

Violencia y lesiones

Martha Cecilia Hajar Medina*

José Ramón Tapia Yáñez**

Rafael Lozano Ascencio**

Rubén Chávez Ayala**

Summary

One of the main impediments for knowing the real dimension of violence as the cause for injuries demanding hospital attention in Mexico City, are the legal problems involved, and which are the cause of the subregistered data in this field.

This survey was made into a big project in order to find out the extent of the injury problems by means of an interview to patients demanding attention due to injuries - including intentional and unintentional - at the emergency departments of 24 hospitals in Mexico City. The results and analysis include just the intentional injuries (coding E950 - E999, 9th Revision of the ICD), which represent 36% of the total demand due to injuries. The external causes were divided as follows: injuries in assaults; suicide, child abuse, firearm injuries and other types of violence. Men were more affected than women (3:1). The home was found to be the place where more intentional injuries occur to children and women. Men were most frequently injured in the street and in public places (young adults and adults). Girls were more affected by child abuse than boys. Suicide is more common in men. Cutting and piercing instruments are more used than firearms. The main external causes in all the age groups and in both sexes were the injuries inflicted in assaults. Children between 0 and 4 years were more frequently hospitalized (40% of the cases) than the rest. The nature of the injury, alcohol ingestion and the legal implications were also analyzed.

Resumen

El presente estudio formó parte de una encuesta para conocer la demanda a servicios de urgencia de 24 hospitales del Departamento del Distrito Federal (D.D.F.) por lesiones traumáticas, en el cual se incluyeron tanto las provocadas por causas accidentales como las intencionales (violencias). Los resultados que se presentan corresponden al análisis que se hizo de los casos que tuvieron como causa externa un hecho violento y que representaron aproximadamente el 14% del total de la demanda. Se analizaron las causas (Capítulo E950-E999 de la 9a. clasificación internacional de Enfermedades de la OMS) divididas en: Intentos de suicidio, Lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona y Otras violencias. Los grupos de edad afectados (divididos en preescolares, escolares y quinquenales); sexo; lugar de ocurrencia (hogar, vía pública, trabajo, escuela y lugar de recreo), día de la demanda, y tipo de lesión que presentaban (capítulo 800-999 C.I.E.). Los resultados más relevantes señalan al hogar como el principal sitio de ocurrencia de las violencias en el caso de los niños y mujeres; y a la vía pública para los hombres jóvenes y adultos.

Los casos de hombres superan de manera importante a los de mujeres (3:1). Los días de mayor demanda son los fines de semana, en especial el domingo. El grupo de edad más afectado fue el de escolares en el sexo femenino y el de 15-24 años para el masculino. La causa más frecuente en ambos sexos fueron las lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona (lucha/altercado o violación), seguidos de los intentos de suicidio y las otras violencias. Los casos de niños maltratados fueron mayores en el sexo femenino. Las causas variaron en relación con la edad, al igual que el tipo de lesión. Las lesiones ocurridas en el hogar y lugares de recreo requirieron de ser hospitalizadas en mayor proporción que el resto de los sitios de ocurrencia. Los grupos de edad que necesitaron de hospitalización coinciden con los de mayor demanda por sexo. La naturaleza de la lesión, la ingesta de alcohol y las implicaciones médico-legales también fueron analizadas.

Introducción

El término VIOLENCIA es comúnmente definido como el uso de la fuerza física para provocar lesiones o la muerte, ya sea por otra persona o por el individuo a sí mismo (1). Sin embargo el término es conceptualizado de diversas maneras dependiendo de las disciplinas que lo utilizan (2). Así, desde el punto de vista de la salud pública, la violencia es la ejecución de acciones dirigidas fundamentalmente a producir un daño físico (6). La sociología conceptualiza a la violencia como formas de agresión de individuos o de una comunidad, que no se traducen necesariamente en un daño físico (3). Dentro del ámbito legal, la violencia se define como violaciones a la ley, que se traducen en actos criminales (4). Las diferencias en las definiciones mencionadas se señalan con el fin de ubicar el presente trabajo dentro de la perspectiva de la salud pública, sin dejar de reconocer que en ocasiones puede existir un traslape de enfoques.

El presente trabajo es el resultado de un análisis de los casos que demandaron atención médica en los servicios de urgencia de hospitales del D.F., reportando la lesión traumática como consecuencia de un hecho violento. Cabe aclarar que el estudio forma parte de una investigación sobre lesiones tanto provocadas por mecanismos accidentales como intencionales. Uno de los objetivos del presente trabajo es el ubicar a la violencia como mecanismo productor de lesiones traumáticas intencionales (ya sea autoinflingidas o inflingidas intencionalmente por otra persona); ya que comúnmente el capítulo de lesiones traumáticas presenta una composición mayoritaria de lesiones provocadas

* Jefe del Departamento de Investigaciones sobre Lesiones. Centro de Investigaciones en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad No. 555, Col. Sta. María Ahuacatitlan, 62508 Cuernavaca, Morelos.

** Investigadores del C.I.S.P. - I.N.S.P.

por mecanismos accidentales, relegando a un segundo plano, y en algunos casos, eliminando el análisis de las causas intencionales o violentas cuando el abordaje para su estudio y prevención son totalmente diferentes, aun dentro de las causas mismas (5, 6). Basta pensar un poco en las motivaciones y consecuencias de un intento de suicidio, un homicidio, una violación, etc.; todas ellas consideradas como hechos violentos que producen daño físico de manera intencionada.

En la Encuesta Nacional de Salud (7) se reporta para el D.F. una prevalencia global de accidentes y violencias, de 1.4; aunque al analizar los datos se observa el predominio indiscutible de las lesiones provocadas por causas accidentales, independientemente del sitio de ocurrencia (hogar, trabajo, vía pública, etc.). Lo anterior puede deberse a que "afortunadamente" son más frecuentes las causas accidentales que las intencionales en la ocurrencia de lesiones, o bien al subregistro de las causas violentas, ya que la población no denuncia estos hechos probablemente por temor a las represalias o al rechazo social. Esto también se manifiesta (aunque de manera menos marcada) en el registro de la mortalidad por estas causas (1).

La Clasificación Internacional de Enfermedades IX Rev. (8) para el registro de la morbilidad por lesiones traumáticas (denominado Traumatismos y Envenenamientos), contempla la naturaleza de la lesión (800-999); y la causa externa (E800-E999) se utiliza sólo para el registro de la mortalidad. Situación que ha provocado que el estudio de estos daños se realice en forma parcial. En el presente estudio se utilizaron ambas codificaciones con el fin de tener un panorama completo no sólo de la morbilidad debida a lesiones traumáticas, sino de los hechos violentos (causas externas) que la producen.

Metodología

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados en el protocolo correspondiente, la presente investigación se desarrolló en base a un diseño tipo encuesta que incluyó los servicios de urgencia de los 24 hospitales del D.D.F.; en el que se observó a los pacientes que demandaron atención médica durante los meses de septiembre y octubre de 1988, periodo que comprendió este estudio. Se obtuvo la información directa entrevistando a los pacientes o a sus acompañantes, empleando formatos diseñados específicamente para ello. Las entrevistas fueron realizadas por médicos adscritos a los servicios de urgencias, previamente capacitados.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

Edad. Se captó en años cumplidos, con excepción de los menores de 1 año en los que se obtuvo la edad en meses. Para el análisis se agruparon en quinquenios, realizando una categorización de los casos que se presentaron entre los 0 a 14 años, en 2 grupos: 0-4 preescolares y de 5-14 escolares.

Sexo. Se explica por sí mismo.

Día de la semana. Se registró el día de la semana en que se presentó el paciente a solicitar atención médica, incluyendo de lunes a domingo.

Turno. Se captó el turno en base a la hora de ingreso clasificándolo en matutino de 8:00 a 13:59 hrs., vespertino de 14:00 a 19:59 hrs. y nocturno de 20:00 a 7:59 hrs.

Ingesta de alcohol. Se captó el antecedente de la ingestión de alcohol, en base al estudio clínico de rutina que se realiza en los hospitales estudiados, en las siguientes categorías: no ebrio, con aliento alcohólico y sí ebrio.

Atención médico-legal. Sólo se registró si al caso se le proporcionó algún tipo de atención médico-legal. Esta es proporcionada por médicos legistas y obligatoria en el caso de las lesiones intencionales.

Diagnóstico. Se registró el o los diagnósticos, mismos que fueron elaborados por el médico tratante. Posteriormente se codificaron por el personal capacitado en base a la CIE IX Rev. en el capítulo 800-999 (naturaleza de la lesión). En los casos en que existía más de un diagnóstico, se codificó el de mayor gravedad.

Lugar de ocurrencia. Se registró en: hogar, vía pública, trabajo, lugar de recreo, escuela y otros.

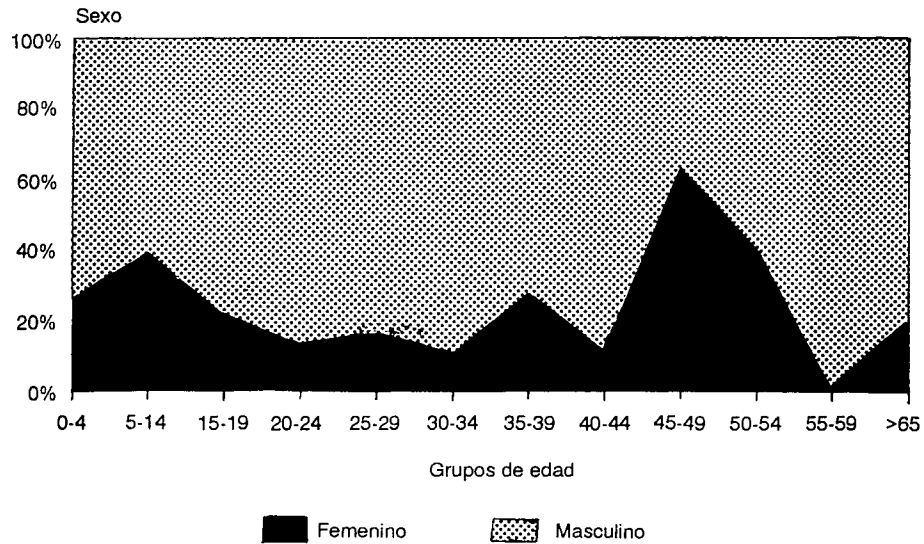
Causa externa. Se obtuvo información de lo que el paciente reportó como la causa que produjo la lesión, codificándola posteriormente conforme a la 9a. Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S. (C.I.E.) en las causas E950-E999, correspondientes al rubro de causas intencionales o violentas. De la E950-E959 Suicidio y lesiones autoinflingidas y de la E960 a la E969, Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, y las Otras violencias E970-E999. Se intentó limitar al máximo la inespecificidad de las causas evitando la codificación de casos como "otros". En el caso de los preescolares la información se obtuvo del familiar o persona que lo acompañaba.

Derivación. Se registró la derivación del paciente a su egreso del servicio de urgencias: quirófano, hospitalización, terapia intensiva, consulta externa, otra unidad hospitalaria, o a su domicilio.

En el diseño original también se habían considerado variables relativas a la utilización de servicios auxiliares de diagnóstico para la atención de los pacientes en el servicio, así como las relacionadas con la estancia de los pacientes en hospitalización; motivos de egreso y días estancia, pero se presentaron problemas de calidad de la información por lo que las variables contempladas a recabarse en el área de hospitalización, desafortunadamente tuvieron que ser eliminadas en el análisis final.

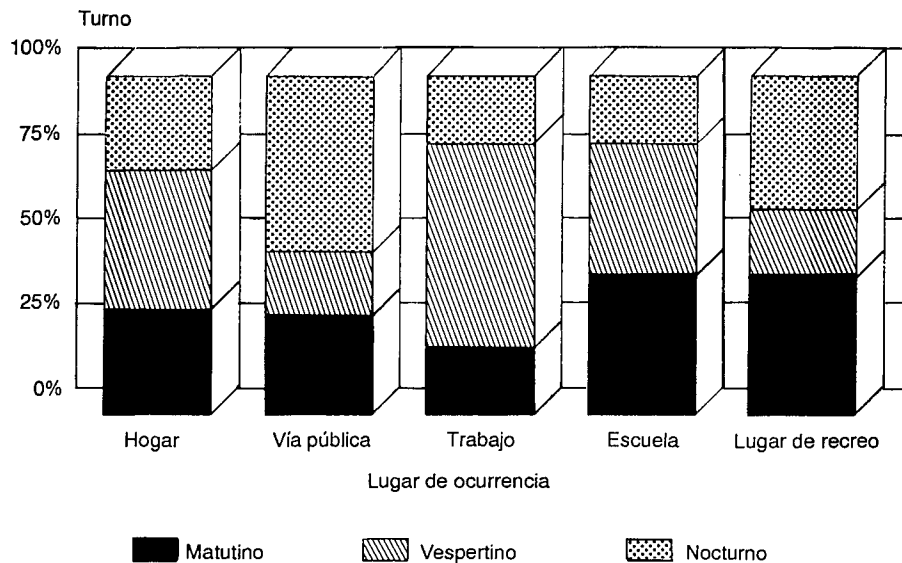
El total de casos a incluir se definió a través del diseño de una muestra representativa por hospital, utilizando la fórmula para población finita y con base en un muestreo proporcional al tamaño, con una Zc 90% y con un intervalo de confianza de .05 obteniendo así una muestra representativa por hospital y de todos los hospitales del D.D.F., la cual se seleccionó en base a un muestreo sistemático. Por el tipo de estudio realizado para el análisis estadístico se utilizó un análisis sim-

FIGURA 1. Lesiones debidas a violencias según grupos de edad y sexo.



Fuente: encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

FIGURA 2. Demanda de atención según lugar de ocurrencia de las violencias por turno.



Fuente: Encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

ple, medidas de tendencia central, y estadística paramétrica.

Resultados

El total de la muestra de casos de lesiones traumáticas provocadas por mecanismos accidentales y violentos que demandaron atención a los servicios de ur-

gencia de los hospitales estudiados fue de 1938, de los cuales 263 (13.6%) correspondieron a lesiones provocadas por hechos violentos. Del análisis de estos últimos se obtuvieron los siguientes resultados:

El sexo masculino se ve más afectado por estas causas, en una relación de 3:1 con el femenino. En la figura 1 se presentan las diferencias encontradas en relación con el sexo y grupos de edad, resaltando el femenino en el grupo de 45-49, que fue el único en el cual se presentaron más casos que en el masculino.

Los turnos en los que se presenta la demanda de servicios médicos a causa de lesiones intencionales varía de acuerdo al lugar en el que se presentan; las que ocurren en el trabajo se presentan en el vespertino, y en el nocturno las que suceden en la vía pública (figura 2).

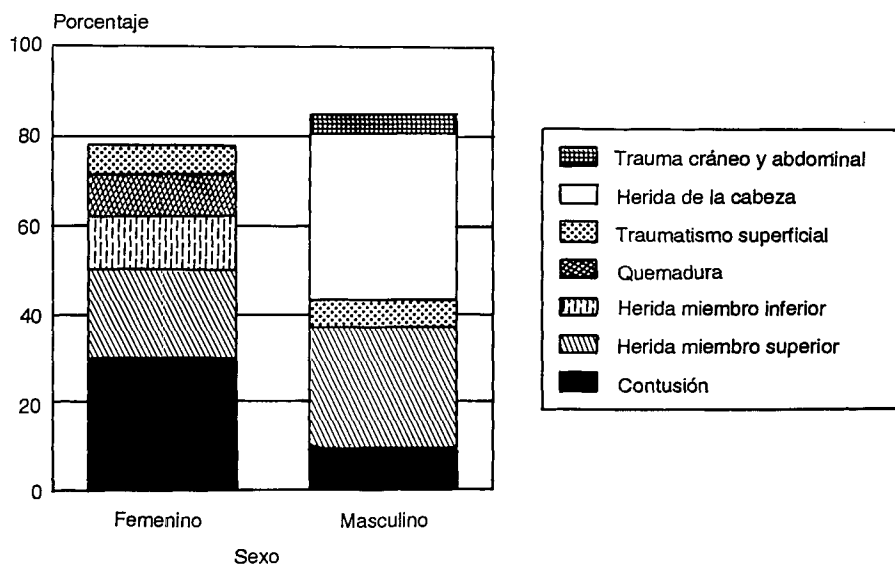
Respecto a la ingesta de alcohol, se observó que los fines de semana (incluye sábado, domingo y lunes), se presenta el mayor número de casos con este antecedente (67%). Sólo en el 6% de los casos del sexo femenino se detectó la variable ingesta del alcohol, pero únicamente en la categoría de aliento alcohólico. En el 27% de los casos del sexo masculino se reportó el antecedente de ingesta del alcohol, distribuyéndose

las dos categorías de "aliento alcohólico" y "sí ebrio" de manera muy similar.

Se encontró una relación estrecha entre la ingesta de alcohol y las causas de lesiones contempladas como: lucha o altercado y lesiones intencionales con instrumento punzocortante o con arma de fuego, en ese orden ($p = 0.05$).

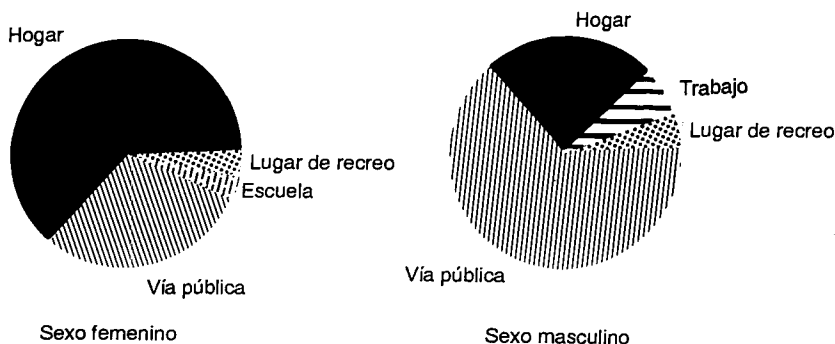
Llama la atención que a pesar de que las causas incluidas en este estudio, consideradas dentro del rubro de violencias, deberían de ser objeto de canalización hacia el área médico-legal, sólo el 54% de los casos fue objeto de este tipo de atención. Sin embargo, en relación con el lugar de ocurrencia, del total de los casos reportados en vía pública, el 66% pasó al Ministe-

FIGURA 3. Cinco principales tipos de lesión producidos por hechos violentos según sexo.



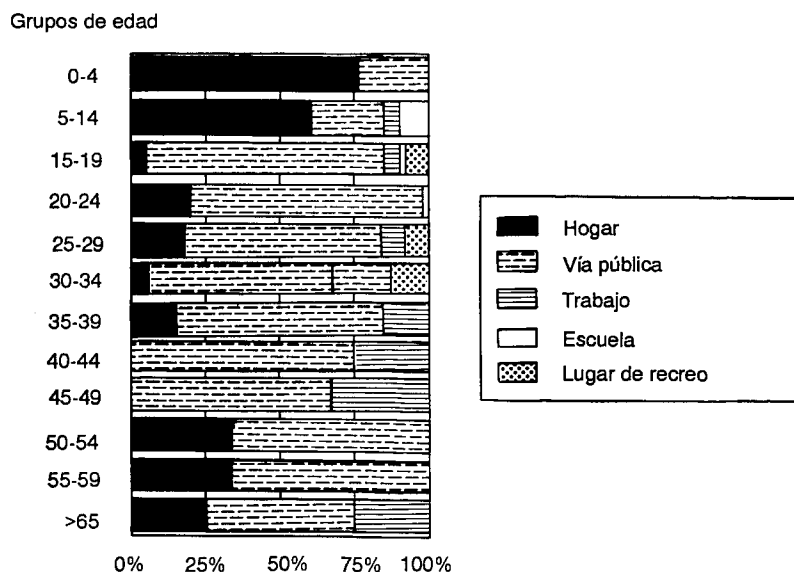
Fuente: Encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

FIGURA 4. Lugar de ocurrencia de lesiones según sexo.



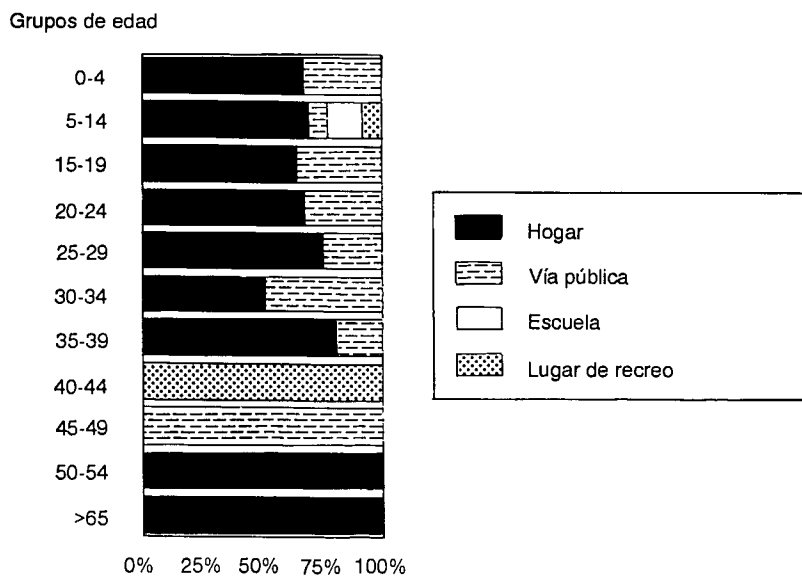
Fuente: Encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

FIGURA 5. Lesiones intencionales según edad y lugar de ocurrencia en sexo masculino.



Fuente: Encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

FIGURA 6. Lesiones intencionales según edad y lugar de ocurrencia en sexo femenino.



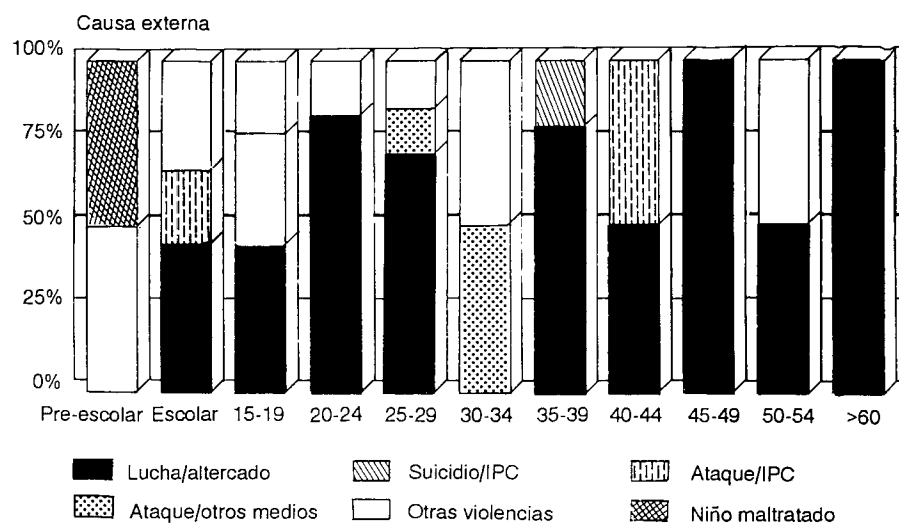
Fuente: Encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

rio Público, mientras que de los ocurridos en el hogar, el 42% fue objeto de este tipo de atención.

Respecto a los tipos de lesión (figura 3), se observan algunas diferencias y similitudes en relación con el sexo, destacando dentro de las primeras las heridas de la cabeza, cara y cuello, para el masculino; y las contusiones para el femenino, las cuales están en relación estrecha con la causa externa que las produce.

En la figura 4 quedan de manifiesto las grandes diferencias por sexo que se presentan de acuerdo al lugar de ocurrencia de los hechos violentos, siendo en términos generales, la vía pública y el hogar donde se reporta el mayor número. Existen además diferencias al interior de cada grupo de acuerdo con la edad y el sexo (figuras 5 y 6). El día en que más se presentan los hechos violentos en el hogar que demandan aten-

FIGURA 7. Causa externa de hechos violentos por grupo de edad en sexo femenino.



Fuente: encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

ción médica, para el sexo femenino fue el domingo, y el viernes para los ocurridos en la vía pública.

Respecto al sexo masculino los hechos violentos ocurridos en el hogar, el sábado fue el día que se reportaron con mayor frecuencia, y el domingo para los que sucedieron en vía pública. El 17% de los casos arribaron al servicio de urgencia en ambulancia, y de éstos el 100% requirió de hospitalización y de atención médico-legal. Los días en que llegaron con más frecuencia, correspondieron al sábado, domingo y lunes, en ese orden y por la noche. No hubo diferencias entre los turnos matutino y vespertino. El 75% de los casos fue debido a hechos ocurridos en la vía pública.

Las causas externas se analizaron por grupo de edad y sexo (figuras 7 y 8).

En el caso del grupo de *Preescolares* destacan dentro de las causas intencionales el maltrato físico (E967) y los golpes inflingidos intencionalmente por otra persona (E960). El sexo femenino reportó más casos de maltrato que el masculino. El hogar es el sitio de mayor ocurrencia de violencia para ambos sexos.

En los *Escolares* las lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona debido a lucha o altercado ocupan el primer sitio. A pesar de que en este grupo existe ya mayor diversificación, en lo que a lugar de ocurrencia se refiere, el hogar continúa siendo en el que más frecuentemente suceden los hechos violentos para ambos sexos. Este fue el grupo en el que el sexo femenino presentó el mayor número de casos (22%).

En el grupo de 15 a 19 años la causa "lucha o altercado" continúa ocupando el primer sitio, pero aparecen las lesiones provocadas principalmente con instrumentos punzocortantes y con armas de fuego, así como los intentos de suicidio. La vía pública se convierte en el

principal sitio de ocurrencia para los casos del sexo masculino, no así para el femenino donde continúan siendo más frecuentes los hechos violentos en el hogar.

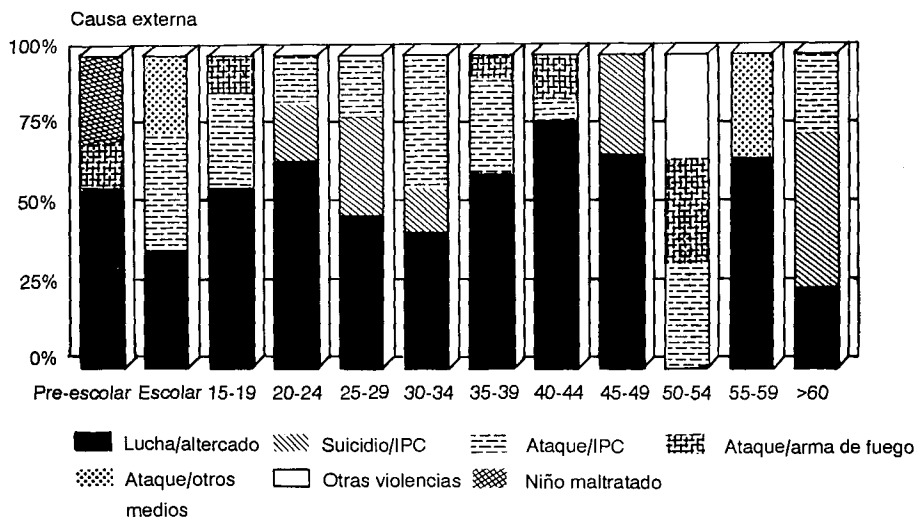
A partir del grupo de 20 a 24, hasta el de 35 a 39 años, la causa "lucha o altercado" ocupa el primer lugar, seguida de los ataques por instrumento punzocortante y ataque por arma de fuego, siendo más frecuentes en el sexo masculino y en la vía pública. Para el sexo femenino se incrementan los casos ocurridos en la vía pública.

A partir de los 40 años, la causa "lucha o altercado" continúa siendo la primera causa, pero en mucho menor proporción que el ataque por instrumento punzocortante y arma de fuego; y aparecen las causas como suicidio por instrumento punzocortante y arma de fuego, no existiendo diferencia por sexo ni lugar de ocurrencia.

Respecto a los casos que requirieron de hospitalización, los resultados fueron los siguientes:

El 17% de los casos tuvieron que ser hospitalizados, correspondiendo a la vía pública el lugar donde con mayor frecuencia ocurrieron los hechos violentos. La distribución según grupo de edad, fue la siguiente: los grupos comprendidos entre los 15 y 29 años de edad representaron el 55.5% del total de casos hospitalizados, seguido del grupo de preescolares con el 14% de los casos (figura 9). Dentro de las causas externas que provocaron la hospitalización destacan: lucha o altercado (39%), el ataque con arma de fuego y el ataque con instrumento punzocortante con un 22.2% cada una. Entre los tipos de lesión: heridas de cabeza, cara y cuello, los traumatismos intracraneales

FIGURA 8. Causa externa de hechos violentos por grupo de edad en sexo masculino.



Fuente: encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

e intraabdominales y las heridas de miembros superiores.

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran sólo uno de los aspectos a estudiar para conocer el panorama de las violencias como causantes de daños a la salud, traducidos en lesiones traumáticas y que se refiere a la demanda de atención médica a unidades hospitalarias dirigidas a población abierta en el D.F. Por lo tanto las observaciones que puedan hacerse al respecto deberán tomar en cuenta estas limitaciones. Sin embargo, se considera que los resultados aportan información valiosa para el desarrollo de futuros protocolos de investigación en esta línea.

Se considera que el porcentaje reportado de lesiones intencionales dentro del total de lesiones, está por debajo de lo encontrado en otros estudios similares (9, 10), en donde éste es de entre el 35 y el 40%, sobre todo en una gran urbe como lo es la ciudad de México, D.F.; además de que el estudio se haya realizado en unidades dedicadas principalmente a la atención de pacientes lesionados. A pesar del aparente bajo porcentaje de casos que presentó el antecedente de ingesta de alcohol, éste fue más alto que el encontrado en estudios similares; pero relacionados con lesiones accidentales (1). En un estudio realizado para comparar la especificidad y confiabilidad del método clínico con el uso de un alcosensor para detectar ingesta de alcohol (12), se obtuvo que este último es más confiable que el primero, por lo que se considera que el porcentaje encontrado en este estudio se debió al método

utilizado. Lo anterior concuerda con lo reportado en otros estudios sobre violencia (13, 14) en donde se ha encontrado que alrededor del 50% de las víctimas o victimarios de estos hechos han ingerido bebidas alcohólicas, y un alto porcentaje ocurren precisamente en el sitio donde se consumen.

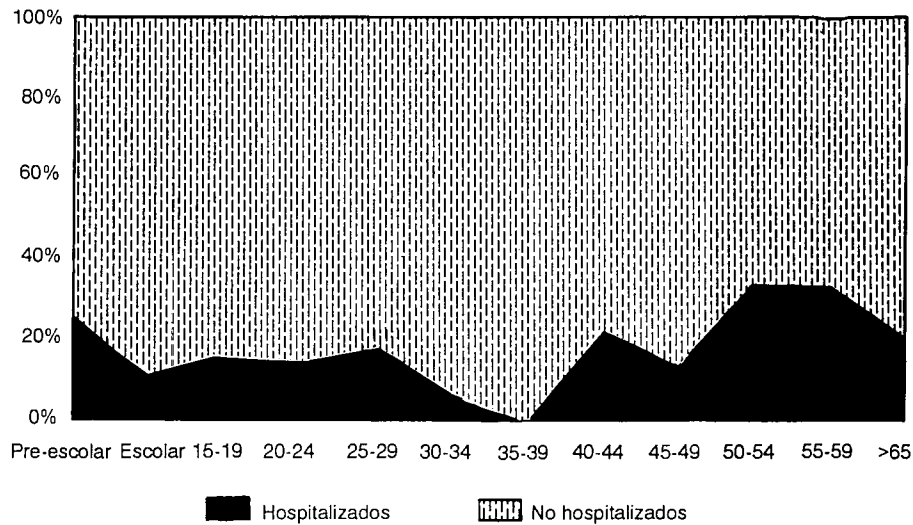
Al analizar las causas, los lugares de ocurrencia y grupos que más demandaron atención debido a lesiones intencionales, se pueden identificar 4 grupos:

- El abuso físico en menores de edad.
- La violencia doméstica (especialmente en menores de edad y en mujeres).
- La violencia en la vía pública entre la población joven y en adultos.
- Los intentos de homicidio y el suicidio en los jóvenes.

En relación con el primero se limita a catalogarlo como abuso físico, pues si pretendiéramos hablar del niño maltratado se tendría que referir además al abuso psicológico, emocional, sexual y a la negligencia (15, 16, 17). Si recordamos que, sobre todo en la población preescolar, la información fue proporcionada por el acompañante, pueden haber quedado subregistrados casos en los que no fue posible identificar las lesiones intencionales, además del hecho de que en el caso de los otros tipos de abuso, la mayoría no son detectados en urgencias sino en otros servicios del hospital (18). Por lo tanto los resultados se limitan a los casos en que hubo daño físico, y éste fue el causante de la demanda.

La violencia doméstica queda de manifiesto al analizar la gran cantidad de casos reportados que ocurren en el hogar, en especial en el sexo femenino. Lo que concuerda con lo reportado por otros autores, en don-

FIGURA 9. Casos de hospitalización según grupo de edad.



Fuente: encuesta servicios de urgencia hospitales del D.D.F.

de, en el 95% de los casos de violencia doméstica, aparece la mujer como víctima (19, 20).

La vía pública como lugar de ocurrencia de los hechos violentos en el sexo masculino (principalmente el grupo de adolescentes) (6, 21) y en donde la principal causa son los intentos de homicidio utilizando arma blanca o arma de fuego, se convierte en una llamada de atención para futuros estudios epidemiológicos o con intervención en donde una de las repercusiones que tendrá será en el campo de las políticas de salud. Vale la pena recordar que los homicidios son la primera causa de muerte en la población del D.F. en el grupo de 15-19 años (22). Por otro lado, fueron los casos que más utilizaron servicios de atención prehospitalaria.

Los intentos de suicidio en la población joven (15 a 24 años), al igual que en el caso de los homicidios requiere de una atención especial debido al impacto que tienen como causa de muerte en este grupo. Debido a las implicaciones sociales de este problema, se considera que existe un subregistro de estos hechos autoinflingidos, pues en estudios dirigidos a esta causa específica, se indica que los intentos de suicidio son 8

veces más frecuentes que los suicidios consumados (3, 23, 24).

Es evidente la falta de criterios o la no aplicación de éstos para definir un caso como médico-legal, lo que provoca que el paciente que ha sido objeto de un daño físico a causa de un hecho violento, sólo sea tratado como un caso más dentro de la demanda de atención a servicios de urgencia hospitalarios.

El bajo porcentaje de lesiones intencionales ocurridos en el trabajo, puede explicarse por el hecho de que este tipo de problemas son canalizados hacia las instituciones de seguridad social que son las responsables de la atención médica de este tipo de pacientes. Por lo tanto, los resultados encontrados en este estudio no pueden ser representativos de la problemática de las violencias como causa de daños a la salud en la población trabajadora.

Los resultados del presente estudio hasta aquí analizados, dejan de manifiesto que en el caso específico de las violencias resulta necesario realizar investigaciones que reúnan los enfoques sociológico, de salud pública y legal (2) para poder proponer soluciones al cada vez más alarmante problema en las sociedades urbanas modernas.

REFERENCIAS

1. HERNANDEZ BRINGAS H: *Las Muertes Violentas en México*. Centro Nacional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México, 1989.
2. National Committee for injury prevention and control. Injury prevention. Meeting the Challenge. *Am J Preventive Medicine*. USA, 1989.
3. CANO GC, CISNEROS GM: *La Dinámica de la Violencia en México*. ENEP Acatlán, México, 1980.
4. ALVA RODRIGUEZ M: *Complicaciones de los Traumatizados en Medicina Forense*. Gaceta Médica del D. F., 2(1):33-34, 1985.
5. TAKET A: La morbilidad por accidentes en niños, adolescentes y adultos jóvenes. *Bol of Sanit Panam*, 100(6):590-606, 1986.
6. SCHECHTER S: *Women and Male Violence*. South end, Boston, 1982.

7. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud. Resultados nacionales, 134-53, 1988.
8. OPS: *Clasificación Internacional de Enfermedades*. IX Revisión OPS-1975.
9. University of California. Centers for Disease Control. *The Epidemiology of Homicide in the City of Los Angeles. 1970-79*. Department of Health and Human Services, Washington, D. C., 1985.
10. TARDIFF K, GROSS E: Homicide in New York City. *Bull N Y Acad Med*, 622(5):413-26, 1986.
11. HIJAR MC: Traumatismos y envenenamientos como causa de demanda de servicios de urgencia. *Salud Pública de México*, 31(4):447-68, 1989.
12. STETHENS TH, ROSOVSKY H: Alcohol consumption and casualties: a comparison of USA and Mexico emergencies rooms. *J Studies Alcohol*, 51(4):319-326, 1990.
13. ROSOVSKY H, LOPEZ JL: Violencia y accidentes relacionados con el consumo de alcohol en la población registrada en una agencia investigadora del Ministerio Público del D. F. *Salud Mental*, 9(3):72-6, 1986.
14. LOWENSTEIN SR, WEISSBERG MP, TERRY D: Alcohol intoxication, injuries, and dangerous behaviors and the revolving emergency department door. *J Trauma*, 30(10):1252-8, 1990.
15. ROSARIO OM: Síndrome del niño maltratado. Intervención quirúrgica de urgencia. Tesis UNAM 1988.
16. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. *Prevención de Accidentes y Violencias*. Edit Interamericana. Vol 1, 1985.
17. WINTEMUTE G y cols: When children shoot children: 88 unintentional deaths in California. *JAMA*, 257(22):3107-9, 1987.
18. REECE R, GRODIN M: *Reconocimiento de Lesiones no Accidentales en Niños*. Publicado en Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Edit. Interamericana, Vol 1, 45-65, 1985.
19. AZEVEDO MA: Mulheres espancadas/violencia denunciada: repensando a problemática. *Temas IMESC soc, Brasil*, 3(2):129-49, 1986.
20. RIVERO PRADA M, PRIETO C: Violencia familiar: maltrato a la mujer y al menor; repercusiones a la salud. *Perspectiva. Proceso Salud-Enfermedad*, 3(2):132-42, Brasil 1986.
21. ROSENBERG ML y cols: Violence, homicide, assault and suicide. Amler RW, Dull HR (Eds.). *Closing the Gap. Am J Prev Med*, 36(suppl)164-78, 1987.
22. HIJAR MC: Mortalidad por lesiones accidentales e intencionales en el Distrito Federal de 1970 a 1986. *Salud Pública de México*, 32(4):395-404, 1990.
23. GONZALEZ HE: Variables sociodemográficas de pacientes con intento suicida en una unidad hospitalaria. Tesis UNAM 1989.
24. MAO Y, HASSELBACK P, DAVIS JW y cols: Suicide in Canada: an epidemiological assessment. *Can J Public Health*, 81(4):324-8, 1990.

**Respuestas de la sección
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

1. E
2. B
3. C
4. a - d
b - a
c - c, b
5. D
6. E
7. C
8. D
9. C
10. B
11. A
12. D
13. B
14. D
15. D