatepéquez y Escuintla. Además está el volcán Acatenango que tiene dos picos. Esta diferencia en su topografía hace que su clima también sea variable, pues sus alturas oscilan entre los 2,310 metros sobre el nivel del mar en Santa Apolonia y los 926 en Pochuta.

Su principal medio de comunicación es la carretera Interamericana, que penetrando por El Tejar, municipio de Chimaltenango, cruza su territorio saliendo por el municipio de Tecpán hacia el departamento de El Quiché.

3. Aspectos demográficos y culturales:

Para el departamento de Chimaltenango, se estima una población para el año 1998 de 406,454 habitantes, según Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA).

Según el Censo Nacional de 1994 en Chimaltenango, la población indígena es de 79.4%. Indicando que esta población continúa ejerciendo marcada influencia sobre las características demográficas y la dinámica de la población.

La tasa de Actividad Económica en el sexo masculino es de 63.9% y en el sexo femenino es de 9.7%.

De la población económicamente activa, el 70.8% está insertada en la rama de actividad agrícola, siguiendo la industria manufacturera, textil y alimenticia con 8.4%, la construcción y el comercio con 4.9%.

El analfabetismo a partir de 15 años y más es de 36%, de los cuales, el 45.9% corresponde a mujeres analfabetas.

A nivel Nacional según el Instituto Nacional de Estadística, el promedio ponderado de la tasa de desempleo aumentó marcadamente, de 7.3% en 1997 a 8% en 1998, su nivel más alto desde 1984.

Entre los aspectos culturales podemos mencionar al maestro Rafael Álvarez Ovalle que fue originario de Comalapa, el cual fue el autor de la Letra del Himno Nacional de Guatemala.

En el aspecto arqueológico se puede mencionar la Ciudad de Iximché en Tecpán Guatemala, primera Capital del reino de Guatemala y sede del antiguo imperio cakchíquel. En San Martín Jilotepeque, asiento

de los indios pocomames se encuentran vestigios de la ciudad de Mixco Viejo.

En la plaza de la cabecera y a un costado de la iglesia parroquial, existe una fuente del periodo hispánico, que tiene la peculiaridad, que sus aguas van a dar tanto al océano Pacífico, como al mar Caribe.

En el aspecto folklórico son de importancia las danzas tradicionales que presentan durante las fiestas locales, sobresaliendo entre ellas la Conquista, Moros, Torito, Venado, y otras más. También es importante mencionar la pintura popular que ha alcanzado gran auge en San Juan Comalapa.

En lo religioso sobresale la veneración a la imagen de Maximón en San Andrés Itzapa, y la celebración del Corpus Christi en Patzún.

Los principales centros turísticos son: El balneario, Los Aposentos, los baños de Pixcayá, Las Delicias, río Pequeño en Comalapa, Las Cuevas de Venecia, las cataratas de la Torre y de las playas del río Nicán en Pochuta.

La feria titular, de Santa Ana, se realiza del 23 al 27 de Julio, siendo el día principal el 26, en que la iglesia católica conmemora a Santa Ana.

4. Economía y Producción

Por la calidad de su tierras, la producción agrícola del departamento es muy variada y abundante. Es así como se encuentra - maíz, frijol, café, caña de azúcar, jengibre, trigo, avena, frutas y verduras muy diversas, maderas finas, plantas medicinales y tintóreas. Asimismo, en el aspecto pecuario hay crianza de ganado vacuno, caballo, lanar y de cerda. Actualmente existen importantes fábricas de hilados de algodón y lana y diversas industrias.

La producción artesanal es uno de los principales, pues se encuentran tejidos, cestería, cerámica, teja y ladrillo de barro, cerería, productos de cuero, etc.

5. Situación de Salud:

La Situación de Salud del Departamento de Chimaltenango cuenta con los siguientes indicadores: una población total 1994: 314,813

perteneciendo 155,357 al sexo masculino y 159,456 al sexo femenino. En el Área de habitación 130,855 viven en área Urbana y el 183,958 área rural. Los grupos de edad comprendidos de 0 -14 años (144,669); de 15 - 64 años (158,598), 65 y más años (11,546). Respecto a la educación, (108,510) es alfabeta y (61,634) analfabeta. No presentando ningún año de estudio (80,189), Pre-Primaria (6,081), Primaria (131,240), Educación Medía (21,278), Educación Superior (1,978). Siendo la población Económicamente Activa Hombres (75,389), mujeres (11,912). Según X Censo Nacional de Población 1994. Del Departamento de Chimaltenango.

La tasa de natalidad es de 38.53 y la tasa de fecundidad 181.49.

6. Servicios de Salud.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) opera en la cabecera para sus afiliados. Además se encuentra en el mismo sector el Hospital Nacional de Chimaltenango el cual funciona de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, además de 59 Puestos de Salud, 2 Centros de Salud tipo "A" y 7 Centros de Salud tipo "B".

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA.

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo - Retrospectivo

2. Objeto de Estudio:

Registros de emergencia de pacientes que consultaron por hechos de violencia y expedientes médicos de aquellos que fueron ingresados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de Chimaltenango de Enero 1998 a Diciembre de 1999.

3. Variables de Estudio:

Ver en el siguiente cuadro.

4. Plan de Recolección de Datos:

Se revisaron los libros de consulta externa y emergencia de los cuales se anotó el número de expediente, de los pacientes que fueron ingresados por hechos de violencia. Se utilizó la boleta que para el efecto se elaboró en el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud - CICS-.

5. Plan de Análisis e Interpretación de Datos:

Los datos recolectados se analizaron e interpretaron en base a frecuencias simples y porcentajes.

6. Aspectos Éticos:

No se incluyeron el nombre de los pacientes en el estudio. Se omitieron los datos del personal médico y paramédico que atendió al paciente.

7. Criterios de Inclusión:

Se incluyó en el estudio, todo expediente clínico de pacientes que consultaron al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS del Departamento de Chimaltenango en el período de estudio.

8. Criterios de Exclusión:

- Expedientes incompletos.
- Fuera del período de estudio.

B. RECURSOS

- Humanos:

Equipo técnico-asesor del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud —CICS— .

Personal de Archivo del Hospital.

Personal de las diferentes bibliotecas consultadas.

- Físicos:

Instalaciones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de Chimaltenango.

- Bibliográficos:

Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

Biblioteca de la Oficina de la Procuraduría de los Derechos Humanos del Arzobispado.

Biblioteca de la Procuraduría Derechos Humanos.

Biblioteca del Instituto de Nutrición Centroamérica y Panamá — INCAP—.

Centro de Documentación de la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud — OPS—.

Biblioteca del Instituto Nacional de Estadística - INE -.

- Materiales:

- Libros de Emergencia.
- Expedientes Médicos.
- Instrumento de recolección de datos.
- Equipo de oficina.
- Computadoras.

| Nombre Variable | Definición conceptual | Definición Operacional | Escala de Medición | Unidad de Medida |
|-----------------|--|---|--------------------|---|
| Edad | Tiempo transcurrido en un individuo desde el nacimiento hasta el presente. | Edad registrada en el expediente clínico | De razón | Años Meses Días |
| Sexo | Diferencia física y constitutiva, del hombre y de la mujer. | Sexo anotado en el expediente clínico. | Nominal | Femenino Masculino |
| Agresión | Es la lesión física, psicológica que se provoca a un determinado sujeto. | Tipo de agresión registrada en el expediente clínico. | Nominal | Física Psicológica |
| Ocupación | Desempeño laboral de cada individuo. | Ocupación identificada en el expediente clínico. | Nominal | Profesional, obrero, estudiante, ama de casa, indigente |
| Procedencia | Sector determinado clasificado por numerales o nombres propios | Localidad registrada en el expediente clínico. | Nominal | Zona o localidad |
| Agresor/a | Sujeto que provoca o realiza la agresión | Tipo de agresión registrada en el expediente clínico. | Nominal | Política, sexual, delincuencia Común, violencia intra-familiar, accidente |
| Medio utilizado | Objeto con el cuál se realiza la agresión | Objeto registrado en expediente clínico. | Nominal | Arma de fuego, arma blanca, objeto contundente, puños, patadas, mordiscos, otros. |

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro No.1

TOTAL DE CONSULTAS ATENDIDAS EN LA SALA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS) DE CHIMALTENANGO. ENERO DE 1998 A DICIEMBRE DE 1999

| AÑO | TOTAL DE CONSULTAS | CONSULTAS POR VIOLENCIA | PORCENTAJE EN RELACION AL TOTAL |
|-------|--------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 1998 | 3000 | 150 | 5.0% |
| 1999 | 4000 | 217 | 5.4% |
| TOTAL | 7000 | 367 | 10.4% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS. Chimaltenango.

1. El total de consultas atendidas para el año 1998 fueron de 3000, en la sala de emergencia del IGSS de Chimaltenango en donde las consultas por violencia fueron 150 que representan el 5% del total.
2. Para el año 1999, el total de consultas fueron de 4000, en donde las consultas por violencia fueron 217 que representan el 5.4 % del total.

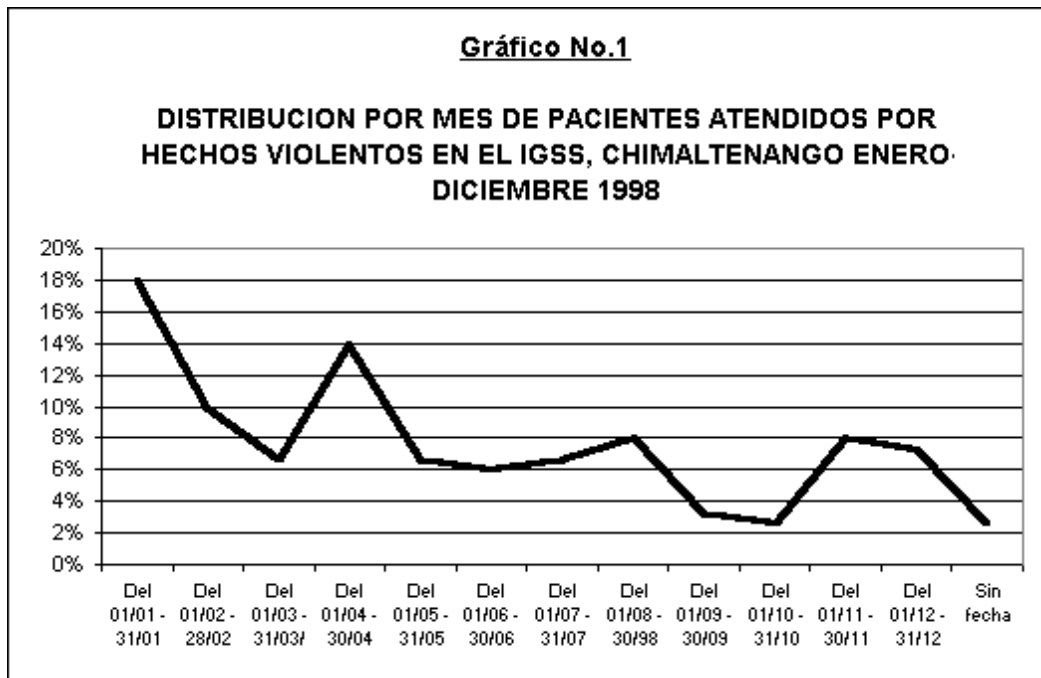
Cuadro
No.2

DISTRIBUCION POR MES Y AÑO DE PACIENTES ATENDIDOS, POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

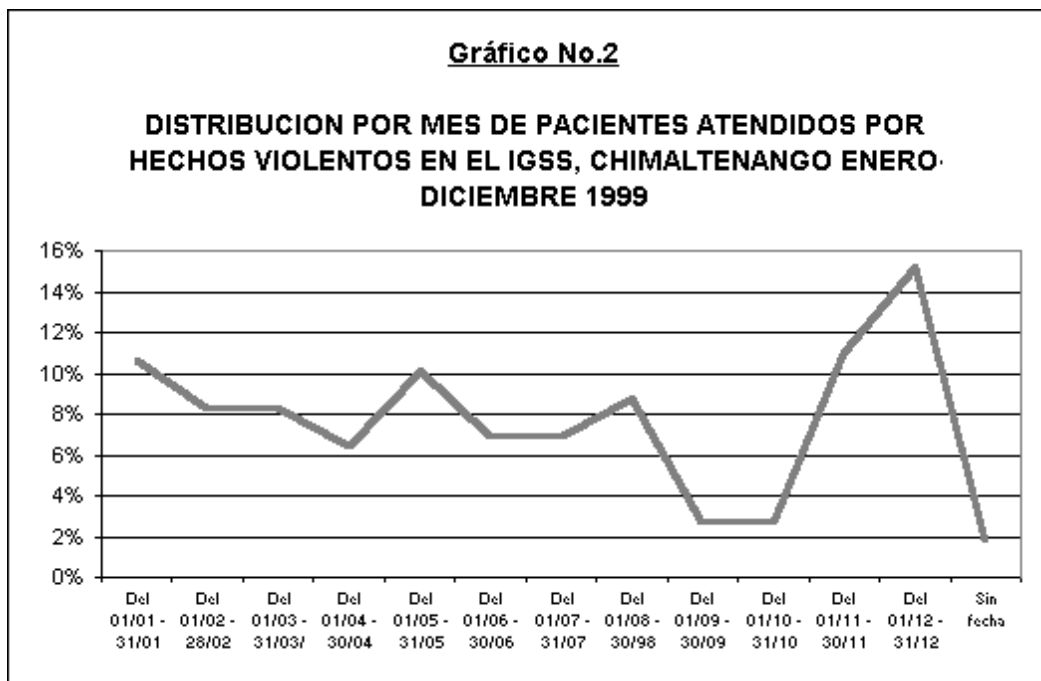
| Fecha de Registros | No. De Casos 1998 | Porcentaje | No. De Casos 1999 | Porcentaje |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| Del 01/01 - 31/01 | 27 | 18% | 23 | 11% |
| Del 01/02 - 28/02 | 15 | 10% | 18 | 8% |
| Del 01/03 - 31/03/ | 10 | 7% | 18 | 8% |
| Del 01/04 - 30/04 | 21 | 14% | 14 | 6% |
| Del 01/05 - 31/05 | 10 | 7% | 22 | 10% |
| Del 01/06 - 30/06 | 9 | 6% | 15 | 7% |
| Del 01/07 - 31/07 | 10 | 7% | 15 | 7% |
| Del 01/08 - 30/98 | 12 | 8% | 19 | 9% |
| Del 01/09 - 30/09 | 5 | 3% | 6 | 3% |
| Del 01/10 - 31/10 | 4 | 3% | 6 | 3% |
| Del 01/11 - 30/11 | 12 | 8% | 24 | 11% |
| Del 01/12 - 31/12 | 11 | 7% | 33 | 15% |
| Sin fecha | 4 | 3% | 4 | 2% |
| TOTAL | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. Los meses en los que se atendieron una mayor cantidad de pacientes por hechos violentos en el IGSS de Chimaltenango durante el año 1998 fueron los meses de enero, abril y febrero, representando el 18, 14 y 10 % respectivamente.
2. Durante el año 1999 los meses donde más se atendieron pacientes por hechos violentos fueron los siguientes: diciembre, noviembre y enero con el 15, 11 y 11 % respectivamente.



Fuente: Datos contenidos en el cuadro No.2



Fuente: Datos contenidos en el cuadro No.2

Cuadro No. 3

**DISTRIBUCION SEGUN GRUPO ETAREO DE PACIENTES ATENDIDOS
POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999**

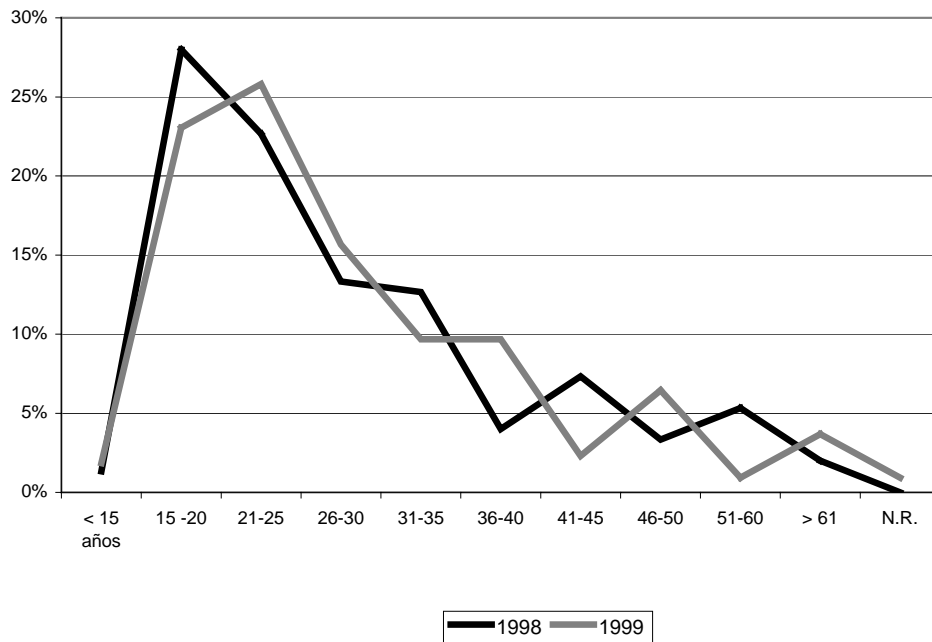
| Edad (años) | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|--------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| < 15 | 2 | 1% | 4 | 2% |
| 15 -20 | 42 | 28% | 50 | 23% |
| 21-25 | 34 | 23% | 56 | 26% |
| 26-30 | 20 | 13% | 34 | 16% |
| 31-35 | 19 | 13% | 21 | 10% |
| 36-40 | 6 | 4% | 21 | 10% |
| 41-45 | 11 | 7% | 5 | 2% |
| 46-50 | 5 | 3% | 14 | 6% |
| 51-60 | 8 | 5% | 2 | 1% |
| > 61 | 3 | 2% | 8 | 4% |
| N.R. | 0 | 0% | 2 | 1% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. El promedio de edades de los pacientes atendidos por hechos violentos con más frecuencia en el año 1998 fueron de: de 15 a 20 años, de 21 a 25, de 26 a 30 y de 31 a 35; representando el 28, 26, 13 y 13 % respectivamente.
2. En el año 1999 fueron atendidos los pacientes por hechos violentos entre las edades de 21 a 25 (26%), 15 a 20 (23%) y de 26 a 30 (16%)

Gráfico No.3

**DISTRIBUCION SEGUN GRUPO ETAREO DE PACIENTES ATENDIDOS
POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS, CHIMALTENANGO ENERO 1998 -
DICIEMBRE 1999**



Fuente: Datos contenidos en el Cuadro No. 3

Cuadro No. 4

**DISTRIBUCION SEGUN SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS
POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999**

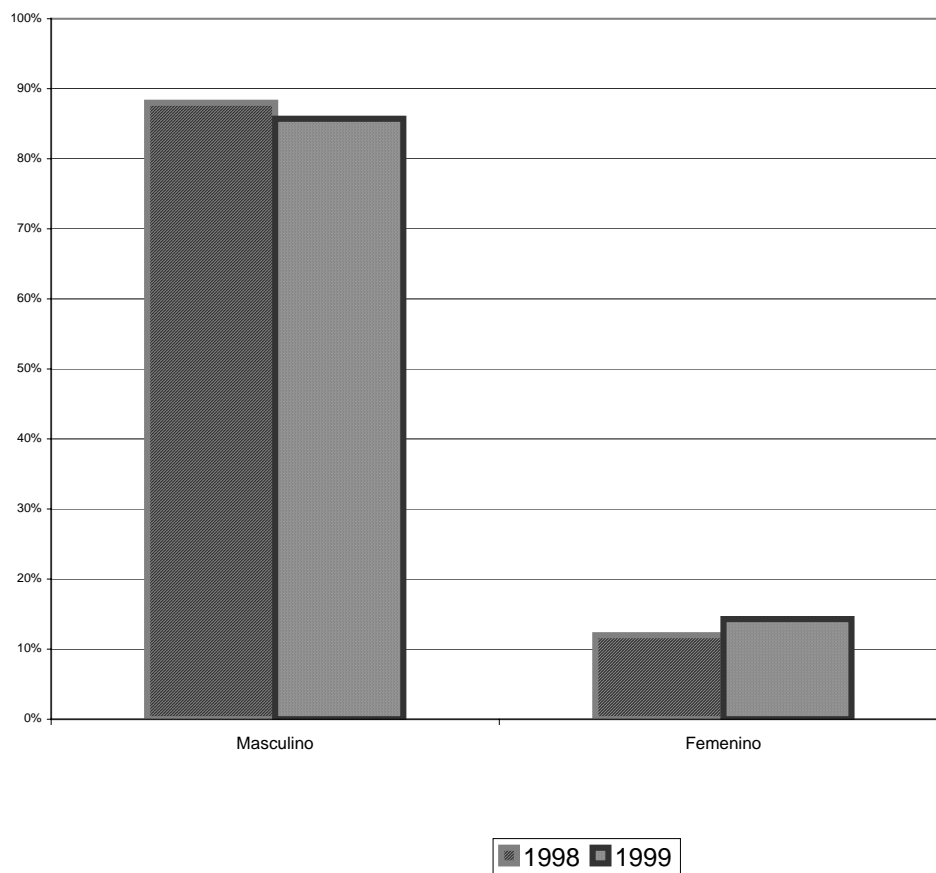
| Sexo del Paciente | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|--------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Masculino | 132 | 88% | 186 | 86% |
| Femenino | 18 | 12% | 31 | 14% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. La cantidad de pacientes por hechos violentos atendidos durante el año 1998 fue de 132 pacientes masculino, representando el 88% del total, mientras que pacientes femeninos fue de 18 representando el 12 %.
2. En el año 1999 se atendieron 186 pacientes masculinos y 31 femeninos representando el 86 y 14 % respectivamente.

Gráfico No.4

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO ENERO 1998 -DICIEMBRE 1999



Fuente: Datos contenidos en el Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

DISTRIBUCION SEGUN GRUPO POBLACIONAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO. DE ENERO 1998 A 1999

| Grupo Poblacional | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|--------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Indígena | 87 | 58% | 147 | 68% |
| Ladino | 63 | 42% | 70 | 32% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. En el año 1988, se atendieron por hechos violentos a 87 pacientes Indígenas y 63 ladinos siendo para cada uno el 58 y 42 % respectivamente.
2. La cantidad de pacientes atendidos en 1999 por hechos violentos ascendió a 147 Indígenas o sea el 68 %, mientras que de pacientes ladinos se atendieron 70 o sea un 32%.

Cuadro No. 6

DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO. ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999

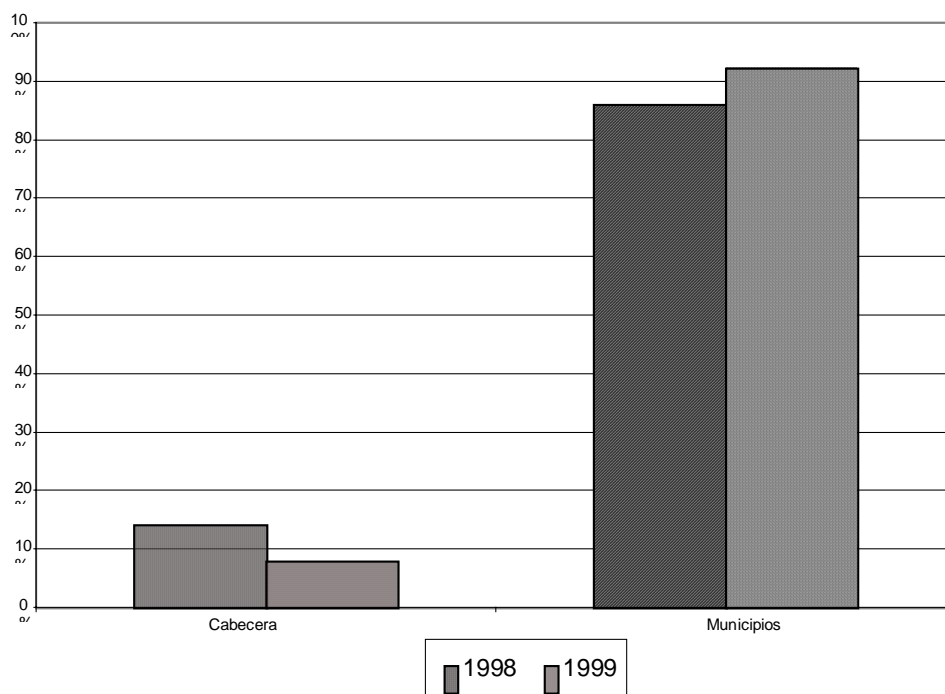
| Procedencia | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|--------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Cabecera | 21 | 14% | 17 | 8% |
| Municipios | 129 | 86% | 200 | 92% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente:Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. La cantidad de pacientes atendidos por hechos violentos en el IGSS durante el año 1998 que venían de la cabecera fue de 21 (14%) y de 129 que venían de los municipios del departamento representando un 86%.
2. En 1999, se atendieron 17 pacientes por hechos violentos, o sea un 8 % que venían de la cabecera de Chimaltenango y el resto que venían de los municipios representaban un 92 % para un total de 200 pacientes.

Gráfico No. 5

**PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS
VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO
ENERO 1998 -DICIEMBRE 1999**



Fuente: Datos contenidos en Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

HOSPITALIZACION DE PACIENTES ATENDIDOS POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999

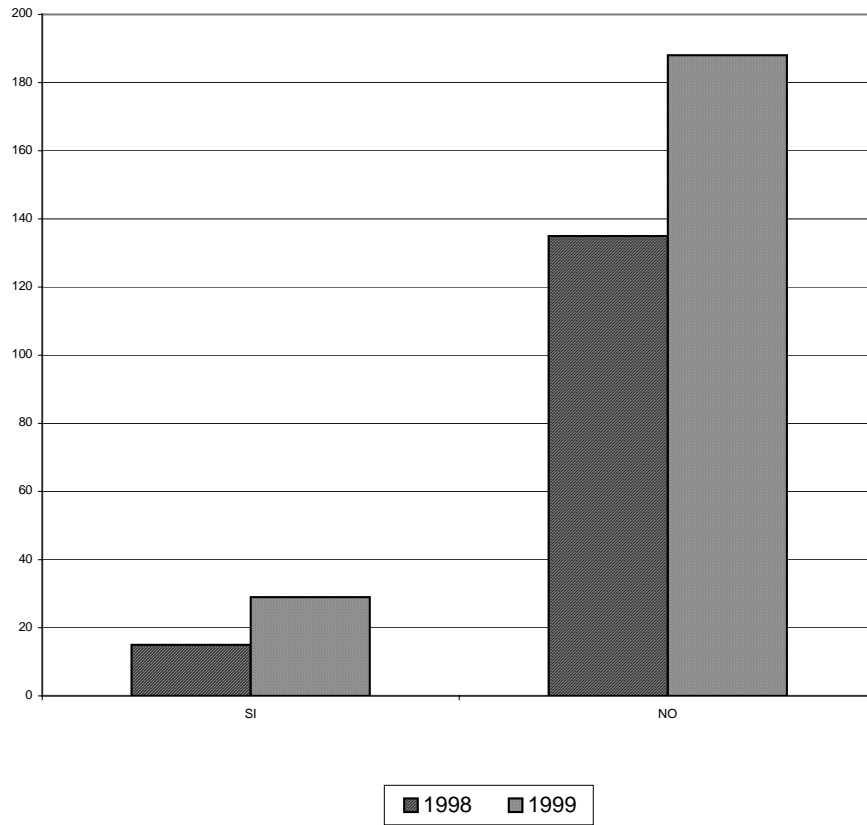
| Hospitalización | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|-----------------|------------|-------------|------------|-------------|
| SI | 15 | 10% | 29 | 13% |
| NO | 135 | 90% | 188 | 87% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. De la cantidad de pacientes atendidos por hechos violentos, durante el año 1998 se quedaron hospitalizados 15 mientras que el resto fue de 135 pacientes que no se hospitalizaron representando un total de 10 y 90 % respectivamente.
2. En el año 1999, 29 pacientes se quedaron hospitalizados, siendo el 13 % del total mientras que 188 pacientes no se quedaron hospitalizados para un total de 87 %.

Gráfico No.6

**HOSPITALIZACION DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS
VIOLENTOS EN EL
IGSS DE CHIMALTENANGO ENERO 1998 -DICIEMBRE 1999**



Fuente: Datos contenidos en Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

**DIAS DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES ATENDIDOS
POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE
CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999.**

| Días hospitalización | 1998 | 1999 |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| 1 a 2 | 1 | 1 |
| 3 a 4 | 3 | 2 |
| 5 a 6 | 6 | 10 |
| 7 a 8 | 1 | 5 |
| 9 a 10 | 0 | 4 |
| 11 a 12 | 2 | 2 |
| 13 a 14 | 0 | 2 |
| 15 o más | 2 | 3 |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. Para el año 1998, 6 pacientes estuvieron de 5 a 6 días hospitalizados, seguido por un número de 3 pacientes que sólo se quedaron 3 a 4 días.
2. En el año 1999 un número de 10 pacientes estuvieron hospitalizados de 5 a 6 días mientras que 5 pacientes estuvieron de 7 a 8 días.

Cuadro No. 9

TIPO DE LESION DE PACIENTES ATENDIDOS POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999

| Tipo de Lesión | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|----------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Física | 147 | 98% | 217 | 100% |
| Psicológica | 3 | 2% | 0 | 0% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. El 98 % de pacientes atendidos por hechos violentos en 1998 fueron por un tipo de lesión física mientras que el 2 % fue por lesión psicológica.
2. En el año 1999 se atendieron el 100 % de los pacientes por lesión física.

Cuadro No. 10

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES
ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS
DE CHIMALTENANGO. ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999

| Ocupación | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Profesional | 5 | 3% | 6 | 3% |
| Obrero | 141 | 94% | 197 | 91% |
| Ama de Casa | 1 | 1% | 0 | 0% |
| Indigente | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Desempleado | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Otro | 3 | 2% | 10 | 5% |
| N.R. | 0 | 0% | 3 | 1% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. La ocupación de pacientes atendidos por hechos violentos, durante el año 1998 eran el 94 % obreros y un 3 % profesionales.
2. La ocupación de pacientes atendidos por hechos violentos, durante el año 1999 eran el 91 % obreros y un 3 % profesionales.

Cuadro No. 11

**DISTRIBUCION SEGUN CONDICION DE EGRESO DE
PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS VIOLENTOS
EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999**

| Condición de Egreso | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|----------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Vivo | 149 | 99.33% | 216 | 99.54% |
| Muerto | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% |
| N.R. | 1 | 0.67% | 1 | 0.46% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. El 99 % de pacientes atendidos por hechos violentos en 1998 egresaron vivos y 1 % no fue registrado.
2. El 100 % de pacientes atendidos por hechos violentos en el año . 1999 egresaron vivos

Cuadro No. 12

**DIAGNOSTICO DE EGRESO DE PACIENTES ATENDIDOS POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999**

| Diagnóstico | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|---------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Conjuntivitis traumática | 4 | 2.7% | 0 | 0.0% |
| D.N.V. Cefalea | 2 | 1.3% | 0 | 0.0% |
| Erosiones | 6 | 4.0% | 10 | 4.6% |
| Escoriaciones múltiples | 3 | 2.0% | 0 | 0.0% |
| Etilismo | 2 | 1.3% | 4 | 1.8% |
| Fractura de extremidades | 2 | 1.3% | 0 | 0.0% |
| Herida por arma blanca | 3 | 2.0% | 3 | 1.4% |
| Herida por arma de fuego | 4 | 2.7% | 12 | 5.5% |
| Heridas cortocontundentes | 25 | 16.7% | 19 | 8.8% |
| Intoxicación | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Mordedura humana | 1 | 0.7% | 1 | 0.5% |
| Múltiples Contusiones | 55 | 36.7% | 84 | 38.7% |
| Politraumatizada | 19 | 12.7% | 31 | 14.3% |
| Tensión Emocional | 1 | 0.7% | 0 | 0.0% |
| Trauma craneo encefálico | 5 | 3.3% | 15 | 6.9% |
| Trauma oculo facial | 18 | 12.0% | 33 | 15.2% |
| Otros | 0 | 0.0% | 5 | 2.3% |
| Total | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. El diagnóstico de egreso para el año de 1998 fue un 36.7 % de pacientes atendidos con múltiples contusiones, un 16.7% con heridas cortocontundentes, un 12.7 % politraumatizados y un 12 % trauma oculo facial
2. Para 1999 el diagnóstico de egreso fue de un 38.7 % de pacientes atendidos con múltiples contusiones un 15.2% con trauma oculo facial y un 14.3 politraumatizados.

Cuadro No. 13

**SERVICIO DE INGRESO A PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS
VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999**

| Servicio de Ingreso | 1998 | % | 1999 | % |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Emergencia de Adultos | 148 | 99% | 206 | 95% |
| Emergencia de Pediatría | 2 | 1% | 9 | 4% |
| Intensivo | 0 | 0% | 0 | 0% |
| N.R. | 0 | 0% | 2 | 1% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. El 99 % de los pacientes atendidos ingresaron a la emergencia de adultos en 1998.
2. El 95% de los pacientes atendidos ingresaron a la emergencia de adultos en 1999.

Cuadro No. 14

TIPO DE AGRESION DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS
VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999.

| Tipo de Agresión | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|-------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Política | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Sexual | 1 | 1% | 0 | 0% |
| Delincuente común | 91 | 61% | 156 | 72% |
| Accidente auto. | 16 | 11% | 24 | 11% |
| Violencia intrafamiliar | 6 | 4% | 10 | 5% |
| Otro | 1 | 1% | 2 | 1% |
| N.R. | 35 | 23% | 25 | 12% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. El 61 % de los pacientes atendidos fueron agredidos por delincuencia común, un 11 % por accidente en auto en el año 1998
2. En 1999 un 72 % de pacientes fueron agredidos por delincuencia común un 11 % por accidente en auto y un 5 % por violencia intrafamiliar.

Cuadro No. 15

**TIPO DE AGRESOR DE PACIENTES ATENDIDOS POR HECHOS
VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999.**

| Tipo de Agresor | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Asaltante | 73 | 49% | 135 | 62% |
| Mara | 0 | 0% | 5 | 2% |
| Policía | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Espos/a | 1 | 1% | 8 | 4% |
| Madre/Padre | 0 | 0% | 7 | 3% |
| Otro Familiar | 4 | 3% | 7 | 3% |
| Otro | 1 | 1% | 2 | 1% |
| N.R. | 71 | 47% | 53 | 24% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. El 49% de los pacientes atendidos fueron agredidos por asaltantes, sin embargo un 47% no tiene registro del tipo de agresor en el año 1998
2. En 1999 un 64 % de pacientes fueron agredidos por asaltantes, quedando un 25% sin registro del tipo de agresor.

Cuadro No. 16

**MEDIO UTILIZADO PARA AGREDIR A PACIENTES ATENDIDOS
POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999**

| Medio Utilizado | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|---------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Arma de Fuego | 3 | 2% | 12 | 6% |
| Arma Blanca | 20 | 13% | 17 | 8% |
| Objeto Contundente | 82 | 55% | 115 | 53% |
| Puños, Patadas, Mordiscos | 17 | 11% | 38 | 18% |
| Otros | 3 | 2% | 0 | 0% |
| N.R. | 25 | 17% | 35 | 16% |
| | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

1. Un 55% de los pacientes atendidos fueron agredidos por objetos contundentes en el año 1998, 13% por arma blanca y 11% con puños, patadas y mordiscos.
2. Un 53% de los pacientes atendidos fueron agredidos por objetos contundentes en el año 1999, 18% por puños, patadas y mordiscos y un 8% por arma blanca.

Cuadro No. 17

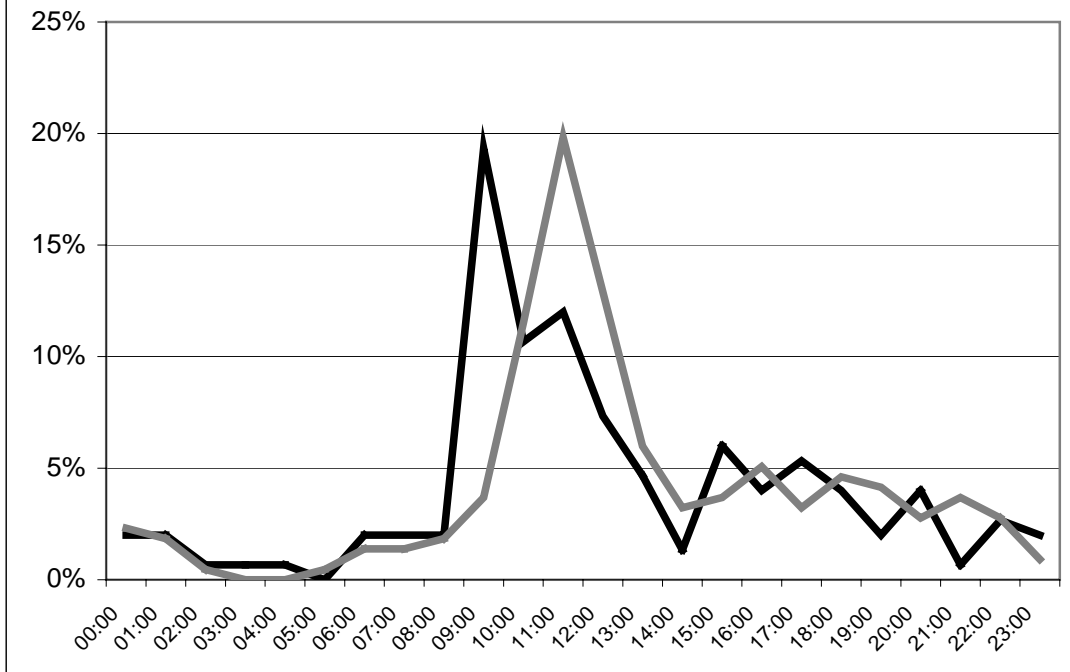
**CONDUCTA TERAPEUTICA PARA PACIENTES ATENDIDOS POR
HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 A DICIEMBRE 1999**

| Conducta Terapéutica | 1998 | Porcentaje | 1999 | Porcentaje |
|---|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| Amputación x lesión, circulación | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% |
| Analgésicos | 5 | 3.3% | 8 | 3.7% |
| Calor local-Acetaminofén-Sulfacetamida gotas | 2 | 1.3% | 0 | 0.0% |
| Cenación, Penicilina Procaína 2 cc + Letanol | 1 | 0.7% | 0 | 0.0% |
| Cirugía | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% |
| Colocación prótesis | 1 | 0.7% | 0 | 0.0% |
| Cp 944 x 201 | 1 | 0.7% | 0 | 0.0% |
| Cuello Thomas, analgésicos | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% |
| Curación (no acepta tratamiento) | 0 | 0.0% | 2 | 0.9% |
| Diclofenac IM, Diazepán, Asa, Inmov. Cuello, curación local | 0 | 0.0% | 25 | 11.5% |
| Dipirona 1amp. IM, Diazepán 1 amp. I.M, ASA + apoyo emocional | 18 | 12.0% | 2 | 0.9% |
| Dipirone 1 amp. Inmovilización cabestrillo, ASA | 4 | 2.7% | 8 | 3.7% |
| Ilvaden oft, Aposto, ASA (10) | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% |
| Laparastomía exploradora | 0 | 0.0% | 2 | 0.9% |
| Lavado ocular, Apósito ocular, Sulfacetamida, Peni Proca, ASA | 4 | 2.7% | 10 | 4.6% |
| Observación + sutura | 1 | 0.7% | 1 | 0.5% |
| Rayos X, Asa, Dipirona | 0 | 0.0% | 8 | 3.7% |
| Rayos X, yeso, cabestrillo, ASA + Peni-Proca + Toxoide | 8 | 5.3% | 8 | 3.7% |
| Sol D/A ref.719 | 1 | 0.7% | 0 | 0.0% |
| Sol IV, Analgésicos, Observación | 0 | 0.0% | 2 | 0.9% |
| Sol. Hartman + Peni-Procaína, Toxoide | 3 | 2.0% | 7 | 3.2% |
| Sulfacetamida gotas, Aspirina | 2 | 1.3% | 0 | 0.0% |
| Sutura-Peni-Proca, Toxoide, ASA, Curación Local, Asepsia, Tetanol | 98 | 65.3% | 128 | 59.0% |
| Taponamiento nasal, Aceto | 0 | 0.0% | 2 | 0.9% |
| TD 940x20 | 1 | 0.7% | 0 | 0.0% |
| Total | 150 | 100% | 217 | 100% |

Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

Gráfico No.9

**HORA MAS FRECUENTE DE ATENCION A PACIENTES
ATENDIDOS
POR HECHOS VIOLENTOS EN EL IGSS DE CHIMALTENANGO.
ENERO 1998 -DICIEMBRE 1999**



Fuente: Boleta recolección de datos basada en los registros de emergencias del IGSS.

VIII ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados del estudio demuestran que la totalidad de casos atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del departamento de Chimaltenango, durante el período comprendido del 01 Enero al 31 Diciembre de 1998, fue de 3,000 consultas, de las cuales el 5% corresponde a hechos violentos. Del 01 de Enero al 31 de Diciembre 1999, fueron un total de 4,000 consultas, de las cuales 5.4 % las provocaron hechos violentos; observándose un aumento del 0.4 %, en las consultas originadas por hechos de violencia, durante el último período. Se considera uno de los factores determinantes el incremento a la tasa de desempleo, debido a que en los últimos años se ha incrementado marcadamente.

En el Cuadro No. 2 se observa que la frecuencia del número de casos de violencia registrados por mes, fue más alta en los meses de Enero y Diciembre, sumando dichos meses en el año 1998 un 25 % y para el año 1999 un 26% del total de consultas atendidas por hechos de violencia.

En relación a la edad más afectada por hechos de violencia, le corresponde al grupo comprendido de 15 a 35 años. Sumando dicho rango en el año 1998 un 77%, y en 1999 un 75%, del total de pacientes atendidos por hechos de violencia. Si se tiene en cuenta que, en este intervalo se encuentra la población económicamente activa, lo cual demuestra que está más expuesta a dichos casos de violencia, confirmándose lo expuesto en la revisión de literatura.

El sexo masculino es el más afectado. En el año 1998 con un 88% y en 1999 un 86% (Cuadro y Gráfica No. 4). Se considera que dentro del grupo de sexo masculino, el grupo indígena presenta también el mayor porcentaje de casos, (58% y 68% en los años 98 - 99 respectivamente). En comparación con la literatura revisada, se confirma que la Población económicamente activa, principalmente del sexo masculino, es el grupo mayormente afectado, con las consecuencias familiares y sociales que conlleva ya que es el encargado de llevar el aporte económico al hogar, influye en su permanencia fuera de casa y su necesidad de transportarse; aumentando el riesgo de sufrir actos de violencia.

En cuanto a la procedencia de los pacientes que consultaron por hechos de violencia (Cuadro No. 6), la mas alta fue de los municipios, con un 86% en el año 1998 y un 92% en 1999. Considerándose debido a que la mayor población de dicho departamento pertenece al área rural.

Con respecto a la frecuencia de los casos de violencia, que ameritaron la hospitalización de pacientes, que se observa en el cuadro No. 7 que fue mínima, ya que la mayoría de lesiones fueron menores, sin ameritar hospitalización, siendo éstas en 1998 de 90% y en 1999 de 87%; por lo que si necesitaron hospitalización en 1998 el 10% y 1999 el 13%.

Del porcentaje de pacientes que si ameritaron hospitalización los días de permanencia fueron de 5 - 6 días en su frecuencia más alta en 1998 - 1999. Estos en relación a la gravedad de cada caso.

De todos los casos de violencia que se reportaron se observó que en 1998 el tipo de lesión física ocupó un 98% y en 1999, un 100%. Al respecto se considera un subregistro, ya que toda lesión física conlleva además una lesión psicológica secundaria, que en nuestro medio no es tomada en cuenta.

Con respecto a la ocupación de los pacientes atendidos por hechos de violencia, la categoría de obrero fue la población mayoritaria, con un 94% en 1998 y 91% en 1999, lo cual es explicable por el hecho de que el grupo etareo mas afectado está entre los 15 a 35 años, del sexo masculino.

Se observa que no hay mortalidad en los casos de violencia atendidos, valiendo la pena indicar, que los casos de gravedad son referidos inmediatamente al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la ciudad capital, por contar ese nivel con equipo más sofisticado.

No existe reporte del medio que el paciente emplea para buscar asistencia médica en esta institución, solamente los casos que se reportan que utilizaron la ambulancia del centro. Siendo en 1998 (6%) y en 1999 (7%).

Así mismo, no existe un control del tiempo - estancia de los pacientes que consultaron, sin ser ingresados, en ese período investigado; registrándose la hora de atención, no así la fecha y hora de egreso de emergencia, éste dato solo aparece en fichas de pacientes que fueron ingresados; variando de 1 a más de 16 días

Los diagnósticos de egreso más frecuentes (Cuadro No. 12) fueron en importancia: heridas cortocontundentes 17%, múltiples contusiones 37 %, politraumatismos 13% sumando un total de 67 %, en el año 1998. En 1999 fueron múltiples contusiones 39 %, politraumatismos 14 %, trauma oculofacial 15 %, sumando 68%. Esto puede ser influenciado por la accesibilidad a objetos contundentes y arma blanca.

Este tipo de lesiones evidencian una clara inseguridad, confirmándose con los reportes oficiales de la Corte Suprema sobre dicho problema en el departamento de Chimaltenango. También se relaciona con el medio utilizado los cuales muestran un 55 % de utilización de objetos contundentes, como medio para agresión física, seguido por la utilización de arma blanca con un 13%, en el año 1998. Coincidiendo también en el año 1999, con utilización de objetos contundentes un 53%. Observándose que el mayor porcentaje, de tipo de agresión es originada en un 63% - 68% por delincuencia común, en el citado departamento.

Se observa que en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS de Chimaltenango, el tratamiento más utilizado lo constituyen los analgésicos incluyendo de primera elección ASA (Ácido Acetil Salicílico) en un 65% en el año 1998 y un 88% en el año 1999. También se puede observar que el antibiótico de primera elección es la Penicilina Procaina utilizada, en un 65% en el año 1998 y un 59% en 1999. Dicha antibioterapia se considera bien orientada ya que ayuda a la población de dicho lugar, ha no desarrollar resistencia bacteriana por la utilización de antibióticos, indiscriminadamente.

Se observa que el servicio de ingreso de consultas por hechos de violencia fue el servicio de emergencia de adultos, ya que en 1998 fue el 99 % y en 1999 el 95 %. Esto influenciado por el hecho que la Unidad de Atención del Seguro Social en Chimaltenango, se especializa en adultos, atendándose otras áreas solo por emergencias.

El tipo de agresor que predominó fue el asaltante en 1998, con 49%, y en el año 1999 con 60%. Reafirmando lo publicado en los reportes de los diferentes medios de comunicación en cuanto a violencia.

Se observa que el mayor porcentaje de consultas por hechos violentos, es atendida en el horario comprendido de las 8:00 a 13:00 horas; posiblemente secundaria al poco transporte durante la noche.

IX CONCLUSIONES

- 1.) Se evidencia que la violencia es un grave problema social y de salud en Chimaltenango, incrementándose en un año 0.4 %. Claramente la violencia no tiende a disminuir en dicho departamento, sino que a paso firme se mantiene vigente y en algunos casos se incrementa.
- 2.) El sexo más afectado por hechos de violencia en el Departamento de Chimaltenango es el masculino, principalmente entre las edades de 15 a 35 años; Esto daña directamente los ingresos de la población económicamente activa, afectando el presupuesto familiar.
- 3.) Los objetos contundentes son los más utilizados por la delincuencia común, para agredir a las personas afectadas por hechos de violencia, por lo que el mayor porcentaje se cataloga como tipo de lesión física.
- 4.) Menos de 13% de los pacientes atendidos por hechos de violencia ameritaron hospitalización, la estancia de la mayoría fue menos de 6 días, no se reportó como desenlace fatal.
- 5.) El tratamiento que se utiliza más es el quirúrgico. Por las lesiones cortocontundentes.

X RECOMENDACIONES

- 1.) Crear una boleta con datos específicos, para detectar casos de violencia; que se utilice en los diferentes centros de asistencia a pacientes.
- 2.) Mejorar el control de portación de armas en la población, como lo son armas de fuego, arma blanca y objetos cortocontudentes.
- 3.) Que los Organismos del Estado encargados diseñen un programa especial obligatorio, sobre moral y ética, relaciones humanas, psicología de la violencia; para diferentes niveles, obreros, profesionales, estudiantes, amas de casa; para mejorar sus relaciones interpersonales, buscando disminuir los graves índices de violencia, en Guatemala. Lo anterior con la perspectiva de fortalecer estilos de vida, valores, actitudes y formas de convivencia que privilegien el respeto, la tolerancia y el diálogo como componentes de la resolución de conflictos, lo cual ayudará a fomentar la tolerancia.
- 4.) Que los Organismos Jurídicos, promuevan el desarrollo de legislación y de mecanismos para hacerla efectiva, que contribuyan a la defensa del derecho a la vida y la integridad de las personas para fortalecer el Estado de Derecho.

XI RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo retrospectivo orientado a conocer el problema de atención que generan los hechos de violencia, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- del Departamento de Chimaltenango en el período de Enero 1998 a Diciembre 1999. Durante dicho tiempo se atendieron 150 (5 %) casos por hechos de violencia en 1998 y 217 (5.4%) en 1999, del total de consultas realizadas.

El grupo más afectado fue el de sexo masculino, en un (88% y 86%); además perteneciendo al grupo poblacional indígena en un (58% y 68%), siendo de ellos su mayoría obreros (94% y 91%), comprendidos en las edades de 15 - 35 años (77% y 74%), para los años 1998 y 1999 respectivamente.

El lugar en el que sucedieron más hechos violentos fue en los Municipios de Chimaltenango en 1998 (86%) y 1999 (92%) El tipo de agresión más reportada fue la producida por delincuencia común en 1998 (60%) y en 1999 (72%); el medio utilizado para agredir más frecuentemente fueron: objetos contundentes en 1998 (55 %) y en 1999 (53%).

Se presenta entonces la violencia en el área de Chimaltenango, como un flagelo más de la ya gastada salud y economía del guatemalteco (1998 - 5 % y en 1999 - 5.4 %).

“Sólo mediante la educación podremos edificar una paz duradera en la mente de los hombres y pasar así de una cultura de guerra a una Cultura de Paz.” (25)

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.) Arango Granados, Vilma Eloisa. Desintegración familiar y manifestaciones agresivas. Tesis presentada a la Facultad de Psicología de la USAC para obtener el Título de Psicólogo. Guatemala, Julio de 1991.
- 2.) Arzobispado de Guatemala. Informe Anual. Guatemala; 1998, (pp 305-315).
- 3.) Bee, Helen. El Desarrollo del Niño. Roca México 1977 359-365.
- 4.) Ciid. Centro Internacional de Investigación para el desarrollo. Facultad de Ciencias Médicas. 3er Taller Latinoamericano de Investigación Aplicada en Salud. Facultad Ciencias Médicas USAC. Octubre 1989.
- 5.) Di Geogio, Piero. El niño y sus instituciones. Roca México 1977: 142 – 154.
- 6.) Eachempati. S. R. et al. “The Demographics of Trauma in 1995” Revisited: an assessment of the accuracy and utility of trauma predictions. J. Trauma 1998 August 45 (2): 208-214.
- 7.) Kellerman A. L. et al. Men, women, and murder: Gender specific differences en ratas of fatal violence and victimization. J. Trauma 1992 July 33(91): 1-5.
- 8.) Kellerman A. L. et al. Injuries and deaths due to firearms in the home. J. Trauma 1998 Aug 45(2): 263-267.
- 9.) Kyriacou, D. N. et al. The relationship between socioeconomic factores and gang violence in the city of Los Angeles. J. Trauma 1999 Feb 46(2):334-339.
- 10.) Ordog, G. J. et al. Hospital costs of firearm injuries. J. Trauma 1995 Feb 38(2): 291-298.
- 11.) OPS. Violencia y Salud: Plan de Acción regional. <http://www.Paho.org>.
- 12.) OPS. Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. Washington, d. c. OPS; Nov 1994.
- 13.) OPS. La Violencia: Un problema de salud pública que se agrava en la región. Boletín epidemiológico. Washington. 1990: Vol. 11, No. 2.

- 14.) OPS. Violencia en las Américas. La pandemia social del Siglo XX. Publicación de comunicación para la Salud. No. 10, Washington 1996.
- 15.) OPS. Mortalidad por Accidentes y Violencia en las Américas. Boletín epidemiológica. Washington 1994: Vol. 15 No. 2.
- 16.) Ortiz, V. M. Epidemiológica de la violencia en Guatemala. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la USAC para obtener el Título de Médico.
- 17.) Polit, D. F. et al. Investigación científica en ciencias de la salud. 2ª. Edición. Interamericana. México 1985. Pag. 586.
- 18.) Rutledge, R. et al. Traumatismos. Problemas devastadores de salud pública. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1995; Vol. 2: 285-286.
- 19.) Rutledge, R. et al. The association of trauma death and alcohol use in a rural state. J. Trauma 1992. Nov. 33 (5): 737-742.
- 20.) Sabiston, d. Traumatismos. En su tratado de Patología Quirúrgica. 14 Ed. Interamericana Mcraw-Hill. México 1994. Pag 294-338.
- 21.) Sauaila, A. et al. Epidemiology of Trauma Deaths: a Reassessment. J. Trauma 1995. Feb 38(2): 185-193.
- 22.) Shackford, s. r. Evolución de la asistencia traumatológica moderna. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1995; vol. 2: 129-138.
- 23.) The violence prevention task force of the Eastern Association for the Surgery of trauma. Violence in America: A Public health crisis – the role of firearms. J. Trauma 1995 Feb. 38(2): 163-168.
- 24.) UNESCO. To Tolerance Home Page. Diciembre de 1999. email: r.lubassy@unesco.org.
- 25.) UNESCO. Enseñanza de la Historia y Cultura de Paz. Diciembre de 1999. c APEP & UNESCO.

ANEXOS

XIII ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud – CICS -

| |
|-----------|
| Boleta No |
|-----------|

| |
|-------|
| Hora: |
|-------|

“LA VIOLENCIA, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA”
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS del departamento de
Chimaltenango.

Instrumento de Recolección de Datos

| | |
|------------------|--------|
| No. Reg. Clínico | Fecha: |
|------------------|--------|

1. Edad del paciente:
1. Años _____ 2. Meses _____ 3. Días _____
2. Sexo:
M _____ F _____
3. Grupo Poblacional:
1. Indígena _____ 2. Ladino _____ 3. Otro _____
4. Procedencia
1. Cabecera _____ 2. Municipio _____ 3. Otro _____
5. Paciente Hospitalizado:
1. Si _____ No _____
6. Tiempo de estancia en el Hospital:
1. Horas _____ 2. Días _____ 3. Semanas _____
7. Tipo de Lesión:
1. Física _____ 2. Psicológica _____
8. Condición de Egreso:
1. Vivo _____ 2. Muerto _____
9. Clasificación Médico Legal:
1. Si _____ 2. No _____
10. Diagnóstico: _____
11. Tratamiento: _____

12. Diagnóstico de Egreso: _____

13. Tipo de Ocupación:

1. Profesional
2. Obrero
3. Ama de Casa
4. Indigente
5. Desempleado
6. Otro:

14. Traslado al Hospital por:

1. Bomberos
2. Propia voluntad
3. Amigo
4. Familiar
5. Vecinos
6. Ambulancia Privada
7. Policía
8. Padres
- 9 Otro:

15. Servicio de Ingreso:

1. Emergencia de adultos
2. Emergencia de Pediatría
3. Observación
4. Intensivo
5. Otro:

16. Tipo de Agresión:

1. Política
2. Sexual
3. Delincuencia común
4. Accidente automovilístico
5. Violencia intrafamiliar
6. Otro:

17. Tipo de Agresor:

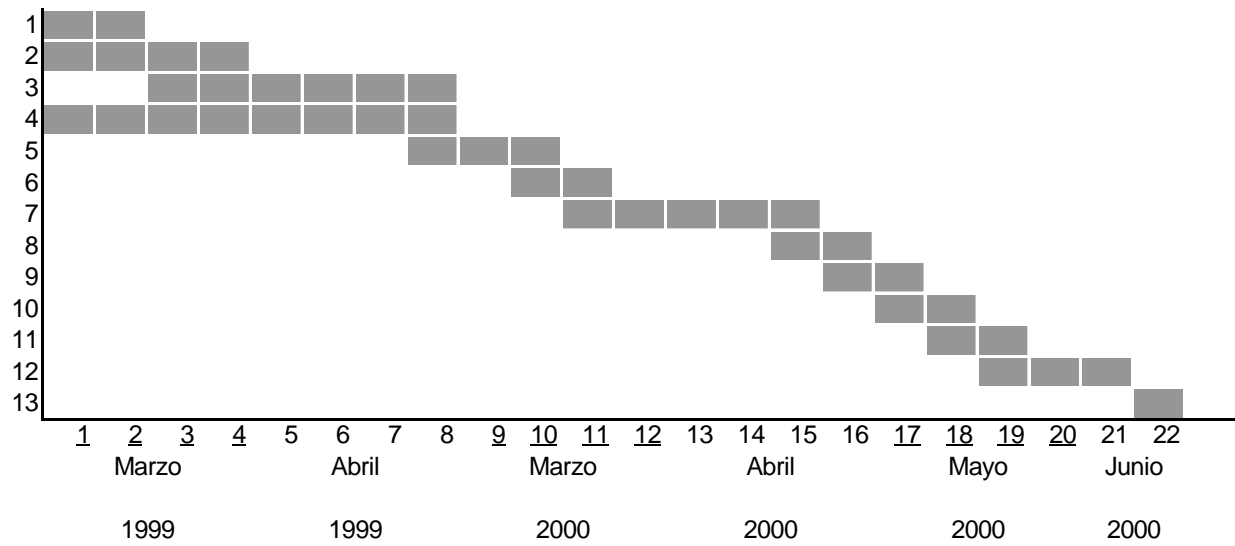
1. Asaltante
2. Mara
3. Policía
4. Esposo/a
5. Madre/Padre
6. Otro familiar
7. Otro:

18. Medio Utilizado:

1. Arma de fuego
2. Arma blanca
3. Objeto contundente
4. Puños, Patadas, Mordiscos
5. Otros:

Cronograma de Gantt

Actividades



ACTIVIDADES

- 1.) Selección del tema del proyecto de tesis.
- 2.) Elección del asesor y el revisor.
- 13.) n del trabajo.