

Anexo 1: Métodos de investigación

En forma breve, se comentan a continuación otros tipos de estudios epidemiológicos que permiten evaluar intervenciones, profundizar la información o analizar datos obtenidos de SVE.

1. Encuestas. Buscan a través de preguntas cerradas o abiertas, completar una información determinada o describir una población determinada. Pueden llevar a la generación de hipótesis de causalidad.

2. Estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP). Generalmente intentan establecer qué tipo de pensamientos, actitudes y comportamientos tiene una población con el fin de poder evaluar las posibles barreras y ventajas de aplicar una medida o enseñar un comportamiento.

3. Estudios descriptivos. Pueden ser cuantitativos o cualitativos y frecuentemente llevan a la generación de hipótesis sobre un problema. Son un mecanismo excelente para hacer reportes de datos a partir de los SVE y dan información sobre las debilidades y fortalezas del SVE permitiendo una mejor evaluación. Sirven para describir la incidencia y prevalencia del problema de lesiones. Permiten comparaciones sencillas entre cifras de diferentes lugares o en diferentes tiempos. Dan una idea de la magnitud de un problema, establecen diferencias entre grupos de alto y bajo riesgo. Los costos son generalmente reducidos. Son importantes en las fases iniciales de desarrollo de un área de conocimiento.

4. Estudios transversales. Sirven para mostrar el estado de un problema determinado en un punto fijo en el tiempo. Se pueden utilizar como una medida para evaluar variaciones en la obtención de información por parte de un SVE. Tienen la limitante de no proporcionar datos sobre causalidad y temporalidad por enfocarse en un instante preciso. Sirve también para obtener una idea de la magnitud de un problema.

5. Estudios de casos y controles. Hacen parte de los denominados estudios de observación. Comparan dos grupos de población, uno con un diagnóstico definido (los casos) y el otro, sin ese diagnóstico (los controles), pero comparables en cuanto a otras características. Este tipo de estudio intenta correlacionar la ocurrencia un diagnóstico, con una exposición a uno o varios factores de riesgo previos. Es una metodología conveniente para eventos poco comunes, su costo es generalmente reducido, permite la evaluación de varias causas posibles (las exposiciones previas) y es importante en las fases iniciales de desarrollo del conocimiento. Son limitados en cuanto a que pueden incurrir en sesgos de información que lleven a conclusiones falsas, no pueden demostrar relaciones de causalidad y se ven afectados por inconsistencias en los sistemas de información.

6. Estudios de cohorte. En estos estudios se hace seguimiento de un grupo poblacional que ha estado expuesto a uno o varios factores de riesgo y se observa la diferencia de ocurrencia de ciertos eventos entre quienes estuvieron expuestos y quienes no lo estuvieron. Este diseño de estudio da una mejor idea de relaciones de causalidad entre una exposición a un factor de riesgo y un evento posterior. Son métodos apropiados para evaluar múltiples efectos de una exposición o factor de riesgo determinado. Son limitados en cuanto a costos y duración de tiempo entre la aparición de un factor de riesgo y la ocurrencia de un evento. Pueden incurrir en conclusiones sesgadas por pérdida paulatina de los participantes (la población en estudio) o por clasificaciones erróneas de los factores de riesgo.

7. Análisis de series de tiempo. Sirven para establecer la efectividad de medidas que afectan a grupos poblacionales teniendo en cuenta las variaciones naturales que puede haber en el tiempo. Son muy comunes en la evaluación de leyes en la población. Permiten una visión parcial de la relación causa efecto pero no pueden extrapolar los hallazgos de la población a individuos específicos.

8. Estudios cuasi-experimentales. Son estudios en los cuales los factores de riesgo y la posibilidad de estar expuestos a ellos, están un poco más controlados. Por ejemplo, una unidad de policía que solo trabaja en una zona específica de la ciudad y cuya labor principal es identificar individuos que conducen embriagados durante un tiempo determinado. La incorporación de la unidad de policía se controla en tiempo y espacio y los efectos en el número de accidentes por conductores embriagados se puede observar posteriormente. Proporcionan una mejor idea de causa-efecto, pueden ser aplicables en múltiples escenarios y por ende se pueden generalizar. Tienen como desventaja no aclarar completamente la relación causa efecto entre uno o varios factores de riesgo y un evento (por ejemplo lesiones) determinado.

9. Estudios aleatorios controlados. Son los mejores tipos de estudios para obtener relaciones de causa efecto, pues a través de técnicas estadísticas de agrupación aleatoria, permiten comparar grupos evitando otros posibles sesgos de información. Permiten una comparación más clara de individuos expuestos a uno o varios factores de riesgo con individuos no expuestos y su relación con un efecto determinado. Tienen como desventaja costos elevados y limitaciones de tiempo para establecer relaciones causales.

Anexo 2: Glosario de términos - Propuestas de definiciones

Acto sexual. Contacto entre el pene y la vulva o el ano, contacto entre la boca y el pene, la vulva o el ano; penetración manual, digital o por un objeto en la vulva o el ano⁵⁸.

Amenaza de violencia. El uso de palabras, gestos o armas que denote la intención de causar daño, lesión o muerte⁵⁸.

Asalto. Aplicación intencional de fuerza en contra de una persona, en forma directa o indirecta y sin el consentimiento del otro⁵⁹.

Caso. En epidemiología, una persona en la población o grupo de estudio identificado por tener una enfermedad o lesión o condición bajo investigación. Una variedad de criterios y fuentes de información pueden ser usados para definir un caso. La definición epidemiológica no necesariamente equivale a la definición médica o legal⁶⁰.

Contacto sexual abusivo. Contacto intencional táctil directo o a través del vestido en el área genital, inguinal, anal, glútea o en los senos, sin previo consentimiento de una persona, o si la persona no puede comunicar sus deseos, ya sea porque no entiende la naturaleza del acto, porque no puede expresar su deseo de no participar. (por enfermedad, inhabilidad, edad, influencia de alcohol o drogas o intimidación y presión)⁵⁸.

Denuncia. Aviso a la autoridad competente de una violación de la ley⁶¹.

Derechos humanos. La visión tradicional los limita a derechos cívicos y políticos incluidos el derecho a la vida, libertad, seguridad, a la no- discriminación por color, sexo, idioma, religión, clase social u opinión política. Incluye también derecho a voto, libertad de expresión y prensa, respeto de la privacidad, hogar o familia, derecho a ser juzgado justamente y bajo presunción de inocencia. Hoy se acepta el derecho a un adecuado bienestar y nivel de vida, derecho a la educación, a la equidad en salarios y el derecho de las minorías para preservar su cultura⁶².

Encuesta de victimización. Encuesta que busca describir las características de los crímenes, las víctimas y los victimarios, con relación a un evento violento y las tendencias que hay respecto a diferentes eventos violentos⁶³.

Epidemia. La ocurrencia de casos de una enfermedad o condición de salud en una comunidad en mayor proporción a la usualmente esperada durante un período específico y en un lugar definido⁶⁰.

Episodio violento. Un acto o serie de actos que se perciben como conectados entre sí y que pueden persistir por un periodo de minutos, horas o días. Un episodio violento puede involucrar uno o varios tipos de violencia (v.g. física, sexual, psicológica)⁵⁸.

Homicidio. Es el acto por el cual una persona mata a otra. Por lo común es ejecutado ilegítimamente y con violencia⁶⁴.

Incidencia. El número de casos nuevos que se presentan durante un período determinado en una población definida⁶⁰.

Inhabilidad. Debilitamiento que resulta en una restricción o incapacidad para ejecutar una actividad de una manera o dentro de un rango considerado como normal⁵⁸.

Lesión. Cualquier daño intencional o no intencional al cuerpo debido a exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química o debido a la ausencia de calor u oxígeno que lleve en un daño corporal o psíquico temporal o permanente y que puede ser o no fatal⁶⁵.

Maltrato o abuso infantil. Está constituido por toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en un daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder⁶⁶.

Móvil, motivo. Razón posible o establecida, por la cual se presentó el hecho violento¹⁵.

Muerte (o lesión) en accidente de tránsito o lesión no intencional. Se produce como consecuencia de una colisión o atropellamiento por un vehículo de transporte. Aún cuando pueden existir elementos agravantes como el consumo de alcohol u otras drogas, generalmente es sin intención¹⁵.

Patrón de violencia. La manera cómo se distribuye la violencia en el tiempo en términos de frecuencia, severidad o tipo de episodio⁵⁸.

Prevalencia. Número total de casos de una condición específica durante un período de tiempo en una población definida. Generalmente se refiere al número de casos en un punto determinado en el tiempo⁶⁰.

Suicidio. Acción y efecto de quitarse la vida o de autoeliminarse ⁶⁷.

Tolerancia. Respeto hacia las opiniones el pensamiento, las creencias, costumbres y acciones ajenas⁶¹.

Validez interna. El grupo de estudio y los de comparación se seleccionan y comparan de tal manera que las diferencias observadas entre ellos a nivel de las variables de estudio son (independientemente de errores de muestreo), debidas a la hipótesis en estudio.⁶⁰

Víctima. Toda persona que individual o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, económico, o sustancial desmejora de sus derechos fundamentales, debido a actos u omisiones que violan las leyes que operan en ese Estado⁶⁸.

Victimario. Toda persona que inflige o causa violencia y/o abusa una víctima⁵⁸.

Violación sexual, violencia sexual. Es todo acto sexual que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra persona a ejecutar contra su voluntad, o a que participe en interacciones sexuales que propicien su victimización y de la que el ofensor intenta obtener gratificación⁶⁹.

Violencia. Es la amenaza o uso intencional de fuerza, coerción o poder, bien sea físico, psicológico o sexual, contra otra persona, grupo o comunidad, o contra si mismo, y que produce, o tiene alta probabilidad de producir daño en la integridad física, psíquica, sexual, en la personalidad y aún en la libertad de movimiento de la víctima⁷⁰.

Violencia de género. Cualquier acto de fuerza verbal o física, o de privación que atente contra la vida, dirigido a personas de un sexo y que cause daño físico o psicológico, humillación o deprivación arbitraria de la libertad o que perpetúe la subordinación¹⁵.

Violencia física. El uso intencional de fuerza física con el potencial riesgo de causar muerte, inhabilidad, lesión o daño. Incluye, más no se limita a acciones como rasguñar, empujar, tirar, morder, ahorcar, pegar, quemar, usar un arma, amarrar. Incluye también la coerción de otro sujeto para cometer actos violentos⁵⁸.

Violencia psicológica o abuso emocional. Representa el trauma ocasionado a la víctima ya sea por actos o amenazas de actos de violencia o tácticas de coerción. Algunos comportamientos pueden no ser percibidos como abusivos por parte de las víctimas y por ende alguna medida de la percepción de la víctima se debe incorporar para determinar si hay o no violencia o abuso. Algunos ejemplos de tácticas de coerción o de abuso pueden ser: humillación de la víctima, ignorar los deseos de la víctima, aislamiento de la familia y amigos por parte del abusador, destrucción de propiedad o abuso de los recursos económicos de la víctima⁵⁸.

Referencias

1. Ordenes O, Vanolli H, (eds). Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud. Memorias de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. Washington: OPS/OMS; 1995.
2. Espitia VE, Guerrero R, Concha A, Sanchez C & Cárdenas V. *Patterns of homicide in Cali, Colombia, 1993-1994*. MMWR 1995;86(4):734-7.
3. Fundación Mexicana para la Salud, Salud. CdEy. Análisis de la magnitud y costos de la violencia en la Ciudad de México. Ciudad de México, D. F.: Banco Interamericano de Desarrollo; 1998.
4. Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Li G. *The Injury Fact Book*. Second ed. New York: Oxford University Press; 1992.
5. Kellermann AL, Fuqua-Whitley DS, Rivara FP, Mercy J. *Preventing youth violence: What works?* Annu Rev Public Health 1998;19:271-92.
6. Moser C. *Violence in Colombia: building sustainable peace and social capital*. Washington DC: The World Bank; 1998.
7. Bandura A. *Social learning theory of aggression*. J Commun 1978;28(3):12-29.
8. Koop C. *Presentation. Injury prevention: meeting the challenge*. A report of the National Committee for injury prevention and control. New York: Oxford University Press; 1989.
9. OPS/PAHO. *La salud en las Americas*. Edición de 1998. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
10. Mercy J, Rosemberg M, Powel K, Broome C, Roper W. *Public health policy for preventing violence*. Health Affairs 1993;12(4):8-9.
11. Restrepo H. *Propuestas de acción para la reducción de los factores de riesgo de accidentes y violencia*. Documento presentado en el Seminario Latinoamericano de Urgencias en Salud, 1993; Medellín, Colombia.
12. Guerrero R. *Epidemiología de la violencia, El caso de Cali, Colombia*. En: Hacia un enfoque integrado del desarrollo. Documento presentado en el Encuentro de reflexión, 1996; Washington, DC.
13. Franco S. *Violence and health in Colombia*. Rev. Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health 1997;2(3):170-80.
14. Franco S. *El Quinto: No Matar*. Contextos explicativos de la violencia en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1999.
15. Concha-Eastman A, Guerrero R. *Vigilancia Epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1999;5(4-5):322-31.
16. Szwarcwald CL, de Castilho EA. *[Mortality by firearms in the state of Rio de Janeiro, Brazil: a spatial analysis]*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1998;4(3):161-70.
17. American Medical Association, editor. *Violence*. Chicago, IL: American Medical Association; 1992.
18. Kellermann AL, Mercy JA. *Men, Women and Murder: Gender-Specific Differences in Rates of Fatal Violence and Victimization*. J Trauma 1992;33:1-5.
19. Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Health Statistics. *Health United States 1996-1997 and Injury Chartbook*. DHHS Publication No. PHS 97-1232 ed. Hyattsville, MA: U.S. Department of Health and Human Services; 1997.
20. Mercy J, ML. R. *Preventing Firearm Violence in and around schools*. In: Elliot D, Hambury B, Williams K, editors. *Violence in american schools*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1998. p. 159-87.
21. Mock CN, Adzotor E, Denno D, Conklin E, Rivara F. *Admissions for injury at a rural hospital in Ghana: implications for prevention in the developing world*. Am J Public Health 1995;85(7):927-31.
22. Kellermann AL, Bartolomeos KK. *Firearm injury surveillance at the local level from data to action*. Am J Prev Med 1998;15(3 Suppl):109-12.
23. Rivara FP, Stapleton FB. *Handguns and children: a dangerous mix*. J Dev Behav Pediatr 1982;3(1):35-8.
24. Rivara FP, Wolf ME. *Injury research: where should we go from here?* Pediatrics 1989;84(1):180-1.
25. Rivara FP. *Injury control: issues and methods for the 1990s*. Pediatr Ann 1992;21(7):411-3.
26. Ayres R. *Crime and violence as development issue in Latin America and the Caribbean*. Paper presented at: The World Bank Conference on Urban Crime and Violence, 1997; Rio de Janeiro, Brazil.
27. Orpinas P. *Who is violent? factors associated with aggressive behaviors in Latin America and Spain*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1999;5(4-5):232-44.
28. Perry D, Perry LC, Rasmussen P. *Cognitive social learning mediators of aggression*. Child Dev 1986;57(3):700-11.
29. Inciardi J, Surratt H. *Children in the streets of Brazil: drug use, crime, violence and HIV risks*. Subst Use Misuse 1998;33(7):14-61-1480.

30. OPS/PAHO. Las condiciones de salud en las Americas. Primera ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1994.
31. Weaver K, Maddaleno M. *Youth violence in Latin America: current situation and violence prevention strategies*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1999;5(4-5):338-43.
32. Olds DL, Henderson CR, Jr., Chamberlin R, Tatelbaum R. *Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation*. Pediatrics 1986;78(1):65-78.
33. Barss P, Smith G, Baker S, Mohan D. *Injury Prevention: An international perspective*. First Ed. ed. New York: Oxford University Press; 1998.
34. Centro de Investigaciones en Salud y Violencia (CISALVA). *Dimensionamiento de la violencia en Colombia*. Cali, Colombia: Banco Interamericano de Desarrollo; 1998.
35. Dirección Nacional de Política Criminal. *Homicidios dolosos en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia; 1998.
36. Espitia V, Velasco P. *Atlas de las muertes violentas en Cali. 1993-1997*. Cali: Desepaz; 1998.
37. Sanjuán AM. *Juventude e violência em Caracas paradoxos de um processo de perda de cidadania*. São Paulo sem medo. Rio de Janeiro: Garamond Ltda.; 1998. p. 155-71.
38. P. de Mello Jorge MH. *Adolescentes e jovens como vítimas da violência fatal em São Paulo*. São Paulo sem medo. Rio de Janeiro: Garamond Ltda.; 1998. p. 97-120.
39. Tercero de Madrid D, Chiessa de Deras R, Pineda de Ochoa LM, Azcona O, Caballero L. *Características de la violencia en pacientes atendidos en el hospital Mario Catarino Rivas. San Pedro Sula, Honduras*. Organización Panamericana de la Salud/Secretaría de Salud, Región de Salud # 3.; 1999.
40. Cruz J, González LA, Romano LE, Sisti E. *La violencia en El Salvador en los años noventa. Magnitud, costos y factores posibilitadores*. San Salvador, El Salvador: Banco Interamericano de Desarrollo; 1998.
41. Teutsch SM, Thacker SB. *Planning a public health surveillance system*. Epidemiol Bull 1995;16(1):1-6.
42. Brachman P. Surveillance. In: Evans A, Brachman P, editors. *Bacterial Infections of Humans, Epidemiology and Control*. 2nd ed. ed: Plenum Medical; 1991. p. 59-72.
43. Christoffel T, Scavo Gallagher S. *Injury Surveillance: A 10-Step Plan*. *Injury Prevention and Public Health*. First edition ed. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1999. p. 267-301.
44. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - C.R.N.V. *Reporte del Comportamiento de las Lesiones Fatales y No Fatales en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 1995.
45. Alexander BH, Rivara FP, Wolf ME. *The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults*. Am J Public Health 1992;82(7):1020-3.
46. Bernstein E, Pathak D, Rutledge L, Demarest G. *New Mexico safety restraint law: changing patterns of motor vehicle injury, severity, and cost*. Am J Emerg Med 1989;7(3):271-7.
47. Jaffe KM, Massagli TL, Martin KM, Rivara JB, Fay GC, Polissar NL. *Pediatric traumatic brain injury: acute and rehabilitation costs*. Arch Phys Med Rehabil 1993;74(7):681-6.
48. Muelleman RL, Mlinek EJ, Collicott PE. *Motorcycle Crash Injuries and Costs: Effect of a Reenacted Comprehensive Helmet Use Law*. Ann Emerg Med 1992;21:266-72.
49. Thompson RS, Thompson DC, Rivara FP, Salazar AA. *Cost-effectiveness analysis of bicycle helmet subsidies in a defined population*. Pediatrics 1993;91(5):902-7.
50. Centers for Disease Control and Prevention - CDC *Guidelines for Evaluating Surveillance Systems*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep (Supplement) 1988;37(S-5):1-18.
51. Centers for Disease Control and Prevention - CDC *Recommended Framework for Presenting Injury Mortality Data*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep (Recommendations and Reports) 1997;46(RR-14):i - iv, 1-33.
52. Programa DESEPAZ. *Consejería para el desarrollo la seguridad y la paz*. Cali: Alcaldía Municipal de Santiago de Cali; 1995.
53. Espitia VE. *Focalización de la Violencia Homicida en Cali*. Cali: DESEPAZ; 1995.
54. Espitia VE. *Características de los Homicidios a Mujeres*. Cali, Colombia: DESEPAZ; 1993-1994.
55. Villaveces A, Cummings P, Espitia VE, Koepsell TD, McKnight B, Kellermann AL. *Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities*. Jama 2000;283(9):1205-9.

56. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - C.R.N.V. Comportamiento de lesiones de causa externa, Colombia. Santafé de Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 1997.
57. Szwarcwald CL, Bastos FI, Viacava F, de Andrade CL. *Income inequality and homicide rates in Rio de Janeiro, Brazil*. Am J Public Health 1999;89(6):845-50.
58. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. *Intimate partner violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control; 1999. p. 127.
59. Emanuel Law Outline. *Torts. Capsule Summary*. Emanuel Publishing Corporation; 1998.
60. Last J. *A dictionary of epidemiology*. Third edition ed. New York: Oxford University Press; 1995.
61. Biblograf SA. *Diccionario Vox*. First ed: BIBLOGRAF S.A; 2000.
62. United Nations Development Programme. *Integrating human rights with sustainable human development: UNDP*; 1998.
63. Bureau of Justice Statistics. National Crime Victimization Survey. *Redesign: Questions and Answers*. U.S. Department of Justice. Bureau of Justice Statistics; 1998.
64. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. XVII Edición ed. Madrid: Espasa Calpe; 1999.
65. National Injury Committee for Injury Prevention and Control. Injury Prevention. *Meeting the Challenge*. First ed. New York: Oxford University Press; 1989.
66. World Health Organization. *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: World Health Organization; 1999.
67. Lectric Law Library's Lexicon. *Suicide definition*. Lectric Law Library; 1999.
68. United Nations. *Victims' assistance handbook*. New York: United Nations; 1998.
69. Shrader E, Sagot M. *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*. Washington D.C.: OPS/OMS; 1998.
70. Rosemberg ML, Mercy J. *Violence in America, a public health approach*. New York: Oxford University Press; 1991



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
DIVISION DE CONTROL Y PREVENCION DE ENFERMEDADES
PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES