

LAS LESIONES INTENCIONALES COMO CAUSA DE DEMANDA DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Marta Cecilia Híjar *, Rafael Lozano **, Rosario Valdez *, Julia Blanco*

SUMMARY

Introduction: Mexico City enters this century as one of the most populated cities in the world, where difficulties in living together multiply and become deeper, and living conditions have greatly deteriorated. Also, poverty has become more severe and this creates an environment where different expressions of violence propagate.

From the health perspective, the topic of violence as a public health problem is relatively recent and has led some international organizations to call attention to the social and economic cost and to the overload which injuries caused by violence are producing in the already saturated health systems.

Objective: To identify the causes for the demand of attention at the emergency health care of public hospitals in Mexico City due to intentional injuries produced by different types of violent acts.

Methods: A cross-sectional design was used, where the observational and analytical units were those individuals who due to intentional injuries demanded medical care at the hospital emergency services located in different areas of Mexico City.

Information was obtained through a questionnaire applied to individuals who had been intentionally injured, and collected by previously trained interviewers who covered the 24 hours of the day during the study period. The studied variables of the injured individuals were: age, sex, scholastic level, activity, alcohol intake before the event, pre-hospital care, type of injury and external cause, categorized according to the International Diseases Classification, as well as to the injury severity.

With respect to perpetrators, we were only able to obtain information on the relationship between the perpetrator and the injured, and the motivations. Based on this information, we categorized the type of violence as follows: a) Assault or robbery: when the injury was caused by strangers with the intention of stealing independently of the site of the event; b) Interpersonal violence: when the injury was caused by strangers or individuals known by the injured, at sites outside

the home; c) Domestic violence: when the injury was inflicted by spouses or relatives, independently of the site and the level of kinship; d) Self-inflicted injuries: suicides and suicidal attempts were included in this category.

We carried out a descriptive analysis of data through calculations of simple frequencies for each one of the variables. Later on, through the statistical chi square, the proportional differences between the variables included in the study were figured according to the type of violence. We used the Stata 5 statistical package.

Results: The total number of the studied cases was 598, distributed as follows: 46% due to interpersonal violence, followed by assaultive injuries, which amounted to 28.6% of the total sample. In both types of violence, males were significantly more affected ($p < 0.0001$), as well as young people between ages 15 and 24. The public thoroughfare was the most frequent site of events. Domestic violence reached 19.6% of the total sample. Females between ages 25 and 34 were significantly more affected ($p < 0.0001$), their sexual partner was the perpetrator and the home was the site of the event in most cases. It is important to mention that this was the most frequent type of violence in all females of the sample, and the cause of the injury in 67% of all treated cases in this group, while in men, this was the cause in only 7.6% of the cases. Self-inflicted injuries reached a lesser percentage, with only 28 cases similarly distributed among men and women; the home was the main site of the event.

Self-inflicted injuries in women were due to the use of some kind of medicament, while in half of the men cutting or piercing instruments were involved, and in the other half, poisonous substances. The type of violence which caused the greatest number of severe cases were intentional injuries in a fight, firearms, or cutting or piercing instruments. It is important to mention that in the self-inflicted injuries the external cause which provoke the greatest number of severe cases was poisoning by solid or liquid substances since 64% of the total number of cases recorded in this category required hospitalization or died.

*Profesora Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública. Avenida Universidad 655. Col Sta María Ahuacatlán. 62508. Cuernavaca, Morelos. México. E-mail: mhijar@correo.insp.mx

** Director de Información y Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud.

Recibido primera versión: 11 de abril de 2001. Segunda versión: 28 de noviembre de 2001. Aceptado: 10 de octubre de 2001.

Conclusions: The categorization of different types of violence proposed in this work allows gaining insight into the weight of each type of violence requiring emergency hospital services, as well as of its impact on the severity, need of hospital care and cause of death in those who were injured and managed to reach a medical facility.

Generally, we observed that in cases of interpersonal violence and assaultive injuries, the perpetrators were mostly men and, at the same time, they were also more likely to be victims, especially among youngsters.

In spite of the fact that this study found that injuries caused by domestic violence are a less frequent reason for the demand of hospital services than injuries caused by other types of violence, it is important to keep in mind that probably the cases included in the study correspond to those perceived as being the most serious, and that it is easier to report an act caused by a stranger or an acquaintance than one perpetrated by a relative, above all if he is a spouse or sexual partner.

The complexity of the studied problem requires a clear definition of the type of cause on which one wishes to have an effect, as well as of the target population. We believe this study provides two analytical levels: on the one hand, the level closest to the violent event which is the cause of the injury (fight, robbery, etc.), and on the other hand, the method used to cause the injury (blows, firearm, etc.). Both levels may be analyzed based on the characteristics of the injured and the perpetrator.

Contributions and limitations: This study only includes the population demanding medical care at public hospitals in Mexico City and it portrays a type of violence which is fundamentally urban. This defines the specific population groups and the context where the demand for care due to intentional injuries is probably different from what is found at private hospitals or in rural settings. In spite of the fact that this limits the possibility of defining a model to explain the problem from an epidemiological point of view, this study provides valuable information on the motives for the aggression and the relationship between the injured and the perpetrators, on which there are no previously published studies in our country.

Key words: Intentional injuries, emergency room, violence.

RESUMEN

Introducción: La ciudad de México ingresa a este siglo como una de la más pobladas del mundo, donde las dificultades ya existentes para la convivencia se multiplican y se profundizan, y las condiciones de vida muestran un deterioro insólito. Además se ha agravado la pobreza, lo que genera un ambiente propicio para la propagación de diferentes expresiones de violencia. Desde la perspectiva de la salud, el tema de la violencia como problema de salud pública es relativamente reciente(12) y ha provocado que algunos organismos internacionales llamen la atención sobre el costo social y económico y sobre la sobrecarga que producen en los ya saturados sistemas de salud las lesiones producidas por ella.

Objetivo: identificar las causas de la demanda de atención a los servicios hospitalarios de urgencia de la Ciudad de México, ocasionadas por lesiones intencionales debidas a distintos tipos de hechos violentos.

Métodos: Se utilizó un diseño transversal en el que la unidad

de observación y análisis fueron las personas que debido a lesiones intencionales demandaron atención a los servicios hospitalarios de urgencia ubicados en diversas zonas de la Ciudad de México. La información se obtuvo por medio de un cuestionario aplicado a las personas lesionadas y fue recabada por encuestadores previamente capacitados que cubrieron las 24 horas del día durante el periodo en estudio. Las variables que se estudiaron en el lesionado fueron: edad, sexo, escolaridad, actividad, ingesta de alcohol antes de sufrir la lesión, medio utilizado para llegar al hospital, atención prehospitalaria, tipo de lesión, y causa externa, categorizadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades(17) así como con su gravedad. El agresor sólo proporcionó información sobre la relación entre el agredido y el agresor, y sobre los motivos de la agresión. A partir de ésta última información se categorizó el tipo de violencia de la forma siguiente :A) ASALTO O ROBO: cuando la lesión fue provocada por desconocidos, independientemente del sitio en el que haya ocurrido. B) RIÑA O AGRESION: Cuando la lesión fue provocada por conocidos o extraños en algún sitio fuera del hogar. C) INTRAFAMILIAR: Cuando la lesión fue provocada en cualquier sitio por los cónyuges o familiares, independientemente del nivel de parentesco. D) LESIONES AUTOINFLIGIDAS: se incluyeron en esta categoría los suicidios y los intentos de suicidio. Se hizo un análisis de tipo descriptivo de los datos mediante el cálculo de frecuencias simples para cada una de las variables. Posteriormente, mediante el estadístico chi cuadrado, se calcularon las diferencias de las proporciones entre las variables incluidas en el estudio según el tipo de violencia. Se utilizó el paquete estadístico Stata 5.

Resultados: El total de los casos estudiados fue de 598, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 46.0% se debieron a riñas o agresiones, seguidas de las lesiones provocadas por asalto o robo, las cuales constituyeron 28.6% del total de la muestra. En ambos tipos de violencia, el sexo masculino fue significativamente el más afectado ($p < 0.0001$), así como los jóvenes de 15 a 24 años; la vía pública fue el sitio en el que ocurrieron más frecuentemente. La violencia intrafamiliar representó 19.6% del total de la muestra; en este caso, el sexo femenino fue significativamente el más afectado ($p < 0.0001$) en las edades comprendidas entre los 25 y los 34 años; la pareja fue el agresor y el hogar fue el sitio en el que ocurrió la mayoría de los casos. Es importante mencionar que en toda la muestra de mujeres, este tipo de violencia fue el más frecuente, siendo la causa de 67% de las lesiones atendidas en este grupo, mientras que en los hombres sólo ocurrió en 7.6% de los casos. Las lesiones provocadas por intentos de suicidio constituyeron el menor porcentaje, con sólo 28 casos distribuidos de manera similar entre hombres y mujeres; el hogar fue el sitio en el que más ocurrieron. El haber sido objeto de violencia intrafamiliar fue la causa de que las mujeres intentaran suicidarse con algún tipo de medicamento, mientras que la mitad de los hombres utilizó instrumentos cortantes y punzantes, y la otra mitad alguna sustancia venenosa. Este fue el tipo de violencia que provocó el mayor número de casos graves, ya que 64% de los casos registrados en esta categoría requirieron de hospitalización o fallecieron por envenenamiento con sustancias sólidas o líquidas.

Conclusiones: La categorización de los diversos tipos de violencia propuestos en este trabajo permite determinar el peso que tiene cada tipo de violencia como causa de demanda a los servicios hospitalarios de urgencia, así como la manera en la que influye en la gravedad, en las necesidades de atención hospitalaria.

ria y en la muerte de los lesionados que logran llegar a una unidad médica para recibir atención.

En general, se observó que la violencia catalogada como riña o asalto la ejerce principalmente el hombre y es él mismo quien, a su vez, está más expuesto a ser la víctima, en especial los jóvenes.

A pesar de que en el presente estudio se encontró que las lesiones provocadas por la violencia familiar son menos frecuentes como causa de demanda que las producidas por otro tipo de violencia, es probable que los casos aquí incluidos correspondan sólo a los que son percibidos como más graves, ya que es más fácil denunciar un hecho provocado por un desconocido o conocido, que uno provocado por un familiar, sobre todo si éste es la pareja.

La complejidad del problema estudiado requiere de una definición clara tanto de la causa sobre la que se quiere incidir, como de la población blanco. El presente estudio proporciona dos niveles de análisis: por un lado, el nivel próximo al hecho violento motivo de la lesión (riña, robo, etc.), y por el otro, el método empleado (golpes, arma de fuego etc). Ambos niveles deben ser analizados tomando en cuenta las características del agredido y algunas del agresor.

Aportes y limitaciones: En este estudio se incluye solamente a la población que acudió en demanda de atención a los hospitales públicos de la Ciudad de México, D.F. y se ocupa fundamentalmente, de la violencia urbana. Lo anterior define a los grupos específicos de población y el contexto en el que probablemente, es diferente la demanda por lesiones intencionales, de la que se presenta en los hospitales privados o en las áreas rurales. Pese a que ésto limita la posibilidad de llegar a definir un modelo explicativo del problema desde el punto de vista epidemiológico, aporta valiosa información sobre los motivos de la agresión y la relación entre agredidos y agresores, de la cual no hay estudios publicados en nuestro país.

Palabras clave: Lesiones intencionales, servicios de urgencia hospitalarios, violencia.

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo pasado, la ciudad de México comenzó a insertarse en el proceso de modernización, por lo que la criminalidad no representaba, ni para la sociedad ni para el gobierno, un tema preocupante; ni siquiera llamaba la atención, salvo para los especialistas en el tema(25).

A finales del siglo y como resultado del incontrolable crecimiento de la ciudad y la abierta conurbación con el valle de México, aunado a un proceso acelerado de modernización que impactó sobre todo a la planta productiva, se empezaron a observar cambios sociales que mostraban que la convivencia tendía a ser cada día más difícil, y la falta de vivienda, empleo y servicios públicos creció rápidamente. En esa época la actividad económica y financiera del país se vio sometida a una gran contracción y a elevados índices de inflación.

Este es el panorama en el que la ciudad ingresa a este siglo como una de las más pobladas del mundo, en la que las ya existentes dificultades de convivencia se multiplican y profundizan, y las condiciones de vida muestran un deterioro insólito, con agravamiento de la pobreza, lo cual genera un ambiente propicio para la propagación de diferentes expresiones de violencia.

Aunque el tema de la violencia ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente (14). La violencia no sólo produce directamente lesiones y defunciones, sino que es innegable su influencia en el deterioro del entramado de las relaciones sociales, de la solidaridad y de la cooperación que hoy se suele denominar "capital social"(22). La violencia tiene un impacto decisivo en las condiciones de vida de las personas, pues atenta contra su integridad física y emocional y contra su supervivencia (9,29); menoscaba su calidad de vida y, a la larga, erosiona las redes básicas de interacción social que sustentan el desarrollo de una comunidad(17). Aparte de los que mueren por lesiones debidas a hechos violentos, la morbilidad por causa de la violencia afecta a los sistemas de salud de cualquier sociedad, no sólo debido a la demanda de atención por los traumatismos ocasionados por la agresión, que suele ser lo más frecuente, sino a que también afecta otras áreas fundamentales para alcanzar la salud: la rehabilitación física, la atención psicológica, la recuperación de las capacidades productivas y la adaptación a las nuevas limitaciones orgánicas(6), repercutiendo de manera significativa en la organización, funcionamiento y costo de los servicios.

Los servicios de urgencias hospitalarias son el primer sitio a donde acuden las víctimas cuando las lesiones se consideran como graves. Estos servicios requieren de una gran cantidad de suministros que, en algunas ocasiones, exceden la planificación regular de los hospitales; y el uso de los quirófanos por urgencias retrasa la planificación de las intervenciones quirúrgicas programadas en los distintos servicios. Algunos organismos internacionales han llamado la atención sobre el costo social y económico, y la sobrecarga que producen en los ya saturados sistemas de salud las lesiones producidas por violencia, por lo que ésta constituye una prioridad de la salud pública(2).

El objetivo del presente trabajo fue identificar las causas de la demanda de atención en los servicios de urgencias hospitalarias en la Ciudad de México, ocasionadas por lesiones intencionales debidas a distintos tipos de violencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó un diseño transversal. La unidad de observación y análisis fueron las personas que demandaron atención por haber recibido lesiones intencionales, en los servicios de urgencias hospitalarias de las unidades médicas del GDF, ubicadas en las delegaciones Gustavo A. Madero (La Villa), Venustiano Carranza (Balbuena), Iztapalapa y Coyoacán (Xoco), durante el periodo enero a marzo de 1998. Dichas unidades fueron seleccionadas por ser las que reciben el volumen más importante de lesionados, tanto accidentales como intencionales, en la Ciudad de México.

Se definieron las variables de interés tanto para el lesionado como para el agresor. En el caso del lesionado fueron: edad, sexo, la ingesta de alcohol antes de la agresión, el medio utilizado para llegar al hospital, la atención prehospitolaria, el tipo de lesión según la Clasificación Internacional de Enfermedades(20), y la gravedad (se definieron como leves las lesiones que permitieron que los lesionados, una vez atendidos en el servicio de urgencias, fueron dados de alta; y como graves aquellas que obligaron a los lesionados a permanecer hospitalizados, o que causaron el fallecimiento de la víctima). En relación con el evento se consideró: la fecha, la hora, el lugar en el que ocurrió y la causa externa; ésta se definió por la descripción de la forma en que recibió la lesión. Posteriormente se le asignó el código correspondiente de acuerdo con lo que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades(20). Las variables relacionadas con el agresor fueron: ingesta de alcohol previa a la agresión y su parentesco con el lesionado.

A partir de la relación entre el agredido y el agresor, y del motivo de la agresión, se categorizó el tipo de violencia, de la forma siguiente:

Asalto o robo: Se consideró como tal el uso de la fuerza física por una o más personas desconocidas contra otra, con la intención de robarlo, produciéndole daño físico o la muerte, independientemente del lugar en el que haya ocurrido.

Riña o agresión: Se considera como el uso de la fuerza física por una o más personas conocidas o desconocidas contra otra, sin la intención de robarlo, sino sólo con el fin de provocarle un daño físico o la muerte, independientemente del lugar en el que ocurra.

Intrafamiliar: Es el uso de la fuerza física por una o más personas, contra otra, con la intención de provocarle un daño físico o la muerte. Se puede tratar del cónyuge o de algunos familiares, inde-

pendientemente del lugar en el que ocurra y del nivel de parentesco.

Lesiones autoinfligidas: Se incluyeron en esta categoría el suicidio y los intentos de suicidio.

Ante la imposibilidad de incluir todos los casos, se determinó un tamaño de muestra que asegurara que por lo menos la tercera parte de las lesiones atendidas en los servicios de urgencias de los hospitales seleccionados correspondiera a lesiones intencionales. Lo anterior dio como resultado una muestra de 1,500 casos, los cuales se le distribuyeron de manera proporcional a las unidades participantes. Este porcentaje se obtuvo con base en el peso de la demanda de atención por lesiones a cada hospital, en relación con el total de la demanda a los servicios, distribuyéndose de la forma siguiente: La Villa, 300 casos; Iztapalapa, 350 casos; Balbuena, 400 casos y Xoco, 450 casos.

Los casos se seleccionaron mediante muestreo sistemático de manera que se pudiera cubrir el tamaño definido de la muestra para cada unidad en el tiempo programado; se consideró que sería suficiente un mes, ya que los resultados de las investigaciones realizadas con anterioridad en este tipo de servicios demuestran que la demanda no varía de uno a otro mes (11).

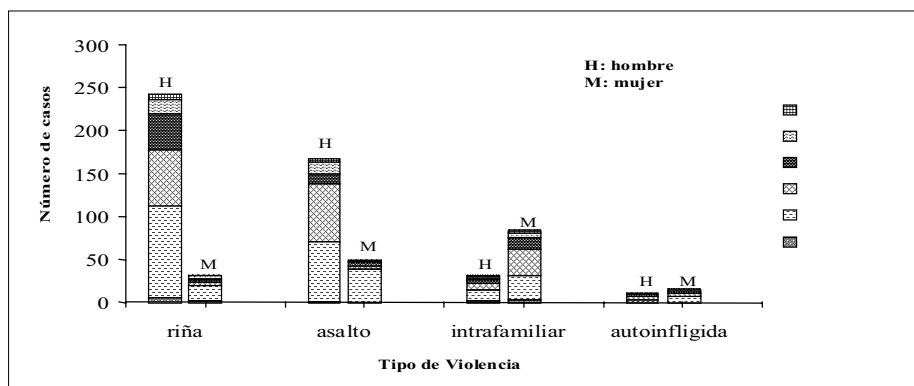
La información se obtuvo de un cuestionario validado por medio de una prueba piloto, el cual fue aplicado por médicos residentes previamente capacitados y calibrados. El informante fue preferentemente el lesionado, pero en los casos en que esto no era posible, se entrevistó a un acompañante o a algún testigo. En los casos fatales los datos individuales se recogieron en el Servicio de Patología de la Unidad Médica.

Se hizo un análisis de tipo descriptivo de los datos mediante el cálculo de frecuencias simples para cada una de las variables. Posteriormente, mediante el uso de chi cuadrada, se calcularon las diferencias de las proporciones entre las variables incluidas en el estudio, según el tipo de violencia. Se utilizó el paquete estadístico Stata 5.

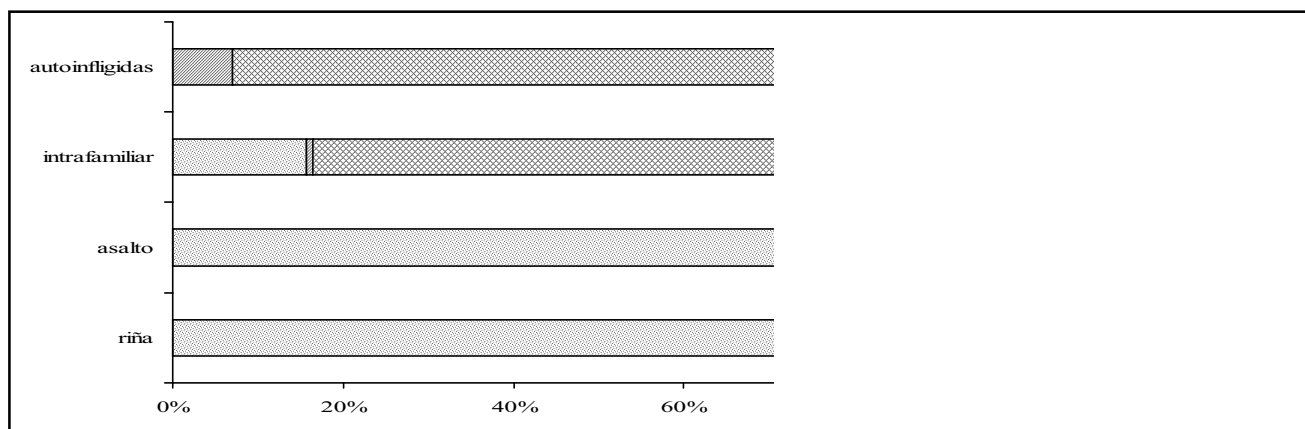
RESULTADOS

El total de casos estudiados fue de 598 personas que presentaron lesiones intencionalmente infligidas, ya fuera por ellos mismos o por otras personas. Se distribuyeron por unidad hospitalaria de la forma siguiente: Hospital La Villa, ubicado en la zona norte de la ciudad, 130 casos (22%); Hospital Balbuena, en la zona oriente, 126 casos (21%); Hospital Iztapalapa, en la zona poniente, 91 casos (15%) y Hospital Xoco, en la zona sur, con 251 casos (42%). Del total de casos es-

GRÁFICA 1
Distribución de casos por edad y sexo según el tipo de violencia



GRÁFICA 2
Distribución de casos según el lugar de ocurrencia y de acuerdo con el tipo de agresión



tudiados, 144 correspondieron a mujeres(24%) y 454 a hombres(76%).

La distribución de casos por edad y sexo para cada uno de los tipos de violencia se muestran en la gráfica 1. Del total de casos, la más frecuente fue la riña (46%); seguida por el robo o el asalto, la violencia intrafamiliar y, por último, las lesiones autoinfligidas (5% de los casos). Hubo diferencias considerables en la distribución por sexo según el tipo de violencia, de manera que en las dos primeras categorías, la mayor parte de los casos correspondieron al sexo masculino, mientras que en la violencia intrafamiliar y en las lesiones autoinfligidas, las mujeres fueron las más afectadas. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.000$).

En cuanto a la distribución por edad, el grupo más afectado de ambos sexos fue el de 15 a 24 años; observando que sólo en el caso de la violencia intrafamiliar, las mujeres tenían de 25 a 34 años, y fue en la que se presentaron más casos (gráfica 1).

Respecto al lugar en que ocurrieron los hechos, hay una relación directa entre esta variable y el

tipo de violencia. La vía pública fue el principal escenario de los casos de riña y robo o asalto, mientras que la mayor parte de los casos de violencia intrafamiliar y lesiones autoinfligidas, tuvieron como escenario el hogar (gráfica 2).

La gravedad de la lesión varió según el tipo de violencia: las lesiones más graves correspondieron a las autoinfligidas (64%), seguidas por las que fueron producto de robo o asalto (22%) (cuadro 1).

La distribución de las causas externas, fue diferencial según el tipo de violencia. El uso de algún tipo de arma, ya sea punzocortante o de fuego, fue más frecuente en los casos de riña o robo o asalto, mientras que los golpes fueron más frecuentes en la violencia intrafamiliar. En general, el uso de armas fue más frecuente cuando se trató de las víctimas del sexo masculino. No se observaron diferencias en cuanto a la causa externa dependiente de la edad.

En cuanto al consumo de alcohol antes de los hechos, no hubo diferencias significativas según el tipo de violencia (cuadro 1); sin embargo, cabe mencionar que en todos los tipos de violencia, los hombres

CUADRO 1
Distribución de las variables de interés según el tipo de violencia

Variables	Riña o agresión		Asalto		Intrafamiliar		Autoinfligida		p
	número	%	número	%	número	%	número	%	
Graves:	50	18.24	38	22.22	8	6.84	18	64.28	0.000
Fallecidos	4	1.46	0	0.00	3	2.56	3	10.71	
Hospitalizados	46	16.79	38	22.22	5	4.27	15	53.57	
Causa externa:									0.000
Golpes	150	54.74	74	43.27	93	79.48	0	0.00	
Armas de fuego	33	12.04	27	15.78	1	0.85	1	3.57	
Armas punzocortantes	36	13.13	48	28.07	9	7.69	8	28.57	
Envenenamiento	0	0.00	0	0.00	0	0.00	19	67.86	
Alcohol:									0.29
Si	79	28.83	51	29.82	31	26.49	5	17.86	
No	178	64.96	110	64.33	85	72.65	21	75.00	
Escolaridad:									0.64
De secundaria en adelante	179	65.33	109	63.74	72	61.54	20	71.43	
Hasta primaria	85	31.02	62	36.26	43	36.75	8	28.57	
Atención prehospitalaria									0.002
Si	113	41.24	60	35.09	35	29.91	18	64.29	
No	155	56.57	111	64.91	82	70.09	9	32.14	
Traslado:									0.000
Ambulancia	63	22.99	29	16.95	13	11.11	16	57.14	
Otros	211	77.01	142	83.05	104	88.89	12	42.86	

Fuente: directa

refirieron haber bebido alcohol con mayor frecuencia que las mujeres. Esta diferencia fue estadísticamente significativa en los tres tipos de violencia ($p=0.03$). No se incluyó en el análisis ninguna información sobre si el agresor había ingerido bebidas alcohólicas, debido al alto porcentaje de casos en los que se desconocía esta variable.

La mayor parte de los lesionados había terminado secundaria o más grados escolares, sin que según tipo de violencia se observaran diferencias significativas en esta variable (cuadro 1).

En los casos de riña, robo o asalto, los protagonistas frecuentemente eran desconocidos. En la violencia intrafamiliar, el principal agresor de las mujeres era el esposo o el novio, mientras que de los hombres, la agresora había sido su pareja sólo en 12.12% de los casos (cuadro 2). Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Cabe mencionar que las mujeres se autolesionaban para quitarse la vida, después de haber tenido un pleito con su pareja.

La frecuencia con la que los lesionados recibían atención prehospitalaria y el medio por el que habían sido trasladados al hospital se muestran en el cuadro 1. Se observan diferencias significativas entre uno y otro tipo de violencia: la atención y el traslado en ambulancia fue más frecuente en las que ocurrieron en la vía pública.

El promedio de días que permanecieron hospitalizados cuando se requería fue de 8 en los casos de

riña, y de 3 y 5, respectivamente, en los casos de asalto y robo, y de violencia intrafamiliar.

La mayor parte de las riñas y de los robos ocurrieron durante la noche o en la madrugada (52.5% de los casos), mientras que la violencia intrafamiliar ocurrió principalmente durante el día, y con más frecuencia los fines de semana.

DISCUSIÓN

Para explicar de los resultados es necesario ubicarlos dentro de un estudio que intentó explorar los diversos tipos de violencia como causa de las lesiones, y de éstas, las que provocan la demanda de servicios hospitalarios de urgencia.

Si bien este estudio incluyó solamente a la población que acudió en demanda de atención a los hospitales dedicados a la población abierta del Distrito Federal (DF), también cumple con el propósito de informar sobre un tipo de violencia fundamentalmente urbana que afecta a determinados grupos de población, que son los que acuden a este tipo de unidades, en los que se ha observado que la demanda de atención de los servicios de urgencia debido a lesiones intencionales es mayor de la que se presenta en otro tipo de unidades hospitalarias, tales como los hospitales generales públicos o los hospitales de la seguridad social (10,11).

Por su carácter exploratorio, el análisis de la información presentada no permite definir un

CUADRO 2
Parentesco del agresor en la violencia intrafamiliar según el sexo del sujeto lesionado

Agresor	Hombres		Mujeres	
	número	%	número	%
Pareja	4	12.12	52	61.90
Cuñado/a	6	18.18	10	11.90
Hermano/a	3	9.09	1	0.01
Otros	20	60.61	21	5.00
Total	33	100.00	84	100.00

p= 0.001

Fuente: directa

modelo explicativo del problema desde el punto de vista epidemiológico, pese a lo cual aporta valiosa información sobre los motivos, y la relación que hay entre los agredidos y los agresores, que no se había publicado en nuestro país. Además, los resultados obtenidos del análisis son congruentes con los resultados obtenidos por los expertos en el tema (24).

La categorización de los diversos tipos de violencia propuestos en este trabajo, permite aproximarse al peso que tiene cada uno de ellos como causa de la demanda de atención a los servicios hospitalarios de urgencia, así como su impacto en términos de gravedad, necesidad de atención hospitalaria y causa de muerte de los lesionados que logran llegar a una unidad médica para recibir atención.

Por otro lado, el estudio permite identificar al patrón de lesiones intencionales como una forma de fuerza y poder *intra e inter* géneros, tanto por la relación entre el lesionado y el agresor, como por las características de la agresión (7, 19,27). De esta manera podemos observar que, en general, es el hombre el principal agresor en todos los tipos de violencia, y es él mismo quien padece sus consecuencias (excepto en el caso de la violencia intrafamiliar); es notable la gran cantidad de hombres jóvenes que desde temprana edad se involucran en actos de violencia (15,21).

Merece mención especial el caso de la violencia intrafamiliar, en donde las mujeres son las principales víctimas, lo cual es congruente con lo reportado en los estudios que señalan, en este grupo en especial, que las lesiones intencionales provocadas por este tipo de violencia son la causa más común de la demanda de atención en los servicios de urgencias (18), sin contar con que consideramos que podría haber un subregistro importante en este tipo de casos por la dificultad para denunciar al agresor y por la falta de protocolos especializados para este fin. Esta situación podría empezar a transformarse a partir de la implementación de la "Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999" sobre "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica

de la violencia familiar", la cual incluye el registro obligado de todos los casos de lesiones provocadas por este tipo de violencia.

Por otro lado, la población infantil y la de ancianos, estuvo subrepresentada debido al tipo de unidades hospitalarias incluidas en este estudio. Es importante resaltar el hecho de que las características que rodean a este delito, sus causas y consecuencias, dependen del grupo al que se estudie.

A pesar de que la categoría de la violencia intrafamiliar se definió en el presente trabajo con base en la relación entre el agresor y el agredido, los niños menores de 5 años, los ancianos y las mujeres en edad reproductiva han sido objeto de diversas categorizaciones por el tipo de violencia que padecen, denominadas a partir de los mismos grupos como: maltrato y abuso infantil(8), maltrato al anciano (23) y abuso conyugal o de la pareja (26).

Si bien la asociación entre el alcohol y la violencia ha sido reportada por otros autores (4, 5, 14), en el presente estudio la variable "ingesta de alcohol del agresor" se reportó de manera diferenciada de acuerdo con el tipo de violencia, ya que en un alto porcentaje de los casos fue imposible saber si la hubo debido a que la información la proporcionaba el agredido. Hay que tomar en cuenta esta situación en estudios posteriores sobre el tema, ya que ésta es una dificultad que habrá que vencer en los acercamientos posteriores al problema.

No puede pasarse por alto el hecho de que los hombres agredidos tenían antecedentes de haber tomado alcohol antes de que los agredieran, en una proporción significativamente mayor que las mujeres agredidas, lo cual demuestra una vez más la diferencia que hay en los roles de género entre unas y otros, y las implicaciones que esto tiene para su salud.

En lo que respecta a las lesiones autoinfligidas, a pesar del limitado número de casos observados, no se debe olvidar que aunque sí son un tipo de agresión, algunos autores las consideran como consecuencia de otro tipo de violencia que corresponde, la mayoría de las veces, a la violencia intrafamiliar (3, 12, 13, 28).

Nuestros hallazgos alertan sobre la necesidad de plantear políticas de salud que logren realmente disminuir este grave problema de salud pública, para lo cual se invita a todos los profesionales que puedan aportar algo sobre este tema: sociólogos, penalistas, antropólogos, psicólogos, economistas, etc.

La complejidad del problema estudiado requiere definir claramente la causa de las lesiones intencionales que nos ocupan (riña, violencia intrafamiliar, etc.), así como la población blanco (hombres jóvenes, mujeres, etc.) ya que esto permitirá definir la estrategia que deba seguirse para prevenir estos

hechos, para disminuir la discapacidad de las víctimas, y evitar su última consecuencia que es la muerte.

Por último es importante hacer hincapié en la necesidad de seguir haciendo investigaciones multi e interdisciplinarias sobre este tema, para poder identificar las determinantes de cada uno de los tipos de violencia, así como las consecuencias de ésta en las víctimas, en el costo social y económico y en la sobrecarga que representan para los ya saturados servicios de salud (1).

REFERENCIAS

1. ARREOLA-RISA C, MOCK CN, PADILLA D y cols.: Trauma care systems in urban Latin America: the priorities should be prehospital and emergency room management. *J Trauma*, 39:457, 1995.
2. BANCO MUNDIAL: Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. *Indicadores de Desarrollo Mundial*. Banco Mundial, Washington, 1993.
3. BERGMAN B, BRISMAR B: A 5-year follow-up study of 107 battered women: comparisons with maritally distressed women. *J Consult Clin Psychol*, 63(2):1256-1259, 1991.
4. BORGES G, MEDINA ME, CHERPITEL CH, CASANOVA L, MONDRAGON L, ROMERO M: Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Publica Mex*, 41(1):3-11, 1999.
5. CELIS A, VALENCIA N: Traumatismos y envenenamientos en Jalisco. Un estudio a partir de autopsias. *Salud Publica Mex*, 33(1):77-87, 1991.
6. CRUZ JM: La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Rev Panam Salud Publica*, 5(4/5):259-267, 1999.
7. FOSTER LA, VEALE CM, FOGEL CI: Factors present when battered women kill. *Issues ment. Health Nurs*, 10:273-284, 1989.
8. GIL DG: *Violence Against Children*. Harvard University Press. Cambridge, 1970.
9. GUERRA DE MACEDO C: Sociedad, violencia y salud. *Bol Oficina Sanit Panam*, 117(5):i, 1994.
10. HIJAR MC, LOPEZ MV, BLANCO J: La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Publica Mex*, 39(6):565-572, 1997.
11. HIJAR MC, ORTEGA L, DIMAS M: Traumatismos y envenenamientos provocados por accidentes y violencias como causa de demanda a servicios de urgencias del D.F. *Salud Publica Mex*, 31(4):447-468, 1989.
12. HIJAR MC, RASCON RA, BLANCO J, LOPEZ MV: Muertes por suicidio en México. Caracterización por sexo y estado 1979-1993. *Salud Mental*, 19(4):14-21, 1996.
13. HIJAR MC, TAPIA JR, RASCON RA: Mortalidad por homicidios en niños. México 1979-1990. *Salud Publica Mex*, 34(5):529-537, 1994.
14. KOOP CE, LUNDBEG AD: Violence in America: a public health emergency. *JAMA*, 267(22):3075-76, 1992.
15. LOPEZ MV, HIJAR MC, RASCON RA, BLANCO J: Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia. El caso de México, 1979-1992. *Rev Saude Publica*, 30(1):46-52, 1996.
16. LOPEZ JL, ROSOVSKY H: Estudio epidemiológico sobre los accidentes y delitos relacionados con el consumo de alcohol. *Salud Publica Mex*, 28(5):515-20, 1986.
17. MARTIN-BARO I: *Acción e Ideología: Psicología Social desde Centroamérica*. Octava edición. UCA editores, San Salvador, 1997.
18. MCLEER SV, ANWAR R: Study of battered women presenting in an emergency department. *Am J Public Health*, 79:65-68, 1989.
19. MERCY JA, SALTZMAN LE: Fatal violence among spouses in the United States, 1976-1985. *Am J Public Health*, 79(5):595-599, 1989.
20. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Novena revisión. Washington, 1975.
21. ORPINAS P: Who is violent?: factors associated with aggressive behaviors in Latin America and Spain. *Rev Panam Salud Publica*, 5(4/5):232-244, 1999.
22. PELLEGRINI A: La violencia y la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*, 5(4/5):219-221, 1999.
23. QUINN MJ, TOMITA S: *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis and Intervention Strategies*. Springer, Nueva York, 1986.
24. REISS A, ROTH J: *Understanding and Preventing Violence*. National Academy Press. Washington, 1993.
25. RUIZ C: El desarrollo del México urbano: cambio de protagonista. *Rev Comercio Exterior*, 43(8):708-716, 1993.
26. STARK E, FLITCRAFT A: Spouse abuse. En: *Violence in America: A Public Health Approach*. Rosenberg M, Mercy J (eds), Oxford University Press, pp 123-257, Nueva York, 1992.
27. STARK E: Rethinking homicide: Violence, race and the politics of gender. *Int J Health Serv*, 20(1):2-26, 1990.
28. STARK E, FLITCRAFT A: Killing the best within: Woman battering and female suicidally. *Int J Health Serv*, 25(1):43-64, 1995.
29. VALDEZ R, JUAREZ C: Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*, 21(6):1-10, 1998.