

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. LEON.



TESIS

Para optar al título de:

Doctor en Medicina y Cirugía

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA VIOLENCIA
EN EL MUNICIPIO DE LEON DURANTE 1998.**

Autores: Yesenia del Carmen López Arteaga
Jorge Luis Lau Méndez
Victoriano Santiago López Arteaga

Tutor: Dr. Francisco Ramón Tercero Madriz
Master en Salud Pública
Profesor Titular Depto. Medicina Preventiva

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to the tutor, Dr. Francisco Ramón Tercero Madriz.



León, Abril 2000

“La pobreza es la peor forma de violencia”

Gandhi

172.787
C.7

INDICE

W
41
L864c
2000

CONTENIDO



PAGINAS

Dedicatoria
Agradecimiento
Opinión del Tutor
Resumen

Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	6
Objetivos	7
Marco Teórico	8
Material y Método	16
Resultados	19
Discusión	21
Conclusiones	24
Recomendaciones	25
Referencias	26
Anexos	29

DEDICATORIA

Dios creador del mundo, quien ilumina los pensamientos del hombre con su sabiduría y purifica los corazones con su amor, quien ha hecho posible el desarrollo de la Ciencia, a El dedicamos todo el esfuerzo de nuestro trabajo ya que a Dios le debemos lo que somos y lo que hacemos. Gracias a El culminamos nuestra tesis. De igual forma se lo dedicamos a nuestros Padres quienes con amor, trabajo y apoyo incondicional nos han dado la oportunidad de realizarnos profesionalmente.

Los Autores

AGRADECIMIENTOS

Al Subcomisionado Oscar Danilo Hernández por autorizarnos a realizar nuestro estudio utilizando las Estadísticas de la Policía. De igual manera al personal del Departamento de Estadística por facilitarnos la información y orientarnos sobre el manejo de las mismas.

De manera especial a nuestro Tutor Dr. Francisco R. Tercero Madriz, por sugerirnos el tema del estudio y además brindarnos su tiempo, orientación y apoyo incondicional.

Además, agradecemos a todas aquellas personas que denunciaron la violencia, en sus diversas formas, a que fueron objeto. Sin cuya denuncia no hubiera sido posible describir la violencia en el municipio de León, contribuyendo así a decir "no a la violencia".

OPINION DEL TUTOR

El presente trabajo investigativo realizado por Yesenia del Carmen, Jorge Luis y Victoriano constituye un gran esfuerzo en la exploración de un problema creciente de salud pública, constituido por la violencia en sus diversas manifestaciones epidemiológicas e impacto en el municipio de León. Todas las fuentes de datos sobre el estudio de lesiones tienen sus propias limitaciones. Así, las estadísticas de la Policía, quizás no capture la real incidencia o el grado de severidad de las mismas, pero si se puede obtener valiosa información orientada a la prevención, tales como, los principales grupos de riesgo, causas y agentes utilizados.

Los resultados reflejados en este estudio nos muestran que solamente a través de un análisis minucioso y detallado de la información estudiada podría considerarse a las estadísticas de la Policía como un valioso instrumento de vigilancia en la evaluación para la prevención y control de la violencia en nuestra comunidad.

Es demás señalar que la prevención y control de las lesiones en general, y de la violencia en particular, son de especial preocupación para la comunidad científica internacional ya que se proyectan como problemas de salud pública que tienden a desplazar a la enfermedades del grupo I (transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales). La importancia de este estudio se enmarca dentro de las estrategias de la Organización Panamericana de la Salud, en el desarrollo de un Plan de Acción Regional Salud y Violencia. Por lo tanto, la presente Tesis podría ser un valioso documento de referencia para aquellos sectores involucrados en la prevención de la violencia en cualquiera de sus formas.

Dr. Francisco Ramón Tercero Madriz
Master en Salud de Pública
Profesor Titular del Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública.

RESUMEN

Antecedentes: Las lesiones por violencia constituyen un problema de salud pública mundial y nacional, en términos de muerte prematura, discapacidad y costos económicos.

Objetivos: Determinar el comportamiento epidemiológico de la violencia en el municipio de León, durante 1998.

Material y Método: Estudio de corte transversal, cuya fuente de datos fueron las estadísticas de la Policía de León. Las lesiones se clasificaron de acuerdo a la CIE-10 y la tipificación del delito de acuerdo al Código Penal.

Para el cálculo de la tasa de incidencia o de mortalidad se usó como numerador los casos reportados por la Policía (no fatales y/o fatales), y como denominador la población del municipio de León durante el período de estudio.

Resultados: La tasa de incidencia y mortalidad por violencia fue de 748.1 y 5.1 por 100,000. La mayoría de las víctimas eran adultos, del sexo femenino y de zonas urbanas. Los principales delitos fueron: lesiones, robo y violencia doméstica. Los principales agresores fueron: desconocidos, conocidos y familiares. Los principales medios utilizados fueron: golpes, arma blanca, piedras y garrotes. El alcohol estuvo involucrado en la mayoría de los casos.

Conclusiones y recomendaciones: El asalto y la violencia familiar constituyen un serio problema que debería ser abordado de forma integral por todos los actores que de una u otra forma podrían impactar positivamente ante dicho problema y tratar de que León pueda ser en el futuro una ciudad "*Segura y Saludable*".

Palabras claves: violencia, epidemiología, vigilancia de lesiones.

INTRODUCCION

Las lesiones constituyen la principal causa de muerte prematura tanto en países desarrollados como en desarrollo, por ejemplo el 51% de las muertes en el grupo etáreo de 1-14 años se atribuye a lesiones. Por otro lado, la carga económica de las lesiones es enorme, ya que en los Estados Unidos durante 1988 se gastaron aproximadamente 180 billones de dólares de los cuales una tercera parte se atribuyó a violencia. En América Latina se estima que aproximadamente el 10% del producto interno bruto de la región se destina a sufragar gastos derivados de la violencia.¹⁻²

La magnitud del problema de homicidio en Estados Unidos es difícil de aceptar cuando se compara con otras naciones industrializadas. Por ejemplo, en Estados Unidos la proporción de homicidio es de 10 a 25 veces más alto que en la mayoría de los países industrializados que enfrentan guerra o inestabilidad social, político, y económica.³

Los episodios no fatales de violencia no siempre se reportan a las estadísticas de la policía. Los servicios de emergencia capturan un mayor número de ataques. Por ejemplo, en el estudio nordeste de Trauma de Ohio, se encontró que por cada homicidio se registraron veinte ataques en la policía y cien casos en los servicio de emergencia. Generalmente muchos episodios de violencia, no se informan, particularmente los que ocurren entre los amigos y familia.³

La epidemia de la violencia juvenil en los Estados Unidos no se limita al homicidio. Los datos de arrestos policíacos revelan un aumento en episodios no fatales de violencia juvenil a pesar de las limitaciones del sistema de registro. La proporción de violencia juvenil en los Estados Unidos es consistentemente más alta que la de cualquier otra nación industrializada. Por ejemplo, durante 1987, la tasa de homicidios para los varones de 15 a 24 años de edad en los Estados Unidos fue de 21.9 por 100,000.³⁻⁴

Cada año los ciudadanos de Estados Unidos pagan alrededor de \$53.5 mil millones para la intervención de justicia delictiva por violencia, y \$158 mil millones para el costo de cuidado perpetuo para las víctimas de violencia (tratamiento médico, rehabilitación y productividad perdida). Estas figuras reflejan sólo los costos monetarios de violencia, no el dolor, sufrimiento y calidad perdida de vida para las víctimas. Además, no reflejan el costo que implica el mantenimiento de la seguridad, tales como, el costo de perros de guardia, armas de "protección" y un sentido inmensurable de miedo a la represalia del crimen. Por lo tanto, el impacto de la violencia es considerable para la sociedad, así como también es importante notar las pérdidas materiales y costos producto del crimen o delitos.³

Contrariamente al estereotipo de violencia, como predominantemente relacionado a sujetos extraños en el contexto de conducta delictiva como robo, o tráfico de droga. Mucha de la violencia experimentada en los Estados Unidos es íntima y ocurre en el contexto de relaciones personales. Un homicidio típico involucra a dos personas que se conocen, quién bajo la influencia de alcohol o drogas, entran en una disputa o pelea. Solamente un 15% de los homicidios ocurren en el curso de un crimen, comparado con más de 50% que ocurren por disputas entre personas conocidas. Este 50% tiene lugar en relaciones familiares (por ejemplo el abuso y maltrato del niño y anciano o el abuso del compañero sexual) o entre los amigos (violencia interpersonal). En el restante 35%, la relación entre la víctima y el perpetrador es desconocido.³

Los patrones, frecuencias y características de la violencia varían tanto en países desarrollados como en desarrollo.¹⁻² Sin embargo en ambos se ha observado un incremento en su frecuencia y una causa importante de muerte prematura debido a que afecta principalmente a personas jóvenes.

ANTECEDENTES

Según estadísticas del Ministerio de Salud las lesiones por violencia ocupan el segundo lugar como causa de muerte en el grupo de 15-49 años después de las lesiones no intencionales.⁵

Dada la magnitud creciente de la violencia en el país, los medios de comunicación se han manifestado en relación a este creciente problema de salud pública. A continuación se describen algunas noticias reportadas relacionadas a este problema:

La Prensa (17 de febrero de 1999), señala que durante 1998, los principales delitos intrafamiliares se tipificaron como lesiones, amenazas, maltrato infantil en un 79%, 20.2% y 0.6%, respectivamente. Los principales tipos de delito sexual fueron: violaciones, intento de violación, estupro, raptos, abusos deshonestos y acoso sexual en un 38%, 18%, 16%, 13%, 9.1% y 5%, respectivamente.⁶

La Prensa (3 de Marzo de 1999), según las estadísticas de la Policía Nacional, de enero a noviembre de 1998 se habían denunciado 1,050 actos de *violación sexual*. De las cuáles el *90.4% de las víctimas fueron mujeres y el 9.6% hombres*. El 52% de los hombres y el 60% de las mujeres eran menores de 18 años. Más de la mitad de los agresores (55%) son hombres menores de 26 años. Los reportes de los delitos en general indican un aumento anual del 14%. Los departamentos de Managua, Matagalpa, RAAN, *León* y Jinotega se ubican con los mayores índices de violación en un 22.4%, 11.4%, 7.5%, 7.1% y 6.1%, respectivamente.⁷

La Prensa (9 de Junio de 1999), según el Instituto Nicaragüense de la Mujer y la Niñez (INIM), la Policía y la Red de Mujeres contra la Violencia revelaron que en Nicaragua, una de cada cuatro mujeres sufrieron algún tipo de violencia física, sexual y emocional durante 1998, de las cuales el 20% sufrieron los 3 tipos de abusos y el 70% de los casos fueron severos. En las zonas rurales se registraron *asesinatos, amputaciones de miembros y violaciones de niñas*.⁸

La Prensa (29 de Agosto de 1999), de acuerdo a criterios de Alejandro Serrano Caldera, la pobreza y peor aún la indigencia, el desempleo y la pérdida de esperanza de conseguirlo, el alcohol, las drogas, las perturbaciones psicológicas, el deterioro profundo de los valores más elementales, la inexistente o disminuida valoración de la vida humana y la banalización del crimen, que por ser un hecho cotidiano se vuelve irrelevante para la conciencia nacional, salvo excepciones determinadas por circunstancias muy particulares, constituyen el tejido de causas interrelacionadas de la violencia y la inseguridad.⁹

La Prensa (4 de Octubre de 1999), Loaisiga refiere que aproximadamente se gastan 500 millones de córdobas anualmente por la violencia, lo que representa aproximadamente un 10% de los ingresos anuales del país. El ministerio de salud gasta aproximadamente de 30-40 millones de córdobas en la atención médica de las víctimas de la violencia. Por otro lado, el presupuesto asignado a la Policía resulta ser insuficiente para enfrentar la violencia.¹⁰

Estudios epidemiológicos han indicado que las lesiones por violencia ocupan un lugar importante como causa de morbimortalidad.¹¹⁻¹² En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), del total de visitas a emergencia (n=62,690) aproximadamente el 16% (n=9,970) son debidas a lesiones. De éstas el 93.2% son no intencionales y el 6.8% son intencionales. Del total de lesiones intencionales el 88% son debidas a violencia y el 12% a lesiones autoinfligidas (suicidio e intento de suicidio). Por cada defunción hospitalaria debida a violencia hay 25 ingresos hospitalarios y 108 son manejados ambulatoriamente. El índice de ingreso hospitalario por violencia es de 19.1%. La tasa de incidencia de lesiones causadas por violencia fue de 3.4 por 1,000 habitantes. La incidencia varió según la edad, observándose un incremento al aumentar la edad hasta alcanzar un pico en el grupo de 15-44 años (6 por 1,000) disminuyendo progresivamente al incrementar la edad.¹²

Ellsberg et al. en un estudio sobre violencia doméstica llevado a cabo en la ciudad de León, encontró una alta prevalencia de maltrato conyugal, así como altos niveles de severidad de las lesiones en la población estudiada. Además, se tomaron medidas educativas de intervención para enseñarles a las mujeres sobre dónde acudir y a quienes pedir ayuda en caso de violencia doméstica.¹³

Contreras et al. estudiaron el maltrato conyugal en 3 comunidades de Nicaragua, encontraron que 2 de cada 5 mujeres fueron maltratadas emocional, física o sexualmente por su cónyuge en el último año. Las mujeres que presentaron el mayor índice de maltrato procedían de áreas urbanas y tenían baja escolaridad. El tipo de lesiones que predominaron fueron las contusiones y heridas. Además, una de cada cuatro mujeres maltratadas durante el embarazo presentaron complicaciones, donde la mitad de éstas resultaron en aborto. El alcoholismo fue un factor que estuvo involucrado en la agresión. La mayoría de las mujeres refirió no denunciar o buscar ayuda por miedo o vergüenza.¹⁴

En León-Chinandega y Managua-Tipitapa, una de cada cuatro mujeres sufre de maltrato conyugal y alrededor del 10% y 6.2% son obligadas a tener relaciones sexuales, respectivamente.¹⁵

La ENDESA-98 indica que el 29% de las mujeres alguna vez en unión han sufrido al menos un episodio de violencia física o sexual. En el 37% de estos casos la mujer estaba embarazada. La prevalencia de abuso físico y sexual es mayor en las mujeres del área urbana, de menor nivel educativo, y con un mayor número de hijos.¹⁶

JUSTIFICACION

Las políticas para la prevención de la violencia deben basarse en información, seguimiento, investigación y análisis, con el propósito de que las intervenciones que se ejecuten tengan mejores posibilidades de éxito y puedan ser evaluadas apropiadamente. La epidemiología y salud pública ofrecen herramientas válidas para el desarrollo de modelos de vigilancia, investigación y prevención y, por tal motivo, forman parte de las estrategias que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido como políticas que deben desarrollarse en el Plan de Acción Regional Salud y Violencia.²

Por lo antes señalado, creemos que el presente estudio aportaría un poco de conocimientos sobre el comportamiento de la violencia y extrapolar estos datos con información que ya existe en otros sistemas de vigilancia. Además, esta es la primera experiencia de este tipo, basándose en el registro de la Policía. Toda la información recolectada será difundida a las autoridades de la Policía y a otros sectores interesados, con el propósito de hacer planteamientos específicos dirigidos a la prevención de la violencia en el municipio de León.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el comportamiento epidemiológico de la violencia en el Municipio de León en el periodo de Enero a Diciembre de 1998.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Estimar la tasa de incidencia y mortalidad por violencia.
2. Describir las víctimas de violencia según edad, sexo y procedencia.
3. Identificar el lugar y el tiempo en que ocurrió la violencia.
4. Identificar los principales delitos, lesiones y tipo de agresor.
5. Establecer el uso de droga o alcohol por parte del agresor.
6. Identificar los principales agentes utilizados.

MARCO TEORICO

Violencia como un problema de salud publica:¹⁷

La violencia debe ser considerada un problema de salud publica significativa, primero, debido al extraordinario impacto en nuestra sociedad. Las lesiones durante 1991 resultaron en la perdida de mas años de vida potenciales que las enfermedades cardiovasculares y cáncer. La violencia representa el 38% de todas las lesiones fatales: cada año, alrededor de 25,000 personas mueren por homicidios y 30,000 por suicidios. Homicidio es la segunda principal causa de muerte en el grupo de 15-24 años.¹⁷

En el pasado, la magnitud de la violencia y las lesiones habían sido difícil de determinar. Sin embargo, los años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD), un nuevo método de medición desarrollado por el Banco Mundial en 1993, lo que representa un gran salto hacia la cuantificación racional de sufrimiento y muerte. Este enfoque combina el numero de años de vida perdidos por muerte prematura debido a una sola causa o grupo de problemas de salud en un año dado con la correspondiente perdida de salud por discapacidad en ese año, el ultimo expresado como un porcentaje de años vividos por discapacidad. Por ejemplo, la carga total de enfermedades en 1990 se calculo en 1.4 billones de AVAD, o 259 AVAD/1,000 habitantes. Este método ahora provee una vía racional para comparar la carga de diferentes condiciones, para comparar diferentes grupos poblacionales, y para comparar un problema de salud en diferentes periodos. Tres condiciones debido a violencia: homicidio, suicidio, y guerra, representaron 18.3, 17.5, y 14.3 millones de AVAD, respectivamente. Estas tres categorías de violencia intencional causaron mas sufrimiento que el SIDA, malaria, tuberculosis o enfermedades isquemicas del corazón. Por otro lado la violencia representa aproximadamente 3% de los gastos en salud, lo que sugiere que un efectivo programa de prevención y control podría generar grandes ahorros en el sector salud y en la comunidad en su conjunto.¹⁷

Es importante señalar la diferencia entre decir que la violencia es un problema de salud pública y que la violencia es un problema médico. Violencia es ciertamente un problema al que la comunidad médica debe responder, pero el origen de la mayoría de la violencia no está basado en condiciones biológicas o médicas. Las causas más importantes de violencia son sociales y económicas, y la búsqueda de soluciones debe enfocarse en estos factores en lugar de otros puramente médicos o fisiológicos.¹⁷

La epidemiología de la violencia y lesiones inducidas por violencia:¹⁸

En diferentes sociedades la información sobre violencia proviene de diferentes fuentes de datos tales como, estadísticas vitales, medios de comunicación, estadísticas de salud, estadísticas de crimen o de la policía, encuestas, testimonios etc. Ninguna fuente de datos es completa e incluso, a veces aún, de forma combinada estas fuentes no representan un panorama completo de la violencia en nuestras sociedades.¹⁸ Mientras Suecia disfruta de una tasa de homicidio relativamente baja en el ámbito internacional, en los países de bajo ingreso económico dicha situación va deteriorándose a través de un incremento en el crimen, violencia física y abuso sexual. Durante 1997 la policía Sueca reportó las siguientes tasas (100,000) por categoría de crimen: asalto (624), maltrato a la mujer (140), crímenes sexuales (87), robo (75), violación (19) y homicidio (2).¹⁸

Diversos estudios han presentado que del 22%-35% de las mujeres que acuden a emergencia se debe a los efectos de la violencia doméstica. Estudios sobre mortalidad y morbilidad severa no pueden ser usados para estimar la tasa de violencia total, ya que se ha estimado que una tercera parte de todos los crímenes violentos conducen a lesiones físicas.¹⁸

Diversas fuentes pueden utilizarse para contestar diferentes preguntas, por ejemplo, ¿Quién cometió la violencia y contra quien?. En Suecia hay un predominio del sexo masculino tanto en el grupo de víctimas como de victimarios. Sin embargo, la violencia en el hogar y dentro de relaciones íntimas afecta mucho más a las mujeres que a los hombres. Con relación a los casos fatales por violencia aproximadamente dos terceras partes son hombres y una tercera parte son mujeres. Aproximadamente un 50-60 % de las mujeres son asesinadas por sus

compañeros o excompañeros, en cambio, la correspondiente figura entre los hombres víctimas de homicidios es 10 %.¹⁸

Diferencias sociales en lesiones inducidas por violencia:

Es bien sabido que el estado de salud se distribuye desigualmente en diferentes grupos de la sociedad. Un creciente número de estudios han reportado que lesiones debido a la violencia en el hogar esta relacionado al status socioeconómico de la familia: a más baja posición socioeconómica (basados en profesión individual, nivel de educación, o ingresos) mayor el riesgo de exposición a la violencia doméstica.¹⁸

En pocos estudios se consideran las diferencias estructurales (diferencias entre las características de grupos de gente o entre áreas geográficas en lugar de diferencias entre individuos) se ha observado que niños de áreas deprivadas están bajo un mayor riesgo de ser lesionados por violencia en el hogar que aquellos niños de áreas con mejor nivel económico.¹⁸

Estudios en los Estados Unidos han señalado que la violencia es más común en familias de color negro que en aquella de color blanco. La mayor parte de la violencia doméstica esta dirigida hacia la mujer. En menores de 15 años, los niños tienen un riesgo mayor de muerte por violencia; en cambio las niñas tienen un riesgo mayor de ser sexualmente abusadas en el hogar.¹⁸

Muchos estudios de lesiones producidas por violencia fuera del hogar presentaron un mayor riesgo en aquellos con bajo nivel socioeconómico. Estudios estructurales, muestran que desigualdades sociales y económicas generan una mayor violencia en sociedades pobres pero con grandes desigualdades que en aquellas sociedades ricas con pocas diferencias socioeconómicas.

En los Estados Unidos el riesgo de ser lesionado fuera de casa debido a violencia, es mucho mayor entre aquellos no blancos. Por otro lado aunque los hombres son lesionados mas frecuentemente que las mujeres fuera del hogar, esto no se aplica a la violencia en el lugar de trabajo o a la violencia sexual.¹⁸

Políticas y Prevención: ¹⁸

La Disciplina de la victimología esta complementando la de criminología, y los estudios del salud pública están enfocados tanto en los victimarios como en sus víctimas (“los sobrevivientes”) de violencia en el afán de mejorar el bienestar total de las comunidades y sociedades.

Estrategias de Prevención: La violencia y las casualidades violentas son una reflexión de varios desequilibrios en nuestras sociedades, se asume que aún esos eventos que no conduzcan a lesiones deben ser prevenidos. Dos autores (Davis and Stasz, 1990) han enumerado categorías de medidas que se deben tomar en cuenta para lograr una “*sociedad no violenta*” bajo lo siguientes lineamientos: ¹⁸

- Global: Ambiental, demográfico, económico, desarme;
- Integración social: Igualdad política e integración, justicia social, seguridad económica;
- Desarrollo urbano: Reconstrucción de la infraestructura, indigencia, atención médica, campañas antidrogas;
- Prevención del crimen: oportunidades de empleo/recreación para jóvenes, encarcelamiento de y tratamiento para los ofensores violentos, los programas de los derechos de los niños;
- Anti-terrorismo: Cooperación intergubernamental, remedios no-violentos para acomodar a las demandas de los disidentes;
- Políticas contra el crimen y la violencia: modelos no violentos para resolver los conflictos sociales y personales, modelos de mediación y arbitraje.

Mientras deben apuntarse esfuerzos continuos y a largo plazo para reducir las injusticias sociales, tales como, racismo, el sexismo, pobreza, deben tomarse medidas inmediatas apuntado a reducir la aceptación de la cultural/social de uso de violencia en varias situaciones. ¹⁸

Las medidas de prevención de la violencia y el crimen se dividen frecuentemente en dos categorías, social y situacional. *Las medidas sociales* están dirigidas a reducir la motivación hacia la violencia, y están relacionadas a las mayores preocupaciones sociales. En contraste, las *medidas situacionales* están dirigidas a reducir la posibilidad de cometer violencia y puede estar

relacionada a esos factores que en diferentes grados incrementan el riesgo de violencia. Otros enfoques dentro de la perspectiva situacional están “la dirección medioambiental”, etc.¹⁸

Sin embargo, las políticas para la prevención de la violencia deben basarse en información, seguimiento, investigación y análisis, con el propósito de que las intervenciones que se ejecuten tengan mejores posibilidades de éxito y puedan ser evaluadas apropiadamente. La epidemiología y la salud pública ofrecen herramientas válidas para el desarrollo de modelos de vigilancia, investigación y prevención y, por tal motivo, forman parte de las estrategias que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido como políticas que deben desarrollarse en el Plan de Acción Regional Salud y Violencia. *La conformación e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica sobre hechos de violencia es hoy una necesidad planteada por diversas autoridades, instituciones y grupos en los países en las Américas.* En muchos países del continente americano existe un interés creciente por estudiar y definir políticas relativas a la prevención de la violencia y a la promoción de actitudes no violentas, especialmente en lo que se refiere a las ciudades. Lo anterior se deriva del hecho de que las comunidades están siendo afectadas significativamente por el impacto que la violencia y la inseguridad tienen en distintos aspectos de su vida cotidiana y exigen respuestas concretas. Sin embargo, el abordaje a este problema debe ser integral y deben participar todos los sectores de la comunidad.¹⁹

El sector de la salud ha contribuido de manera importante a reclamar la acción integral de los gobiernos para el manejo de la violencia, no solo porque le corresponde atender y rehabilitar a los lesionados, sino también porque se tiene el convencimiento de que la violencia es prevenible y que constituye un área donde se pueden aplicar estrategias de prevención similares a las que la salud pública ha utilizado para enfrentar otros problemas de salud. En igual sentido debe verse el Movimiento de Municipios Saludables o de Comunidades Seguras, que promueve las políticas y conductas o hábitos de vida que mejora la calidad de la vida y que por ello contribuye a disminuir las causas de morbilidad y mortalidad previsible. Muchas de estas prácticas tienen una notable influencia sobre la violencia.¹⁹

Para incidir efectivamente en la búsqueda de soluciones y en su evaluación posterior, es necesario caracterizar los hechos de violencia. Sin embargo, los países de la Región de las Américas carecen de información confiable sobre los hechos violentos.¹⁹

Rodríguez y Brindis subrayan la necesidad de tener sistemas de información basados en datos que faciliten la toma de decisiones. Algunas de las características que se deben de identificar son: el patrón o algunas tipologías de las víctimas y de los victimarios; las circunstancias en que se presentaron los hechos, y las variables relacionadas con su ocurrencia. Por tal motivo se hace necesario el uso o la implementación de sistemas de vigilancia de salud pública sobre hechos de violencia destinados a mejorar la información que actualmente se recolecta en los países de las Américas.¹⁹

Vigilancia epidemiológica y prevención de hechos violentos:¹⁹

La vigilancia epidemiológica se define como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población, cuyo análisis e interpretación sean útiles para la toma de decisiones. La vigilancia epidemiológica es un sistema de información para la acción cuyos atributos son: 1) sencillez y flexibilidad en su organización y operación; 2) aceptación por las instituciones y personas que lo ejecutan y lo utilizan; 3) oportunidad en la recolección de los datos y en la presentación de los resultados; 4) representatividad del problema o situación en observación; 5) sensibilidad y valor predictivo positivo; y, 6) costo razonable.¹⁹

En una revisión sobre datos de mortalidad por heridas intencionales y no intencionales en 19 países de las Américas se encontraron notorias diferencias entre los países de la región. En 1991 Colombia aparecía con la tasa mas alta (92.6), seguido de El Salvador (52.5). En Estados Unidos, Roberts informó para 1993 una tasa ajustada de 18.6, mientras que los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), en Atlanta, Georgia, estimaron la tasa ajustada de homicidios en 10.6. En la revisión de Roberts llama la atención que países sin tradición de violencia como Canadá y Uruguay aparezcan, respectivamente, con 11.3 en 1994 y 10.3 en 1990. En cambio, en otros países donde se suponen que existan altas tasas de

homicidios, las cifras parecen bajas: Guatemala en 1984 (4.4) y Nicaragua en 1991(9.0). Otros informes muestran otras tasas ajustadas para 1994: Canadá, 2.0; Colombia, 129; El Salvador, 90.3; Perú, 9.8. En vista de las dificultades en los registros, las diferencias entre países deben interpretarse con cautela.¹⁹

Definiciones:¹⁹

Es necesario adoptar definiciones claras y precisas sobre los hechos que se van a incluir, de tal forma que se puedan hacer comparaciones, análisis y seguimiento, aun cuando es recomendable que las definiciones sean comparables con los patrones internacionales. Se presentan a continuación algunas definiciones de uso común en el ámbito internacional.

Violencia: Es la amenaza o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder, bien sea físico, psicológico o sexual, contra otra persona, grupo o comunidad, o contra sí mismo, y produce, o tiene alta probabilidad de producir, daño en la integridad física, psíquica, sexual, en la personalidad, y aun en la libertad de movimiento de la víctima.

Víctima: Es toda persona que individual o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, pérdida económica, o sustancial desmejora de sus derechos fundamentales, debido a actos u omisiones que violan las leyes que operan en ese Estado.

Homicidio: Es el acto por el cual una persona mata a otra. Por lo común es el ejecutado ilegítimamente y con violencia.

Muerte: (o lesión) en accidentes de tráfico, u homicidio (o lesión) culposo, no intencional. Es la muerte (o lesión) que se produce como consecuencia de una colisión o atropellamiento por un vehículo de transporte. Aun cuando puedan existir eventos agravantes como el consumo de alcohol u otras drogas, generalmente es sin intención.

Violencia contra la mujer: "Cualquier acto de fuerza verbal o física, o privación que atente contra la vida, dirigida a una mujer o niña y que le cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de su libertad o que perpetúe la subordinación femenina.

Violencia contra el niño o maltrato infantil: es un acto de fuerza que produce daño físico o emocional, temporal o permanente, que limita el desarrollo del niño. Puede consistir en castigo físico o verbal, negligencia, privación de la libertad o relación con otros niños, subvaloración de su capacidad y otras formas de falta de apoyo al desarrollo individual.

Móvil, motivo: Razón posible o establecida por la cual se presentó el hecho violento.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal.

Area de estudio: Municipio de León

Población muestreado: Fueron todas las personas agredidas y que denunciaron dichas violencias en la Policía de León, durante 1998.

Población blanco: Población del municipio de León durante 1998.

Fuentes de datos: Se utilizaron fuentes secundarias a través de los registros obtenidos del Departamento de Estadística de la Policía de León.

Instrumento de la recolección de datos: Se basó en una ficha previamente elaborada (ver anexo).

Recolección de la información:

Se inició con la autorización del sub-comisionado Oscar Danilo Hernández. Posteriormente, se contactó a la responsable del departamento de registro para proceder a llenar las fichas.

La clasificación de la naturaleza se basó en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)²⁰ y la tipificación del delito se basó en el Código Penal.²¹

Prosesamiento y Analisis

Los datos fueron introducidos, procesados y analizados en el software Epi Info versión 6.04.²² El análisis se basó en distribuciones de frecuencia absoluta y relativa.

Para medir la frecuencia de violencia se estimaron las tasas de incidencia acumulada y para determinar la precisión de las mismas se utilizó el Intervalo de Confianza de 95%.²³

Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Edad	Se basó en el reporte de la edad de la víctima o acompañante registrado en las estadísticas de la policía o HEODRA.	< 10 10-14 15-44 45-64 ≥ 65
Sexo	Carácter o cualidad biológica que distingue al macho de la hembra.	Femenino Masculino
Mes de ocurrencia	Mes de ocurrencia de la violencia referido por la víctima.	Se especificará
Hora de ocurrencia	Hora aproximada de agresión referido por la víctima.	6-11 am 12 m-7 pm 8 pm-5 am
Lugar de ocurrencia	Barrio, reparto o comarca donde fue Agredido.	Se especificará
Delito	Se basó en el Código Penal	Se especificará

Agresor	La persona que produce el daño o comete el delito	Conocidos Vecinos Cónyuge Ex-cónyuge Padres Hermanos Hijos Otros Desconocido
Naturaleza de la lesión	Se basó en la CIE-10	Se especificará
Uso de drogas		Alcohol Marihuana Cocaína Otros
Evolución	Desenlace de la víctima posterior a la agresión o violencia.	Sin lesión Con lesión Muerto
Tipo de arma	Es el medio físico o agente con el que agresor produjo el daño a su víctima.	Arma de fuego Arma blanca Arma contundente Otros

RESULTADOS

En este estudio, la incidencia de la violencia en el municipio de León se basó en el número de casos reportados y registrados por el Departamento de Investigación de la Policía (numerador) y la población estimada de acuerdo al MINSA (denominador). La tasa de incidencia y de mortalidad por violencia fue de 748.1 (IC 95%: 702.2-782.8) y 5.1 (IC 95%: 3.4-6.8) por 100,000 habitantes, respectivamente. El 87.9% procedía de áreas urbanas y el 12.1% de áreas rurales, con un ligero predominio del sexo femenino.

No se pudo estimar las tasas de incidencia por comunidades debido a que en las estadísticas de la policía se registra solamente el lugar de ocurrencia y no el lugar de origen. Sin embargo, las comarcas en que se reportó el mayor número de casos no fatales fueron: PoneLOYA, Las ChacarAS, LechecuAGOS y ChagÜE. En los barrios o repartos en que se reportó el mayor número de casos no fatales fueron: Sutiava, Guadalupe, El Sagrario, San Juan-San José, Primero de Mayo y Rubén Darío. Del total de defunciones debidas a violencia (n=9), el 33.3% ocurrieron en Chacaraseca.

En la Fig. 1 se puede observar las diferencias por sexo y edad. La distribución etárea de las víctimas se puede resumir de la manera siguiente: 6.3% menores de 15 años, 89.6% de 15-64 años y de 64 y más años 4.1%. La razón de masculinidad fue de 9:10.

El 87.9% procedía de áreas urbanas y el 12.1% de áreas rurales, con un ligero predominio del sexo femenino en el área urbana (Fig. 2). Al comparar por grupo etáreo la procedencia, se observa que en el grupo menor de 10 años y de 45-64 años hay un predominio de frecuencia en las zonas rurales, en cambio en el grupo de 10-44 años y mayores de 64 años predominaron en la zonas urbanas (Fig. 3).

No se observó diferencias considerables o patrones particulares de los distintos tipos de violencia de acuerdo al mes de ocurrencia (Fig. 4-5). El 42% de los casos ocurrieron entre el mediodía y las 7 pm. y el 36% ocurrió de 8 pm. a 5 am.

Los principales delitos fueron: lesiones 43.3%, robo 41.2%, violencia doméstica 12%, amenaza de muerte 7.5%, intento de homicidio/homicidio 4.8%, intento de violación/violación 6.3% y maltrato infantil 0.1%. La mayoría de los delitos por violencia fue cometido por personas desconocidas 43.5%, seguido por personas conocidas y familiares en un 28.2% y 15.8%, respectivamente. El principal agresor familiar fue el cónyuge en un 66%. Otros agresores fueron los vecinos 6.4% y el 3.2% exconyuges (Cuadro 1). Por cada violación se reportaron dos intentos de violación. Por cada homicidio se reportaron 7 intentos de homicidio.

Del total de casos, 40% no reporto lesiones físicas, pero el 54.1% fueron contusiones, 9.4% heridas, violación 2.9% y homicidio 0.6%. Del total de contusiones más de la mitad fueron múltiples, y en el resto las principales partes lesionadas fueron la cabeza y ojo. Con relación a las heridas, dos terceras partes afectaron cabeza, cuello y tronco (Cuadro 1).

Los principales agentes utilizados en la agresión fueron: golpes 58%, arma blanca 22.3%, piedra 5.9%, garrote 5.9%, armas de fuego 4.9%, otros 2% y 4.3% sin dato. Al estratificar según procedencia se observó diferencias en dichos agentes, por ejemplo, en las zonas urbanas predominaron los golpes, arma blanca y piedras; en cambio, en las zonas rurales predominaron los golpes, seguido por arma blanca y armas de fuego (Fig. 6).

La principal droga relacionada con la violencia fue el alcohol, sin embargo, entre otras drogas se registraron, marihuana, cocaína y pega; pero en las zonas rurales fue exclusivo el uso del alcohol.

DISCUSION

Las tasas estimadas en este estudio, no reflejan la verdadera incidencia de la violencia en León debido a las limitaciones propias del diseño en que solamente se incluyó una fuente de datos (Datos de la Policía) y se excluyeron otras, tales como estadísticas de salud, vitales, ocupacionales, etc. A lo anterior se suma el hecho de que en muchos casos la violencia no sea denunciada por diferentes razones: falta de credibilidad del sistema judicial, vergüenza y temor a las represalias.^{13,14,24,28} Sin embargo, esta debilidad relacionada al subregistro de casos no es exclusivo de esta fuente, por ejemplo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Banco Mundial estiman de que los actos de violencia contribuyen al 15% de la carga mundial de enfermedades, pero no existen indicadores adecuados para medir su impacto total, debido a que las estadísticas nacionales y de mortalidad son incompletas.²⁸ A pesar del subregistro de la policía, esta deficiencia es compensada por la riqueza de información orientada a la prevención de la violencia, por ejemplo, tipo de delito, agresor, víctima, agente, condiciones en que se encontraban los actores de la violencia, etc., de la cual carecen las otras fuentes de información. Tercero et al. determinó que las estadísticas de la policía contienen información más válida que la mismas estadísticas de salud, pero donde existen sistemas de vigilancia de lesiones es posible capturar un panorama integral de la problemática de las lesiones, con información mínima orientada a la prevención.^{11,12}

La tasa de mortalidad de 5.1 por 100,000 reportada en nuestro estudio es inferior a la reportada a nivel nacional durante 1989 que fue de 34.1 por 100,000 pero que incluía homicidios y suicidios⁶; otra fuente estimó para 1991 a nivel nacional una tasa de 9.0 por 100,000 habitantes, pero esa diferencia podría explicarse por el hecho de que en el reporte nacional u otros estudios se basan en proyecciones de diversas fuentes de datos.^{5,19}

Otra limitación en el registro de la policía fue el hecho de que se registra solamente el lugar en que ocurre la violencia y no el lugar de donde proceden, lo que dificulta estimaciones de frecuencia y de grupos de riesgo de acuerdo a su procedencia. Otras variables de interés como el mes y hora de ocurrencia, pueden ser influenciadas por diversos factores, tales como lugar de ocurrencia (urbano vs. Rural), y subregistro de dicha información.

Los grupos más afectados fueron de 15-44 años, observándose un predominio en el sexo femenino. Siendo las víctimas de violencia doméstica exclusivas al sexo femenino, dicho patrón es consistente con lo observado por múltiples estudios.^{3,4,6,7,8,12,13,14,15,16}

Los principales delitos cometidos en el municipio de León fueron las lesiones, seguido de robo, violencia doméstica y homicidio. Otras formas de violencia menos prevalentes fueron amenazas de muerte, violencia sexual, y maltrato infantil. Estos datos son consistentes con lo reportado por la literatura internacional¹⁻⁴ y nacional.^{6,12}

Las tasas de homicidio, violación, y robo reportadas en León fueron superiores a las encontradas por la Policía sueca en 1997, pero inferiores en relación a los asaltos, maltrato a la mujer y crímenes sexuales. Sin embargo, al realizar estas comparaciones persiste el problema en las diferencias relacionadas a las definiciones de estas formas de violencia.¹⁸

Los principales agentes o instrumentos utilizados para cometer los crímenes fueron armas blancas y objetos contundentes. Esto corresponde con hallazgos reportados en la literatura en países en desarrollo²⁸⁻²⁹ y difiere de aquellos países desarrollados en donde existe un marcado predominio de las armas de fuego.^{4,30,31,32,33} Sin embargo, en relación a la violencia doméstica y/o maltrato infantil existe un predominio del uso de golpes como medio de agresión, este patrón es similar al observado tanto en países en desarrollo como desarrollados.

Los principales agresores fueron desconocidos, seguido por conocidos y familiares (principalmente su cónyuge). Estos datos son consistentes con lo reportado por la literatura en que la violencia es realizada por conocidos en un alto porcentaje y de que el esposo es el principal agresor en el hogar.³

Del total de casos en que se registro el uso de drogas (n=275), en el 87% estuvo involucrado el alcohol, un problema que afecta no solamente el desenlace de la violencia sino también otros problemas de salud de nuestra sociedad. El alcohol es un denominador común en los países en desarrollo, pero en los países desarrollados la constituye el consumo de otras drogas.

CONCLUSIONES

1. La tasa de incidencia y de mortalidad por violencia fue de 748.1 y 5.1 por 100,000 habitantes, respectivamente.
2. La mayoría de la víctimas eran adultos, del sexo femenino y procedentes de zonas urbanas.
3. El comportamiento de los diferentes tipos de delito según mes de ocurrencia fue irregular, sin embargo la frecuencia fue mayor en la tarde y la noche.
4. Los principales delitos registrados por la policía fueron: Por lesiones, robo, violencia doméstica, intento de homicidio/homicidio e intento de violación/violación.
5. Las principales lesiones reportadas fueron: Contusiones, heridas, violación y homicidio.
6. La mayoría de los delitos fueron cometidos por personas desconocidas 43.5%, seguido por personas conocidos y familiares en un 37.8% y 18.7%, respectivamente.
7. Por cada homicidio se registró 7 intentos de homicidio y por cada violación se registró 2 intentos de violación.
8. La principal drogas relacionada con la violencia fue el alcohol, sin embargo, entre otras drogas se registraron, marihuana, cocaína y pega.
9. Los principales medios utilizados fueron: golpes 58%, arma blanca 22.3%, piedra 5.9%, garrote 5.9%, armas de fuego 4.9%, otros 2% y 4.3% sin dato.

RECOMENDACIONES

1. Incrementar tanto la vigilancia policial, así como promover la vigilancia de la comunidad por sus habitantes en aquellos sectores de mayor riesgo.
2. Prohibir el expendio de licor a menores de edad, y establecer multas en aquellos establecimientos que violen dicha medida.
3. Promover el incremento de impuestos a las bebidas alcoholicas, similar a las empleadas para el consumo de cigarrillos.
4. Elaborar programas para detectar, conocer y reducir las conductas agresivas interfamiliares, a través de Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales.
5. Incluir en el curriculum de las escuelas elementos diseñados para cambiar la comprensión de y actitudes hacia la violencia interpersonal. Así como conductas que favorecen la prevención de violencia interpersonal.
6. En caso que algunas recomendaciones señaladas anteriormente sean ejecutadas, algunos componentes importantes en su desarrollo deberían de ser: el monitoreo y evaluación de sus resultados.
7. Realizar esfuerzos para mejorar el sistema de registro de violencia en las estadísticas de la policía, en relación a los tipos de delito que llevaron a cometer lesiones.
8. Realizar investigaciones sobre violencia utilizando simultáneamente diferentes fuentes de datos que registren violencia para obtener un panorama que se acerque a la realidad, considerando que de esta forma se obtendrían mucho más casos de los que reporta cada una de estas fuentes por separado.
9. Implementar investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la violencia y las medidas para la prevención y control.
10. Incrementar el presupuesto de la policía, para enfrentar de mejor manera los hechos delictivos y prevenir su ocurrencia, a través, de la presencia de policías en lugares de mayor incidencia de violencia.



REFERENCIAS

1. Rice P, Mackenzie E, and Associates. Incidence of injury. Cost of injury in the United States: A report to Congress. San Francisco and Baltimore: University of California, San Francisco, and Injury Prevention Center. The Johns Hopkins University, 1989.
2. Pelligrini A. La violencia y la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 1999;5(4/5):219-221.
3. Prothrow-Stith D, Spivak H, Sege RD. Interpersonal violence prevention: A recent public Health mandate. In Detels R, Holland W, McEwen J, Omenn G. New York: OXFORD Textbook of Public HEALTH. Third edition volume 5. 1997.
4. Rosenberg ML, Fenley MA. Violence in America: A public Health Approach. New York: Oxford university press. 1991.
5. Ministerio de Salud. Plan Maestro de Salud 1991-1996. Managua, Nicaragua. 1991.
6. Alvarado L. La violencia golpea duro a la familia. La Prensa, 17 de febrero de 1999.
7. La violencia intrafamiliar y otro tipo de abusos. La Prensa, 3 de Marzo de 1999.
8. Violencia contra el 25% de las mujeres. La Prensa, 9 de Junio de 1999.
9. Serrano A. Violencia e inseguridad. La Prensa, 29 de agosto de 1999.
10. Loaisiga J. El costo de la violencia. La Tribuna, 4 de octubre de 1999.
11. Tercero F, Andersson R, Peña R, Svanström L. Can valid and prevention-oriented information on injury occurrence be obtained from existing data sources in developing countries?: An example from Nicaragua. International Journal for Consumer and Product Safety 1998;5:99-105.
12. Tercero F, Andersson R, Rocha J, Castro N, Svanstrom L. On the epidemiology of injury in developing countries: A one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. International Journal for Consumer and Product Safety 1999;6(1):33-42.
13. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Lijstrand J, Winkist A. Confites en el Infierno: Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Managua. 1996.

14. Contreras AC, Gómez J, Tórrez M. Maltrato conyugal hacia las mujeres en edad fértil en los municipios de Masachapa, Nagarote y El Rosario, en el período comprendido de noviembre de 1995 a Mayo de 1996. UNAN-León. 1996. Tesis.
15. PROSIM/MINSA-GTZ. Salud reproductiva en dos poblaciones de Nicaragua 1997. 1ra. Ed. Managua, 1999.
16. ENDESA. Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de demografía y salud. Managua: DHS. 1999.
17. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public Health and Violence Prevention. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1995;1:2-9.
18. Leander K, Engstrom K. The Commission and Prevention of Violence. In Laflamme L, Svanstrom L, Schelp L, editors: Safety Promotion Research. Stockholm: Karolinska Institutet. 1999: 83-103.
19. Concha-Eastman A, Gerrero R. Vigilancia Epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades. Rev Panam Salud Publica 1999;5(4-5):322-331.
20. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Volume 1. Tenth Revision. 1992. Geneva.
21. Código Penal de la República de Nicaragua. 2da. Ed. Managua: BITECSA. 1995.
22. Dean AG, et al. Epi Info, Version 6.04: A word-processing, database, and statistics program for public health. Atlanta:Cent. Dis. Control. 1996.
23. Ahlbom A, Norell S. Introduction to Modern Epidemiology. USA: Epidemiology Resources. 1990.
24. Cultura de la violencia en Nicaragua. La Prensa, 1 de septiembre de 1998.
25. WHO. Manifiesto for Safe Communities: Safety – A Universal Concern and Responsibility for All. Stockholm, 1989.
26. The Melbourne Declaration, Third International Conference on Injury Prevention and Control. Melbourne, Australia. 1996.
27. Ellsberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. Am J Public Health 1999;89:241-244.
28. Robertson LS. Injury Epidemiology. Oxford, Oxford University Press 1992.

29. Berger LR, Mohan D. Injury Control: A global view. Oxford: Oxford University Press, 1996.
30. Flanagan A, Cole TB. Violence, a neglected epidemic: call for papers. JAMA 1998; 280(24):2121.
31. Baker SP, O'Neil B, Ginsburg MJ, Guohua L. The injury fact book. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1992.
32. Committee on Trauma Research. Injury in America: A continuing Public Health Problem. Washington, D.C. National Academy Press, 1985.
33. National Committee for Injury Prevention and Control. Injury Prevention: Meeting the Challenge. Am J Prev Med, Inc; 1989; (suppl): 115-44. Oxford, England: Oxford University Press.

ANEXOS

Cuadro 1 Distribución proporcional de los delitos, agresores y lesiones, registrados en la Policía de León, 1998.

VARIABLES	PORCENTAJE
DELITOS (n=1,315):	
• Lesiones	43.3
• Robo:	41.2
• Con fuerza	28.2
• Con violencia	9.7
• Con intimidación	3.3
• Violencia doméstica:	12.0
• Amenaza de muerte:	7.5
• Intento de homicidio:	4.2
• Homicidio:	0.6
• Intento de violación:	3.4
• Violación:	2.9
• Maltrato infantil:	0.1
• Violación de domicilio	1.5
AGRESOR (n=1,315):	
• Personas conocidas:	28.2
• Desconocido (s):	43.5
• Compañero (a):	10.4
• Vecinos	6.4
• Ex marido/ex compañero	3.2
• Hermanos	2.1
• Padres	1.3
• Cuñado	1.2
• Hijos	0.8
• Otros	2.9
LESIONES (n=1,315):	
• Contusiones múltiples	23.3
• Contusiones cabeza/cuello	12.7
• Contusión de ojo	11.4
• Herida cabeza/cuello/tronco	6.9
• Lesiones superficiales cabeza/cuello	5.0
• Contusión del tronco	4.5
• Violación	2.9
• Herida de miembros superiores	2.5
• Contusión de miembros superiores	2.2
• Inespecíficas	1.5
• Homicidio	0.6
• Sin lesiones	40.0

Fig. 1 Distribución de la violencia según edad y sexo. León. 1998.

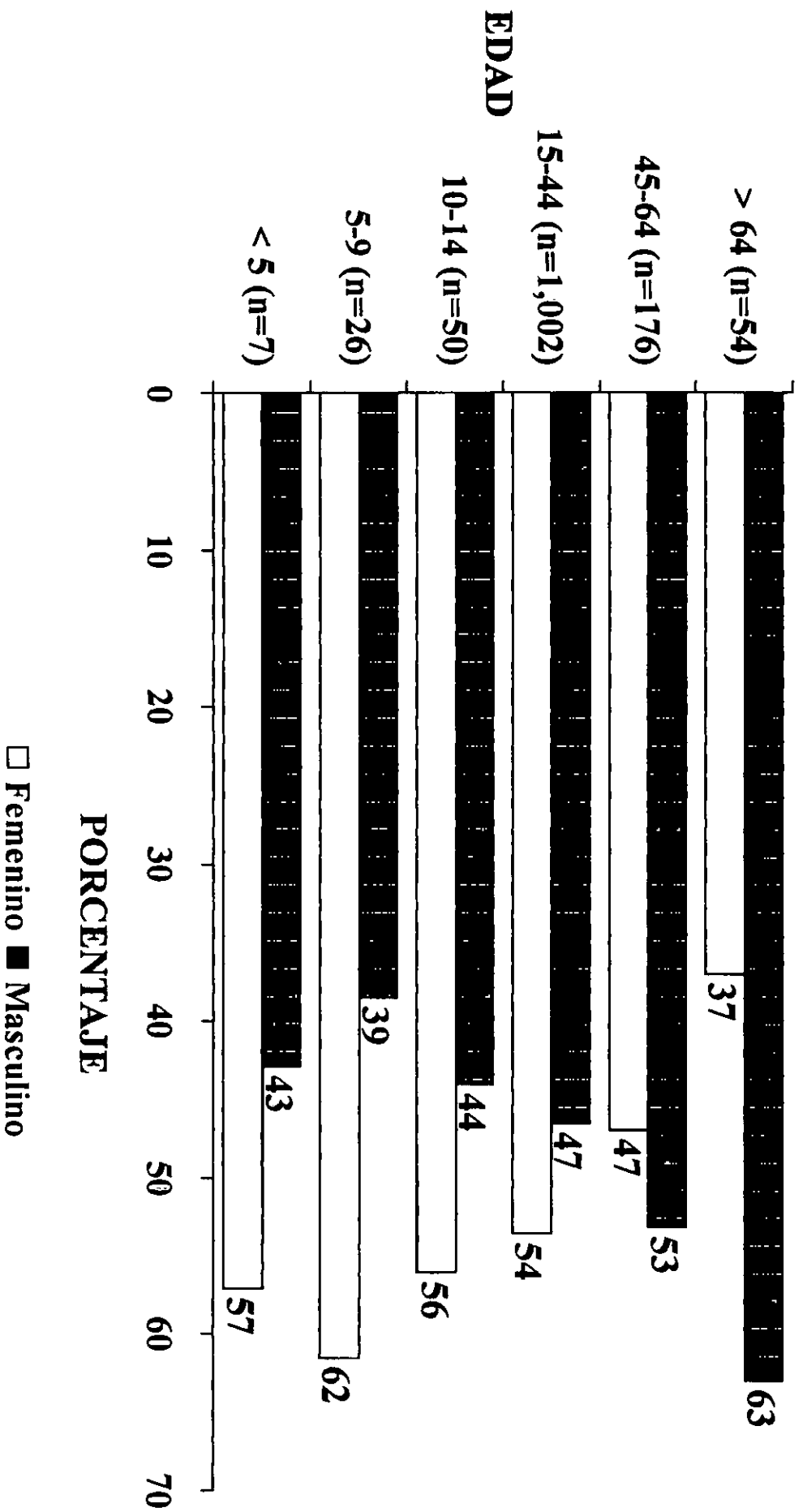


Fig. 2 Distribución de la violencia según sexo y procedencia. León. 1998.



Fig. 3 Distribución de la violencia según edad y procedencia. León. 1998.

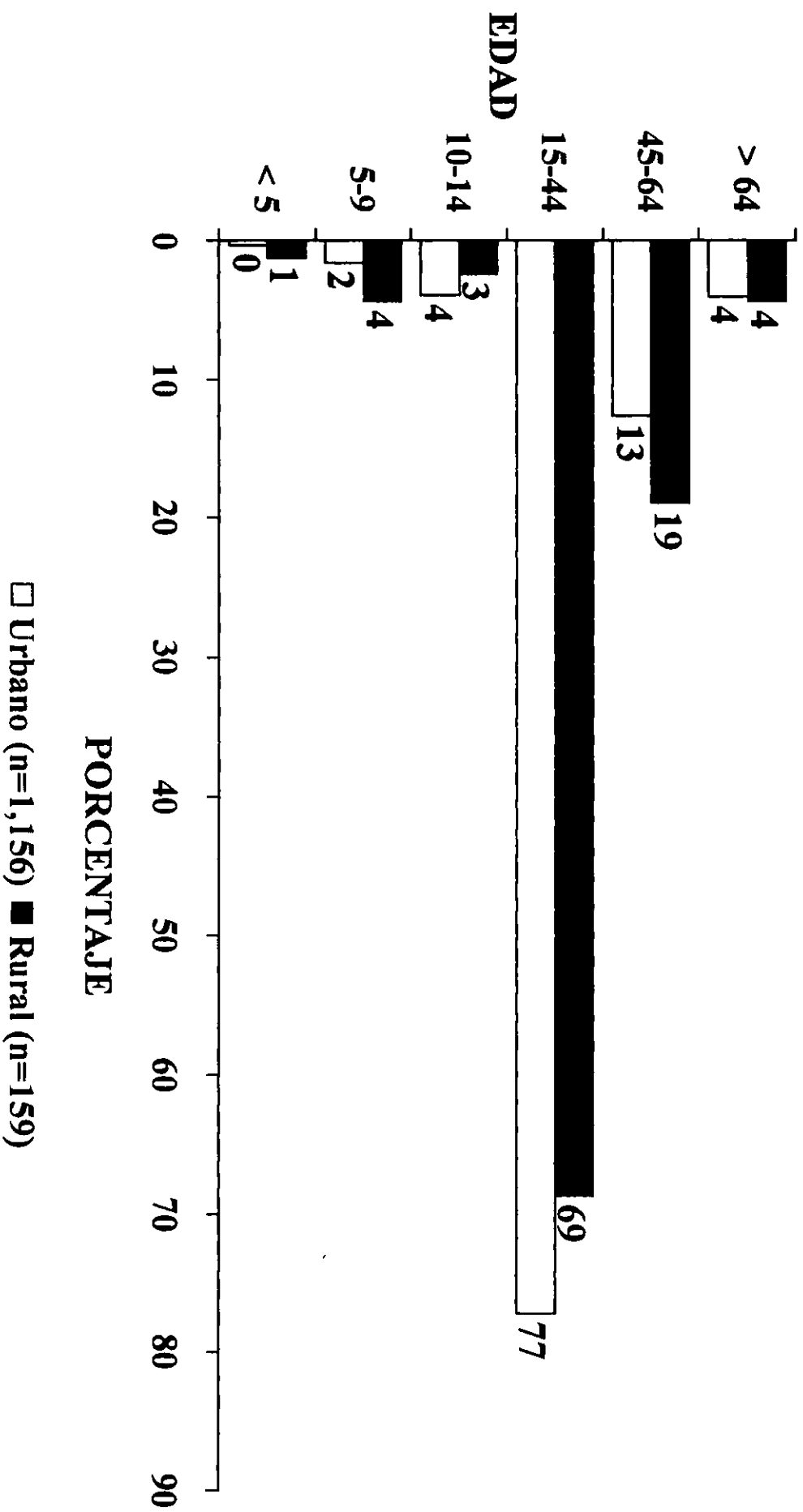


Fig. 4 Distribución de la violencia según delito y mes de ocurrencia. León. 1998.

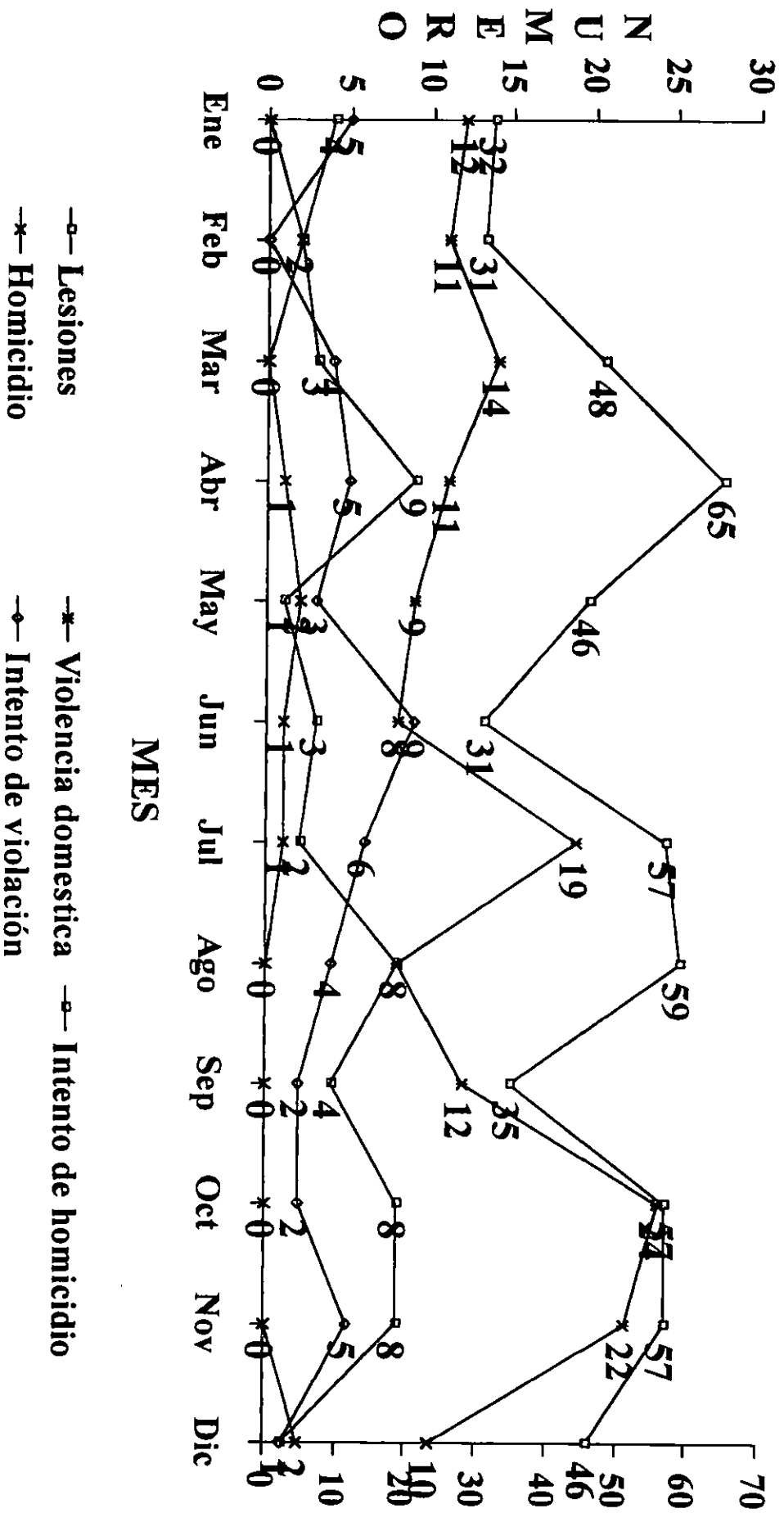


Fig. 5 Distribución de la violencia según intento de violación/homicidio y mes de ocurrencia. León. 1998.

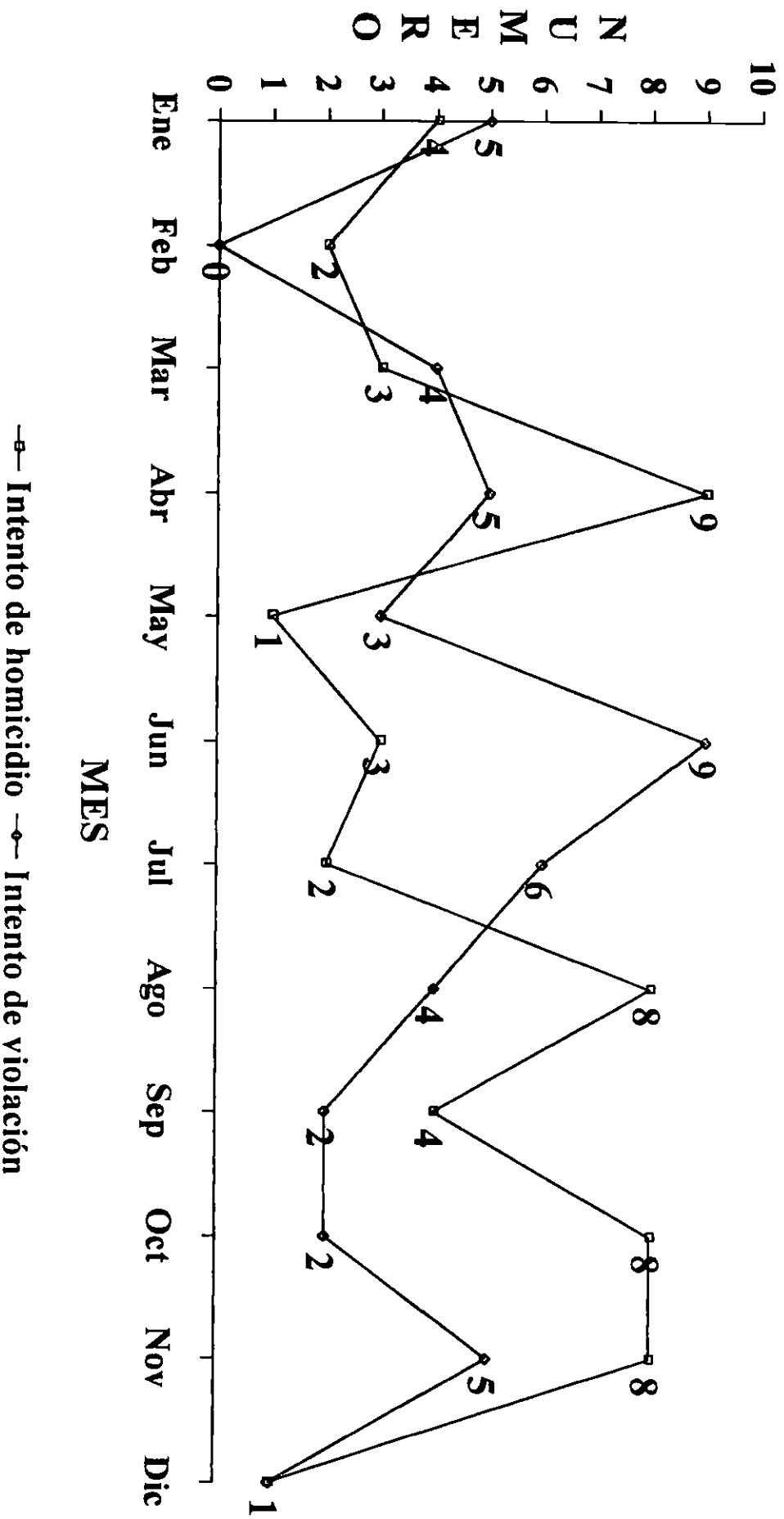
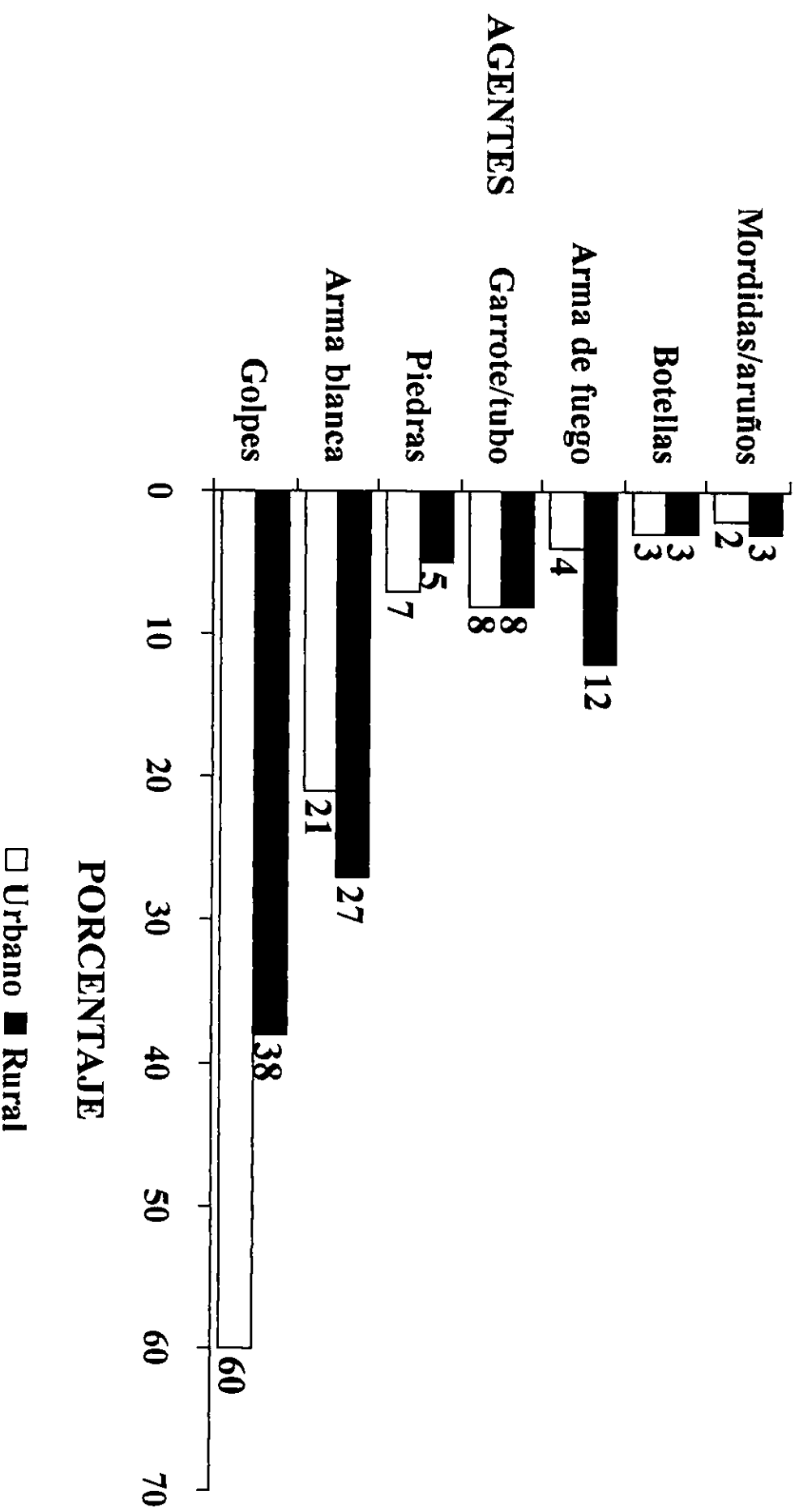


Fig. 6 Principales agentes utilizados durante la agresión. León. 1998.



Anexo: Instrumento de recolección datos (Ficha)

VIOLENCIA EN EL MUNICIPIO DE LEON, DURANTE 1998.

1. Identificador: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: _____
4. Fecha de ocurrencia: ____ / ____ / ____
5. Hora de ocurrencia: _____
6. Lugar de ocurrencia: _____
7. Causa externa: _____
8. Agresor: _____
9. Naturaleza de la lesión: _____
10. Uso de drogas: _____
11. Evolución del agredido: _____
12. Tipo de delito: _____
13. Tipo de arma: _____

