



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TÍTULO

VIOLENCIA SEXUAL

SUBTÍTULO

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán
Enero 2014 a Diciembre del 2018

UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA

Zuly Raquel Umul Hernandez

201316181

UM53

Coatepeque, Quetzaltenango Enero 2022




UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TÍTULO

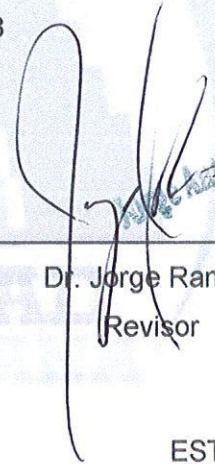
VIOLENCIA SEXUAL

SUBTÍTULO

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán
Enero 2014 a Diciembre del 2018


Dr. Joel Everardo González P.
MSc. Pediatría
Colegiado No. 15,123

Dr. Joel González Pérez
Asesor


Dr. Jorge Ramos
Revisor

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
CLÍNICA DE VIOLENCIA SEXUAL
PEDATRA
Col No 11 407

ESTUDIANTE:

Zuly Raquel Umul Hernandez

CARNE:

201316181

Lugar y Fecha

Coatepeque, Quetzaltenango Enero 2022



RESUMEN

Introducción: la OMS define la violencia sexual como: Todo acto sexual, la tentativa de consumir 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 mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Objetivo: conocer la relación entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual en la clínica de violencia sexual del Hospital de Coatepeque y Malacatán, en pacientes de sexo femenino en el periodo de enero 2014 a diciembre del 2018.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de correlación. Se trabajó con 150 historias clínicas de pacientes atendidas entre las edades de 13 a 50 años que consultaron a clínica de violencia sexual en Hospital Nacional de Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán de enero 2014 a diciembre del 2018. Se incluyeron variables: edad, procedencia, escolaridad, tipo de lesión, tipo de violencia, ocupación y tratamiento.

Resultados: la edad más frecuente 13 a 20 años con 65 pacientes en el Hospital de Malacatán con 43.33% y 42 pacientes en el Hospital de Coatepeque con 28%. Encontrando que el tipo de lesión más frecuente fue laceración vaginal con 36 pacientes en ambos Hospitales y 7 pacientes presentaron laceración anal. Se encontró que a los 150 pacientes se les dio tratamiento antibiótico, antirretroviral y anticoncepción de emergencia.

Conclusiones: se determinó que el tipo de lesión de tipo penetración vaginal más frecuente fue laceración vaginal por lo tanto se comprueba la hipótesis que indicaba que el tipo de lesión vaginal de los casos en la clínica de violencia sexual del Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán fue la más frecuente en pacientes femeninos entre las edades de 13 a 50 años y con ocupación ama de casa.

Palabras clave: Violencia, violencia sexual. Tipo de lesión, tratamiento.



AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa -Rector
Dr. Luis Fernando Cabrera Juárez - Vicerrector General
Pbro. Mgtr. Rómulo Gallegos Alvarado, sdb. - Vicerrector Académico
Mgtr. Teresa García K-Bickford - Secretaria General
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales- Tesorera
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet- Vocal II
Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada - Vocal III

CONSEJO SUPERVISOR SEDE QUETZALTENANGO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet
Mgtr. Miriam Maldonado
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales
Dra. Alejandra de Ovalle
Mgtr. Juan Estuardo Deyet
Mgtr. Mauricio García Arango

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

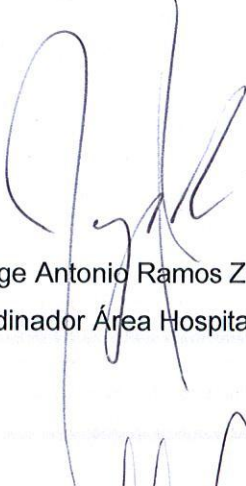
Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas -Decano Facultad de Medicina
Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda -Coordinador Área Hospitalaria



Quetzaltenango, Enero de 2022


El trabajo de investigación con el título: **“VIOLENCIA SEXUAL”**, Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán enero 2014 a diciembre del 2018, presentado por la estudiante Zuly Raquel Umul Hernandez, que se identifica con el carné número 201316181, fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada.

Vo.Bo.


Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
Coordinador Área Hospitalaria



Vo. Bo.


Dr. Juan Carlos Moir Rodas
Decano
Facultad de Medicina





Quetzaltenango, Enero de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

YO, Zuly Raquel Umul Hernandez, estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identifico con el carné número 201316181 de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy la autora del trabajo de investigación denominado **“VIOLENCIA SEXUAL”**, Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán enero 2014 a diciembre del 2018, el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada. En consecuencia, con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad por el contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente,

Zuly Raquel Umul Hernandez

201316181



Quetzaltenango, Enero de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que asesoré el trabajo de investigación designado con el título “**VIOLENCIA SEXUAL**“, Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán enero 2014 a diciembre del 2018, realizado por la estudiante Zuly Raquel Umul Hernandez, quien se identifica con el carné número 201316181 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente,

Dr. Joel Everardo González P.
MSc. Pediatría
Colegiado No. 15,123

Dr. Joel González Pérez
Asesor



Quetzaltenango, Enero de 2022

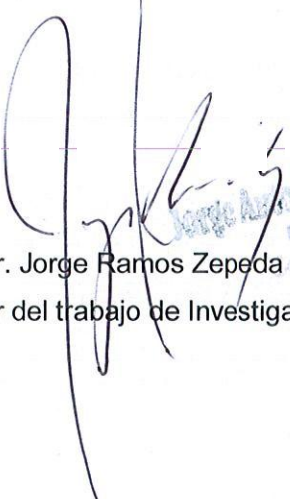
Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetable doctor:

De manera atenta me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título **“VIOLENCIA SEXUAL”**, Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán enero 2014 a diciembre del 2018, realizado por la estudiante Zuly Raquel Umul Hernandez, quien se identifica con el carné número 201316181, como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente,


Dr. Jorge Ramos Zepeda
Revisor del trabajo de Investigación

Jorge Ramos Zepeda
PEDIATRA
No. 11 497



DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme permitido llegar a este preciso momento de mi vida, por darme sabiduría y la oportunidad de seguir adquiriendo nuevos conocimientos, por ser fiel a sus promesas.

A mis padres:

Gracias por apoyarme en todas las decisiones que he tomado, por confiar en mi persona y por darme consejos que me han ayudado a crecer como ser humano, con ejemplos a enseñarme que todo lo que me proponga lo puedo lograr con perseverancia y esfuerzo.

A mis hermanos:

Lucía y Charli por apoyarme en todo momento

A mis abuelos:

Lucía y Bartolomé QPD, por el amor que me han dado desde el momento en que se enteraron de mi existencia, los amo.

A mi esposo:

Y mejor amigo Oliver Ramos por estar incondicionalmente cuando lo he necesitado por su apoyo y por confiar en mí.

A mi hijo:

Oliver Isaac por ser mi más grande motivo de seguir adelante y de hacer las cosas cada día mejor

A mis catedráticos:

Por ser parte de mi preparación académica.



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	3
III.	MARCO TEÓRICO	5
A.	MARCO CONTEXTUAL	5
B.	ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE	17
C.	MARCO CONCEPTUAL	21
1.	Violencia	21
2.	Violencia sexual	22
3.	Daños y consecuencias de la violencia sexual	25
4.	Violencia sexual infantil	26
5.	Consecuencias del abuso sexual infantil	34
6.	Normas nacionales de atención a pacientes con abuso sexual	40
7.	Violencia sexual en mujeres	41
8.	Prevención del riesgo de embarazo en casos de violaciones	42
9.	Abordaje psicológico con perspectiva de género	46
10.	Protocolo de atención a víctimas de violaciones/Propuesta de protocolo de atención a víctimas de violaciones	50
IV.	OBJETIVOS	65
A.	Objetivo general:	65
B.	Objetivos específicos:	65
V.	HIPÓTESIS	66
VI.	MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS	67
A.	Tipo de estudio:	67
B.	Universo:	67
C.	Población:	67



D. Muestra:	67
E. Criterios de inclusión y exclusión	68
F. Variables:	68
G. Proceso de investigación.....	71
H. Aspectos éticos	71
VII. RESULTADOS.....	72
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	84
IX. CONCLUSIONES	91
X. RECOMENDACIONES	92
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	93
XII. ANEXOS.....	96



I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: 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 mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (OMS, 2002)

En vista de la complejidad de éste fenómeno social, hasta ahora no se han descrito de forma sistemática el tipo de lesión que hubiesen sufrido estas personas; por lo que el presente estudio pretende; correlacionar la edad, ocupación y tipo de lesión en víctimas de violencia sexual, del Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque y la clínica de violencia sexual del Hospital Nacional de Malacatán, en el período de enero 2014 a diciembre del 2018

La presente investigación cumple con todos los requisitos de lo que es un modelo de investigación científica, iniciando con el planteamiento del problema, justificación, los objetivos, alcanzando el principal; conocer la relación entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual en la clínica de violencia sexual de los Hospitales de Coatepeque y Malacatán, en pacientes de sexo femenino en el periodo de enero 2014 a diciembre del 2018 y la hipótesis a confirmar; el tipo de lesión de tipo penetración vaginal de los de casos de violencia sexual en la clínica de violencia sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y de la clínica de violencia sexual del Hospital Nacional de Malacatán, fue la más frecuente en pacientes femeninos entre las edades de 13 a 50 años, cuya ocupación es ama de casa, en el periodo de enero 2014 a diciembre del 2018.

Siendo los principales hallazgos; edad más frecuente 13 a 20 años con 65 pacientes que representa 43.33% en el Hospital de Malacatán y 42 pacientes que corresponde al 28% en el Hospital de Coatepeque, ocupación con mayor frecuencia es ama de casa con 39 pacientes que representa un 26% en el Hospital de Malacatán y 33 pacientes con un 22% en el Hospital de Coatepeque, la mayor frecuencia de pacientes atendidas corresponden al Departamento de San Marcos en el Hospital de Malacatán con 83 pacientes que representan al 55.33% y 19 pacientes con 12.67% consultaron al Hospital de Coatepeque, con respecto al Hospital de Coatepeque 40 pacientes que representan 26.67%



corresponden al departamento de Quetzaltenango, además se encontró que a los 150 pacientes encontrados según el historial clínico se les dio tratamiento antibiótico, antirretroviral, PAE e inmunizaciones con lo que contaba cada Hospital al momento de la consulta de las pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual.

Llegando a las principales conclusiones; se determinó que el 38% de pacientes que consultaron presentaron lesión vaginal de las cuales; 10 pacientes tenían hematoma, 11 pacientes con rasgadura y 36 pacientes presentaron laceración. Además se encontró que el 10% presentó lesión anal, encontrándose en el Hospital Nacional de Coatepeque con mayor frecuencia a pacientes de las edades de 13 a 20 años de las cuales: 18 eran ama de casa, 15 estudiantes y 7 no tenían ningún oficio quienes sufrieron violencia sexual, psicológica y mixta. Con respecto al Hospital de Malacatán la edad de mayor frecuencia fue de 13 a 20 años con 25 pacientes ama de casa, 33 estudiantes y 6 pacientes no tenían oficio quienes sufrieron violencia sexual y psicológica seguida de violencia mixta y además se encontró que dentro de las complicaciones que presentaron las víctimas sobrevivientes de violencia sexual las 150 pacientes demostraron con el tiempo secuelas psicológicas y dentro del seguimiento de las mismas pacientes 3 resultaron con embarazo, además se demuestra en el Hospital de Malacatán a 1 paciente con enfermedad de transmisión sexual (Sífilis).



II. JUSTIFICACIÓN

El abuso sexual es un secreto angustiador con el que viven muchos niños y adolescentes. Es un tema delicado, complejo y sumamente serio, abordarlo es exponer un tabú, algo que es poco tratado a la luz pública, por ser un secreto, tanto para el abusador, que no quiere ser descubierto, como para la víctima, que está completamente desorientada y siente un miedo terrible.

La pobreza obliga a muchas mujeres y niñas a buscar ocupaciones que suponen un riesgo relativamente elevado de violencia sexual, en especial la prostitución. También les genera enormes presiones para encontrar o mantener un trabajo, realizar actividades comerciales y, si están estudiando, obtener buenas calificaciones, todo lo cual las hace vulnerables a la coacción sexual.

La violencia es una enfermedad social de proporciones epidémicas y endémicas cada vez más arraigada en la población. El futuro de la sociedad y de toda la civilización descansa en la posibilidad de hacer algo por evitar la violencia. Los niños y niñas maltratadas de esta generación, sí sobreviven serán padres y madres que maltraten a la generación siguiente y a miembros desadaptados de la sociedad

La motivación para elaborar el presente estudio, es correlacionar la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual reportados en las clínicas de violencia sexual del Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque así como la Clínica de Violencia Sexual del Hospital Nacional de Malacatán en el período enero 2014 a diciembre del 2018.

El estudio se centra en comparar y correlacionar los casos de violencia sexual en mujeres entre las edades de 13 a 50 años de ambos hospitales en estudio, tomando en cuenta el sexo, la edad y escolaridad de los casos en estudio, y así poder conocer la incidencia en ambas instituciones.

La presente investigación es de suma importancia su realización, hasta el momento muchas instituciones u organizaciones se dedican al reporte numérico de víctimas de violencia sexual; pero no existen datos que demuestren o determinen el tipo de lesión que sufren estas víctimas y su relación para con el trabajo que ejercen y la edad que es de importancia para poder determinar cuál fue el motivo por el que muchas víctimas han sufrido lesiones graves y que ponen en peligro la vida, por lo que la presente investigación servirá para



futuras investigaciones, así como, datos de base para la toma de decisiones en el abordaje, tratamiento y seguimiento de estas víctimas. Es decir ayudará a enriquecer los protocolos existentes. Esperando que esta investigación aporte nuevos conocimientos sobre el tema y ayude a proponer, apoyar teorías y soluciones a este problema.



III. MARCO TEÓRICO

A. MARCO CONTEXTUAL

a.1 Municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, Guatemala

Coatepeque fue fundado por un indígena llamado Juan Bernardo en el año 1765, el cual conocía las injusticias que se cometían contra los aborígenes, entre ellos sus padres, organizó la primera comunidad para elegir al primer alcalde Mayor (alcalde auxiliar actualmente), para luego iniciar las gestiones entre su protector Fray Bartolomé de las Casas y el corregidor de la provincia de Quetzaltenango, es por ello que al barrio más antiguo de Coatepeque se le dio el nombre de Las Casas. El nombre del Municipio se conforma por dos voces, una tolteca y otra maya: COAL-TEPEC que significa: Cerro de la Serpiente; según la mitología indígena esto representa al MIXCOALTL, mitad hombre mitad serpiente. Fue habitado en sus inicios especialmente por población de ascendencia Maya Mam, sin embargo; con el paso de los años ha cambiado sustancialmente, al punto en que en la actualidad predomina la población de ascendencia No Indígena o Ladina. Según el Instituto Nacional de Estadística por medio del XI Censo de Población del año 2002, existían 5,876 personas ascendientes de la Cultura Indígena, mientras que 88,310 se clasifican como no Indígena. Perteneció al Departamento de San Marcos y debido a la inconveniencia de la distancia y lo escabroso del camino para viajar a la cabecera, provocó que los habitantes se desesperaran y fue entonces que el general Justo Rufino Barrios se informó de estos inconvenientes y por medio del Decreto de fecha 9 de enero de 1885, ordenó que Coatepeque se anexara a Quetzaltenango, por ser el Departamento más próximo al Municipio (Rodríguez, 2013)

a.2 Localización y extensión

El Municipio está ubicado en la latitud 14° 42' 10" y en la longitud 91° 51' 40" a 216 km de la Ciudad Capital por la ruta CA-2 y a 62 Km de la Cabecera Departamental a través de la Ruta Departamental QUE-3; colinda al norte con los municipios de: Nuevo Progreso, El Quetzal San Marcos y Colomba; al sur con: Retalhuleu, Génova y Ocos; al este: con Flores y al oeste con: Pajapita, Ocos y Tecún Umán. Coatepeque posee una extensión territorial de 426 km². (Rodríguez, 2013)

a.3 Clima

El Municipio tiene una temperatura media anual de 24.5 grados C., una máxima de 38.0 grados C., y una mínima de 10.0 grados C., los meses más calurosos son: marzo, abril, mayo, junio



y julio. Está ubicado a 1,585 pies sobre el nivel del mar; en época de lluvias, el agua alcanza un nivel de 10 pulgadas y la humedad es del 85%. (Rodríguez, 2013)

a.4 Orografía

Dada la topografía del terreno el Municipio está compuesto por el 5% del suelo con pendientes y ondulaciones profundas, el cual es apto para cultivos semipermanentes, el otro 15% es terreno levemente ondulado y con vocación para cultivos temporales y el restante 80% es plano y con vocación forestal. (Rodríguez, 2013)

a.5 Aspectos culturales y deportivos

A continuación, se presenta las generalidades con relación a los aspectos culturales y deportivos del Municipio:

Municipio de Coatepeque, Departamento de Quetzaltenango Aspectos Culturales y Deportivos

Aspectos	Descripción
Costumbre y tradiciones	Feria patronal Santiago Apóstol se celebra el 25 de julio.
Idioma	Español y Mam
Folklore	Desfile alegórico de verano se celebra el 15 de marzo
Religión	Católica y Evangélica
Deporte	Las instalaciones del estadio se ubican en el área urbana de Municipio.

Fuente: investigación de campo Grupo EPS, segundo semestre 2012.

El Municipio además tiene una riqueza culinaria y entre los platos típicos que se acostumbran para las celebraciones está el jocón, el chok'a, el caldillo de res, la carne asada y el pepián. (Rodríguez, 2013)

a.6 División Político-Administrativa

La división política está conformada por las comunidades o centros poblados que integran el Municipio, de acuerdo a la categoría que poseen. La división administrativa es la forma como realiza la gestión el gobierno municipal.

La administración de la Municipalidad está conformada por el Concejo Municipal, el Alcalde, alcaldes auxiliares entre otros.



El organigrama presentado por la Municipalidad no está actualizado, debido a que no hace mención a la unidad de Gerencia Municipal que es el órgano de dirección, encargado de planear, organizar, coordinar, dirigir y supervisar las actividades de los órganos internos de la Municipalidad. La Gerencia Municipal está a cargo de un funcionario a tiempo completo y dedicación exclusiva, designado por el Alcalde y Concejo Municipal, quién podrá cesarlo sin expresión de causa, o mediante acuerdo del Concejo Municipal. Entre sus funciones principales se encuentran: Planear, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar las actividades de los órganos internos a su cargo, en común acuerdo con las políticas de gestión establecidas en el Plan Operativo Anual y las disposiciones impartidas por los órganos de gobierno. Es responsable de coordinar y evaluar la ejecución de los planes, programas y proyectos de desarrollo local. Velar por el cumplimiento de las funciones y tareas específicas realizadas por la alcaldía, el Concejo Municipal, y normas de gestión municipal vigentes. Está obligado a presentar trimestralmente el estado de la situación económica, financiera de la Municipalidad. (Rodríguez, 2013)

a.7 Recursos naturales

Son todos los recursos naturales que se integran de la flora, fauna, suelos ríos y toda riqueza natural y la cual puede ser aprovechada por el ser humano en su beneficio. Sin embargo, la utilización de dichos recursos debe ser de forma íntegra que garantice la disponibilidad para las generaciones futuras.

El recurso hídrico es vital para la subsistencia y desarrollo de los seres vivos; sin embargo algunos ríos como: El Rosario, San Vicente, Baboseña, San Román, Río ancho, Naranjo, San Francisco, El Paraíso, Las Ánimas, Taltop, Mopa, Quebrada El Relleno y Zin se encuentran contaminados por desechos sólidos, residuos de aguas negras y químicos utilizados en la agricultura, debido a que atraviesan centros poblados que no cuentan con los servicios de drenajes y recolección de basura, mientras que otros ríos como: Masá, Muchzú, La Nopalera, Chupa, Pacayá, Chopá, Coyote, Trompillo, Seco, Talticú, Aguilar, El Campamento, el Cangrejo, Buenos Aires, Flores, Troje, Zanjón y Sequivilla, son utilizados por los centros poblados que atraviesan y donde aún se encuentra diversidad de peces que pueden ingerirse.

El Municipio cuenta con una cobertura boscosa de 7,697.88 mz (manzanas), dinámica de la cobertura forestal del año 2006 al 2010, y la pérdida del mismo es 38.64 mz (manzanas), anuales según información obtenida del Instituto Nacional de Bosques, dentro de esta cobertura están inmersos los latifoliados como el cultivo de café, palma africana y árbol de hule. En el año 2012 existe un parque ecológico de 11.5 mz (manzanas), a cargo de la Asociación Amigos del Bosque el cual fue creado para la conservación de la flora y fauna y como fuente de recreación de la población.



El suelo es la capa terrestre arable en la cual las plantas pueden alimentarse de nutrientes que garanticen su crecimiento óptimo.

a.8 En el Municipio existen varios tipos

Tipo Tiquisate: La textura, humedad y profundidad es uno de los mejores tipos de suelo de Guatemala. La extensión del mismo es 47.80 km², se localizan en estos centros poblados, Monte Cristo y El troje.

Tipo Chócola: Son profundos, bien drenados y desarrollados sobre ceniza volcánica de grano fino en un clima cálido-húmedo. La vegetación nativa es de bosques tropicales altos, que han sido cortados y el suelo se usa para la producción de café y otras cosechas, la extensión es de 75.84 km² los poblados que cuentan con este tipo son: aldea Bethania, La Animas y La Unión; Lotificación San Isidro y Magnolia; caseríos Santa Ana Berlín y Santa Inés; Barrio Jardín y Las Delicias.

Tipo Retalhuleu: Son suelos drenados, profundos y desarrollados sobre ceniza volcánica de color claro en un clima cálido, seco a húmedo. La vegetación natural es de árboles deciduos, pero gran parte del área ha sido limpiada y se usa para producir maíz; existen 49.08 Km.²; los centros poblados que poseen este tipo son: Parcelamiento El Pital; aldea Nuevo Chuatuj, San Vicente Pacayá, San Rafael Pacayá I y II, caserío El Refugio, Los Cerros y El Socorro.

Tipo Ixtán: Son profundos, moderadamente drenados, desarrollados sobre materiales de grano fino que parecen haber sido depositados en una terraza marina. Se encuentran en un clima cálido, húmedo-seco. La vegetación natural consiste de matorral abierto, bambú y bosque bajo. En el Municipio hay una extensión de 185.12 km. 2 y los caseríos El Relicario, Los Encuentros y Villa Flores y las aldeas Las Palmas, San Francisco Julaín, La Felicidad, La Democracia y San Agustín Pacayá poseen este tipo de suelo.

Tipo Bucul: Son profundos, mal drenados, desarrollados en depósitos marinos o aluviales bajo una cubierta forestal, en un clima húmedo-seco. Ocupan relieves casi planos en el Litoral del Pacífico a elevaciones menores de 120 mt, sobre el nivel del mar. Están asociados con los suelos bien drenados y arenosos Tiquisate. Este tipo de suelo únicamente se localiza en el Municipio de Coatepeque la extensión es de 60 km², y el caserío El Reparó y aldea La Democracia lo poseen.

La mayoría de los suelos del Municipio se encuentran deteriorados debido a que se derrama químicos agrícolas que lo erosionan y de esa manera pierde su fertilidad. (Rodríguez, 2013)



a.9 Fauna

Constituye el conjunto de animales de una región que se adaptan a un medio ambiente específico. Se tienen importantes poblaciones de venado, tigres, cabras, pájaros de diversas especies, loros, pericas y palomas, algunas especies de serpientes: cascabel, masacuata y falso coral; reptiles como: lagartos, iguanas, lagartijas y coatetes; crustáceos como: cangrejo, julaines, langosta de río, camarones, tortugas de diversas especies y armados; y peces como: mojarra, machorra, julinas y bagres. Los que se encuentran actualmente en peligro de extinción por su caza son: El venado, tigre, lagarto e iguana.

Existe diversidad de especies de bosque forestal como: palo blanco, caoba, cedro, pino; árboles frutales: mango, aguacate, cocos, naranjas, mandarina, limón y tamarindo, cacao, papaya, así como plantas silvestres como: jamaica, melón, sandilla, manía, chipilín, arveja, hojas de sal y loroco, y plantas ornamentales como rosales y orquídeas, entre ellas las gardenias. (Rodríguez, 2013)

a.10 Población

Está compuesta por los habitantes de un área específica en un período determinado, representa el centro del análisis socioeconómico. El estudio de sus indicadores demográficos es imprescindible para determinar las características y nivel de desarrollo económico y humano alcanzado por las comunidades. (Rodríguez, 2013)

a.11 Historia del Hospital Juan José Ortega, Coatepeque, Quetzaltenango.

El Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque, surgió por la necesidad de la iniciativa de un grupo de honorables coatepecanos principiando con la formación del Patronato Pro-Hospital en el año 1947 quienes con los trámites respectivos ante las autoridades de esa época. Esta obra esencial para servir a la comunidad se inició en el año 1948. Habiéndose concluido e inaugurado en el año 1954, y principado a funcionar en el año 1955. Cuyo primer director fue el Dr. René Alvarado Mendizabal, y desde 1975, fue el Dr. Marco Antonio Zenteno Luarca hasta 1991.

a.12 Frente al cólera

Durante la epidemia del Cólera el Hospital de Coatepeque fue el primero en la república en hacerle frente a la enfermedad y se logró controlar esta, gracias a los esfuerzo de todo el personal del hospital y del Centro de Salud quienes en coordinación con el I.G.S.S. Cruz roja,



múltiples grupos de apoyo en las comunidades organizadas, magisterio, medios de comunicación, autoridades y toda la población con sus puestos y centros de salud lograron detener el Cólera donde surgían brotes.

Este Hospital fue visitado por comisiones de todos los hospitales de la república para conocer las experiencias adquiridas durante la emergencia del cólera y aplicarlas en sus comunidades. También visitaron este Centro asistencial, delegaciones de El Salvador, Honduras, Nicaragua, Belice, México, I.G.S.D. Central, Organización Panamericana de Salud (O.P.S.) y el Ministerio de Salud declaro a este Centro Hospitalario como Hospital Escuela para Adiestramiento contra el Cólera. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2017)

Visión:

Personas viviendo y construyendo comunidades saludables.

Misión:

Guiar, organizar y/o respaldar una respuesta ampliada y dirigida a integrar, fortalecer, extender y diversificar los servicios y programas de salud públicos, hospitalarios y privados.

a.13 Cobertura

El Hospital Nacional, Dr. Juan José Ortega, el cual está ubicado en la Zona 4 de la ciudad, este nosocomio presta atención de urgencias, pediatría, enfermedades comunes y especializadas. A decir de la población, es un hospital que necesita de atención en su infraestructura física, dotación de medicamentos y servicio profesional médico con equipo, puesto que, atiende a población de varios municipios cercanos, lo cual provoca congestión y saturación en la mayoría de meses del año. (deguate, s.f.)

a.14 Unidad de Atención Integral

El proyecto consta de 5 clínicas médicas, 1 psicológica, 1 de educación, una sala de procedimientos, una sala de reuniones que además funciona como salón de clases, 1 clínica para nutricionista, una estación de enfermería, 1 sala de espera con capacidad para al menos 40 pacientes, 1 área de farmacia en donde se entrega medicamentos e interactúa con los



pacientes para fortalecer su adherencia, servicio sanitario para pacientes y para recurso un área de al menos 500 metros cuadrados que puede ser cedida para la construcción de la unidad, se tiene las escrituras del terreno. (Sistema Nacional de Inversión Pública, 2013)

a.15 Municipio de Malacatán

El municipio de Malacatán anteriormente era conocido como Santa Lucía Malacatán por ser la Virgen Santa Lucía, patrona del lugar. Actualmente, se ha oficializado el nombre geográfico de Malacatán.

El nombre deriva de la lengua Nahuatl Malacatán: que significa huso para hilar (el cual es un instrumento primitivo del indígena para elaborar hilos) y tlan: lugar o proximidad, es decir: Lugar Junto a los Malacates. Según el escritor e historiador Francisco Fuentes y Guzmán Malacatán deriva de la voz mam Jigüejal. El malacate es un eje que gira con la devanadera, la cual se utiliza para preparar los hilos que se emplean en los tejidos elaborados en telares de pie y de cintura.

Por acuerdo gubernativo del 16 de Diciembre de 1886 se suprimió la Municipalidad Indígena y se eligió una Municipalidad mixta conformada por un alcalde, un regidor, un síndico y el secretario.

En el Acuerdo Gubernativo del 01 de Diciembre de 1909, el Presidente Constitucional de la República, acuerda: que para un mejor servicio, se suprime la municipalidad de Malacatán en el juzgado municipal, de conformidad con la ley respectiva. El jefe político de aquel departamento dictó sus órdenes a fin de cumplir esta disposición.

No se localiza el acuerdo donde se menciona que el 18 de octubre de 1902 se inserta el título de terreno municipal. Posteriormente, la cabecera municipal fue elevada a categoría de Ciudad, por acuerdo Gubernativo del 26 de junio de 1952, tomando en consideración su creciente importancia económica y comercial, ya que en esa época la principal producción agrícola estaba en las fincas de café, le seguían el cultivo de la caña de azúcar, los cereales y en pequeña escala de producción, las fábricas de capas de hule y de pelotas.

Un dato importante para el municipio es que el Estado adquiere el terreno para la aduana en la aldea el Carmen, mediante el acuerdo del 15 de agosto de 1,939 y hasta el año de 1973, la empresa guatemalteca de telecomunicaciones GUATEL, instala en la aldea El Carmen, una Planta de conmutadores manuales telefónicos con capacidad de 5 líneas.

Por acuerdo gubernativo del 22 de junio de 1,886 se estableció una oficina telegráfica; esta



oficina postal fue elevada a segunda categoría por acuerdo del 31 de octubre de 1911. Por el acuerdo del 4 de junio de 1949, se abrió al servicio del público la oficina de primera categoría de Correos y telecomunicaciones; en la actualidad funciona una oficina postal y telegráfica de carácter privado El Correo.

Malacatán es un municipio que está ubicado en la parte Oeste del departamento de San Marcos, dentro de la Región VI o Región Sur-occidental del país. Limita al Norte con los municipios de Tajumulco y San Pablo (San Marcos); al Sur con el municipio de Ayutla (San Marcos); al Este con los municipios de San Pablo y Catarina (San Marcos); y al Oeste es fronterizo con el Estado de Chiapas, de la república de México.

Está localizado en la latitud $14^{\circ} 54' 30''$ y en la longitud $92^{\circ} 03' 45''$. Tiene una extensión territorial de 204 Kms² y se encuentra a una altura de 390 metros sobre el nivel del mar (msnm); por lo mismo, su clima es cálido.

La distancia de la cabecera municipal a la cabecera departamental de San Marcos, por la Ruta RN1, es de 50 kilómetros. El acceso a la ciudad capital de Guatemala es por la Ruta internacional CA-02 o Ruta del Pacífico y la distancia es de 271 km.

En el municipio el idioma que predomina es el Español o Castellano, en algunas comunidades hablan muy poco el idioma Mam, porque son personas que han llegado a radicarse al municipio, sin poderlas cuantificar actualmente.

El problema social más común es el alcoholismo y la delincuencia que se identificó en todo el municipio; las causas, ser un lugar fronterizo con la república de México y los problemas que tienen con la población que va de paso para los Estados Unidos de Norte América.

Las costumbres más identificadas son las siguientes: La Feria titular que se celebra del 9 al 14 de diciembre en honor a la patrona del pueblo, la Virgen Mártir de Santa Lucía, donde se realizan eventos sociales, deportivos, religiosos, culturales e importantes transacciones comerciales de carácter internacional, entre guatemaltecos y mexicanos.

También se celebran las fiestas de los cantones Barrios, Morazán, San Miguel y San Sebastián, con bailes regionales de los Moros, del Torito y de la Conquista.

Dentro de las tradiciones religiosas están: la celebración del Día de los Santos, donde los habitantes del municipio visitan el cementerio general de la Cabecera llevando flores, coronas y veladoras para adornar los panteones. La actividad se complementa con instalar juegos mecánicos (ruedas).



La celebración de La Semana Santa con diversas procesiones y el Miércoles Santo sacan a varios judas que recorren la ciudad, pidiendo pan y dinero, bailándolos por calles y avenidas siempre acompañadas de la Marimba, nuestro instrumento nacional. Durante la Semana Santa algunos acostumbran viajar a las playas en días de recreación.

La celebración de la Navidad el 24 de diciembre, que normalmente se hace en familia y posteriormente, la celebración del año nuevo, el 31 de diciembre por la noche, donde las familias se reúnen en sus hogares para recibir el nuevo año y sirven el tradicional tamal de carne acompañado de ron, vino, u otra clase de licor. Durante esta noche, se acostumbra un show de luces espectacular que dura en promedio 30 minutos.

La población del municipio es eminentemente religiosa, dando espacio a varias organizaciones religiosas, tales como: católicas, evangélicas y mormonas, a las cuales asisten los habitantes, según sea su creencia religiosa. (SVET, 2018)

Malacatán por ser una región fronteriza, se encuentra considerada como zona roja para VIH. En promedio se atienden y/o diagnostican 40 casos confirmados de acuerdo al área de salud, siendo la tuberculosis la enfermedad oportunista más común. La prevalencia de VIH se estima en 1.1%, siendo el grupo etario más vulnerable entre 15-49 años con el 90% de los casos, mientras que estratificando por géneros, el sexo masculino es el más afectado con el 65% de los casos. La ruta más eficiente de transmisión es la vía sexual. (Guzmán, 2009)

a.16 Historia del Hospital de Malacatán

Según datos históricos de archivo se tiene el conocimiento que de conformidad con el Acuerdo Ministerial No. SP-M-1991 de fecha 9 de agosto de 1991 se crea el Hospital Nacional de Malacatán, del Departamento de San Marcos el cual literalmente dice: el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social Considerando: que es conveniente y necesaria la creación de servicios de salud, tanto en la región metropolitana como en el interior del País, para poder prestar una mejor atención en salud a la comunidad; por lo que para el efecto debe emitirse la correspondiente disposición legal. POR TANTO: en uso de las facultades que le confiere el Artículo 194 incisos a, f, é i de la constitución Política de la República, y con base en lo dispuesto en los Artículos 4to. Del Decreto 45-79 del Congreso de la República, Código de Salud, y 22 inciso 19 del Decreto 93 del congreso de la República, Ley del Organismo Ejecutivo Acuerda: Crear el Hospital Nacional de Malacatán del Departamento de San Marcos.

El Hospital Nacional de Malacatán se encuentra ubicado en la Aldea la Montaña en el área periférica de Malacatán a 271 kilómetros de la ciudad capital, la población de Malacatán es de aproximadamente 79,000 habitantes, el área de afluencia del hospital abarca un 35% de



los municipios del Departamento de San Marcos siendo estos, Tecún Uman, San Pablo, Pajapita, El Rodeo, el Tumbador, San Rafael Pie de la Cuesta, Catarina, Ocos, Tajumúlc Nuevo Progreso, La Reforma. El Hospital Nacional de Malacatán fue inaugurado en el año de 1,991, con una categoría de Hospital Distrital, con una capacidad de atención en hospitalización de 50 camas, el objetivo inicial era el de prestar los servicios de Atención Materno Infantil, pero con el transcurso del tiempo y debido al crecimiento demográfico y la consecuente demanda de la población el hospital tuvo que incrementar sus servicios, teniendo que implementar los servicios de consultas especializadas de cirugía, medicina interna y traumatología; además por estar localizado en región fronteriza con México, se brinda atención de los diferentes servicios a personas transmigrantes y que residen en la frontera del lado mexicano y una capacidad de hospitalización actual de 75 camas distribuidas entre los diferentes servicios.

El Hospital Nacional de Malacatán ha tenido a su paso la gestión administrativa de varios profesionales de la medicina, figurando entre ellos el Dr. Carlos Raúl Rodas Monterroso quien tuvo a su cargo la gestión de agosto de 1991 a febrero de 2,000, el Dr. Juan Francisco Aguilar Díaz de marzo 2000 a enero 2004, siendo una de las últimas gestiones de febrero de 2,004 a Julio 2,013 El Dr. Yuro Antonio Perusina Maldonado y de Agosto 2,013. Hasta la fecha se encuentra en funciones el Dr. Rodolfo Véliz Corzo.

Situación jurídica.

Pública.

Domicilio fiscal.

Dirección: Comunidad Agraria la Montaña, kilómetro 271
carretera Interamericana, Malacatán, San Marcos.

Teléfonos: Planta: 77769517 77769518 atención las
veinticuatro horas. Dirección del Hospital. 77769519
Telefax 77769517.

Misión

Ser una institución activa, objetiva y de calidad en la prestación de los servicios de atención en salud, así como la implementación y puesta en acción de programas que contribuyen a mejorar la salud, con un carácter eminentemente social, garantizando con solidez el cumplimiento de nuestras obligaciones, mereciendo siempre la confianza plena de nuestros



usuarios a través de la satisfacción de las necesidades de los mismos, implementando una gestión profesional de calidad y calidez humana hacia los usuarios.

Visión

Ser una institución que a través de la comunicación, coordinación con otras instituciones de salud a nivel nacional e internacional, se siga mejorando día a día la calidad y ampliación de los servicios y programas de atención en salud, a través de la conformación de un Hospital Escuela que nos permita formar a futuros profesionales que tengan como objetivos la implementación de programas educativos e investigaciones científicas que vengan a contribuir en el diagnóstico, tratamiento y erradicación de enfermedades que permitan elevar el nivel de vida de nuestros usuarios, siendo personas saludables que contribuyan al desarrollo de nuestro país.

Objetivos

- ✓ Planificar, programar, ejecutar, supervisar y evaluar los programas y servicios de salud a las personas.
- ✓ Asegurar la articulación y funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios que conforman el hospital, mediante la planificación, programación, capacitación, supervisión y evaluación de los servicios básicos.
- ✓ Promover el establecimiento de vínculos de comunicación y coordinación con las demás instituciones que conforman el sector salud a nivel nacional e internacional.
- ✓ Promover un sistema administrativo gerencial de gestión, que promueva la participación de cada uno de los servicios en la toma de decisiones y de esta manera garantizar un servicio de atención en salud que conlleve a la satisfacción de los usuarios.
- ✓ Darle seguimiento y evaluación a los programas implementados como lo es Atención Post Aborto (APA), Transmisión Vertical de VIH/SIDA, Atención Post Evento Obstétrico, y Atención Materno Neonatal (AMNE) para brindar un servicio de calidad a las personas que demandan de los servicios de atención en salud.

a.17 Tipo de Hospital.

Pertenece al tercer nivel de atención.

Categoría de Hospital Distrital.



Con una capacidad de atención en hospitalización de 50 camas, el objetivo inicial era el de prestar los servicios de Atención Materno Infantil, pero con el transcurso del tiempo y debido al crecimiento demográfico y la consecuente demanda de la población el hospital tuvo que incrementar sus servicios, teniendo que implementar los servicios de consultas especializadas de cirugía, medicina interna y traumatología; además por estar localizado en región fronteriza con México, se brinda atención de los diferentes servicios a personas transmigrantes y que residen en la frontera del lado mexicano y una capacidad de hospitalización actual de 80 camas distribuidas entre los diferentes servicios.

a.18 Área de influencia.

El área de afluencia del hospital abarca un 35% de los municipios del Departamento de San Marcos siendo estos, Malacatán, Tecún Uman, San Pablo, Pajapita, El Rodeo, el Tumbador, San Rafael Pie de la Cuesta, Catarina, Ocos, Tajumúlco, Nuevo Progreso, La Reforma.

Cartera de servicios.

- ✓ Medicina
- ✓ Cirugía
- ✓ Traumatología
- ✓ Pediatría
- ✓ Consulta externa
- ✓ Sala de operaciones
- ✓ Labor y partos
- ✓ Central de equipos
- ✓ Recién nacido patológico
- ✓ Emergencia: General
 - Pediátrica
 - Gineco-Obstetricia
- ✓ UAI (Unidad de Atención Integral)
- ✓ Psicología
- ✓ Nutrición
- ✓ Trabajo social
- ✓ Rayos X
- ✓ Laboratorio
- ✓ Ultrasonido

Población que atiende: 569,477 datos obtenidos de la plataforma digital de INE 2018



B. ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE

Título: Lesiones del himen en reconocimientos médico legales (RML) ginecológicos por delitos contra la libertad sexual

Autor: Ulises Mejía Rodríguez; Alex Mejía Rodríguez

Fecha: 2013

Lugar: Estados Unidos

Resumen

Objetivo: Determinar las características de las lesiones himeneales y lesiones genitales, paragenitales y extragenitales.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de enero a diciembre del 2013.

Resultados: Se realizaron 47 RML Ginecológicos por delitos contra la libertad sexual. El 38,29% (18/47) correspondió a peritadas entre 15 a 17 años. Los hallazgos fueron: himen íntegro (18,92%), himen complaciente (8,11%), defloración reciente (8,11%) y defloración antigua (72,97%), entre otros hallazgos.

Conclusión: Las desfloraciones antiguas pueden tener lesiones himeneales nuevas, ello debido al diámetro del orificio himenal, existiendo mayor frecuencia cuando el orificio himenal es pequeño y mediano; a diferencia de cuando el orificio himeneal es grande o muy elástico (himen complaciente) que crea dificultades en el reconocimiento de lesiones. (Rodríguez & Rodríguez, Lesiones del himen en reconocimientos médico legales (RML) ginecológicos por delitos contra la libertad sexual, 2013)



Título: Resiliencia en adolescentes víctimas de violencia sexual

Autor: Kleidy Marisela Pivaral Monterroso

Fecha: 2015

Lugar: Mazatenango, Guatemala

Resumen

La resiliencia es la forma en que el ser humano pueda enfrentar las circunstancias y salir adelante, a pesar de las adversidades.

El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de resiliencia en las adolescentes víctimas de violencia sexual. La violencia sexual en las adolescentes es un acto que se vive muy seguido y que en su mayoría la violencia es realizada por la misma familia. A pesar de que se brinda información para estar atentos a las características que se pueden observar y darse cuenta que las personas están siendo víctimas de violencia sexual y estar alertas aún es difícil que las familias puedan tomar en cuenta estas actitudes de poder prevenir.

Métodos y materiales: La muestra para realizar este estudio fue de 30 adolescentes víctimas de violencia sexual comprendidas entre las edades de 12 a 17 años del Juzgado de la Niñez y Adolescentes, y adolescentes en conflictos con la ley penal de Mazatenango Suchitepéquez.

Resultados: En base a los resultados las adolescentes más afectadas con violencia sexual son las que comprenden las edades entre 14 y 15 años de edad, y son las que viven en el área urbana. Se tomó también que estas mismas fueron víctimas de una a tres veces con los mismos victimarios, durante un mes a un año. Los victimarios en su mayoría son parte de la familia siendo ellos los padres, tíos, abuelos y primos.

Con base a los resultados se presenta una propuesta con el fin de apoyar el estado emocional y mantener un nivel de resiliencia para que las adolescentes puedan decidir en construir un futuro mejor con diferentes metas para salir adelante y ser mujeres de éxito. La propuesta consistió en: Talleres para superar la violencia sexual en las adolescentes. (Monterroso, 2015)



Título: Caracterización de la violencia intrafamiliar hacia la mujer. Consultorio No 1. Policlínico René Ávila Reyes. Holguín. 2008

Autor: Eisy Mercedes Infantes Pérez; Tatiana Zoila Ochoa Roca; Kenia Hechevarría Barzaga.

Fecha: 2008

Lugar: Cuba

Resumen:

Métodos y materiales: Aborda un estudio descriptivo y transversal sobre el comportamiento de la violencia intrafamiliar hacia la mujer, en el consultorio 1 del Policlínico “René Ávila Reyes”, en Holguín en el año 2008. La muestra quedó conformada por 101 mujeres, que luego de aplicarle una entrevista refirieron haber sido sometida a algún acto de violencia por parte de su pareja.

Resultados: Existió un mayor comportamiento de la violencia intrafamiliar en mujeres en edades comprendidas de 25 a 44 años, con escolaridad de preuniversitario o técnico medio y en las trabajadoras. El tipo de violencia que predominó correspondió al psicológico y con un tiempo de relación de pareja 6 a 10 años. Los factores que incidieron en la aparición del maltrato estuvieron dados por la mala comunicación en el hogar y la ingestión de bebidas alcohólicas.

Conclusiones: Se recomendó la realización de una intervención educativa comunitaria para lograr la reducción de esta problemática. (Pérez, Roca, & Barzaga., 2008)



Título: 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

Autor: Dr. Lester Geovanny Benedith Quintanilla

Fecha: 2015

Lugar: Nicaragua

Resumen

El presente estudio fue realizado en niñas y niños que fueron traídos a los servicios de Pediatría y Gineco-Obstetricia, en busca de atención médica a quienes se encontró en su anamnesis que eran víctimas de abuso sexual durante el período de enero del año 2013 a diciembre del año 2014 cuyos principales resultados.

El 72% de los pacientes estudiados correspondían al sexo femenino, la edad de presentación en el 54% correspondían a los grupos de edad de 10 a 14 años, procedentes en su totalidad del área urbana.

La edad del abusador fue en su mayoría de 35 a 55 años con un 45.5%, en cuanto a la relación que existía entre este y la víctima se encontró que no había ningún tipo de relación y que todos los abusadores eran del sexo masculino.

Los factores que condicionaron la ocurrencia del delito fue en su mayoría la distorsión de roles familiares en el 72% de los casos. En cuanto al tipo de abuso sexual cometido por el agresor la penetración vaginal fue el tipo más frecuentemente encontrado con un 72%.

La consecuencia clínica más frecuentemente encontrada fue el embarazo en el 54% de los casos. (Benedith, 2015)



C. MARCO CONCEPTUAL

1. Violencia

La historia de la cultura demuestra que la violencia es como un holocausto que retorna cíclicamente bajo distintas formas: desde la tortura y el crimen, hasta el aniquilamiento de la capacidad de pensar de las personas (Ponce de León, 1999).

Ulloa (1995) señala que “la violencia recorre nuestra historia como seres humanos y remarca que cada sociedad va construyendo sus diferentes expresiones de violencia y creando diversos dispositivos culturales que favorecen su despliegue y perpetuación”.

Es así que la violencia se considera un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades, adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto. Afecta a hombres y mujeres. Sin embargo, en sociedades patriarcales donde el hombre ocupa un lugar privilegiado dentro de la sociedad, es la mujer la que sufre en mayor porcentaje situaciones de violencia (García Moreno, 2000).

En nuestro país, la violencia es la resultante de un proceso histórico que se sustenta en un antiguo y rígido modelo de relaciones de dominación, el cual no dio, ni da cabida a relaciones de intercambio horizontales, sino más bien alimenta las diferencias entre razas, sexos y clases sociales (Vega y Sthar, 1991).

Es en este contexto que se enmarca la violencia contra la mujer en nuestro país, dentro de una cultura racista, clasista y machista que la tolera y la justifica partiendo de un discurso social etnocentrista.

Según Vega y Sthar (1991) desde esta perspectiva, la violencia inhibe el crecimiento humano, le niega potencialidades inherentes, limita la vida productiva y hasta puede causar la muerte. En la violencia, a diferencia de la agresividad, se pone en juego un deseo no explícito de dominación sobre la voluntad del otro.

Desde esta perspectiva, la violencia es el ejercicio de una fuerza injusta que atropella la libertad, la vida y el ser de una persona o grupo, y se le entiende como la manifestación desnuda y primitiva de la agresión (Urra, 1997).

Además, según Aguinis (1999), cuando se desata el impulso violento lo importante es descargar, luego no faltarán explicaciones que traten de legitimar y justificar algo que desde su esencia carece de lógica y racionalidad.



Según Hirigoyen (2006), la gran diferencia entre agresividad y violencia se observa en la cualidad del vínculo entre las personas, ya que “donde no hay más que un conflicto, aunque puedan haber gritos, platos rotos e incluso empujones, existe una relación igualitaria a pesar de todo, una simetría entre los involucrados”. (Hirigoyen, 2006)

La violencia entonces, supone una relación de dominación donde se pueden dar, desde insultos, autopercepción y relaciones interpersonales en mujeres víctimas de violencia sexual, humillaciones y golpes, hasta órdenes que implican obligar a alguien por medio de la fuerza a realizar algo en contra de su voluntad. (Hirigoyen, 2006)

Según Velásquez (2003), debido a que la violencia se ejerce mayoritariamente sobre las mujeres, no se puede desligar ésta del concepto de género, debido a que la diferencia social y subjetiva de los sexos provoca relaciones de desigualdad y poder entre hombres y mujeres, las cuales naturalizan la discriminación contra la mujer, causa central de la violencia.

La violencia contra la mujer es un problema complejo y multidimensional ya que existen factores individuales, familiares y sociales que hacen que la mujer se encuentre en una posición de mayor vulnerabilidad respecto de los varones.

La violencia contra las mujeres daña la integridad física y psíquica de la mujer, anulando su subjetividad. Este no reconocimiento de la mujer como sujeto, se observa en las diferentes actitudes discriminatorias que se han ejercido a lo largo de la historia humana y da cuenta de la violencia simbólica que pretende hacer entrar a un sujeto, en este caso a las mujeres, dentro de una categoría impuesta por otro. (Bourdieu, 1996).

Violencia sexual Según Glocer Fiorini (2005), las relaciones de poder subyacen a todo lazo social y la sexualidad es un instrumento privilegiado que las sostiene (p. 291). Para esta autora, es innegable que el poder circula entre las personas, pero cuando se estabiliza autopercepción y relaciones interpersonales en mujeres víctimas de violencia sexual dentro de las relaciones hacia uno de los sujetos, se crea una asimetría que deriva en efectos de dominación y violencia. (Godenzi, 2009)

2. Violencia sexual

La violencia sexual es uno de los tipos de violencia que más se ejerce contra las mujeres menores de edad y adultas.

La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define a la violencia sexual como: Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso



de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto. (Procuraduría General de la República, 2017)

Las manifestaciones de la violencia sexual van desde el acoso callejero mediante “piropos” o el exhibicionismo, hasta el abuso sexual, la violación o la trata de personas con fines sexuales.

Algunos elementos que caracterizan la violencia sexual son:

- Prácticas que no son deseadas y no existe un consentimiento de parte de la persona o este se encuentra viciado.
- Prácticas sexuales que estén mediadas por la coacción, que puede establecerse a través de fuerza física, intimidación, violencia psicológica, extorsión, amenazas o abuso de una situación de poder desigual entre la víctima y quien ejerce la violencia. La violencia sexual no se limita solo a actos físicos sexuales, sino que se consideran también las tentativas para consumir los actos, los comentarios y las insinuaciones.

La violencia también puede ocurrir cuando la persona no se encuentra en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, si está bajo los efectos del alcohol o de estupefacientes. Asimismo, puede tener lugar en el ámbito de las relaciones de pareja.

Según datos del INEGI (2011); 3,309,173 mujeres habían vivido violencia sexual a lo largo de su relación. De las mujeres casadas o unidas que vivieron este tipo de violencia, al 7.7% su pareja les exigió tener relaciones sexuales sin su consentimiento; al 3.1% les obligó a hacer cosas en el acto sexual que ellas no querían y el 3.3% fueron sometidas mediante la fuerza física con la finalidad de tener relaciones sexuales. Hasta 2005 la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que sí existía la violación entre cónyuges. (Bourdieu, 1996).

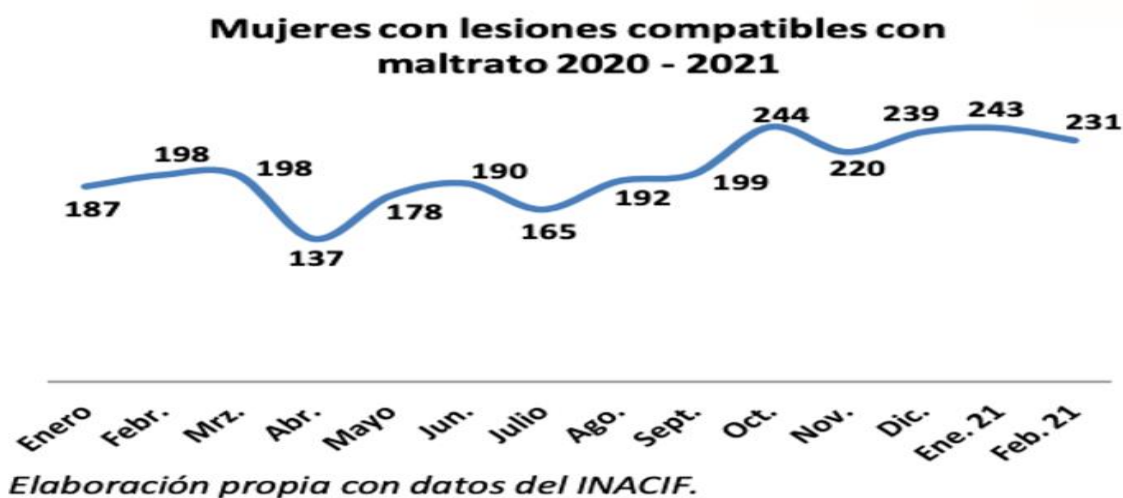
De acuerdo con el Sistema Nacional de Seguridad Pública, de enero a mayo de 2017, se tienen registradas 12,826 averiguaciones y carpetas de investigación en el fuero común. De las cuales, 5,222 son por violación y 7,604 por delitos como abuso sexual, pederastia y hostigamiento. Ocho de cada diez víctimas de delitos sexuales son mujeres; 26.9% de las mujeres víctimas son estudiantes; 22.8% empleadas y 12.2% amas de casa.

La violencia sexual afecta también gravemente a niños y a hombres, aunque en un número mucho menor; en este caso, igualmente se ejerce como mecanismo de poder y humillación, mediante el cual las víctimas son colocadas o mantenidas en una posición subordinada respecto de otros hombres; por lo que en esencia puede ser descrita como un acto que refuerza la masculinidad del perpetrador a través de debilitar a la víctima.



En el caso de los hombres víctimas de delitos sexuales, 21% son estudiantes; 13.9% empleados y 6.8% profesionistas. En diferentes momentos de la vida, las personas pueden vivir violencia sexual en diferentes circunstancias y bajo riesgos muy específicos. Una víctima nunca es responsable de la violencia que recibe. (Bourdieu, 1996)

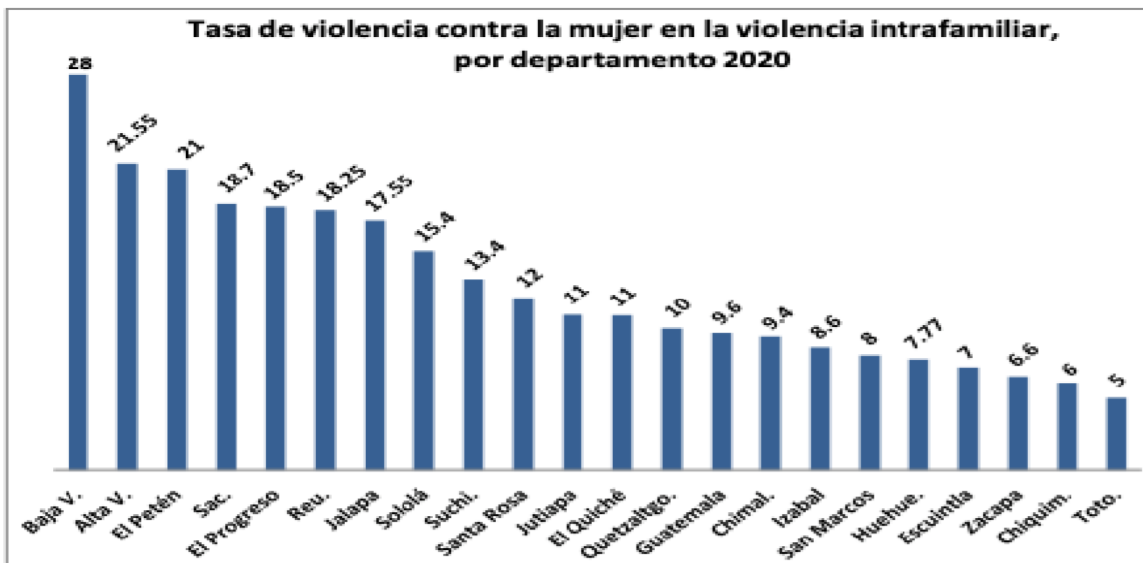
Según datos del Instituto de Enseñanza sobre el Desarrollo Sostenible; indica que los delitos sexuales contra mujeres mantienen niveles muy altos en febrero 2021, cuya tendencia al alza inició en mayo 2020, registrándose la mayor cantidad de casos en octubre 2020. A partir de estos datos, la tasa de mujeres víctimas de delito sexual a febrero 2021 es de 63 por 100 mil mujeres. En tanto que las víctimas hombres de este delito solo representan el 10% de los casos, según el reporte consolidado 2020 sobre personas a quienes el INACIF practicó reconocimiento médico por delito sexual. (Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible, 2021)



Fuente: Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible

Según datos del Instituto de Enseñanza sobre el Desarrollo Sostenible; indica que en los departamentos donde hay más registro sobre mujeres violentadas económica, psicológica o físicamente en el seno familiar, son las Verapaces, El Petén, Sacatepéquez, El Progreso, Retalhuleu y Jalapa.

Coincidentemente también en estos departamentos hay mayor presencia del crimen organizado y alta circulación de armas de fuego, condiciones que podrían incluso intimidar a las mujeres a poner sus denuncias. (Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible, 2021)



Elaboración propia con datos de la PNC.

Fuente: Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible

3. Daños y consecuencias de la violencia sexual

Los daños y consecuencias que se presentan en las víctimas de violencia sexual son múltiples y de gran alcance.

Las VSVS (Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual) pueden manifestar alteraciones en su salud mental, tales como depresión, ansiedad, fobias, crisis de pánico, desórdenes alimenticios, disfunción sexual, baja autoestima, estrés mental, adicción al tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, conducta sexual de riesgo, inactividad física, trastorno de estrés postraumático, entre otros.

También pueden presentar consecuencias físicas, tales como lesiones corporales y genitoanales, impedimento motor, discapacidad permanente, dolores crónicos, síndrome de intestino irritable, desórdenes gástricos, quejas somáticas, fibromialgia. Además, se presentan afecciones relacionadas con la salud reproductiva, tales como enfermedad inflamatoria pélvica, dolor durante el coito, dolor pélvico crónico, infecciones de las vías urinarias, disminución del deseo sexual, embarazo no deseado, ITS, VIH, sida, desórdenes ginecológicos, abortos, complicaciones en el embarazo, muerte perinatal o bajo peso al nacer.

Las niñas y las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexual, no solo porque constituyen la gran mayoría de las víctimas, sino también porque son vulnerables a repercusiones para su salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer



infecciones de transmisión sexual, inclusive infección por el VIH. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 2019)

Las consecuencias en las personas debido a la violencia sexual, llegan a ser profundas sobre la salud física y la salud mental. Algunas de las repercusiones son: lesiones físicas y discapacidad, depresión y ansiedad, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios.

Según la Procuraduría General de la República (2017) “también llega a presentarse el consumo perjudicial de sustancias como drogas y alcohol, o incluso, el suicidio”. (Procuraduría General de la República, 2017)

4. Violencia sexual infantil

Conceptualización del abuso sexual infantil

El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores. En muchos casos esa interacción dará lugar a uno o más tipos de maltrato, por lo que no podemos considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno ajeno al resto de tipologías.

Dentro del concepto maltrato infantil se establecen distintas categorías en función de diferentes variables:

1. Maltrato físico.
2. Negligencia y abandono físico.
3. Maltrato y abandono emocional
4. Abuso Sexual. Se define como contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.



Dentro de esta concepción de abuso sexual, destacamos las siguientes categorías:

- ✓ Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.
- ✓ Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- ✓ Exhibicionismo. Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico, en la que hay exposición de los órganos genitales a un niño como medio para obtener gratificación sexual.
- ✓ Explotación sexual infantil. Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil. Dentro de explotación sexual infantil, existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia: tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil, pornografía infantil.
- ✓ Maltrato perinatal. Definido como aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que haya voluntariedad y negligencia, que perjudican el embarazo y al feto.
- ✓ Síndrome de Munchausen por poderes. Es un cuadro patológico en el que el padre o la madre (mayoritariamente son las madres) generan voluntariamente lesiones al niño, para hacerle pasar constantemente por enfermo. Puede llegar hasta el extremo de darle muerte.
- ✓ Maltrato institucional. Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados y de la actuación de los profesionales al amparo en el marco de la institución, que vulnera los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de protección o recursos.

Los profesionales de todos los ámbitos, incluido el judicial, han de tener claro que hay formas de coerción que pueden resultar tanto o más dañinas para el niño o niña que el empleo de la violencia en el episodio de abuso sexual infantil. Con frecuencia, los factores de riesgo y de protección del abuso sexual son los mismos que para otros tipos de maltrato infantil. Por otro lado, en numerosas ocasiones, los síntomas comportamentales son muy similares en los diferentes tipos de maltrato.



Todas las instituciones deberían desarrollar líneas de trabajo que incluyan formación a profesionales, sensibilización social, evaluación de programas y estudios de incidencia relativos a todas las tipologías de maltrato, incluidas la negligencia y el maltrato psíquico. (Bourdieu, 1996).

El abuso sexual como un abuso de poder

Existen numerosas definiciones de abuso sexual. En la mayoría de ellas se establecen dos criterios para hablar de abuso:

- a. Coerción. El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.
- b. Asimetría de edad. El agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad. En realidad, esta asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia), asimetría de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en pre púberes tiene menos connotaciones sexuales), asimetría en las habilidades sociales, asimetría en el experiencia sexual. Por todo ello, ante una diferencia de edad significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión. Esta asimetría representa en sí misma una coerción.

De entre todos los modelos etiológicos del abuso sexual infantil, el más aceptado es el modelo elaborado por Finkelhor y Krugman, en el que se describen las cuatro condiciones para que el abuso se produzca:

Primera condición, relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un modus operandi diferente:

- ✓ Por una parafilia sexual.
- ✓ Por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia.
- ✓ Por un componente psicopático de personalidad.
- ✓ Por trastorno de control de los impulsos.
- ✓ Pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado.

Segunda condición, relacionada con la habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos, recurriendo para ello al alcohol y las drogas.

Tercera condición, por la que se vencen las inhibiciones externas, o los factores de protección del niño.



Cuarta condición, que le permite vencer la resistencia del niño, para lo que se recurre al uso de la violencia o de la amenaza o el engaño y la manipulación. En este punto, hay menores especialmente vulnerables como los niños con discapacidades puesto que en algunos casos su capacidad para oponer resistencia se ve seriamente mermada o como el caso de los más pequeños de menos de tres años. (García Moreno, 2000)

El abuso sexual como una cuestión sobre la sexualidad de la persona

Una vez establecido que el abuso sexual no es sino una forma de maltrato al niño o a la niña y que éste maltrato supone y se basa en un abuso de poder sobre el menor, es importante, de cara a la conceptualización del abuso sexual infantil, abordar sus particularidades.

El abuso sexual es una forma de abuso que afecta a la sexualidad del individuo. En este punto es importante diferenciar la intimidad de la sexualidad y de la genitalidad. La intimidad de la persona está compuesta de múltiples contenidos y uno de ellos es la sexualidad, que a su vez no puede ser limitada a la genitalidad. Este es uno de los factores esenciales a la hora de comprender el abuso sexual infantil. En efecto, éste no se limita a realizar conductas genitales con el niño sino a un abanico de conductas sexuales mucho más amplio. (Moreno, 2012)

Falsas creencias sobre el abuso sexual infantil.

A continuación, se referencia una clasificación interesante elaborada por Félix López y Amaia del Campo acerca de las falsas creencias existentes en el abuso sexual infantil.

- ✓ Los abusos sexuales solo los sufren las niñas.
- ✓ Hoy en día se dan más casos de abuso sexual que en el pasado.
- ✓ Quienes cometen abusos sexuales son enfermos psiquiátricos.
- ✓ Los abusos sexuales no se dan en todo tipo de situaciones sociales.
- ✓ Los niños y niñas en este caso no dicen la verdad.
- ✓ Los niños y niñas son responsables de abuso sexual.
- ✓ Los niños y niñas a veces pueden evitar el abuso sexual.
- ✓ Si el abuso tuviese lugar sobre un menor de mi entorno cercano, yo lo detectaría.
- ✓ Cuando se da un abuso sexual sobre un niño o niña, su familia lo denuncia.
- ✓ Los agresores sexuales son casi siempre desconocidos.
- ✓ Los efectos de un abuso sexual son casi siempre muy graves.
- ✓ Los abusos sexuales siempre van acompañados de violencia física.
- ✓ Los abusos sexuales son poco frecuentes. (Faundes, A. 2011)



Se deberían promover programas de sensibilización social que incrementen el conocimiento sobre el abuso sexual infantil y erradiquen las falsas creencias sociales que están en la base de una visión distorsionada del problema que posibilita que las personas e instituciones lo nieguen o se inhiban ante él.

Modelo ecológico del abuso sexual infantil

El marco ecológico integra los contextos de desarrollo del niño (microsistema, macrosistema y exosistemas) estructurando los factores que intervienen en la etiología del maltrato:

- ✓ Desarrollo del individuo. El desarrollo de la persona es evolutivo, gradual y basado en la interacción con los demás. Desde ahí, la experiencia previa que los padres traen de su propia vida a la hora de abordar la paternidad va a condicionar el desarrollo del niño, al igual que cualquiera lesión o discapacidad que tenga.
- ✓ Microsistema. Es el entorno más cercano al niño, en el que desenvuelve su vida diaria y con el que está en contacto permanente, además de quien depende. El núcleo socializador prioritario en este nivel es la familia e influyen factores como la composición de ésta, el ajuste marital o las características del niño.
- ✓ Exosistema. Está compuesto por los sistemas sociales que rodean al sistema familiar (escuela, trabajo, vecindario, amistades, etc.) cuyos valores y creencias configuran los del niño, puesto que limitan o enriquecen sus propias vivencias y configuran un mundo relacional.
- ✓ Macrosistema. Son los valores de la cultura en la que se desarrolla el individuo. En la crianza de los niños influyen los conceptos sobre la paternidad y los roles de género, la concepción de los derechos de la infancia, etc. Todos estos valores configuran a su vez el enfoque de la vida individual, por ejemplo, a través de los medios de comunicación. Estos sistemas relacionales interactúan constantemente, creando una serie de circunstancias o factores que producen un riesgo o una protección real frente al maltrato infantil, en cualquiera de sus formas.

Entre los factores de riesgo, existen algunos especialmente relevantes:

- ✓ Discapacidad psíquica grave de uno o ambos padres.
- ✓ Consumo de alcohol o drogas de uno o ambos padres.
- ✓ Historia de maltrato previa en uno o ambos padres.



- ✓ Falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas entre los padres y el niño.
- ✓ Falta de red de apoyo psicosocial, aislamiento social de la familia.
- ✓ Problemas de disarmonía y ruptura familiar.
- ✓ Desempleo o pobreza.
- ✓ Falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona.
- ✓ Aceptación social de pautas como el castigo físico. Entre los factores de compensación o protectores se destacan los siguientes:
 - ✓ Historia de vinculación afectiva de los propios padres o reconocimiento y elaboración de la historia, en caso de ser negativa.
 - ✓ Existencia de una red de apoyo psicosocial.
 - ✓ Seguridad económica.
 - ✓ Armonía y apoyo de la pareja en la crianza.
 - ✓ Integración social de la familia y del niño con sus iguales. Todos estos factores interactúan permanentemente creando una estructura relacional constante, en la que las personas nos desenvolvemos.

Es importante conservar esta perspectiva para evaluar cada caso individualmente y entender que las circunstancias vitales de cada persona definen sus posibilidades, no sólo sus limitaciones. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2017)

Factores de protección y de riesgo en el abuso sexual infantil

Según PREVINFAD propone un modelo integral de evaluación. En este modelo no sólo se distingue entre factores protectores o compensadores y de riesgo o potenciadores, sino que dentro de cada categoría, se establece la diferencia entre los factores estables o los factores situacionales.

Es decir, dentro de los factores potenciadores que suponen un riesgo, hay algunos que están presentes a lo largo de toda la historia, que vienen dados antes del abuso (vulnerabilidad) como una experiencia de abuso intrafamiliar previa, y otros que surgen como los conflictos maritales (provocadores).



En los factores compensadores sucede lo mismo: existen factores relacionados con el ambiente familiar que suponen una protección constante (protectores) como la comunicación intrafamiliar o unas determinadas pautas de cuidado, y otros que surgen (tampones), como las experiencias de satisfacción provenientes del cuidado del niño.

La importancia de esta diferencia se deriva de las posibilidades de intervención y modificación en estos factores y sirve para entender que hay circunstancias que pueden precipitar el proceso, pero ser temporales. Asimismo, existe otra síntesis que ordena los factores de protección y riesgo según su ámbito de influencia, no sobre su capacidad de protección del niño o niña. Según esta clasificación, los factores de riesgo serían los siguientes:

Individuales

a) Factores parentales:

- ✓ Historia de malos tratos o abandono. En concreto, tener una madre con historia de abuso sexual infantil.
- ✓ Rechazo emocional en la infancia.
- ✓ Carencia de vinculación afectiva en la infancia o de cuidado.
- ✓ Ignorancia sobre las características del desarrollo evolutivo y sexual del niño y sus necesidades.
- ✓ Historia de ruptura familiar.
- ✓ Bajo nivel de inteligencia.
- ✓ Pobre autoestima.
- ✓ Falta de capacidad empática.
- ✓ Pobres habilidades sociales.
- ✓ Poca tolerancia al estrés.
- ✓ Problemas psicológicos.
- ✓ Madre enferma, discapacitada o ausente del hogar.



b) Familiares

- Relación padres-hijos:
 - ✓ Desadaptada.
 - ✓ Ciclo ascendente de agresión.
 - ✓ Técnicas de disciplina coercitiva.
 - ✓ Falta de vinculación afectiva.
- Relación de pareja:
 - ✓ Conflicto conyugal.
 - ✓ Violencia y agresión en la pareja o hijos no deseados.
- Configuración familiar:
 - ✓ Tamaño excesivo familiar.
 - ✓ Familias monoparentales.
- Aislamiento social de la familia.

Socioculturales

a) Ámbito laboral.

- ✓ Desempleo.
- ✓ Pobreza.
- ✓ Pérdida de rol.
- ✓ Insatisfacción laboral o tensión en el trabajo.

b) Red psicosocial de apoyo:

- ✓ Aislamiento.
- ✓ Pérdida.



- ✓ Alta movilidad
- ✓ Escasa integración social.

C) Factores culturales:

- ✓ Legitimación de la violencia.
- ✓ Aceptación del castigo físico.
- ✓ Actitud hacia la infancia, hacia la mujer y la familia.
- ✓ Vulneración de los derechos de la infancia.

El abuso sexual infantil es el resultado de la conjunción de una serie de factores, no hay un único factor causal. Por ello, es importante trabajar y promover los factores de protección y evaluar los riesgos añadidos procedente de las llamadas poblaciones de riesgo, pero sin estigmatizarlas. (Torres, 2009)

5. Consecuencias del abuso sexual infantil

De entre las consecuencias a corto plazo, conviene recalcar un fenómeno importante: el Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, que tiene muchos paralelismos con el Síndrome de Estocolmo y que incluye cinco fases:

1. Impotencia. Los niños víctimas de abuso sexual generan un fenómeno de indefensión aprendida, puesto que sus intentos por evitar el abuso resultan vanos. Poco a poco dejarán de intentarlo siquiera.
2. Mantenimiento del secreto. La manipulación y la amenaza a la que son sometidos les obliga a mantener, sobre todo, en los casos de abuso intrafamiliar una doble vida para mantener el secreto y evitar la revelación.
3. Entrampamiento y acomodación. Si el abuso se prolonga en el tiempo, el niño poco a poco irá asumiendo el papel de pareja del agresor.
4. Revelación espontánea o forzada. Cuando se llega a la revelación, suele ocurrir con un igual, pudiéndose producirse bien de manera espontánea o bien forzada por un adulto al valorar los indicios.



5. Retracción. Si no hay una intervención efectiva, incluso habiéndola, la retracción es frecuente, por culpa, vergüenza o miedo. (Torres, 2009)

Consecuencias a corto plazo

Físicas:

- ✓ Pesadillas y problemas de sueño.
- ✓ Cambio de hábitos de comida.
- ✓ Pérdida de control de esfínteres.

Conductuales:

- ✓ Consumo de drogas y alcohol.
- ✓ Fugas.
- ✓ Conductas autolesivas o suicidas.
- ✓ Hiperactividad.
- ✓ Bajada del rendimiento académico.

Emocionales:

- ✓ Miedo generalizado.
- ✓ Agresividad.
- ✓ Culpa y vergüenza.
- ✓ Aislamiento.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización.
- ✓ Rechazo al propio cuerpo.
- ✓ Síndrome de stress postraumático.

Sexuales:

- ✓ Conocimiento sexual precoz o inapropiado de la edad.
- ✓ Masturbación compulsiva.
- ✓ Exhibicionismo.
- ✓ Problemas de identidad sexual.

Sociales:

- ✓ Déficit en habilidades sociales.
- ✓ Retraimiento social.
- ✓ Conductas antisociales. (Torres, 2009)



Consecuencias del abuso sexual infantil a largo plazo.

Aunque no existe un cuadro diferencial del abuso sexual infantil, hay consecuencias de la vivencia que permanecen o, incluso, pueden agudizarse con el tiempo, hasta presentar:

- ✓ Trastorno disociativo de identidad.

Emocionales:

- ✓ Depresión.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Síndrome de estrés postraumático.
- ✓ Dificultad para expresar sentimientos.

Sexuales:

- ✓ Fobias sexuales.
- ✓ Disfunciones sexuales.
- ✓ Falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo.
- ✓ Alteraciones de la motivación sexual.
- ✓ Mayor probabilidad de ser violadas. En un estudio se recogió que era 2,4 por cien más probable que una mujer víctima de abuso sexual infantil fuera después violada.
- ✓ Mayor probabilidad de entrar en la prostitución. En un estudio realizado sobre 200 prostitutas, el 60 por cien de ellas habían sido abusadas sexualmente cuando eran niñas.
- ✓ Dificultad para establecer relaciones sexuales, autovalorándose como objeto sexual.

Sociales:

- ✓ Problemas de relación interpersonal.
- ✓ Aislamiento.
- ✓ Dificultades de vinculación afectiva con los hijos.

Mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja. Por todo ello, la atención que se le ha de proporcionar a un niño víctima de abuso sexual no debe únicamente centrarse en el cuidado de sus lesiones sino debe ser coordinada entre los distintos profesionales prestando atención psicológica, dándole un seguimiento a corto y medio plazo y proporcionando atención y apoyo al menor y a la familia.



Como ya se ha indicado, el papel de la familiar es esencial en la recuperación del niño: si le creen desde el primer momento y le apoyan, constituyéndose en modelo y referente afectivo alternativo, el menor se recuperará antes y mejor que en caso contrario. (Fuentes, 2011)

Enfoque general del trabajo de prevención

Prevenir el abuso sexual infantil es una labor compleja, que atañe no sólo a los profesionales, sino que ha de desarrollarse involucrando a los distintos agentes sociales de la comunidad. Por eso es importante, antes de entrar a valorar los programas de prevención, establecer a priori tres criterios a los que deben obedecer.

El abuso sexual no es sino un modo de maltrato al niño, puesto que vulnera sus necesidades y daña su desarrollo físico, afectivo y social. Sin embargo, es importante valorar sus características diferenciales respecto a las otras tipologías de maltrato, por tres motivos:

1. El abuso sexual infantil sucede en la mayoría de los casos sin violencia física, pero sí emocional. Se emplea la manipulación y el engaño, o la amenaza y el soborno. Sin embargo, la violencia física solamente media en un 10 por cien de los casos.

2. Es importante recordar que los niños, sobre todo los más pequeños, viven el abuso con sorpresa no tienen referente de comparación para el comportamiento del adulto como algo ocasional, no intencionado, casi accidental puesto que para ellos es impensable que ocurra otra cosa.

Poco a poco, irán percibiendo el abuso como más intrusivo e intencional. Sin embargo, al principio es difícil que se den cuenta de lo que está ocurriendo, por lo que es muy difícil la revelación.

3. El abuso sexual, como ya se ha explicado, es una cuestión de abuso de poder pero tiene un componente que no debemos olvidar en cuanto a la sexualidad del individuo, tanto del agresor como de la víctima. La vulneración de la sexualidad del niño puede dañar su desarrollo, impedirle establecer relaciones afectivo sexuales normalizadas o inducirle a pautas sexuales erróneas y dañinas.

Cuando se emprende cualquier tipo de labor de prevención en este ámbito, es necesario mantener un enfoque positivo. No es posible reducir la incidencia del maltrato infantil ni disminuir sus efectos en el niño, si no se fomenta unas pautas de trato adecuadas.

Los padres y demás adultos cercanos al niño, antes de saber el grado de equivocación con el que hacen las cosas, han de tener una oportunidad de hacerlas bien. En la crianza de los



niños, hay una infinidad de cosas que se dan por sabidas, como si el sentido común fuera garante de su conocimiento.

Esta presunción no es cierta. Los padres a menudo ignoran el modo en el que han de enfrentarse al cuidado de sus hijos, a sus necesidades. De esta forma, esta crianza se suele convertir en un aprendizaje mutuo a base de ensayos y errores. (Procuraduría General de la República, 2017)

Metodología general en el trabajo de prevención

La metodología que se debería seguir pasa por:

- ✓ La involucración de padres y otros agentes sociales. Un programa de prevención que trabaje solamente con los niños y niñas, por muchas habilidades que les proporcione, será menos efectivo, porque no les facilitará posibilidades de generalización de esas capacidades.
- ✓ El apoyo y asesoramiento a los profesionales de campo. La formación sobre el abuso sexual infantil que poseen los profesionales responsables de la atención a la infancia es limitada.

No sólo es importante que profesionales expertos en el campo desarrollen programas de prevención e investigación al respecto, sino que los profesionales que han de detectar y evaluar los casos puedan hacerlo adecuadamente.

Save the Children en Suecia desarrolla un programa de selección y formación de los profesionales responsables del cuidado a la infancia de modo que se garantice la calidad del trato que reciben los niños y niñas.

- ✓ La consideración especial de grupos vulnerables. A menudo, los programas de prevención primaria sólo están diseñados para poblaciones generales, sin atender a las características diferenciales de algunos colectivos. Por ello, las habilidades o conocimientos que se les proporcionan suelen ser poco útiles, puesto que no pueden aplicarlos en su entorno y realidad.
- ✓ La planificación del programa y de la evaluación del mismo, considerando el contexto familiar y social. Para diseñar un programa de prevención primaria eficaz es fundamental que los contenidos puedan aplicarse en la realidad familiar y social de la persona destinataria y que contemplen las características sociales, económicas y educativas, entre otras, de su contexto vital.



- ✓ La evaluación previa y posterior de todos los programas de prevención. Es necesario establecer pautas que garanticen la aplicabilidad de las actuaciones a otros colectivos, así como su eficacia. (Hirogen, 2006)

Niveles de trabajo de prevención

Cuando se habla de prevención, es importante diferenciar distintos niveles:

1. Prevención primaria. Es toda intervención con población general (padres, niños y niñas, profesionales, etc.) que tiene como fin incrementar sus conocimientos y proporcionarles pautas de relación positivas y de autodefensa.

Se trabaja cuando el abuso todavía no ha ocurrido, favoreciéndose su detección. Es la labor de prevención más eficaz puesto que de tener éxito reduciría la incidencia de los casos de abuso sexual infantil.

2. Prevención secundaria. En este campo se trabaja con las llamadas “poblaciones de riesgo”, personas que por sus características o circunstancias están sujetas a un mayor riesgo de sufrir un abuso sexual. Todo niño o niña está en riesgo de sufrir abuso sexual, pero en el caso de menores pertenecientes a determinados colectivos aquél aumenta. Nos referimos concretamente a:

- ✓ Niños institucionalizados.
- ✓ Niños con discapacidad física o psíquica.
- ✓ Niños hijos de mujeres jóvenes.
- ✓ Niños en situación de pobreza.
- ✓ Niños que viven en familias desestructuradas
- ✓ Niños que viven en familias donde ha habido experiencias previas de abuso.

1. Prevención terciaria. Se trabaja cuando ya ha tenido lugar el abuso, tanto con la víctima para que no vuelva a sufrirlo, proporcionándole pautas de autodefensa, además de una posibilidad de tratamiento y rehabilitación eficaz como con el agresor para evitar su reincidencia. Es difícil establecer el límite entre esta labor y el tratamiento en sí mismo, pero, aunque a menudo coincidan, pueden complementarse porque cumplen objetivos distintos y siguen metodologías diferentes. (Sistema Nacional de Inversión Pública, 2013).



6. Normas nacionales de atención a pacientes con abuso sexual

Todo paciente que llegue Emergencia o a consulta Externa de cualquier área de atención con sospecha de Abuso sexual detectados durante el interrogatorio debe ser atendido como una emergencia ingresando al Hospital, aunque su condición médica no lo indique, para su atención integral.

1. Reportar a psicología quienes realizaran Intervenciones exploratorias, de crisis y determinación de los factores de riesgo así como el diagnóstico psicológico de la paciente.
2. Reportar a trabajo social para exploración social de las condiciones de la paciente.
3. En caso de que el paciente llegue en fin de semana o por las noches debe realizarse el ingreso del paciente, no debe permitirse el Alta ni Abandono para reportar el caso en a.m.
4. Una vez iniciada su valoración se realizaran por parte del equipo Psicosocial orientaciones educativas a padres familiares y pacientes tratando de que estos comprendan la magnitud del problema, persuadir y orientar la realización de un proceso legal que permita la protección y recuperación emocional de la víctima.
5. Orientación estricta de la separación de la víctima del agresor y o personas que puedan culpabilizar y revictimizar a la paciente.
6. Psicología realizara intervenciones en crisis a pacientes y familiares y sesiones de apoyo, persuasión, relajación, valorando sistemáticamente los riesgos.
7. A la paciente y madre de brinda a través de psicoterapia cognitiva estrategias de autocuidado y empoderamiento personal.
8. El equipo psicosocial debe orientar al personal médico y de enfermería encargado del cuidado del paciente sobre el riesgo elevado y manejo ético del mismo.
9. Trabajo Social debe realizar las visitas domiciliarias requerida para preparar el reintegro posterior de la paciente, así como la búsqueda de redes de apoyo.
10. De igual forma de reporta el caso a Medicina Legal, Ministerio de familia, incluso a la policía en caso de que no existan familiares que asuman esta responsabilidad.
11. Psicología realizara Psicoterapias familiares y/o de familia a que en su mayoría estos problemas están asociados a disfunciones familiares graves.
12. Trabajo Social focalizará las redes de apoyo necesarias para el caso.



13. Se realizarán por la parte Médica y/o de Psicología las solicitudes y coordinaciones de Interconsultas con Psiquiatría y otras especialidades que amerite la paciente.

14. El equipo psicosocial determinará el alta hasta que las condiciones familiares garanticen la integración adecuada del paciente y el riesgo este altamente disminuido (Riesgo bajo).

15. Con el alta el caso siempre tendrá seguimiento por Consulta Externa de Psicología inicialmente 1 vez por semana espaciándose gradualmente según la evolución del caso lo permita, prolongando este seguimiento a través de un 222 año como mínimo. Además consideramos de suma importancia el acompañamiento para el proceso legal.

16. En todos los casos La Dirección del Hospital no puede rehusar el ingreso de estos pacientes según Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes psiquiátricos y psicopatológicos en el hospital de su comunidad, sobre todo en estos casos en que las pacientes están más al borde de la muerte que en otros casos de enfermedades convencionales. (Rodríguez, 2013)

7. Violencia sexual en mujeres

Actualmente la violencia contra la mujer ha empezado a visibilizarse, generando corrientes de opinión favorables y avances sustanciales en las políticas públicas como producto, en gran medida, de las luchas de colectivos y organizaciones de mujeres que constantemente están reivindicando el derecho a tener una vida libre de violencia, como específicamente lo declara, entre otras, la Convención de Belém do Pará de 1994.

La violencia contra las mujeres, por su condición de ser mujeres, constituye no sólo una violación sistemática de sus derechos humanos, sino también uno de los obstáculos para el logro de la igualdad entre varones y mujeres y para el pleno ejercicio de la ciudadanía.

Es una expresión de la valoración social de las mujeres como carentes de libertad y autonomía para decidir sobre sus proyectos de vida y es inaceptable, ya sea cometida por parientes o por extraños, por actores armados, por el Estado o sus agentes. (Ley 1257 de 2008, p.10)

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. En el informe "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer" del 2013, la Organización Mundial de la Salud OMS estima que el 36 % de las mujeres de América han sido víctimas de violencia de pareja (física o sexual) o violencia sexual perpetrada por otras personas.



Según el ministerio de salud pública, 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”. (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

8. Prevención del riesgo de embarazo en casos de violaciones

Anticoncepción de emergencia (AE)

La anticoncepción de emergencia (AE) de tipo hormonal es un excelente método preventivo y de alta efectividad contra el riesgo de embarazo en los casos de violaciones. La principal ventaja de la AE es que permite evitar un embarazo no deseado en la última línea posible de prevención, después de una fuerte exposición al riesgo producto de una violación o de cualquier relación sexual sin protección. Por lo tanto debería tenerse en cuenta este recurso en otras situaciones en las que por ejercicio de violencia o presiones, las mujeres no pudieron utilizar métodos anticonceptivos. La aplicación de este tratamiento es relativamente sencilla y por lo general es bien tolerado, salvo molestias que desaparecen pronto. (López, 2012)

A los quince días de aplicado el tratamiento (si no se presentó una pérdida menstrual) conviene realizar un test para confirmar que no se ha producido embarazo. Aunque es un método que no produce efectos secundarios en la salud o la fecundidad futura, debe ser utilizado como tratamiento de emergencia y no como método anticonceptivo de rutina, principalmente por dos motivos:

- a) Porque usado en forma reiterada no pueden excluirse efectos no deseados para la salud
- b) porque no es un método adecuado para la prevención de ITS. El método que reúne los dos objetivos prevención del embarazo y el ITS es el de los preservativos, masculino y femenino.

Actualmente se recomienda el uso de AE hasta el quinto (insistentemente 72 horas de elección) día posterior a la exposición. Se debe comenzar con la primera toma lo antes posible, ya que la eficacia disminuye paulatinamente a medida que pasan las horas. La AE no es efectiva si ya existe un embarazo y no altera su curso. (López, 2012)

Aborto posviolación

Un nudo crítico de la intervención se presenta cuando hay una consulta por un embarazo reciente producto de una violación y la mujer está decidida a interrumpir el embarazo. Existe



en estos casos una expectativa de recibir una respuesta efectiva por parte del servicio de salud.

En la mayor parte de los países donde existen legislaciones avanzadas, el aborto en los casos de violaciones, no solo está despenalizado sino que se garantiza su atención en los servicios de salud. Enfrentar la interrupción del embarazo producto de una violación es un hecho que, al sumarse al impacto propio de la violación, representa un proceso de alto costo emocional. Las experiencias recogidas en los centros de atención de mujeres violadas en países en los cuales está despenalizado el aborto en casos de violaciones muestran que las mujeres que eligen esta opción cuando está legalizado y cuentan con la contención de los equipos profesionales tienen mejores posibilidades de elaborar este trance, dándole un sentido de reparación y de justicia. (Faundes. A, 2001)

A modo de ilustración se presenta el modelo de intervención del Centro de Atención Integral de la Mujer, CAISM Universidad de Campinas, Brasil, para los casos de aborto posviolación.

El CAISM es un centro modelo y referencia local y regional para un abordaje integral de víctimas de las violaciones. En este centro cuando una mujer ha sufrido una violación y ha quedado embarazada sea porque no consultó previamente, o consultó tarde de modo que no se pudo prescribir la AE, se aplica un protocolo que evalúa la interrupción del embarazo.

En 1988, una ley municipal de Río de Janeiro estableció la obligatoriedad de dar atención a los pedidos de aborto previstos en la ley y designó hospitales específicos para atender esta demanda. Poco después, el Municipio de São Paulo, a excepción del servicio de São Paulo, en el Hospital de Jabaquara, tuvo una actuación bastante más eficiente. Sin embargo, el progreso fue muy tímido hasta 1996, cuando una ONG (Centro de Pesquisas Materno-Infantil de Campinas, CEMICAMP), vinculada a uno de los tres hospitales que prestaban estos servicios, organizó el primer foro interprofesional sobre implementación del aborto previsto en la ley, en noviembre de 1996 (en la ciudad de Campinas, en el estado de São Paulo). (Faundes, A, 2001)

Riesgo de transmisión de VIH sida y otras ITS en casos de violaciones

Otros riesgos asociados a las violaciones y abusos sexuales son la transmisión de VIH sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En la actualidad existe un tratamiento altamente eficaz para prevenir una posible transmisión de VIH-sida, que debe comenzar a aplicarse durante las primeras horas de producido el episodio de violación.



El mayor o menor riesgo de transmisión de VIH-sida depende del tipo de contacto que se haya producido durante el ataque sexual. Sin embargo, aunque no haya habido eyaculación o penetración completa, no se pueden descartar los riesgos de transmisión.

Esta decisión debe ser evaluada por médicas/os del servicio de infectología.

Este tratamiento tiene una duración aproximada de treinta días. Solo es efectivo si se cumple en su totalidad. Dado que en algunos casos produce molestias, algunas mujeres dudan en continuarlo. Por eso es muy importante darles una información clara desde el principio, sugerencias para una mejor tolerancia y seguimiento de apoyo. Asimismo, actualmente existen métodos muy efectivos para la prevención y/o detección y tratamiento precoz, según los casos, de la mayor parte de ITS (sífilis, gonorrea, HPV, hepatitis B, herpes, tricomoniasis, chlamydia).

Lo más conveniente es concurrir cuanto antes a un servicio hospitalario especializado, en el cual el personal de salud pueda evaluar los riesgos según las características del ataque y tomar las medidas que considere oportunas.

Además de las medidas preventivas los protocolos contemplan la curación de lesiones si las hubiera.

Los protocolos no se circunscriben a los aspectos médicos, sino que, respondiendo a la necesidad de un enfoque integral incluyen abordaje psicológico, atención por parte del servicio social e información sobre la denuncia. Por lo general, el abordaje psicológico comprende la contención inicial, evaluación de riesgos e interconsulta psiquiátrica si se considera necesario. En las semanas siguientes se planifica un tratamiento breve y focalizado (seis-ocho entrevistas), destinado a elaborar síntomas postraumáticos y reorganizar la vida cotidiana, dejando abierta la posibilidad de prolongar el tratamiento si el caso lo requiere, por derivación intra o extrahospitalaria. Asimismo, los protocolos establecen cronogramas de seguimiento médico y psicosocial. (Fuentes, 2011)

Síndrome de estrés postraumático de la violación

Cuando se trata del abordaje de situaciones irruptivas de violación, por la fuerza y con riesgo de vida, ha sido propuesta una entidad clínica específica, llamada síndrome del trauma de violación (Burguess, Ann y Holmstrom, Linda, Boston, 1974)

La descripción de esta entidad psicopatológica toma como referencia el Trastorno del Stress Postrumático (TSPT) reconocido por la American Psychiatric Association (APA) e incorporado



al Diagnostic and Statistical Psychiatric Manual of Mental Disorders (DMS) de los Estados Unidos.

Sintéticamente podemos decir que este síndrome, que incluye trastornos de comportamiento y síntomas somáticos y psicológicos, constituye una reacción aguda ante una situación traumática; es decir, aquella que desborda las posibilidades normales de reacción y adaptación, por su carácter de inesperada y grave.

Habitualmente el síndrome se desarrolla en dos fases:

La primera de ellas es la fase aguda, en la cual son evidentes los síntomas físicos, el pánico y la desorganización en distintas facetas del funcionamiento cotidiano. El impacto de la violación puede ser tan fuerte que provoque estados de confusión y de shock. Es importante subrayar que se han descrito dos modalidades para esta primera fase: la expresiva (llanto, risas, insomnio, angustia) y la contenida o controlada, en la cual los sentimientos presumibles de miedo, ira, angustia, se presentan ocultos, enmascarados o disociados, con lo cual las víctimas aparecen tranquilas, sosegadas, y en ocasiones, deprimidas. Decimos que es importante esta distinción, porque a veces se desconfía de las víctimas que se mantienen enteras; la descripción del síndrome no deja lugar a dudas: tan normal es una respuesta expresiva o alterada, como una reacción controlada o disociada. (Fuentes, 2011)

La segunda fase, que suele iniciarse dos o tres semanas después del ataque, se caracteriza por una paulatina reorganización del modo de vida habitual.

Son frecuentes en esta etapa: los temores sexuales (particularmente para quienes no han iniciado aún su vida sexual) y trastornos o malestares para las mujeres sexualmente activas, sobre todo si la pareja presiona para la reanudación de las relaciones; las fobias y pesadillas recurrentes, y una tendencia inusual a cambios y movilidad (mudanzas, cambios de teléfono, viajes, búsqueda ansiosa de compañía). (Fuentes, 2011)

En la mayor parte de los casos, los síntomas se van atenuando y el proceso de reorganización se encamina hacia una última fase llamada de resolución.

El apoyo psicológico puede contribuir de una manera significativa a aliviar los síntomas o acortar los tiempos de la reorganización.

Existe también un tipo de reacción silenciosa o inhibida.

Se observa en la víctima que no habla con nadie por miedo, vergüenza o para proteger su intimidad, o cuidar a otros. Este silencio forzoso le impide elaborar los efectos de la violación



y por tanto soporta durante años una pesada carga psicológica. Estos casos suelen detectarse de manera indirecta; a veces, una agresión sexual en el presente reactiva una del pasado, que había sido silenciada. Otras veces la reiteración e insistencia de ciertos síntomas somáticos, psíquicos o sexuales que finalmente pueden ser escuchados en su latente significación, permiten a profesionales de la salud salir al encuentro de la demanda que hasta ese momento no había podido ser formulada.

El síndrome del trauma de la violación responde a la lógica y al lenguaje propios del campo psiquiátrico, y si bien Burgués y Holmstrom lo adaptaron a los casos de violaciones, de todas maneras se priorizan los aspectos sintomáticos y se soslayan algunas cuestiones básicas y específicas para los casos de las violaciones. (Fuentes, 2011)

En este sentido, puede señalarse que:

No profundiza en las implicancias que tienen para la víctima el carácter intencional y sexista del hecho. Pone el énfasis en la indefensión de las mujeres que sin duda existe y no en la voluntad y capacidad de supervivencia y resistencia que también existen.

Si es usado con rigidez puede producir un efecto de rotulación. Sabemos que este es un deslizamiento no intencional, pero tampoco infrecuente en ciertas intervenciones. La rotulación que habitualmente proviene de la palabra del saber (en este caso psiquiátrico) puede producir en la víctima una dinámica de adherencia a una identidad fija de mujer violada.

Sin embargo, incluido en un enfoque que subsane estas limitaciones, representa un instrumento muy útil para la intervención. Por otra parte, resulta particularmente eficaz en el ámbito judicial a la hora de objetivar las consecuencias psicológicas de una violación. Abogados patrocinantes, fiscales o jueces, pueden encontrar en este concepto argumentos científicos legítimos. (Fuentes, 2011)

9. Abordaje psicológico con perspectiva de género

La mujer que concurre en busca de ayuda psicológica a raíz de una violación puede manifestar gran variedad de sentimientos, tales como pánico, angustia, rabia, culpa, vergüenza, desamparo, desconfianza, deseos de venganza, sensaciones de suciedad y asco. Puede preguntarse por qué le ocurrió a ella, negar el hecho o sus repercusiones psicológicas; autorrecreminarse por no haber resistido lo suficiente o sentir rabia contra sí misma por no haber estado suficientemente alerta. Un clima de confianza, credibilidad y respeto es esencial para abrir un espacio de contención y de escucha a una persona que ha vivido un ataque que vulnera varias áreas vitales: su integridad física y psicológica, su integridad y libertad sexual, su dignidad personal y el sentido de justicia.



La perspectiva de género representa un aporte fundamental dentro del encuentro psicoterapéutico, ya que, tanto la mujer afectada como la persona que lleva a cabo la intervención, están inmersas en un contexto sociocultural que sostiene ideas prejuiciosas tanto explícita como implícitamente en relación con las víctimas de violaciones.

Creencias y prejuicios, largamente acuñados por la cultura patriarcal, las convierten en sospechosas, y les atribuyen comportamientos totalmente pasivos, sin advertir las estrategias de supervivencia y de resistencia que suelen poner en juego en una correlación de fuerzas adversa; silenciando o desmintiendo el relato de sus experiencias. Es por esto que el encuentro psicoterapéutico es un espacio privilegiado para que puedan enunciarse, escucharse y circular palabras que cuestionen los discursos de culpabilización y estigmatización. (Fuentes, 2011)

En relación con los objetivos de la intervención psicológica, los saberes teórico-clínicos y la perspectiva de género se articulan en las propuestas de diversos grupos. Algunos de los más importantes son, entre otros:

- ✓ Identificar y atender los puntos más urgentes.
- ✓ Evaluar riesgos y asegurar contactos con redes de protección y apoyo.
- ✓ Entendiendo que deben ser seleccionados y priorizados según el caso.
- ✓ Dar cabida a la expresión del sufrimiento, dando nuevo significado para que el hecho aunque doloroso y traumático pueda ser aceptado e incorporado a la historia personal.
- ✓ Disipar inquietudes y temores reales o fantaseados con base en informaciones claras, sencillas y precisas
- ✓ Analizar posibles dudas y dificultades acerca de a quién, cuándo y cómo hablar de lo sucedido y, en el caso de que la mujer ya lo haya relatado, valorar las respuestas que ha recibido, en particular de familiares y entorno cercano.
- ✓ Aportar elementos para que la mujer comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamiento o historia personales, sino que forma parte de su vulnerabilidad de género.

Estos argumentos pueden contribuir de manera significativa a aliviar los autorreproches, la vergüenza y la pregunta: ¿por qué a mí?

Fortalecer su posición de sujeto. Valorar las estrategias de supervivencia y resistencia que puso en juego durante o después del ataque.

Resignificar los aspectos fallidos de su autodefensa poniendo de relieve la desigualdad de fuerzas y de poder.



Escuchar y viabilizar su reclamo de justicia y de reparación.

Propiciar el fortalecimiento del yo y la desvictimización.

Abrir alternativas para que pueda ir reorganizando las facetas de su vida que se han visto afectadas.

Propiciar la recuperación del cuerpo y del placer sexual.

Dar cabida a la expresión de sentimientos peligrosos o amenazantes como el deseo de venganza, entendiendo que la puesta en palabra atenúa los riesgos de un pasaje al acto. Debe considerarse que los efectos perniciosos de ese mismo deseo destructivo pueden volverse contra la propia víctima, provocando síntomas severos como anorexia, automutilaciones o intentos de suicidio.

Esclarecer y reafirmar el carácter imprevisible del hecho y aportar elementos que le permitan comprender que es doloroso pero superable.

La orientación a los familiares y allegados

Algunas mujeres llegan a la consulta psicológica acompañadas por familiares o amigas/os. En estos casos es importante abrir desde el primer momento un espacio de contención para ellas/os, así como ofrecer orientaciones sobre la mejor manera de apoyar a la víctima.

A veces, la consulta inicial no la realiza la mujer afectada, sino un familiar o allegado. En estas situaciones se indagan los motivos por los cuales no puede realizarla ella misma y se asesora a la persona consultante para que pueda darle contención y/ o propiciar un acercamiento.

Cuando los familiares están muy presentes y se manifiestan muy involucrados y pendientes de las consecuencias del hecho, suelen prevalecer actitudes de sobreprotección hacia la víctima, al tratar de evitarle todos los peligros y esfuerzos posibles. En estos casos es fundamental que puedan comprender que su papel es ayudar a que la mujer recobre su confianza, tanto en sí misma como en el medio que la rodea, y que asuma su vida en condiciones normales tan pronto como pueda.

También puede ocurrir que la ira y los deseos de venganza alcancen expresiones violentas; entonces es esencial que los familiares asuman que si bien se trata de sentimientos legítimos y comprensibles es necesario que los controlen para no causar más daño a la víctima.

Algunas mujeres experimentan como un nudo específico de la situación, ambivalencias y resistencias para contar a sus seres queridos lo que les ha pasado. Esto puede responder a motivaciones muy variadas: son frecuentes las intenciones de cuidar a las personas queridas,



es decir, evitarles un dolor; o bien, para protegerse ellas mismas de situaciones de mayor violencia que pueden derivarse de los deseos de venganza de sus familiares.

Una cuestión especialmente delicada es el hecho de contarlo a la pareja o no hacerlo. Pueden surgir los temores de no ser escuchada, no ser sostenida o que el relato del suceso se interponga entre ellos. Las mujeres suelen tener sospechas muy fuertes lamentablemente muchas veces fundadas acerca de que el ataque al narcisismo masculino que representa la violación de la mujer propia, prevalezca sobre el afecto y la confianza.

Otra situación compleja se da cuando hay niños cercanos a la víctima, en especial sus hijos. Ellos necesitan un acercamiento particular en lo que respecta a qué y cómo saber lo ocurrido. Lo que los niños imaginan o sospechan puede ser más angustioso que conocer los hechos; el tratar de protegerlos a través del ocultamiento o la negación supone una apreciación errónea de su sensibilidad y capacidad de reacción.

Evidentemente, tiene que ser la mujer afectada la que debe decidir a quién contarle y cuándo. Es muy probable que necesite tiempo. En ningún caso se la debe presionar y menos aún informar a amigos o parientes sin consultarla, ya que esto es una violación a su privacidad y a la confidencialidad de la consulta; lo que puede aumentar los sentimientos de angustia y desamparo.

Lo que sí puede hacer la persona que lleva a cabo la intervención psicológica es ofrecerle ayuda para aclarar y resolver si caben sus reticencias.

Una vez que la mujer decide a quién comunicarlo, es necesario abrir un diálogo acerca de cómo lo va a relatar. En algunos casos puede querer hacerlo ella misma; en otros casos puede solicitar que lo haga el o la psicoterapeuta, o bien llevarlo a cabo conjuntamente. En cualquiera de estas circunstancias, lo crucial es el fortalecimiento de la víctima y la elaboración de expectativas lo más realistas posibles.

Sea que las personas allegadas conozcan el hecho desde el principio o hayan sido informadas después, la orientación psicológica resulta muy conveniente en un doble sentido. Por una parte, ellas son víctimas secundarias; pueden sentirse, con razones, muy dañadas y angustiadas por las posibles consecuencias presentes y futuras; necesitan expresar sus sentimientos y temores. Por otra, constituyen recursos muy valiosos para la contención y el acompañamiento afectivo de la mujer violada. Es decir, mientras mejor comprendan su estado emocional y las implicancias del ataque, mejor podrán contribuir a la superación de este momento doloroso.



No es infrecuente que alguno de los familiares significativos para la víctima por ejemplo el marido, el novio, los padres la culpabilicen o tengan hacia ella actitudes hostiles. Puede darse que ni siquiera se muestren accesibles al diálogo. Cuando pese a las tensiones el acercamiento se logra, es conveniente contextualizar el hecho con argumentos sociales y culturales y explicitar que su apoyo y comprensión son indispensables para la recuperación de la mujer afectada. (Godenzi, 2009)

10. Protocolo de atención a víctimas de violaciones/Propuesta de protocolo de atención a víctimas de violaciones

Población foco

El Protocolo está diseñado para la atención de mujeres víctimas de violaciones en cualquier etapa de sus vidas y hasta seis meses después del episodio, si bien la mayor parte de los cuidados médicos y medidas preventivas incluidos en el mismo son de aplicación inmediata, entre las primeras horas y hasta cinco o seis días posteriores a la violación.

Sin embargo, pueden recibirse consultas después de tiempos más prolongados. En esos casos deben evaluarse las demandas y dar las respuestas pertinentes con recursos intra o extrahospitalarios. Una de las más frecuentes es la de atención psicológica, ya que la experiencia traumática de la violación, si no fue elaborada en su momento, puede causar malestar psíquico o trastornos psicósomáticos en el mediano o largo plazo. (OMS, 2002)

Abordaje médico

Recepción

Esta deberá realizarse en un ambiente que garantice la privacidad, buscando crear un clima para la contención, escucha e información de los pasos a seguir, debiéndose al mismo tiempo aclarar que ningún paso será dado sin su consentimiento.

Tratamiento

Tratamiento de lesiones corporales y genitales

El examen médico debe identificar todas las lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse de manera minuciosa:

Los casos de abuso sexual Infantil, otra de las problemáticas de la violencia sexual que provoca serios daños y tiene una importante dimensión cuantitativa, por tratarse de



situaciones que ocurren en el ámbito intrafamiliar o entorno cercano y de una manera crónica o reiterada requieren un abordaje médico, psicosocial y jurídico diferentes del que está previsto en este Protocolo. Por tanto, las niñas, niños o adolescentes víctimas de abuso sexual deben ser derivados a servicios o equipos especializados. Las consultas de varones adultos que hayan sido víctimas de violación serán evaluadas por los profesionales a fin de determinar las derivaciones pertinentes, el examen ginecológico (genitales internos y externos), consignando y registrando todas las observaciones. (Buena, 2011)

Lesiones en víctimas de violencia sexual

Tabla N° 1 Distribución topográfica de lesiones en víctimas femeninas

Grupo etario	extragenital	Para genital	Área genital
0 a 11 años	Muy poco	poco	mayoría
12 a 17 años	Poco	Muy poco	mayoría
18 a más años	bastantes	poco	mayoría

Fuente: (Retana, 1988)

El grupo N° 1 abarca niños que desconocen lo que les puede suceder, y son fácilmente engañados por el agresor quien les ofrece regalos, dulces, dinero, todo lo cual hace que la víctima no ofrezca resistencia. En otras ocasiones el agresor tiene autoridad sobre el menor, como en el caso del padre, abuelo, o padrastro. También puede el menor sucumbir ante la fuerza física del agresor o ser intimidado en caso de que el menor haya hecho algo "incorrecto" lo cual es explotado, con la amenaza de delatarlo con sus padres si no accede a la relación carnal. Los regalos, la intimidación y el abuso de autoridad que ejerce el agresor sobre el niño, así como también la mala comunicación por la edad del menor, su estado mental e incluso la falta de confianza con sus padres para contarles lo sucedido por el temor de ser castigado hacen que el menor no lo revele y es causa de que este delito siga cobrando víctimas inocentes.

En el segundo grupo que se puede considerar como de adolescentes, las lesiones en el área extragenital, tienden a aumentar por mayor resistencia que oponen a la agresión. Es importante señalar que en este grupo el imputado, en ocasiones, es un amigo o el novio lo que explica que la ofendida no pusiera resistencia en la consumación del acto.



En el tercer grupo que se puede considerar como de mujeres adultas, con pleno conocimiento de lo que les puede suceder, excepto cuando haya trastorno del estado mental. Por la gran resistencia que oponen, se encuentra mayor número de lesiones en áreas extragenital y paragenital. (Retana, 1988)

- **Tipo de lesiones vulvares**

Pueden ser las siguientes: Enrojecimiento, escoriaciones, desgarró vulvoperineal o desgarró vulvovaginal

- a. Enrojecimiento y escoriaciones: Las lesiones encontradas en la vulva, están en relación con el desarrollo de la mujer. Es frecuente en nuestro medio el abuso deshonesto que se caracteriza por tocamientos. En este caso se pueden observar dos tipos de lesiones: una que es el enrojecimiento de los labios por el frotamiento. Hay que tener presente que no siempre esta lesión es consecuencia de la manipulación, sino que puede deberse a una infección en los niños e incluso por la orina o deficiente aseo personal. En cuanto a las escoriaciones se pueden producir por la acción de las uñas sobre la piel.
- b. Los desgarró vulvoperineales y vulvovaginales: se producen por la fuerza empleada en la introducción del pene y no tanto por su tamaño. En el caso de los niños que tienen sus órganos aún no desarrollados para el coito, sus dimensiones impiden la fácil introducción del pene. Los tejidos deben distenderse hasta romperse en la penetración. En el caso de mujer con desarrollo sexual las lesiones se deben a la contracción de los músculos vulvoperineales y al choque del pene en la introducción forzada ante la resistencia de la víctima. Para los médicos legistas el himen es quizá el elemento del área genital más importante y el que nos proporciona la mayor información de lo sucedido. Hay que recordar que esta membrana se caracteriza por estar recubierta por un epitelio plano estratificado no queratinizado y contener tejido elástico así como numerosos vasos sanguíneos. En los niños está más vascularizado a diferencia de los otros grupos.

- **Himen**

Formas del himen:

- ✓ Anular
- ✓ Semilunar
- ✓ Bilabiado
- ✓ Septado
- ✓ Imperforado



- ✓ No especificado
- ✓ Escotadura

El himen Presenta un orificio que por su forma permite clasificarlo en anular, semilunar, etc. En otras ocasiones este orificio no existe lo que constituye el himen imperforado, poco frecuente.

Este es uno de los pocos casos en que el médico puede garantizar que no ha habido penetración de algún objeto, pene o dedos en la vagina de la mujer. En nuestro medio el más frecuente es el himen de tipo anular seguido por el semilunar.

En el borde himeneal podemos encontrar muescas que son condiciones congénitas, se caracterizan por estar en cualquier zona del himen, no necesariamente simétricas, en número de uno, dos o más; están recubiertos por epitelio y lo más importante es que no llegan al borde de inserción y su contorno es redondeado.

Otra de las características del himen es su carácter de dilatado o dilatado. Este concepto sólo puede ser aplicado al grupo de adolescentes y mujeres adultas, y excepcionalmente a mujeres menores de 12 años, ya que está en relación con el desarrollo de los órganos genitales. Este concepto tiene como característica poder introducir dos dedos sin romperse, lo que equivale más o menos al diámetro del pene de un hombre adulto. Por eso desde el punto de vista médico legal no puede ser utilizado en niños en quienes el introito vaginal es muy pequeño para permitirlo.

En cuanto a sus lesiones, podemos encontrar la hiperemia cuya etiología es similar a la del enrojecimiento vulvar. Como ya se ha descrito anteriormente el himen de los niños está vascularizado por lo que puede presentarse en caso de manipulación, la ruptura de uno de esos vasos y producirá un pequeño sangrado el cual en algunas ocasiones la madre lo refiere y al ser examinada no encontramos otra explicación. En cuanto a las rupturas estas pueden ser recientes o antiguas. Se localizan preferentemente en la mitad inferior. Pueden ser una dos o más y llegan hasta el borde de inserción. Su forma es triangular con el vértice hacia el lado de inserción. La ruptura indica necesariamente que hubo introducción de un cuerpo extraño, puede tratarse de un dedo, pene u otro objeto. La ruptura reciente puede ser incompleta o completa dependiendo si llega hasta el borde de inserción. Las incompletas no son aceptadas por algunos médicos.

En resumen cuando vemos una ruptura sea reciente o antigua hay que determinar el tamaño del introito vaginal. Esto se hace clínicamente mediante la introducción de uno o dos dedos



o por la observación de los genitales. Deberá aclararse al juez que dicho introito no hubiese permitido el paso del pene para el calificativo legal correspondiente. (Retana, 1988)

Las lesiones himeneales consisten en el enrojecimiento y en las rupturas. Las carúnculas himeneales son rupturas producidas durante el parto por lo que no tienen relación con el delito investigado.

Como violaciones pueden realizarse tanto por vía vaginal como por vía anal, esta zona también debe ser examinada; los tipos de lesiones anales son: fisuras, equimosis y cicatriz. Entre las complicaciones importantes de este delito está el embarazo, que es el más frecuente; sin embargo ha incrementado la adquisición de enfermedades de transmisión sexual. (Retana, 1988)

En este apartado se describen los tratamientos profilácticos en casos de violencia sexual.

Entre ellos, los siguientes:

Tratamientos de lesiones corporales, genitales externos, anales y orales:

- ✓ Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)
- ✓ Tratamientos antirretrovirales
- ✓ Tratamientos para otras ITS
- ✓ Vacunas contra la hepatitis B y el tétanos

La administración de estos tratamientos se debe evaluar según cada caso. Los tratamientos profilácticos de atención a VSVS se describen. (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

Tratamiento de lesiones orales, corporales y genito-anales.

El personal médico debe identificar todas las lesiones orales, corporales y genitoanales:

- ✓ Debe realizar los procedimientos médicos pertinentes.
- ✓ Según sea el caso, el personal médico determinará las interconsultas oportunas. (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

La anticoncepción de emergencia es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección.

Las PAE evitan el embarazo, funcionan principalmente impidiendo la ovulación y alterando la consistencia del moco cervical, lo cual impide la entrada de espermatozoides a la cavidad uterina.

Pueden ocasionar náuseas, vómitos, manchado o sangrado vaginal.

Administrar idealmente en los primeros 3 días (72 horas) después del hecho de violencia sexual o hasta los 5 días (120 horas), aunque en este caso son menos efectivas. (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

En la siguiente tabla se describen las elecciones de PAE.

TABLA NO.6 PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)

Elección	Principio activo	Composición	Dosis
Primera elección	Modulador selectivo de los receptores de progesterona**	Acetato de ulipristal 30 mg	1 tableta en dosis única
	Progestágeno	Levonorgestrel 1.5 mg	1 tableta en dosis única
Segunda elección	Progestágeno + estrógeno	Etinilestradiol 0.030 mg + Levonorgestrel 0.15 mg	4 tableta cada 12 horas por 2 dosis
		Norgestrel 0.30 mg + Etinilestradiol 0.030 mg	4 tableta cada 12 horas por 2 dosis (25)

Fuente: adaptado de la Guía nacional de anticoncepción para adolescentes (MSPAS, 2018)

Fuente: (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 2019)



Profilaxis post-exposición al VIH: tratamiento antirretroviral

Se debe ofrecer a toda VSVS que tenga la prueba basal negativa para VIH, realizar la prueba de VIH a los 3, 6 y 12 meses después y, en caso de ser positiva, referir a la UAI para el tratamiento respectivo. La prevención del VIH con tratamiento antirretroviral debe comenzar de forma inmediata, idealmente antes de cumplir 2 horas del hecho de violencia sexual y hasta las 72 horas. Después de este período no hay evidencia de beneficio de la profilaxis, por lo que se deberá evaluar riesgo-beneficio.

Evaluación de riesgo en casos de exposición a violencia sexual:

Riesgo bajo:

- ✓ Besos, caricias, introducciones de dedos u objetos y/o eyaculación en piel sin lesiones.

Riesgo moderado:

- ✓ Recepción vaginal sin eyaculación
- ✓ Sexo orogenital;
- ✓ Penetración vaginal sin eyaculación
- ✓ Eyaculación en piel con lesiones.

Riesgo alto:

- ✓ Penetración vaginal con eyaculación
- ✓ Penetración anal con o sin eyaculación
- ✓ Violencia continuada: repetición del hecho de violencia sexual por el victimario
- ✓ Victimario dice que está infectado con VIH
- ✓ La VSVS no recuerda lo sucedido
- ✓ Todas las niñas(os) son consideradas casos de alto riesgo
- ✓ Victimario que utilice drogas endovenosas. (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

TABLA NO.7 PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH PARA ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS VSVS CON RIESGO MODERADO O ALTO

Elección	Fármacos	Presentación y concentración	Administración y dosis	Total tabletas
Primera elección*	Tenofovir / Emtricitabina + Dolutegravir	300 mg/200 mg	1 tableta cada 24 horas durante 28 días	28 tabletas
		50 mg	1 tableta cada 24 horas durante 28 días	28 tabletas
	Tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir	300 mg/300 mg /50 mg	1 tableta cada 24 horas durante 28 días	28 tabletas
Segunda elección**	Tenofovir Alafenamida / Emtricitabina / Elvitegravir / Cobicistat	100 mg/200 mg /150 mg/150 mg	1 tableta cada 24 horas durante 28 días	28 tabletas (28, 29)

Fuente: Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV (CDC, 2016); Update: Interim Statement Regarding Potential Fetal Harm from Exposure to Dolutegravir – Implications for HIV Post-exposure Prophylaxis (PEP) (CDC, 2018)

Fuente: (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

TABLA NO.8 PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH PARA VSVS EMBARAZADAS Y EN PERÍODO DE LACTANCIA CON RIESGO MODERADO O ALTO

Elección	Fármacos	Presentación y concentración	Administración y dosis	Total tabletas
Primera elección*	Tenofovir / Emtricitabina + Raltegravir	300 mg/200 mg	1 tableta cada 24 horas durante 28 días	28 tabletas
		400 mg	1 tableta cada 12 horas durante 28 días	56 tabletas (28, 29)

Fuente: Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV (CDC, 2016); Update: Interim Statement Regarding Potential Fetal Harm from Exposure to Dolutegravir – Implications for HIV Post-exposure Prophylaxis (PEP) (CDC, 2018)

Fuente: (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

Profilaxis de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La profilaxis en caso de otras ITS busca evitar gonorrea, sífilis, clamidiasis y tricomoniasis. La dosis es diferente para personas adultas y niñas(os).

Si la VSVS presenta síntomas y el frote de secreción vaginal en fresco es positivo, el personal médico debe considerar el tratamiento para tricomoniasis en la primera evaluación, 7 días después de haber iniciado antirretrovirales, por los efectos colaterales que estos producen. (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

TABLA NO.11 PROFILAXIS DE ITS PARA VSVS ADOLESCENTES, PERSONAS ADULTAS Y MUJERES NO EMBARAZADAS

ITS	Fármacos	Presentación y concentración	Administración y dosis	Total
Clamidiasis	Primera elección: Azitromicina	Tableta de 500 mg	2 gr vía oral, dosis única	4 tabletas
	Segunda elección: Doxiciclina	Tabletas de 100 mg	100 mg vía oral cada 12 horas durante 5 días	10 tabletas
Gonorrea	Primera elección: Ceftriaxona	Vial de 500 mg	250 mg intramuscular, dosis única	1 vial
	Segunda elección: Doxiciclina	Tabletas de 100 mg	100 mg vía oral cada 12 horas durante 5 días	10 tabletas
Sífilis*	Penicilina Benzatínica	Vial de 2,400,000 millones UI	2,400,000 millones UI IM, dosis única	1 vial
Tricomoniasis**	Primera elección: Metronidazol	Tableta de 500 mg	2 gr vía oral, dosis única	4 tabletas
	Segunda elección: Tinidazol	Tableta de 500 mg	2 gr vía oral, dosis única	4 tabletas

Fuente: Consenso de infectólogos de país. Ciudad de Guatemala, marzo de 2018

*Si la VSVS es alérgica a la penicilina, no dar el tratamiento y realizar vigilancia estricta por apareamiento de síntomas, en cuyo caso deberá ingresarse para desensibilizar.

**Se debe posponer el tratamiento hasta la primera cita de seguimiento (a los 7 días) y no se debe combinar con bebidas alcohólicas.

Fuente: (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)



TABLA NO.12 PROFILAXIS DE ITS PARA MUJERES EMBARAZADAS

ITS	Fármacos	Presentación y concentración	Administración y dosis	Total
Clamidiasis	Azitromicina	Tableta de 500 mg	2 gr vía oral, dosis única	4 tabletas
Gonorrea	Ceftriaxona	Vial de 500 mg	250 mg intramuscular, dosis única	1 vial
Sífilis*	Penicilina Benzatínica	Vial de 2,400,000 millones UI	2,400,000 millones UI IM, dosis única	1 vial
Tricomoniasis	Primera elección: Metronidazol	Tableta de 500 mg	2 gr vía oral, dosis única	4 tabletas
	Segunda elección: Tinidazol	Tableta de 500 mg	2 gr vía oral, dosis única	4 tabletas

Fuente: Consenso de infectólogos de país. Ciudad de Guatemala, marzo de 2018

*Si la VSVS es alérgica a la penicilina, no dar el tratamiento y realizar vigilancia estricta por apareamiento de síntomas, en cuyo caso deberá ingresarse para desensibilizar.

**Se debe posponer el tratamiento hasta la primera cita de seguimiento (a los 7 días) y no se debe combinar con bebidas alcohólicas.

Fuente: (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

Profilaxis contra hepatitis B y tétanos

La profilaxis contra la hepatitis B y tétanos se realiza por medio de vacunación. Siempre se debe vacunar en caso de violencia sexual, sin importar el lapso transcurrido desde el hecho.

Al realizar la historia clínica en niñas(os) menores de 7 años, indagar el esquema de vacunación para determinar si debe iniciar, continuar o culminar el esquema con la pentavalente o DPT, respectivamente. (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

TABLA NO.15 PROFILAXIS CONTRA HEPATITIS B PARA EMBARAZADAS MENORES DE 18 AÑOS Y VSVS DE 7 A MENORES DE 18 AÑOS

Vacuna	Dosis y vía de administración	Esquema de vacunación
Hepatitis B pediátrica	Dosis: 0.5 cc Vía intramuscular profundo (región deltoidea, dos dedos debajo del hombro en cualquiera de los brazos)	Primera dosis: en el momento de la consulta Segunda dosis: 4 semanas después de la primera dosis Tercera dosis: 5 meses después de la segunda dosis (30)

Fuente: Lineamientos técnicos del Programa de Inmunizaciones 2018-2019 (MSPAS, 2018)

Fuente: (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

TABLA NO.16 PROFILAXIS CONTRA HEPATITIS B PARA VSVS EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS MAYORES DE 18 AÑOS

Vacuna	Dosis y vía de administración	Esquema de vacunación
Hepatitis B para adultos	Dosis: 1 cc Vía intramuscular profundo (región deltoidea, dos dedos debajo del hombro en cualquiera de los brazos)	Primera dosis: en el momento de la consulta Segunda dosis: 4 semanas después de la primera dosis Tercera dosis: 5 meses después de la segunda dosis (30)

Fuente: Lineamientos técnicos del Programa de Inmunizaciones 2018-2019 (MSPAS, 2018)

Fuente: (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)

TABLA NO.17 PROFILAXIS CONTRA TÉTANOS PARA VSVS MAYORES DE 7 AÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS

Vacuna	Dosis y vía de administración	Esquema de vacunación
Vacuna tétanos difteria (Td)*	Dosis: 0.5 cc Vía intramuscular profundo (región deltoidea, dos dedos debajo del hombro en cualquiera de los brazos)	Primera dosis: en el momento de la consulta Segunda dosis: 4 semanas después de la primera dosis Tercera dosis: 6 meses después de la segunda dosis Cuarta dosis: 10 años después de la tercera dosis* Quinta dosis: 10 años después de la cuarta dosis (30)

Fuente: Lineamientos técnicos del Programa de Inmunizaciones 2018-2019 (MSPAS, 2018)

Fuente: (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019)



Laboratorio Inicial

- ✓ Serología VIH, VHB, VHC y sífilis
- ✓ Hemograma
- ✓ Pruebas de función hepática y renal
- ✓ Test de embarazo
- ✓ Pruebas toxicológicas en caso de sospecha de intoxicación por drogas. (Moreno, 2012)

Toma de muestras

- ✓ Diagnóstico de ITS

Recoger material para examen microscópico directo y para cultivos de contenido vaginal, endocervical, región anorrectal y eventualmente faríngeo.

Seguimiento

A las cuatro semanas

- ✓ Hemograma
- ✓ Pruebas de función hepática y renal
- ✓ VDRL

A las seis semanas:

- ✓ Test de embarazo en caso de atraso menstrual
- ✓ Serología VHA
- ✓ Serología VIH

A los tres meses:

- ✓ Serología VHB
- ✓ Serología VHC

A los cuatro meses:

- ✓ Serología VHB
- ✓ Serología VHC. (Hirogen, 2006)



Recomendaciones

Si bien el protocolo puede ser aplicado por los profesionales de los distintos servicios, es aconsejable: consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes en las distintas especialidades involucradas. Garantizar atención las 24 horas.

La experiencia indica que el servicio que puede garantizarlo es el de Tocoginecología, disponer del kit de medicamentos, crear las condiciones para que el relato del hecho sea realizado solamente una vez, al profesional capacitado para la intervención, derivación intra o extrahospitalaria personalizada, informar a todo el personal del servicio de salud -médico, técnico y administrativo a fin de que las víctimas, que pueden llegar a cualquier servicio y a cualquier hora, reciban la orientación precisa; informar a la comunidad de la necesidad de la consulta inmediata; llevar un registro de casos con fichas especialmente diseñadas teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la justicia en casos de denuncia y tienen valor legal al igual que la historia clínica, facilitar que la atención sea realizada por un profesional del mismo sexo, si la víctima así lo requiere. (Godenzi, 2009)

Flujo de atención hospitalaria

El acceso de las víctimas de violaciones puede producirse por guardia general o a través de consultorios externos de distintos servicios. Si se ha conformado un equipo especializado o se han identificado profesionales de referencia, la víctima deberá ser recibida y acompañada inmediatamente hasta dicho servicio. Cada servicio asistencial deberá diseñar un flujograma de acuerdo con su estructura. (Buena, 2011)

Violencia sexual contra los hombres y los niños

La violencia sexual contra los hombres y los niños es un problema grave. Sin embargo, ha sido dejado de lado por las investigaciones, salvo en lo que se refiere al abuso sexual infantil. La violación y otras formas de coacción sexual contra los hombres y los niños se producen en diversos ámbitos, entre ellos el hogar, el lugar de trabajo, las escuelas, la calle, en las fuerzas armadas y durante las guerras, así como en las cárceles y en las comisarías.

En las cárceles, el coito forzado puede darse entre los presidiarios como forma de establecer jerarquías de respeto y disciplina. En muchos países también se informa ampliamente sobre casos de violencia sexual cometida por funcionarios de los servicios penitenciarios, policías y soldados.

Este tipo de violencia puede ejercerse obligando a los presidiarios a tener relaciones sexuales entre sí, como una forma de entretenimiento, o a prestar servicios sexuales a los funcionarios o directores de la institución penitenciaria. En otros lugares, los hombres que tienen relaciones



sexuales con otros hombres pueden ser violados como castigo por su comportamiento, pues se considera que transgreden las normas sociales. (Fuentes, 2011)

La magnitud del problema

Los estudios realizados principalmente en los países desarrollados indican que entre 5% y 10% de los hombres han declarado haber sido objeto de abuso sexual en la niñez. En varios estudios basados en la población, realizados con adolescentes de algunos países en desarrollo, el porcentaje de varones que declararon haber sido víctimas de una agresión sexual en alguna oportunidad varía entre 3,6% en Namibia, 13,4% en la República Unida de Tanzania y 20,0% en el Perú. Asimismo, los estudios llevados a cabo en los países tanto industrializados como en desarrollo indican que no es infrecuente que la primera relación sexual haya sido forzada. Lamentablemente, hay pocas estadísticas confiables sobre la cantidad de niños y hombres violados en ámbitos tales como las escuelas, las cárceles y los campamentos de refugiados.

La mayoría de los expertos considera que las estadísticas oficiales subestiman considerablemente la cantidad de hombres víctimas de violación. Los datos probatorios disponibles indican que la probabilidad de que los hombres denuncien una agresión sexual a las autoridades es aún menor que en el caso de las mujeres. Existen diversas razones por las cuales se denuncian menos episodios de violación masculina de los que realmente suceden. Entre ellas cabe mencionar la vergüenza, la culpa o el miedo a no ser creído o a ser denunciado por lo ocurrido. Los mitos y la existencia de prejuicios muy arraigados sobre la sexualidad masculina también son un obstáculo para que los hombres presenten una denuncia. (Fine, 2000)

Consecuencias de la violencia sexual

Como sucede con las víctimas femeninas del abuso sexual, las investigaciones indican que es probable que las víctimas masculinas de este tipo de agresiones tengan diversas consecuencias de orden psíquico, tanto inmediatamente después de la agresión como a más largo plazo. Estas incluyen culpa, ira, ansiedad, depresión, estrés postraumático, disfunciones sexuales, afecciones somáticas, alteraciones del sueño, alejamiento de la pareja e intento de suicidio. Además de estas reacciones, en algunos estudios realizados con adolescentes varones también se determinó que existía una relación entre haber sido víctima de una violación y el abuso de sustancias, las conductas violentas, el robo y el ausentismo escolar. (Fine, 2000)



Prevención y respuestas de políticas

Es preciso que la prevención de la violencia sexual contra los hombres y las respuestas de políticas a este tipo de violencia se basen en una comprensión del problema, sus causas y las circunstancias en que se producen. En muchos países, la legislación no aborda el fenómeno como corresponde. Por otra parte, muchas veces la violación masculina no se considera como un delito equivalente a la violación femenina.

Muchas de las consideraciones relacionadas con el apoyo que se brinda a las mujeres violadas, entre ellas la comprensión del proceso de recuperación, las necesidades más urgentes posteriores a una agresión y la eficacia de los servicios de apoyo, también son válidas para los hombres. Algunos países han realizado progresos en cuanto a las respuestas a la violencia sexual contra los hombres, creando líneas especiales de ayuda telefónica, brindando servicios de orientación y organizando grupos de apoyo y otros servicios para las víctimas masculinas. Sin embargo, en muchos lugares este tipo de servicios no existen o son muy limitados, ya que se concentran sobre todo en las mujeres y cuentan con pocos o ningún consejero experimentado en tratar estos problemas con las víctimas de sexo masculino.

En la mayoría de los países, hay mucho por hacer antes de que se pueda reconocer y conversar abiertamente, sin ningún tipo de negación o vergüenza, el tema de la violencia sexual contra los hombres y los niños. Sin embargo, este tipo de evolución es necesario y permitirá aplicar medidas de prevención más integrales y brindar a las víctimas un apoyo más adecuado. (Fine, 2000)



IV. OBJETIVOS

A. Objetivo general:

Conocer la relación entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual en la clínica de violencia sexual de los Hospitales de Coatepeque y Malacatán, en pacientes de sexo femenino en el periodo de enero 2014 a diciembre del 2018.

B. Objetivos específicos:

- Conocer el tipo de lesión que sufrió la víctima de violencia sexual.
- Caracterización epidemiológica de las pacientes víctimas de violencia sexual (edad, procedencia, escolaridad, estado civil) atendidas en el Hospital Nacional Juan José Ortega y en la clínica de violencia sexual de Malacatán en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Determinar alguna enfermedad de transmisión sexual secundario a una violación sexual en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Juan José Ortega y en la clínica de violencia sexual del Hospital de Malacatán en el período de enero 2014 a diciembre del 2018.
- Conocer las complicaciones más frecuentes en las víctimas de violencia sexual atendidas en el Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque y en el Hospital Nacional de Malacatán en el período de enero 2014 a diciembre 2018.
- Determinar el tipo de tratamiento que recibieron los pacientes víctimas de violencia sexual en el Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque y el Hospital Nacional de Malacatán de enero 2014 a diciembre de 2018.
- Determinar exámenes de laboratorio realizados a las pacientes víctimas de violencia sexual en el Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque y en el Hospital Nacional de Malacatán de enero 2014 a diciembre de 2018.



V. HIPÓTESIS

El tipo de lesión de tipo penetración vaginal de los de casos de violencia sexual en la clínica de violencia sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y de la clínica de violencia sexual del Hospital Nacional de Malacatán, fue la más frecuente en pacientes femeninos entre las edades de 13 a 50 años, cuya ocupación es ama de casa, en el periodo de enero 2014 a diciembre del 2018.



VI. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS

A. Tipo de estudio:

Estudio retrospectivo correlacional

Es un estudio cuantitativo porque se usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Es correlacional porque asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, ya que se relacionarán los resultados encontrados en el Hospital Nacional de Malacatán con los del Hospital de Coatepeque.

Es retrospectivo porque los datos se originan en el pasado.

B. Universo:

Conjunto de sujetos o elementos, que tienen una característica común, observable y susceptible de ser medida.

Se tomaron en cuenta a todas las pacientes que fueron atendidas en las clínicas de Violencia Sexual de los hospitales de Malacatán y Coatepeque.

C. Población:

Conjunto de todas las mediciones u observaciones hechas sobre una o varias de las características de los elementos del universo.

Por lo que se tomaron en cuenta a las pacientes de sexo femenino, excluyendo a los del sexo masculino, que fueron atendidas en las clínicas de violencia sexual en los hospitales de Malacatán y Coatepeque en el periodo de enero 2014 a diciembre del 2018.

D. Muestra:

Se aplicó el método de muestreo no probabilístico, en la cual se seleccionaran los elementos representativos para la investigación; los cuales incluyen únicamente a las pacientes atendidas en las clínicas de violencia sexual de los hospitales de Malacatán y Coatepeque, de sexo femenino.



E. Criterios de inclusión y exclusión

1. Criterios de inclusión

Todas las pacientes atendidas entre las edades comprendidas de 13 a 50 años de edad en las clínicas de violencia sexual del Hospital Nacional Juan José Ortega y la clínica de violencia sexual de Malacatán.

2. Criterios de exclusión

Todos los pacientes atendidos por las clínicas de violencia sexual del sexo masculino.

F. Variables:

Edad, sexo, procedencia, estado civil, escolaridad, tipo de lesión, infección de transmisión sexual, tratamiento para ITS, embarazo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Conceptualización operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona.	De 13 a 50 años de edad	Cuantitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo	Casada Soltera Unida Divorciada Viuda	Cualitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Procedencia	Lugar de donde procede algo o de una persona.	Departamentos	Cualitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos.
Ocupación	Refiere actividad o empleo que realiza una persona.	Ama de casa Estudiante Comerciante Maestra Secretaria	Cualitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender	Analfabeta, primaria, básico, diversificado y universidad	Cualitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Región anatómica	Región o parte específica que describe al cuerpo humano	Vaginal, anal y oral	Cuantitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos

Complicaciones	Condición de agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico	Embarazo, infección por ETS, secuelas psicológicas	Cualitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Tratamiento médico	Conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión	PAE, antirretrovirales, antibióticos.	Cualitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Tipo de violencia	Se refiere a toda forma de violencia que la que se usa la fuerza física, y que causa dolor, daño, heridas y hasta la privación de la vida	Psicológica, física, sexual y mixta	Cualitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Exámenes de laboratorio	Procedimiento médico para el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo	Hematología, uroanálisis, Hcg, Vdrl, hepatitis B y C, VIH	Cuantitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos
Tipo de Lesión	Lesión de característica específica que se ocasiona en cualquier parte del cuerpo.	Hematoma, rasgadura, laceración, o no hay lesión	Cuantitativa	Porcentaje	Historia clínica y boleta de recolección de datos



G. Proceso de investigación.

La presente investigación titulada: Estudio Correlacional entre la edad, ocupación y tipo de lesión en la clínica del Hospital de Coatepeque y en la clínica de violencia sexual de Malacatán, en el período de enero 2014 a diciembre del 2018. Realizada por la estudiante Zuly Raquel Umul Hernandez, en el Hospital Nacional de Coatepeque.

El presente tema de investigación fue avalado en el mes de julio del año 2018 por el Doctor Mario de León. Como paso inicial de la investigación se llevó a cabo la selección del tema de investigación. Posterior a la selección del tema de investigación se procedió a la realización del planteamiento del problema y la justificación del mismo.

Luego se elaboró el marco teórico. Finalizado el marco teórico se prosiguió a la elaboración del anteproyecto y el apartado de métodos y materiales donde se plantean posteriormente la operacionalización de las variables.

Recursos materiales

Se cuenta con los recursos materiales; como fuentes teóricas de libros y fuentes de la internet, humanos; ya que se tiene la orientación de un asesor, un tutor y recursos financieros para realizar la presente investigación.

H. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se centrará en la recolección de los datos por medio de las historias clínicas las cuales serán tomadas del archivo de las clínicas de violencia sexual de los Hospitales de Coatepeque y Malacatán, sin alterar ninguno de los datos; por lo cual se garantiza confiabilidad, transparencia y certeza en la presentación de datos de la presente investigación.

VII. RESULTADOS

TABLA 1

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Edad Según Hospital

EDAD	HOSPITAL NACIONAL			
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE		HOSPITAL DE MALACATÁN	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
13 a 20 años	42	28%	65	43.33%
21 a 30 años	15	10%	17	11.33%
31 a 40 años	6	4%	3	2%
41 a 50 años	2	1.33%	0	0%

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En esta tabla se presenta la edad de las pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual atendidas en el Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y el Hospital Nacional de Malacatán; siendo la edad más frecuente 13 a 20 años con 65 pacientes que representa 43.33% en el Hospital de Malacatán y 42 pacientes que corresponde al 28% en el Hospital de Coatepeque, seguido de la edad de 21 a 30 años con 17 pacientes (11.33%) que consultaron al Hospital de Malacatán. Con respecto al Hospital de Coatepeque 15 pacientes el cual representa el 10%, y en menor frecuencia la edad de 31 a 40 años con 6 pacientes que representa un 4% en el Hospital de Coatepeque y 3 pacientes con un 2% en el Hospital de Malacatán. En la misma se observan 2 pacientes con 1.33% que consultaron al Hospital de Coatepeque entre las edades de 41 a 50 años de la población en general encontrados en ambos Hospitales de enero 2014 a diciembre 2018.

TABLA 2

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Ocupación

OCUPACIÓN	HOSPITAL NACIONAL			
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE		HOSPITAL DE MALACATÁN	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Ama de casa	33	22%	39	26%
Estudiante	15	10%	36	24%
Sin oficio	9	6%	7	4.67%
Sexoservidora	0	0%	2	1.33%
Maestra	1	0.67%	1	0.67%
Comerciante	5	3.33%	0	0%
Panadera	2	1.33%	0	0%

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 2 se observa la ocupación que tenía cada paciente que consultó al Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque y al Hospital Nacional de Malacatán por violencia sexual; se evidencia que la ocupación con mayor frecuencia es ama de casa con 39 pacientes que representa un 26% en el Hospital de Malacatán y 33 pacientes con un 22% en el Hospital de Coatepeque, seguido de 36 pacientes estudiantes que corresponden a un 24% en el Hospital de Malacatán y 15 pacientes que representan 10% en el Hospital de Coatepeque; en menor frecuencia 9 pacientes con 6% consultaron al Hospital de Coatepeque y 7 pacientes en el Hospital de Malacatán el cual corresponde al 4.67% sin ningún oficio, así mismo se encontró a 5 pacientes comerciantes representados por 3.33% en el Hospital de Coatepeque, además 2 pacientes con 1.33% eran panaderas en el Hospital de Coatepeque y 2 pacientes en ambos Hospitales eran maestras con 1.34%, con respecto al Hospital de Malacatán 2 pacientes con 1.33% eran sexoservidoras de la población en general encontrada en ambos Hospitales de enero 2014 a diciembre 2018.

TABLA 3

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Procedencia

PROCEDENCIA	HOSPITAL NACIONAL			
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE		HOSPITAL DE MALACATÁN	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
San Marcos	19	12.67%	83	55.33%
Quetzaltenango	40	26.67%	1	0.67%
Izabal	0	0%	1	0.67%
Retalhuleu	2	1.33%	0	0%
Huehuetenango	2	1.33%	0	0%
Ciudad capital	2	1.33%	0	0%

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 3 se evidencia la procedencia de pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual que consultaron al Hospital Nacional de Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán; encontrándose la mayor frecuencia de pacientes atendidas que corresponden al Departamento de San Marcos en el Hospital de Malacatán con 83 pacientes que representan al 55.33% y 19 pacientes con 12.67% consultaron al Hospital de Coatepeque, con respecto al Hospital de Coatepeque 40 pacientes que representan 26.67% corresponden al Departamento de Quetzaltenango y en menor orden de frecuencia se encontró que 1 paciente de Quetzaltenango e Izabal consultaron al Hospital de Malacatán representando 1.34% y 2 pacientes de Retalhuleu, Huehuetenango y Ciudad Capital consultaron al Hospital de Coatepeque el cual representa 4% de la población en general de 150 pacientes que se encontraron en ambos Hospitales de enero 2014 a diciembre 2018.

TABLA 4

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Estado Civil

ESTADO CIVIL	HOSPITAL NACIONAL			
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE		HOSPITAL DE MALACATÁN	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Soltera	56	37.33%	75	50%
Unida	3	2%	5	3.33%
Casada	5	3.33%	5	3.33%
Divorciada	1	0.67%	0	0%

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 4 se presenta el estado civil de las pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual que consultaron a los Hospitales Nacionales de Coatepeque y Malacatán; el 50% de pacientes eran solteras y consultaron al Hospital de Malacatán y 37.33% consultó al Hospital de Coatepeque, así mismo se encontró 3.33% de pacientes unidas que consultaron al Hospital de Malacatán y un 2% al Hospital de Coatepeque, además 3.33% de pacientes casadas consultaron a ambos Hospitales, en menor frecuencia 0.67% de pacientes divorciadas consultó al Hospital de Coatepeque de la población en general de 150 pacientes encontrados en ambos Hospitales de enero 2014 a diciembre 2018.

TABLA 5

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Escolaridad

ESCOLARIDAD	HOSPITAL NACIONAL			
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE		HOSPITAL DE MALACATÁN	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Primaria	35	23.33%	40	26.67%
Básico	17	11.33%	29	19.33%
Diversificado	1	0.67%	4	2.67%
Universitario	1	0.67%	2	1.33%
Analfabeta	11	7.33%	10	6.67%

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 5 se evidencia la escolaridad de las pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual que fueron evaluadas en el Hospital Nacional de Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán; encontrándose con mayor frecuencia 40 pacientes de escolaridad primaria con 26.67% en el Hospital de Malacatán y 35 pacientes con 23.33% en el Hospital de Coatepeque, seguido de nivel básico con 29 pacientes (19.33%) en Hospital de Malacatán y 17 pacientes que representan 11.33% en el Hospital de Coatepeque, además se encontró a 11 pacientes analfabetas con 7.33% en el Hospital de Coatepeque y 10 pacientes en el hospital de Malacatán con 6.67% y en menor frecuencia se encontró que 5 pacientes en ambos Hospitales estudiaron nivel diversificado y 3 pacientes con nivel universitario de 150 pacientes encontrados en ambos Hospitales de enero 2014 a diciembre 2018.

TABLA 6

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

EDAD, OCUPACIÓN Y TIPO DE VIOLENCIA

EDAD	HOSPITAL NACIONAL DE COATEPEQUE							HOSPITAL NACIONAL DE MALACATÁN														
	OCUPACIÓN						TIPO DE VIOLENCIA				OCUPACIÓN						TIPO DE VIOLENCIA					
	Ama de Casa	Comerciante	Estudiante	Maestra	Panadera	Sexoservidora	Sin Oficio	Física	Mixto	Psicológica	Sexual	Ama de Casa	Comerciante	Estudiante	Maestra	Panadera	Sexoservidora	Sin Oficio	Física	Mixto	Psicológica	Sexual
13 a 20 años	18	2	15	0	0	0	7	0	9	33	33	25	0	33	0	0	1	6	0	24	41	41
21 a 30 años	9	2	0	1	1	0	2	1	5	10	10	11	0	3	1	0	1	1	0	5	12	12
31 a 40 años	4	1	0	0	1	0	0	0	4	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
41 a 50 años	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 6 se clasifica la edad, ocupación y tipo de violencia sexual de las pacientes que consultaron al Hospital Nacional de Coatepeque y Malacatán; encontrándose en el Hospital Nacional de Coatepeque con mayor frecuencia a pacientes de las edades de 13 a 20 años de las cuales: 18 eran ama de casa, 15 estudiantes y 7 no tenían ningún oficio quienes sufrieron violencia sexual, psicológica y violencia mixta, además las pacientes de 21 a 30 años 9 eran ama de casa y sufrieron: violencia sexual, psicológica, mixta y física, 4 pacientes de 31 a 40 años de edad eran ama de casa y sufrieron violencia mixta. Con respecto al Hospital de Malacatán la edad de mayor frecuencia fue de 13 a 20 años con 25 pacientes ama de casa, 33 estudiantes y 6 pacientes no tenían oficio quienes sufrieron



violencia sexual y psicológica seguida de violencia mixta, además se encontraron pacientes de 21 a 30 años de edad de los cuales 11 eran ama de casa y 3 estudiantes con violencia sexual, psicológica y mixto, en menor frecuencia se encontró a 3 pacientes de 31 a 40 años de edad con ocupación ama de casa quienes sufrieron violencia sexual y psicológica.

TABLA 7

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Tipo de Lesión Sexual

TIPO DE LESIÓN	REGIÓN ANATÓMICA		
	Vaginal	Anal	Oral
No hay lesión	87	5	1
Laceración	36	7	0
Rasgadura	11	7	0
Hematoma	10	1	0

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la presente tabla se describe el tipo de lesión que presentaron las pacientes evaluadas víctimas sobrevivientes de violencia sexual que consultaron al Hospital Nacional de Coatepeque y de Malacatán; encontrándose que el 38% de pacientes que consultaron presentaron lesión vaginal de las cuales; 10 pacientes tenían hematoma, 11 pacientes con rasgadura y 36 pacientes presentaron laceración. Además se encontró que el 10% presentó lesión anal dividiéndose así; 1 paciente con hematoma, 7 pacientes con rasgadura y 7 pacientes presentaron laceración. Con respecto a los pacientes que no presentaron ningún tipo de lesión a nivel vaginal, anal u oral fueron 62% que corresponde a 93 pacientes de la población en general que se encontró en ambos Hospitales de enero 2014 a diciembre 2018.

TABLA 8

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Tratamiento

TIPO DE TRTAMIENTO RECIBIDO EN LOS HOSPITALES	HOSPITAL NACIONAL	
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE	HOSPITAL DE MALACATÁN
Antibióticos		
Azitromicina 2gr vía oral	65	83
Ceftriaxona 250mg vía IM	6	10
Penicilina benzatínica 2,400,000. UI vía IM	64	84
Metronidazol 2gr vía oral	58	79
Antirretrovirales		
Doxiciclina 100mg tableta	1	3
Tenofovir+Emtricitabina 300mg+200mg	64	81
Tenofovir 300mg tableta	0	1
Lamivudina 150mg tableta	0	0
Zidovudina+Lamivudina 300mg+150mg tableta	0	3
Lopinavir+Ritonavir 200mg+50mg tableta	16	26
Píldoras Anticonceptivas De Emergencia		
Levonorgestrel 1.5mg	27	45
Levonorgestrel 0.75mg	25	26
Levonorgestrel 0.15+etinilestradiol 0.30mg	14	12
Inmunizaciones		
Toxoide tetánico	21	60
Vacuna hepatitis B	1	3



FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 8 se describe el tratamiento dado a las pacientes en el Hospital Nacional de Coatepeque y el Hospital Nacional de Malacatán, según el Protocolo de Atención a víctimas/sobrevivientes de Violencia Sexual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala; a los pacientes evaluados se les administró como cobertura antibiótica: A 65 pacientes en el Hospital de Coatepeque y a 83 pacientes del Hospital de Malacatán se les dio Azitromicina 2 gr vía oral como dosis única, también se administró a 6 pacientes del Hospital de Coatepeque y a 10 pacientes del Hospital de Malacatán Ceftriaxona 1gr como dosis única, a 64 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 84 del Hospital de Malacatán se les administró Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI vía IM, y a 58 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 79 en el Hospital de Malacatán se les dio como dosis única Metronidazol 2 gr vía oral, mientras que a un total de 4 pacientes en ambos Hospitales se les dio Doxiciclina 100mg vía oral; como parte del protocolo también establece tratamiento con antirretrovirales, encontrándose 64 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 81 en el Hospital de Malacatán a quienes se les dio Tenofovir+Emtricitabina 300mg+200mg, además solo en el Hospital de Malacatán a 3 pacientes se les dio Zidovudina+Lamivudina 300mg+150mg tableta y a 16 pacientes del Hospital de Coatepeque y 26 del Hospital de Malacatán se les dio Lopinavir+Ritonavir 200mg+50mg tableta. El protocolo también establece proporcionar anticonceptivos orales de emergencia antes de las 72 horas del abuso sexual; encontrando a 27 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 45 pacientes en el Hospital de Malacatán a quienes se les dio Levonorgestrel 1.5mg, seguido de 25 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 26 en el Hospital de Malacatán se les dio Levonorgestrel 0.75mg y a 14 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 12 en el Hospital de Malacatán se les dio Levonorgestrel 0.15+etinilestradiol 0.30mg. Y dentro de las inmunizaciones a 21 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 60 pacientes en el Hospital de Malacatán se les administró toxoide tetánico y a 4 pacientes en ambos hospitales se les administró vacuna de hepatitis B de la población en general de 150 pacientes de enero 2014 a diciembre 2018.

TABLA 9

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Exámenes de Laboratorio Realizados a las Víctimas de Violencia Sexual

EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS	HOSPITAL NACIONAL	
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE	HOSPITAL DE MALACATÁN
Hematología	63	85
HCG	62	85
Hepatitis B	64	85
VDRL	65	85
VIH	65	85
Uroanálisis	58	80
Grupo y RH	52	77
Hepatitis C	6	12

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 9 se evidencian los exámenes de laboratorios que se realizaron a las pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual en el Hospital Nacional de Coatepeque y el Hospital Nacional de Malacatán; se encontró que con mayor frecuencia en el Hospital de Malacatán a 85 pacientes se les realizó: Hematología, HCG, Hepatitis B, VDRL y VIH, además a 80 pacientes se les realizó Uroanálisis, a 77 Grupo y RH y el examen menos realizado fue Hepatitis C a 12 pacientes. Con respecto al Hospital de Coatepeque los exámenes de laboratorio más realizados fueron: hematología a 63 pacientes, HCG a 62 pacientes, Hepatitis B a 64 y a 65 pacientes se les realizó VDRL y VIH, los laboratorios



menos realizados fueron Grupo y RH con 52 pacientes y Hepatitis C con 6 pacientes de la población en general que se encontró de enero 2014 a diciembre 2018 en ambos Hospitales.

TABLA 10

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Complicaciones de Violencia Sexual Según Hospital

COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	HOSPITAL NACIONAL	
	JUAN JOSÉ ORTEGA DE COATEPEQUE	HOSPITAL DE MALACATÁN
Secuelas psicológicas	65	85
ITU	8	9
Embarazo	1	2
Enfermedad de transmisión sexual	0	1

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 10 se muestran las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual evaluadas en el Hospital Nacional de Coatepeque y el Hospital Nacional de Malacatán; se encontró que el 100% de la población demostraron con el tiempo secuelas psicológicas, mientras que 17 pacientes presentaron infección del tracto urinario. Dentro del seguimiento se encontró según el historial clínico que de las 150 pacientes que consultaron por violencia sexual 3 pacientes resultaron embarazadas y 1 paciente presentó enfermedad de transmisión sexual evaluada en el Hospital de Malacatán.

TABLA 11

Estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, enero 2014 a diciembre del 2018.

Enfermedad de Transmisión Sexual

HOSPITAL NACIONAL	ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
	VIH	VDRL	HEPATITIS B	HEPATITIS C
Hospital Juan José Ortega De Coatepeque	0	0	0	0
Hospital Nacional Malacatán	0	1	0	0

FUENTE: Expedientes de Registro Médico Hospital Juan José Ortega, Coatepeque y Hospital Nacional de Malacatán, diciembre 2021.

En la tabla 11 se encontró que de 150 pacientes evaluadas en los Hospitales Nacionales de Coatepeque y Malacatán únicamente una paciente presentó enfermedad de transmisión sexual (Sífilis) el cual consultó y fue evaluado en el Hospital Nacional de Malacatán de la población encontrada de enero 2014 a diciembre 2018.



VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: 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 mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (OMS, 2002)

La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define a la violencia sexual como: cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. (Procuraduría General de la República, 2017)

Haciendo un análisis sobre el estudio correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas sobrevivientes de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán enero 2014 a diciembre del 2018, en la cual se revisaron 150 expedientes Médicos de pacientes víctimas de violencia sexual. Según la tabla número 1 se observó que la mayor frecuencia de casos de víctimas de violencia sexual en ambos Hospitales fue entre la edad de 13 a 20 años con 65 pacientes en el Hospital de Malacatán que corresponde al 43.33% y 42 pacientes en el Hospital de Coatepeque que corresponde a 28% de los pacientes que consultaron y la edad menos frecuente de los pacientes que consultaron fue de 41 a 50 años con 1.33% de la población que consultó al Hospital de Coatepeque.

Según Kleidy Marisela Pivaral Monterroso: las adolescentes más afectadas con violencia sexual son las que comprenden las edades entre 14 y 15 años de edad, y son las que viven



en el área urbana. Por lo cual en la presente investigación se evidenció que la edad más frecuente fue de 13 a 20 años en ambos Hospitales, por lo que se considera que los datos obtenidos de los expedientes clínicos si coinciden con el estudio que realizó la autora antes descrita. (Monterroso, 2015)

En la tabla número 2 se evidencia que las víctimas de violencia sexual tenían como ocupación según su historial clínico ser ama de casa con 39 pacientes que corresponde al 26% en el Hospital de Malacatán y 33 pacientes que corresponde a 22% consultaron al Hospital de Coatepeque, los siguientes pacientes más afectados fueron los estudiantes el cual corresponde a 24% (36 pacientes) en el Hospital de Malacatán y 15 pacientes en el Hospital de Coatepeque con un 10% y con menor frecuencia 9 pacientes que corresponde al 6% consultaron al Hospital de Coatepeque y 7 pacientes al Hospital de Malacatán el cual corresponde al 4.67% no tenían ningún oficio.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Seguridad Pública, de enero a mayo de 2017, ocho de cada diez víctimas de delitos sexuales son mujeres; 26.9% de las mujeres víctimas son estudiantes; 22.8% empleadas y 12.2% amas de casa.

Sin embargo el estudio demuestra la ocupación de cada paciente víctima de violencia sexual los cuales son; ama de casa 48%, estudiantes 34% y sin oficio 10.67%, por lo tanto estos datos no coinciden con la estadística del Sistema Nacional de Seguridad Pública, ya que la mayor afluencia de pacientes que consultan en ambos Hospitales pertenecen a las áreas rurales donde la mayoría de las pacientes tienen poco acceso al sistema de salud privado y además se considera a las pacientes ama de casa y estudiantes vulnerables a sufrir violencia sexual, ya que la mayoría son pacientes entre 13 a 20 años de edad.

Se encontró que la mayor frecuencia de pacientes atendidos víctimas sobrevivientes de violencia sexual en el Hospital de Malacatán corresponden al Departamento de San Marcos con 83 pacientes que representa el 55.33% y 19 pacientes que corresponde al 12.67% consultaron al Hospital de Coatepeque. Esto se debe a que el Hospital de Malacatán está ubicado en uno de los municipios de San Marcos, por lo cual se entiende que el mayor porcentaje de pacientes consultó a dicho Hospital y se comprende que 12.67% consultó al Hospital de Coatepeque que es el más próximo en algunos municipios de San Marcos.

Con respecto al Hospital de Coatepeque 40 pacientes con 26% corresponden al Departamento de Quetzaltenango. Esto se debe a que Coatepeque es uno de los municipios de Quetzaltenango en donde se encuentra ubicado dicho Hospital.



Según datos del Instituto de Enseñanza sobre el Desarrollo Sostenible; indica que en los departamentos donde hay más registro sobre mujeres violentadas económica, psicológica o físicamente en el seno familiar, son las Verapaces, El Petén, Sacatepéquez, El Progreso, Retalhuleu y Jalapa. Esta investigación no coincide con la referencia bibliográfica antes mencionada ya que la investigación se realizó únicamente en dos Hospitales que están ubicados en el Departamento de San Marcos y Quetzaltenango.

En la tabla 4 se evidencia que el 50% de pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual eran solteras y consultaron al Hospital de Malacatán y el 37.33% consultó al Hospital de Coatepeque, así mismo se encontró 3.33% de pacientes unidas que consultó al Hospital de Malacatán, 2% al Hospital de Coatepeque y 3.33% de pacientes casadas consultaron a ambos Hospitales.

Según Estadísticas de Violencia en contra de la Mujer 2014-2016 Guatemala, diciembre de 2017: En relación al estado civil de las mujeres agraviadas por violencia sexual, se muestra que los mayores porcentajes están ubicados en las solteras 51.4%, le siguen las casadas 32.6% y en tercer lugar las que están en unión de hecho 3.4%. En este estudio es importante mencionar que las pacientes solteras fueron las más frecuentes en 87.33% seguido de pacientes casadas con 3.33% y las pacientes en unión de hecho con 5.33%, por lo cual los datos del estudio no coinciden con las cifras dadas por la Estadística de Violencia en contra de la Mujer ya que la mayoría de pacientes es de la edad de 13 a 20 años quienes deciden laborar a temprana edad unas en horario diurno y nocturno, lo que hace a este grupo de mujeres vulnerables al abuso sexual.

Se encontró con mayor frecuencia 40 pacientes que corresponde al 26.67% con escolaridad primaria que consultaron al Hospital de Malacatán y 35 pacientes que corresponde a un 23.33 % en el Hospital de Coatepeque, seguido de nivel básico con 29 pacientes que es igual a 19.33% en el Hospital de Malacatán y 17 pacientes que representa un 11.33% en el Hospital de Coatepeque, además se encontró a 11 pacientes analfabetas con 7.33% en el Hospital de Coatepeque y 10 pacientes representados por un 6.67% en el Hospital de Malacatán.

Se encontró en el Hospital Nacional de Coatepeque con mayor frecuencia a pacientes víctimas de violencia sexual entre las edades de 13 a 20 años de las cuales: 18 eran ama de casa, 15 estudiantes y 7 no tenían ningún oficio quienes sufrieron violencia sexual,



psicológica y mixta, además las pacientes de 21 a 30 años 9 eran ama de casa y sufrieron: violencia sexual, psicológica, mixta y física. Con respecto al Hospital de Malacatán la edad de mayor frecuencia fue de 13 a 20 años con 25 pacientes ama de casa, 33 estudiantes y 6 pacientes no tenían oficio quienes sufrieron violencia sexual y psicológica seguido de violencia mixta, además se encontraron pacientes de 21 a 30 años de edad de los cuales 11 eran ama de casa y 3 estudiantes con violencia sexual, psicológica y mixta.

En un estudio realizado en Cuba menciona que el tipo de violencia que predominó correspondió al psicológico y con un tiempo de relación de pareja a 10 años. (Pérez, Roca y Barzagado 2008)

La violencia sexual no se limita solo a actos físicos sexuales, sino que se consideran también las tentativas para consumir los actos, los comentarios y las insinuaciones. (Bourdieu, 1996)

En esta investigación se encontraron en ambos Hospitales pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual de 13 a 30 años quienes eran ama de casa, estudiantes y algunas sin ningún oficio quienes presentaron violencia sexual, psicológica, física y mixta, además cabe mencionar que el tipo de violencia sexual en algunas ocasiones está acompañado de maltrato físico y psicológico tal como lo mencionan las citas antes descritas, ya que se considera que la población de mujeres de dicha edad son más vulnerables de ser víctimas de abuso sexual.

Se encontró que el 38% de pacientes víctimas de violencia sexual presentaron lesión vaginal los cuales se dividen en; 10 pacientes con hematoma, 11 pacientes con rasgadura y 36 pacientes presentaron laceración. Además se encontró que 10% presentó lesión anal dividiéndose así; 1 paciente con hematoma, 7 pacientes con rasgadura y 7 pacientes presentaron laceración.

Según la literatura se considera que: Como violaciones pueden realizarse tanto por vía vaginal como por vía anal, esta zona también debe ser examinada; los tipos de lesiones anales son: fisuras, equimosis y cicatriz. (Retana, 1988)

El presente estudio no coincide con la literatura de la autora antes mencionada, ya que en ambos Hospitales las pacientes que fueron evaluadas por violencia sexual sí presentaban penetración vaginal siendo esta la más frecuente así como penetración anal, sin embargo las lesiones encontradas al examen físico descritas en el historial clínico son: hematoma,



rasgadura y laceración. Por lo que se comprueba la hipótesis: El tipo de lesión de tipo penetración vaginal de los de casos de violencia sexual en la clínica de violencia sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y de la clínica de violencia sexual del Hospital Nacional de Malacatán, fue la más frecuente en pacientes femeninos entre las edades de 13 a 50 años, cuya ocupación es ama de casa.

En esta investigación se describe el tratamiento con el que contaba el Hospital al momento de la consulta de las pacientes víctimas de violencia sexual que fueron evaluadas por abuso sexual, así mismo se les administró cobertura antibiótica: a 65 pacientes en el Hospital de Coatepeque y a 83 pacientes del Hospital de Malacatán se les dio Azitromicina 2 gr vía oral, a 64 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 84 del Hospital de Malacatán se les administró Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI vía IM, y a 58 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 79 en el Hospital de Malacatán se les dio como dosis única Metronidazol 2 gr vía oral.

El protocolo también establece tratamiento con antirretrovirales, encontrándose a 64 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 81 en el Hospital de Malacatán a quienes se les dio Tenofovir+Emtricitabina 300mg+200mg, además solo en el Hospital de Malacatán a 3 pacientes se les dio Zidovudina+Lamivudina 300mg+150mg tableta y a 16 pacientes del Hospital de Coatepeque y 26 del Hospital de Malacatán se les dio Lopinavir+Ritonavir 200mg+50mg tableta.

También cabe mencionar que se dieron anticonceptivos orales de emergencia antes de las 72 horas del abuso sexual; encontrando a 27 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 45 pacientes en el Hospital de Malacatán a quienes se les dio Levonorgestrel 1.5mg, seguido de 25 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 26 en el Hospital de Malacatán se les dio Levonorgestrel 0.75mg y a 14 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 12 en el Hospital de Malacatán se les dio Levonorgestrel 0.15+etinilestradiol 0.30mg.

Además dentro de las inmunizaciones a 21 pacientes en el Hospital de Coatepeque y 60 pacientes en el Hospital de Malacatán se les administró toxoide tetánico y a 4 pacientes en ambos hospitales se les administró vacuna de hepatitis B.

Según el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual indica que la atención integral debe ser biopsicosocial por lo tanto la atención médica incluye el tratamiento de las lesiones corporales y/o genitales, las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), el tratamiento antirretroviral para prevención del VIH y los tratamientos



para otras ITS, además de las vacunas contra el tétanos y la hepatitis B. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 2019)

En la presente investigación se demuestra que a todas las pacientes atendidas en ambos Hospitales, si administraron el tratamiento correcto como lo establece el protocolo con los diferentes antibióticos, antirretrovirales, PAE e inmunizaciones a las pacientes que consultaron por abuso sexual antes de las 72 horas en las clínicas de dichos hospitales, por lo que se considera que el personal médico si tienen un adecuado manejo en las pacientes al momento de obtener el historial clínico y el examen físico de cada mujer abusada sexualmente.

En los expedientes médicos revisados se encontró que a todos los pacientes que consultaron por violencia sexual a los Hospitales Nacionales Malacatán y Coatepeque se les realizó exámenes de laboratorio los cuales se pueden mencionar: Hematología, HCG, uroanálisis, Grupo y RH, VIH, VDRL, hepatitis B y C.

Se encontró que dentro de las complicaciones que presentaron las víctimas sobrevivientes de violencia sexual las 150 pacientes demostraron con el tiempo secuelas psicológicas y dentro del seguimiento de las mismas pacientes 3 resultaron con embarazo, además se demuestra en el Hospital de Malacatán a 1 paciente con enfermedad de transmisión sexual (Sífilis).

Entre las complicaciones importantes de este delito está el embarazo, que es el más frecuente; sin embargo ha incrementado la adquisición de enfermedades de transmisión sexual. (Retana, 1988)

La presente investigación si coincide con la autora Retana ya que se obtuvieron como datos estadísticos a 3 pacientes con embarazo en el seguimiento de las mismas y 1 con enfermedad de transmisión sexual, es importante mencionar que en el estudio se encontraron 150 expedientes clínicos de pacientes mismas que recibieron apoyo psicológico durante el tiempo que se les dio seguimiento, además es importante dar ese apoyo a las pacientes con trauma post violación ya que en diferentes ocasiones el abusador es algún conocido o familiar.

Una de las limitantes fue no haber encontrado la información de todos los expedientes de manera ordenada en el Hospital de Coatepeque debido a que en Registros Médicos a cada cierto tiempo hacen depuraciones de expedientes por lo que no fue posible encontrar a más



de 65 pacientes, en comparación con el Hospital de Malacatán donde tampoco se pudo encontrar a más 85 pacientes ya que la clínica de violencia sexual al inicio no llevaban un control adecuado de los pacientes atendidos por violencia sexual, otra de las limitantes fue encontrar a pacientes que consultaron un mes a un año después del abuso sexual.

Los resultados de este estudio demostraron que las pacientes que además de sufrir violencia sexual con el tiempo en su mayoría recibieron apoyo psicológico y se les brindó el tratamiento que establece el protocolo de Atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual. Es importante continuar con la investigación de los pacientes que sufren violencia sexual.



IX. CONCLUSIONES

- Se determinó que la edad más frecuente encontrada en las pacientes víctimas de violencia sexual es de 13 a 20 años de edad.
- Se determinó que las víctimas de violencia sexual en este estudio en su mayoría son ama de casa con un 48%.
- Se concluye que el tipo de lesión más frecuente en las víctimas de violencia sexual de ambos Hospitales fue laceración vaginal.
- Se pudo comprobar que en su gran mayoría las pacientes tenían poco acceso a la educación ya que el 50% tenía un nivel de escolaridad primaria.
- Se determinó que el 87.33% del estado civil de las pacientes víctimas sobrevivientes de violencia sexual eran solteras en ambos hospitales.
- En este estudio se concluye que de 150 pacientes que consultaron por violencia sexual un paciente presentó como complicación enfermedad de transmisión sexual (Sífilis).
- En este estudio se determinó que de las 150 pacientes que consultaron víctimas sobrevivientes de violencia sexual 3 quedaron embarazadas
- El tratamiento dado a las pacientes en la clínica de violencia sexual antes de las 72 horas en ambos Hospitales fue; Azitromicina 2gr vía oral, Penicilina benzatínica 2,400,000 UI vía IM, Metronidazol 2gr vía oral, Lopinavir+Ritonavir 200mg+50mg y Levonorgestrel 1.5mg.



- Se determinó que los laboratorios realizados a las pacientes víctimas de violencia sexual únicamente fueron; hematología, HCG, uroanálisis, Hepatitis B y C, VDRL y VIH.

X. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los médicos de clínica de violencia sexual conjuntamente con su equipo de trabajo actualizar y enriquecer el protocolo existente del manejo de las pacientes víctimas de violencia para que esta pueda ser utilizado en el servicio de emergencia.
- Se recomienda a los médicos de clínica de violencia sexual conjuntamente con su equipo de trabajo la realización de talleres, simposio y conferencias para que el recurso médico en formación desarrolle las habilidades y conocimientos en el manejo de pacientes que consultan por abuso sexual.
- Se recomienda a los médicos de ambas clínicas de violencia sexual de Coatepeque y Malacatán describir correctamente el examen físico de cada paciente que consulte a la clínica por abuso sexual y así se tenga un mejor manejo en el momento de realizar la denuncia al ministerio público.
- Se recomienda al personal médico de la clínica de violencia sexual de ambos Hospitales proponer en la dirección ejecutiva no depurar expedientes por tratarse de datos estadísticos que puedan servir a estudios próximos.
- Promover la educación médica continua en la clínica de violencia sexual para el manejo de las pacientes que consultan por abuso sexual desde el momento en que es atendida en la emergencia hasta el momento de dar egreso al mismo.
- Se recomienda a la población en general consultar antes de 72 horas después de haber sido víctima de violencia sexual ya que en esta etapa existe eficacia del tratamiento como profilaxis para enfermedad de transmisión sexual, embarazos no deseados y VIH.



- Se recomienda hacer más énfasis en el programa “Cuéntalo sin miedo” del Gobierno para que las personas que sean víctimas de violencia sexual puedan alzar su voz y tener la cultura de denuncia para que no existan nuevas víctimas.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Benedith, D. 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.

Buena, L. P. (2011). Violación sexual. Uruguay: MYSU.

Burgos, J. A. (2009). Guatemala.

Cortés, D. C. (2010). Papel de las estrategias de afrontamiento y de las atribuciones de culpa en el ajuste psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil. Universidad de Granada, 4.

Davídico, M. d. (2012). Incidencia de abuso sexual. Universidad de Córdoba, 13.

deguate. (s.f.). deguate. Recuperado el 07 de Junio de 2017, de deguate: http://www.deguate.com/municipios/pages/quetzaltenango/coatepeque/salud.php#.WTjhM5I1_IU

Fine, B. D. (2000). Informe Mundial sobre la Violencia sexual y la salud. Mexico: Medical Journal.

Fuentes, G. (2011). Abuso sexual intrafamiliar. Tecún Umán.

Godenzi, A. F. (2009). AUTOPERCEPCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES EN UN GRUPO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL A TRAVÉS DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH. Universidad Católica del Perú, 23.

Guatemala, M. d. (2019). Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Guatemala, 2019: Ministerio de salud pública y asistencia social.

Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2019). Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual. Guatemala. Obtenido de Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual.



- Guzmán, J. (Febrero de 2009). NIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALAFACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA. Obtenido de NIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALAFACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA: <https://biblioteca-farmacia.usac.edu.gt/Tesis/EPsqB971.pdf>
- Hernández, G. C., Torres, S. R., & Cifuentes, M. S. (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, 2007 – 2015. *Universidad y salud*, 3.
- Hirogen. (2006). *Violencia sexual*. Estados Unidos.
- Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible. (2021). *Instituto de Enseñanza para el Desarrollo Sostenible*.
- López, L. O. (2012). *Violencia sexual contra los niños y niñas*. España: Save the children.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2017). *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala. Recuperado el 07 de Junio de 2017, de Ministerio De Salud Publica Y Asistencia Social: <http://hospitalcoatepeque.gob.gt/portal/>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala. (2019). *Protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual*.
- Monterroso, K. M. (2015). *RESILIENCIA EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL*. Universidad Rafael Landívar, 5.
- Moreno, E. M. (2012). *Mujeres víctimas de violencia sexual en el contexto de Buenaventura : una mirada a las formas de subjetivación*. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE, 45.
- OMS. (2002). *Informe Mundial de la violencia y de la salud*. 5.
- Pérez, E. M., Roca, T. Z., & Barzaga., K. H. (2008). *Caracterización de la violencia intrafamiliar hacia la mujer*. Consultorio No 1. Policlínico "René Ávila Reyes. Holguín. 2008. *Ciencias Holguín*, 5.
- Procuraduría General de la República. (2017). *Violencia Sexual*. *UIG*, 4.



- Recio, B. T. (2017). La violencia sexual: desarrollos feministas, mitos y respuestas normativas globales. 4.
- Retana, D. J. (1988). LESIONES DEL ÁREA GENITAL EN EL SEXO FEMENINO. En D. J. Retana, Medicina Legal (pág. 43). Costa Rica.
- Rodriguez, K. Y. (Noviembre de 2013). Biblioteca USAC. Recuperado el 07 de Junio de 2017, de Biblioteca USAC: http://biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0848_v4.pdf
- Rodríguez, U. M., & Rodríguez, A. M. (2013). Lesiones del himen en reconocimientos médico legales (RML) ginecológicos por delitos contra la libertad sexual. scielo, 1.
- Rodríguez, U. M., Cardozo, J. B., & Rodríguez, A. M. (2014). Lesiones por violencia familiar en el reconocimiento médico Legal (RML). 12.
- Sistema Nacional de Inversión Pública. (01 de abril de 2013). Sistema Nacional de Inversión Pública. Recuperado el 07 de Junio de 2017, de Sistema Nacional de Inversión Pública:
[http://snip.segeplan.gob.gt/reports/rwservlet?snrppt\\$resumen&prm_ejercicio=2013&prm_proyecto=99963](http://snip.segeplan.gob.gt/reports/rwservlet?snrppt$resumen&prm_ejercicio=2013&prm_proyecto=99963)
- SVET. (5 de Octubre de 2018). SVET. Recuperado el 31 de octubre de 2018, de <http://www.svet.gob.gt/estadistica>
- Torres, J. R. (2009). Elementos diagnosticos y narrativos para el trabajo con sobrevivientes de Abuso sexual en su infancia. Chile.



XII. ANEXOS

A. Cronograma de Actividades

Actividades	Año 2018	Año 2018	Año 2018	Año 2019	Año 2021	Año 2022
Tema de Investigación	x					
Aprobación de tema		x				
Cuestionario de pertinencia			x			
Anteproyecto				x		
Aprobación de anteproyecto				x		
Protocolo de investigación					x	
Aprobación de protocolo de investigación					x	
Elaboración de boleta de recolección de datos					x	
Solicitud y aceptación en Hospitales para realizar la investigación					x	
Recolección de datos					x	
Realización de gráficas o tablas					x	
Análisis y discusión de resultados						x
Corrección de análisis y discusión de resultados						x
Informe final						x



B. Boleta De Recolección

Estudio Correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual del Hospital Nacional de Malacatán.

1. Edad:		41-50 años	<input type="checkbox"/>
13 -20 años	<input type="checkbox"/>		
21-30 años	<input type="checkbox"/>		
31-40 años	<input type="checkbox"/>		
2. Estado Civil			
Casada	<input type="checkbox"/>	Divorciada	<input type="checkbox"/>
Soltera	<input type="checkbox"/>	Viuda	<input type="checkbox"/>
Unida	<input type="checkbox"/>		
3. Procedencia			
Quetzaltenango	<input type="checkbox"/>	Suchitepéquez	<input type="checkbox"/>
San Marcos	<input type="checkbox"/>	Otros departamentos:	_____
Retalhuleu	<input type="checkbox"/>		
4. Ocupación			
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Comerciante	<input type="checkbox"/>
Estudiante	<input type="checkbox"/>	Secretaria	<input type="checkbox"/>
Maestra	<input type="checkbox"/>		



5. Escolaridad:

Analfabeta

Primaria

Básico

Diversificado

Universitario

6. Tipo de Violencia

Psicológica

Física

Mixto

Sexual

7. Abuso sexual según región anatómica

Vaginal

Anal

Oral

8. Tipo de lesión

Hematoma

Rasgadura

Laceración

No hay lesión

9. Tratamiento según tiempo: Antes de 72 horas

Antibiótico: Azitromicina 2gr vía oral

Ceftriaxona 250mg vía IM

Penicilina benzatínica 2,400,000. UI vía IM

Metronidazol 2gr vía oral

Doxiciclina 100mg tableta



Antirretrovirales: Tenofovir+Emtricitabina 300mg+200mg

Tenofovir 300mg tableta

Lamivudina 150mg tableta

Zidovudina+Lamivudina 300mg+150mg tableta

Lopinavir+Ritonavir 200mg+50mg tableta

Anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel 1.5mg

Levonorgestrel 0.75mg

Levonorgestrel o.15+etinilestradiol 0.30mg

Imunizaciones: Toxoide tetánico

Vacuna hepatitis B

10. Exámenes de laboratorio realizados a las víctimas de violencia sexual

Hematología

HCG

Uroanálisis

Hepatitis B

Hepatitis C

VDRL

VIH

Grupo Rh

11. Complicaciones en las pacientes víctimas de violencia sexual

Embarazo

Enfermedad de transmisión sexual

Secuelas psicológicas

Infección del tracto urinario



FORMATO PARA SOLICITAR APROBACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN

yo, Zuly Raquel Umul Hernandez con número de
Carnet 201316181, actualmente realizando la rotación de Ginecolog-
gía en Hospital Nacional
Juan José Ortega de Coatepeque.

SOLICITO APROBACIÓN

para realizar investigación del tema: Incidencia de víctimas de
violencia sexual de Clínica de Videncia Sexual,
para el cual propongo como Asesor a: Dr. Joel Everardo González Pérez
teniendo previsto que se lleve a cabo en Hospital Nacional Juan José
Ortega, Coatepeque.
y abarcará el período de Enero 2014 - Diciembre 2018

Quetzaltenango, 14 de Marzo de 2018

[Signature]
Firma

Fecha recepción en la Universidad

USO DE LA UNIVERSIDAD

TEMA
APROBADO

TEMA
RECHAZADO

AMPLIAR
INFORMACIÓN

OBSERVACIONES: Se sugiere realizar un estudio comparativo
sobre la incidencia de víctima de violencia sexual de la
clínica de violencia sexual Hospital de Coatepeque vs.
clínica de violencia sexual Hospital de Malacatan

Por Comité de Investigación

Tutor Asignado

Dr. Mario del Sol

Nota: Replantear
tema: Como correla-

cional con edad, ocupación
y tipo de lesión para ser



Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda

[Signature]
Dr. Mario del Sol
Médico y Cirujano
Col. 6.094



Quetzaltenango, Coatepeque 22 de Junio de 2021

Director Ejecutivo
Dr. Edgar Juárez
Hospital Nacional de Coatepeque

Por este medio reciba un cordial saludo, deseándole bendiciones en sus labores diarias y alcanzando el éxito en todo lo que se proponga

Por medio de la presente Yo Zuly Raquel Umul Hernandez quien me identifico con Número de Carnet 201316181 actualmente con Cierre de Pensum en la Universidad Mesoamericana, solicito me sea autorizado el acceso a la información de los expedientes de la Clínica de Violencia Sexual del presente Hospital para realizar el trabajo de campo de Tesis, siendo el tema a Investigar, Estudio Correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega De Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, Enero 2014 a diciembre del 2018, teniendo como Asesor al Dr. Joel González. Los datos que necesito para cumplir con los requisitos de dicho estudio y que me sean autorizados son: Edad, estado civil, procedencia, ocupación, escolaridad, tipo de lesión sexual según anatomía, complicaciones, tratamiento, tipo de violencia (psicológica, física y mixta) y laboratorios realizados. Ya que la realización de Tesis es indispensable para poder avanzar y poder obtener el título de Médico y Cirujano.

Agradeciendo su comprensión y pronta respuesta

Dr. Joel E. González Pérez
MÉDICO Y CIRUJANO
COL. 15123

Dr. Joel González
Asesor

Zuly Raquel Umul Hernandez
Médico Interno UMES

Edgar Juárez
CoBo



Quetzaltenango, Coatepeque 28 de Junio de 2021


Dra. Gabriela Arreaga
Coordinadora de la Clínica de Violencia Sexual
Hospital Nacional de Coatepeque

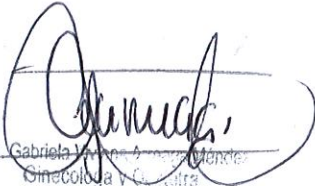
Reciba un cordial y respetuoso saludo

Por medio de la presente Yo Zuly Raquel Umul Hernandez quien me identifico con Número de Carnet 201316181 actualmente con Cierre de Pensum en la Universidad Mesoamericana y número DPI 2600374191215, solicito su autorización para el acceso a la información de los expedientes de la Clínica de Violencia Sexual del presente Hospital para realizar el trabajo de campo de Tesis, siendo el tema a Investigar, Estudio Correlativo entre la edad, ocupación y tipo de lesión en las víctimas de violencia sexual de Clínica de Violencia Sexual del Hospital Juan José Ortega De Coatepeque y la Clínica de Violencia Sexual de Malacatán, Enero 2014 a diciembre del 2018, teniendo como Asesor al Dr. Joel González Pérez. Por lo que me comprometo en reservar la identidad de cada paciente y mantener la confidencialidad de la información recolectada de los expedientes clínicos la cual se utilizará para fines académicos y al mismo tiempo avanzar con mi estudio. Adjunto carta autorizada por el Director de este hospital Dr. Edgar Juárez.

Esperando su comprensión y apoyo

Atentamente


Zuly Raquel Umul Hernandez
Médico Interno UMES


Dra. Gabriela Arreaga
Ginecología y Obstetricia
Colegiado 12,870



Malacatán 7 de julio de 2021
Oficio 02-2021

Comité de Abuso Sexual y Maltrato Infantil
Hospital Nacional Malacatán

Deseándoles éxitos en sus actividades diarias nos permitimos informarle que tenemos la solicitud de ZULY RAQUEL UMUL HERNANDEZ médica interna de la Universidad Mesoamericana, para realizar el trabajo de campo de su tesis "ESTUDIO CORRELATIVO ENTRE LA EDAD, OCUPACIÓN Y TIPO DE LESION EN LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DE ENERO 2014 A DICIEMBRE DE 2018" teniendo a la vista la boleta de recolección de datos, la cual adjuntamos, consideramos que no vulnera la salud física y mental del paciente y que se resguarda la información personal de cada víctima.

Por lo que solicitamos su Visto Bueno para la parovación del trabajo de campo

Sin nada más que hacer constar me suscribo de usted.
Atentamente

Dra. Devy Juárez Aguilar
GINECÓLOGA Y OBSTETRA
COL. 15.236

Dra. Devy Graciela Juárez Aguilar
Ginecóloga
Clínica VAS



Dr. Henry Daniel Velásquez
Pediatra
Clínica VAS

Vo.Bo. Comité de abuso sexual e infantil

Dr. Rodolfo Velázquez Corzo
Coordinador



Dr. Edgar Calderón
Subcoordinador
Edgar E. Calderón R.
MÉDICO Y CIRUJANO
COL. No. 10.111

Lic. Karla Rivera
Secretaria

Licda. Karla Rivera López
Psicóloga Clínica
COLEGIADO No. 6396

Lic. Sagra Monzón
Vocal 1



Dra. Gilma Lemus
Vocal 2
cc. Archivo

