



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

LESIONES DE CAUSA EXTERNA Y SU
RELACIÓN CON EL ALCOHOL EN UN
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
MIRAFLORES - LIMA (2014-2016)

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD
PÚBLICA EN VETERINARIA

EMILY SCARLETT VILLAR AMASIFEN

LIMA - PERÚ

2020

Asesor: Mg. Néstor Gerardo Falcón Pérez

Agradecimientos

A Dios por guiar mi camino siempre y permitirme disfrutar de la vida y de los logros de la misma.

Gracias a mis padres y hermano que siempre están en los momentos difíciles y felices de mi vida.

Gracias al Doctor Hernán Málaga, quien es mi maestro y amigo, por la confianza recibida, el apoyo brindado y por la gran influencia que ha tenido para mi formación.

Gracias a mi director, Néstor Falcón, por toda la confianza brindada, el apoyo, dedicación y tiempo, sin su dirección esta investigación no podría haber sido realizada.

Gracias al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, por el apoyo durante la realización del proyecto.

Dedicatorias

Dedicada a todas las personas que han sido víctimas de violencia, a las familias y a la sociedad que están en riesgo constante de la violencia, para que en un futuro el acceso y comprensión de la información colabore a su disminución y prevención.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
MARCO TEORICO	7
3.1 Lesiones de Causa externa	7
3.2 La violencia y las Lesiones de Causa Externa	11
3.3 La violencia y su relación con el consumo de alcohol	15
3.4 Disponibilidad y consumo de alcohol	17
JUSTIFICACIÓN	25
OBJETIVOS.....	27
METODOLOGÍA	28
2.1. Lugar de estudio.....	28
2.2. Tipo de investigación.....	28
2.3. Población Objetivo	28
2.4. Tamaño de muestra	29
2.5. Criterios de inclusión y exclusión	29
2.6. Procesamiento de muestras o datos	29
2.7. Consideraciones éticas	31
2.8. Plan de análisis de datos	31
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	51

CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76

LISTA DE CUADROS

Tabla 1: Características demográficas y temporales de los pacientes atendidos por lesiones de causa externa del HECU entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.	34
Tabla 2: Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del HECU por meses de ocurrencia entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.	36
Tabla 3: Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del HECU por tipo de acompañante entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.	37
Tabla 4: Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del HECU por ubicación de LCE según sexo entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú....	39
Tabla 5: Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del HECU por tipo de LCE según edad entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.....	40
Tabla 6: Cuantificación de la asociación entre variables demográficas y temporales con la presencia de alcohol en pacientes de LCE entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.....	42
Tabla 7: Cuantificación de la asociación entre variables demográficas y temporales con las LCE entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.....	43

Tabla 8: Distribución de locales con venta y consume de alcohol en el distrito de Miraflores según sectores. Lima 204-2016.....**44**

Tabla 9: Distribución de las agresiones denunciadas de paciente de lesiones de causa externa del HECU por sector y locales de venta y consumo de alcohol entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.**45**

LISTA DE FIGURAS

- 1. Figura 1.** Distribución de las denuncias de lesiones de causa externa y lugares de expendio de alcohol en los años 2014 – 2016. Distrito de Miraflores, Lima – Perú.....**46**
- 2. Figura 2.** Distribución de casos de lesiones de causa externas leves según lugar de ocurrencia. Años 2014 – 2016, distrito de Miraflores, Lima – Perú.....**47**
- 3. Figura 3.** Distribución de casos de lesiones de causa externas moderadas y graves según lugar de ocurrencia. Años 2014 – 2016, distrito de Miraflores, Lima – Perú.**49**
- 4. Figura 4.** Distribución de las lesiones de causa externa según edad de los afectados y lugares de ocurrencia durante los años 2014 – 2016. Distrito de Miraflores, Lima – Perú**50**

RESUMEN

Durante el año del 2015, en el distrito de Miraflores se registraron 31 muertes violentas, lo que representa una tasa de 37 por 100.000 habitantes año ocupando el segundo lugar en tasa de muertes evitables. Por ello, el objetivo fue describir la asociación entre el consumo de alcohol con las características demográficas y temporales de los lesionados por causa externa atendidos en el Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa y relacionar geográficamente las denuncias realizadas por los lesionados en la comisaría central local para el consumo de alcohol en el distrito durante el periodo 2014-2016. La población objetivo fue, pacientes con lesiones de causa externa producidas bajo consumo del alcohol o no registradas en las historias clínicas del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa (HECU). A partir de estas se encontró que por cada paciente que llegue a atenderse por lesión de causa externa, es 6,41 veces más probable que sea un paciente varón con presencia de alcohol a que sea una mujer ($P=0.048$, IC 95% 1.015-54.203). Además las lesiones de causa externa causadas como consecuencia de la violencia bajo o no efectos del alcohol, ocurren con mayor frecuencia en avenidas principales en donde se puede usar un transporte público y no a más de 500 metros de lugares en donde se puede vender y consumir, sin significar que fue ahí que se consumió.

Palabras claves: Políticas públicas Saludables, Agresiones, Alcohol, Muertes evitables.

ABSTRACT

During the year of 2015, 31 violent deaths were recorded in the district of Miraflores, representing a rate of 37 per 100,000 inhabitants per year occupying the second place in the rate of preventable deaths. Therefore, the objective was to describe the association between alcohol consumption with the demographic and temporal characteristics of those injured due to external causes treated at the Casimiro Ulloa Emergency Hospital and geographically relate those reported by the injured at the local central police station for the alcohol consumption in the district during the 2014-2016 period. The target population was patients with externally caused lesions produced under alcohol consumption or not recorded in the clinical records of the Casimiro Ulloa Emergency Hospital (HECU). From these, it was found that for every patient who comes to be treated for an external cause injury, it is 6.41 times more likely that it is a male patient with the presence of alcohol to be a woman ($P = 0.048$, 95% CI 1.015 -54.203). In addition, external cause injuries caused as a result of low or non-alcoholic violence occur more frequently in main avenues where public transport can be used and not more than 500 meters from places where it can be sold and consumed. , without meaning that it was there that it was consumed.

Keywords: Healthy Public Policies, Aggressions, Alcohol, Preventable deaths.

INTRODUCCIÓN

Las Lesiones de Causa Externa (LCE) se pueden definir como el daño que recibe una persona en forma intencional (violencia) o de manera no intencional; su origen puede ser por diversos motivos que van desde un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. que puede terminar en convertirse en una lesión fatal (muerte) o ser una lesión no fatal. (Organización Panamericana de la Salud. 2008).

Domenach et al. (1981) menciona afirma que del miedo al rechazo dentro de una sociedad, se puede interpretar a la violencia como un acto social que solo busca acabar, destruir o exterminar algo en particular, mediante el uso de la fuerza, y que en su mayoría de veces es la fuerza física la que es empleada.

Minayo y Ramos (2003) afirman “que la violencia es un fenómeno provocado por una carga fuerte emocional de quien la comete, de quien la sufre y de quien la presencia. Los eventos de violencia siempre pasan y pasaran por el juzgamiento moral de la sociedad”. La realidad es que muchos de los actos de violencia ocurren por temor de no encajar en la sociedad o el ser rechazado por la misma, los mismos autores afirman que “la violencia es parte intrínseca de la sociedad y resultante de las relaciones de comunicación y de los conflictos de poder. Nunca existió una sociedad sin violencia más siempre existirán sociedades más violentas que otras cada una con su historia”; en relación a lo anterior la OMS (2007) afirma que: “Ocho de las 15 principales causas de lesiones fatales de las personas de 15 a 29 años de edad están relacionadas con la violencia”.

Bambaren (2004) afirma que cada año más de 5 millones de personas mueren por lesiones originarias por algún trauma y que otros 5 millones de personas sobreviven a las lesiones, y muchas de ellas padecen de algún tipo de discapacidad de por vida. En el ámbito de la salud las lesiones de causa externa y la violencia juegan un rol importante ya que representan una amenaza para la salud con bastante relevancia, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2007) estos: “son la causa de más de cinco millones de lesiones fatales cada año y representan el 9% de la mortalidad en el mundo”.

Dentro de la sociedad de América Latina, la violencia se considera como uno de los principales problemas económicos y sociales que más afecta, y a manera de paradoja la sociedad se encuentra con diversos esquemas políticos, miles de estrategias de entidades públicas, que no tienen como prioridad reducir o controlar la violencia (Londoño y Guerrero, 2000). De los estudios de caso que se han realizado Perú presenta un 2.9% de costos directos, cifra que es superior al porcentaje del PIB solicitado por años para dedicar a la ciencia y la tecnología para lograr su desarrollo. (Couttolene, et al., 2000).

De acuerdo con Laranjeiras (2005), el consumo de Alcohol, es un facilitador de situaciones de violencia, dentro del contexto social, los actos de violencia se desarrollan con más facilidad dentro de un conjunto de condiciones, que permiten el desarrollo de la misma, dentro de las cuales se encuentran el uso de sustancias psicotrópicas como el alcohol y los diferentes tipos de drogas. Estos

son las principales causas, detonadores y factores presentes en los diversos tipos de presentación de violencia interpersonal. Estadísticas internacionales mencionan que entre 15 a 66% de las lesiones de causa externa, agresiones y homicidios principalmente están relacionados con el alcohol ya sea en el agresor o en la víctima o en ambos.

Concha, Clavel-Arcas, (2008), concluyen que en los últimos años se han publicado diversos documentos de distintas instituciones con información sobre las lesiones de causa externa (LCE); instituciones como la Organización Especializada de las Naciones Unidas, han enfatizado la importancia de ello con singular insistencia en cada uno de los documentos publicados se resalta la magnitud y la gravedad del problema y se insiste en la necesidad de mejorar la información sobre LCE, ya que es preocupante la inconsistencia y la falta de homogeneidad observadas en los datos recibidos por las entidades encargadas de recopilarlos y analizar la información relacionada con las lesiones de causa externa con o sin consecuencias fatales.

Para desarrollar de manera adecuada las medidas preventivas para las LCE es necesaria que las características de los datos sean más precisas y específicas para cada sector. Dentro de Lima Metropolitana cabe resaltar que durante el año 2015 utilizando datos del instituto de medicina legal y ciencias forenses, el distrito de Miraflores registró 31 muertes violentas, lo que le da el segundo puesto en la tasa de muertes evitables después del distrito del agustino. (Municipalidad Metropolitana de Lima, 2015, p.9); aunque análisis posteriores en donde se

especificó el lugar del incidente, demostró que en relación a las muertes violentas son debidas a que el centro de emergencias médicas recibe incidentes de otros distritos también pero este está situado en Miraflores. (OBMESEC-205-2017); datos que hacen suponer que dentro del distrito ocurren muchos eventos violentos que ocasionan Lesiones de causa externa que pueden o no acabar en lesiones fatales.

Considerando la importancia de la vigilancia de los eventos que hacen parte de las lesiones de causa externa, la presente investigación persigue caracterizar los diferentes factores asociados a la presentación de lesiones de causa externa tales como sexo, edad, así como también su patrón de ocurrencia refiriéndose a día de semana, mes y año, el momento, el lugar de los eventos traumáticos, y la información sobre posibles factores de riesgo (como el consumo y la disponibilidad del alcohol), dentro del distrito de Miraflores, con el propósito de desarrollar futuras estrategias preventivas específicas para la reducción de LCE dentro de este distrito.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de casos de ataques violentos con consecuencias fatales es un problema de salud pública y en los lugares en donde estos hechos ocurren generalmente está presente en las cercanías o alrededores, un lugar en donde se expende alcohol; además, se indican que uno de cada cinco incidentes violentos tiene lugar en el entorno de bares o discotecas (Ker-shaw et al., 2000).

La violencia y las lesiones consecuentes representan una amenaza para la salud, según la Organización Mundial de la Salud en el 2007, cada año más de cinco millones de personas sufren estas lesiones de causa externa relacionadas con la violencia y muchas de ellas acabando en lesiones fatales en lesiones fatales y representan el 9% de la mortalidad en el mundo. Ocho de las 15 principales causas de muerte de las personas de 15 a 29 años de edad están relacionadas con violencia o lesiones y el 30% de agresiones son hacia mujeres (OMS, 2017).

El consumo con y sin control del alcohol está fuertemente ligado a la violencia, eleva el riesgo, de quien lo consuma, cometa actos violentos o sea víctima de los mismos. Los consumidores comienzan a perder la capacidad de comprender y procesar información, van perdiendo el autocontrol, por lo que el porcentaje de ocurrencia de casos de violencia con consecuencias de lesiones externas se eleva con el aumento de la concentración de alcohol en el organismo (Llopis Giménez, C., Rodríguez García, M.I., & Hernández Mancha, I. 2014).

Dentro del distrito de Miraflores se registraron 31 muertes violentas (homicidios y suicidios) durante el año 2015, lo que represente una tasa de 37 por 100 000 habitantes ocupando el segundo lugar en tasa de muertes evitables. (Municipalidad Metropolitana de Lima, 2015). Aunque posteriormente se evidencio que solo una era residente en Miraflores y el resto era de municipios vecinos. (Municipalidad Metropolitana de Lima 2016). Debido a estos datos los accidentes de tránsito que ocurren en el distrito no se usaran como información ya que gracias al seguro del SOAT y las diferentes aseguradoras, las víctimas de accidentes de tránsito son referidas a clínicas privadas para su atención primaria.

Miraflores es uno de los distritos a donde la mayoría de adolescentes, adultos jóvenes y adultos acuden en busca de diversión por la cantidad de establecimientos que la ofrecen tales como: Discotecas, Karaokes, restaurantes con venta de licor, Pubs, Video Pubs, Bares, Peñas, Casinos, centros comerciales, etc.; lo que hace supones que existe unas relación causal entre la cercanía de un lugar con expendio de alcohol, la disponibilidad del mismo y su consumo; con respecto a la violencia y las lesiones de causa externa que se requieren evaluar, lo que nos lleva a preguntarnos: ¿Cuál es la relación entre las características demográficas y temporales de los lesionados por causa externas atendidas en el HECU con la presencia de alcohol y cuál es la relación geográfica entre la ocurrencia de estas lesiones denunciadas en la comisaria con la disponibilidad de alcohol en el distrito de Miraflores durante el periodo 2014-2016?.

MARCO TEORICO

3.1 Lesiones de Causa externa

Las Lesiones de Causa Externa (LCE) se pueden definir como el daño que recibe una persona en forma intencional (violencia) o de manera no intencional; su origen puede ser por diversos motivos que van desde un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. que puede terminar en convertirse en una lesión fatal (muerte) o ser una lesión no fatal. (Organización Panamericana de la Salud. 2008).

La OMS menciona que las LCE son consideradas desde hace dos décadas como un porcentaje importante y un problema sanitario a nivel mundial ya que 16,000 personas mueren diariamente por lesiones de causa externa, lo que representa un 10 % del total de las muertes que se registran a nivel mundial un 32 % más que el número de muertes que resultan de la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA. Por cada persona que muere por esta causa, hay miles más lesionadas, muchas de ellas con secuelas permanentes y que aproximadamente entre un 3 a un 16 por ciento de estas lesiones fatales y no fatales se vienen dando en países en vías de desarrollo y también deja ver que son una de las principales causas de decesos en las poblaciones jóvenes de algunos de estos países (OMS, 2008, 2014).

Según Barker y Green (1996) afirman que el 9.4% de todas las muertes ocurridas en la región de América se deben o son causadas por lesiones de causas externas con relación a la violencia y el 60.3% son lesiones no intencionales y el 39.7% son lesiones intencionales, es decir son premeditadas. Se estima que la tasa mundial de muertes por lesiones de causa externa es de un 97.9 por cada cien mil habitantes, sin distinción a las lesiones con o sin intencionalidad, mostrando que estas tasas son mayores en los hombres (128.6) que en las mujeres (66.7). (Krug, et al., 2000). Además el Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2003) menciona que en Nicaragua la mortalidad a causa de las LCE, tanto intencionales y no intencionales, registran 85.5 muertes por cada cien mil habitantes.

En Colombia Bejarano et al. (2006), Afirman que las lesiones de causa externa cometidas de manera intencional continúan siendo la primera causa de mortalidad en el grupo de 15 a 34 años y los principales órganos políticos de su país tales como el Ministerio de Protección Social, la Alcaldía de Cali y la Secretaría de Salud Municipal aceptaron que la violencia es el principal problema de salud pública que enfrenta y enfrentara su país.

En el ámbito de la salud las lesiones y la violencia juegan un rol importante con sus particularidades y diferencias en cada país ya que representan una amenaza para la salud con bastante relevancia, ya que estas son la causa de más de cinco millones de muertes cada año y representan el 9% de la mortalidad en el mundo, además por cada muerte se produce docenas de hospitalizaciones, cientos de visitas a los servicios de emergencias y miles de consultas médicas y

que cada 5 segundos alguna persona sufría algún tipo de traumatismo como actos de violencia cometidos contra otros o contra sí mismo (OMS 2007, 2010 y 2014).

La violencia y las lesiones de causa externa, existen en todos los países, con diferencias en relación a la economía, conocimiento y facilidad de acceso a diferentes servicios, La (OMS 2007) afirma que los grupos de ingresos bajos y medios son los más afectados, por la falta de seguridad en las condiciones de vida, el trabajo y el desplazamiento, que hacen que el riesgo de lesiones y violencia sea mayor. Sabemos que al existir brechas entre los sectores debido al nivel económico, los grupos con menores ingresos son los que carecen de accesos a sistemas de prevención e incluso la falta parcial o total de asistencia médica y tratamientos para la preservación de la salud.

En el Perú se denominan LCE a la morbilidad que es causada por la violencia, el Ministerio de Salud (2007), menciona que según la encuesta de carga de enfermedad en el Perú las lesiones de causas externas representan el 12.2% de 20.8 Años de vida saludables (AVISA) por cada mil habitantes.

Las LCE, abarcan una extensa lista, entre las que se pueden incluir; a las lesiones intencionales como las no intencionales, la violencia familiar de todo tipo, los accidentes de tráfico, los intentos de suicidio y homicidio, así como también las asfixias, ahogamientos entre otros. La Dirección General de Epidemiología (2012) afirma que el Perú se afronta una situación crítica y alarmante en los últimos años, con relación a las LCE.

Las lesiones de causa externa pueden clasificarse de muchas maneras, de todas las formas posibles de clasificarlas, según la OMS y otras instituciones tales como Australian Institute of Health and welfare (AIHW) y el Instituto de Seguridad del Consumidor de Amsterdam (2004), utilizan una clasificación internacional para las lesiones de Causa externa y según la intencionalidad de la lesión es una de las maneras más sencillas de reconocerlas.

a) **SEGÚN INTENCIÓN**

- **Con intencionalidad**

Se entiende por intencionalidad, que la persona que produce el daño tiene la intención de hacerlo; dentro de esta clasificación se encuentran los daños auto infligido, agresión por terceros, otro tipo de violencia, con intención específica y no específica.

- **Auto infligida:** incluyen los suicidios, automutilaciones
- **Agresión:** incluyen lesiones que se producen por asaltos, robos, y también violencia dentro del ámbito familiar.
- **Otro tipo de violencia:** incluyen las lesiones producidas por intentar hacer cumplir la ley; no incluyen actos de guerra u otros tipos de conflictos similares, ni los arrestos a ciudadanos.
- **Con intención específica:** Se habla de la Eutanasia
- **Con intención no específica:** lesión causada por algún incidente que se desconoce.

- **Sin intencionalidad**

Se entiende sin intencionalidad a la lesión producida de manera accidental, es decir la persona no tenía la intención de provocarse u ocasionar daño. Velásquez et al. (2009) afirman que Las lesiones no intencionales, que incluyen principalmente los accidentes de tránsito y las caídas, son responsables del 13% del total de AVISA.

Dentro de las LCE tenemos al grupo de agresiones al cual se tiene como definición que agresión o violencia es el uso intencional de la fuerza física, hacia otras personas (una , dos o un grupo) o hacia uno mismo que tiene como desenlace probable algún daño físico como (heridas punzocortantes, traumatismos, etc.), también daños psicológicos y como consecuencia fatal la muerte.

Dentro de las agresiones se pueden clasificar el motivo por el cual o como es que sufrió la lesión la víctima: por fuerza contundente, por fuerza punzante o penetrante, fuerza mecánica, mecanismo térmico, amenaza a la respiración, mecanismo de lesión específico y no específico.

3.2 La violencia y las Lesiones de Causa Externa

La violencia se encuentra presente en la sociedad humana desde el inicio de los tiempos, solo basta con echar un vistazo a nuestra historia y recordar las primeras guerras, las persecuciones, asesinatos, actos terroristas entre otros actos atroces cometidos en nombre de algo llamado justicia; (krug et al., 2003) nos dice

que la violencia es una constante en la vida de todas las personas que conforman la sociedad.

Como afirma Buvinic et al. (2005) La violencia es un fenómeno complejo, multidimensional, que obedece a factores psicológicos, biológicos, económicos, sociales y culturales. Todos los fenómenos que acompañan a un comportamiento violento cruzan, de manera constante, las fronteras entre el individuo, la relación con su familia, como se desenvuelve en su comunidad y la sociedad.

La violencia es responsable casi de la mayoría de defunciones en toda Latinoamérica, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2009, en Argentina se registraron un total de 304.525 defunciones de las cuales 18.860 fueron por lesiones de causa externa, las mismas que representan un 6% del total de las defunciones. Este porcentaje representa la cuarta causa de muerte a nivel de la población general de ese país, y representa la primera causa de muerte en personas en un rango de edad entre 1 y 44 años.

En Honduras, La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud PAHO por sus siglas en inglés (PAHO, 2008) menciona que de 10 casos de violencia que se presentan 7 de ellos son protagonizados por hombres y los 3 restantes por mujeres. Esto deja evidenciado la condición de género, ya que los hombres se ven involucrados con más frecuencia en peleas o parecidos.

En los últimos tres años los rangos de edades en los cuales se encuentran las agresiones son entre los 15 a 39 años, además es importante mencionar que el 24% de los agredidos habían consumido alcohol en el momento del evento o que estaban bajo el efecto de los mismos, con un predominio de un 80% en el sexo masculino. Es importante esa información ya que el alcohol se considera el detonante y desencadenante de actitudes violentas, ya que “da valor” y disminuye la percepción del riesgo de situaciones peligrosas. (PAHO, 2008)

Dentro del mismo informe es importante mencionar que las tres principales causas de ingreso al hospital eran LCE entre las cuales los más resaltantes fueron los accidentes de tránsito y heridas por arma blanca. Así vemos por ejemplo en el año 2007 donde el sexo masculino representó el 69% de los casos (11894), el sexo femenino el 31% (5823). Comparando los tres años se observa que la frecuencia en el sexo femenino va en aumento de 27.1% en el año 2005 a casi el 33% en el 2007, (Kafati et al., 2008).

Morales (2008) menciona que Lima dejó de ser una capital sudamericana de violencia criminal moderada para pasar a una violencia criminal aguda, caracterizada por daños contra el patrimonio y la persona. Garmendia (2016), nos menciona que la toma de conciencia sobre la violencia como problema social y de salud en el Perú se inició a partir del conflicto terrorista de 1980 al 2000; y que en la actualidad los tipos de violencia más frecuentes que se producen en el Perú, van desde la política, autoinflingida, interpersonal dentro de la familia, producida a la mujer, infanto-juvenil y adultos mayores.

Perales et al. (2013), Mencionan que a nivel mundial la prevalencia de la conducta suicida fue de 39.5%, que los pensamientos de cometer suicidio fueron de un 35.2%; y que el pensar detalladamente un plan para cometerlo era de un 20%; y que solo un 8.1% intento llevarlo a cabo. El portal de la Sociedad Peruana de Prevención del Suicidio menciona que, Durante los años 2012 y 2014, en el Perú se ha registrado una prevalencia de 305 a 334 suicidios.

En el Perú uno de los tipos de violencia que más se ve a diario, es la violencia contra la mujer, en la actualidad las medidas de prevención contra este tipo de violencia van en aumento, según el portal de Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) menciona que: “La violencia contra la mujer es muy alta en el Perú, en particular la violencia psicológica que se encuentra en el rango del 70% y que no ha variado significativamente desde el año 2009”.

Según el MIMP y su informe de avances de violencia contra la mujer “En el año 2000, la violencia física a nivel nacional alcanzaba el 41.2%”; igualmente cabe resaltar que según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), en el año 2014, el promedio se redujo a 32.3% en comparación a la del 2000.

La violencia contra la mujer también abarca la violencia sexual, en el Perú según el Portal del Ministerio del Interior (MININTER, 2013) y Sistema de Denuncias Policiales (SIDPOL, 2014) nos dicen que: “Las denuncias por violencia sexual a mujeres mayores de 18 años ha fluctuado entre 1 200 a 1 600 por año en los años 2011 a 2013, la gran mayoría en el ámbito de Lima”.

Dentro de las categorías de violencia no se puede dejar de mencionar la violencia contra los niños y adolescentes, la mayoría de los casos se dan dentro del seno familiar o la familia nuclear más cercana. Cano (2006) menciona que en el año 2014, se efectuaron 11 097 denuncias de violencia familiar de personas entre las edades de 0 a 17 años, de las cuales 57.05% fueron mujeres y 42.94% varones.

3.3 La violencia y su relación con el consumo de alcohol

En la búsqueda de la comprensión de lo que ocurre cuando una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol y otras drogas, debemos tener en cuenta lo que pasa biológicamente a nuestro cuerpo y los cambios que el alcohol nos produce, Bright y Williams (2017) mencionan que la corteza pre- frontal del cerebro experimenta ciertos cambios bajo efectos del alcohol, básicamente experimenta una reducción del funcionamiento, esta parte del cerebro se encarga de la regulación del comportamiento y en la toma de decisiones de la persona, esto explicaría muchos de los cambios que se manifiestan bajo efectos del alcohol.

Queda claro que al beber alcohol disminuimos nuestra capacidad de tomar buenas decisiones y de percepción de peligro y todo eso debido a que la función de la corteza pre-frontal se encuentra inhibida por acción del alcohol. Bright y Williams (2017) refieren que la toma de decisiones equivocadas es el resultado de estar bajo efectos del alcohol, incluso actúan de manera muy diferente a la que normalmente actuarían sin alcohol en sangre, además cabe resaltar que bajo los efectos del alcohol las personas son más vulnerables y olvidan tener y tomar en cuenta las consecuencias de sus actos.

Según Mcalister (2000) estas sustancias modifican de manera drástica el procesamiento de la información y los procesos evaluativos se ven muy comprometidos, reduciendo o limitando la revisión de opciones e impidiendo el correcto raciocinio, y es por esto que muchos de los actos violentos se cometen bajo el efecto de estas sustancias, ya sean víctimas o agresores; además Markowitz^a (2000) confirma la relación que existe entre el alcohol y el crimen violento mediante estudios que se realizaron en 16 países. Laranjeiras (2005) piensa que el consumo de Alcohol, es un facilitador de situaciones de violencia, como en los homicidios, suicidios, violencia doméstica, crímenes sexuales, atropellos y accidentes, que involucran conductores alcoholizados.

Pastor et al., (2011) menciona que en Australia un 26% de hombres y el 17% de mujeres víctimas de homicidio (un hecho violento) se encontraban bebiendo antes de morir; además que los agresores presentaban factores individuales como el excesivo consumo de alcohol y una personalidad antisocial; a estos factores hay que aumentarles la alta carga publicitaria de las bebidas alcohólicas, ya que en nuestra sociedad actual es un hecho contundente que cualquier bebida alcohólica es aceptada en diversas ocasiones, un brindis por una comida, la celebración de un onomástico, etc., además de que la mayoría de agresores eran jóvenes varones, y estas situaciones se presentaban sobre todo en lugares con un ambiente muy permisivo con respecto al consumo de alcohol como son los bares y clubs nocturnos.

3.4 Disponibilidad y consumo de alcohol

Según Ray et al., (2008), en estudios realizados en Canadá, evidencian que los hechos delictivos, ocurren con mayor probabilidad en lugares cercanos a puntos de expendio de licores y también el riesgo de ser víctima de un asalto grave aumenta con la venta y consumo del alcohol, especialmente entre los adultos jóvenes urbanos; puesto que la venta de alcohol está asociado al 13% de riesgo relativo más alto de ser hospitalizado.

Según Anderson et al. (2007) y VPA (2007), en Reino Unido se asoció el aumento de la violencia con el aumento del consumo de alcohol y drogas, con el justificante de ser solo por diversión. Reino Unido es uno de los países con un elevado índice de violencia y consecuentemente, preocupado por ello cuenta con una mayor investigación con respecto a estos actos y su relación con el alcohol. Además, se indican que uno de cada cinco incidentes violentos tiene lugar en el entorno de bares o discotecas (Ker-shaw et al., 2000).

Es importante mencionar que Málaga (2009) menciona que La Ley Zanahoria produjo una disminución de las agresiones y homicidios y posible en los suicidios del Distrito de La Victoria, lográndose posteriormente la ordenanza 1568 que regula la venta y consumo de bebidas alcohólicas en Lima conocido ahora como “Hora Segura”.

3.4.1. Prevención de la disponibilidad y consumo de alcohol

Se plantean muchas soluciones para la disminución del consumo de alcohol que el cual desencadenaría un efecto de disminución a los actos de violencia, una de las soluciones que se plantea es un incremento del impuesto de la cerveza, incremento que reduciría la probabilidad de asaltos. En el caso de la cocaína, el causante de robos y otros actos de violencia son cometidos con la finalidad de obtener el auspicio económico para poder conseguirla, y esta es otra de las soluciones que se plantea, la despenalización de la marihuana y una reducción en el precio de la cocaína; sin embargo la legalización de las misma implicaría que esta suba de precio y que los consumidores se vean obligados a cometer mayores robos y asaltos para poder obtenerla. Markowitz^b (2000).

Bright y Williams (2017) mencionan que la mayoría de medios de comunicación informan de manera negativa sobre las drogas ilegales e incluso muestran como personas desagradables y denigrantes a quienes la consumen, mas sin embargo no ocurre lo mismo con el alcohol, hay escasa información de acceso sobre el alcohol y sus consecuencias en las diferentes plataformas de información y las consecuencias fatales a las que puede conducir.

Según OMS 2007, Toda estrategia de salud debe ser monitoreada por un grupo de profesionales competentes y expertos en la materia, ya que muchas de las tareas a realizarse se realizan en conjunto en equipo y las personas que lo conformen deben tener las actitudes adecuadas para poder complementarse entre

sí y realizar un trabajo eficiente y eficaz con altos porcentajes de éxito; en los casos que se necesite capacitación especial adicional se recurre a las instituciones que tengan dentro de sus funciones ofrecer cursos sobre prevención de la violencia y las lesiones.

1. Asignación de las actividades en el Ministerio de Salud

Dentro del ministerio se encuentran diferentes lugares o departamentos en donde el desarrollo de los programas de prevención contra lesiones y violencia puedan darse; ya sea en la unidad de promoción de la salud, o salud mental; sin embargo, debe quedar muy claro que independientemente de la unidad en la que estén, la entidad ministerial tiene como deber reconocer los requisitos específicos de los programas de prevención de las lesiones y la violencia.

Posteriormente luego de asignar la unidad competente la que se encuentra en promoción de la salud se hará cargo de instaurar un programa de prevención relacionada con las lesiones y la violencia, deben iniciar las coordinaciones e inclusión al desarrollo de las actividades con todas las demás unidades y departamentos pertinentes.

La OMS nos menciona que aún se encuentra en debate si es correcto combinar los esfuerzos relacionados con la prevención de las lesiones de causa externa y la violencia en una misma unidad. Básicamente se refiere a que para los diferentes tipos de lesiones y

actos de violencia, según su tipo existen diferentes sectores involucrados en la recopilación de los datos, la rapidez de toma de acción y respuesta ante el hecho, un ejemplo claro de esto son los accidentes de tránsito. (OMS, 2007)

Queda claro que los ministerios tienen la tarea de decidir qué es lo mejor para nuestro país, si integrar en un solo departamento la prevención de lesiones y violencia o tratarlo como departamentos separados; con la situación actual de nuestro país donde la violencia es con lo que despertamos día a día, es de carácter de urgencia la instauración y toma inmediata de acciones para prevenir las lesiones y violencia desde un mismo punto de partida.

2. Inclusión en las políticas y los planes nacionales de salud

Las lesiones y la violencia son causas importantes tanto de morbilidad como de mortalidad, por ello es tácito que la prevención de las mismas debe estar incluida en los planes nacionales de salud y desarrollo de cualquier país. Los objetivos principales para cualquier nación son la reducción de las lesiones y la violencia.

3. Financiamiento

Según la OMS (2007) el presupuesto para la prevención de las lesiones de causa externa y la violencia debe corresponder con el alcance y la prioridad de las actividades planificadas durante todo el

proceso de realización del programa. Queda claro que un presupuesto destinado para los programas de prevención de lesiones y violencia debe ser incluido en el presupuesto de todos los años, y debe ser incluido de manera equitativa. Existen países en los cuales reciben ayuda financiera del exterior por diferentes entidades, por ejemplo el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la OMS, el Banco Mundial entre otros.

En el Perú se han tomado acciones con motivo de la prevención de LCE y violencia con relación al alcohol, con la creación y conformación de:

- **Observatorio de lesiones fatales de causa externa – Perú**

En diciembre del año 2011, se aprobó la Ordenanza 1568, ordenanza que Establece el nuevo régimen municipal que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas de toda graduación, un año después de dicha aprobación e iniciado el proceso de monitoreo de muertes por causa externa (accidentes, homicidios y suicidios), se establece el “OBSERVATORIO DE LESIONES FATALES POR CAUSA EXTERNA”.

El Observatorio de Lesiones Fatales por causa externa formó parte de la Subgerencia de Sanidad de la Gerencia de Desarrollo Social, y cuenta con representantes de las siguientes instituciones, hasta junio de este año 2019, desde el 2016, estuvo a cargo de Gerencia de Seguridad Ciudadana:

- Instituto de Medicina Legal (IML),
- Policía Nacional del Perú (PNP),
- Dirección General de Epidemiología del MINSA, (DGE)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS),
- Comisión Nacional Para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA) y
- las Gerencias Municipales de Educación, y Deporte;
- Gerencia de Fiscalización y Control, y
- Gerencia Transporte Urbano.
- Universidad Ricardo Palma

El observatorio tiene reuniones mensuales con el fin de monitorear y verificar los cambios en homicidios, muertes en accidentes de tránsito y suicidios ya sea en disminución o aumento y encontrar la causa de estas variaciones y diseñar el abordaje de los problemas de manera conjunta para hacer recomendaciones que estén basadas en información confiable y cuenten con evidencias que las sustenten.

Con el pasar de los años, se ha observado el crecimiento de la preocupación de estos hechos. Conchan y Clavel, (2008) mencionan que se ha hecho mucho más frecuente encontrar diversas instituciones, siendo una de ellas la Organización de Naciones Unidas (ONU), quienes insistentemente presentan documentaciones como resoluciones o declaraciones llamadas a mejorar y hacer confiable la información disponible sobre las lesiones de causa externa.

Actualmente ya existen herramientas que permiten monitorear la información observada. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (como se citó en Concha et al., 2008) refiere que se ha adoptado la Clasificación Internacional de Lesiones de Causa Externa (ICECI), que en general registra la intencionalidad o no de lo ocurrido, el lugar en donde ocurrió—este dato es necesario y útil para el mapeo y referencia geográfica local—, cuál fue el objeto y el medio por el cual se produjo el trauma, que actividades desarrollaba la persona en el momento de lo ocurrido, si existía o no un vínculo entre víctima y agresor — cuando aplicara— y los factores de riesgo tales como, el consumo de alcohol o drogas y el acceso a armas de fuego; o factores de protección, como el uso de casco o cinturón de seguridad, que fueran relevantes y rodearan al hecho.

Existe evidencia de diferentes políticas públicas saludables, para disminuir los accidentes relacionados con el consumo de alcohol. Málaga (2009) menciona que existen algunas políticas saludables en países anglosajones dirigidas a la reducción de conductores que en el pasado han manejado ebrios, se analizaron hechos como el número de horas de control, el periodo de intervención en relación

a su efectividad, tipo de penalidad sobre las licencias con castigo, versus castigo solamente, pudiéndose encontrar una reducción entre el 7 y 9% de bebedores repetidores y accidentes relacionados con el alcohol. Este ejemplo muestra que un buen manejo de políticas saludables lleva a resultados positivos en lo que se refiere al control y reducción de la violencia. La restricción de horarios de expendio de licor ha tenido resultados muy favorables en lima Metropolitana (Málaga, H.et al 2018).

JUSTIFICACIÓN

Dentro de Lima Metropolitana, datos del instituto de medicina legal y ciencias forenses manejados por el Observatorio de muertes evitables y seguridad ciudadana se compararon las tasas de muerte por distritos y se encontró que Miraflores registró 31 muertes violentas, lo que representó una tasa de 37 por 100 000 habitantes, lo que le da el segundo puesto en la tasa de muertes evitables después del distrito del agustino. (Municipalidad Metropolitana de Lima, 2015, p.9); aunque análisis posteriores en donde se especificó el lugar del incidente, demostró que en relación a las muertes violentas son debidas a que el centro de emergencias médicas recibe incidentes de otros distritos también pero este está situado en Miraflores. (OBMESEC-205-2017); datos que hacen suponer que el hecho de estar dentro del distrito sin necesidad de ser residente del mismo puede hacernos propensos a que nos ocurra un evento violento que ocasione alguna Lesión de causa externa que pueden o no acabar en lesiones fatales.

Miraflores es uno de los distritos como lo describen en su propio portal de internet como una ciudad turística por excelencia; que cuenta con modernos centros comerciales, clubes y restaurantes, hoteles de primera categoría, tiendas artesanales, galerías de arte, teatros y centros recreacionales de diversa índole, sin mencionar a sus malecones, además distingue también por su vida nocturna pues abren sus puertas al caer el sol, locales que ofrecen diversas variedades de espectáculos, tales como peñas, discotecas, teatros, cines, bares, entre otros, (La

Ciudad—Municipalidad de Miraflores, 2019); con tanto atractivo cultural, festejo, diversión y la diversidad de actividades recreativas que se ofrece en el distrito, no se admira que gran cantidad de jóvenes adultos, adultos elijan ese distrito como punto de reunión y lugar donde encontrar diversión; debido a todas estas características es factible suponer que existe una relación causal entre la cercanía de un lugar con expendio de alcohol, la disponibilidad del mismo y su consumo; con respecto a la violencia y las lesiones de causa externa que se requieren evaluar.

Esta información base permite reconocer que la violencia y las lesiones consecuentes representan una importante amenaza para la salud, las cuales se han relacionado con el expendio, disponibilidad y consumo de alcohol. Por ello es importante evidenciar que los actos de violencia y las lesiones que se presentan a partir de ellas se relacionan con la presencia de lugares de expendio y la disponibilidad de licor a fin de que las autoridades regulatorias tomen en consideración esta información a fin de mitigar la actual problemática y evitar desenlaces que bien pueden ser prevenibles.

La responsabilidad de las autoridades es enfrentar este tipo de problemas y para ello es necesario tener las evidencias que respalden las medidas que se tomen. Una de las medidas estaría dirigida a reforzar el sistema de vigilancia sobre el expendio de bebidas alcohólicas, y mejorar las ordenanzas ya existentes, de encontrarse estas relacionadas o incluirlas de forma preventiva.

OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo general

- Describir la asociación entre el consumo de alcohol con las características demográficas y temporales de los lesionados por causa externa atendidos en el Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa y relacionar geográficamente las denuncias realizadas por los lesionados en la comisaria con la disponibilidad de alcohol en el distrito de Miraflores durante el periodo 2014-2016.

1.1.2. Objetivos específicos

- Describir las características demográficas (edad y sexo) y temporales (año, mes, día y hora) de los casos atendidos por lesiones de causa externa en el hospital de Emergencia Casimiro Ulloa en el periodo de estudio.
- Identificar la asociación entre las características demográficas (edad y sexo) y temporales (año, mes, día y hora) con la presencia del alcohol en paciente.
- Describir la relación de la distribución geográfica de los casos de lesiones de causa externa denunciados a la comisaria con la disponibilidad de alcohol en el distrito.

METODOLOGÍA

2.1. Lugar de estudio

El estudio se realizó en el distrito de Miraflores, que es un distrito moderno y turístico; cuenta con una extensión territorial es de 9.62 Km² y limita con los distritos de: San Isidro por el norte, Barranco por el sur, Surquillo y Surco por el Este y con el Océano Pacífico por el oeste. Para el concepto de Seguridad Ciudadana el distrito se encuentra dividido en 14 zonas y estas a su vez divididas en un total de 40 cuadrantes. Miraflores se encuentra a 79 m.s.n.m.; latitud: 12° 06' 51" SUR: Longitud 77°03'27" oeste de Greenwich.

2.2. Tipo de investigación

La investigación corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo de historias clínicas de personas atendidas por LCE en el Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa (HECU) e información de fuentes secundarias correspondiente a lesionados que hicieron denuncia policial en la comisaría del distrito en el periodo 2014-2016.

2.3. Población Objetivo

La población objetivo estuvo conformada por las historias clínicas de personas que acudieron por lesiones de causa externa y fueron atendidos en el HECU entre los años 2014 y 2016.

2.4. Tamaño de muestra

Todas las fichas clínicas de pacientes que fueron atendidos por lesiones de causa externa en el HECU bajo o no efectos de alcohol en el periodo 2014-2016.

2.5. Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión; Paciente ingresado al HECU, por lesión de causa externa, registrado como agresión intencional (golpizas, heridas por arma de fuego, por arma blanca, heridas punzocortantes), durante los años 2014-2016.
- Exclusión: pacientes referidos de otras instituciones, o por continuación de tratamientos y que no hayan sido atendidos en el HECU por lesiones de causa externa, ni lesiones por accidentes de tránsito y suicidios.

2.6. Procesamiento de muestras o datos

Para el estudio de ingresos por lesiones de causa externa se revisó el Archivo Central del HECU, en busca de lesiones de causa externa, no se seguirán los ingresos, para verificar si estos concluían en alta inmediatamente, internación o fallecimiento.

La base de datos se elaboró en planillas manuales, las que se vaciaron al programa Excel. A base de datos incluyo la siguiente información: día y hora de ingreso, sexo, edad y distrito donde reside, la clase de accidente y lugar de

ocurrencia. Con respecto a la edad, esta se clasifico en cinco categorías, categoría 1 (de 0 a 20 años), categoría 2 (de 21 años a 29 años), categoría 3 (de 30 a 38 años), categoría 4 (de 39 años a 46 años), categoría 5 (de 47 años a 55 años) y la categoría 6 (de 56 años a más); Con respecto a la hora de llegada esta se clasifico en cuatro categorías, categoría 1 (desde las 00:01 – 06:00), categoría 2 (desde las 06:01 - 12:00), categoría 3 (desde las 12:01 – 18:00) y la categoría 4 (desde las 18:01- 00:00); En relación a la categorización del paciente se consideraron tres categorías, los que fueron víctimas de asalto, los que sufrieron agresiones por peleas o grescas y los que llegaron al hospital por intoxicación alcohólica y con respecto al tipo de lesión de causa externa por cual fueron atendidos los pacientes, esta se clasifico en tres categorías, que son Contusión, herida cortante y lesión por arma de fuego.

Posteriormente, se revisó la base de datos de las denuncias hechas en la comisaría del Distrito de Miraflores, para cotejar cuantas de las atenciones medidas realizadas tenían una denuncia con relación a la violencia; en dicha base de datos se encontraron las direcciones de donde ocurrieron los hechos violentos, donde solo 63 de los 2237 tenían puesta una denuncia; luego con el GPS, se marcó el punto de geo-localización del accidente o hecho y se registró en el mapa del distrito mediante en el programa @GIS.

Luego se analizó la base de datos de todos los locales comerciales con la licencia de funcionamiento y venta de alcohol brindados por la municipalidad distrital de Miraflores, la cual de clasificaron por zonas, y si eran solo de venta o

de consumo y venta para posteriormente con sus direcciones crear un punto GPS que fueron insertados en el mapa distrital de Miraflores y se realizó el cálculo de la distancia en donde ocurrió la lesión y la ubicación de la cantidad disponible de alcohol en el sector.

2.7. Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación de Comité de Ética Institucional de la universidad Peruana Cayetano Heredia (Constancia 737-13-16) y del HECU, así como el permiso del archivo central de la misma y los permisos correspondientes tanto como de la municipalidad y la comisaria distrital.

2.8. Plan de análisis de datos

Los resultados de las lesiones de causa externa obtenidos de las HC del HCU fueron resumidas mediante estadística descriptiva según variables demográficas de los accidentados.

La asociación entre la presentación de lesiones de causa externa (edad, sexo) y su patrón de ocurrencia temporal (año, mes y día de semana) y geográfica (cercanía local con expendio de alcohol), mediante una prueba de regresión logística. En las comparaciones, hemos aplicado el test de X^2 , para medir la asociación entre las categorías claves y la fuerza de la asociación fue medida por la razón de desigualdades (OR). Para el procesamiento de la información, hemos aplicado el paquete estadístico SPSS.

Se graficó el comportamiento temporal y espacial de las lesiones de causa externa en relación a la ubicación de locales con expendio de alcohol mediante el uso del programa @GIS. Se realizó una ubicación de un punto GPS para cada lugar con venta y/o consumo de alcohol y de los lugares en donde ocurrieron los siniestros, para posteriormente realizar análisis de Densidad de Kernel para ubicar los lugares donde se concentraban LCE y su relación con la distancia de los lugares de consumo y venta de alcohol.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 2237 historias clínicas de pacientes que sufrieron lesiones de causa externa por motivo de violencia dentro del distrito de Miraflores y que acudieron al Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa para su atención. Del total de casos, el 16.09% (360/2237) son mujeres y el 83.91% (1877/2237) son hombres. El detalle de la variable se presenta en la tabla1.

En relación a la edad el 15.18% (339/2233) de las personas se encontraban entre 15 a 20 años, el 35.06 % (783/2233) entre 21 a 29 años, el 21.18% (473/2233) entre 30 a 38 años, el 13.75 % (307/2233) entre 39 a 46 años, el 8.28% (185/2233) entre 47 a 55 años y el 6.54 % (146/2233) de 56 a más años. El detalle de la variable se presenta en la tabla1.

Con respecto a la presencia de alcohol en los pacientes de LCE, el 98.25% (2192/2231) del total de historias clínicas analizadas no presentaban signos de ebriedad al llegar al hospital y el 1.75% (39/2231) presentaban signos de ebriedad al llegar al hospital. El detalle de la variable se presenta en la tabla1.

Con respecto a la hora ocurrencia, solo el 28.69% (600/2091) llegaron entre las 00:01am y las 06:00am; el 25.20 % (527/2091) llegaron entre las 06:01am y las 12:00pm; el 23.05% (482/2091) llegaron entre las 12:01pm y las 18:00 pm y el 29.27 % (612/2091) entre las 18:01pm y las 00:00am. El detalle de la distribución de las variables se presenta en la tabla 1.

Tabla1.- Características demográficas y temporales de los pacientes atendidos por lesiones de causa externa del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.

VARIABLES		N°	%
Sexo (n=2237)	Femenino	360	16.09
	Masculino	1877	83.91
Edad (n=2233)	15 a 20 años	339	15.18
	21 a 29 años	783	35.06
	30 a 38 años	473	21.18
	39 a 46 años	307	13.75
	47 a 55 años	185	8.28
	más de 56 años	146	6.54
	Brazos y piernas	384	17.17
Ubicación de LCE (n=2237)	Cabeza-Nariz	1086	48.55
	Múltiples zonas	415	18.55
	Región toraco-abdominal	202	9.03
	TEC	150	6.71
Tipo de LCE (n=2237)	Asalto	523	23.38
	Agresión	1714	76.62
Presencia de alcohol (n=2231)	No	2192	98.25
	Si	39	1.75
Año (n=2237)	2014	818	36.57
	2015	646	28.88
	2016	773	34.56
Trimestre (n=2237)	Mar-Abr-May	501	22.40
	Dic-Ene-Feb	623	27.85
	Jun-Jul-Ago	598	26.73
	Set-Oct-Nov	515	23.02
	Lunes	296	13.23
Día (n= 2237)	Martes	213	9.52
	Miércoles	217	9.70
	Jueves	262	11.71
	Viernes	272	12.16
	Sábado	409	18.28
	Domingo	568	25.39
	00:01-06:00	600	27.01
Hora (n=2221)	06:01-12:00	527	23.73
	12:01-18:00	482	21.70
	18:01-00:00	612	27.56
Tipo de LCE (n=2237)	Contusión	880	39.34
	Herida cortante	1352	60.44
	Lesión por arma de fuego	5	0.22

En relación al origen de las LCE, del total de historias analizadas el 23.38% (523/2237) corresponden a personas que fueron víctimas de asalto, el 76.62% (1714/2237) corresponden a la agresión por terceras personas. El detalle de la distribución de la variable categorización del paciente se presenta en la tabla 1.

Con respecto al tipo de lesión de causa externa por cual fueron atendidos los pacientes, del total general solo el 39.34% (880/2237) fueron contusiones; el 60.44 % (1352/2237) fueron por herida cortantes de diferente índole; el 0.22% (5/2237) fueron ocasionadas por arma de fuego. Se analizó también la ubicación de la LCE en el cuerpo de las víctimas; el 48.55% (1086/2237) de las lesiones se ubicaban en la zona de la cabeza y nariz, y el 17.17% (384/2237) son las lesiones en brazos y piernas. El detalle de la distribución de la variable categorización del paciente se presenta en la tabla 1.

De los 2237 casos analizados con respecto a el día de ocurrencia, el 13.23% (296/2237) ocurrieron el día lunes, el 9.52% (213/2237) ocurrieron el día martes, el 9.7% (217/2237) ocurrieron los días miércoles, el 11.71% (262/2237) sucedieron los días jueves, el 12.16 % (272/2237) ocurrieron los días viernes, el 18.28% (409/2237) de la totalidad de los casos ocurrieron el día sábado y el 25.39% (568/2237) tuvieron ocurrencia el día domingo, en general hablamos de un 44.16 % (988/2237) ocurrieron en los días de semana de lunes a jueves y el 55.83 % (1249/2237) ocurrieron los fines de semana. El detalle de la distribución de la variable categorización del paciente se presenta en la tabla 1.

Con respecto a los meses en los que ocurrieron las LCE, del total general el 9.97% (223/2237) ocurrieron en enero, el 10.15% (227/2237) ocurrieron en el mes de febrero, el 9.79% (219/2237) ocurrieron en el mes de marzo, el 5.95% (133/2237) ocurrieron en el mes de abril, el 6.66% (149/2237) ocurrieron en el mes de mayo, el 7.02% (157/2237) ocurrieron en el mes de junio, el 8.72% (195/2237) ocurrieron en el mes de julio, el 11.0% (246/2237) ocurrieron en el mes de agosto, el 9.3% (208/2237) ocurrieron en el mes de setiembre, el 6.75% (151/2237) ocurrieron en el mes de octubre, el 6.97% (156/2237) ocurrieron en el mes de noviembre y el 7.73% (173/2237) ocurrieron en el mes de diciembre). El detalle de la presentación de la variable distribución por mes según los años de ocurrencia se presenta en la tabla 2.

Tabla 2.- Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa por meses de ocurrencia entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.

MESES	2014		2015		2016		TOTAL GENERAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Enero	60	7.33	66	10.22	97	12.55	223	9.97
Febrero	68	8.31	65	10.06	94	12.16	227	10.15
Marzo	48	5.87	79	12.23	92	11.90	219	9.79
Abril	32	3.91	47	7.28	54	6.99	133	5.95
Mayo	36	4.40	53	8.20	60	7.76	149	6.66
Junio	25	3.06	70	10.84	62	8.02	157	7.02
Julio	93	11.37	41	6.35	61	7.89	195	8.72
Agosto	127	15.53	49	7.59	70	9.06	246	11.00
Setiembre	103	12.59	45	6.97	60	7.76	208	7.73
Octubre	68	8.31	33	5.11	50	6.47	151	9.30
Noviembre	70	8.56	56	8.67	30	3.88	156	6.75
Diciembre	88	10.76	42	6.50	43	5.56	173	6.97
Total general	818	100	646	100	773	100	2237	100

Con respecto al tipo de acompañante con quien llega la víctima, el 46.89% (1049/2237) llegó por cuenta propia, es decir llegó a ser atendido sin ningún tipo de acompañante, el 10.19% (228/2237) llegó acompañado por un amigo al centro de salud y otro 10.06% (250/2237) llegó acompañado por su madre a ser atendido. El detalle de la variable Tipo de acompañante se presenta en la tabla 3.

Tabla 3.- Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa por tipo de acompañante entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.

ACOMPañANTE DE PACIENTE CON LCE	2014		2015		2016		TOTAL GENERAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Solo (a)	342	41.81	323	50.00	384	49.68	1049	46.89
Madre	93	11.37	59	9.13	76	9.83	228	10.19
Amigo (a)	95	11.61	52	8.05	78	10.09	225	10.06
Hermano (a)	76	9.29	60	9.29	51	6.60	187	8.36
Espos(a)	51	6.23	34	5.26	50	6.47	135	6.03
Otros	161	19.68	118	18.27	134	17.34	413	18.46
Total general	818	100.00	646	100.00	773	100.00	2237	100.00

Así mismo se analizó la ubicación de la lesiones con respecto al género por año; en el año 2014 se observa que la mayoría de lesiones de causa externa por violencia se da con mayor frecuencia en personas del género masculino; 116 casos femeninos contra 702 casos en el género masculino, el 36.21% (42/116) tenían como ubicación la Cabeza y la nariz en las mujeres y el 54.13% (380/702) en la misma ubicación en los varones.

En el año 2015 se aprecia que son 111 casos femeninos contra 535 casos en el sexo masculino; el 37.84% (42/111) tenían como ubicación la Cabeza y la nariz en las mujeres y el 54.02% (289/535) en la misma ubicación en los varones y por último en el año 2016 se presentan 133 casos de lesiones en mujeres y 640 casos en los varones; el 35.34% (47/133) tenían múltiples zonas como ubicación en las mujeres y el 45.78% (293/640) en la cabeza y nariz en los varones. El detalle de las diferentes ubicaciones de las LCE según año de ocurrencia se presenta a detalle en la tabla 4.

Tabla 4.- Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa por ubicación de lesiones de causa externa según sexo entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.

UBICACION DE LA LCE	2014				2015				2016				TOTAL GENERAL	
	FEMENIN		MASCULIN		FEMENIN		MASCULIN		FEMENIN		MASCULIN		N°	%
	O		O		O		O		O		O			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Brazos y piernas	22	18.97	124	17.66	19	17.12	89	16.64	23	17.29	107	16.72	384	17.17
Cabeza-Nariz	42	36.21	380	54.13	42	37.84	289	54.02	40	30.08	293	45.78	1086	48.55
Múltiples zonas	26	22.41	99	14.10	30	27.03	87	16.26	47	35.34	126	19.69	415	18.55
Región toraco-abdominal	13	11.21	69	9.83	10	9.01	40	7.48	11	8.27	59	9.22	202	9.03
TEC	13	11.21	30	4.27	10	9.01	30	5.61	12	9.02	55	8.59	150	6.71
Total general	116	100.00	702	100.00	111	100.00	535	100.00	133	100.00	640	100.00	2237	100.00

Con respecto al tipo de clasificación de LCE según el sexo con respecto a la edad, podemos ver que de las mujeres el 38.06 % (137/360) que sufrieron LCE se encontraban entre los 21 a 29 años, siendo en ese rango etario las heridas cortantes el tipo de LCE más frecuente 39.87 % (61/153). En Varones el 34.49 % (646/1873) que sufrieron LCE se encontraban entre los 21 a 29 años, siendo en ese rango etario las heridas cortantes el tipo de LCE más frecuente 36.42 % (436/1197). Es importante mencionar que todas las lesiones a causas de un arma de fuego se dieron en varones entre los 15 a 29 años. El detalle de la variable tipo de LCE por sexo según edad se presenta en la tabla 5.

Tabla 5.- Distribución de los pacientes por lesiones de causa externa del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa por tipo de lesiones de causa externa según edad entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.

VARIABLES	CONTUSION		HERIDA CORTANTE		LESION POR ARMA DE FUEGO		Total general	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FEMENINO								
15 a 20 años	18	8.70	21	13.73	-	-	39	10.83
21 a 29 años	76	36.71	61	39.87	-	-	137	38.06
30 a 38 años	32	15.46	25	16.34	-	-	57	15.83
39 a 46 años	31	14.98	24	15.69	-	-	55	15.28
47 a 55 años	23	11.11	11	7.19	-	-	34	9.44
más de 56 años	27	13.04	11	7.19	-	-	38	10.56
Total	207	100.00	153	100.00	-	-	360	100.00
MASCULINO								
15 a 20 años	96	14.31	201	16.79	3	60.00	300	16.02
21 a 29 años	208	31.00	436	36.42	2	40.00	646	34.49
30 a 38 años	158	23.55	258	21.55	-	-	416	22.21
39 a 46 años	104	15.50	148	12.36	-	-	252	13.45
47 a 55 años	67	9.99	84	7.02	-	-	151	8.06
más de 56 años	38	5.66	70	5.85	-	-	108	5.77
Total	671	100.00	1197	100.00	5	100.00	1873	100.00

Se realizaron las pruebas de regresión logística (ODD RATIOS) para las diferentes variables con relación a la presencia de alcohol y al tipo de LCE ; por cada paciente que llegue a atenderse por lesión de causa externa, es 6.41 veces más probable que sea un paciente varón con presencia de alcohol a que sea una mujer.

También se encontró la asociación entre atender a un paciente por lesión de causa externa con presencia de alcohol era 5.2 veces más probable en el año 2014 y de 2.6 veces más probable en el año 2016 en relación al año 2015 y que es más probable que se pueda sufrir una lesión de causa externa con presencia de alcohol en los meses de Diciembre- Enero- Febrero en relación a los meses Marzo-Abril-Mayo.

Con relación a la asociación con relación a los días de semana, es 2.7 veces más probable que la lesión de causa externa ocurra los día domingo que entre los días de semana y es 2,32 veces más probable que una lesión de causa externa con presencia de alcohol ocurra entre los días jueves a domingo que entre los días lunes y miércoles.

Las lesiones de causa externa debido a la violencia evidencian, asociaciones significativas a la presencia de alcohol y al tipo de LCE con relación a las variables sexo, edad, año, trimestres, días y horas de ocurrencia, los detalles se muestran en las tablas 6 y 7.

Tabla 6.- Cuantificación de la asociación entre variables demográficas y temporales con la presencia de alcohol en pacientes de lesiones de causa externa entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú

VARIABLE	ESTRATO	TOTAL	PRESENCIA DE ALCOHOL				OR	IC 95%		SIGNIFICANCIA	
			NO	%	SI	%					
SEXO (N=2237)	FEMENINO	360	359	99.72	1*	0.28	1			0.048	0.048
	MASCULINO	1877	1839	97.98	38	2.02	7.418	1.015	54.203		
EDAD (N=2233)	DE 15 A 38 AÑOS	638	623	97.65	15	2.35	1.576	0.821	3.024	0.171	0.171
	DE 38.1 A MAS	1595	1571	98.50	24	1.50	1	-	-		
AÑO (N=2237)	2014	646	643	99.54	3	0.46	1	-	-		0.03
	2015	818	795	97.19	23	2.81	6.201	1.854	20.745	0.008	-
	2016	773	760	98.32	13	1.68	3.666	1.04	12.922		0.043
Trimestre (N= 2237)	Mar-Abr-May	501	500	99.80	1*	0.20	1	-	-		-
	Dic-Ene-Feb	623	610	97.91	13	2.09	10.656	1.389	81.735	0.108	0.023
	Jun-Jul-Ago	598	586	97.99	12	2.01	10.239	1.327	79.018		0.026
	Set-Oct-Nov	515	502	97.48	13	2.52	12.948	1.687	99.353		0.014
DÍA DE SEMANA (N=2237)	Lun-Mar-Mie	726	721	99.31	5	0.69	1	-	-	0.013	-
	Jue-Vie-Sab-Dom	1511	1477	97.75	34	2.25	3.319	1.293	8.523		0.013

*Altamente significativo (<0.05) según prueba exacta de Fisher.

Tabla 7.- Cuantificación de la asociación entre variables demográficas y temporales con las lesiones de causa externa entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.

VARIABLE	ESTRATO	TOTAL	LCE				OR	IC 95%		SIGNIFICANCIA	
			CONTUSION	%	HERIDA CORTANTE	%					
Sexo (n=2237)	Femenino	360	207	57.50	153	42.50	1	-	-	0.005	-
	Masculino	1877	678	36.12	1199	63.88	2.42	1.925	3.044		0.005
Edad(n=2233)	De 15 a 38 años	638	290	45.45	348	54.55	1.43	1.185	1.719	0.022	-
	De 38.1 a mas	1595	588	36.87	1007	63.13	1	-	-		0.022
Causa De LCE (n=2237)	Asalto	523	150	28.68	373	71.32	1	-	-	<0.05	-
	Agresión	1714	735	42.88	979	57.12	1.91	1.544	2.366		<0.05
Hora(n=2221)	00:01-06:00	600	203	33.83	397	66.17	1.445	1.144	1.824	0.011	0.002
	06:01-12:00	527	216	40.99	311	59.01	1.063	0.84	1.347		0.61
	12:01-18:00	482	196	40.66	286	59.34	1.078	0.846	1.373		0.544
	18:01-00:00	612	260	42.48	352	57.52	1	-	-		-
Año(n=2237)	2014	818	296	36.19	522	63.81	1.179	0.953	1.458	0.037	0.129
	2015	646	258	39.94	388	60.06	1	-	-		-
	2016	773	331	42.82	442	57.18	0.907	0.733	1.122		0.368
Día de semana(n=2237)	Lun-Mar-Mier	726	308	42.42	418	57.58	1	-	-	0.038	-
	Jue-Vie-Sab-Dom	1511	572	37.86	939	62.14	1.21	1.01	1.448		0.038
Presencia de Alcohol (n=2237)	No	2198	866	39.40	1332	60.60	1	-	-	0.637	-
	Si	39	14	35.90	25	64.10	1.172	0.606	2.267		0.637

Se cuantificaron los locales con permiso de venta de alcohol dentro del distrito de Miraflores, con locales de solo venta, venta y consumo. El detalle de la información se presenta en la tabla 8.

Tabla 8.- Distribución de locales con venta y consume de alcohol en el distrito de Miraflores según sectores. Lima 204-2016.

CLASIFICACION	N°	%
DEPOSITO	1	0.27
VENTA	139	37.47
VENTA Y CONSUMO	196	52.83
VENTA y CONSUMO Y BAILE	35	9.43
Total general	371	100.00

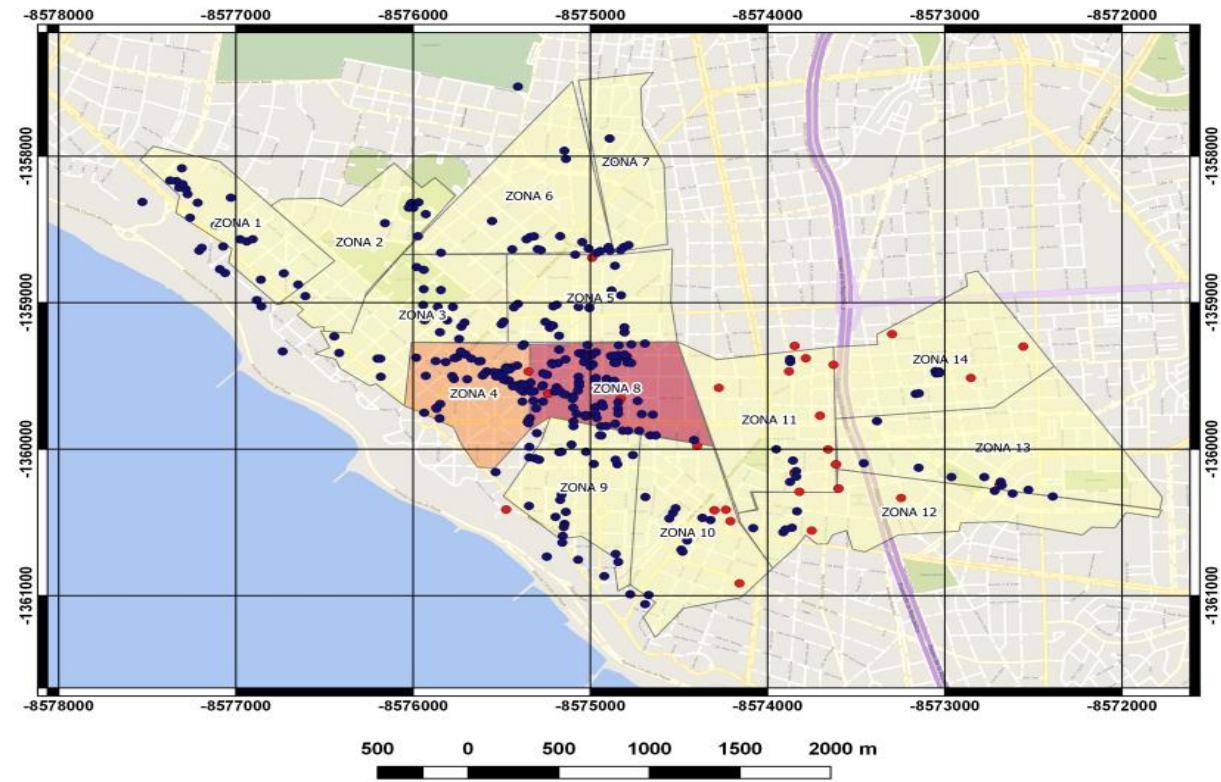
Dentro de la base se utilizó el parámetro de lugar de ocurrencia de la LCE; solo 63 de las víctimas de agresiones o asaltos presentaban una denuncia en la comisaría local de Miraflores; se puede apreciar el lugar de ubicación donde ocurrieron las LCE y la ubicación de los locales con venta y consumo de alcohol dentro del distrito de Miraflores. También podemos apreciar las zonas en las que está dividido del distrito de Miraflores que son 14. Los detalles de la distribución de la variable se presentan en la tabla 9.

Tabla 9- Distribución de las agresiones denunciadas de paciente de lesiones de causa externa del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa por sector y locales de venta y consumo de alcohol entre los años 2014-2016. Miraflores, Lima – Perú.

SECTORES Del distrito de MIRAFLORES	Locales con venta y consumo de alcohol		Agresiones denunciadas	
	N°	%	N°	%
1	10	4.33	0	0
2	4	1.73	0	0
3	15	6.49	0	0
4	47	20.35	1	1.59
5	17	7.36	1	1.59
6	7	3.03	0	0
7	6	2.6	0	0
8	72	31.17	3	4.76
9	31	13.42	2	3.17
10	4	1.73	6	9.52
11	3	1.3	11	17.46
12	3	1.3	34	53.97
13	8	3.46	0	0
14	4	1.73	5	7.94
Total	231	100	63	100

$$R = -0.216326925$$

Según la relación de locales con venta de licores dentro del distrito de Miraflores, se registraron 371 locales con el permiso correspondiente. Se presentan mapas colorimétricos para diferenciar las zonas con mayor puntos de venta y consumo de alcohol (figura 1); se observa que en la zona 8 de este distrito existen entre 85 a más locales de venta y consumo de alcohol; le sigue la zona 4 con más de 46 pero menos de 85 locales con venta y expendio de alcohol.



Leyenda

- Lugares de Venta - Consumo de Alcohol
 - Accidentes: Lesiones Leves - Moderadas - Graves
- Zonas de Miraflores - Lugares de Venta - Consumo de Alcohol
- 6 - 26
 - 26 - 46
 - 46 - 65
 - 65 - 85
 - 85 - 105
- Bing Road
Google Streets

Figura 1. Distribución de las denuncias de lesiones de causa externa y lugares de expendio de alcohol en los años 2014 – 2016. Distrito de Miraflores, Lima – Perú.

En la figura 2 se observa los mapas de calor para determinar las zonas específicas donde se presentaron las agresiones. En este se marcó un punto caliente cuando más de 3 casos se daban en la misma zona; se puede apreciar que las LCE leves se condensan en el límite de las Zonas 11, 12 y 13 que resulta ser un cruce de dos avenidas principales (Avenida Alfredo Benavides cruce con Republica de Panamá y avenida Roosevelt) y otras pocas en diferentes sectores, pero todas a razón de 500 metros de distancia de las zonas con mayor puntos de venta y consumo de alcohol.

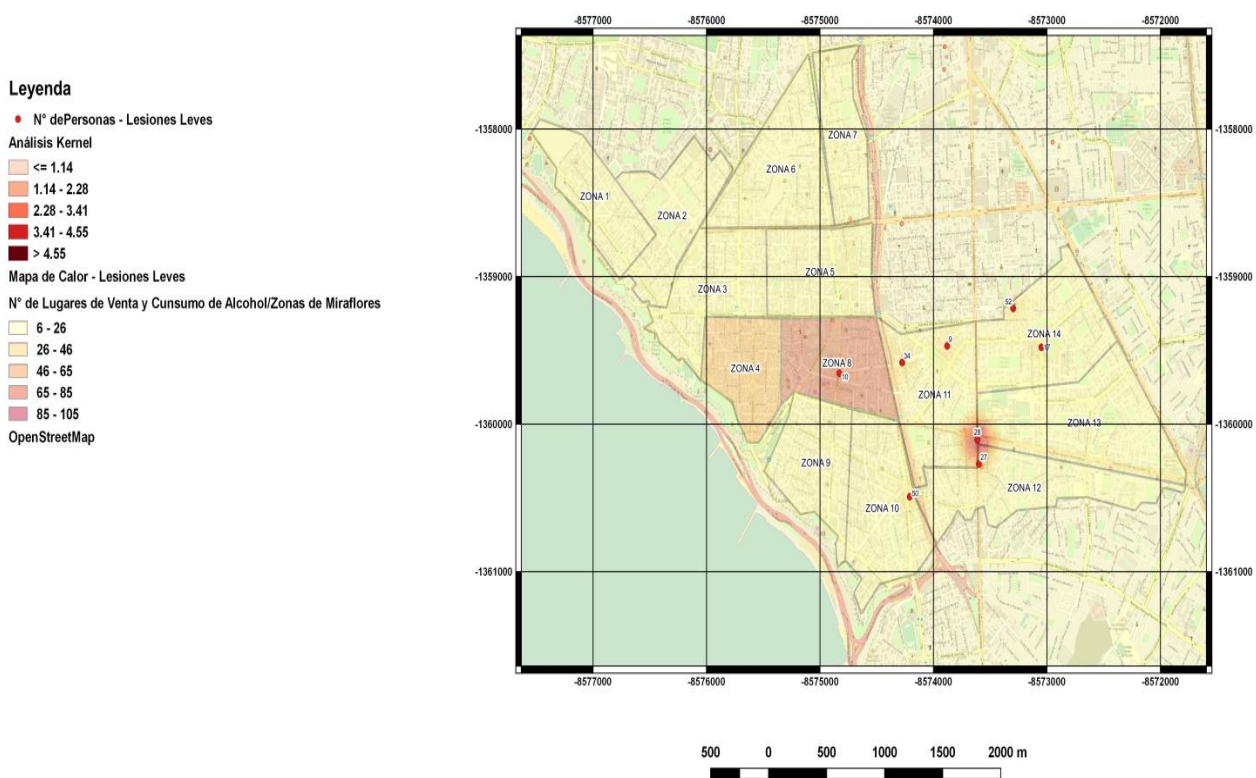


Figura 2. Distribución de casos de lesiones de causa externas leves según lugar de ocurrencia. Años 2014 – 2016, distrito de Miraflores, Lima – Perú.

La primera en la Calle Berlín; calle que se encuentra entre el límite de las zonas 4 y 8, zonas marcadas como zonas con mayor punto de venta de alcohol; otro punto caliente entre la zona 8 y 9 cerca de la avenida Paseo de la Republica (cerca de la estación Benavides), otro punto caliente en el límite entre la zona 10 y 11 que corresponde a la Avenida paseo de la Republica, cerca de la estación del metropolitano 28 de julio, otros puntos caliente en la Zona 11 y Zona 14 en la avenida Andrés Avelino Cáceres, zona limítrofe con el distrito de Surquillo y la avenida Roca y Bologña cruce con Republica de Panamá correspondientemente y nuevamente entre las zonas 11, 12 y 13 el mayor número de asaltos con agresiones en la Avenida Alfredo Benavides cruce con Republica de Panamá y avenida Roosevelt. . Las LCE moderadas a graves muestran que tienen diferentes puntos de calor (figura3).

Con relación a la edad de las personas que denunciaron asaltos o agresiones se encuentra que los agraviados se encontraban entre 21 a 29 años, el 36.5% (23/62) y entre 30 a 38 años, el 25.4% (16/62); más del 70% (45/63) de las denuncias de agresiones por asaltos por terceras personas ocurrieron cerca de una avenida principal que sirve como paradero de buses con diferentes rutas. Lo que indica una dependencia espacial entre los casos de asaltos con agresiones denunciados indistintamente de la edad de los agraviados a 200 metros de la avenida principal. Los conglomerados de agresiones según rangos etarios se aprecian en la figura 4.

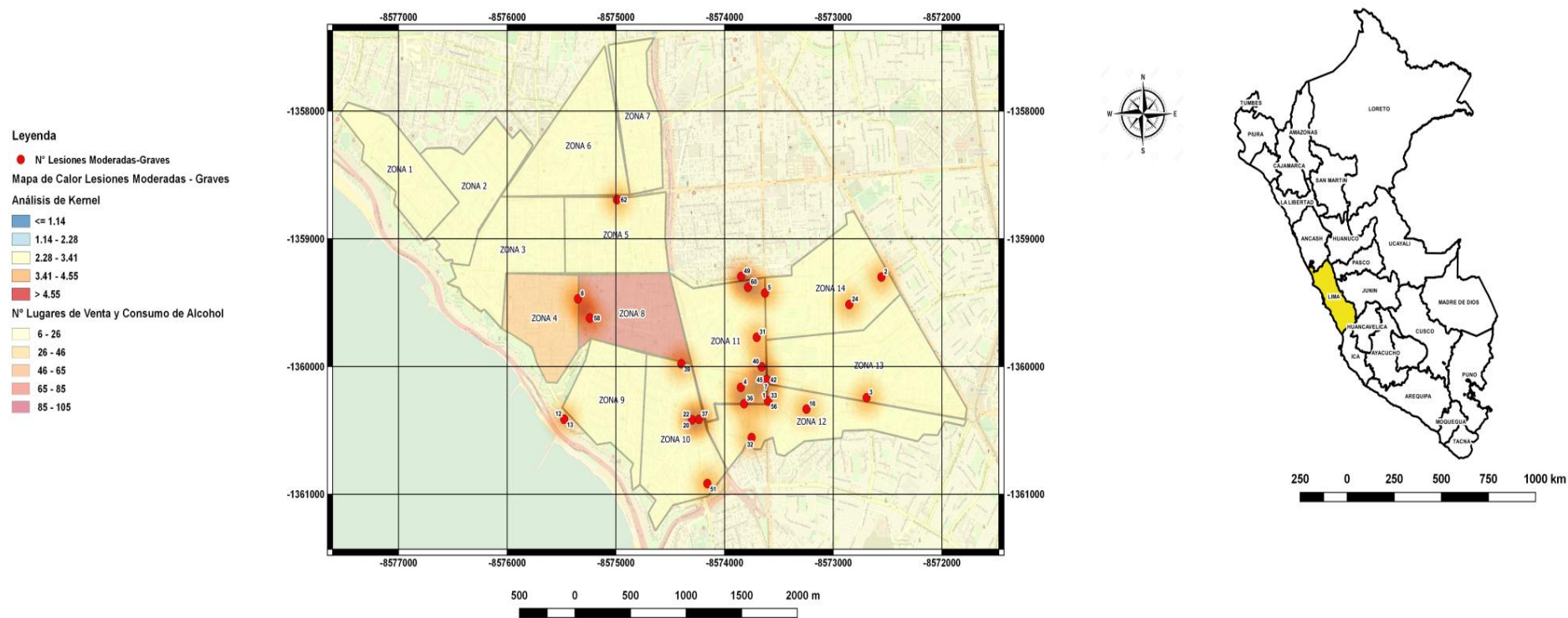


Figura 3. Distribución de casos de lesiones de causa externas moderadas y graves según lugar de ocurrencia. Años 2014 – 2016, distrito de Miraflores, Lima – Perú.

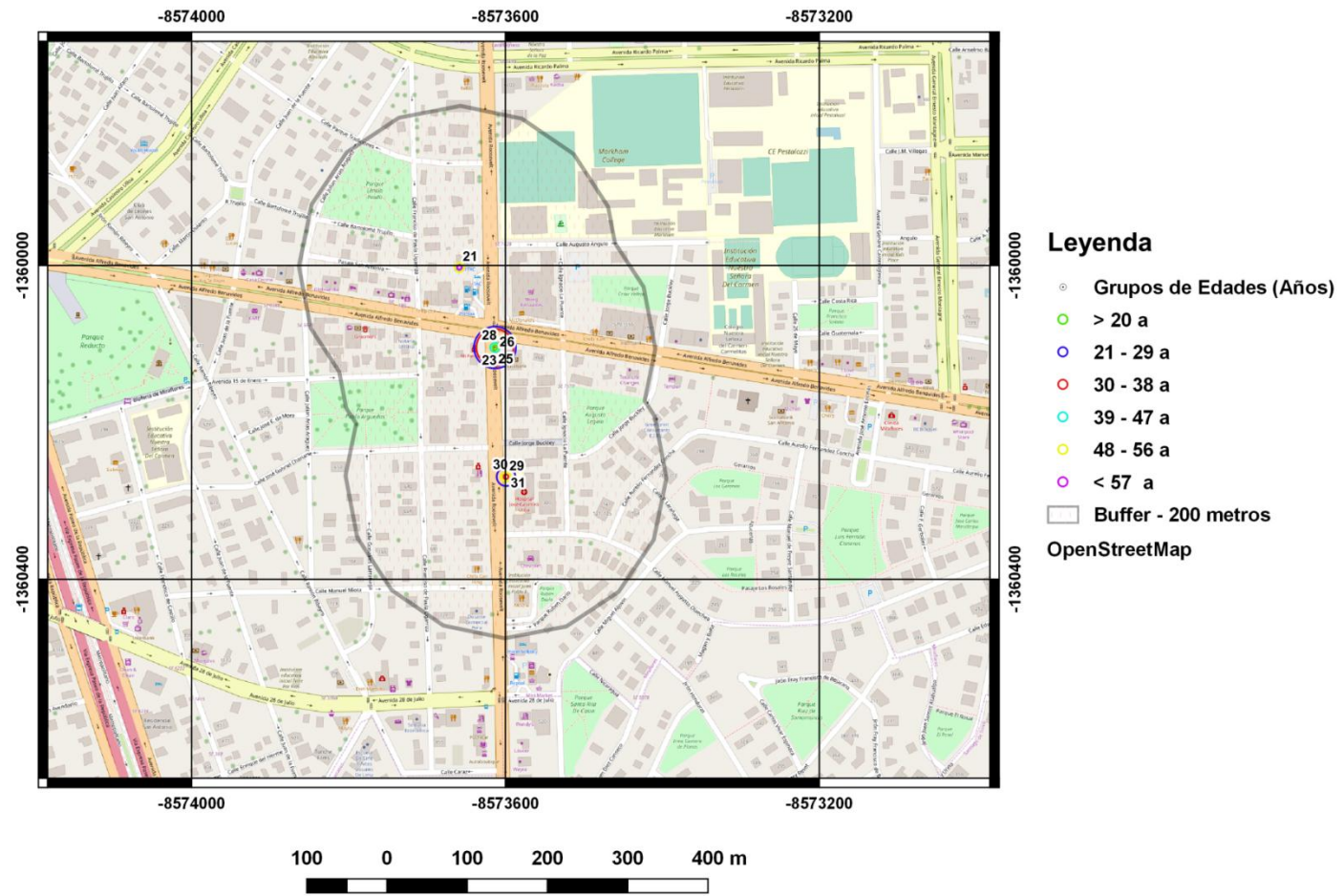


Figura 4. Distribución de las lesiones de causa externa según edad de los afectados y lugares de ocurrencia durante los años 2014 – 2016. Distrito de Miraflores, Lima – Perú

DISCUSIÓN

Actualmente en el Perú, se vive una sensación de inseguridad que se ve reforzado por la numerosa información de casos de robos, homicidios, accidentes; en donde muchos de los cuales la influencia del alcohol se encontraría asociado, aun cuando la investigación en el Perú es limitada en el campo de la salud pública y no valora su influencia e impacto sobre la sociedad.

Sin embargo, en los últimos años las investigaciones en temas de violencia y su relación con el alcohol han tomado fuerza. Muestra de ello es la creación del Observatorio de lesiones fatales de causa externa, que monitorea los casos de accidentes de tránsito con y sin presencia del alcohol; y evalúa los contrastes con la aplicación o no de los programas de control establecidos en diversos periodos tales como la Hora Segura (Ley Zanahoria). En este contexto, la investigación ha pretendido contribuir con datos esenciales y complementarios sobre la violencia y su relación con el alcohol, independiente de los accidentes de tránsito y suicidios, debido a que muchos accidentes de tránsito debido al SOAT acuden a clínicas y no suelen ocurrir cercanos al lugar de consumo de alcohol, en cuanto los suicidios ya que existen diversas causas para cometerlos siendo el alcohol un medio de toma de valor para cometerlos y el estudio no pretenden entender las causas de la decisión.

Con el fin de asegurar una correcta recolección de datos y de ofrecer una visión de la magnitud de este problema que se vive en el País, nos comunicamos con Abdul Martin Miranda Mifflin (Comunicación personal, 19 de diciembre del 2019), Gerente de Seguridad Ciudadana de Miraflores, quien nos confirmó que ante todo disturbio reportado en el distrito el personal de Serenazgo acude con el Oficial de la PNP de turno para poder tomar la denuncia correspondiente del incidente; así mismo nos comunicamos con el Dr. Juan Víctor Quiroz Mejía , (Comunicación personal, 19 de diciembre del 2019), Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses; quien nos confirmó que ninguna persona pasa por examen de médico legista si no hay una Denuncia Policial de por medio, en otras palabras esto nos asegura que los datos de la PNP son un filtro importante para la detección de LCE.

Se debe de resaltar que se encontraron una serie de limitaciones en la recopilación de los datos, ya que muchas variables no pudieron ser controladas. Entre las limitaciones que determinan la inclusión de un agredido en el estudio se encuentra el diagnostico de alcoholemia. Esta información es obtenida en base a la apreciación del clínico quien por características de aliento etílico, desorientación y/o descoordinación al caminar, define la presencia del alcohol en el agredido y lo incluye en la historia clínica. Por tanto, no se puede afirmar que los demás pacientes atendidos por contusiones o heridas cortantes no tuvieran ingesta de alcohol debido a que no presentaron signos visibles de embriaguez, pudiendo estar sin que sea detectado por el clínico que lo atendió y porque no se hicieron pruebas de sangre específicas para la detección.

Debido a que el estudio se desarrolló con historias clínicas de un hospital de emergencias, la población que llega al hospital es variada en su procedencia, estado de gravedad de la lesión y condición económica, quienes recurren al HECU como lugar de primera atención ante lesiones de causa externa, por lo que solo se puede asegurar que los lesionados fueron atendidos en el distrito de Miraflores y no necesariamente corresponde exclusivamente a personas que residen en el citado distrito, los cuales solo llegan a ser el 5.5% (123) casos de atenciones. Los demás corresponden a otros distritos de Lima lo que suma el 83.1% (2084) y los procedentes de otras provincias alcanzó al 2.2% (50). Además de ello se debe de considerar que el llenado de las fichas clínicas carecen de información importante que permita una descripción demográfica más detallada, así como la intención de denunciar la agresión antes las autoridades policiales debido a la falta de tiempo, desconocimiento de los procedimientos y la falta de enfoque de cultura de prevención en el país; con lo que se pierde información que permitiría desarrollar un análisis más profundo.

Es necesario mencionar que se retiraron del estudio 270 pacientes que presentaban signos de estar alcoholizados al momento de llegar al hospital de emergencias (llegaron a ser atendidos por vómitos, mareos, náuseas y pequeños golpes a consecuencia del estado etílico y pequeñas heridas) debido a que se les atendió con diagnóstico de Intoxicación Etílica, categoría que no es considerada como una Lesión de Causa externa, por lo que no fueron considerados en los posteriores análisis.

Se encontró que la mayoría de los pacientes que sufrieron LCE fueron los pacientes varones, lo que indica que los varones tienen una mayor probabilidad de terminar involucrados en situaciones que implican violencia. Estos resultados concuerdan con los que mencionan Pastor et. al. (2011), quienes encontraron que los agresores presentaban factores individuales como el excesivo consumo de alcohol y una personalidad antisocial, además de que la mayoría eran jóvenes varones, y estas situaciones se presentaban sobre todo en lugares con un ambiente muy permisivo con respecto al consumo de alcohol como son los bares y clubs nocturnos.

Mendoza-Amaya y Saavedra-Castillo (2012) encontraron que la edad estaba fuertemente asociada al consumo excesivo del alcohol en adolescentes que tenían antecedentes de violencia familiar, en donde el 31.4 % de los adolescentes entre 15 a 17 años consumía alcohol con frecuencia en la sierra peruana, en contraste con nuestros resultados encontramos que el mayor porcentaje de LCE se encuentra en jóvenes de 21 a 29 años, siendo este grupo que presenta el que mayor número de lesionados con presencia de alcohol con relación al resto 41.02% (16/39). Se encontró asociación significativa entre la edad, el consumo de alcohol y la violencia. Una razón de la diferencia estaría asociado a que en la sierra peruana existe facilidades para que los menores de edad tengan acceso a bebidas alcohólicas, en contraste con lo encontrado en Lima; y que el precedente de violencia en su entorno los altera psicológicamente afectando su salud mental

lo que conlleva a el abuso de bebidas alcohólicas con desencadenantes en hechos violentos, repitiéndose un ciclo que se desea romper.

Por otro lado, no se encontró una relación significativa entre el consumo de alcohol y el sexo, mencionándose que el 28.3 % personas del sexo masculino y un 26.5% del sexo femenino consumían alcohol (Mendoza-Amaya y Saavedra-Castillo, 2012). En contraste a la investigación realizada, el porcentaje de mujeres alcoholizadas que sufrieron una LCE fue menor que el de los hombres; pudiéndose inferir que la diferencia entre el género con predominio del alcohol tendría diversas motivaciones; ya que en el estudio de Mendoza-Amaya y Saavedra-Castillo (2012) reportan que estaría fuertemente relacionado a antecedentes violentos y por el contrario en la investigación realizada, el motivo de consumo es potenciador de diversión e incluso como factor desinhibidor.

Según Blay et al. (2010), el 44.6 % de jóvenes en España se embriagaban más de dos veces al mes y el 45.2 % consumía con frecuencia cannabis, y que un 28.9% de esos jóvenes afirmaron haber tenido discusiones o peleas como consecuencia del consumo del alcohol; de igual forma, en la investigación realizada se encontró que la mayoría de personas (35.06%) que llegaron al HECU con lesiones de causa externa con implicancia de violencia fueron personas que oscilaban entre los 21 a 29 años de edad (jóvenes). En el estudio se resalta que la mayoría de pacientes que se atendieron en el HECU por lesiones de causa externa fueron producidas por terceras personas ya sea por peleas u otro tipo de agresión física; se puede encontrar una relación entre ambos hechos, ya que al

producirse peleas lleva como consecuencia lesiones físicas que pueden ser o no atendidas en los centros de Salud más cercanos al lugar donde ocurrió el accidente, y se debe tomar en cuenta que la edad podría ser un factor de riesgo para el uso y abuso de alcohol y drogas.

Blay et al. (2010) también mencionan que el 14.2% de los jóvenes entrevistados, se pelearon a causa del alcohol y un 2.1% afirma haber maltratado a su pareja; tomando en cuenta estos datos se puede inferir que ocurren LCE graves o no tan graves que no son atendidos en un hospital por diversas razones, quizás por no involucrar en “problemas” a sus amigos o parejas, y muchas de estas agresiones no son denunciadas, ya que solo 63 de los 2237 casos tuvieron una denuncia en la comisaría del distrito de Miraflores. Este hecho produce una pérdida de datos debido a que hay muchas LCE que no son reportadas. En este sentido Anderson, Hugues y Bellis (2007) mencionan que las agresiones no son registradas de manera sistemática por las entidades policiales, centros de salud e incluyen los poderes judiciales, en conclusión se tratan de un fenómeno un poco invisible.

La presentación de LCE asociada a un día de la semana en forma individual y la presencia de alcohol solo mostro asociación con relación al día domingo; igualmente al evaluar la asociación de bloques de días (jueves-domingo y lunes-miércoles) con relación al alcohol, lo que se infiere que las LCE con presencia de alcohol se dan con mayor frecuencia los días jueves, viernes, sábado y domingo. Según Málaga (2009) antes de la intervención de la ley zanahoria en

La Victoria, fueron los fines de semana los días que tenían la mayor incidencia de homicidios. Similares hallazgos reporta la OMS (2001) en la ciudad de Sao Paulo en donde las víctimas de homicidio, el 42% había estado consumiendo alcohol antes del desenlace fatal, y la prueba de alcoholemia fue positiva en el 46% de las víctimas de agresiones que acudieron a servicios de traumatología (1998-1999); lo que comprueba una vez más que el alcohol es un predecesor a un hecho violento con desenlaces fatales en la mayoría de los casos.

Se encontró que del total de pacientes que llegaron al HECU por una LCE, una proporción mínima (1.75%) tenía presencia de alcohol de manera visible (aliento etílico, entre otros); esto se refuerza con lo encontrado por (OMS 2010) en los Países Bajos ya que en los años 170 y 1998 de los pacientes que llegaron a un hospital para ser tratados por diferentes traumas el 36% había estado consumiendo alcohol y entre otros países que se pudo realizar la prueba de alcoholemia, el 43% resulto positiva en Australia, un 23% en Argentina y entre los años 1999 al 2001 la prueba de alcoholemia fue positiva en el 43-90% de las víctimas atendidas en servicios hospitalarios de traumatología de tres ciudades de Sudáfrica.

Así mismo se encontró que la con presencia de alcohol del total de mujeres era mayor al de los varones; coincidiendo con los resultados encontrados por Andreuccetti et al. (2008), quienes encuentran que del 42.9% de víctimas alcoholizadas, el 93.1% de los cadáveres eran de sexo masculino, siendo el 44.1% de varones positivos a alcohol mientras que el de mujeres fue solo el 27.3%.

Se encontró que la mayoría de casos de LCE que llegaron a ser atendidos al HECU en el intervalo 18:00 – 06:00 horas y que se presentaban los días sábados y domingos, es decir que la mayoría de hechos violentos se presentan en fin de semana. En contraste, Málaga (2009) encuentra que en La Victoria, los accidentes de tránsito se daban en horarios diurnos y que la introducción de la Ley Zanahoria no produjo diferencia en la ocurrencia de esos hechos violentos, no sucediendo lo mismo con las agresiones que si disminuyeron por esa causa.

El aumento de LCE podría explicarse debido a que la mayoría de eventos como conciertos, presentaciones, tocadas, etc., se desarrollan los fines de semana sobre todo viernes y sábados por la noche, ya que estos días para la mayoría de las personas que laboran o estudian, terminan sus actividades después del mediodía; es por ello que el segundo horario de atención de LCE es el día domingo entre 6 am al mediodía, puesto que en este horario llegan los jóvenes que se divertieron la noche anterior del sábado.

Se debe de tener en cuenta que en las madrugadas, luego de las horas de distracción, es decir después de las 3am; se acaba la venta de licor debido a las restricciones de la “Hora Segura”; mas sin embargo muchos locales continúan con sus actividades a puerta cerrada, lo que hace que los jóvenes salgan de las discotecas, pubs, etc., alrededor de las 5 am caminando a diferentes lugares para poder tomar un medio de transporte que los lleve a su destino y es en ese trayecto en donde son víctimas de agresiones o asaltos. Esto se corrobora con los puntos de

calor hallados en los mapas ya que la todos los asaltos con agresiones ocurren cerca de avenidas principales en donde se puede hacer uso de transporte público o esperar un taxi.

Dentro de estos resultados, se encontró que la mayoría de pacientes de LCE atendidos en el HECU provenían del distrito de Chorrillos (20.60%), seguido por el distrito de Santiago de Surco (18.01%) y en tercer lugar lo sigue el distrito de Surquillo con un (11.44%), sin embargo el distrito de Miraflores tiene un 5.49% ; según estos resultados se concuerda con Málaga 2009 en donde refiere que la mayor incidencia de casos en horas de la mañana estaría ligado a que los accidentados eran por lo general ciudadanos de paso en La Victoria, lo que queda se condice con lo obtenido en el estudio en donde se evidencia que la mayoría de personas atendidas por acciones violentas en el HECU son residentes de otros distritos diferentes al de Miraflores, debido a que en el distrito de Miraflores muchas de las discotecas, bares, pubs, etc, se encuentran en la zona 4 y zona 8, lugares donde la población adulta joven, pueden divertirse, comprar y consumir licor, además de ser lugares céntricos y de fácil acceso, que favorece su elección como puntos de reunión.

Similares conclusiones parece ser obtenida por Muñoz et al. (2005) ya que estudiaron el suicidio en el Puente Villena de Miraflores entre el primero de setiembre de 1988 al 31 de Agosto del 2003, y encontraron que un 65,6 % de los que completan el suicidios fueron varones de 20 a 29 años y no eran residentes de Miraflores; al igual que en el estudio en relación al lugar de ocurrencia la mayoría

de las víctimas de asalto y agresión eran de distritos como Chorrillos o Surco, y no precisamente residentes de Miraflores; lo que lleva a investigar si la presencia de los diversos lugares con expendio de alcohol y consumo del mismo deberían ser colocados de manera estratégicamente en lugares con mayor seguridad y alejados de lugares en los cuales las personas intoxicadas pudieran tomar decisiones fatales o ser blancos fáciles de la delincuencia.

Según Piqueras (1998), las pandillas juveniles tienen una significación menor en las faltas y delitos contra el patrimonio, pero son protagonistas de agresiones y vandalismo. Estas últimas faltas y delitos, están estrechamente vinculadas al consumo de alcohol y drogas, principalmente los fines de semana.

Así mismo, de acuerdo a 408 registros de necropsias por accidente de tránsito encontrados en el instituto de medicina Legal (2008), el 78% eran peatones. Relacionando los mismos con lo encontrado por Málaga (2009), el 71% de arrollamientos sucedió entre las 00:01 y 02:59 y entre las 9 y 14:59 de los fines de semana en pacientes varones, lo que concuerda con lo hallado en el estudio realizado ya que la mayoría de LCE se dan en los horarios de la 00:00 a 6:00 del día sábado y los días domingo de 06:00 a 12:00. Por ello se puede inferir que la mayoría de los arrollamientos y LCE ocurren a la salida de los lugares de diversión.

Los resultados obtenidos también guardan relación a los obtenidos del Banco de Datos de Emergencias del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el

año 2004 el que se registró 16 381 lesiones de causa externa, siendo que los accidentes de tránsito y las agresiones tuvieron una mayor ocurrencia, esta última con un 75% en los horarios de sábados, domingos y lunes, entre las 00:01 a 05:59, lo que deja claro que el alcohol es un factor que eleva el riesgo tanto para sufrir LCE y accidentes de tránsito como peatones o transeúntes los fines de semana sobre todo en varones (Cisneros, G., et al., 2014).

Una de los datos faltantes en la mayoría de estudios es que no se puede saber si los agresores o perpetradores del hecho estaban o no alcoholizados, sin embargo según INEM (2011), la primera encuesta nacional de la juventud peruana, señaló que uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes es el consumo excesivo de alcohol o drogas (39.5%); además también se menciona que al menos uno de cada tres delitos por adolescentes tiene que ver con drogas o alcohol. Lo que podría llevar a inferir de que al menos 1 de cada 3 hechos de LCE involucró a un agresor alcoholizado y/o a una víctima bajo efectos del alcohol, factor que lo vuelve a estos últimos más vulnerables a LCE entre las 18:00 a las 00:00 del viernes y entre la 00:00 a 6:00 horas del día sábado. A partir de ello se debe de tener en cuenta según la CNCS (2008), Cámara de Comercio y Servicios de Uruguay, que durante un asalto o robo el delincuente está nervioso y con miedo y por tanto, peligrosamente inestable y si a esto le sumamos el efecto del alcohol como factor “envalentonador”, se aumenta el riesgo de que la LCE termine como un hecho de agresión con consecuencias fatales.

La asociación del alcohol con hechos violentos la explica Goodman et al. (1986); ya que el alcohol deprime el sistema nervioso central (SNC) y deja afluir conductas violentas al desinhibir a los mecanismos de control interno y la percepción del peligro, esto da el aumento de personas heridas y/o asesinadas durante grescas o peleas; se debe tener en cuenta que las personas alcoholizadas, se consideran blancos más fáciles para robos y otros crímenes, que con frecuencia puede terminar en homicidio.

Lo mencionado también es encontrado por García y Borges (1991), quienes revelaron que la alcoholemia moderada constituye un factor de riesgo para los asaltos y riñas, ya que un 12.77% de los intervenidos tenía un porcentaje alto de alcohol en sangre (99mg/100ml), además de que el sexo que predominó en casos de traumatismos por peleas y riñas fue el sexo masculino con un 79%. En comparación con los resultados obtenidos en el estudio, los resultados revelan que el riesgo de sufrir traumatismos importantes, pero no mortales, es mayor en personas con alcoholemia moderada (de 10 a 99 mg/100 ml de alcohol en sangre), la cual interfiere con la ejecución de actividades, la atención y los reflejos, de tal manera que predispone a los sucesos violentos y a las consecuencias fatales de los mismos.

Asimismo, los resultados del estudio muestran que la mayoría de casos de LCE se presentaba el mes de agosto. Esto podría haber estado relacionado al hecho de que en este mes los colegios, universidades e institutos se encontraban en época de vacaciones. A ello se puede sumar el hecho de que a fin de mes de

julio, en muchos de los centros laborales se paga la gratificación que podría ser usada por los jóvenes para fines recreativos y de diversión.

Un estudio realizado por Bambaren (2003) encontró resultados similares a los obtenidos en el estudio en relación a los accidentes de tránsito Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCU), en donde el 51% de los mismos se dio en personas entre 16 a 40 años, siendo los varones con un 61.7%, los más afectados; en el mismo estudio el mes en que se produjeron estos accidentes con mayor frecuencia fue el mes de diciembre con un 12.5%, seguido del mes de julio con 10% (204). De los 23 casos fatales, 18 (78%) fueron por atropello, siendo 70% de ellos hombres. En un estudio similar del mismo, Bambaren (2004); se registró que el mayor número de casos por mes fue 592 en enero y 357 en el mes de agosto, en donde se puede observar que las LCE y los accidentes de tránsito en el Perú tienen como predominancia meses en donde la mayoría de la población afectada (adultos jóvenes), se encuentran de vacaciones y cuentan con más tiempo para el ocio, además de sumar el factor económico ya que julio y diciembre son meses donde el ingreso económico aumenta por la gratificación.

Asimismo se puede observar que en el mes de marzo - abril las LCE disminuyen, lo que puede atribuirse a que en esta época se inician las clases en los colegios, universidades e institutos, lo que influiría en el destino de los ingresos los que estarían dirigidos a satisfacer los requerimientos en educación, trayendo como consecuencia una disminución de recursos para actividades recreativas.

La comparación de las LCE con respecto a los años, en el 2014 a mediados de junio hasta mediados de setiembre se observó un incremento sustancial de LCE; en retrospectiva en esos meses durante ese año ocurrió un evento deportivo mundial como lo fue el Mundial de Brasil del 2014 (12 de junio al 13 de julio); además de que en el mes de junio del mismo año la ex alcaldesa de Lima (Susana Villarán) anuncia su postulación para reelección para la alcaldía de Lima, con poco apoyo popular debido a un proceso de revocatoria meses atrás, lo que originó protestas populares que en muchos de los casos fueron reprimidas por la policía.

Durante ese mismo año se dictaron una serie de ordenanzas entre junio hasta setiembre del mismo año con rectificaciones de límites de varios distritos de Lima tales como, San Juan de Lurigancho, Ate Vitarte, San Borja, Surco, San Isidro, Santa Anita entre otros, además de instaurarse meses atrás una ordenanza que regulaba el comercio ambulatorio en los espacios públicos de Lima; ordenanza que pudo llevar a diferentes actos que pudieron o no acabar en violencia por tratar de mantener el orden y hacer cumplir las normativas de la última ordenanza.

También se debe considerar un evento importante durante ese periodo de tiempo, cuál fue el desarrollo de una prolongada huelga médica; la que se inició el 13 de mayo del 2014, culminó 150 días después de iniciada, teniendo en medio los meses de junio, julio, agosto y setiembre, lo que coincidió con el alza de LCE

que se dieron en ese periodo de tiempo que se encontró en el estudio y un descenso de las mismas en el mes de setiembre y octubre cuando llegaron a acuerdos y culminó la huelga. En situaciones de huelga existen diversos movimientos, marchas y protestas que al intentar ser controladas por las autoridades correspondientes pueden ocurrir al uso de la fuerza física, cuyas consecuencias pueden afectar a los mismos manifestantes o peatones que pasan por el lugar quienes salen afectados por las medidas de contención ya que pueden ser confundidos como participantes o incluso sufrir LCE por caídas o golpes de manera casual.

Debemos mencionar también que las elecciones municipales del 2014 se dieron en octubre, dando paso a nuevas autoridades quienes no modifican normas y actividades en pro de mejorar la seguridad de la ciudad e intervenir preventivamente ante los sucesos de violencia. Por ello se observa que en el año 2015 y 2016 los patrones de LCE no presentan picos de casos que expliquen una disminución del impacto de las medidas hasta ese tiempo vigente, ni una depresión de los mismos que indiquen que se han tomado nuevas medidas que mejoren la seguridad de la ciudad.

Teniendo en cuenta el factor político sobre la disminución de LCE por efectos del alcohol, se debe tener en cuenta que la mayoría de los lesionados no era residente del distrito de Miraflores, por lo que se plantea que se debe realizar estudios como este para poder obtener una muestra de la dimensión del problema en cada distrito y evaluar efectos de la aplicación de la antigua Ley Zanahoria

ahora Hora segura, puesto que según los resultados obtenidos por Málaga (2009) la ordenanza tuvo un efecto de disminución en homicidios y hechos violentos en el distrito de La victoria. Con lo expuesto, se sugiere la instauración de políticas públicas saludables dirigidas a la población general. Se debe establecer políticas que aborden los fenómenos de violencia de manera focalizada geográficamente, ya que como se demuestra la mayoría de LCE son cometidos fuera del distrito residente, es decir que hay que poner énfasis en los distritos y puntos en donde la población adulta joven suele reunirse para divertirse con el objeto de identificar los factores de riesgo peculiares a las zonas donde la violencia es intensa y persistente. Como menciona Málaga (2009), con la Ley Zanahoria, lo que se disminuye es la violencia culposa, sobre todo en estos tiempos en donde la violencia ha cobrado mayor impulso, haciéndose necesario lo mencionado por Noronha (2002), el cual es integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educacionales (reduciendo la desigualdad social y de género), sobre todo en estos tiempos en donde los derechos de las mujeres se encuentran discutiéndose en busca de promoverlos así como la búsqueda de la adhesión a tratados, legislación internacional y otros mecanismos de protección de derechos humanos.

En paralelo, se deben generar y dirigir estrategias específicas y focalizadas sobre los grupos en riesgo, como son los adultos jóvenes. En favor de ello se debe de trabajar en conjunto con equipos locales de salud respetando los lineamientos nacionales, capacitando de manera adecuada al personal ejecutor de las tareas con un adecuado seguimiento de los programas y acciones tomadas.

Tal cual lo menciona Fiestas (2012), el estudio concluye que en el Perú, existe un riesgo alto de muerte prematura y otros efectos nocivos para la salud por el uso del alcohol; incluso mucho mayor que el uso de drogas ilegales u otras enfermedades como el cáncer. Todo esto obliga a tomar acciones con medidas, ordenanzas, programas, etc., que disminuyan o controlen el efecto e impacto que tiene el alcohol en el núcleo familiar y en la sociedad. Se recomienda que los gobiernos, nacionales o locales tomen medidas tales como el aumento de los impuestos para el alcohol, la restricción de la publicidad y el patrocinio de las marcas, controlar la edad mínima para el consumo de alcohol y sobre todo la supervisión de que las leyes, ordenanzas y otros se respeten y cumplan; lo más importante es investigar a mayor profundidad este problema de violencia en cada contexto para que tomando los recursos disponibles de cada gobierno, municipio, etc., ya sea para la implementación de programas (algunas podrán ser de implementación a corto-mediano plazo, mientras que otras lo serán a más largo plazo) y sobre todo para la evaluación de los mismos que debe ser continua.

Es importante el apoyo de los medios de comunicación a las medidas que se implementen en busca de disminuir las consecuencias del abuso del alcohol, lo que no siempre se encuentra debido a intereses comerciales principalmente. Años atrás se implementaron políticas saludables en Lima con poco apoyo por parte de los medios de comunicación, como son prensa escrita y televisiva. Así, en el Diario Perú 21 (2008), el periodista que se atribuyó la autoría del artículo periodístico, mencionó que una ordenanza de la Municipalidad de Asia que

restringía el tiempo de expendio de alcohol u Horario restringido en Asia “arruinará discotecas”, no preocupándose de las ventajas que la ordenanza trae, si no en el lado mediático y costo económico para los locales y no para el beneficio de la vida.

Ray et al. (2008) menciona que las víctimas de estos hechos violentos y delincuenciales en Canadá, según que suelen ocurrir cerca a los locales con expendio y consumo licor, puesto que el riesgo de ser víctima de un asalto, sobre todo en los jóvenes, ocurre en los alrededores cercanos de estos lugares. Según los mismos autores la venta de las bebidas alcohólicas está asociada con un 13% de riesgo relativo más alto de ser hospitalizado, sobre todo a consecuencia de un asalto por cada 1000 litros más de alcohol, vendidos por tienda/día.

Con respecto a este punto las agresiones y actos violentos en actividades nocturnas como fiestas, reuniones, etc., son actividades aún poco estudiadas. Florenzano et al. (2015), mencionan que va en incremento que los jóvenes salgan a divertirse por las noches, sobre todo los fines de semana, y es preocupante el uso y abuso del alcohol y drogas en esos lugares en donde se concentran centros de reuniones como bares, discotecas, pubs u otros, concordando con los resultados del estudio ya que las dos zonas con mayor puntos de venta y consumo de alcohol correspondieron a zonas de discotecas, pubs y bares del distrito de Miraflores y sumado a que la mayoría de agraviados eran jóvenes adultos no residentes del Distrito, se infiere que venían a divertirse al distrito.

Es de conocimiento común que en los lugares de actividades nocturnas para divertirse se puede asociar con el alcohol y los comportamientos impropios que pueden acabar en grescas y peleas de diversos tipos y con conductas tan violentas que podrían tener consecuencias fatales. Según Norstöm (2000), los actos violentos aumentan en zonas donde se hallen dos o más bares, pub y símiles; dentro de estos ambientes el alcohol y la comercialización de drogas es mayor y por lo tanto el consumo se ve elevado por la disponibilidad de la oferta. Es por esto que para poder reducir los problemas de LCE asociada a la violencia relacionados con el alcohol entre los menores de edad y jóvenes, el problema debe de ser considerado una prioridad para los responsables de las políticas públicas actuales y futuras (Sáiz Galdós, 2007).

Reino Unido es uno de los países con un elevado índice de violencia y consecuentemente, preocupado por ello cuenta con una mayor investigación con respecto a estos actos y su relación con el alcohol. Además, se indican que uno de cada cinco incidentes violentos tiene lugar en el entorno de bares o discotecas (Ker-shaw et al., 2000), concordando con los resultados obtenidos en el estudio donde las LCE de tipo de moderado a grave ocurrían a unos 300 a 500 metros de los lugares con más de 40 locales con expendio de alcohol (como bares, resto bares, pubs, discotecas, etc.) que tenían un lugar amplio para la estadía y el consumo.

Con respecto a esto Gruenewald & Remer (2006) encuentran en California que cada 6 puntos de venta de alcohol representaba 1 asalto violento, que resultó

en al menos pasar la noche de estadía en el hospital cercano; así mismo encontraron que estos hallazgos aumentan en poblaciones masculinas, siendo este aumento de un 3%; adicionalmente a esto encontraron que las tasas de agresión estaban relacionadas a los establecimientos pequeños con venta de alcohol como son bares, puntos de venta fuera del establecimiento autorizado; además relacionan el crecimiento del número de bares en áreas urbanas aumenta las tasas de violencia, cabe resaltar que la mayoría de los asaltos con agresiones reportados en el estudio se produjeron en avenidas principales y cercanas a un hospital de emergencias, lo cual permitiría inferir la razón por la que la mayoría de agresiones moderadas a graves tienen una denuncia.

Según Acero HV, D.; Bulla, P.; Cardona, S. (1997) en Colombia, la presencia de un bar se asocia con 2.3 delitos por cuadra/año, lo que equivale a incrementar la violencia en un 27%; estos resultados quedan evidenciados en el estudio en los mapas en los cuales se muestra que el riesgo de tener una LCE por terceras personas es de 200 a 500 metros del lugar de expendio y consumo de alcohol, sin necesidad del que estar alcoholizado sea una condición para ser asaltado, solo sería un incremento del riesgo a serlo.

Se debe de resaltar que estudios realizados por Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. (2007) y Task Force on Community Preventive Services (2010), demuestran que la restricción del horario de venta de al menos 2 horas la venta de alcohol por las noches, logra la reducción del consumo del mismo y los daños que se le atribuyen a su consumo. Estos

resultados concuerdan con lo hallado por Málaga (2009) con la restricción de horario de venta de licor en el distrito de la Victoria, que redujo las LCE como agresiones y homicidios. Así mismo Duailibi et al. (2007), demuestra los resultados positivos de esta restricción en locales donde se vende y se consume bebidas alcohólicas (bares, peñas, discotecas, restaurantes, entre otros) a solo ser aplicados a los que venden como supermercados, tiendas y las licorerías, siendo claramente manifiesto en toda Lima Metropolitana (Málaga et al., 2018).

Anderson et al. (2009), afirman que la exposición a los medios de comunicación, sobre todo los comerciales referentes al alcohol, está asociado con la posibilidad de que la población (adultos jóvenes y adolescentes principalmente) comiencen a beber o consuman alcohol. Ello produciría una mayor ingesta debido al fuerte neuromarketing de las empresas cerveceras y/o licores, ya que muchas propagandas asocian la sensación de popularidad, la belleza, felicidad y diversión con el consumo de las bebidas alcohólicas.

Debido al incremento de estas LCE con relación al alcohol a nivel mundial, y al aumento de consecuencias fatales con respecto a estas es que diferentes países en conjunto con La Organización Mundial de Salud, están investigando y estudiando la magnitud de este problema tan complejo, que involucra a todos los elementos de la sociedad. En Perú se ha visto un incremento de estos estudios en la última década, como resultado de estas investigaciones se dio la ordenanza de la “Hora Segura”, la cual restringe los horarios de expendio de

alcohol en diversos distritos de Lima y con nuestro estudio se estableció la relación del alcohol, su expendio y las acciones violentas.

Igualmente a pesar de todas las investigaciones que se vienen realizando, aun no es suficiente para poder establecer los puntos críticos y claves de esta situación de acuerdo a cada sociedad; por lo que se recomienda que se den mayores investigaciones dirigidas con mayor especificidad a cada comunidad y cada sociedad de cada uno de los Países que necesitan con mayor urgencia disminuir los números de actos violentos dentro de su sociedad y así generar una conciencia saludable en la sociedad.

Finalmente, Se espera que el estudio aporte evidencias que justifique la implementación de políticas públicas saludables y que fortalezca aquellas ya implementadas a fin de maximizar la posibilidad de éxito de todas y cada una de las intervenciones, las mismas que deberán de aportar a la mejora de la calidad de vida de las personas como ser individual y aporte a la generación de una conciencia saludable en la sociedad.

CONCLUSIONES

1. La persona que se atiende por lesión de causa externa tiene una alta probabilidad de ser varón y haber consumido alcohol.
2. La persona que llegue a atenderse debido a una lesión de causa externa por herida cortante o contusión independientemente de la ubicación de la lesión, tiene una alta probabilidad de ser varón.
3. Las lesiones de causa externa causadas como consecuencia de la violencia potenciada por el efecto del alcohol y/o otras drogas, ocurren con mayor frecuencia en avenidas principales en donde se puede usar un transporte público y no a más de 500 metros de lugares en donde se puede vender y consumir alcohol y lo que no está siendo considerado como preocupante por la sociedad.
4. En el año 2014 fue más frecuente la atención por lesión de causa externa con presencia de alcohol en relación a los demás años estudiados.
5. Fue más probable encontrar una lesión de causa externa con presencia de alcohol en los meses de Diciembre- Enero- Febrero en relación a los meses Marzo-Abril-Mayo.

6. Es más probable que una lesión de causa externa con presencia de alcohol ocurra entre los días jueves a domingo.

7. La mayoría de pacientes atendidos por lesión de causa externa no son residentes del distrito, posiblemente asociado a la gran concentración de lugares con venta y consumo de alcohol y a la disponibilidad del mismo en ciertos sectores del distrito de Miraflores.

RECOMENDACIONES

1. Se debe maximizar la posibilidad de éxito de todas y cada una de las intervenciones ya realizadas y por realizar; además de la mejora de llenado de datos y recolección de la información de las Lesiones de Causa Externa.
2. Es necesario integrar las políticas de prevención a nivel social y educacional, para así promover la correcta fiscalización de las ordenanzas existentes en pro de los derechos humanos.
3. Aplicar los hallazgos obtenidos para desarrollar programas en base a los lineamientos políticos existentes y mejorar la calidad de vida de las personas y así generar una conciencia saludable en la sociedad.
4. Proponer a la Municipalidad de Miraflores, un monitoreo de las áreas de Peligro o de alto riesgo para disminuir las lesiones de causa externa.
5. Con los hallazgos obtenidos trabajar en conjunto con el Observatorio de lesiones fatales de causa externa y La Municipalidad de Miraflores para hacer un seguimiento a los resultados para poder confirmar certeramente los resultados obtenidos y crear nuevas medidas o mejorar las existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acero HV, D.;Bulla,P.;Cardona,S. Políticas Saludables para la Seguridad y la Convivencia. In: Alcaldia Mayor de Santa Fe de Bogota SdG, Consejeria de Seguridad, editor. Santa Fe de Bogota,Colombia: Imprenta Distrital; 1997.
2. Alvarez-Rodrich A. Horario restringido en Asia arruinará discotecas. Perú 21. 2008 21 Febrero, 2008; Sect. 14.
3. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol.* 2009;44(3):229-43.
4. Anderson, Z., Hughes, K., y Bellis, M.A. (2007). Exploration of young people's experience y perceptions of violence in Liverpool's nightlife. Liver-pool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
5. Andreuccetti GC, HB.,Ponce,Jd.;Carvalho,DG.;Leyton,V, editor. The consumption of alcohol by homicide victims in the city of Sao Paulo. 9a Conferencia mundial sobre prevención de lesiones y promoción de la seguridad; 2008 15-18 de Marzo; Merida,Mexico.

6. Bambaren C. Accidentes de tránsito en el Perú: Un problema emergente en la salud pública. OPS/PER/03.II; 2003. p. 4.
7. Bambaren C. Características epidemiológicas y económicas de los casos de accidentes de tránsito atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *RevMedHered*2004;15(1):30-6.
8. Barker, C., Green, A. (1996) Opening the debate on DALYs. *Health Policy and Planning* 11(2): 179-183.
9. Bejarano Castro, M., Rendón, L. F., Rojas, M. C., Durán, C. A., & Albornoz, M. (2006). Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. *Revista Colombiana de Cirugía*, 21(3).
10. Blay, N., Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A., Ros, M., & Far, A. (2010). Violencia en contextos recreativos nocturnos: su relación con el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes españoles. *Psicothema*, 22, 396-402
11. Bright, S., Williams M. The conversation (2017). Alcohol leads to more violence than other drugs but youd never know from the headlines. Australia. Recuperado de <https://theconversation.com/alcohol-leads-to-more-violence-than-other-drugs-but-youd-never-know-from-the-headlines-72281>

12. Buvinic, M., Morrison, A., & Orlando, M. B. (2005). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de población*, 11(43), 167-214.
13. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med*. 2009;37(6):556-69.
14. Cano CB. Patología psiquiátrica en niños y adolescentes que habitan en zonas con antecedente de violencia social en el Perú. *Diagnóstico*. 2006;(4):164-9.
15. Centers for Disease Control and Prevention. National Violent Death reporting Systems Implementation Manual. [Online]. (2003). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (producer). Available from: URL: www.cdc.gov/injury
16. Cisneros G., Bambaren C., Málaga H., Gonzales M., Diferencias de riesgo temporal de lesiones ocupacionales, domiciliarias y recreacionales con agresiones y accidentes de tránsito atendidos en un hospital. *Revista de ciencias*, 2014; X: 33-45.

17. Concha A., & Clavel C. (2008). Injuries from external causes: progress in data management, analysis, and patient care. *Panamericana de Salud Pública*, 24(6),1. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n6/en_a01v24n6.pdf
18. Concha-Eastman A, Clavel-Arcas C. Lesiones de causa externa: avances en la información, el análisis y la atención de casos. *Rev Panam Salud Publica*. diciembre de 2008;24:371-8.
19. Couttolene, B.; Cano, I.; Carneiro, L.P. y Phebo, L. 2000 “Violencia y policía en Río de Janeiro” en J.L. Londoño, A. Gaviria y R. Guerrero (editores) *Asalto al desarrollo: violencia en América Latina*(Washington: Banco Interamericano del Desarrollo) pp.59-102
20. Domenach, J. M., Laborit, H., Joxe, A., Galtung, J., Senghaas, D., Klineberg, O., Halloran, J., Shupilov, V.P., Poklewski-Koizell, K., Khan, R., Spitz, P., & Mertens, P., Boulding, E. (1981) *La violencia y sus causas*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0004/000430/043086so.pdf>
21. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *Am J Public Health*. 2007; 97(12):2276-80.

22. Fiestas, F. (2012). Reduciendo la carga de enfermedad generada por el consumo de alcohol en el Perú: propuestas basadas en evidencia. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29, 112-118.
23. Florenzano, R., Guzmán, E., Sieverson, C., Castillo-Carniglia, Á., Fernández, M. Á., Echeverría, Á., & Barr, M. (2015). Daño a terceros producido por el alcohol: Resultados de un estudio poblacional en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(10), 1242-1251. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015001000002>
24. García Z., Guadalupe, Borges G., Guilherme. El alcohol y el riesgo de traumatismos en tres servicios de urgencias de Acapulco, México. *Bol of Snit Panan*. 1991. 111 (3).
25. Garmendia, Fausto. (2016). La violencia en el Perú 2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(2), 153-161. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i2.11838>
26. Goodman R M, J.;Loya,F.;Rosemberg,M.;Smith,J.;Allen,N.;Vargas,L.;Kolts,r.Alcohol use and interpersonal Violence:Alcohol Detected in Homicide Victims AJPH. [Análisis de Homicidios entre 1970-79 en Los Ángeles]. 1986; 76(2):144-9.
27. Gruenewald PJ, Remer L. Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(7):1184-93.

28. <http://www.cncs.com.uy/content/uploads/Recomendaciones-sobre-Seguridad-Ciudadana-CNCS.pdf> - Buscar con Google [Internet]. [citado 18 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=25.+http%3A%2F%2Fwww.cncs.com.uy%2Fcontent%2Fuploads%2FRecomendacionessobreSeguridadCiudadanaCNCS.pdf&oq=25.+http%3A%2F%2Fwww.cncs.com.uy%2Fcontent%2Fuploads%2FRecomendaciones-sobreSeguridadCiudadanaCNCS.pdf&aqs=chrome69i57.2474231j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
29. ICECI Coordination and Maintenance Group (2004). International Classification of External Causes of Injuries (ICECI) version 1.2. Consumer Safety Institute, Amsterdam and AIHW National Injury Surveillance Unit, Adelaide.
30. Informe de avances en el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, Ley N° 28983. (Recuperado por de https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/informes/2015-Informe_LIO.pdf)
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática – Censos Nacionales de Comisarías, 2013-2014, Registro Nacional de Delitos en las Dependencias Policiales 2014, Registro Nacional de Denuncias de Delitos y Faltas 2015-2016 y Sistema de Denuncias Policiales (SIDPOL) 2015-2016.

32. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). I Encuesta Nacional de la Juventud Peruana - 2011. Lima: INEI; 2011.
33. Instituto Nacional de estadística e Informática. Perú: encuesta Demográfica de Salud Familiar. ENDES 2000. Disponible en: [www.inei.gob.pe/ biblioineipub/est/Lib0413/Lib](http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/est/Lib0413/Lib).
34. Instituto Nacional de estadística e Informática. Perú: encuesta Demográfica de Salud Familiar. ENDES 2014. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2014/>.
35. Kafati, R., Díaz K., Fernández R. (2008). Boletín epidemiológico de lesiones de causa externa. Recuperad de: [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman &view=download&alias=125-boletin-de-lvigilancia-epidemiologica-de-lesiones-de-causa-externa-2da-edicion&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=125-boletin-de-lvigilancia-epidemiologica-de-lesiones-de-causa-externa-2da-edicion&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211)
36. Kershaw, C., Budd, T., Kinshott, G., Mattinson, J., Mayhew, P., y Myhill, A. (2000). The 2000 British Crime Survey. Home Office Statistical Bulletin 18/00. London: Home Office.

37. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., & Zwi, A. B. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 45(3), 130-130. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v45n3/16172.pdf>
38. Krug, E.G., Sharma, G.K. and Lozano, R. (2000) The Global Burden of Injuries. *American Journal of Public Health*, 90, 523,526. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.90.4.523>
39. Laranjeira RD, S.;Pinsky I. Álcool e violencia:a psiquiatria e a saúde pública. *Rev Bras Psiquiatri* [Editorial]. 2005;27(3):176-7.
40. La Ciudad - Municipalidad de MirafloresMunicipalidad de Miraflores [Internet]. [citado 15 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.miraflores.gob.pe/la-ciudad/>
41. Londoño, J. L., & Guerrero, R. (2000). Violencia en América Latina: Epidemiología y costos. En Londoño, J.L., Gaviria, A., & Guerrero, R. (Eds.), *Asalto al desarrollo. Violencia en América Latina* (p. 11). Recuperado de <https://publications.iadb.org/handle/11319/320>

42. Llopis Giménez, C., Rodríguez García, M.I., & Hernández Mancha, I. (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, 20(4),151169. <https://dx.doi.org/10.4321/S113576062014000300002>
43. Málaga, H., (2009). *Restricción de horarios de expendio de bebidas alcohólicas, (ordenanza municipal 008-7) y su posible relación con la violencia*. (Tesis doctoral). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
44. Málaga, H. Palza, G. Huánuco. M., Ñañez, J. Ronceros, J. The restriction of hours of sales of liquors: Lima 2010-17: Traffic accidents (TA) and other violent deaths. *Journal of Alcoholism and Drug Dependence* 6(2).1000306. 2 018
45. Markowitz^a, S. 2000. “Criminal Violence and Alcohol Beverage Control: Evidence from and International Study”. NBER Working Papers. No. W7481.
46. Markowitz^b, S. 2000. “An Economic Analysis of Alcohol, Drugs, and Violent Crime in the National Crime Victimization Survey”. NBER Working Papers. No. W7982

47. Mendoza-Amaya, C. A., & Saavedra-Castillo, J. E. (2013). La violencia política y su relación con ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra del Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 75(4), 111–119.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v75i4.1215>
48. McAlister, A. 2000. *La Violencia Juvenil en las Américas: Estudios Innovadores de Investigación, Diagnóstico y Prevención*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
49. MIMP. (2009-2015) Plan nacional de contra la violencia contra la mujer. (Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf) MIMP.
50. Minayo, M.C. & Ramos, E. (2003). *A Violencia Dramatiza Causas*. En Minayo, M.C. & Ramos, E. (Eds.) *Violencia sob o Olhar da Saúde* (23-47). Rio de Janeiro: Fio Cruz.
51. Ministerio de salud. (2007). *Plan nacional concertado de salud*. Lima-Perú. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/000_PNCS.pdf

52. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología, Red nacional de epidemiología. (2012). *Boletín epidemiológico (Lima)*, (34). Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/34.pdf>
53. Morales H, editor. The ICV Project from UNICRI in Perú: Learned lessons and public policy. 9a Conferencia mundial sobre prevención de lesiones y promoción de la seguridad; 2008 Marzo 15-18; Merida, Mexico.
54. Municipalidad Metropolitana de Lima. Observatorio Metropolitano de seguridad Ciudadana (OBMESEC). *Capitulo muertes evitables por causa externa*. Estadística accidentes en presencia de alcohol. Enero-febrero 2015-2017 y siguientes,
55. Municipalidad Metropolitana de Lima .Gerencia de Salud; subgerencia de vigilancia sanitaria Inteligencia Sanitaria. (2015). *Observatorio Metropolitano de muertes evitables*. 3(12).
56. Muñoz JV, J.;Mendoza,C.;Muñoz,H. Suicidio e intento de suicidio por salto desde altura en el puente Villena. *Revde Neuro-Psiquiat*2005;68(3-4):140-52.
57. Noronha J. Trauma:A epidemia do comeco de un novo século. *revista da saúde*. [Opini3n]. 2002;III(3):42.

58. Norström, T. (2000). Outlet density y criminal violence in Norway, 191995. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 907-911
59. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). La relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. Lima: UNODC; 2010.
60. Pastor, Francisco Pascual, Reig Ruano, Manuel, Fontoba Ferrándiz, Julio, García del Castillo-López, Alvaro, ALCOHOL Y VIOLENCIA. Salud y drogas [Internet]. 2011;11(1):71-94. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83918877005>
61. Perales, A., Sánchez, E., Parhuana, A., Carrera, R., & Torres, H. (2014). Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 76(4), 231.
62. PERU Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI [Internet]. [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/violencia-de-genero-7921/>
63. Piqueras M. Sobre la violencia y la marginación. Blog de Manuel Piqueras LunaLima: revista Páginas No 153, Octubre, 1998; 2008.

64. Portal de la Sociedad Peruana de Prevención del Suicidio. [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.spps.com.pe/contactenos/>.
65. Portal del Ministerio del Interior – Policía Nacional del Perú, Dirección de Gestión en Tecnología de la Información y Comunicaciones, Anuario Estadístico 2013.
66. Ray, J. G., Moineddin, R., Bell, C. M., Thiruchelvam, D., Creatore, M. I., Gozdyra, P & Redelmeier, D. A. (2008). Alcohol sales and risk of serious assault. *PLoS Med*, 5(5), 104. doi: 10.1371/journal.pmed.0050104
67. Sáiz Galdós, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿problema de oferta o demanda social?: un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 19, 35
68. Sotelo-Trinidad M. Mortalidad por Sucesos de Tránsito [Power point]: Ministerio Público, Fiscalía de la Nación, Instituto de Medicina Legal; 2008.
69. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations on maintaining limits on days and hours of sale of alcoholic beverages to prevent excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*. 2010;39(6):605-6.

70. Velasquez, A., Cachay, C., Munayco, C., Poquioma E., Espinoza R., & Seclén Y. (2009). *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú*. Recuperado de: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Emfermedad.pdf
71. Vigilancia Salud mental y lesiones de causa externa [Internet]. [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/salud-mental-y-lesiones-de-causa-externa.aspx>
72. Violencia contra la mujer [Internet]. [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
73. VPA Working Group on Youth Violence, Alcohol and Nightlife (2007). Fact Sheet 1. An introduction to Youth Violence, Alcohol and Nightlife. Global Campaign for Violence Prevention. WHO (World Health Organization)
74. WHA51 [Internet]. [citado 05 de febrero de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha51.html
75. WHA57 [Internet]. [citado 03 de febrero de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha57.html

76. WHA59 [Internet]. [citado 02 de febrero de 2019]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha59.html
77. WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf [Internet]. [citado 16 de enero de 2019].
Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/cWHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf?sequence=1
78. World Health Organization (2008) Violence, Injuries, and Disability: Biennial 2006-2007 Report. World Health Organization, Geneva.
79. World Health Organization. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Geneva: World Health Organization; 2007
80. World Health Organization. (2002). A [Five] 5-year WHO strategy for road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization.
Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42440>
81. 9789243599373_spa.pdf [Internet]. [citado 16 de enero de 2019].
Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44335/9789243599373_spa.pdf;jsessionid=1ACBCA32B51E260094EF05B5B226C2D5?sequence=1