UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA – FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

TESIS: *"PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LAS CONSULTAS DE EMERGENCIA EN HOSPITALES DE TODAS LAS CAPITALES DE LAS PROVINCIAS DEL PAIS. VENTANA EPIDEMIOLÓGICA"*

Autor: Mario Adolfo De Mauro

Director: Raúl Ángel Gómez

1ª Cohorte (2011 – 2013)

Córdoba, diciembre de 2015

INDICE

Capítulo 1: INTRODUCCIÓN *pág. 4*

Capítulo 2: MATERIALES Y MÉTODOS *pág. 18*

Capitulo 3: RESULTADOS *pág. 22*

1. Prevalencia de las consultas de las personas víctimas por violencia en las salas de emergencias. *pág. 22*

2. Perfil sociodemográfico de los/as consultantes por situación de violencia en las salas de emergencias. *pág. 24*

3. Mecanismos de lesión, tipo de relación con el agresor y el contexto de la situación identificados *pág. 30*

4. Evaluación de las diferencias en las consultas de emergencias de acuerdo a las variables provinciales y regionales *pág. 35*

Capítulo 4: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES *pág. 38*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS *pág. 54*

ANEXOS *pág. 62*

- *Encuesta a pacientes en salas de emergencia*

- *Autorización OAD - SEDRONAR*

- *Tablas*

Resumen

Objetivo: Caracterizar a las personas víctimas de situación de violencia que consultan en las salas de emergencia en los Hospitales Públicos de todas las capitales del país. **Métodos**: Se realizó un estudio descriptivo y fue utilizada para ello la fuente secundaria de datos del Quinto Estudio Nacional: "El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia 2012, SEDRONAR-OAD" (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico - Observatorio Argentino de Drogas). En él se aplicaron encuestas a pacientes en salas de urgencias en las 24 capitales de provincias del país, durante las 24 horas, en salas de emergencias de 24 hospitales públicos del territorio nacional, en semana típica. Se relevaron un total de 13.328 encuestas. Las muestras estuvieron conformadas por personas mayores de 12 años que consintieron contestar el cuestionario, excluidas todas las mujeres que asistieron por consultas obstétricas o de maternidad. Se aplicó el esquema de trabajo ventana epidemiológica. Para cumplimentar los objetivos del presente estudio se tuvieron en cuenta tanto los datos socio demográficos como los de situación de violencia heteroagresiva e interpersonal. Se aplicó para el análisis de datos el programa SPSS 18.0 software estadístico informático de uso específico para las ciencias sociales. Se estableció el análisis de frecuencias para cada ítem a fin de determinar la distribución de las variables y las medidas de tendencia central. Se analizó la existencia de diferencias significativas aplicando prueba de hipótesis tipo Chi cuadrado. **Resultados**: Se pudo observar que, si bien la mayoría consultó por motivos médicos generales, una parte menor lo hizo referido por situaciones de violencia. Se destaca que el horario de las consultas es predominantemente nocturno y se concentran en el fin de semana. Llama la atención que quienes consultaron son en gran medida jóvenes que tienen hasta 30 años, que, en general, no han completado sus estudios secundarios, sobre todo solteros y se encuentran en situación de precariedad laboral. Los mecanismos de lesión en general fueron en gran medida por golpe y objeto punzocortante. En las mujeres, fueron en su mayoría por agresión sexual, estrangulamiento y caídas. En varones en la misma situación por objetos punzocortantes, armas de fuego y golpe. En la mitad de los casos no existió relación entre víctima-agresor. La situación sufrida por parejas o ex parejas respecto de las mujeres es significativamente preponderante respecto de los varones; lo mismo sucede en el contexto doméstico o intrafamiliar. **Conclusiones:** Disponer de datos sobre la situación de la violencia heteroagresiva e interpersonal permite comprender más y mejor esta problemática a fin de aportar a políticas públicas, planes y programas en Salud y Salud Mental, respectivamente. La complejidad de ésta requiere intervenciones interdisciplinarias, intersectoriales e interinstitucionales para poder abordarla.

Palabras claves: Violencia. Víctimas. Emergencia. Ventana epidemiológica. Salud Mental.

Abstract

Objective: Characterize the situation of victims of violence who consult in emergency rooms in public hospitals in all the capitals of the country. **Methods:** A descriptive study was performed and was used secondary data source of the Fifth National Study, "The abuse of drugs and emergency consultation, 2012, SEDRONAR - OAD" (Secretariat for the Prevention of Drug Addiction and Fight Narcotics - Drug Argentine Observatory). It surveys were administered to patients in emergency rooms in the 24 capitals of provinces, 24 hours in emergency rooms 24 public hospitals in the country, in typical week. A total of 13,328 surveys were surveyed. The samples are made up of people over 12 years old who agreed to answer the questionnaire, excluding all women attending obstetric or maternity consultations. Scheme was applied epidemiological work window.

To fulfill the objectives of this study were taken into account, on the one hand, sociodemographic data and, on the other, the Heteroagressive and Interpersonal violence Situation. SPSS 18.0 statistical specific computer software was used for the social sciences program for data analysis. Frequency analysis for each item was used to determine the distribution of the variables and measures of central tendency established. The existence of significant differences was analyzed using hypothesis testing Chi cuadrado type. **Results:** It was observed that while most general consults for medical reasons, a minor part did referred by violence. It is noted that the schedule of consultations is predominantly nocturnal and concentrate on the weekend. Furthermore, it is noteworthy that those are largely looked at as young as 30 years are that, in general, have not completed high school and who are mostly single and are in precarious employment.

The mechanisms of injury were generally largely hit and sharps. In women as they were mostly for sexual assault, strangulation, and falls. In men in the same situation were sharps, and blow guns. In half of the cases there was no relationship between the victim - aggressor. The situation experienced by partners or former partners towards women and is significantly predominant amounts compared to men, as do domestic or domestic context. **Conclusions:** Having data on the situation of heteroagresiva and interpersonal violence can understand more and better this problem so as to contribute to public political, plans, and programs in health and mental health. The complexity of the same requires interdisciplinary and interinstitutional interventions to address it.

Key Words: Violence. Victims. Emergency. Epidemiological Windows. Mental Health.

INTRODUCCIÓN

"La violencia es con seguridad un acto del peor orden posible, una manera en la que se expone, en su forma más aterradora, una vulnerabilidad humana primaria hacia otros seres humanos, una manera por la cual se nos entrega, sin control, a la voluntad de otros, una manera en la que la vida misma puede ser anulada por la acción volitiva de otro. En la medida en la que cometemos violencia, estamos actuando sobre otro, poniendo al otro en riesgo, causándole daño al otro, amenazando anular al otro. En cierta forma, todos vivimos esta vulnerabilidad particular, una vulnerabilidad hacia el otro que es parte de la vida corporal, una vulnerabilidad a un llamado repentino de otro lugar que no podemos prever. Sin embargo, esta vulnerabilidad se exacerba altamente bajo ciertas condiciones sociales y políticas, especialmente bajo aquellas en las que la violencia es una forma de vida y los medios para asegurarse la autodefensa son limitados."

Judith Butler (*Violencia, Luto y política*, 2007)

La violencia caracterizada, entre otras, como una problemática relacional[1] en Carrión F (1), ubicua y global[2] por la OPS (2), fenómeno complejo y multidimensional[3] en Buvinic M, Morrison A y Shifter M (3), en todas sus manifestaciones, conlleva de por sí gravedad en la salud pública. Esto fue enfatizado por la ONU (4) que declaró al tema de la violencia como un problema prioritario de salud pública, proponiendo una resolución operativa y recomendando a la OMS/OPS, en cumplimiento de aquella, la elaboración del Primer Informe sobre Violencia y Salud (2)[4].

Lo sostenido por la OPS (5), refiere que "[la violencia] amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y erosiona el tejido social"; agrega además que "[l]a Región de

---

[1] En dicha investigación se resalta que "[…] supone tener una comprensión de la violencia que vaya más allá del análisis patológico de las conductas individuales y la conciba a partir de un marco teórico que la entienda como lo que es: un tipo particular de relación social. Esta consideración de la violencia, como relación social, permite entender la organización del delito, las distintas formas que asume y, sobre todo, diseñar políticas preventivas que vayan más allá de lo punitivo, represivo y de control. La violencia urbana aparecería menos como un problema y más como un producto de "una relación social particular de conflicto, que involucra, por lo menos, a dos polos con intereses contrarios, actores individuales o colectivos, pasivos o activos en la relación".

[2] En el diccionario de la Real Academia Española (2001) "ubicuo" procede del latín *ubique*, que significa "en todas partes". La ubicuidad, por lo tanto, está vinculada con la omnipresencia en tanto que global refiere a lo tomado en conjunto y también al planeta o globo terráqueo.

[3] Fue calificada de ese modo ya que obedece a diversos y múltiples factores psicológicos, biológicos, económicos, sociales y culturales. Esta "multidimensionalidad genera distintas manifestaciones de la violencia que pueden clasificarse según las víctimas (niños, mujeres, ancianos, jóvenes), agresores (pandillas, bandas, policía, etc.), naturaleza del comportamiento violento (física, psicológica y sexual), intención de la violencia (instrumental o como medio para otros fines y emocional), lugar (urbana y rural) y la relación entre la víctima y el agresor (social o doméstica o intrafamiliar)."

[4] Constituye el primer estudio exhaustivo del problema de la violencia a escala mundial. Nelson Mandela en el prólogo expresaba que: "constituye una contribución de primer orden a nuestro conocimiento de la violencia y su repercusión en las sociedades. Arroja luz sobre los diversos rostros de la violencia, desde el sufrimiento "invisible" de los individuos más vulnerables de la sociedad a la tragedia más notoria de las sociedades en conflicto. Hace progresar nuestro análisis de los factores que conducen a la violencia y las posibles respuestas de los distintos sectores de la sociedad, y con ello nos recuerda que la seguridad y la garantías no surgen de manera espontánea, sino como fuerza del consenso colectivo y de la inversión pública".

las Américas es una de las más afectadas por la violencia, con un impacto negativo de gran magnitud especialmente en los países más afectados. Las mujeres, los niños y las niñas sufren violencia intrafamiliar, los jóvenes son víctimas y victimarios de la violencia en las calles, y la violencia sexual o en el lugar de trabajo".

En el enfoque que sustentó Rodríguez JJ (6), basado en la perspectiva de la Salud Mental en la Comunidad, se señaló significativamente que: "Con el paso del tiempo ha adquirido proporciones alarmantes en muchos países. La información disponible muestra que la mortalidad y la morbilidad determinada por la violencia van en aumento y que la respuesta de los servicios de salud es insuficiente." Además, agregó que "[e]ntre las consecuencias de la violencia se destacan los daños psíquicos y las privaciones y deficiencias del desarrollo, especialmente en la infancia y adolescencia. Esta gama de secuelas crea la necesidad de considerar el impacto de los actos violentos que, a pesar de no producir lesiones o muertes, generan sufrimiento e imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria."

En ese sentido, lo que aporta (6), también brinda un horizonte de búsqueda y soluciones al decir que "[e]l sector salud puede aportar valiosas herramientas y metodologías al sistema de respuesta social e institucional del que forma parte. Las acciones para enfrentar la violencia desde el sector salud complementan la respuesta de otras instituciones.".

Por otra parte la OMS /OPS (7)[5], planteó datos y conclusiones, que deben ser tenidos en cuenta en toda agenda de Salud y Salud Mental, entre otros:

- Cada año, 1,4 millones de personas pierden la vida debido a la violencia. Por cada una que muere hay muchas más con lesiones y con diversos problemas de salud física, sexual, reproductiva y mental. Esto corresponde a más de 3800 muertes al día. La violencia es un importante problema de salud pública, de derechos humanos y de desarrollo humano.
- El 90% de las muertes debidas a la violencia se producen en países de ingresos bajos y medios. Los países con mayores niveles de desigualdad económica tienden a presentar mayores tasas de mortalidad por violencia, y dentro de cada país las tasas más elevadas corresponden a quienes viven en las comunidades más pobres. Por cada muerte debida a la violencia hay decenas de hospitalizaciones, cientos de consultas a los servicios de urgencias y miles de consultas médicas.
- La violencia supone una enorme carga para las economías nacionales, con un costo para los países de miles de millones de dólares anuales en atención sanitaria, vigilancia del cumplimiento

[5] La Campaña Mundial de Prevención de la Violencia 2012-2020, que busca unificar los esfuerzos de los principales actores de la prevención de la violencia a nivel internacional tiene por objetivo poner en práctica las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud OMS/OPS del año 2003 y fomentar la toma de conciencia sobre el problema de la violencia. Se pretende también resaltar la función decisiva que puede desempeñar la salud pública para abordar las causas y consecuencias de la violencia.

de la ley y pérdida de productividad.

- La violencia afecta principalmente a personas jóvenes, económicamente productivas. Los homicidios y suicidios suponen una fracción importante de las tasas globales de mortalidad de los hombres de 15 a 44 años. Por cada joven que muere por la violencia se calcula que hay entre 20 y 40 que sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario. Entre los menores de 25 años, por cada suicidio consumado hay 100 intentos.
- El impacto sanitario de la violencia no se limita a las lesiones físicas.
- Entre los efectos a largo plazo, se encuentran los trastornos mentales, como la depresión, los intentos de suicidio, los síndromes de dolor crónico, los embarazos no deseados, el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. Los niños víctimas de la violencia corren mayor riesgo de abusar del alcohol y las drogas, de ser fumadores y de tener comportamientos sexuales de alto riesgo. Esto puede ocasionar, aunque sea muchos años después, enfermedades crónicas como cardiopatías, cánceres e infecciones de transmisión sexual.
- La violencia es prevenible y se puede reducir su impacto.
- Los programas comunitarios tienen una importante función en la prevención de la violencia.
- Las sociedades pueden prevenir la violencia reduciendo factores de riesgo como el alcohol, las armas de fuego y las desigualdades económicas y de género.

Tal como ha sido caracterizado, la violencia tiene existencia en todo el mundo, pero se debe mencionar que perjudica de manera especial a América Latina que se ha convertido en una de las regiones más violentas del orbe y una de las más afectadas por ella, con un impacto negativo de gran magnitud especialmente en los países más afectados. Las mujeres, los niños y las niñas sufren violencia intrafamiliar, los jóvenes son víctimas y victimarios de la violencia en las calles, y la violencia sexual o en el lugar de trabajo afectan la salud física y psicológica de las personas perjudicadas. Un apartado especial constituyen "[l]as minas antipersonales [que] dejan graves secuelas en las víctimas" (2)[6].

En tanto Buvinic M (8) señaló que "[l]a violencia es, junto al desempleo, la corrupción, la pobreza y los bajos ingresos, una de las mayores preocupaciones de los ciudadanos en América Latina en este nuevo siglo, según las encuestas de opinión pública. Es también un tema cada vez más importante en la agenda de desarrollo de los gobiernos de la región" consignando en la prevalencia de la violencia que: "América Latina y el Caribe (incluye 32 países) es la región con la

[6] En dicho informe se sostiene que países como Chile, Ecuador, Nicaragua, Perú, han sufrido dichas situaciones y sobre todo Colombia, país que más víctimas reporta por la explosión de minas anti persona. La importancia de todo esto último lo constituye, entre otros, la aplicación del Programa AICMA (Atención Pre-hospitalaria al Traumatizado para Labores de Desminado Humanitario en Ecuador, propiciado por la OEA (Organización de Estados Americanos) para el año 2013. En ese año concluyó la tercera de las capacitaciones a profesionales médicos y paramédicos en ese citado programa con la supervisión del Centro Nacional de Desminado de Ecuador y el Ministerio de Defensa Nacional, coordinadas por el Departamento de Acreditación Médica del Comando General del Ejército.

mayor tasa de homicidios promedio por habitante: 27,5 homicidios por cada 100.000 habitantes; le sigue África con 22,2 homicidios, mientras el promedio mundial es de 8,8 homicidios por cada 100.000 habitantes. La región también muestra tasas muy altas de violencia que se producen en el ámbito privado del hogar. "Datos de 15 países (1993-2003) muestran que entre 7 y 69% de mujeres adultas con pareja, dicen haber sufrido abusos físicos en algún momento de su relación. Otras investigaciones revelan tasas también altas de victimización de los niños. En Colombia, los niños sufren castigos violentos en aproximadamente 23% de los hogares urbanos y en Ciudad de México, sufren violencia en más de 13% de los hogares."

El anterior registro de estadísticas (8) confirma que en América Latina prevalece la violencia interpersonal. La incidencia de esta violencia interpersonal aumentó considerablemente entre mediados de la década de los ochenta y mediados de la década de los noventa; la tasa de homicidios promedio en la región se elevó en más de un 80% entre 2000 y 2005, la muerte por homicidio siguió en aumento en algunos países, como El Salvador (de 37 a 55 homicidios por 100.000) y Guatemala (de 25,8 a 42 por 100.000), pero disminuyó en otros, incluyendo Colombia (de 62,7 a 39,3 por 100.000), Honduras (de 49,9 a 35 por 100.000) y Argentina (de 7,2 a 5,8 por 100.00)"[7].

En la investigación de la Corte Suprema de Justicia de la República Argentina (9), se expresó que "si bien el homicidio doloso es sólo un delito, su carácter de hecho de mayor extrema violencia lo erige en un indicador general del nivel de ésta y, por lo tanto, en la investigación comparada internacional es el dato que se emplea con mayor seguridad y que, por otra parte, su investigación criminológica se presenta cuantitativamente como más simple y con menor cifra oscura en cuanto a los hechos realmente cometidos."

Se destaca en dicho trabajo (9) que "[…] lo primero que debe cuidar un estado es la vida de sus habitantes y para eso necesita saber cuáles son los peligros que la amenazan, del mismo modo que lo hace respecto de la salud. Tal causa de muerte es la enfermedad evitable o curable como la violencia auto y heteroagresiva; la violencia es una causa de mortalidad como cualquier otra (que a veces afecta a franjas muy jóvenes de la población) y toda muerte evitable es una pérdida con su inmensa cuota de dolor, cualquiera sea su causa." [8]

---

[7] En relación a los costos directos de la violencia relata que: "Todo tipo de violencia acarrea altos costos económicos y sociales porque frena el desarrollo. En el plano microeconómico, reduce la formación de capital humano porque induce a algunos individuos a desarrollar habilidades criminales, en vez de educativas; también disuade a algunas personas a estudiar de noche por miedo al crimen violento. En el plano macroeconómico, reduce la inversión extranjera y la nacional; también puede reducir el ahorro nacional si la gente tiene menos confianza en las posibilidades de crecimiento futuro del país" y los vinculados a costos indirectos: "incluyen impactos en la salud que no necesariamente generan una demanda para la utilización de servicios de salud, como por ejemplo, mayor morbilidad, mayor mortalidad debido a los homicidios, al abuso de alcohol y las drogas y a los cuadros depresivos".

[8] En relación a política criminal, Zaffaroni E expresó, en La Gaceta de Tucumán (2012): "Lo terrible es que nadie

En relación a ello la OPS (6), a su vez sostiene y propone que, en primer lugar, “ e s indispensable como paso fundamental para implementarlo y pasar "del problema a la solución": "la obtención de conocimientos acerca de todos los aspectos de la violencia, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, alcance, características y consecuencias de la violencia a los niveles local, nacional e internacional. Esto permite definir el problema según sea violencia intrafamiliar, juvenil, contra niños, sexual o de otra índole".

De ahí entonces que el valor de la información, como así también el enfoque en las políticas de Salud Públicas, basadas en requisitos rigurosos del método científico, sobre las víctimas de violencia y su situación al respecto se torna decisivo, ya que "[…] la consignada en los servicios de salud, es incompleta. En la práctica, los datos recogidos no reflejan la realidad." (6)

El fenómeno de la violencia descripta, junto a producir, en consecuencia, altos costes y cargas sociales, económicas y psicológicas para toda la sociedad, incide en la calidad de vida que se ve reducida, restringiendo la participación política y económica de las víctimas y su desarrollo intelectual. Asimismo y en relación a la seguridad urbana, se ven limitados los espacios recreativos en la ciudad así como el tiempo para disfrutarla. Con respecto a la estructura social, produce y genera daños al fomentar comportamientos y actitudes que socavan las bases, principios de convivencia y resolución de conflictos.

En definitiva, lo que se viene señalando y sosteniendo es el impacto altamente significativo de las violencias en el Proceso Salud-Enfermedad-Atención (PSEA). Los eventos productos de hechos violentos impactan en los indicadores de morbimortalidad y en los servicios de atención a la salud. Concomitante con ello, actualmente se advierte que es escasa la información desagregada de dichos eventos violentos como un problema del PSEA en el espacio urbano. Spínelli H et al.(10)

Aproximación conceptual a los términos “Victima” y "Violencia". Múltiples significaciones y categoría de análisis de acuerdo a bibliotecas referenciales. Definiciones

> *“En África existe el concepto conocido como uburuntu, que encierra el profundo sentido de que somos humanos sólo a través de la humanidad de otros; de que si conseguimos cualquier cosa en este mundo, se deberá en igual medida al trabajo y a los logros de otro”* Stenge R (*El legado de Mandela*, 2013)

---

estudia la violencia en la realidad social. Si lo hiciéramos, nos permitiría hacer un cuadro de violencia, y sabríamos qué clase de homicidios hay, la motivación, la caracterización de la víctima, grados de instrucción y otros datos. Nadie lo hace.”

Acerca de “Victima”

Aun siendo una sola palabra, Rodríguez González A (11) señala que “la referencia al término ‘víctima' oculta realidades disímiles y sentidos contrapuestos, con fuertes implicaciones en dominios tan diversos como son el psicosocial, el comunitario, el jurídico y el político. Ya sea en contextos de "normalidad" o en condiciones de persistente y abierta violencia política, donde es preciso prestar atención al manejo del trauma, la relación con "el otro que sufre" debe contribuir al desarrollo de fortalezas que protejan de nuevas afrentas, con acciones que respeten aspectos sociales y culturales sin aumentar el daño.”

Con la idea de víctima, señala Giberti E (12) “en tanto conceptualización, se instituye paulatinamente en el pensamiento moderno, articulada con el surgimiento del concepto de violencia. Tanto las víctimas cuanto las violencias están asociadas con los cambios que se produjeron en la concepción de "la fuerza"”.

Existen varios elementos clave y posiciones autorales de referencia (11), por un lado, de quienes prefieren evitar el término víctima con base en la necesidad de las personas de no ser estigmatizadas en función de sus vivencias y de desestimular la posición pasiva que se produce, sobre todo si la persona es receptora de asistencia psicológica o social por esa misma condición. En el lado opuesto, quienes defienden el uso de la designación de víctima como una forma de resistencia activa, de ejercicio de derechos civiles con el fin de evitar la impunidad y la desmemoria, reconociendo y reconociéndose no sólo en el sufrimiento, sino también y especialmente en la condición de actores sociales -por tanto, sujetos de derechos-, en procura de que se haga justicia, se reparen los daños ocasionados y se garantice la no repetición de las violaciones.

Sosa N (11), privilegia el uso del concepto “afectado(a) para no independizar el daño individual sufrido del de la sociedad en general (incluyendo a los terapeutas). Pero en la práctica, al referirse a la población atendida en EATIP (Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial) hacía referencia constante a las "víctimas".

Millán H (11), en cambio, sostiene “un enfoque de atención psicosocial desde una perspectiva de derechos humanos, en el que éste iría más allá de lo jurídico e integraría una dimensión moral, que incluyera los valores y procesos de identificación de las personas, en un contexto cultural y social donde el sistema de creencias está devastado. Nombrarse víctima genera una distinción identitaria desde la que es posible reconocerse y dignificarse, ya que lo que no se nombra no existe o difícilmente se reconoce.” Es en ese enfoque que el concepto de víctima puede ser comprendido como herramienta de fortalecimiento, es así que "[l]os distintos conceptos son, en

consecuencia, en algún sentido, útiles, pero deben aplicarse según el contexto de quienes han sufrido los impactos de la violencia, escuchando a los protagonistas en escenarios reales, sin abstracciones o generalizaciones. El empleo del término ‘víctima' puede cristalizar una identidad anclada en el pasado y peor situada para el cambio, mientras el de ‘sobreviviente' sitúa al individuo en una mejor posición para la psicoterapia y para el trabajo de recuperar el control vital." Como posibilidad y necesidad alternativa de pensar, califica Pérez P (11) “a la persona en términos de identidades múltiple, trabajando en la terapia las connotaciones de cada una y como se requiera esgrimir de acuerdo a la situación contextual por la que se atraviese.”

Por tanto, al pensar en la categoría víctima se entrelazan diferentes elementos: (a) la duración y extensión de las identidades anotadas para evitar la cosificación, el estigma y la revictimización; (b) el contexto de aplicación y pertinencia, según se trate del nivel jurídico, político, cultural, social, organizativo o terapéutico; (c) si se considera un rol, se trata de un rol asignado socialmente, asumido, impuesto, escogido, o acordado por las partes de acuerdo a las circunstancias; (d) el nivel de abordaje, según se trate del espacio privado, familiar, colectivo o público. (11)

Pero más allá de pensar cómo se deben nominar las personas y/o grupos de personas que sufren el rigor de la violencia interpersonal, social o política, señala Codino R (13) [9] que “es dable reflexionar en aquello que se hace al nombrarlo y en aquello que se lleva a cabo porque se lo nombra así, al nominar como víctima.”

Es necesario, entonces, destacar como pertinente y acotada para la presente investigación la definición y caracterización de víctimas adoptada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas ONU (14) que expresó: "Se entenderá por ‘víctimas' las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder”.

[9] Coordinador del Programa de Criminología de la Universidad Nacional de San Martín, quien expresó en Página 12 (2013) que: “desde 1950 se comenzó a hablar de la víctima como el otro protagonista del hecho criminal. Hasta ese entonces, la criminología se ocupaba casi exclusivamente de las supuestas anomalías biológicas o psicológicas del delincuente. (...) Las víctimas comenzaron a ocupar un rol distinto y dejaron de ser tan sólo sujetos pasivos del acto criminal. Bajo esta perspectiva aparecieron clasificaciones o tipologías de las más variadas: víctimas natas, latentes, predestinadas, propiciatorias, culpables, legítimas, etc. Pero hacia fines de los años ’70, la victimología abandonó su preocupación por el papel causal de la víctima en el hecho delictivo y reemplazó su interés por el devenir de sus derechos y necesidades, es decir, dejó de ser estrictamente académica para convertirse en una disciplina que afirmaba los derechos de las víctimas desde la política.”

Acerca de "Violencia"

Rodríguez González A (11) señala que: "La violencia es una realidad tan presente en la vida cotidiana, tan estudiada y recreada desde todos los ángulos del saber, que cabría esperar que tanto su definición como la clasificación de los distintos modos en que se expresa, formara parte del acervo común de la ciencia. Podría pensarse que, al menos en el ámbito académico de las ciencias sociales, existiera cierto consenso en el modo más adecuado de emplear términos como violencia, agresión o agresividad y que las tipologías estuvieran consolidadas. No parece ser así. Ni existen jerarquías acordadas sobre estos conceptos en los sistemas habituales de ordenación del conocimiento como la Clasificación Decimal Universal (AENOR, 2004) o el tesauro de la UNESCO (2008), ni hay un acuerdo razonable sobre cuándo emplear "violencia" y cuándo "agresión" al describir conductas interpersonales que generan daño".

La sobrecarga del término 'violencia' (11) ha pasado de su significado original como exceso de fuerza a asumir la connotación negativa de la agresión. Al ir tomando en la práctica todo el campo semántico de la agresión, conviene abordar la descripción actual de la violencia desde una triple perspectiva: el acto (donde se incluiría la acepción etimológica de exceso de fuerza, sacar de su estado natural, etc.), los actores (habría violencia cuando un agresor, individual o colectivo, causara un mal a otra persona o grupo) y la significación de la acción (violencia cuando el agresor, el agredido o un observador de la acción dieran al acto excesivo una significación negativa para la víctima, siendo la intención de dañar un eje articulador de dicha acción).

Para diferenciar y jerarquizar conceptualmente los distintos tipos de violencia (colectiva, social, política, de género, juvenil, etc.), se sostiene que, en los centros de documentación y en los organismos académicos de organización del conocimiento (11), se ha optado por un criterio pragmático: "es el uso que los ensayistas y articulistas dan a los términos lo que acaba por servir de etiqueta descriptora de los fenómenos. Salvo en la más utilizada de las clasificaciones jerárquicas documentales, la Clasificación Decimal Universal (CDU) que tiene un criterio más rígido y que no recoge ni violencia ni agresión como descriptores independientes, en la mayor parte de centros que elaboran tipologías estandarizadas de la violencia se opta por utilizar los términos que estén en vigor en una época, destacando unos sobre otros fundamentalmente por el número y la relevancia de artículos, libros o eventos especializados a los que dé lugar la etiqueta definidora."[10]

[10] Explicita que así sucede por ejemplo en tres de las principales bases de datos internacionales PsyINfo (2008), Medline (2008) y Sociological Abstracts (2008) o en los clasificadores de centros de documentación especializados como la base de datos Psyke elaborada por la Biblioteca de la Universidad Complutense (2009) o Psicodoc, administrada por el Colegio Oficial de Psicólogos (2009). En los tesauros de estas bases, el término «violencia colectiva» no se utiliza como descriptor autónomo; sí está recogido en algunas de ellas «violencia política» y prácticamente ha dejado de utilizarse la antes omnipresente etiqueta «violencia social». En estas clasificaciones documentales se incluyen la violencia de género, la ejercida contra los menores o la violencia escolar,

Fruto de esa investigación (11) se sostiene que "ni en esa clasificación (CDU), ni en los tesauros profesionales ni en enciclopedias de ciencias sociales, se refleja un acuerdo en torno a la organización conceptual de las distintas formas de violencia. No existe y la utilización que se hace actualmente de los adjetivos social, colectivo o político aplicados a la violencia, tiene que ver con múltiples aportaciones académicas y con el devenir de las ideologías de los últimos cien años”.

Así, en lo que concluyen diversos autores e investigaciones ya citadas respecto al término o vocablo "violencia", como los intentos de problematizar su conceptualización, se trata más que de una conceptualización sobre la violencia, bastante difícil a juzgar por lo que ya se ha mencionado y cambiante en términos del ordenamiento histórico de las cosas y de las palabras, sino en “hacer una aproximación al problema por otra vía: dándole la razón a ese gran lingüista, Wittgenstein cuando dice: sólo en el uso encuentra la proposición su sentido." (11)

Del recorrido conceptual realizado es posible destacar, entonces, otras aproximaciones psicosociológicas que van más allá de la dimensión física de la violencia (15) y refieren a la "violencia simbólica" -entendida como un tipo de dominación o violencia que ha sido interiorizada por la víctima a tal grado que no es percibida como violencia- (Bourdieu P) o a la violencia estructural -entendida como el resultado de una "organización político-económica de la sociedad que impone condiciones emocionales y físicas adversas en las personas, desde altas tasas de mortalidad hasta pobreza y explotación laboral". No obstante, se reconoce que la violencia psicológica y emocional es una dimensión ineludible de la violencia física, así como un impacto importante de la misma. Asimismo, vulnerabilidades de carácter estructural, como la pobreza, la desigualdad económica, el desempleo y la marginalidad, constituyen expresiones de la llamada violencia estructural que limitan de manera importante las opciones que tienen las personas."

La OMS (2) en las consideraciones respecto a la definición de la violencia expresaba que “[u]na de las razones por las que apenas se ha considerado la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema. La amplia variedad de códigos morales imperantes en los distintos países hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles de abordar en un foro mundial. Todo esto viene complicado por el hecho de que la noción de lo que son comportamientos aceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que van evolucionando los valores y las normas sociales. La violencia puede definirse, pues, de muchas maneras, según quién lo haga y con qué propósitos.”

---

fundamentalmente porque hay una abundante documentación que utiliza esos términos. Es su razón cuantitativa la que explicaría que tomen carta de naturaleza."

Se trata entonces de una dificultad u obstáculo epistémico y semántico fundante ya sea por su imprecisión y la imposibilidad derivada de establecer o proponer un único termino simple y universal que abarque lo que se denomina violencia, pues resulta ser diverso, polisémico y multívoco. Dentro de ello cabe también, como motivo de esclarecimiento, poder establecer la diferencia entre crimen y violencia, al modo en que expresan Buvinic M, Morrison A y Orlando M (16), "[e]l crimen, definido como cierta acción ilegal según el sistema judicial, está íntimamente relacionado con la violencia, pero ambos conceptos no son equivalentes. La definición de violencia hace énfasis en el uso o amenaza de uso de la fuerza con la intensión de dañar, mientras que la definición del crimen presta mayor énfasis a la descripción y tipificación de ciertas conductas ilegales."

Por todo ello, se plantea precisarlo para el presente estudio considerando como guía y punto de referencia, sostenida en diversos investigaciones científicas, a lo establecido por la OMS (2) como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". Se sostuvo que ésta cubre aspectos que van más allá del acto físico e incluye conductas que son producto de una relación de poder, como las amenazas e intimidaciones.

De la búsqueda y recorrido bibliográfico en el estado de arte actual de la investigación se desprende que existen antecedentes en general y en particular del presente estudio, tanto internacionales como nacionales, de informes, resoluciones, documentos, investigaciones, entre los cuales se destacan los anteriormente citados y otros como:

- Cardona D et al. (2008) (17), cuyo objetivo fue "[c]ontribuir a los estudios sobre mortalidad por causas violentas en la América Latina a través del análisis comparativo de los patrones y tendencias reciente de las muertes por causas externas en tres contextos urbanos regionales." La metodología consistió en un estudio descriptivo de fuente secundaria, utilizando estadísticas vitales del período 1980 a 2005, de Córdoba (Argentina), Campiñas (Brasil), y Medellín (Colombia) en tres períodos entre 1980 y 2005. Se destacan los siguientes grupos de causas: homicidios por armas de fuego y otros, accidentes de transportes, suicidios y de intención no determinada; desagregado por edad y sexo, con tasas calculadas con media de trienios próximos a los años censales. Los resultados obtenidos que sobresalen muestran que: los niveles de Medellín aventajan notablemente los de Campiñas y Córdoba, en todas las causas estudiadas y en todas ellas son los hombres jóvenes los que ponen la mayor cuota de muertes.

- Rodríguez J J (2009) (6). Artículo científico que plantea en su desarrollo los factores de riesgo y multicausalidad de la violencia, como así también los modos de clasificar la violencia; los

modelos de intervención y niveles de prevención; las intervenciones en salud mental y el papel de los servicios en salud mental en el contexto de la violencia

- OEA (Organización de los Estados Americanos), Observatorio Hemisférico de Seguridad Alertamérica, (2012) (18), que organizó Estadísticas de Seguridad Ciudadana producidas por los Estados miembros. Produjo información oficial, agrupada en 122 indicadores, y 82 tablas estadísticas, así como la opinión de destacados especialistas del continente sobre los principales temas de preocupación regional en este campo, que abarcan la totalidad de las áreas comprendidas por los fenómenos sociales de delito y violencia, así como de las iniciativas desarrolladas por los Estados para lograr su control y sanción.

- (OAD) Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) (2013) (19), donde se obtuvieron datos en relación a las variables de violencia en la consulta en salas de emergencia. Este trabajo produjo información que no se obtiene en otras fuentes y constituye la base diferenciada sobre la cual se ha partido y elaborado la presente investigación que conforma la Tesis de Maestría.

- García H et al. (2012) (20), quienes realizaron un estudio secundario descriptivo, retrospectivo de los homicidios ocurridos en Medellín entre 1979 y 2008. El homicidio en dicha ciudad se convirtió en la primera causa de muerte desde 1986 y su participación del total de muertes pasó de 3,5% en 1976 a 42% en 1991 y 7% en 2006. Entre 1979 y 2008 hubo 81.166 homicidios (2.706 promedio por año). Los hombres representaron el 92,8 % de los homicidios ocurridos en la ciudad en el período. Se describen características de los homicidios ocurridos, por quinquenios, mediante una muestra aleatoria de 3.414 actas de necropsias médico-legales de levantamiento de cadáveres. Los muertos fueron hombres 92.8% (IC95%: 91,8; 93,6), jóvenes con promedios de edad entre 27 y 33 años, residentes en estratos socio-económicos bajos, con predominio de los móviles por ajustes de cuentas, riñas y atracos.

- Banco Mundial (2012) (21). Este informe presenta en su primer capítulo un diagnóstico sobre el estado de la situación de violencia juvenil en México. Se analizan las principales tendencias y diferencias por grupos etarios, género y región. La situación de la violencia en el país tiene a los jóvenes como víctimas y como agresores. La violencia se ha incrementado fuertemente en México desde 2008. La tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes ha aumentado de 8.4 en 2007 a 23.8 en 2010. Los grupos etarios más afectados son los de 20-24 años y 25-29 años, donde la tasa de homicidio se triplicó entre 2007 y 2010. El homicidio afecta más a los hombres, pero el número de víctimas femeninas está creciendo. Una de las principales causas a que se atribuye el aumento de la violencia ha sido la actuación y disputas entre organizaciones criminales dedicadas al narcotráfico. Uno de cada cuatro mexicanos ejecutados en el marco de la “guerra contra el narcotráfico” es joven.

- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - (PNUD, 2013) (15), que incluyó a 18 países: Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Venezuela, Bolivia, Chile, Costa Rica, Nicaragua, Perú y Uruguay[11]. En este informe se expresó que "[m]ientras los índices de homicidio disminuyen en otras regiones, el problema ha aumentado en América Latina, que registra más de 100 mil asesinatos por año, con un total superior a un millón de asesinatos entre 2000-2010. Si bien la tasa de homicidios se ha estabilizado e incluso ha disminuido en algunos países, todavía es alta: en 11 de los 18 países, la tasa es mayor a los 10 asesinatos por cada 100.000 habitantes, nivel considerado epidémico. Y en todos los países analizados, la percepción de seguridad se ha deteriorado, con el robo convirtiéndose en una de las principales amenazas." Entre otras consideraciones que surgen del estudio se resalta y se afirma particularmente que "la violencia letal afecta en la región en forma desproporcionada a los jóvenes, dado que las tasas indican que la juventud latinoamericana sufre homicidios con una tasa superior al doble respecto del resto de la población."

- Investigaciones de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Argentina, 2013) (9), que incluye a toda el área denominada "Conurbano Bonaerense". La investigación es descriptiva de base secundaria y se compone primariamente de datos judiciales, "provenientes de los expedientes de cada una de las causas, que fueron visados por miembros del Instituto de Investigaciones y de Referencia Extranjera de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, dependiente de la Dirección General de Biblioteca e Investigaciones y plasmados en planillas de carga (protocolo de investigación) para luego ser analizados longitudinalmente como datos cuantitativos". Como tendencia general para todo el universo, se observa que la mayoría tienen lugar en los fines de semana, en especial en los largos y casi siempre de noche o madrugada. En la Ciudad hay un predominio casi absoluto de hombres como victimarios; en cuanto a víctimas se registra un 13% de mujeres." [12] Los resultados de estas investigaciones están pensados con una finalidad preventiva, para orientar estrategias en relación a la conflictividad violenta por parte de las políticas públicas.

- Lobo A , Gray R y Fazel S (2013) (32), en "La violencia como un problema de salud pública: un estudio ecológico de 169 países". Dicho estudio propugna que los factores de riesgo a

[11] Fue elaborado en colaboración con especialistas y organizaciones no gubernamentales, abordando el problema de la inseguridad en la región. Analizó la evolución del delito en América latina revelando "una paradoja regional: en la última década América Latina ha sido escenario de dos grandes expansiones, la económica, pero también la delictiva. Pese a las mejoras sociales, la región sigue siendo la más desigual y la más insegura del mundo. El estudio realiza una serie de recomendaciones tendientes a disminuir el delito y sus consecuencias. Algunas de las sugerencias apuntan a la disminución de la impunidad, fortalecer las instituciones de seguridad y justicia, respetar los derechos humanos y la atención y prevención de la violencia de género.

[12] Allí se expresa que "[e]n relación con las tasas de Europa y Canadá es alta; en relación con las de los países latinoamericanos es en general baja, junto con las de Uruguay y Chile. De toda forma, estas son tasas generales, que es menester precisar localmente para proveer a su prevención en pos de una disminución. El ideal sería llegar a tasas análogas a las de Europa y Canadá, como meta preventiva a alcanzar."

nivel individual por actos de violencia se han estudiado ampliamente, pero poco se sabe acerca de los factores determinantes a nivel de país, en particular en los países de bajos y medianos ingresos. La hipótesis plantea que la desigualdad de ingresos, a través de sus efectos perjudiciales sobre la cohesión social, estaría relacionada con un aumento de la violencia en todo el mundo, y en países de bajos y medianos ingresos, en particular. Se examinaron las asociaciones a nivel nacional de la violencia con los factores socio-económicos y relacionados con la salud, el uso de las estadísticas de delincuencia de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y los indicadores del informe sobre Desarrollo Humano publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En los hallazgos del estudio se destaca que la desigualdad de ingresos, medida por el índice de Gini se asocia con ciertos resultados violentos en países tanto de altos, bajos y medianos ingresos, y el consumo de alcohol con tasas de asalto de auto-reporte de todos los países. También se encontró que la urbanidad se asoció con tasas oficiales de asalto y robo en los países de altos ingresos. Se propone que el papel de la política pública en la reducción de la carga para la salud de la violencia necesita un examen más detenido.

- Muggah R y Aguirre K (2013) (33), en “Evaluar y responder a la violencia juvenil en América Latina: inspeccionando la evidencia”. Este documento de revisión pretende fijar la escala y la distribución de la violencia juvenil en América Latina y destaca estrategias innovadoras para prevenirla y reducirla. Pone de relieve estadísticas descriptivas sobre la violencia homicida en países que reportan dichos datos. Se destacan las intervenciones directas e indirectas que están asociadas a la disminución de la violencia juvenil. Se presentan aquellas iniciativas que están respaldadas por datos sólidos, lo cual no quiere decir que sean las únicas que hayan obtenido resultados positivos. El documento pretende estimular la reflexión crítica y la discusión en la próxima conferencia a cargo de Naciones Unidas sobre la agenda de desarrollo con posterioridad a 2015 en Panamá.

OBJETIVOS

GENERAL:

- *Caracterizar a las personas víctimas de situación de violencia que consultan en las salas de emergencia en los Hospitales Públicos de todas las capitales del país.*

ESPECÍFICOS:

- Establecer la prevalencia de las consultas por violencia en las salas de emergencias,

- Conformar un perfil sociodemográfico de los/las consultantes por situación de violencia en las salas de emergencia,

- Identificar los mecanismos de lesión, tipo de relación con el agresor y el contexto de la situación,

- Evaluar las diferencias en las consultas de emergencias de acuerdo a las variables regionales y provinciales.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es descriptivo, observacional, de fuente secundaria por encuesta, retrospectivo y de diseño transversal. Como plantean Montero I y León O (22), en ese tipo de estudio empírico con metodología cuantitativa, "[s]e incluirán todos los trabajos que han utilizado encuestas con el objetivo de describir poblaciones sin que en su planteamiento se incluyan hipótesis propiamente dichas" proponiendo "la encuesta como herramienta para la obtención de evidencia empírica" y transversal como "la descripción que se hace en un único momento temporal."

La fuente de información utilizada fue la base de datos del Quinto Estudio Nacional "El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia 2012, SEDRONAR-OAD" (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico - Observatorio Argentino de Drogas) (19). Éste se llevó a cabo desde el 5/11 al 11/11/12 en las 24 capitales de provincias del país, durante las 24 horas, a través de un cuestionario titulado "Encuestas a pacientes en salas de urgencias". Durante el trabajo de campo, se relevaron un total de 13.328 encuestas.

La muestra estuvo conformada por todas aquellas personas mayores de 12 años que concurrieron a las salas de emergencia de 24 hospitales públicos durante una semana considerada "típica", las 24 horas del día y que consintieron contestar el cuestionario. Por semana típica se entiende a la selección de una semana del año que, en lo posible, no tenga más fiestas ni feriados de lo ordinario (por ejemplo, Navidad o Semana Santa). Quedaron excluidas todas las mujeres que asistieron por consultas obstétricas o de maternidad.

Partiendo de la experiencia de los últimos años del OAD-SEDRONAR y sobre todo de la implementación de los estudios en pacientes en salas de emergencia años 2003, 2005, 2007, 2009 se planteó como primer esquema de trabajo la ventana epidemiológica, en tanto permite en una semana típica, captar información de importancia en relación al contexto en donde el espacio del registro opera. Es decir, sobre "las personas que allí acuden y sobre sus familias, en aspectos ligados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas y fenómenos asociados, como violencia, enfermedades u otros problemas familiares. Constituye una instancia de capacitación y sensibilización de recursos humanos locales de los hospitales públicos en el registro, sistematización y análisis de información de base sobre el consumo de sustancias psicoactivas SPA. (19)

La unidad de muestreo estuvo conformada por salas de emergencia de 24 hospitales públicos del territorio nacional (uno por provincia). El criterio de selección del hospital público se definió a partir del mayor volumen promedio semanal de ingresos a las salas de emergencia del hospital de la capital provincial durante el último año. En este sentido, fue una muestra no

probabilística y episódica.

El instrumento que se aplicó fue el cuestionario pre codificado estandarizado del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC-CICAD): "Encuesta a pacientes en salas de Urgencia" (SIDUC, 2001), con las adecuaciones necesarias para el país y utilizado en los estudios anteriores realizados por el SEDRONAR- OAD, años 2003, 2005, 2007 y 2009. La información principal que se buscó fue la presencia de consumo de SPA (sustancia psicoactiva) por parte del paciente durante las seis horas anteriores al ingreso en la sala de emergencia y su eventual asociación con el motivo o razón de ingreso.

La encuesta fue voluntaria y anónima[13]. Las secciones y variables en el estudio fueron:

- Información general;
- Datos demográficos;
- Estado en que llegó el paciente;
- Diagnóstico presuntivo;
- Motivos de ingreso, que se descomponen en:
    1. Desconocido
    2. Accidentes de tránsito
    3. Accidente de trabajo
    4. Accidente común o casero
    5. Situación de violencia
    6. Intento de suicidio
    7. Sobredosis
    8. Síndrome de abstinencia
    9. Otro motivo médico
- Posibles SPA consumidas en las últimas seis horas según el paciente;
- Impresión clínica del médico acerca de la existencia o no de relación entre el consumo de SPA y la consulta;
- Quién respondió sobre consumo de drogas.

Para el mencionado estudio se incorporaron por primera vez preguntas para algunos motivos de ingresos que permitieron precisar las circunstancias como accidentes de tránsito, de trabajo, comunes o caseros, situaciones de violencia e intentos de suicidio.

Se tuvo en cuenta que el cuestionario fuera respondido prioritariamente por el paciente y en el caso de que la persona no estuviera en condiciones de contestar (por ejemplo, por estar inconsciente), se recurrió a un pariente, amigo o acompañante presente para registrar la

[13] Se adjunta modelo de la encuesta utilizada en el Anexo.

información sociodemográfica y motivos del ingreso.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos en la presente investigación, del total de los ítems y variables que constituyó y relevó la encuesta, se consideraron dos aspectos, por un lado, los datos sociodemográficos enumerados en el citado cuestionario a partir de: edad, sexo, nivel educativo, situación conyugal, situación laboral, ocupación, (según una clasificación específicamente elaborada para Argentina).

Ese perfil es posible comprenderlo desde la demografía que estudia las características de una población y su desarrollo a través del tiempo, dando a conocer particularidades, características, cualidades o rasgos de ella en cuanto a edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, trabajo y otros determinantes económicos y sociales. El cúmulo y conocimiento de éstas, conforman y aportan a dicho rasgo en la problemática planteada en la presente investigación.

Por otra parte, se seleccionó, específicamente, la "situación de violencia", de tal manera que permitiera el abordaje, seguimiento y profundización de una heurística acerca de las consultas realizadas por personas víctimas por dicha situación. Dicha variable se desglosó en:

1°- Mecanismo de lesión,

2°- Relación de la víctima con el agresor,

3°- Contexto.

Si bien las otras variables "accidentes de tránsito" e "intento de suicidio" son aspectos integrantes y constitutivos de la tríada característica en la problemática de la violencia, y consideradas de modo diferenciadas en dicha encuesta, no son objeto de este estudio el profundizar, sistematizar y revisarlas exhaustivamente. Se decidió, por lo tanto, acotar de manera estricta a situación de violencia heteroagresiva e interpersonal[14].

---

[14] La violencia puede ser: "heteroagresiva (en el homicidio) o auto agresiva (como en el suicidio), o mezcla de ambas (como en el tránsito)", de acuerdo a lo expresado por el Instituto de Investigaciones de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el Tercer informe de la investigación sobre homicidios dolosos – Ciudad Autónoma de Bs. As, 2013."
A su vez, la OMS (2002) considera y divide a la violencia en tres grandes categorías:
1. Autoinflingida: a) Comportamiento suicida y b) Autolesiones
2. Interpersonal: a) Violencia familiar o de pareja y b) Violencia comunitaria
3. Colectiva: a) Social; b) Política; y c) Económica
Establece en su primer informe sobre la Violencia y Salud acerca de la violencia interpersonal como aquellos "actos violentos cometidos por un individuo o un pequeño grupo de individuos y que comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, otras formas de violencia familiar como los maltratos de niños o ancianos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en entornos institucionales como las escuelas los lugares de trabajo o los centros penitenciarios. La violencia interpersonal cubre un amplio abanico de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y el abandono."

Análisis de datos

A fin de poder implementar los objetivos específicos propuestos se procedió a analizar la base de datos del Quinto Estudio Nacional: "El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia 2012, SEDRONAR-OAD" (19), donde:

1. Se procedió a analizar la base de datos del citado estudio mediante el programa denominado SPSS (Startical Product and Service Solutions) 18.0 (o PASW Statistics 18.0) software estadístico informático de uso específico para las ciencias sociales.
2. Se estableció el análisis de frecuencias para cada ítem a fin de determinar la distribución de las variables y las medidas de tendencia central.
3. Se analizó la existencia de diferencias significativas aplicando prueba de hipótesis tipo Chi cuadrado para determinar independencia de atributos o diferencias de proporciones.
4. En razón de que se contaron con datos de diferente carácter se construyeron escalas acordes a éstas. Para profundizar acerca de los resultados que se obtuvieron de su aplicación también se utilizaron la prueba de diferencias entre proporciones.

RESULTADOS

Presentación y análisis de datos estadístico

1. Prevalencia de las consultas de las personas víctimas por violencia en las salas de emergencias

Motivo de ingreso

Tabla 1
Cantidad de pacientes encuestados según motivo de ingreso a la guardia.

	Frecuencia	Porcentaje válido
0	244	1,8
Desconocido	244	1,8
Accidente de tránsito	1777	13,3
Accidente de trabajo	421	3,2
Accidente común o casero	1787	13,4
Situación de violencia	688	5,2
Intento de suicidio	123	,9
Sobredosis	191	1,4
Síndrome de abstinencia	29	,2
Otro motivo médico	7822	58,7
	2	,0
Total	13328	100,0

La mayoría de los pacientes, un 58,7%, ingresaron a la sala de emergencia por motivos médicos generales (enfermedades en general) y el 5,2% de los pacientes ingresaron por situaciones de violencia.

A partir de la presente tabla y de modo subsiguiente los análisis se realizaron sobre el total (688) de la población que consultó y fue encuestada.

Consultas en la semana típica, franja horaria y días

Tabla 2
Cantidad de pacientes encuestados según horario nocturno o diurno de la consulta.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Diurno	304	44,2
	Nocturno	383	55,7
	Total	687	99,9
Perdidos	Sistema	1	,1
Total		688	100,0

Al examinar la cantidad de consultas realizadas por situación de violencia durante la noche y el día, se observa que el horario nocturno (desde las 20 hs. hasta las 8 hs.) es el que registra más cantidad de consultas en salas de emergencia con un 55,7%.

Consultas entre semana / fin de semana

Se tuvo en cuenta la variabilidad en la demanda de consultas según los días y se consideró importante reagruparlas según ocurrieran durante el fin de semana o entre semana.

Tabla 3
Cantidad de pacientes encuestados según "entre semana"/"fin de semana".

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Entresemana	381	55,4
	Fin de semana	305	44,3
	Total	686	99,7
Perdidos	Sistema	2	,3
Total		688	100,0

Durante el fin de semana (de viernes a las 20 hasta el lunes a las 8) se realizó el mayor promedio de consultas por situación de violencia con 22,5 pacientes por hora que entre semana con 11,1 pacientes por hora.

La mayor frecuencia de consultas se realizó en el fin de semana y en horario nocturno.

2. Perfil sociodemográfico de los/as consultantes por situación de violencia en las salas de emergencias.

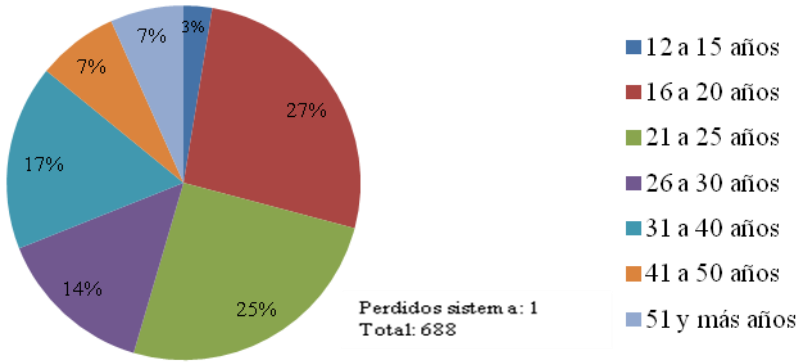

Figura 1: Porcentaje de pacientes encuestados según grupos de edad[15]

El 69% de los pacientes que asistieron a las salas de emergencia por situaciones de violencia son jóvenes que tienen hasta 30 años. Dentro de la población adulta de mediana edad son los pacientes mayores de 30 años quienes se configuran como el grupo que presenta la mayor proporción de consultas realizadas.

En el estudio de referencia se definieron tres grupos de edades: los jóvenes son aquellas personas entre 12 y 30 años; la mediana edad está representada por quienes tienen entre 31 y 50 años; y los mayores, por quienes tienen más de 51 años de edad.

Tabla 4

Estadísticos descriptivo variable edad

N	Válidos	688
	Perdidos	0
Media		28,21
Mediana		25,00
Moda		17
Desv. típ.		12,149
Varianza		147,598
Mínimo		0
Máximo		79
		20,00
		25,00
		33,00

[15] Véase la tabla 1 con los datos en el Anexo.

Si bien la edad promedio que se observa es de 28,2 años, la edad más frecuente es de 17 años.

Estos valores de media y moda (más frecuentes) describen que la población que ha visitado las salas de emergencia por situación de violencia son jóvenes.

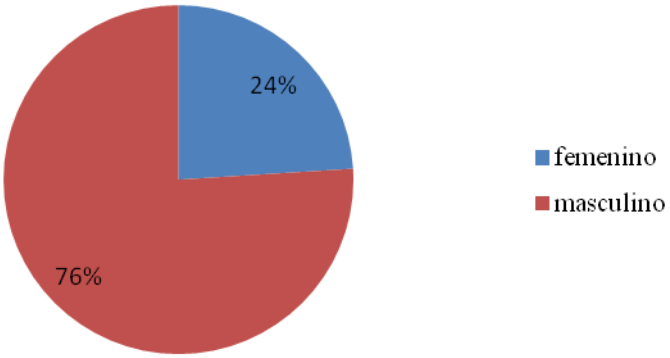

Figura 2: Porcentaje de pacientes encuestados según sexo[16]

La mayoría de los pacientes encuestados por situación de violencia que consultaron eran varones.

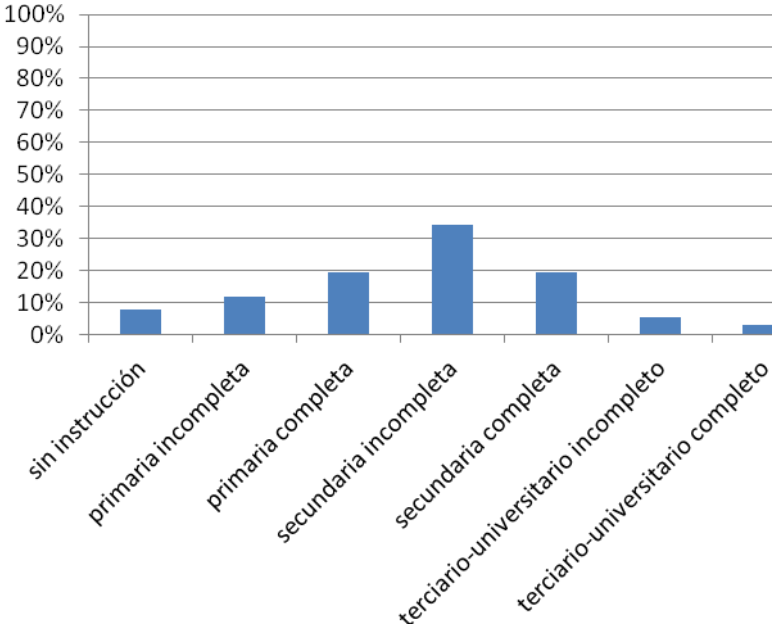

Figura 3: Porcentaje de pacientes encuestados según nivel educativo[17]

El 71,3 % % de los consultantes por situación de violencia que acudieron a la salas de emergencia tenía como máximo el secundario incompleto. El 20,1 % completó la secundaria y sólo un 3 % finalizó el nivel terciario o universitario. Es de destacar que si se comparan con los niveles

[16] Véase la tabla 2 con los datos en el Anexo.
[17] Véase la tabla 3 con los datos en el Anexo.

de instrucción encontrados, de la población general del estudio de referencia, en ésta se observa que el 23,6% completó la secundaria y el 12,1 cursa o ha terminado los estudios universitarios.

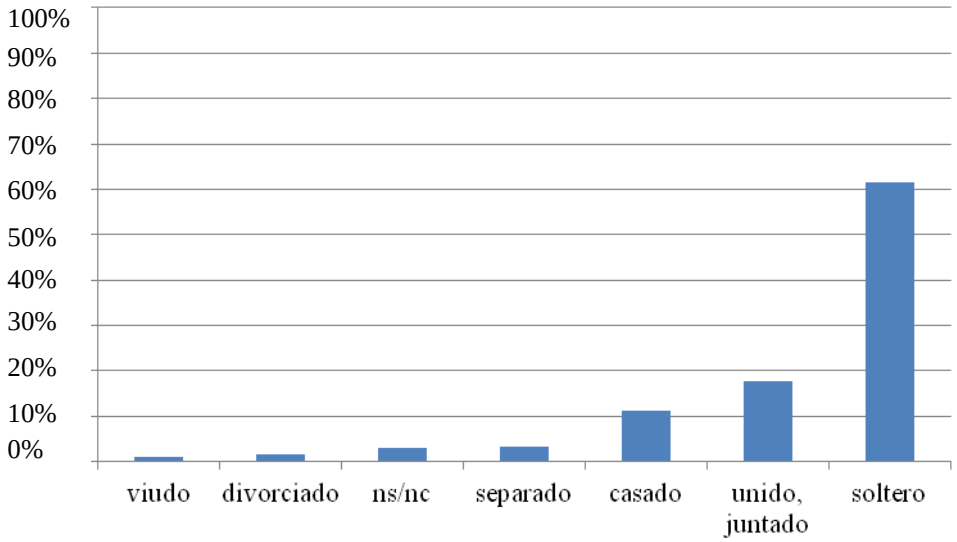

Figura 4: Porcentaje de pacientes encuestados según situación conyugal[18]

El 61,6 % de los pacientes encuestados por situación de violencia eran solteros; el 5,8 % separados, divorciados o viudos. Sólo el 28,9% están casados o en pareja.

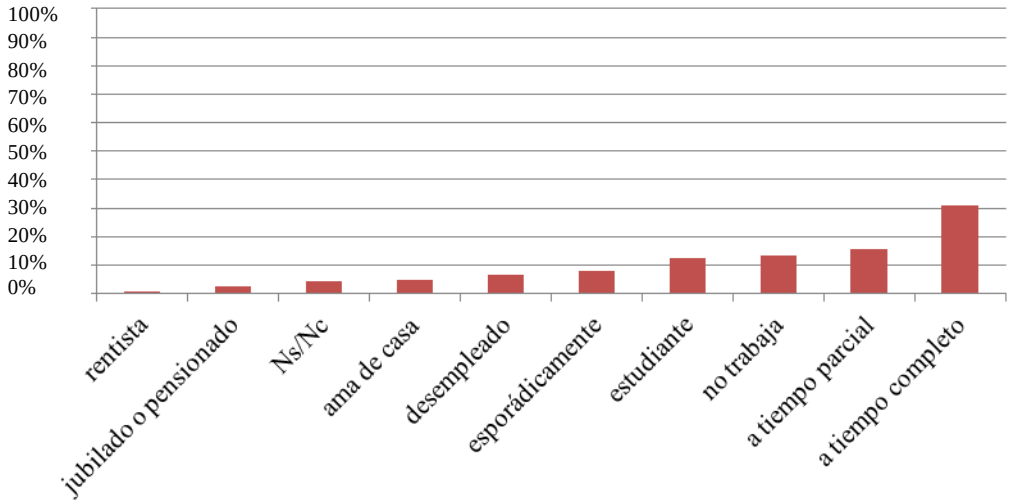

Figura 5: Porcentaje de pacientes encuestados según ocupación laboral[19]

[18] Véase la tabla 4 con los datos en el Anexo.
[19] Véase la tabla 5 con los datos en el Anexo.

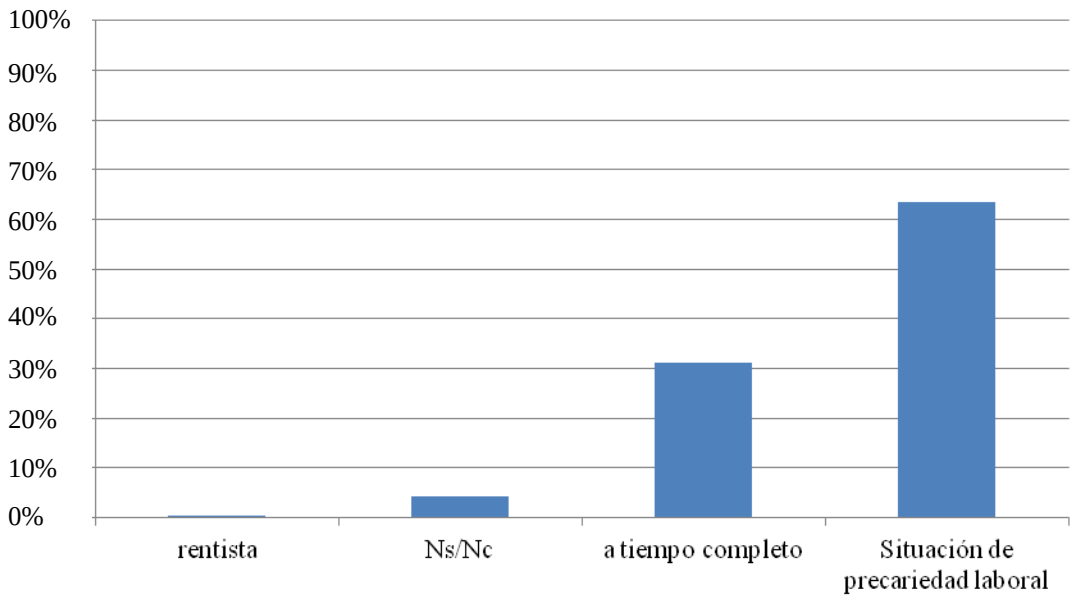

Figura 6: Porcentaje de pacientes encuestados según situación laboral[20]

Se observa que al agrupar las categorías a tiempo parcial, esporádicamente, desempleado, no trabaja, junto a estudiante, ama de casa y jubilado o pensionado, se conforma un total de 63,4 % de pacientes encuestados por situación de violencia que expresan o tienen situación de precariedad laboral. (23)[21]

[20] Véase la tabla 5 con los datos en el Anexo.

[21] Si bien en la base de la fuente secundaria de datos del "V Estudio Nacional de pacientes en las consultas de emergencia OAD-SEDRONAR 2012" se explicitan las condiciones de actividad socioeconómica como activo - inactivo, para la presente investigación se tomó la determinación de usar el concepto precariedad laboral, teniendo en cuenta el estudio producido por los expertos de Oficina de País de la OIT en Argentina del 2013 que expresa: "la precariedad laboral es un concepto más amplio que el de empleo no registrado, siendo este último una de sus principales manifestaciones. Pero la precariedad tiene otras dimensiones, como la temporalidad de los empleos y contratos, la forma de determinación de salarios, las condiciones laborales, la protección legal referida a despidos injustos, las prácticas laborales no aceptables, la falta de protección de la seguridad social y los bajos ingresos. Concluyen en que "la economía informal se caracteriza por un agudo déficit de trabajo decente y un porcentaje desproporcionado de trabajadores pobres". En dicho trabajo se estimó que la mayor cantidad de trabajadores informales se encuentra en ocupaciones en relación de dependencia, en unidades formales (cerca de un tercio del total), luego continúan en orden de importancia los trabajadores por cuenta propia y los asalariados en hogares y en unidades productivas informales. Se destaca que la problemática de la informalidad laboral "se presenta como una característica estructural del mercado de trabajo en la Argentina, ya que se registran incrementos de los no registrados tanto en fases recesivas como expansivas." (23)

Tipos de ocupación

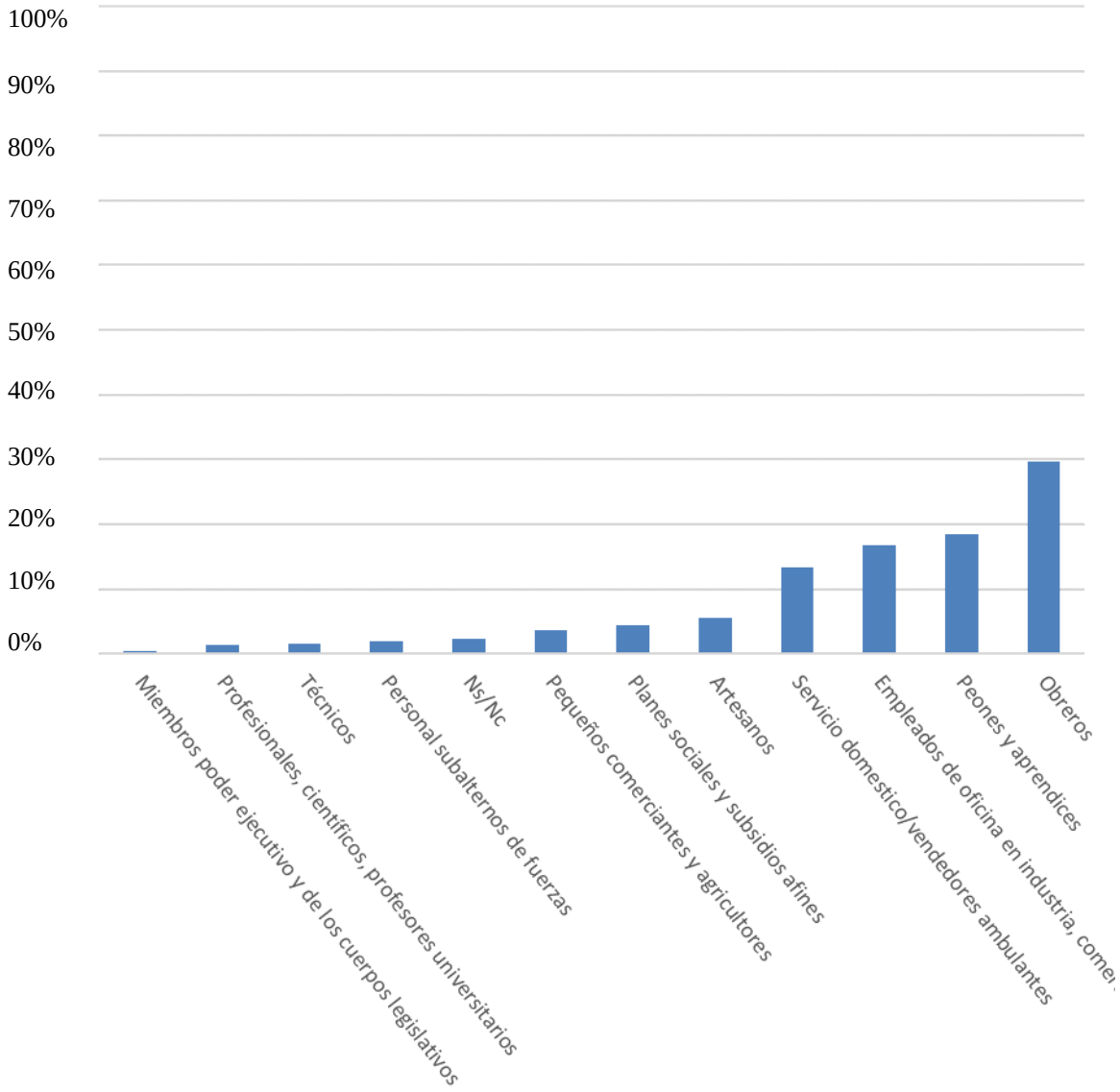

Figura 7: Porcentaje de pacientes encuestados según tipos de ocupación[22]

Ante los resultados precedentes se analizó cómo se comportaba esta variable en relación a la calificación ocupacional. Resultados que se expresan en la figura 6b.

[22] Véase la tabla 6 con los datos en el Anexo.

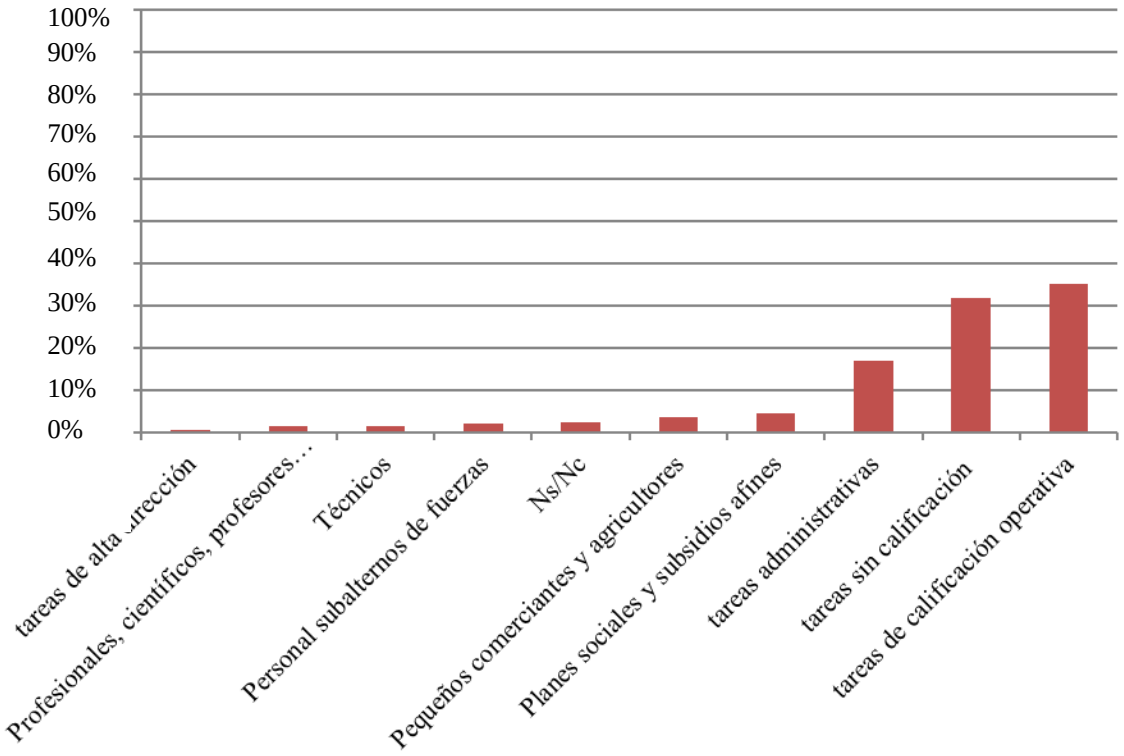

Figura 8: Porcentaje de pacientes encuestados según calificación ocupacional [23]

Considerando el universo de los pacientes relevados por situación de violencia, que están trabajando y de los que se tiene información sobre la tarea que realizan, un 31,84% se dedica a tareas sin calificación (peones, servicio doméstico y vendedores ambulantes), un 16,84% a trabajos administrativos y 35,2% realizan tareas de calificación operativa (obreros, artesanos o trabajadores independientes), mientras que solo un 0,52% tienen tareas de alta dirección.

[23] Véase la tabla 6 con los datos en el Anexo.

3. Mecanismos de lesión, tipo de relación con el agresor y el contexto de la situación identificados

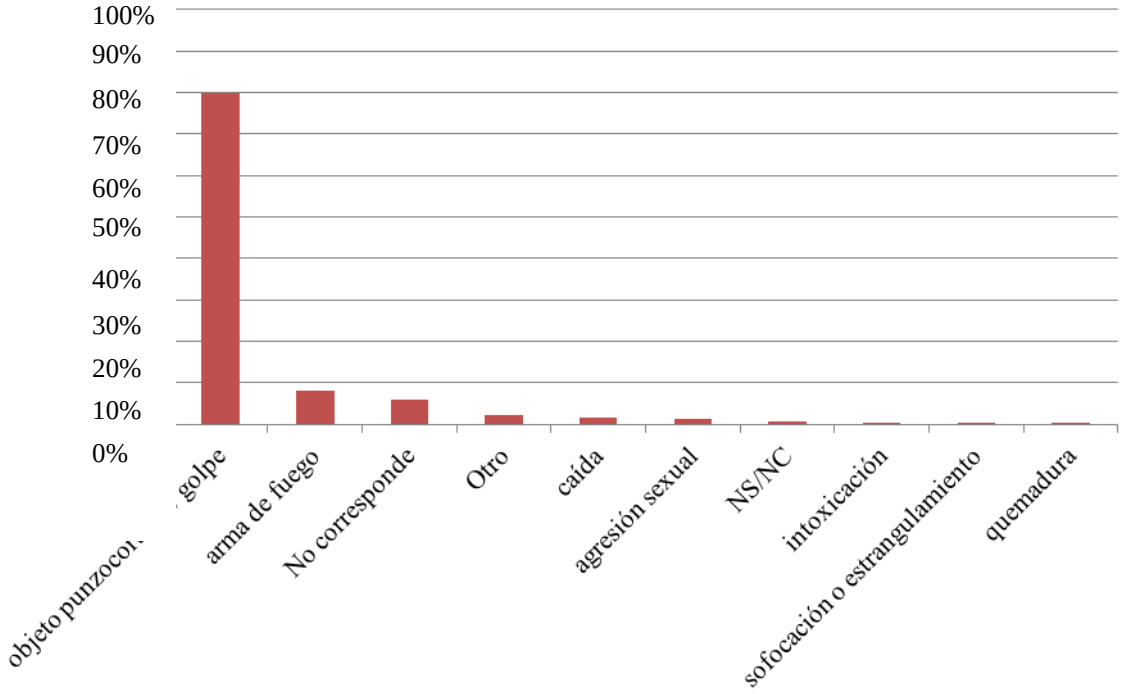

Figura 9: Porcentaje de pacientes encuestados según mecanismos de lesión[24]

El 78,9% de los pacientes encuestados por situación de violencia refieren que los mecanismos de lesión están constituidos por el golpe y el objeto punzocortante.

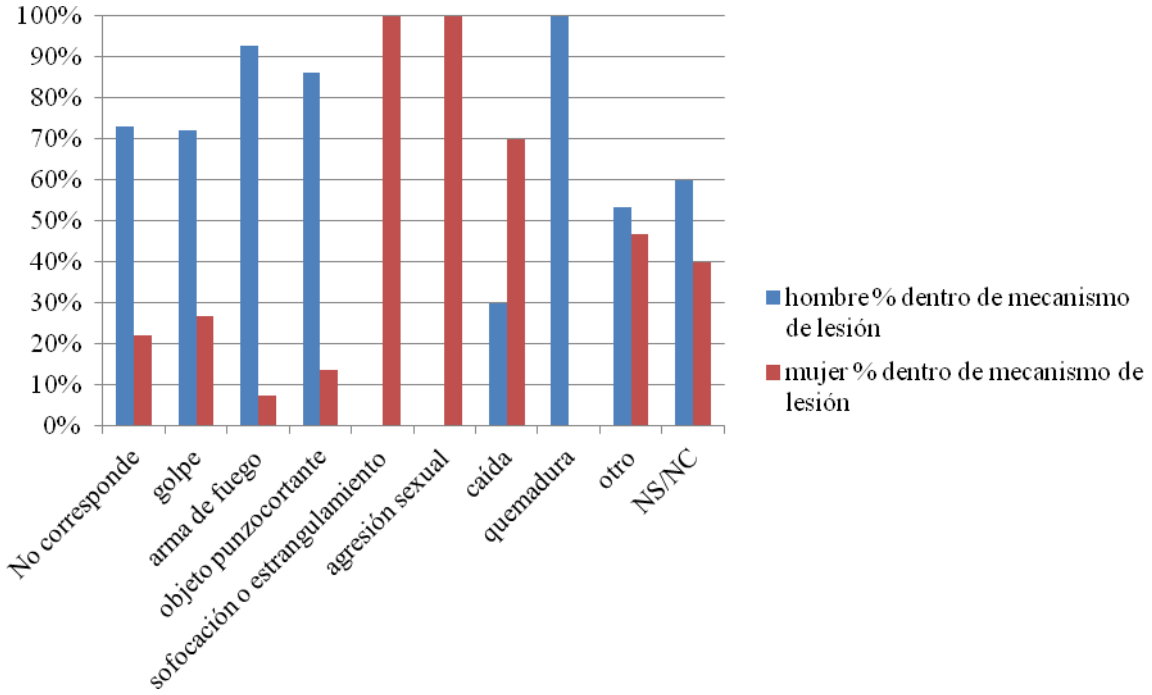

Figura 10: Contingencia sexo-mecanismo de lesión[25]

[24] Véase la tabla 7 con los datos en el Anexo.
[25] Véase la tabla 8 con los datos en el Anexo.

En mujeres encuestadas víctimas de situación de violencia los mecanismos de lesión son, en su mayoría, agresión sexual, estrangulamiento y caídas. Mientras que en varones encuestados victimas de situación de violencia son en su mayoría objetos punzocortantes, armas de fuego y golpe. Para analizar si la diferencia observada es estadísticamente significativa se realizo una prueba de chi-cuadrado

Tabla 5

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,545[a]	20	,000
Razón de verosimilitudes	75,711	20	,000
Asociación lineal por lineal	2,043	1	,153
N de casos válidos	688		

a. 22 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

La prueba chi-cuadrado demostró que hay una dependencia de atributos entre sexo y mecanismo de lesión.

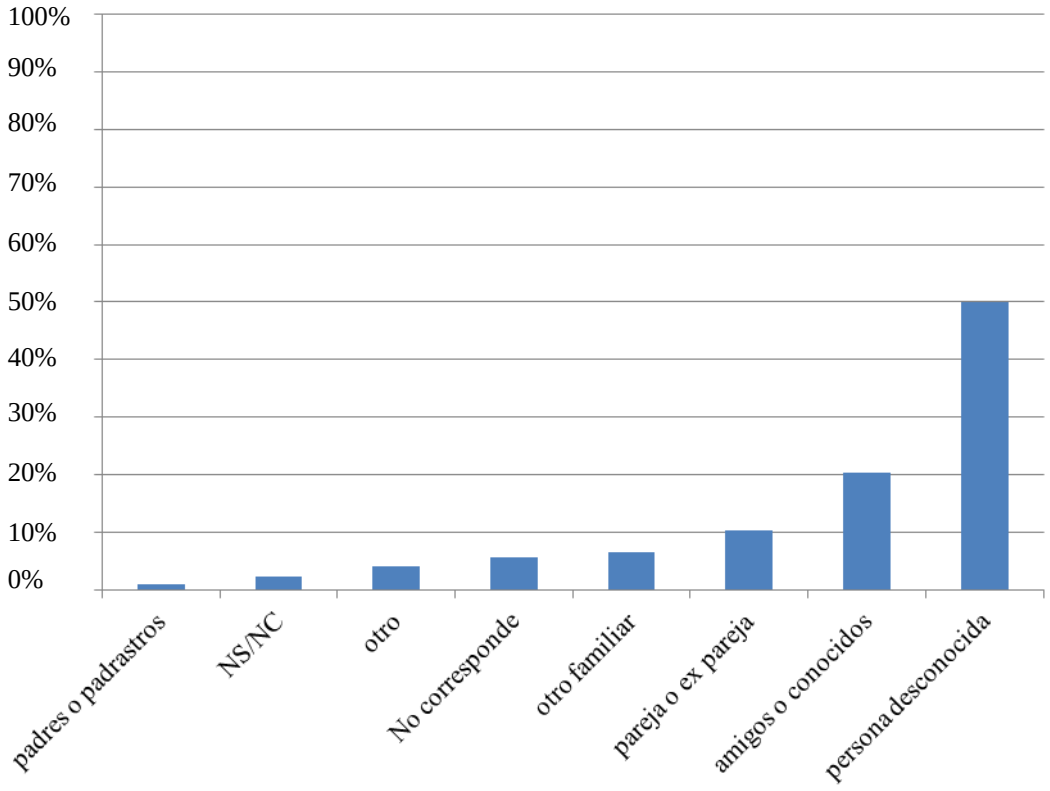

Figura 11: Porcentaje de pacientes encuestados según relación víctima-agresor[26]

En el 50 % de los casos no existió relación entre víctima-agresor.

Ante los resultados precedentes se analizó cómo se comportaba esta variable en relación al sexo. Resultados que se expresan en la tabla 6.

Tabla 6
Contingencia sexo en la relación victima agresor

		Relación victima-agresor								Total
		No corresp.	pareja o ex pareja	padres o padrastros	otro familiar	amigos o conocidos	persona descon.	otro	NS/NC	
sexo Mascno.	Recuento	31	16	4	34	112	279	26	14	516
	% dentro de sexo	6,0%	3,1%	0,8%	6,6%	21,7%	54,1%	5,0%	2,7 %	100,0%
Femenin	Recuento	8	53	2	11	28	60	2	1	165
	% dentro de sexo	4,8%	32,1 %	1,2%	6,7%	17,0%	36,4%	1,2%	0,6 %	100,0%

[26] Véase la tabla 9 con los datos en el Anexo.

Se observa un comportamiento diferencial de la variable relación victima agresor de acuerdo al sexo. Mientras que la situación de violencia sufrida por las mujeres asciende al 32,1%, sólo un 3,1% de los varones fueron agredidos por sus parejas o ex parejas. Esta diferencia es estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba de chi-cuadrado. (Valor: 124,600[a;] Gl: 14; G Sig. Asintótica bilateral: 0,000)

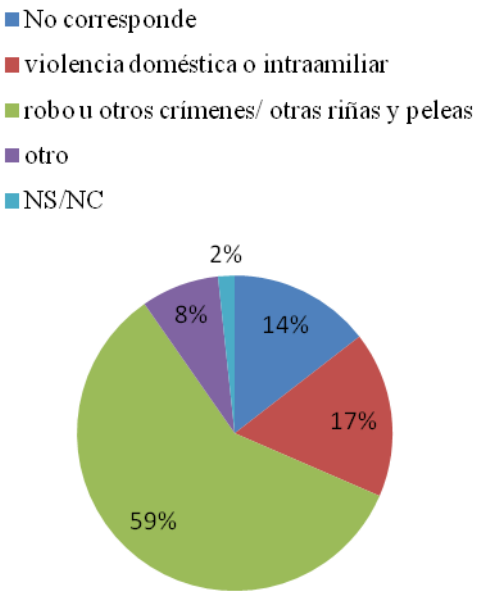

Figura 12: Porcentaje de pacientes encuestados según contexto[27]

El 59 % de los pacientes encuestados por situación de violencia que acudieron a las salas de emergencia expresaron que fue en situación de riña, peleas y robo u otros crímenes.[28]

Ante los resultados precedentes se analizó cómo se comportaba esta variable en relación a la contingencia sexo respecto del contexto. Resultados que se expresan en la siguiente figura 10.

[27] Véase la tabla 10 con los datos en el Anexo.

[28] A fin de poder determinar sobre los aspectos que constituyen el contexto identificado y que han sido expresados en el gráfico precedente se explicitan las cuatro categorías utilizadas, teniendo como referencia a la Investigación de la Corte Suprema de Justicia ("Homicidios Ciudad Autónoma de Bs As. 2012") (9) , que establece:

"Otras riñas y peleas: Agrupan a los homicidios que se desencadena por discusiones, reyertas callejeras, grescas o conflictos entre bandas, venganzas.

Robo u otros crímenes: Son los casos en que el homicidio tiene lugar en el marco de algún delito contra la propiedad.

Conflicto intrafamiliar: Se refiere a los homicidios ocurridos en contexto intrafamiliar que incluye la violencia de género, la celotipia, el maltrato infantil, particularidad la refleja el tipo de relación existente entre los sujetos involucrados, circunstancia que excede los lazos sanguíneos.

Otros: Son los homicidios que presentan particularidades propias que no pueden ser englobadas en las categorías anteriores."

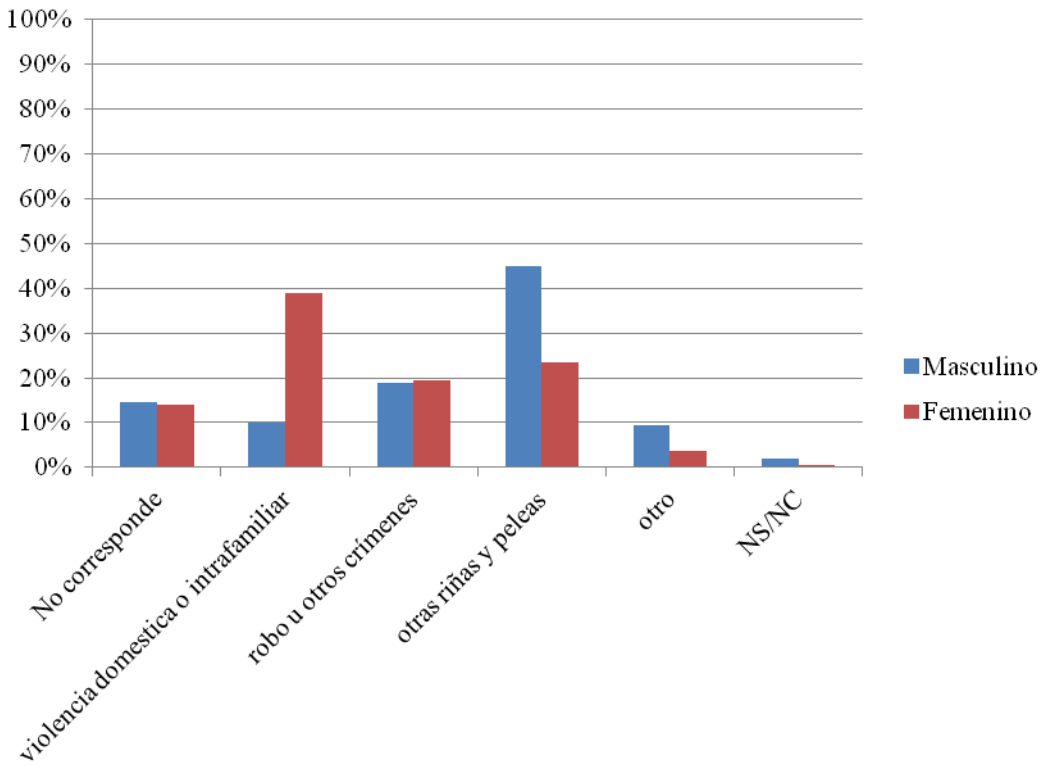

Figura 13: Contingencia sexo según contexto[29]

Al examinar el estadístico surge que las consultas en la situación de violencia en contexto doméstico o intrafamiliar sufrida por mujeres ascienden al 38,8% mientras que el 10,1% corresponde a varones.

Asimismo, las consultas relativas a la misma situación pero en contexto de robo u otros crímenes, otras riñas y peleas, asciende al 63,8% en varones y el 43% en mujeres. Ante esto se realizó una prueba de chi-cuadrado a fin de verificar si las diferencias observadas son estadísticamente significativas

Tabla 7

Pruebas de chi-cuadrado. Contingencia sexo según contexto

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	85,441[a]	10	,000
Razón de verosimilitudes	80,407	10	,000
Asociación lineal por lineal	2,696	1	,101
N de casos válidos	688		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

[29] Véase la tabla 11 con los datos en el Anexo.

La prueba de chi-cuadrado permitió establecer que hay dependencia de atributos entre sexo y contexto.

4. Evaluación de las diferencias en las consultas de emergencias de acuerdo a las variables provinciales y regionales

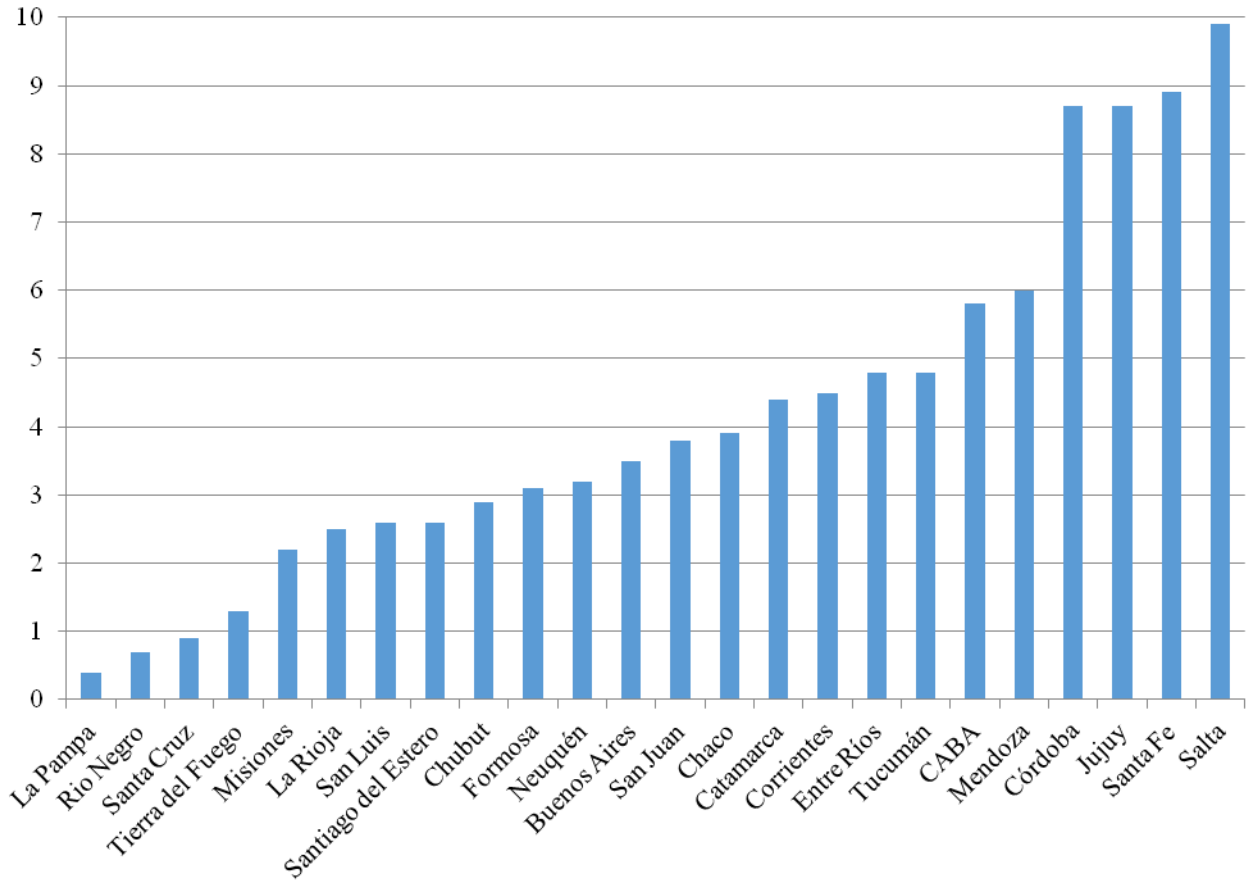

Figura 14: Consultas por violencia según provincia[30]

Mientras la mayor proporción de consultas realizadas por situación de violencia se observan en las provincias de Salta, Santa Fe, Córdoba y Jujuy, las menores corresponden a las provincias de Tierra del Fuego, Santa Cruz, Rio Negro y La Pampa.

Variable situación de violencia en las consultas relacionada por regiones

Se consideró en primera instancia la denominación sociodemográfica de regiones establecida por el Ministerio de Salud de la Nación (2010) que designa cinco a saber:

[30] Véase la tabla 12 con los datos en el Anexo.

-Centro: Provincias de Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

-Cuyo: Provincias de La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis;

- NOA: Provincias de Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán;

- NEA: Provincias de Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones;

- Patagónica: Provincias de Chubut, La Pampa, Neuquén, Rio Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Sin embargo, y a los efectos de la presente investigación, se desagregaron de la anterior clasificación la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires de la Región Centro estableciéndose así una sexta región en un sentido más amplio y abarcativo, permitiendo de esa manera reagruparlas e integrarlas, designándola como Región Metropolitana.[31]

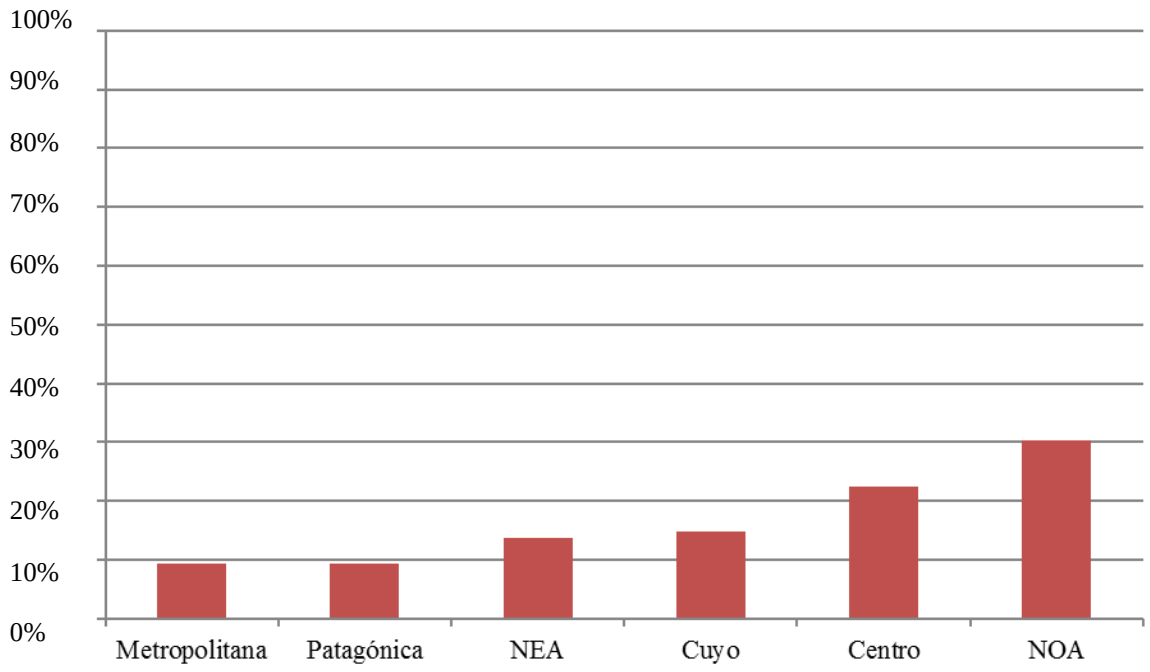

Figura 15: Porcentaje de consultas de emergencias por Violencia según Regiones[32]

[31] Esta decisión se basó tanto por el signo lingüístico dado por su uso habitual en documentos oficiales como el INDEC (2003), la Dirección de Ordenamiento Urbano y Territorial de la Provincia de Buenos Aires (DPOUT) (2012), el Observatorio Metropolitano – Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo (2012) y otras instituciones públicas y privadas, como así también por razones didácticas. En dicha región se entrecruzan y/o participan por ciertas situaciones contextuales, de acercamiento, territoriales, similitud socio demográficas e histórico-políticas, pero conformando y manteniendo a su vez identidades especificas y diferenciadas. (24)

En este sentido, Benedetti A (24) expresa que "ha tenido, en cambio, mayor expansión el regionalismo como ideología territorial, para pensar ciertas diferencias internas del país, especialmente a través de la educación escolar, con una idea de región que no está asociado directamente a una entidad político-administrativa, sino, por el contrario a un área definida tanto por la geografía física como por la geografía humana. Esta idea de región, de alguna forma, elude o subsume los aspectos políticos-administrativos y las relaciones de poder en la conformación de las regiones enfatizando las naturales. Esta concepción sobre la región está presente en otros usos, como el estadístico y el de la planificación".

[32] Véase la tabla 12 con los datos en el Anexo.

Las Regiones Centro y NOA registran el 52,8% de las consultas por situaciones de violencia.

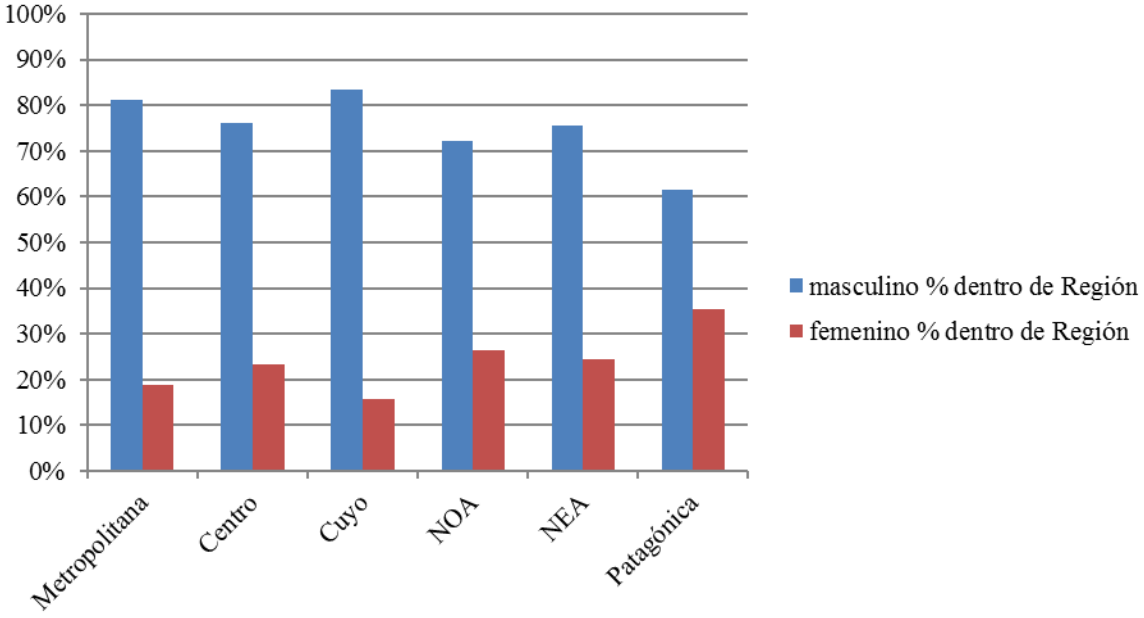

Figura 16: Contingencia sexo-región[33]

Se observa que, por un lado, en la Región Patagónica se expresan el mayor porcentaje de consultas de mujeres víctimas de situación de violencia mientras que en la Región Cuyo el menor porcentaje.

Por otro lado se constata que, en relación a hombres victimas en situación de violencia, la Región Cuyo es la que presenta mayor proporción de consultas, mientras que la Región Patagónica es la de menor proporción.

[33] Véase la tabla 13 con los datos en el Anexo.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

Como ha sido planteado con anterioridad por diversos estudios (6, 9, 13) a través de diferentes indicadores (tasas, porcentajes, prevalencias, así como posiciones y debates hermenéuticos, conclusiones y recomendaciones), la violencia en Argentina, como así también en otros países de América y del mundo (7, 8, 18, 21, 26, 32,33), expresa un complicado entramado y elusiva interacción de factores de orden económico, social, político, histórico y cultural a escala local, provincial, nacional, regional e internacional.

En el informe del Banco Mundial (21) se expuso rotundamente que "[l]a población de América Latina ha experimentado décadas de violencia endémica". Por otro lado, se resaltó que, en la mayoría de los países de América Latina "[…] la intensidad de la violencia es mayor que en Europa, Estados Unidos y Canadá. Sus historias son diferentes. Unas sociedades muy excluyentes y una insuficiencia de las políticas públicas para enfrentar las profundas desigualdades, un control incompleto del Estado en todo el territorio nacional y la gran desconfianza hacia las instituciones son factores que hacen posible el desarrollo de la violencia. "

En ese sentido, la Declaración de Ginebra[34] (26) señaló que "[a] partir de datos nacionales integrales, incluida la violencia tanto en los conflictos relacionados y criminal, se estima que al menos 526.000 personas mueren violentamente cada año, más de las tres cuartas partes de ellas en lugares sin conflictos. Se destaca que los 58 países con altas tasas de violencia letal representan dos tercios de todas las muertes violentas, y muestra que una cuarta parte de todas las muertes violentas ocurren en sólo 14 países, siete de los cuales están en las Américas."

Aunque todos los países y las comunidades experimentan la violencia de distintas maneras, el alcance y la escala de la violencia parecen ser más elevados en América (aunque otras

[34] La Declaración de Ginebra (DG) (26) sobre Violencia Armada y Desarrollo representa una iniciativa diplomática de alto nivel diseñado para apoyar a los Estados y a los actores de la sociedad civil para lograr reducciones cuantificables en la carga global de la violencia armada en situaciones de conflicto y de no conflicto en 2015 (y más allá). Fue adoptada por primera vez por 42 Estados el 7 de junio de 2006 durante una Cumbre Ministerial en Ginebra, a la que el gobierno suizo y el PNUD invitaron a representantes de alto nivel de los ministerios de relaciones exteriores y las agencias de desarrollo. Su función es la de "[…] hacer frente al desafío de desarrollar medidas para reducir la violencia armada y la política criminal con el fin de potenciar el desarrollo sostenible en los planos mundial, regional, como a nivel nacional." La Declaración de Ginebra está respaldada por más de cien estados; la República Argentina adhirió en el año 2007. Asimismo, la Declaración de Ginebra se ha propuesto la Conferencia Regional de Revisión 2014 "para acabar con la violencia armada por la paz y el desarrollo. Es una iniciativa que apoya a los estados y los actores de la sociedad civil para lograr reducciones cuantificables en la carga global de la violencia armada en 2015 y más allá. Conferencias de Examen regulares proporcionan oportunidades para evaluar el progreso en el proceso y la aplicación de la DG, para poner de relieve la reducción de la violencia armada y la agenda de la prevención, y para crear un impulso político detrás de los objetivos centrales de la Declaración de Ginebra. Revisión Ministerial Conferencias se celebraron en Ginebra en 2008 y en 2011."

investigaciones incluyen también, pero de manera secundaria al África Subsahariana o África Negra). Específicamente constituye uno de los principales desafíos de América Latina para el presente siglo, región sumida en la violencia. En ese sentido Muggah R y Aguirre K (33) expresan que "[u]n número considerable de países, ciudades y comunidades de las regiones de Centro y Sudamérica padece tasas de violencia que exceden las zonas conflictivas. En algunos casos, la violencia es colectiva, lo que provoca atrocidades impresionantes. En otros, la violencia es interpersonal o doméstica, lo que contribuye al sufrimiento que, aunque más sutil, no deja de ser el más significativo. En ese sentido se ha observado que Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay presentan tasas de violencia más bajas que la media global. Sin embargo, Colombia, El Salvador, Venezuela y Honduras han presentado tasas hasta tres veces más elevadas que la media global."

En la anterior referencia se destaca que "[...] muchos de los 33 países de América Latina registran tasas de homicidio con armas de fuego que están entre las más altas del planeta. [...] Mientras algunos países latinoamericanos como Argentina, Chile, Cuba, Perú y Uruguay reportan tasas de homicidio que se acercan más a la media global, El Salvador, Honduras, Guatemala, Brasil, Colombia y Venezuela presentan niveles particularmente altos de inseguridad." (33)

Consistente con lo expresado y a través de los datos proporcionados por la Declaración de Ginebra (26) para el período de 2007 a 2012 se revela que "la mayoría de los países y territorios (137 de un total de 189 examinados) presentan tasas bajas o muy bajas de violencia letal (menos de 10 muertes por 100.000 habitantes). Entre estos países, la tasa promedio de violencia letal está en plena disminución, lo que confirma que cuando los niveles de violencia alcanzan un nivel bastante bajo, estos tienden a permanecer en el mismo nivel o continúan bajando. Una comparación de los datos disponibles para los períodos entre 2004 y 2009, y entre 2007 y 2012 indica que, en el mundo, las muertes resultantes de homicidios intencionales disminuyeron aproximadamente un 5%, mientras que América fue la única región que registró un alza significativa de los homicidios (cerca de 10%).

Asimismo, la comparación demuestra que las muertes resultantes de conflictos registraron un aumento de 34% entre ambos períodos citados, mientras las muertes violentas en todas las otras categorías disminuyeron. Lobos A , Gray R y Fazel S (32) expresan que "[g]ran parte de estas muertes resultantes de conflictos fueron la consecuencia de los conflictos armados en Libia y Siria. Paralelamente, las tasas de violencia letal en algunos países en donde no existe ningún conflicto armado, tales como Honduras y Venezuela, ha seguido aumentando, alcanzando así los niveles característicos de los países en guerra."

Por su parte, la OMS (27) aporta a lo expresado señalando que "[…] para cubrir todo el espectro de la seguridad sanitaria, la discusión debería abordar también las amenazas endémicas para la salud, entre ellas las relacionadas con la salud materno infantil, las enfermedades crónicas, la violencia y la salud mental [...] representan la mayor parte de la carga mundial de mortalidad y discapacidad."

Considerando el análisis realizado con los datos obtenidos relativos al perfil sociodemográfico y al patrón temporal de ocurrencia como de la descripción acerca de la situación de las personas víctimas de violencia heteroagresiva e interpersonal en particular, es que esta investigación proveyó, confirmando lo descripto en la literatura científica, un hallazgo fundamental acerca de la participación mayoritaria de varones con un 76% respecto de un 24% de mujeres encuestadas por dicha situación.

Lo mencionado coincide con los estadísticos proporcionados desde el I hasta el IV Estudio Nacional OAD-SEDRONAR de pacientes encuestados en salas de emergencias en todo el país, donde aparecieron en general y sostenidas las prevalencias de varones para dicha circunstancia. Coincidentemente es lo expuesto por Cardona M et al. (17), que aportan en la mortalidad por causas externas en tres ciudades latinoamericanas ya que en éstas "el indicador expresa una mayor mortalidad masculina en los cinco grupos de causas externas considerados."

Por otra parte y en relación a la situación laboral de las personas encuestadas, los datos logrados por el estudio evidencian que la mayoría se encuentra en condición de precariedad laboral. En relación a ello, si bien el carácter descriptivo del presente estudio, basado en una fuente secundaria por encuesta, no permite establecer relaciones explicativas o de causalidad de los hallazgos por la imposibilidad metodológica que torna inviable el establecimiento de un tipo de vínculo de esa naturaleza y aunque sea complicado o forzado intentar entablar una relación causal directa con la exclusión social y, de forma más concreta, entre contextos de pobreza y violencia, tampoco es totalmente desdeñable pensar a ésta como un factor de riesgo que podría propiciar o favorecer la aparición de situaciones de violencia o conflictos violentos (9, 11). Así también lo propugna la Declaración de Ginebra (26) que indicó que "[e]ste volumen también evalúa los vínculos entre las tasas de muertes violentas y el desarrollo socio-económico, lo que demuestra que las tasas de homicidio son más altas donde la disparidad de ingresos, la pobreza extrema, y el hambre son altos".

El desempleo y el subempleo de los jóvenes también suele asociarse a altas tasas de violencia en América Latina. "Diversos países y ciudades de Sudamérica y Centroamérica revelan

niveles excepcionalmente elevados de jóvenes subempleados o desempleados, además de jóvenes en riesgo. El porcentaje de jóvenes en edad de asistir a la escuela secundaria y no matriculados varía por país, del 25 por ciento en Chile al 63 por ciento en Nicaragua (Banco Mundial 2008). Cuando las economías urbanas no son capaces de absorber las poblaciones o de satisfacer los requisitos laborales, el riesgo de violencia interpersonal se incrementa." (33)

En diversos estudios se destaca la importancia de las desigualdades socioeconómicas y de la pobreza como factores críticos en la incidencia de la violencia interpersonal. Se estima que aproximadamente "182 millones de personas viven en la pobreza en América Latina y el Caribe (aproximadamente un tercio de la población total de las regiones) con 71 millones de personas adicionales que viven en extrema pobreza de acuerdo a informe de la CEPAL del 2008. Las investigaciones sugieren que aquellos países que exhiben las tasas más altas de pobreza como Guatemala, combinado con tasas elevadas de urbanización, también revelan altas tasas de homicidios. Aunque la pobreza puede desencadenar la violencia, por lo general sólo lo hace al combinarse con disparidad de ingresos y exclusión social." (33)

En consecuencia, si además se tienen en consideración las propuestas interpretativas sugeridas y se relacionan con los resultados del estudio, adquiere un lugar sobresaliente la posible relación de ocurrencia de los hechos de situación de violencia relevados y la pertenencia del estrato socioeconómico y de las condiciones de exclusión y pobreza.

Es también así lo que se resaltó en el capítulo de Factores de riesgo y multicausalidad del estudio de Rodríguez JJ (6), donde se puntualiza que: "Numerosas publicaciones han demostrado que la pobreza puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de relaciones intrafamiliares nocivas. El impacto negativo que las penurias económicas ejercen en las familias puede generar otros eventos de vida adversos que contribuyan a la frustración creciente, así como activar y sostener una interacción destructiva entre miembros de la familia."

De acuerdo con lo anterior, es sumamente ilustrativo lo que proporciona el estudio descriptivo de Fernández R F et al. (28) respecto a la violencia doméstica atendida en urgencias en un hospital comarcal. Algunos de los resultados destacados fueron: "74% de violencia dentro de la pareja; las víctimas tienen una edad media de 35±14, y el 82,6% son mujeres, y principalmente casadas (48%), con nivel de estudios bajo (67%) y escaso poder económico autónomo. El agresor es más frecuentemente hombre (90%), pareja de la víctima (74%) con la que ha mantenido relaciones prolongadas (60% más de 6 años). El agresor tiene trabajo estable (41%) con mayor frecuencia que el agredido (19%; $p<0,05$). Con mayor frecuencia, el hombre agresor tiene estudios primarios o inferiores (78%) que la mujer agresora (32%; $p < 0,05$)."

Al articular la información, resulta elocuente lo producido por el presente trabajo de investigación, ya que las muestras se dan en todas las capitales del país donde fue aplicado el citado

instrumento, exhibiendo y señalando otras características y denominadores comunes que aparecieron en el conjunto de la población en estudio, a saber: género, edad, situación conyugal, baja calificación educativa y alta precariedad.

En relación con los niveles de instrucción encontrados de la población general del estudio de referencia, sólo el 23,6 % y la mitad de ese guarismo cursa o ha terminado los estudios universitarios.

Entre esos aspectos, el universo de víctimas encuestadas por situación de violencia es revelador, ya que, en la mayoría de los casos, su característica específica está constituido por jóvenes de hasta 30 años (con edad promedio de 28,2). Dentro del espectro se destaca, de manera desagregada, la mayor frecuencia de jóvenes víctimas con 17 años.

Es importante analizar, como enfáticamente señalar, en términos de la Salud Pública y Salud Mental, con el aporte y el sostén de las estadísticas para comprender cómo y quiénes corren mayor riesgo de violencia. Al igual que en otras partes del mundo, de acuerdo a diversas investigaciones científicas, rigurosas y fiables que respaldan la presente, la inmensa mayoría de quienes perpetran y son víctimas de la violencia en América Latina son hombres de entre 15 y 29 años de edad.

Los hombres jóvenes, en el extremo de las situaciones de violencia, tienen una probabilidad de entre cuatro a cinco veces mayor de ser asesinados que las mujeres jóvenes. “El riesgo de convertirse en una víctima es particularmente más elevado para los jóvenes latinoamericanos: las tasas de homicidio de los jóvenes superan los 35 por cada 10.000 en la región, más que en cualquier otra parte del mundo.” (33)

América Latina constituye una región principalmente juvenil. Debido a las tendencias demográficas, resulta preocupante que los desafíos de la violencia juvenil se profundicen antes de que se logren mejoras; “[…] actualmente hay aproximadamente 140 millones de jóvenes en América Latina y el Caribe y, en algunos países, los menores de 24 años representan hasta el 60 por ciento de la población. Aunque América Latina y el Caribe, a diferencia de muchos países africanos, que ya han alcanzado el pico demográfico, la proporción de jóvenes en la población permanecerá a un nivel elevado en los años venideros. Lejos de presentar homogeneidad, es importante destacar que hay importantes diferencias en la distribución y la escala de la violencia y la inseguridad en los estados y las ciudades de América Latina. Tal como se reconoce de forma extendida en la actualidad, las tasas de homicidio juvenil más altas que se hayan reportado se concentran en los países de América Central, con El Salvador y Honduras como los países que registran las tasas más elevadas.” (30)

Estas conclusiones son coincidentes con otros estudios que sostienen en el tiempo indicadores que dan basamento de tal generalidad y características. Se deben subrayar cuatro puntos relacionados con la violencia en América Latina: "la intensidad –mayor que en Europa–, las disparidades regionales, su evolución y, por último, el impacto de los homicidios en la esperanza de vida, especialmente de los hombres jóvenes". En Brasil, "[l]a reducción de la esperanza de vida debido a los homicidios afecta casi exclusivamente a los hombres y, más en particular, a los hombres de 15 a 44 años".

Lo particular y paradigmático de los últimos años es lo señalado en el reporte del Banco Mundial 2012 (21), que explicitó, respecto de la situación de violencia juvenil en México, que "[l]a situación de la violencia en el país tiene a los jóvenes como víctimas y como agresores. La tasa de homicidio juvenil se ha incrementado desde 7,8 en 2007 a 25,5 en 2010. Los jóvenes representan 38,2% de las víctimas de homicidios en México de 2000 a 2010". También allí se concluyó que, además, "[l]a violencia amenaza los derechos humanos más fundamentales de igualdad, libertad y justicia alrededor del mundo. La violencia extrema viola el derecho humano más básico: el derecho a la vida. Tal violación ocurre de manera más pronunciada entre la población joven, que está sobrerrepresentada como responsable y víctima de la violencia, y es actor central en cualquier discusión acerca de crimen y violencia."

La violencia juvenil es una de las prioridades que enfrentan los responsables de la toma de decisiones de América Latina. Coincidentemente con lo que se ha señalado con anterioridad, los jóvenes de entre 15 y 29/30 años constituyen la mayor proporción tanto de los perpetradores como las víctimas de violencia homicida. De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños de Naciones Unidas, América Latina posee las tasas más elevadas de homicidio juvenil del mundo. "Los costos de la violencia juvenil son profundos, lo cual genera costos humanitarios y de desarrollo considerable que se extienden a lo largo de generaciones. Las causas de dicha violencia también son trascendentales y van de la desigualdad social y económica, las tasas de desempleo y subempleo y de abandono escolar entre los jóvenes, a estructuras familiares desintegradas y la falta de cuidado y atención, la disponibilidad de drogas, alcohol y armas y las tasas elevadas de impunidad policial y de encarcelación." (33)

En la propuesta de desagregación demográfica de los países de acuerdo con el homicidio se señala y se confirma la alta concentración de violencia entre las poblaciones jóvenes. Independientemente de la tasa global de violencia mortal, en todos los países estudiados los homicidios se concentran en gran medida en el rango de edad que aparece en las estadísticas ya citadas. "La variación de ese rango de edad referido y representado como víctimas de homicidio se

extiende del 36 al 62 por ciento. Estas cifras contrastan drásticamente con las bajas proporciones de jóvenes representados en otras regiones, incluida Asia del 12 % y Europa Occidental del 8 %. Los efectos y consecuencias de la violencia concentrada en este sector de la población son profundas, moldeando los patrones de constitución familiar, de los mercados laborales y de la productividad económica en sentido más amplio." (32)

Otro hallazgo en el análisis de datos en la presente investigación, referido a la variable situación conyugal, es la de soltero, que surgió como una condición idiosincrática respecto de las personas víctimas en situación de violencia. Dicha característica apareció de manera preponderante y permite conjeturar que existe una asociación entre la ausencia de pareja estable y la mayor exposición a situaciones de violencia. Lo anterior está en correspondencia con el estudio descriptivo de Fernández R E et al. [35] (28), sobre la base de serie de casos sobre el comportamiento de las lesiones por violencia intencionales en el Hospital Alemán Nicaragüense que informó que el "mayor porcentaje de los pacientes lesionados eran de procedencia urbana, con bajo nivel académico y no pertenecían a ninguna religión. Los solteros fueron agredidos en la calle por robo y no conocían a su agresor"

Además, es posible reflexionar, teniendo en cuenta que en su mayor parte las consultas fueron realizadas en horarios nocturnos y días de fin de semana, que aquéllas podrían estar asociadas con una oferta y disposición diferenciada de tiempo libre/ocio y espacios asignados o estructurados. Es así que en el estudio de la Corte Suprema de Justicia de Argentina (9), se expresa taxativamente como conclusión que "[c]omo tendencia general para todo el universo, se observa que la mayoría tienen lugar los fines de semana, en especial en los largos y casi siempre de noche o madrugada".

En ese sentido, Sturm M (30), señaló que "[c]abe destacar que el significado y valoración del ocio y tiempo libre aumenta durante la adolescencia, donde la calidad influye de gran manera en el bienestar de los jóvenes", enfatizando "[...] la realidad problemática en Madrid sobre la escasez de recursos existentes para los adolescentes durante su tiempo libre y la necesidad de ofrecer más alternativas en este ámbito". Además, se sostuvo que "[s]in embargo, la facilitación de recursos para adolescentes en el ámbito de ocio es muy limitada en los distritos de Madrid, especialmente durante las tardes y noches de los fines de semana cuando el acceso a espacios apropiados es más imprescindible, considerando que es cuando los jóvenes tienen más tiempo libre que buscan la

[35] "En el período comprendido de junio de 2009 a enero de 2010 se elaboró una ficha que se llenó directamente por el paciente en área de emergencia. Se revisaron 200 casos de los cuales 60 (30%) correspondían a las edades de 20-25 años seguido del 27, 5% de los pacientes, que correspondían a las edades de 15-19 años. Al sexo masculino corresponden 148 pacientes (74%) y al sexo femenino 52 (26%). En base a los resultados encontrados se dieron las siguientes recomendaciones: implementar el sistema de vigilancia de lesiones intencionales y no intencionales; y evaluar los costos que genera la violencia intencional en las diferentes unidades de salud y en la sociedad."

sensación de salir de la rutina y, sobre todo, desean de reunirse con amigos". También resalta que "la escasez de programas de ocio alternativo durante los fines de semana contribuye al hecho de que los adolescentes llenan los espacios del ocio de forma destructiva y se exponen a factores de riesgo, tales como la participación en el botellón, la socialización callejera, el consumo de sustancias perjudiciales, etc." Además, sostiene "que es posible plantear que muchos de los recursos ofrecidos no responden a las expectativas de los jóvenes a los que están destinados, o bien los requisitos para poder participar son demasiado altos, lo que lleva a la exclusión de la mayoría de los jóvenes".[36]

Otro aspecto clave y especial, en la presente investigación, para poder comprender los mecanismos de lesión, el tipo de relación con el agresor y el contexto de la situación identificados, que fueron reflejados de manera contundente, es la situación diferenciada de violencia por género. En relación a lo primero, la mayoría de los pacientes encuestados expresaron que, referidos al contexto donde se expresó el fenómeno, fue en situación de riña, peleas, robo u otros crímenes.

Particularmente en las mujeres, los mecanismos de lesión puestos en acción son en su mayoría por agresión sexual, estrangulamiento y caídas, mientras que en varones en similar evento, lo son en su mayoría por objetos punzocortantes, armas de fuego y golpe.

Si bien por un lado se mostró de modo constante la prevalencia de varones en las consultas por situación de violencia, por otro lado es altamente característico lo que apareció, ya que se observa un comportamiento diferencial de la variable relación víctima-agresor de acuerdo al sexo, que triplica la condición de víctima en las mujeres encuestadas respecto de los varones. Asimismo, mientras que las mujeres expresan ser agredidos por su pareja, amigos u otro familiar, es más probable que los varones sean agredidos por una persona desconocida.

En el desagregado se advirtió de manera elocuente que los datos obtenidos, que surgieron de los eventos de violencia sufridos en el marco doméstico o intrafamiliar, las proporciones referidas a mujeres son del orden del 39%, mientras que la de los varones en el orden del 10%. Además, las consultas relativas a la misma situación pero en contexto de robo u otros crímenes, otras riñas y peleas asciende al 63,8% en varones y al 43% en mujeres. A las mujeres no les sucede lo mismo que a los varones, que en su círculo intimo se las ataca, agrede o se las afrenta. "La violencia contra las mujeres es un grave problema de salud pública y se asocia con los resultados maternos y fetales pobres." (32)

---

[36] En el citado estudio se expresa que "la calidad de vida empieza a ser restringida cuando el ocio pasivo se transforma en un patrón de las vidas diarias de los jóvenes". En lo fundamental, "es el hecho de que las personas no saben de manera automática cómo llenar sus espacios de tiempo libre y en qué forma utilizar el ocio". Están diciendo que "todas las conductas relacionadas con el ocio son aprendidas". La investigación comprueba que "se nota un aumento en actividades del ocio pasivo, que no requiere una gran implicación de energía, frente al ocio activo que exige elección, esfuerzo, atención, sacrificio e implicación, como es hacer ejercicio".

En ese sentido y a modo de digresión es importante como trascendente señalar aquí de manera insoslayable el soporte jurídico argumental que respalda y destaca la interpretación del estadístico, respecto de la perspectiva de género, en relación a lo que dispone la Ley Nacional nº 26.485 (Argentina) sancionada en el año 2009 y reglamentada desde el año 2010 (34), denominada "De Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra Las Mujeres".

Dicha Ley garantiza en el art 3: "todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;

b) La salud, la educación y la seguridad personal;

c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;

d) Que se respete su dignidad;

e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;

g) Recibir información y asesoramiento adecuado;

h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;

i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;

j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;

k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca re victimización.

Por otra parte la referida normativa define con mucha precisión lo que se considera como violencia de género al aclarar en el art. 4 que: "Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. A su vez, "se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón."

También describe y sanciona específicamente distintos tipos de violencia contra la mujer categorizándolas en:

- Física: “La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.”;

- Psicológica: “La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.”

- Sexual: “Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.”

Dicho corpus legal explicita además en relación a la violencia los niveles económico, patrimonial y simbólico, y de acuerdo a las modalidades según las formas que se manifieste en los distintos ámbitos como violencia doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática.

En relación a eso se puntualiza a la violencia doméstica contra las mujeres como: “aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia”

Las normas culturales también son factores determinantes y pertinentes del comportamiento violento hacia las mujeres. En estudios sobre la situación de género y violencia, esta variable en América Latina parece ser alentada por una cultura que celebra el machismo y las masculinidades violentas. “Algunos estudios atribuyen el machismo dominante de la región a la influencia del Código Napoleónico que rige los sistemas legales latinoamericanos, lo que acentúa y promueve las diferencias de género y considera a la mujer como legalmente inferior. Aunque muchas de estas

leyes han cambiado, el código ha contribuido a promover la aceptación social del machismo, reforzando el poder que el hombre siente tener sobre la mujer. De hecho, el machismo aún es uno de los principales obstáculos para prevenir y reducir la violencia doméstica en general y la violencia contra las mujeres en particular." (32)

En particular y referido a la violencia extrema contra las mujeres, la Declaración de Ginebra (26), llama la atención sobre el 'femicidio', es decir, el asesinato intencional de una mujer. "Las tendencias en materia de femicidios son particularmente difíciles de supervisar e interpretar debido a la escasez de datos. Sobre la base de los escasos datos disponibles, se estima, en forma conservadora, que 66.000 mujeres y niñas son víctimas de asesinatos violentos en el mundo cada año. Si bien los hombres representan un porcentaje más alto de víctimas de muertes violentas, los femicidios representan aproximadamente 17% del total de 396.000 homicidios intencionales." Hoy el feminicidio es un enfoque aceptado mundialmente por instituciones como la ONU desde 1995 e incorporado el término por la Real Academia Española desde 2014.

Por otra parte, al retomar el hilo de consideración y debate de la presente, y al tener en cuenta el mapa geográfico de la distribución de los hechos de violencia de acuerdo a los resultados obtenidos, se conformó un cuadro de situación que, si bien expresa por un lado ciertas simetrías referidas a provincias como Salta, Santa Fe, Córdoba y Jujuy, que registraron cierta concentración dentro del ranking con un poco más que la mitad de las encuestados por situaciones de violencia, no constituyen un dato significativo para ser considerados de manera concluyente[37]. No obstante, se evidencia como rasgo relativo en el acumulado que en la región de la Patagonia se expresa la mayor proporción de consultas de mujeres víctimas, mientras que en la región de Cuyo se expresa la mayor proporción de hombres víctimas.

Una de las particularidades de la fortaleza de la investigación se basa en la magnitud de la base secundaria de datos del V Estudio Nacional OAD-SEDRONAR (19) y la metodología de ventana epidemiológica sobre la base de un total de 13.328 encuestas, de las cuales 688 reportaron situación de violencia, hecho por otra parte novedoso en estudios de este tipo.

Otro aspecto que marca puntos característicos en la encuesta es el hecho de trabajar con datos poblacionales, lo cual permite generar datos de referencia sobre la situación de violencia en el

[37] En La Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2012-2016, (2012) (31) se señala que mientras el "Índice de Desarrollo Humano (IDH) para Argentina es muy alto, siendo 0,797, lo cual la ubica en el lugar 45 de un total de 187 países. […] cabe señalar que la pobreza y la indigencia se distribuyen en forma muy desigual en Argentina. Dos regiones, NEA y NOA presentan tasas de pobreza en los conglomerados urbanos muy superiores al promedio nacional." Además, "NEA y NOA presentan tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas muy superiores al promedio nacional; las tasas son mayores para varones que para mujeres en todas las causas, especialmente en las causas externas".

país. Además, facilita conocer las características y establecer los perfiles sociodemográficos de las poblaciones en estudio.

Otra ventaja es que, al ser estudios que se realizan periódicamente, propician realizar comparaciones y tendencias, facilitando que futuros estudios evalúen el efecto de las políticas públicas de salud y salud mental al respecto.

Queda como reflexión poder incorporar en futuros estudios, entre otros datos, que la investigación no abordó por la propia limitante de la encuesta en relación a establecer la situación de los agresores (que sí aparecen reflejados como actores victimarios en su mayoría jóvenes (9, 23, 26, 29,33)) junto a incorporar, en la relación víctima-agresor, si hubo intento previo de violencia.

Asimismo, incorporar los contextos en que se expresan las dinámicas territoriales y geográficas junto a los procesos de urbanización y los espacios sociales de la violencia juvenil como elementos posibilitadores de una lectura más abarcativa y compleja (9,29). Es otro factor estructural atribuido a las tasas elevadas de violencia al rápido y desordenado crecimiento urbano. “Las ciudades de rápido crecimiento suelen estar acompañadas de crecientes niveles de violencia y delito, lo que representa un serio desafío a la provisión de la seguridad y la justicia.” (32)

Un capítulo aparte que no se ha abordado concierne a datos y cifras (negras o grises, como es el acuerdo en denominarlas), que están referidas a situaciones no declaradas o encubiertas originadas en hechos de violencia particularmente las referidas hacia mujeres, que no se presentan en otras categorías de consulta por motivo de ingreso en la encuesta, en las cuales se presume un subregistro.

América Latina también presenta tasas comparativamente elevadas de violencia contra las mujeres, en especial en las zonas urbanas. “Las dificultades para recopilar y analizar los datos relacionados a la violencia basada en el género, la violencia doméstica y de pareja posiblemente supongan un mayor reto que en el caso del homicidio y del crimen violento. Los niveles absolutos de dicha violencia están ocultos debido a bajas tasas de reporte y a sistemas de vigilancia débiles. Las mujeres y niñas a menudos se muestran reacias a reconocer el abuso de sus parejas o de miembros de la familia. No obstante, las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) pueden capturar de manera útil información pertinente sobre la violencia sexual y basada en el género.” (33)

Al cumplir el objetivo de este estudio sobre la base de la descripción, análisis de datos y resultados acerca de la problemática de la violencia, se dio cuenta de información científica sistematizada de carácter numérico y proporcional. Se pudieron proponer inferencias, como así también establecer varias conclusiones, todas ellas atravesadas y sostenidas tanto por las referencias conceptuales, como así también por la búsqueda actualizada de diversos antecedentes encontrados y propuestos, y por lo tanto, provisorios, abiertos a debatir.

Por lo tanto, a esta altura del debate y las conclusiones, se hace necesario señalar los aportes fundamentales que surgen de la presente investigación, entre otros:

- Mostrar los principales datos e indicadores obtenidos en relación a los efectos de las cargas que sobre la salud y la salud mental tiene la problemática de la violencia, los gastos que esto implica o puede ocasionar para los hospitales públicos la atención de estos pacientes. En este sentido, hay un creciente reconocimiento de la importancia para la salud pública con la problemática de la violencia. En la actualidad se encuentra entre las veinte principales causas de la pérdida mundial de años de vida ajustados por discapacidad, y prevé que aumente en importancia en 2030, según la Organización Mundial de la Salud. En consecuencia, "su impacto en los servicios de salud es importante por sus costes en las áreas de la medicina de urgencias y tratamientos de las situaciones de agudos, cirugía, psiquiatría y otros que gastan considerables sumas que tratan a víctimas de la violencia. Lesión en la cabeza, por ejemplo, es actualmente la presentación más común de los servicios de urgencias en algunos países occidentales." (Lobo A, Gray R y Fazel S) (32)

Al continuar refiriendo la enumeración de los aportes, se propone en consecuencia:

- Contribuir y servir de base para definir, evaluar y medir cualquier política, plan o programa en salud y especialmente salud mental informada. Como expresa Monteoliva A (2014) (35) "Porque no se puede prevenir lo que no se conoce y porque el mejor indicio de la acción violenta futura, es el análisis y la comprensión de la acción violenta presente" (…) "Sin marcos analíticos no hay politicas ni estrategias que valgan"
- Aportar a la construcción de una herramienta para el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de carácter comunitario[38], eficaz y eficiente en la generación de datos útiles como la organización de registros de las víctimas, observatorios de la violencia[39] y protocolos, que sean soporte de acciones de prevención (primaria, secundaria y terciaria), de promoción y asistencia dirigido a la reducción de las situaciones de violencia y a mejorar los niveles y calidad de vida de la población (3, 6). El primer paso para el diseño de estrategias para la reducción de la violencia es contar con mejor información sobre su incidencia y los factores de riesgos, para que los Sistemas de Vigilancia Epidemiológicas de la Violencia a nivel nacional, regional y local pueden contribuir

[38] Como expresó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001) (2), "La conformación de sistemas de información, bajo criterios claramente establecidos, conocidos en el sector de la salud pública como sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) es una propuesta coherente para solucionar los vacíos de información. Las intervenciones preventivas no sólo podrán basarse en un análisis fundamentado en la realidad, sino que tendrán mejores herramientas para evaluar el desarrollo de sus proyectos o programas".

[39] Teniendo en cuenta la Reunión de Expertos ((Ginebra, 2013) (26) sobre "reducción de la violencia y la consolidación de la paz", se propuso como pregunta fundamental a trabajar: ¿cómo los observatorios de crimen y violencia pueden contribuir?

significativamente. Según Buvinic M, Morrison A y Orlando M B (8), “es importante que estos sistemas brinden información oportuna sobre los factores de riesgos a nivel local”.

Dada la complejidad del problema analizado y en relación a posibles programas que puedan ser instituidos y/o aplicados se hace necesario tener en cuenta diversos factores de riesgo que estos conllevan. “Las intervenciones se dividen frecuentemente en dos categorías: las acciones orientadas hacia el control de la violencia y las acciones orientadas hacia la prevención de la violencia. Los programas de prevención y reducción de la violencia juvenil adoptan frecuentemente una gama de actividades que van desde la desmovilización y la integración basada en la comunidad, y la recolección de armas de civiles a las prohibiciones provisorias de alcohol, el diseño ambiental en los barrios bajos y las intervenciones específicas enfocadas en los “jóvenes en riesgo” y los hogares a cargo de una sola mujer. A menudo resulta difícil dividir las intervenciones de forma artificial en ya sea la categoría de “control” o “prevención”, dado que la mayoría adopta elementos de cada una. De hecho, las intervenciones eficaces no son ni uno ni otro; en cambio, se ubican a lo largo de un continuo. Crucialmente, el “éxito” de los enfoques más suaves en la mayoría de los programas de reducción de la violencia aún está por determinarse, incluso si determinados estudios muestran que tienden a tener un mayor impacto (y son más rentables) que los enfoques meramente represivo.” (30)

Finalmente:

- Considerar que la naturaleza multidimensional e interrelacionada de las circunstancias, determinantes, actores y procesos entrelazados de las diversas expresiones de violencia así como también su abordaje, implican que el acercamiento y análisis de estos fenómenos no pueda llevarse a cabo desde una sola disciplina o perspectiva, sino que es necesario intentar abordar y leer la complejidad de la violencia relacional, permitiendo una visión interdisciplinar, intersectorial e interinstitucional y de conjunto que posibilite indagar y comprender mejor sus intrincadas dinámicas. (17)

Ningún factor aislado puede explicar, como generador de la violencia juvenil, por qué tantos países y ciudades de América Latina presentan niveles de violencia vertiginosos. En las sociedades latinoamericanas, al igual que en todas partes, la violencia colectiva e interpersonal sigue siendo un fenómeno extremadamente complejo con raíces que se pueden rastrear a la interacción de factores que se superponen, “algunos biológicos, sociales y culturales con otros de naturaleza más económica y política. De hecho, las armas de pequeño calibre y las municiones se destacan de forma rutinaria como un vehículo crucial que hace que el conflicto de rutina se convierta en violencia. No obstante, comprender las características multifacética y la dinámica de la violencia es

esencial para diseñar e implementar estrategias eficaces de prevención y reducción de la violencia." (33)

En definitiva lo que se procura, sobre todo, es tratar de encontrar algún elemento interpretativo que aporte a la ampliación de los niveles de reflexividad y de intervención sobre estos complejos procesos y problemáticas sociales relacionales. Como fenómeno que contiene múltiples raíces, con dinámicas diversas, con diferentes detonantes y gran diversidad de actores, víctimas, victimarios, escenarios, implicaciones e interrelaciones, el problema no es que la violencia sea compleja; "Es más bien que la creamos simple y pretendamos entenderla y enfrentarla como tal, o que nos resistamos a abordarla en su complejidad y a pagar los costos que demanda la transformación de las condiciones que la generan y mantienen." (17)

Todo ello es consistente y coincidente con lo formulado por Rodríguez JJ (6), en relación a las Intervenciones en Salud Mental, quien expresó que "[u]n problema central en la atención de salud mental en los problemas relacionados con la violencia es que frecuentemente hay que considerar dos enfoques. Uno de ellos está focalizado en la asistencia clínica a las victimas mediante los servicios de salud; el otro se concentra en las actividades de apoyo social y el fortalecimiento de las iniciativas de autoayuda organizadas por grupos comunitarios, no gubernamentales y de asistencia humanitaria. Debemos agregar, respecto de las víctimas de violencia, que "no son necesariamente personas que padecen un trastorno mental […], sino que en la mayoría de los casos son sujetos que sufren una reacción emocional que se puede considerar "comprensible" ante hechos traumáticos muy importantes". Finalmente concluye con que "[e]n resumen se ha demostrado que intervenciones sistemáticas y bien planeadas, realizadas por personal local debidamente capacitado, pueden mejorar el estado de salud mental de los grupos afectados y reducir la carga de la reacciones emocionales adversas, disminuir las frecuencias de las conductas agresiva y fomentar la integración y la armonía social, reduciendo de esta manera la necesidad de derivar casos para su atención por personal especializado (psiquiatras y psicólogos)".

La violencia caracterizada desde diversos puntos de vista, posiciones y miradas constituye un fenómeno social relacional "cuyas causas no pueden ser encontradas únicamente en contextos y condiciones de pobreza. Tampoco puede ser enfrentada de manera unilateral por medio de otros métodos igualmente violentos del aparato estatal o de quienes constituyen la sociedad civil; en otras palabras: no es un problema social sin solución ni un componente ineludible de la condición humana" (1). Por eso mismo es dable pensar y apostar en lo mucho que se puede hacer para prevenirla. "El mundo todavía no ha calibrado en su totalidad la envergadura de la tarea ni dispone de todas las herramientas para llevarla adelante, pero la base general de conocimientos se está ampliando, y se ha adquirido ya mucha experiencia útil", como lo propugna la OMS (2). Por todo

ello, un punto de referencia inexorable es considerar que "[…] la violencia no está únicamente en lo/as otro/as. Todos, hombres y mujeres, independientemente de nuestra situación étnica, social, económica, política, etárea, debemos reconocer que, de alguna forma, material o simbólica, y en algún momento, somos promotores y reproductores de violencia. En tal sentido, la prevención de la violencia requiere que se trabaje para ampliar los niveles de tolerancia en nuestro convivir; así como la participación con una perspectiva democrática tanto de las instituciones como de las personas que conformamos la sociedad." (1)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Carrión F. La Violencia en América latina y el Caribe. En: Carrión F, editor. Seguridad Ciudadana ¿espejismo o realidad? OPS/OMS/FLACSO 1ª. Edición. Quito (Ecuador). 2002 (13- 58) ISBN: 9978-67-069-6. 2002. 520
Disponible en: http://www.flacso.edu.ec/portal/publicaciones/detalle/seguridad-ciudadana-espejismo-o-realidad.3276

2) Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (OPS). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A y Lozano R, editores. Washington, D.C.: OPS, © 2003. (Publicación Científica y Técnica No. 588) ISBN 92 75 31588 4.
Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf

3) Buvinic M , Morrison A. y Shifter, M. La Violencia en América latina y el Caribe. En: Carrión F, editor. Seguridad Ciudadana ¿espejismo o realidad? OPS/OMS/FLACSO 1ª. Edición. Quito (Ecuador). (59-108). ISBN: 9978-67-069-6. 2002.
Disponible en: http://www.flacso.edu.ec/portal/publicaciones/detalle/seguridad-ciudadana-espejismo-o-realidad.3276

4) Organización de las Naciones Unidas (ONU) Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Nueva York, 25 de mayo de 1996. 49a Asamblea Mundial De La Salud.WHA49.25. Man. res., Vol. III (3a ed.), 1.11 (Sexta sesión plenaria, Comisión B, cuarto informe).ONU:1966
Disponible en: WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública

5) Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Repercusión de la Violencia en la Salud de las Poblaciones Americanas. 132. a. Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C. 23-27 de junio de 2003. Punto 4.14 del orden del día provisional.
Disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/repercusion.pdf

6) Rodríguez J J. Violencia y Salud Mental. En: Rodríguez JJ editor. Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. 2° edición. Washington, D.C.: OPS, © 2009. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 49). (257-267). ISBN: 978-92-75-33065-4

7) Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) Campaña Mundial de Prevención de la Violencia. Plan de Acción de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia 2012-2020. Washington, D.C. 2012. Disponible en: www.paho.org/per/images/stories/Ftpage/2013/prevencion_meb.pdf?..

8) Buvinic M. (Bco. Mundial). Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención. 2008/1; (In) seguridad y Violencia en América Latina. Un reto para la democracia. (España). N° 2, 2ª época. (73-54). Pensamiento Iberoamericano. Revista bi-anual. Disponible en: https://www.econbiz.de/Record/in-seguridad-y-violencia-en-am C3A9rica-latina-un-reto-para-la-democracia-rojas-aravena-francisco/10003745010

9) Corte Suprema de Justicia de la Argentina. Investigaciones. Homicidios dolosos. Ciudad Autónoma de Bs. As. Corte Suprema de Justicia de la Nación, Instituto de Investigaciones y de Referencia Extranjera. Noviembre de 2013. (3° informe).
Disponible en: http://www.csjn.gov.ar/investigaciones

10) Spínelli H et al. (2005) Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Bs. As. Una mirada desde el Sector Salud. Bs As. Organización Panamericana de la Salud; 2005. 160 p. mapas, tab, graf. (Publicaciones Representación OPS/OMS en Argentina, 60).(111902).Publicación n° 60.pp.160. Disponible en: www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/muertesviolentas.pdf

11) Rodríguez González A. El concepto de víctima. En: Ponencias del XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cádiz, 2009, Junio 3-6. Madrid. AEN, edit. Violencia y Salud Mental. Parte1. 2009, pág. 37- 42. ISBN: 97884-95287-46-5 Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Gestionclinicaensaludmental.pdf

12) Giberti E. La Víctima: generalidades introductorias. Victimología 4. (Córdoba, Argentina) 2008; 20. Ed. Brujas (252). ISBN 978-987-1432-10-3. Disponible en: www.evagiberti.com/category/violencia/page/4/

13) Codino R. Medios y Muertes Olvidadas. Página 12. (Argentina). 30/11/2013. Sociedad. (8). Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-234697-2013-11-30.html

14) ONU (Organización de las Naciones Unidas). Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. Adoptada por la Asamblea General. Resolución 40/34 punto (A. 1°) del 29 de Noviembre de 1985. Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/.../compendium_2006_es_part_03_02.pdf

15) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014, Seguridad Ciudadana con Rostro Humano: diagnóstico y propuesta para América Latina. Nueva York. Editorial: Centro Regional de Servicios para América Latina y el Caribe Dirección Regional para América Latina y el Caribe. 2013. ISBN 978-9962-688-22-8. Disponible en: www.latinamerica.undp.org/.../IDH-AL%20Resumen%20Ejecutivo.pdf

16) Buvinic M., Morrison A y Orlando M B. Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. Papeles de Población 2005; -11-43-167-214.
Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204309

17) Cardona D et al.. Mortalidad por causas externas en tres ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campiñas (Brasil) y Medellín (Colombia), 1980-2005. En: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu (Brasil).29 septiembre al 3 octubre del 2008. Programa de Centros Asociados de Pos-Grado, Brasil-Argentina, programas de pos-grado en Demografía del IFCH y NEPO/UNICAMP, y CEA/UNC. R. bras. Est. Pop., São Paulo, v. 25, n. 2, p. 335-352, jul./dez. 2008. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a09

18) Organización de los Estados Americanos (OEA). Informe sobre Seguridad Ciudadana, Observatorio Hemisférico de Seguridad-Alertamerica. Estadísticas oficiales de Seguridad Ciudadana producidas por los Estados miembros de la OEA Washington, D.C. Secretaría de Seguridad Multidimensional de la OEA. Julio de 2012. Disponible en: www.alertamerica.org

19) Observatorio Argentino de Drogas - Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico**.** OAD - SEDRONAR. Argentina (Quinto Estudio Nacional (2012): El Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencia - realizado por UEESM (Unidad de Estudios Epidemiológicos en Salud Mental - Facultad de Psicología - UNC). SEDRONAR. 5° Estudio Febrero 2013.
Disponibleen:www.observatorio.gob.ar/www/547/19906/morbi-mortalidad.html

20) García H et al. Rio de Janeiro. Treinta años de homicidios en Medellín, Colombia, 1979-2008, (, 2012). Septiembre de 2012. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.9, pp. 1699-1712. ISSN 0102-311X.
Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900009.

21) Banco Mundial, Méjico. "La violencia juvenil en México" (Reporte de la situación, el marco legal y los programas gubernamentales). Méjico. Documento preparado por el Equipo para la Prevención de la Violencia Del Banco Mundial (Punto Focal Especializado en Desarrollo Social, Departamento de Desarrollo Social) y el Equipo de Seguridad Ciudadana para Latino América y el Caribe. Junio de 2012. 71335.
Disponible en: La violencia juvenil en México : Reporte de la situación, el ...

22) Montero I y León O G. Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International. 2002; 2, 503-508. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/337/33720308.pdf

23) Bertranou F y Casanova L. Informalidad laboral en la Argentina – Segmentos críticos y políticas para la formalización. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Organización Internacional del Trabajo (OIT), oficina de País. 2013. 182 p. ISBN: 978-92-2-328288-2 (impreso) ISBN: 978-92-2-328289-9 (web pdf).

24) Benedetti A. "Los usos de la categoría Región en el Pensamiento Geográfico Argentino" *Scripta Nova.* Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. Depósito Legal: B. 21.741-98.Vol. XIII, núm. 286, 15 de marzo de 2009. [Nueva serie de *Geo Crítica. Cuadernos Críticos de Geografía Humana*]. CONICET, Universidad Nacional de Jujuy y Universidad de Buenos Aires; alejandrobenedetti@hotmail.com/. ISSN: 1138-9788

25) Salama P. Informe Sobre La Violencia en América Latina. Revista de Economía Institucional. 2008; vol. 10, n. º 18, pp 81-102. Disponible en: P Salama - Revista de Economía Institucional, 2008 - dialnet.unirioja.es Disponible en: www.economiainstitucional.com/pdf/no18/psalama18.pdf

26) Declaración de Ginebra. Carga Global de la Violencia Armada 2011, Encuentros Letales. Suiza 2011. pp. 1- 10. Disponible en: www.genevadeclaration.org/.../docs/.../GBAV2011-Ex-summary-SPA.pd.

27) Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2007 - protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra, Suiza. OMS. 2007. pp.: 1-78. ISBN 978 92 4 356344 2 (Clasificación NLM: WA 530.1). ISSN 1020-6760. Disponible en: www.who.int/whr/2007/es/

28) Fernández R E et al. Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital comarcal: características sociodemográficas de víctima y agresor. Montilla, Córdoba (España). Editorial: SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias). 27/06/2007. Numero 3 Revista Científica. Disponible en: Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital

29) Ruiz R D E. Lesiones relacionadas con violencia intencional en el servicio de emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, junio de 2009 a enero de 2010. (Tesis para la obtención del grado de especialista). Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2010. NI 1.1; BNS 1483, R934. Id.: 592889

30) Sturm M A. Estudio sobre la contribución de la participación de los adolescentes en recursos de ocio y tiempo libre en su bienestar, desarrollo y calidad de vida. Las perspectivas de Madrid y Austria. Pp.: 1-90. Madrid. Universidad Complutense de Madrid (UCM). 2012.
Disponible en: eprints.ucm.es/14597/

31) OPS/OMS; La estrategia de Cooperación de la OPS/OMS CON Argentina 2012-2016. © Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).Octubre 2012 Tirada: 1000 ejemplares Autores: OPS/OMS Edición: OPS/OMS Argentina Diseño: Andrés Venturino (OPS/OMS Argentina) Disponible en: www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_arg_es.pdf

32) Lobo A , Gray R y Fazel S. La violencia como un problema de salud pública: un estudio ecológico de 169 países. Doi: 10.1016 / j.socscimed.2013.12.006. Epub 2013 14 de diciembre. Documento Patrocinado por Ciencias Sociales y Medicina (1982) EE.UU. Department of Psychiatry, University of Oxford, UK. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud. All rights reserved. PMCID: PMC3969091. PMID: 24581081

33) Muggah R y Aguirre K. Documento: La violencia juvenil en América. Evaluar y responder a la violencia juvenil en América Latina: inspeccionando la evidencia). Enero de 2013. Instituto Igarapé - Brasil (Conflict2015, Latin America, Panama2015, PanamaDocsES2015, pdf, post-2015, Youth) Disponible en: https://www.worldwewant2015.org/es/node/307416.

34) Ley Nacional nº 26.485, de Protección Integral a las Mujeres, R Argentina, 2009. Reglamentación decreto 1011/2010- Publicado en BO 20/07/2010. Disponible en: Ley 26.485 - Infoleg

35) Monteoliva A. Primer Estudio Transversal de Homicidios Violentos ocurridos en Córdoba Capital Año 2013. Observatorio de Seguridad Ciudadana Córdoba. Presentación resumen ejecutivo y graficas, Informe final pdf.
Disponible en: Primer Estudio Transversal de Homicidios…

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LECTURAS NO CITADAS

1) Biblia Nácar - Colunga, (revisión 2010, España). Disponible en: docuteka.net/biblia-nacar-colunga-online

2) Blair Trujillo E Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. Revista Política y Cultura. 2009; 17-07-09. (31) 9-33. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=26711870002

3) Esposito R Comunidad y Violencia. 2011; año 6 / número 10, noviembre de 2011. 75-88 Anales de la educación común. Pensar la política: un desafío en la tarea de educar. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires

4) Feinman J P La sangre derramada (Ensayo sobre la violencia política). Buenos Aires. Editorial: Seix Barral. 2006 (27/02/06). Págs.: 320. I.S.B.N: 987580066X

5) Fiestas F et al. ¿Quién es la víctima y quien el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete Ciudades del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29 (1):44-52 Disponible en: LILACS-¿Quién es la víctima y quién el agresor en ... - Bir

6) Freud S. Porqué la Guerra? Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras

(1932-36) En: Freud Sigmund: Obras Completas. Buenos Aires. 1991. Amorrortu Editorial. Volumen XXII. (187-198). ISBN: 950-518-598-7

7) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio P. Fundamentos de metodología de la investigación / revisoras técnicas, García Espejo I, Limón Cano S. Edición: 1ª ed. en español. Pie de imprenta: Madrid: McGraw-Hill Interamericana, [2007]. ISBN: 84-481-6059-3

8) Gushiken A et al. ¿Quiénes son asesinad@s en Lima? ¿Cómo, cuándo y por qué? Perú: Nueva Publicación de Ciudad Nuestra [Internet]. Washington,DC: Woodrow Wilson International Center for Scholars; c2012 . Disponible en: Ciudad Nuestra - ¿Quiénes son asesinad@s en Lima

9) Mesa Nacional de Incidencia por El Derecho a la Verdad, La Justicia y La Reparación con perspectiva de Género. Análisis sociodemográfico de las víctimas del conflicto armado. Brechas de Género. 2007; (:3) Bogotá D. C. Colombia. Corporación Casa de la Mujer Trabajadora, Alianza Iniciativa de Mujeres Colombianas por la Paz - IMP, 2007 80 p. ISBN: 978-9589844106
Disponible en: Informe victimas con perspectiva de género - Verdad

10) Minayo, M. (2004) "A difícil e lenta entrada da violencia no agenda de setor saúde" Cadernos de Saúde Pública, 20(3) pp. 646-647.

11) Montero I y León O G (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 115-127.ón (Universidad Autónoma de Madrid, España). Disponible en: Sistema de clasificación del método en los informes de ... www.aepc.es/ijchp/SCMIIP.pdf

12) Montoya V. Teorías de la violencia humana. Razón y Palabra. 2006. (Noviembre 2006): (53). Méjico.ISSN:1605-4806. Disponible en: www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n53/vmontoya.html

13) Muñoz E et al. Creencias, Actitudes y Prácticas sobre Violencia en Bogotá, Cali y Medellín. Línea de Base. Santiago de Cali: Ministerio de Protección Social, Universidad del Valle, Instituto CISALVA; 2004. Disponible en: Creencias, Actitudes y Prácticas sobre Violencia en Bogotá, Cali y Medellín. Línea de Base

14) Observatorio de Políticas Públicas y Derechos de la Niñez y la Adolescencia (CDIA Observa).Violencia y Derechos. La realidad de niños, niñas y adolescentes en datos. Asunción, Paraguay. Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (cdia). Abril de 2011. Isbn: 978-99967-626-0-4.

15) SEDRONAR – OAD (Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico-Observatorio Argentino de Drogas) “El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia”. Cuarto Estudio Nacional Argentina 2009. Informe Final de Resultados. Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones Noviembre 2009. Disponible en: Sedronar Cuarto Estudio Nacional Argentina 2009

16) United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global Homicide Report. Vienna:UNODC.2011.Disponibleen:www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/crime/global-study-on-homicide-2011.html

17) Vargas Lozano G. El papel de la violencia (Marx, Engels y El Marxismo). Revista Dialéctica, 2013. (16/12 2013). Disponible en: kmarx.wordpress.com/.../el-papel-de-la-violencia-marx-engels-y-el-marxismo.

18) World Health Organization. Guide to United Nations resources and activities for the prevention of interpersonal violence (WHO/NMH/VIP/02.05). Geneva: World Health Organization; 2002.

19) Krug E et al. eds. Statistical annex: world report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

20) United Natios. Declaration on the elimination of violence against women. A/RES/48/104.. New York: UN; c2012 [citado el 9 de enero del 2012]. Disponible en: http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm

21) Lury M, Nyberg E and Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. Swiss Med Wkly. 2010; 140:w13099.

22) Crisis Group. (2010) Guatemala: Squeezed between Crime and Impunity. Latin America Report N 33. Available at http://www.crisisgroup.org/~/media/Files/latin america/33%20Guatemala%20-%20Squeezed%20Between%20Crime%20and%20Impunity.pdf

23) Bair-Merritt MH, Crowne SS, Thompson DA, Sibinga E, Trent M, Campbell J. Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women’s motivations. Trauma Violence Abuse. 2010;11(4):178-89.

24) Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Intimate partner violence and alcohol consumption. Rev Saude Publica. 2010;44(1):53-9.Brasil

25) Zhan W, Shaboltas AV, Skochilov RV, Kozlov AP, Krasnoselskikh TV, Abdala N. Alcohol misuse, drinking contexts and intimate partner violence in St. Petersburg,Russia: results from a cross-sectional study. BMC Public Health. 2011;11:629.

26) Bair-Merritt MH, Crowne SS, Thompson DA, Sibinga E, Trent M, Campbell J. Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women's motivations. Trauma Violence Abuse. 2010;11(4):178-89.

27) Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Intimate partner violence and alcohol consumption. Rev Saude Publica. 2010;44(1):53-9.Brasil

28) Zhan W, Shaboltas AV, Skochilov RV, Kozlov AP, Krasnoselskikh TV, Abdala N. Alcohol misuse, drinking contexts and intimate partner violence in St. Petersburg,Russia: results from a cross-sectional study. BMC Public Health. 2011;11:629.

29) Imbusch, P and Carrión F Violence Research in Latin America and the Caribbean: A Literature Review, International Journal of Conflict and Violence. (2011). Vol. 5 (1) 2011, pp. 87 – 154 58) Hoffman JF, Knox L and Cohen R (Eds) (2010) Beyond Suppression: Global Perspectives on Youth Violence. Santa Barbara CA: Praeger

30) Krause, K. Gilgen, E. and R. Muggah. Eds. (2011) Global Burden of Armed Violence: Lethal

Encounters. Cambridge: Cambridge University Press.

31) Mockus A, Murraín H, and Villa M (2012) "Antipodas de la Violencia: Desafíos de Cultura Ciudadana para la Crisis de Seguridad en América Latina". Corpovisionarios. Inter-American. Development Bank, Washington, DC.

32) Moestue, H. and Muggah, R. (2013) Youth Violence Prevention and Reduction in Latin America and the Caribbean: Reviewing the Evidence. Strategic Paper. Rio de Janeiro: Igarapé Institute.

33) United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global Homicide Report. Vienna:UNODC.2011.Disponibleen:www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/crime/global-study-on-homicide-2011.html

34) Observatorio de Políticas Públicas y Derechos de la Niñez y la Adolescencia (CDIA Observa).Violencia y Derechos. La realidad de niños, niñas y adolescentes en datos. Asunción, Paraguay. Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (cdia). Abril de 2011. Isbn: 978-99967-626-0-4. Disponible en: www.cdiaobserva.org.py

35) Plazaola-Castaño J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin (Barc) 2004;122:461-7.

ANEXOS

1 - Modelo de encuesta utilizada en el V Estudio Nacional

OAD- SEDRONAR

Los datos del presente cuestionario son de carácter estrictamente confidencial y solo serán usados para generar estadísticas generales.

ENCUESTA A PACIENTES EN SALAS DE URGENCIA

1. Provincia ☐☐

2. Fecha de la urgencia

2.1 Hora	
2.2 Día	
2.3 Mes	**11**
2.4 Año	**2012**

3. Número del cuestionario ☐☐☐

4. Tipo de hospital

☐ *1. Público* ☐ *2. Privado* ☐ *3. Otro*

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE INGRESADO EN URGENCIA

5. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

Años ☐

6. SEXO

☐ 1. Masculino

☐ 2. Femenino

6.1. NIVEL EDUCATIVO

☐ 1. Sin instrucción
☐ 2. Primaria Incompleta
☐ 3. Primaria completa
☐ 4. Secundaria Incompleta
☐ 5. Secundaria completa
☐ 6. Terciaria/universitaria incompleta
☐ 7. Terciaria/universitaria completa
☐ 99. Ns/Nc

6.2. SITUACIÓN CONYUGAL

1.	Soltero (a)	5.	Unido, juntado (a)
2.	Casado (a)	6.	Viudo (a)
3.	Divorciado (a)	99.	Ns/Nc
4.	Separado (a)		

7. SITUACIÓN LABORAL

1.	Trabaja a tiempo completo	6.	No trabaja *
2.	Trabaja a tiempo parcial	7.	Ama de casa *
3.	Trabaja esporádicamente	8.	Jubilado o pensionado *
4.	Está desempleado (a) *	9.	Rentista *
5.	Estudiante *	99.	Ns/Nc

* Pase a la pregunta 9

8. OCUPACIÓN

1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresa. Oficiales de alta graduación de las Fuerzas Armadas/ Propietarios de industria o comercio con 26 asalariados o más /Agricultores de más de 100 hectáreas.	
2. Profesionales, científicos, profesores universitarios /Propietarios de industria y comercio con 6 a 25 asalariados/ /Agricultores entre 50 y 100 hectáreas.	
3. Técnicos / Profesores secundarios /Propietarios de industria o comercio con 2 a 5 asalariados /personal de mandos intermedios administrativos o de servicios /agricultores entre 25 y 50 hectáreas.	

4. Empleados de oficina en industria, comercio, servicios /Maestros primarios.	
5. Pequeños comerciantes y agricultores de menos de 25 hectáreas.	
6. Artesanos (Zapateros, plomeros, peluqueros etc).	
7. Obreros/ Operarios especializados en industrias, servicios o agro.	
8. Peones /Aprendices /Personal maestranza.	
9. Servicio doméstico / Vendedores ambulantes.	
10. Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, de seguridad.	
11. Planes sociales y subsidios afines.	
99. Ns/Nc	

9. ESTADO EN QUE LLEGÓ

- ☐ 1. Consciente
- ☐ 2. Inconsciente
- ☐ 3. Conmoción Cerebral / Obnubilado

9.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO- CIE 10 (marcar sólo una, la que corresponda)

Enfermedades	SI
1. Infecciones (intestinales, tuberculosis, virales, bacterianas, sífilis, HIV, hepatitis, etc.)	
2.Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético (anemias nutricionales, hemolíticas, aplásicas, hemorragias, etc.)	
3. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (glándulas tiroides, glándulas endocrinas, diabetes, malnutrición, obesidad, regulación glucosa, etc.)	
4. Trastornos mentales y del comportamiento (orgánicos, esquizofrenia, ideas delirantes, trast. del humor, trast. de personalidad y del comportamiento. Trast. mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, etc.)	
5. Enfermedades del sistema nervioso (inflamatorias del SNC, atrofias sistémicas, patología extrapiramidal y del movimiento, otras degenerativas del SN, desmielinizantes del SNC, epilepsia, PC, etc.)	
6. Enfermedades del ojo y anexos oculares **7. Enfermedades del oido y procesos mastoideos** **8. Enfermedades del sistema circulatorio** (fiebre reumática aguda, hipertensión, isquemias, enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriales, arteriolas y capilares, venas, vasos y nódulos linfáticos, etc).	

9. Enfermedades del sistema respiratorio (exoluye gripe) (infecciones respiratorias agudas de las vías superiores e inferiores, neumonía, enf. crónicas de las vías inferiores, etc.).	
10. Gripe	
11. Enfermedades del sistema digestivo (cavidad oral, glándulas salivares, mandíbulas, úlceras, enf. del apéndice, hernia, enteritis y colitis, enf. del hígado, vesícula y vía biliar, páncreas, etc.)	
12. Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras.	
13. Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo (artropatías, trast. sistemático del tejido conectivo, dorsopatías, trast. de los tejidos blandos, osteopatías, etc).	
14. Enfermedades del sistema urinario. **15. Enfermedades del sistema genital** **16. Traumatismo – politraumatismos - heridas** **17. Envenenamientos, intoxicaciones por sustancias**	
18. Controles médicos	
19. Problemas quirúrgicos	
20. Consultas no especificadas	

10. MOTIVO DEL INGRESO

- ☐ 1. Desconocido
- ☐ 2. Accidente de tránsito
- ☐ 3. Accidente de trabajo
- ☐ 4. Accidente común o casero
- ☐ 5. Situación de violencia
- ☐ 6. Intento de suicidio
- ☐ 7. Sobredosis
- ☐ 8. Síndrome de abstinencia
- ☐ 9. Otro motivo médico

11. Si el motivo de ingreso es "Accidente de tránsito", responder las siguientes preguntas:

11.1 Condición del lesionado
(Elija sólo una opción)

1. Peatón (ir a "contraparte" 11.3)	
2. Pasajero	
3. Conductor	
4. Otro	
99. NS/NC	

11.2 Modo de transporte del lesionado *(elija sólo una opción)*

1. Automóvil	
2. Camioneta o furgoneta	
3. Ómnibus	
4. Camión	
5. Bicicleta	
6. Moto / ciclomotor	
7. Tren	
8. Tracción animal	
9. Otro	
99. NS/NC	

11.3 Contraparte ***¿Contra qué colisionó la persona lesionada?*** *(elija sólo una opción)*

- ☐ 1. Peatón
- ☐ 2. Animal
- ☐ 3. Automóvil
- ☐ 4. Camioneta o furgoneta
- ☐ 5. Ómnibus
- ☐ 6. Camión
- ☐ 7. Bicicleta
- ☐ 8. Moto /ciclomotor
- ☐ 9. Tren
- ☐ 10. Tracción animal
- ☐ 11. Objeto fijo
- ☐ 12. Otro
- ☐ 99. NS/NC

11.4 Elementos de seguridad
(Puede escoger más de uno)

1.Cinturón de seguridad	
2.Casco	
3.Chalecos reflectivos	
4. Asiento para niños	
5. Otro	
99. NS/NC	

12. Si el motivo de ingreso es "Accidente de trabajo", "Accidente común o casero", "Situación de violencia" o, "Intento de suicidio", responder la siguiente pregunta:

12.1 Mecanismo de lesión *(elija sólo una opción)*

- ☐ 1. Golpe
- ☐ 2. Arma de fuego
- ☐ 3. Objeto punzo-cortante
- ☐ 4. Intoxicación
- ☐ 5. Sofocación /estrangulamiento
- ☐ 6. Agresión sexual
- ☐ 7. Caída
- ☐ 8. Quemadura
- ☐ 9. Otro
- ☐ 99. NS/NC

13. Si el motivo de ingreso es "Situación de violencia", responder las siguientes preguntas:

13.1 Relación víctima/agresor *(elija sólo una opción)*

1. Pareja o ex pareja	
2. Padres o padrastros	
3. Otro familiar	
4. Amigos / conocidos	
5. Persona desconocida (extraño)	
6. Otro	
99. NS/NC	

13.2 Contexto *(elija sólo una opción)*

1. Violencia doméstica/intrafamiliar	
2. Robo u otros crímenes	
3. Otras riñas o peleas (no familiar)	

4. Otro	
99. NS/NC	

14. Si el motivo de ingreso es "Intento de suicidio", responder la siguiente pregunta:

14.1 Intento previo

1. Si	
2. No	
99. NS/NC	

15. CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS 6 HORAS SEGÚN EL PACIENTE Y/O LA IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO
*(Marca por **SI** o **NO** TODAS de las sustancias)*

	SI	NO
1. Alcohol		
2. Tabaco		
3. Marihuana		
4. Solventes o inhalables		
5. Alucinógenos		
6. Heroína		
7. Opio o morfina*		
8. Cocaína		
9. Pasta base- Paco		
10. Cristales (Metanfetaminas)		
11. Crack		
12. Ketamina		

	SI	NO
13. Éxtasis (MDMA)		
14. Anfetaminas		
15. Hipnoticos* (Rohypnol, Luminal, etc)		
16. Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes* (Alplax,Rivotril, Lexotanil, Valium, etc)		
17. Antidepresivos* (Foxetin, Prozac, Zoloft, etc)		
18. Anticolinergicos*		
19. Estimulantes* (Akatinol, Neuroactil, Ritalina, etc)		
20. Otro(especificar)		

* Usados sin prescripción médica o sin tratamiento médico

16. IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA URGENCIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- ☐ 0. Sin datos
- ☐ 1. Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas
- ☐ 2. Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas
- ☐ 3. No se informa por que no hay consumo.

17. ¿Quién respondió sobre consumo de drogas?

- ☐ 1. El paciente
- ☐ 2. El médico
- ☐ 3. El paciente y el médico

2 – Autorización de OAD - SEDRONAR

De: Graciela Ahumada <Graciela.Ahumada@observatorio.gov.ar>
Fecha: 25 de julio de 2013 14:29
Asunto: Base Estudio pacientes en salas de emergencia
Para: Raúl Ángel Gómez <gomez@psyche.unc.edu.ar>

Estimado Raúl
Adjunto la base de datos del V Estudio Nacional sobre el uso indebido de drogas y la consulta de emergencia, para ser procesada en el marco del proyecto de tesis "Perfil sociodemográfico de víctimas de violencia en las consultas de emergencia en hospitales de todas las capitales de las provincias del país", de Mario A De Mauro y bajo su dirección, de acuerdo a la nota de solicitud.

Reitero la importancia de compartir las bases de datos de esta Dirección Nacional para que sean utilizadas en tesis de grado o postgrado, con la confianza del manejo responsable de la misma en el marco de los acuerdos firmados, garantizando la no distribución ni usos para otros fines diferentes al acordado. También deberá consignarse en el informe producto de su utilización, que agradeceremos se nos envíe una copia, una vez finalizado.
Saludos cordiales,

Lic. Graciela Ahumada
A/C Dirección
Observatorio Argentino de Drogas
Tel: (54 11) 4320 1232/ 4320 1236
SEDRONAR

3 – Tablas

Aquí las tablas están ordenadas siguiendo el lugar de aparición de las variables en la encuesta.

Tabla 1: Porcentaje de pacientes encuestados según grupos de edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	12 a 15 años	18	2,6	2,6	2,6
	16 a 20 años	182	26,5	26,5	29,1
	21 a 25 años	175	25,4	25,5	54,6
	26 a 30 años	99	14,4	14,4	69,0
	31 a 40 años	116	16,9	16,9	85,9
	41 a 50 años	51	7,4	7,4	93,3
	51 y más años	46	6,7	6,7	100,0
	Total	687	99,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	0,1		
Total		688	100,0		

Tabla 2: Porcentaje de pacientes encuestados según sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	7	1,0	1,0	1,0
	masculino	516	75,0	75,0	76,0
	femenino	165	24,0	24,0	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

Tabla 3: Porcentaje de pacientes encuestados según nivel educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	12	1,7	1,8	1,8
	sin instrucción	12	1,7	1,8	3,6
	primaria incompleta	80	11,6	12,1	15,7
	primaria completa	133	19,3	20,1	35,8
	secundaria incompleta	235	34,2	35,5	71,3
	secundaria completa	133	19,3	20,1	91,4
	terciario-universitario incompleto	37	5,4	5,6	97,0
	terciario-universitario completo	20	2,9	3,0	100,0
	Total	662	96,2	100,0	
Perdidos	NS/NC	26	3,8		
Total		688	100,0		

Tabla 4: Porcentaje de pacientes encuestados según situación conyugal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	0,6	0,6	0,6
	soltero	424	61,6	61,6	62,2
	casado	77	11,2	11,2	73,4
	divorciado	11	1,6	1,6	75,0
	separado	22	3,2	3,2	78,2
	unido, juntado	122	17,7	17,7	95,9
	viudo	7	1,0	1,0	96,9
	ns/nc	21	3,1	3,1	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

Tabla 5: Porcentaje de pacientes encuestados según situación laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	8	1,2	1,2	1,2
	a tiempo completo	214	31,1	31,1	32,3
	a tiempo parcial	106	15,4	15,4	47,7
	esporádicamente	55	8,0	8,0	55,7
	desempleado	46	6,7	6,7	62,4
	estudiante	87	12,6	12,6	75,0
	no trabaja	92	13,4	13,4	88,4
	ama de casa	33	4,8	4,8	93,2
	jubilado o pensionado	17	2,5	2,5	95,6
	rentista	1	0,1	0,1	95,8
	Ns/Nc	29	4,2	4,2	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

Tabla 6: Porcentaje de pacientes encuestados según tipos de ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Miembros poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos	2	0,5
Profesionales, científicos, profesores universitarios	5	1,31
Técnicos	6	1,57
Empleados de oficina en industria, comercio, servicios	64	16,8
Pequeños comerciantes y agricultores	14	3,6
Artesanos	21	5,5
Obreros	113	29,73
Peones y aprendices	70	18,4
Servicio domestico/vendedores ambulantes	51	13,4
Personal subalternos de fuerzas	8	2,0
Planes sociales y subsidios afines	17	4,4
Ns/Nc	9	2,3
Total	380	100,0
Total desconocidos	308	

Tabla 7: Porcentaje de pacientes encuestados según mecanismos de lesión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No corresponde	41	6,0	6,0	6,0
	Golpe	382	55,5	55,5	61,5
	arma de fuego	55	8,0	8,0	69,5
	objeto punzocortante	167	24,3	24,3	93,8
	Intoxicación	2	0,3	0,3	94,0
	sofocación o estrangulamiento	2	0,3	0,3	94,3
	agresión sexual	8	1,2	1,2	95,5
	Caída	10	1,5	1,5	96,9
	Quemadura	1	0,1	0,1	97,1
	Otro	15	2,2	2,2	99,3
	NS/NC	5	0,7	0,7	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

Tabla 8: Contingencia sexo – mecanismo de lesión

			No corresponde	golpe	arma de fuego	objeto punzocortante	intoxicación	sofocación o estrangulamiento	agresión sexual	caida	quemadura	otro	NS/NC	total
sexo	0	Recuento	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
		% dentro de sexo	28,60%	71,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
		% dentro de mecanismo de lesión	4,90%	1,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,00%
		% del total	0,30%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,00%
	masculino	Recuento	30	275	51	144	1	0	0	3	1	8	3	516
		% dentro de sexo	5,80%	53,30%	9,90%	27,90%	0,20%	0,00%	0,00%	0,60%	0,20%	1,60%	0,60%	100,00%
		% dentro de mecanismo de lesión	73,20%	72,00%	92,70%	86,20%	50,00%	0,00%	0,00%	30,00%	100,00%	53,30%	60,00%	75,00%
		% del total	4,40%	40,00%	7,40%	20,90%	0,10%	0,00%	0,00%	0,40%	0,10%	1,20%	0,40%	75,00%
	femenino	Recuento	9	102	4	23	1	2	8	7	0	7	2	165
		% dentro de sexo	5,50%	61,80%	2,40%	13,90%	0,60%	1,20%	4,80%	4,20%	0,00%	4,20%	1,20%	100,00%
		% dentro de mecanismo de lesión	22,00%	26,70%	7,30%	13,80%	50,00%	100,00%	100,00%	70,00%	0,00%	46,70%	40,00%	24,00%
		% del total	1,30%	14,80%	0,60%	3,30%	0,10%	0,30%	1,20%	1,00%	0,00%	1,00%	0,30%	24,00%
Total		Recuento	41	382	55	167	2	2	8	10	1	15	5	688
		% dentro de sexo	6,00%	55,50%	8,00%	24,30%	0,30%	0,30%	1,20%	1,50%	0,10%	2,20%	0,70%	100,00%
		% dentro de mecanismo de lesión	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
		% del total	6,00%	55,50%	8,00%	24,30%	0,30%	0,30%	1,20%	1,50%	0,10%	2,20%	0,70%	100,00%

Tabla 9: Porcentaje de pacientes encuestados según relación victima-agresor

		Frecuencia	%	% válido	% acum.
Válidos	No corresponde	39	5,7	5,7	5,7
	pareja o ex pareja	71	10,3	10,3	16,0
	padres o padrastros	6	0,9	0,9	16,9
	otro familiar	45	6,5	6,5	23,4
	amigos o conocidos	140	20,3	20,3	43,8
	persona desconocida	344	50,0	50,0	93,8
	otro	28	4,1	4,1	97,8
	NS/NC	15	2,2	2,2	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

Tabla 10: Porcentaje de pacientes encuestados según contexto

		Frecuencia	%	% válido	% acum.
Válidos	No corresponde	100	14,5	14,5	14,5
	violencia doméstica o intrafamiliar	117	17	17	31,5
	robo u otros crímenes	129	18,8	18,9	50,3
	otras riñas y peleas	275	40	40	90,3
	otro	55	8	8	98,3
	NS/NC	12	1,7	1,7	100
	Total	688	100	100	

Tabla 11: Contingencia sexo según contexto

			No corresp.	violencia dom. o intrafliar.	robo u otros crím.	otras riñas y peleas	otro	NS/NC	Total
sexo	0	Recuento	2	1	0	4	0	0	7
		% dentro de sexo	28,6%	14,3%	0,0%	57,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	Masc.	Recuento	75	52	97	232	49	11	516
		% dentro de sexo	14,5%	10,1%	18,8%	45,0%	9,5%	2,1%	100,0%
	Fem.	Recuento	23	64	32	39	6	1	165
		% dentro de sexo	13,9%	38,8%	19,4%	23,6%	3,6%	,6%	100,0%
Total		Recuento	100	117	129	275	55	12	688
		% dentro de sexo	14,5%	17,0%	18,8%	40,0%	8,0%	1,7%	100,0%

Tabla 12: Porcentajes de consultas de emergencias, según Provincia

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Buenos Aires	24	3,5
	Catamarca	30	4,4
	Chaco	27	3,9
	Chubut	20	2,9
	CABA	40	5,8
	Córdoba	60	8,7
	Corrientes	31	4,5
	Entre Ríos	33	4,8
	Formosa	21	3,1
	Jujuy	60	8,7
	La Pampa	3	0,4
	La Rioja	17	2,5
	Mendoza	41	6,0
	Misiones	15	2,2
	Neuquén	22	3,2
	Rio Negro	5	0,7
	Salta	68	9,9
	San Juan	26	3,8
	San Luis	18	2,6
	Santa Cruz	6	0,9
	Santa Fe	61	8,9
	Santiago del Estero	18	2,6
	Tierra del Fuego	9	1,3
	Tucumán	33	4,8
	Total	688	100,0

Tabla 13: Contingencia sexo - región

			Región						
			Metropolitana	Centro	Cuyo	NOA	NEA	Patagónica	Total
sexo	0	Recuento	0_{a}	1_{a}	1_{a}	3_{a}	0_{a}	2_{a}	7
		Frecuencia esperada	0,7	1,6	1,0	2,1	1,0	0,7	7,0
		% dentro de sexo	0,0%	14,3%	14,3%	42,9%	0,0%	28,6%	100,0%
		% dentro de Región	0,0%	0,6%	1,0%	1,4%	0,0%	3,1%	1,0%
		% del total	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,0%	0,3%	1,0%
	masculino	Recuento	$52_{a, b}$	$117_{a, b}$	85_{b}	$151_{a, c}$	$71_{a, b, c}$	40_{c}	516
		Frecuencia esperada	48,0	115,5	76,5	156,8	70,5	48,8	516,0
		% dentro de sexo	10,1%	22,7%	16,5%	29,3%	13,8%	7,8%	100,0%
		% dentro de Región	81,3%	76,0%	83,3%	72,2%	75,5%	61,5%	75,0%
		% del total	7,6%	17,0%	12,4%	21,9%	10,3%	5,8%	75,0%
	femenino	Recuento	$12_{a, b}$	$36_{a, b, c}$	16_{b}	$55_{a, c}$	$23_{a, b, c}$	23_{c}	165
		Frecuencia esperada	15,3	36,9	24,5	50,1	22,5	15,6	165,0
		% dentro de sexo	7,3%	21,8%	9,7%	33,3%	13,9%	13,9%	100,0%
		% dentro de Región	18,8%	23,4%	15,7%	26,3%	24,5%	35,4%	24,0%
		% del total	1,7%	5,2%	2,3%	8,0%	3,3%	3,3%	24,0%
Total		Recuento	64	154	102	209	94	65	688
		Frecuencia esperada	64,0	154,0	102,0	209,0	94,0	65,0	688,0
		% dentro de sexo	9,3%	22,4%	14,8%	30,4%	13,7%	9,4%	100,0%
		% dentro de Región	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	9,3%	22,4%	14,8%	30,4%	13,7%	9,4%	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Región categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0,05