

**TESIS DOCTORAL**

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS TRASTORNOS  
POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS AGRESIONES  
QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO**



Doctorando: Ángela Rosales Becerra.  
Directores: Luis Rodríguez Franco  
Julio López Méndez

Julio 2017.

Universidad de Sevilla.  
Departamento: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

## **Agradecimientos**

Desde el comienzo de este trabajo, he tenido la suerte de contar el apoyo de muchas personas que me han estimulado para realizar y concluir este proyecto.

En primer lugar, he de reconocer el privilegio que ha sido tener como directores tanto al Prof. Dr. Luis Rodríguez Franco como al Prof. Dr. Julio López Méndez. Ambos han mostrado un nivel de compromiso y profesionalidad que me han permitido adquirir nuevos aprendizajes que han resultado fundamentales a lo largo de este proceso. Tengo que agradecer no solo sus orientaciones de cara a mejorar este trabajo sino la continua disponibilidad y el esfuerzo que han mostrado para que fuese posible.

Desde el principio de mi formación, he tenido el honor de poder aprender de manera directa de uno de las personas que se ha convertido en un referente profesional para mí, el Dr. D. Alfonso Blanco-Picabia. Se me quedan cortas estas líneas para agradecerte todo lo que, durante tantos años, he aprendido de ti ya que, a una corta edad y sin ningún tipo de experiencia, me diste la oportunidad de adquirir conocimientos y destrezas que me han forjado el carácter y me han ayudado a convertirme en la profesional que hoy en día soy. Siendo esto producto de tus continuas estimulaciones, consejos y, para qué negarlo, unas cuantas reprimendas. Gracias por estar ahí en cada momento.

A todos mis antiguos compañeros del Servicio de Medicina Preventiva del H.U .V. Macarena, en especial al Dr. Gili-Miner, sin el cual este trabajo no hubiera sido posible. Y por

supuesto agradecerle los aprendizajes que, durante los cinco años que estuve en el servicio, pude adquirir a través de sus enseñanzas directas.

A Joel Juarro Basterretxea, por el asesoramiento estadístico que me ha prestado. Sin tu ayuda no se hubiera logrado.

A Valle y Ángel, del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológico, por la ayuda y el trato que me han prestado durante estos meses.

A mi amiga, colega y compañera, Nuria Blanco Piñero. Gracias por permitirme aprender de una gran profesional, que se convirtió en compañera de batallas. Y, por supuesto, darte las gracias por pegarme tus “malos hábitos” y llevarme hasta donde estoy hoy en día

A mis padres, por todos los esfuerzos que, durante tantos años, han realizado para que pudiera cumplir mis sueños. Sois un ejemplo de lucha e integridad, valores considero me habéis transmitido a lo largo de mi educación y que me permiten ser quien soy en la actualidad. Sin vosotros nada hubiera sido posible.

A mi hermana, Mónica, por escucharme, entenderme y respetar mis espacios cuando lo he necesitado. Pero sobretodo, por enseñarme a manejar los tiempos y aprender a disfrutar de más cosas que mi propia profesión

A Jose, por ser mi reducto de paz, mi amigo y mi compañero de vida. Gracias por entender mis ausencias y animarme a no tirar la toalla en más de una ocasión. Tu confianza ciega me ha permitido enfrentarme a los peores momentos durante estos años, sin permitirme vacilar y conseguir los objetivos que me había marcado.

## Abstract

El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto y la interacción de las problemáticas asociada al consumo de alcohol en pacientes hospitalizados por agresiones, con la finalidad de conocer la distribución, la relación existente entre los factores de riesgo asociados a los ingresos por agresión, mortalidad de los mismos y determinar la influencia tanto de estos trastornos como las discapacidades en la prolongación de estancias, exceso de costes y la mortalidad atribuible.

Para se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de una muestra de pacientes que presentaron ingresos por agresiones recogidos en los conjuntos mínimos básicos de datos de 87 hospitales españoles durante el periodo 2008-2010. Se realizaron diversos análisis que incluyeron: análisis univariantes para examinar la relación tanto de trastornos por consumo de alcohol como de la mortalidad en agresiones ; análisis de riesgo relativo de lesiones en función de los trastornos por consumo; análisis multivariante de la covarianza para determinar la mortalidad, la prolongación de estancias y sobrecostes atribuibles a los trastornos por consumo de alcohol y discapacidad, y se elaboraron modelos multivariantes mediante un análisis de regresión logística incondicional para conocer la asociación de los diversos factores sobre la mortalidad y la presencia de trastornos por consumo de alcohol en pacientes agredidos.

Se estudiaron 6.486 de ingresos por agresiones, de los cuales 759 pacientes presentaban trastornos por consumo de alcohol. Los ingresos por agresiones y trastornos por consumo de alcohol fueron predominantes en hombres, encontrando que la edad superior incrementaba el riesgo y que, en comparación con otros trastornos por consumo, estos presentan más riesgos de agresiones de diversa tipología. Igualmente pudimos apreciar como existen características que incrementan claramente el riesgo a padecer este trastorno, tales como la edad (37% más de riesgo

a edades superiores), el género (ser hombre hace hasta un 50% más probable esta patología), la presencia de discapacidad (que eleva a un 60% el riesgo) y la presencia de otros trastornos por adicciones (5,3 veces más riesgo en tabaco y 3,6 en drogas).

Por tanto podemos concluir que los trastornos por consumo por alcohol afectan determinados tipos de agresiones que requieren ingresos hospitalarios

## **Prefacio**

El presente trabajo pretende aportar una nueva visión de las lesiones cometidas por actos violentos. A lo largo de la revisión de la literatura hemos encontrado una ingente producción científica cuyo objeto de interés pasa por conocer, tipificar y generar perfiles definitorios de los agresores, razón por la que, desde cualquier perspectiva, podemos encontrar características muy definitorias de los mismos.

Sin embargo, la víctima de dichos actos pasa más desapercibida. Si bien es cierto que en la última década se ha centrado la atención en tipos de víctimas muy concretas como son las de violencia de género, lo que ha permitido conocer mejor la realidad de las mismas, para el resto de las conductas violentas, en la mayoría de los casos pasan a ser consideradas como meras receptoras de la agresión, pudiendo tan solo identificarse algunas características relacionadas con el riesgo de ser víctimas pero circunscritas a estudios muy concretos (violencia sexual, violencia marital, por ejemplo) y excluyentes de otras causas.

Siguiendo los presupuestos de Brennan (Lemke, Schutte, Brennan, & Moos, 2008), la vía más efectiva para identificar factores de riesgo de lesión violenta son las encuestas de victimización. Sin embargo y siguiendo sus argumentos, encontramos que los registros clínicos aportan datos más objetivos tanto del número de víctimas como de las que requieren de tratamiento médico tras ser agredidas, motivo por el que no permitiría identificar aquellas personas que tienen mayor riesgo de daños y prevenir las lesiones violentas.

A pesar de ello, esta perspectiva ha sido escasamente estudiada. Algunos estudios han centrado su atención en aspectos como las lesiones pero en poblaciones infantiles (Scheidt et al.,

1995), en lesiones específicas como rodilla (Nielsen & Yde, 1991) o traumas craneales (Stranjalis et al., 2008; Tired et al., 1990)

No obstante, en España tan solo hemos encontrado algunos estudios con características similares al que nosotros proponemos. Uno de ellos fue el realizado por García Cajella, que analizó los partes de lesiones emitidos por el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza. En dicho estudio hallaron que la patología traumatológica suponía entre el 22 y el 28% de las atendidas en el Servicio de Urgencias. En cuanto a las características de los lesionados, la mayoría eran hombres y la mayor asistencia traumatológica urgente aparecía en los que tenían edades comprendidas entre los 30 y los 39 años. Respecto a las agresiones, observaron una mayor frecuencia de víctimas hombres (62%-77%) y siendo más frecuente entre los 20 y 35 años, existiendo un único predominio femenino en el caso de las autolesiones. Tanto en los jóvenes como en los mayores, los accidentes causales y de tráfico son los que provocan las lesiones presentadas. (García Cajella et al., 1994)

Así mismo, Clèries (2015) realizó un estudio en lesiones por accidentes de tráfico en Cataluña en base a los datos aportados por el CMBD, a partir del cual dilucidó que éstas eran más frecuentes en hombres entre los 20 y 40 años (56,2%) la gravedad de las lesiones aumenta con la edad y comporta un aumento en la estancia hospitalaria y la complejidad.

Otro estudio que aplica variables similares a las nuestras es el realizado por Borges (Borges et al., 2013) que realizó un estudio etimológico multinacional coordinado por la OMS sobre lugar de ocurrencia de lesiones y uso de alcohol. En él detectaron que ni el sexo ni la edad modificaban dichos accidentes pero el consumo de alcohol incrementó el riesgo de sufrir

lesiones en la calle o en la carretera; aspecto que se incrementaba en función del número de copas y la percepción de embriaguez del individuo.

Por otro lado consideramos que los datos obtenidos a través del conjunto mínimo de datos (CMBD), aportan una considerable ventaja en el estudio de las agresiones dado que como argumenta Barba (2006) se encuentran basados en una realidad clínica y no en contexto experimentales. En España múltiples estudios en los últimos años han utilizado esta base como vía para generar sus investigaciones de diversas patologías médica (Ibars-Moncasi, San Sebastián-Domínguez, Soldevilla-Agreda, 2012; Ivano Scandurra, García-Altés, & Nebot, 2001; Pérez et al., 2009), lo que valida nuestra utilización de este recurso.

No obstante y pesar de la escasa producción científica en estudios similares al que nosotros proponemos, consideramos fundamental el mismo dada el importante impacto que este tipo de lesiones tiene tanto a nivel de salud de los sujetos agredidos, los costos económicos que implican y la sobrecarga en el sistema de salud. Razón por la que a partir del mismo, podrían estimarse posibles indicadores de riesgo que podrían prevenir estas afectaciones.

## Tabla de Contenidos

<b>1.INTRODUCCIÓN</b> .....	28
1.TEORÍAS EXPLICATIVAS, CONCEPTOS Y TÉRMINOS: DEFINIENDO EL OBJETO DE ESTUDIO .....	30
1.1-PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE LA AGRESIVIDAD .....	31
1.1.1 Teorías clásicas. ....	31
1.1.1.1 Teorías de los instintos.....	31
1.1.1.2 Teorías etológicas. ....	33
1.1.1.3 Teorías del aprendizaje social. ....	34
1.1.1.4 Teoría de la interacción social. ....	35
1.1.1.5 Teorías neurobiológicas. ....	36
1.1.2 Teorías actuales.....	37
1.2 DIFERENCIAS TERMINOLÓGICAS: AGRESIÓN, AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA .....	39
1.3 EL CONCEPTO DE VÍCTIMA. ....	41
1.4 FACTORES DE RIESGO DE LA AGRESIÓN: PERSPECTIVA DEL AGRESOR Y LA VICTIMA. ....	42
2. LA AGRESIÓN: PROBLEMÁTICAS, RELACIÓN CON EL ALCOHOL Y TIPOLOGÍAS .....	46
2.1- EVOLUCIÓN Y PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS A LA AGRESIÓN.....	47
2.2- RELACION ENTRE AGRESIONES Y ALCOHOL. ....	49
2.3- TIPOS DE LESIONES: INTENCIONALES Y NO INTENCIONALES .....	52

3. EL ALCOHOL COMO FACTOR PREDISPONENTE:	
CONTEXTUALIZACIÓN, VARIABLES, EPIDEMIOLOGÍA Y	
TRASTORNOS ASOCIADOS.....	57
3.1 EDAD Y GÉNERO.....	61
3.2 PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL .....	65
3.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CONSUMO DE ALCOHOL .....	66
3.4 PRINCIPALES EFECTOS Y PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS AL	
CONSUMO DE ALCOHOL .....	67
3.4.1 Patología orgánica.....	68
3.4.1.1 Nutrición y metabolismo.....	68
3.4.1.2 Inmunidad e infecciones.. .....	68
3.4.1.3 Trastornos gastrointestinales.....	69
3.4.1.4 Trastornos neurológicos.....	70
3.4.1.5 Enfermedades cardiovasculares.....	70
3.4.1.6 Cáncer. ....	71
3.4.1.7 Trastornos sexuales y reproductivos.....	71
3.4.1.8 Traumatismos e intoxicaciones.....	72
3.4.2 Trastornos psiquiátricos. ....	73
3.4.3 Problemática socio-familiar. ....	74
4- OTROS FACTORES ASOCIADOS	
(DISCAPACIDAD, COMORBILIDAD) E IMPACTO SANITARIO	
(MORTALIDAD, ESTANCIAS, COSTES) .....	76
4.1 OTROS FACTORES ASOCIADOS.....	77

4.1.1 Discapacidad.....	77
4.1.2 Comorbilidades .....	78
4.2 IMPACTO SANITARIO.....	81
4.2.1 Mortalidad.....	81
4.2.2 Estancias y costes.....	83
<b>2.OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>86</b>
<b>3.MÉTODO .....</b>	<b>89</b>
3.1. MUESTRA, DISEÑO Y PROCEDIMIENTO .....	90
3.1.1 Relación de variables analizadas .....	92
3.1.1.1. Agresión.....	92
3.1.1.2.Edad. ....	93
3.1.1.3 Género.....	93
3.1.1.4 Trastornos por consumo de alcohol (TCA). ....	93
3.1.1.5 Trastorno por consumo de tabaco.....	94
3.1.1.6 Trastornos por otras drogas.....	94
3.1.1.7 Discapacidad.....	94
3.1.1.8. Comorbilidades. Índice de comorbilidad de Charlson.....	100
3.1.1.9 Mortalidad.....	101
3.1.1.10 .Número de diagnósticos.....	101
3.1.1.11 Grupo hospitalario. ....	101
3.2 ANÁLISIS DE DATOS.....	101
<b>4.RESULTADOS .....</b>	<b>104</b>
1 ANÁLISIS DE LAS AGRESIONES EN FUNCIÓN DE SU DISTRIBUCIÓN ....	106

2. ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: VALORACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN, MORTALIDAD ASOCIADA Y LESIONES .....	116
2.1 MORTALIDAD ASOCIADA .....	118
2.2 TIPOS DE LESIONES .....	120
3 ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: VALORACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN, MORTALIDAD ASOCIADA Y LESIONES .....	134
3.1 TRASTORNOS POR CONSUMO DE TABACO.....	135
3.1.1 Mortalidad asociada.....	136
3.1.2 Tipos de lesiones.....	138
3.2 TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS.....	151
3.2.1 Mortalidad asociada.....	152
3.2.2 Tipos de lesiones.....	154
4 ESTIMACIÓN DE RIESGOS DE LESIÓN EN TRASTORNOS POR CONSUMO.....	168
4.1 TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL.....	169
4.2 TRASTORNOS POR CONSUMO DE TABACO.....	185
4.3 TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS .....	200
5 ANÁLISIS DE DISCAPACIDAD EN AGREDIDOS .....	216
6 ANÁLISIS DE LA COMORBILIDAD.....	220
7 ANÁLISIS MULTIVARIANTE.....	231

7.1 ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (TCA).....	232
7.2 .ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA MORTALIDAD .....	233
8 ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA MORTALIDAD, ESTANCIAS Y COSTES .....	235
8.1 DISCAPACIDAD.....	236
8.2 TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL .....	237
<b>5 DISCUSIÓN.</b> ....	238
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	250
REFERENCIAS.....	254

## Lista de tablas

Tabla 1. Índice de Charlson: componentes y puntuación . . . . .	79
Tabla 2. Clasificación de hospitales según complejidad y tamaño* . . . . .	91
Tabla 3. Distribución de ingresos por agresiones en pacientes de 18 o más años de edad. . . . .	107
Tabla 4. Distribución de las agresiones en función del grupo de edad y del género. . . . .	108
Tabla 5. Edad media de los pacientes ingresados por agresiones. . . . .	109
Tabla 6. Distribución anual de ingresos por agresiones según el género . . . . .	109
Tabla 7. Distribución anual de las agresiones en función del género y grupo de edad. . . . .	110
Tabla 8. Distribución de la mortalidad en función del grupo de edad, género y número de diagnósticos. . . . .	112
Tabla 9. Distribución de la mortalidad en función de la edad, género y categoría hospitalaria . . . . .	114
Tabla 10. Distribución de los trastornos por consumo de alcohol en función de la edad. . . . .	117
Tabla 11. Distribución de los trastornos por consumo de alcohol en función de la edad y el género . . . . .	118
Tabla 12. Distribución de la mortalidad según género, edad y trastorno por consumo de alcohol. . . . .	119
Tabla 13. Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de alcohol en mujeres. . . . .	120
Tabla 14. Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de alcohol en hombres. . . . .	121

Tabla 15. Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de alcohol en mujeres. ....	122
Tabla 16. Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de alcohol en hombres .....	123
Tabla 17. Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de alcohol en mujeres.....	123
Tabla 18. Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de alcohol en hombres.....	124
Tabla 19. Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de alcohol en mujeres.....	125
Tabla 20. Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de alcohol en hombres.....	125
Tabla 21. Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de alcohol en mujeres. ....	126
Tabla 22. . Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de alcohol en hombres .....	127
Tabla 23. Agresiones por con instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de alcohol en mujeres. ....	128
Tabla 24. Agresiones por con instrumento cortante y punzante y trastorno por Consumo de alcohol en hombres. ....	128
Tabla 25. Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de alcohol en mujeres.....	129
Tabla 26. Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de alcohol en hombres.....	130

Tabla 27. Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de alcohol en mujeres.....	130
Tabla 28. Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de alcohol en hombres.....	131
Tabla 29. Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de alcohol en mujeres.....	132
Tabla 30. Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de alcohol en hombres. ....	132
Tabla 31. Distribución de los trastornos por consumo tabaco en función de la edad. ....	135
Tabla 32. Distribución de sujetos con/sin trastorno por consumo de tabaco en función de la edad y el género . ....	136
Tabla 33. Distribución de la mortalidad según género, edad y trastorno por consumo de tabaco. ....	137
Tabla 34. Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de tabaco en mujeres.....	139
Tabla 35. Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	139
Tabla 36. Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de tabaco en mujeres.....	140
Tabla 37. Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	141
Tabla 38. Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de tabaco en mujeres . ....	141

Tabla 39. Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	142
Tabla 40 Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de tabaco en mujeres.....	143
Tabla 41. Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	143
Tabla 42. Agresiones por arma de fuego y trastorno por consumo de tabaco en mujeres. ....	144
Tabla 43. Agresiones por arma de fuego y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	145
Tabla 44. Agresiones por instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de tabaco en mujeres.....	146
Tabla 45. Agresiones por instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	146
Tabla 46. Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de tabaco en mujeres.....	147
Tabla 47. Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	148
Tabla 48. Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de tabaco en mujeres.	148
Tabla 49. Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de tabaco en hombres.	149
Tabla 50. Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de tabaco en mujeres.....	150
Tabla 51. . Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de tabaco en hombres.....	150
Tabla 52. Distribución de los trastornos por consumo de drogas en función de la edad.	151

Tabla 53. Distribución de sujetos con/sin trastorno por consumo de drogas en función de la edad y el género.. .....	152
Tabla 54. . Distribución de la mortalidad según género, edad y trastorno por consumo de drogas .....	153
Tabla 55. Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de drogas en mujeres. ....	155
Tabla 56. Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de drogas en hombres. ....	155
Tabla 57. Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de drogas en mujeres. ....	156
Tabla 58. Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de drogas en hombres. ....	157
Tabla 59. .Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de drogas en mujeres.....	157
Tabla 60. Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de drogas en hombres .....	158
Tabla 61. Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de drogas en mujeres.....	159
Tabla 62. Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de drogas en mujeres. ....	159
Tabla 63. Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de drogas en mujeres .....	160

Tabla 64. Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de drogas en hombres. ....	161
Tabla 65. Agresiones por con instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de drogas en mujeres. ....	162
Tabla 66. Agresiones por con instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de drogas en hombres. ....	163
Tabla 67. Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de drogas en mujeres. ....	164
Tabla 68. Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de drogas en hombres .....	164
Tabla 69. Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de drogas en mujeres.	165
Tabla 70. .Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de drogas en hombres.....	165
Tabla 71. Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de drogas en mujeres. ....	166
Tabla 72. Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de drogas en hombres. ....	167
Tabla 73. Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de alcohol en mujeres. ....	170
Tabla 74. Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de alcohol en hombres.....	171
Tabla 75. Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de alcohol en mujeres. ....	172
Tabla 76. Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de alcohol en hombres .....	173

Tabla 77. Estimación de riesgo de agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de alcohol en hombres .....	175
Tabla 78. Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzantes y trastornos por consumo de alcohol en mujeres .....	176
Tabla 79. Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzantes y trastornos por consumo de alcohol en hombres .....	177
Tabla 80. Estimación de riesgo de maltrato y trastornos por consumo de alcohol en mujeres .....	178
Tabla 81. Estimación de riesgo de maltrato y trastornos por consumo de alcohol en hombres .....	180
Tabla 82. Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de alcohol en mujeres .....	181
Tabla 83. Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de alcohol en hombres .....	182
Tabla 84. Estimación de riesgo por efectos tardíos y trastornos por consumo de alcohol en mujeres .....	183
Tabla 85. Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de alcohol en hombres .....	184
Tabla 86. Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de tabaco en mujeres .....	186
Tabla 87. Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de tabaco en hombres .....	187

Tabla 88. Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de tabaco en mujeres.....	188
Tabla 89. Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de tabaco en hombres.....	189
Tabla 90. Estimación de riesgo de agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de tabaco en mujeres.....	190
Tabla 91. Estimación de riesgo de agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de tabaco en hombres.....	192
Tabla 92. Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzantes y trastornos por consumo de tabaco en mujeres.....	193
Tabla 93. Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzantes y trastornos por consumo de tabaco en hombres.....	194
Tabla 94. Estimación de riesgo de agresión por maltrato y trastornos por consumo de tabaco en hombres.....	195
Tabla 95. Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de tabaco en mujeres.....	196
Tabla 96. Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de tabaco en hombres.....	197
Tabla 97. Estimación de riesgo de efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de tabaco en mujeres.....	198
Tabla 98. Estimación de riesgo de efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de tabaco en hombres.....	199

Tabla 99. Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de drogas en mujeres. ....	201
Tabla 100. Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de drogas en hombres. ....	202
Tabla 101. Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de drogas en mujeres. ....	203
Tabla 102. Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de drogas en hombres . ....	204
Tabla 103. Estimación de riesgo de agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de drogas en hombres. ....	205
Tabla 104. Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzantes y trastornos por consumo de drogas en mujeres. ....	206
Tabla 105. Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzantes y trastornos por consumo de drogas en hombres. ....	208
Tabla 106. Estimación de riesgo de maltrato y trastornos por consumo de drogas en mujeres. ....	209
Tabla 107. Estimación de riesgo de agresión por malos tratos y trastornos por consumo de drogas en hombres. ....	210
Tabla 108. Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de drogas en mujeres. ....	211
Tabla 109. Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de drogas en hombres. ....	212

Tabla 110. Estimación de riesgo de efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de drogas.en mujeres .....	213
Tabla 111. Estimación de riesgo de efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de drogas en hombres.....	214
Tabla 112. Distribución de ingresos por discapacidad en función del año y la edad.. ...	217
Tabla 113. Distribución de la mortalidad en función de la edad, género y categoría hospitalaria.....	218
Tabla 114. Analisis de varianza de índice de Charlson y discapacidad en mujeres.. .....	221
Tabla 115. Analisis de varianza de índice de Charlson y discapacidad en hombres.....	222
Tabla 116. Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de alcohol en mujeres .....	223
Tabla 117. Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de alcohol en hombres. ....	224
Tabla 118. Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de tabaco en mujeres.....	225
Tabla 119. Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de tabaco en hombres.....	225
Tabla 120. Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de drogas en mujeres. ....	226
Tabla 121. Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de drogas en hombres. ....	227
Tabla 122. Análisis de varianza de Índice de Charlson y mortalidad en mujeres. ....	228
Tabla 123. Análisis de varianza de Índice de Charlson y mortalidad en hombres. ....	229

Tabla 124. Análisis de varianza de Índice de Charlson y hospital en mujeres .....	230
Tabla 125. Análisis de varianza de Índice de Charlson y hospital en hombres.....	230
Tabla 126. Relación de trastornos por consumo de alcohol con variables objeto de estudio.....	233
Tabla 127. Relación de la mortalidad en pacientes ingresados por agresiones con variables objeto de estudio.....	234
Tabla 128. Efectos atribuibles a la discapacidad respecto a los pacientes con agresiones sin discapacidad.. .....	236
Tabla 129. Efectos atribuibles a los trastornos por alcohol respecto a los pacientes con agresiones sin trastornos por alcohol.. .....	237

## Lista de figuras

Figura 1. Riesgo relativo de peleas en mujeres y alcohol.....	169
Figura 2. Riesgo relativo de peleas en hombres y alcohol.....	170
Figura 3. Riesgo relativo de envenamiento en mujeres y alcohol. ....	172
Figura 4. Riesgo relativo de envenamiento en hombres y alcohol. ....	173
Figura 5. Riesgo relativo de agresión por arma de fuego en hombres y alcohol.....	174
Figura 6. Riesgo relativo de agresión cortantes y punzantes en mujeres y alcohol.....	176
Figura 7. Riesgo relativo de agresión cortantes y punzantes y alcohol en hombres.....	177
Figura 8. Riesgo relativo de maltrato en mujeres y alcohol . ....	179
Figura 9. Riesgo relativo de maltrato en hombres y alcohol . ....	179
Figura 10. Riesgo relativo de agresión por otros medios y alcohol en mujeres. ....	180
Figura 11. Riesgo relativo de agresión por otros medios y alcohol en hombres. ....	182
Figura 12. Riesgo relativo de agresión por efectos tardíos y alcohol en mujeres.....	183
Figura 13. Riesgo relativo de agresión por efectos tardíos y alcohol en hombres.....	184
Figura 14. Riesgo relativo de peleas y tabaco en mujeres . ....	185
Figura 15. Riesgo relativo de peleas y tabaco en hombres. ....	187
Figura 16. Riesgo relativo de envenamiento y tabaco en mujeres. ....	188
Figura 17. Riesgo relativo de envenamientos y tabaco en hombres. ....	189
Figura 18. Riesgo relativo de lesiones por arma de fuego y tabaco en mujeres . ....	191
Figura 19. Riesgo relativo de agresión por armas de fuego y tabaco en hombres.....	191
Figura 20. Riesgo relativo de agresiones cortantes y punzantes y tabaco en mujeres.....	192
Figura 21. Riesgo relativo de agresión cortantes y punzantes y tabaco en hombres.....	194

Figura 22. Riesgo relativo de agresiones por maltrato y tabaco en hombres. ....	195
Figura 23. Riesgo relativo de agresion por otros medios y tabaco en mujeres.....	196
Figura 24. Riesgo relativo de agresion por otros medios y tabaco en hombres.....	197
Figura 25. Riesgo relativo de efetos tardíos de agresión y tabaco en mujeres.....	198
Figura 26. Riesgo relativo de efectos tardíos de una agresión y tabaco en hombres .....	199
Figura 27. Riesgo relativo de peleas y drogas en mujeres. ....	201
Figura 28. Riesgo relativo de peleas y drogas en hombres. ....	202
Figura 29. Riesgo relativo de envenenamiento y drogas en mujeres.....	203
Figura 30. Riesgo relativo de envenenamientos en hombres y drogas en hombres. ....	204
Figura 31. Riesgo relativo de agresión por arma de fuego y drogas en hombres .....	206
Figura 32. Riesgo relativo de agresion cortantes y punzantes y drogas en mujeres. ....	207
Figura 33. Riesgo relativo de agresion cortantes y punzantes y drogas en hombres ....	207
Figura 34. Riesgo relativo de maltrato y drogas en mujeres.....	209
Figura 35. Riesgo relativo de maltrato y drogas en hombres. ....	210
Figura 36. Riesgo relativo de agresiones por otros medios y drogas en mujeres . ....	211
Figura 37. Riesgo relativo de agresion por otros medios y drogas en hombres. ....	213
Figura 38. Riesgo relativo de agresión por efectos tardios y drogas en mujeres.....	214
Figura 39. Riesgo relativo de agresiones por efectos tardíos y drogas en hombres. ....	215

# 1

# INTRODUCCIÓN

Hemos considerado estructurar nuestra exposición en diversos apartados con la finalidad de que los conceptos expuestos tengan la suficiente entidad explicativa.

En la primera parte realizaremos una breve revisión teórica de la agresión y expondremos y clarificaremos conceptos tales como la agresión, la agresividad, violencia y víctima.

En la segunda nos centraremos en las agresiones y su relación con el alcohol, especificando las tipologías de estas.

En la tercera expondremos cuestiones relacionadas con el alcohol, pero manteniendo la perspectiva del objeto de nuestro trabajo. Esta sección estará dedicada a delimitar el perfil de los consumidores de alcohol en cuanto a variables sociodemográficas, la epidemiología del trastorno y las principales patologías asociadas al consumo.

La última sección está dedicada otros factores que pueden mediar en las lesiones estudiadas, como son la discapacidad o comorbilidad, y el impacto en términos sociosanitarios, en cuanto a mortalidad, estancias y costes hospitalarios.

**1. TEORÍAS EXPLICATIVAS,  
CONCEPTOS Y TÉRMINOS:  
DEFINIENDO EL OBJETO DE  
ESTUDIO**

La agresividad tiene una función fundamental en los humanos, dado que ha permitido la supervivencia de los mismos a lo largo de los años. No obstante, se puede observar como este instinto ha ido evolucionando e instrumentándose con la propia evolución del hombre. De modo que, actualmente, encontramos que la agresividad se convierte en una forma poco adecuada de resolución de conflictos entre los humanos, al menos, en la mayor parte de las ocasiones. Esta situación ha generado múltiples repercusiones en nuestro modelo de vida, condicionando la existencia de cuestiones penales, médicas, mortalidad y costes económicos derivados de este tipo de actos.

Para iniciar nuestro trabajo, consideramos fundamental realizar una revisión de las principales teorías sobre la agresividad, dado que éstas aportan diferentes perspectivas que explican la agresividad.

## **1.1 PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE LA AGRESIVIDAD**

Nos centraremos en plantear aquellas teorías que han tenido mayor impacto en el campo de la psicología, realizando un breve recorrido temporal a lo largo de ellas, para conocer la evolución que, desde esta perspectiva, ha tenido el concepto y el origen de la agresividad. Comenzaremos con las teorías más clásicas, para finalizar con aquellas más actuales que imponen claras diferencias y una visión más integradora.

### **1.1.1 Teorías clásicas**

#### **1.1.1.2 Teorías de los instintos**

Esta controvertida teoría fue la primera en tratar de explicar el origen de las respuestas agresivas en los hombres, encontrándose lideradas por las aportaciones realizadas por Sigmund Freud.

A lo largo del desarrollo de la obra de Freud, encontramos distintas visiones e interpretaciones de la agresividad. En un primer momento, consideró que el instinto sexual era el componente fundamental de la agresividad. Posteriormente, definió la agresividad como un instinto que invita a defenderse y a protegerse, apoyándose para ello en las pulsiones sexuales.

No obstante surge una ambivalencia entre el dualismo de las pulsiones de autoconservación y pulsiones sexuales, provocando, por un lado, que existan pulsiones hostiles que se dirigen hacia el exterior y dan lugar al *sadismo*, y, por otro, aquellas que se dirigen hacia la propia persona, masoquismo.

Posteriormente y tras la publicación de “*Más allá del principio del placer*” se postula que la agresión es una expresión de la pulsión de muerte (Tanatos)(Freud, 1997) que tiene como fin disminuir la excitación y la tensión del sujeto. El enfoque psicoanalítico sostiene la teoría del doble instinto, según la cual el hombre se encuentra dotado de una “*cantidad o quantum de energía dirigida hacia la destructividad y que debe inevitablemente expresarse de una forma u otra*”. De modo que si se obstruye dicha manifestación, tal deseo sigue otros caminos y llega a la destrucción del hombre, en un primer momento. Posteriormente, se dirige hacia el exterior, de manera agresiva o autodestructiva, y surge como una respuesta a la frustración.

Por su parte Melanie Klein, basándose en postulados de la obra freudiana, desarrollo su trabajo fundamentalmente en niños. A través del estudio de estos, describió los mecanismos infantiles que permiten separar el amor y el odio. No obstante, en 1985, percibió como los niños se encontraban en un permanente estado de lucha que les conducía a destruir sus objetos o preservarlos, lo que generaba una considerable ansiedad en ellos.(Klein, 1945) De modo que ese deseo de destrucción les lleva en ocasiones a tratar de dañar el objeto y en

otras a tratar de controlarlo. Por tanto la agresión se desarrolla a niveles internos del individuo.

### **1.1.1.2 Teorías etológicas**

La etología es el estudio comparado del comportamiento humano y animal, que tiene sus inicios en estudios de Darwin y Lamarck. A partir de las aportaciones de Montagu (1970), tras negar la existencia de las conductas innatas y asegurar que todas eran aprendidas, es cuando surge con más fuerza los estudios etológicos que tratan de explicar el origen del innatismo.

Uno de los considerados padres de la etología, Konrad Lorenz, postula que la agresión es un instinto de lucha en los animales y, en el caso del hombre, ésta se dirige hacia los miembros de la misma especie (Muñoz-Delgado, Diaz, & Moreno, 2010). Para Lorenz la agresión estaría presente en múltiples conductas que van desde forma de afrontar situaciones, resolución de problemas, la ambición o el ascenso social entre otras; de lo que se desprende que forma parte de cualquier acto humano. Dicha conducta es instintiva, heredada y estereotipada y se desencadena a raíz de estímulos ambientales, pudiendo permanecer a pesar de que dichas estimulaciones no estén presentes.

Dentro de su obra, destaca el Modelo Hidráulico que nace como una teoría de la motivación. Lorenz considera que existen comportamientos repetitivos que responden a unos estímulos (llaves) y que interaccionan con mecanismos desencadenantes innatos que producen la descarga o disparan la actividad nerviosa, desarrollándose una conducta observable. Pero subraya que, si después de mucho tiempo no se ejecuta una pauta de acción, el animal produce la pauta en ausencia de estímulo o ante uno diferente. Lo que denomina “energía específica de acción” (Lahitte, 2012).

En lo que respecta a la agresión dicha energía se acumularía hasta ejercer presión o hasta que apareciera el estímulo que la desencadena y, por tanto, de manera inevitable, terminarían desarrollándose actos agresivos.

### **1.1.1.3 Teorías del aprendizaje social**

Bandura, a través de la Teoría del aprendizaje social, postula que el aprendizaje se puede lograr a través de la imitación de los comportamientos, tras ver si éstos han logrado recompensas o algún tipo de reforzador. De modo que las acciones se regulan en función de las consecuencias esperadas.

Según Bandura si los sujetos que son conscientes de las respuestas apropiadas en una situación y valoran las consecuencias que produce, son capaces de cambiar su comportamiento en la dirección del refuerzo. Sin embargo, si existe una devaluación, bien del comportamiento requerido, bien de los reforzadores disponibles, no solo pueden permanecer sin influencias sino que pueden responder de manera contraria a la esperada (Bandura, 1978)

En base a esto, se deduce que si un comportamiento agresivo es reforzado, el espectador lo puede aprender. No obstante Bandura fue más allá y planteó que para determinar si un comportamiento es agresivo o no, hay que tener en cuenta los juicios subjetivos de intenciones y causalidad. De modo que una conducta será categorizada como agresiva si se le atribuye responsabilidad e intención de hacer daño.

Así mismo y de manera breve, Bandura considera que los estilos agresivos de comportamiento pueden ser aprendidos por tres vías: la primera y muy importante, es la agresión modelada y reforzada por miembros de la familia. La segunda es la subcultura donde residen y con la que mantienen un contacto repetido. Por último señala el efecto que

los medios de comunicación tienen, debido a la ingente exposición de conductas agresivas, que favorece el modelado simbólico de la misma. Estos medios afectan de manera perjudicial a los estilos de conducta agresiva, altera las restricciones sobre estos comportamientos, desensibiliza y habitúa a la violencia y plantean imágenes en las que las personas basan sus acciones.(Bandura, 1983)

#### **1.1.1.4 Teoría de la interacción social**

Tedeschi y Felson (1994), conciben que una acción sea intencional cuando el sujeto tiene expectativas de que producirá un resultado próximo que tiene valor para él.

Consideran que la intención y el motivo están asociados con cada acción humana. En consecuencia la acción coercitiva tendría la intención de imponer, forzar o perjudicar a una persona. De modo que los sujetos que las desarrollan esperan que su comportamiento perjudique, coaccione o dañe a otro, valorando dichos resultados. Por lo que tienen una influencia social. (Tedeschi & Felson, 1994)

Estos autores distinguen tres tipos de acciones coercitivas: amenazas, que implica la comunicación de daño; castigos, que hace referencia a una acción ejecutada con la finalidad de dañar a otro; y fuerza corporal, que implica el uso del contacto físico para obligar o restringir el comportamiento de otro.

En resumen la teoría de interacción social, interpreta que las acciones coercitivas tienen como finalidad producir cambios en las persona objetivo y enfatiza la relación entre las partes y las dinámicas del intercambio entre ellas como aspectos fundamentales para explicar el comportamiento. La persona toma decisiones en base a valores, costos y probabilidades de obtener resultados diferentes, utilizando la agresión, por tanto, para lograr una meta.

### 1.1.1.5. Teorías neurobiológicas

Desde esta perspectiva se sostiene que la agresividad es una función del sujeto que le permite su supervivencia, que se encuentra estimulada por aspectos fisiológicos y biológicos del individuo pero, teniendo en cuenta que las respuestas se dan dentro de un contexto particular.

Clásicamente, las conductas agresivas se han relacionado con el funcionamiento del hipocampo, hipotálamo, amígdala y el lóbulo frontal. A lo largo de las investigaciones realizadas se ha demostrado que el córtex prefrontal se encuentra involucrado en la regulación y control del afecto y del comportamiento.(Denson, 2011). Tal y como señalan diversas investigaciones y el propio Denson, las distintas áreas del córtex prefrontal modulan aspectos relacionados con la conducta agresiva. Así, el córtex prefrontal dorsolateral, influye tanto en el control como la planificación de la conducta. El ventral en la regulación emocional, la dorsal medial, afecta a la conciencia de la emoción y la introspección; y la corteza cingulada anterior; influye en la detección de conflictos y la actividad que desencadena(Denson, 2011;Raine, 2008; Siever, 2008)

Haller (2012) afirma que las estructuras límbicas se encuentran implicadas en la agresión mediante las conexiones con el hipotálamo medial y lateral. Tanto la corteza prefrontal como la amígdala se consideran una de los centros de control de la conducta agresiva. Tal y como propone Davidson, cualquier alteración, bien funcional o estructural, en las vías encargadas de la regulación favorece la violencia.(Davidson, 2000).

Así mismo, hay que tener en cuenta el papel modulador de los neurotransmisores en este tipo de conducta. Entre ellos destacan en el génesis de la agresividad, la serotonina, noradrenalina y la dopamina. La noradrenalina influye en la expresión y el incremento del comportamiento agresivo, preparando al sujeto para el conflicto.(Dajas, 2010). La serotonina,

regula los estados de ánimo y, en niveles bajos, promueve conductas violentas.(Guadilla & Gaviria, 1996)(Davidson, 2000). La dopamina se relaciona con la recompensa y la seguridad, promoviendo la búsqueda de sensaciones y conductas agresivas. (Guinea & Bonilla, 2006).Por tanto y de manera muy resumida, un descenso de serotonina y un aumento de los otros dos neurotransmisores favorecerían dicha conducta, dado que existirían problemas para la inhibición de la impulsividad, indiferencia para la gratificación social, dificultades para evitar daños y búsqueda de sensaciones.(Guinea & Bonilla, 2006).

Por todo lo anteriormente expuesto, alteraciones en las estructuras cerebrales o en sus neurotransmisores, estarían involucrados en la perpetración de actos agresivos.

### **1.1.2 Teorías actuales**

Las investigaciones de las últimas décadas han llevado a acuñar un nuevo termino de agresión, como es la agresión relacional, que implican aquellos comportamientos que dañan el propio estatus personal o social dentro de un grupo de personas.(Crick, Ostrov, & Kawabata, 2007). Según Crick y Grotpeter (1995) sería un tipo de agresión no física que tiene como objetivo manipular o dañar la reputación de otro, pudiendo desarrollarse mediante comportamientos directos o indirectos. Este tipo de agresión podría encontrarse presente desde los tres años y acompañar a los sujetos a lo largo de la vida, afectando por tanto a sus relaciones con los demás y encontrándose presente en las agresiones entre los escolares. Dentro de este entorno, Card (2008) afirma que este tipo de agresión se ha asociado a una déficits en la resolución de problemas sociales, en la regulación emocional, dificultades en la relación con iguales, problemas internalizados como la ansiedad o la depresión y resulta predictivo de desajuste psicosocial en el futuro. (Card, Stucky, Sawalani, & Little, 2008)

Otras corrientes han puesto su interés en las prácticas de crianza como elementos predictivos de la agresión. Como indica Kandel (1991) los estudios sobre abuso infantil y el desarrollo posterior de un comportamiento violento, sugieren que, estar expuesto a la violencia paternal abusiva, constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo del comportamiento violento. Según Crick (2007) las interacciones entre padres e hijos constituyen un importante contexto en el que los niños adquieren expectativas sociales y de comportamiento y aprenden comportamientos que pueden trasladarse a otros contextos de relación, como la relación entre iguales. Por este motivo los estilos educativos de los padres, se asocia con una amplia variedad de comportamientos sociales de los niños como la agresión y el comportamiento prosocial.(Crick et al., 2007). En este sentido Baumrind destaca que, las prácticas de crianza autoritaria, que utilizan una disciplina punitiva y rígida, restringiendo la autonomía de los niños y siendo escasamente afectivos, se asocian con el ajuste social negativo de los menores, hostilidad hacia los otros y baja autoestima. (Baumrind, 1978). En contraposición, las características de interacción de los padres, siendo afectivos y asertivos con los hijos, pueden llegar a eliminar los efectos nocivos del uso del castigo físico.(Kandel, 1991)

También se ha señalado la importancia del procesamiento de la información y las atribuciones en la generación de conductas agresivas. En este sentido, Dodge(2006) destaca la importancia del estilo de atribución hostil, que implica la existencia de una tendencia en los individuos a interpretar erróneamente señales sociales, atribuyéndoles una intención hostil e intencional motivada por algún tipo de perjuicio en una condición estimular ambigua(Dodge, 2006). Este autor junto con Fontaine (2006) desarrollaron el modelo de “evaluación de respuestas y toma de decisiones”, con la finalidad de integrarlo dentro del modelo general de procesamiento social, para esclarecer los procesos evaluativos de las respuestas. Según ellos existirían cinco procesos de evaluación: un primer umbral de aceptabilidad en la respuesta,

estimación de la probable eficacia y del valor de la respuesta, expectativas sobre las consecuencias y el valor de las mismas, comparación de opciones y selección de la más adecuada. No obstante estos procesos pueden estar influenciados por la impulsividad, que aparecería como una respuesta inmediata que no está sometida a limitaciones de evaluación. Lo que podría explicar la conducta agresiva. (Fontaine & Dodge, 2006)

Por tanto, tras la breve revisión realizada, podemos afirmar que no existe ninguna teoría que por sí misma pueda explicar la agresión de los humanos. Fundamentalmente porque la agresión parece estar sujeta a múltiples causas que implican al sujeto, al contexto, a sus cogniciones, emociones, las relaciones existentes con los demás, factores genéticos y socio-culturales.

## **1.2 DIFERENCIAS TERMINOLÓGICAS: AGRESIÓN, AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA**

La enorme confusión existente entre estos constructos nos conduce a considerar necesario una aclaración de los mismos. Por esta razón, sucintamente, pasaremos a exponer las principales definiciones de estos términos, dado que una exposición extensa sobrepasa los objetivos de nuestro trabajo.

Según la Real Academia Española agresión es “Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño” (Real Academia Española, 2016). Lo que supone que se dicho acto se puede desarrollar de múltiples maneras pero que tiene una intencionalidad y busca causar consecuencias aversivas a otro.(Carrasco Ortiz & Gonzalez Calderon, 2006). Según Berkowitz, se pueden distinguir dos tipos de conductas agresivas: la hostil, caracterizada por la ira, la falta de planificación y la impulsividad; y la instrumental, que carece de emoción, es fría y premeditada. (Berkowitz, 1993). En cuanto a la función de la

agresión, se puede diferenciar entre agresión reactiva, que supone una respuesta ante un agravio real o percibido; y agresión instrumental, que no estaría presidida por una ofensa y tiene como finalidad conseguir un objetivo que puede ser la dominación, daño u otros. (Chaux, 2003).

La agresividad, como indica Truglia (2006), sería cualquier acto violento con el que se pretende dañar. En base a esta definición y atendiendo a los modelos sobre la agresión propuestos por este autor, podemos diferenciar entre agresividad verbal y física donde se pone el principal objeto de interés en las características externas del ataque y el estado emocional de la persona; agresividad reactiva, que supone un comportamiento impulsivo en respuesta a la frustración y con deseo de lastimar; y agresividad instrumental, que implica un comportamiento controlado, que tiene un objetivo definido y que es utilizado como un medio para otro fin; y por último entre estado de ira, que supondría la presencia de sentimientos subjetivos de tensión, molestia, irritación, furia o rabia y la activación del Sistema Nervioso Autónomo; y la ira como rasgo, que implica una predisposición estable hacia la ira. (Truglia et al., 2006)

Por otro lado, Hamby (2017) establece una definición precisa de violencia, considerándola como un comportamiento intencional, indeseado, no esencial y nocivo. Esta conducta no cumple una función legítima que no pueda obtenerse por medios no violentos, dado que los repertorios conductuales en los humanos son muchos más amplios. Por tanto no son esenciales para la supervivencia o la adaptación, ya que los comportamientos esenciales incluirían la autodefensa y la defensa de hijos, que se consideran apropiadamente agresión, pero no violencia. (Hamby, 2017)

Según esta autora, sería nociva porque provoca un daño que incluiría tanto las lesiones o muerte como otros resultados menos visibles, como el estrés postraumático, los actos autolesivos, las enfermedades crónicas o efectos del estrés.

La violencia no es deseada, dado que esto puede permitir la diferenciación de conductas que implica agresión pero que son deseadas por los individuos, tales como determinadas prácticas sexuales. Los actos que pretenden causar daño cumplen el criterio de intención de la violencia, lo que incluiría las acciones premeditadas como el asesinato o el homicidio. La intención de dañar surge de un motivo para alcanzar el estatus o los recursos, e implica una voluntad de perseguir esos objetivos de manera ilegítima.

### 1.3. EL CONCEPTO DE VÍCTIMA

En nuestro estudio vamos a centrar nuestra atención hacia las víctimas de los actos agresivos. Razón por la que consideramos preciso realizar una aclaración de dicho concepto.

Según la RAE(Real Academia Española, 2016) víctima sería cualquiera de las siguientes acepciones:

1. *“Persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio”*
2. *“Persona que se expone u ofrece a un grave riesgo en obsequio de otra”.*
3. *“Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita.”*
4. *“Persona que muere por culpa ajena o por accidente fortuito”.*
5. *“Persona que padece las consecuencias dañosas de un delito”.*

Desde el punto de vista de la victimología, existen múltiples definiciones desde la inicial dada por Mendelsohn. Pero para remitiéndonos a conceptos más actuales y siguiendo definición dada por Echeburúa(Echeburúa & de Corral, 2005) consideramos víctima a aquella persona que sufre por el daño generado por otra. Este autor hace una diferenciación fundamental de dos dimensiones dentro de la víctima. Por un lado estaría la dimensión objetiva que supone el propio hecho sufrido. Por otro la dimensión subjetiva, que implicaría

las afectaciones negativas sufridas tras la agresión y que podrían afectar al desarrollo de su vida cotidiana, emergiendo reacciones emocionales negativas o dificultades para planificar proyectos de futuro entre otros.

Otra definición actual es la dada por Bustos Ramírez(1993) que amplifica los agentes de la agresión sufrida, considerando a la víctima no solo como aquella persona afectada por cualquier delito contra las personas, sino que incluiría aquellos que son afectados por delitos contra el funcionamiento del sistema, como por los intoxicados por el medio ambiente,

No obstante y con independencia de la definición que se tome, todas tienen en común los efectos de la agresión y los condicionantes que éstos pueden aportar. Por tanto, como señalan Morilla, Patró y Aguilar (Lorenzo et al., 2011), la victimización supondría el cambio en el estado inicial de la persona que la conduce a adquirir el rol de víctima. De este proceso de cambio trascenderían dos tipos de consecuencias principales: las secuelas psicológicas (trastornos por estrés postraumático, depresión, ansiedad, etc...) y las propias del sistema socio-político que incluirían la estabilidad económica-laboral, la red de apoyo social y elementos propios de la Administración de Justicia.

#### **1.4. FACTORES DE RIESGO DE LA AGRESIÓN: PERSPECTIVA DEL AGRESOR Y LA VÍCTIMA**

A lo largo de este apartado, vamos a analizar los principales factores de riesgos que se han relacionado con la probabilidad de actos violentos. Analizaremos variables implicadas en la mayor probabilidad de génesis de violencia como aquellas que mejor discriminan a las víctimas de estas acciones. De esta forma, pretendemos generar una visión global de este tipo de eventos, dado que no tendría sentido tomarlas de manera aislada al requerir de una interacción entre víctima y agresor para que se gesten este tipo de situaciones.

A través de un estudio en siete países realizado por Anderson (2017), se ha demostrado que la exposición a la violencia mediática incrementa la probabilidad de agresión. A corto plazo, estos autores relatan que dichas exposiciones incrementan el comportamiento agresivo, la excitación e imitación de dichas conductas. No obstante, a largo plazo, la incrementan a través del aprendizaje, provocando cambios tanto cognitivos como afectivos, automatización y desensibilización a la violencia. De hecho, estos autores observaron como la violencia mediática se convirtió en el segundo factor de riesgo para la victimización entre compañeros (Anderson et al., 2017).

La relación entre un consumo excesivo de alcohol, incremento del riesgo de comportamiento violento y vulnerabilidad a los delitos violentos, se ha demostrado en múltiples investigaciones. Wells (2011) considera que esta relación sería debida a los efectos farmacológicos del alcohol, dado que reduce la ansiedad, aumenta la asunción de riesgos, incrementa la emotividad, estrecha el campo perceptivo y el funcionamiento cognitivo. Todo lo cual contribuye a que el bebedor sea más agresivo y se produzca una escalada de la agresión. (Wells, Giesbrecht, Ialomiteanu, & Graham, 2011) En un estudio realizado por esta autora, constato como en los jóvenes adultos que realizan consumo episódico e intenso de alcohol, dicho consumo se relaciona con la agresión pero no con otros actos violentos no relacionados con el alcohol. Así mismo, se ha constatado que el alcohol se relaciona positivamente con sufrir lesiones e incrementa la severidad de la agresión. Esto es debido a que las personas son menos capaces de resolver los conflictos, menos conscientes del nivel de fuerza que aplican y se reduce la preocupación por el daño a terceros.

Según Brennan (2010) existen factores sociales, tales como desempleo y menores ingresos económicos, que se encuentran relacionados con la victimización en actos violentos. Para este autor el medio ambiente juega un papel importante en la victimización, ya que el hecho de vivir en un ambiente deprivado, incrementa la exposición a ambientes de riesgos. El

consumo de alcohol también se relaciona con la victimización, dado que la intoxicación etílica afecta a la coordinación física y a las habilidades de comunicación, pudiendo asociarse a los efectos del daño a las víctimas, como lesiones y tratamientos médicos requeridos. En su investigación, Brennan encontró que los hombres tenían mayor probabilidad de ser víctimas de violencia, aunque esta disminuía a medida que aumentaba la edad. Así mismo el estado civil, concretamente estar divorciado o separado, incrementaba el riesgo. No obstante, a nivel global, encontraron que ni la edad ni el género, se encontraron asociadas con las lesiones pero las dosis de alcohol consumidas si se asociaron positivamente con lesiones y probabilidad de tratamiento. Así mismo constato que el uso de armas, incrementaba el daño sufrido por las víctimas de actos violentos(Brennan, Moore, & Shepherd, 2010).

En las agresiones dentro de la pareja, como señala Alvira-Hammond (2014), el bajo nivel educativo y el desempleo son factores de riesgo. Así mismo las diferencias en educación, empleo o ingresos emergen como factores facilitadores de este tipo de violencia. De modo que los maridos con un estatus más altos que sus esposas, tienen menores probabilidades de violencia. No obstante, las mujeres con mayor nivel educativo que sus cónyuges, pueden ser susceptibles de violencia. En el estudio llevado a cabo por esta autora se observó cómo el 40% de los sujetos objeto de estudio, que tenían una edad media de 20 años, informaron haber sufrido alguna agresión dentro de su relación actual de pareja. Por lo que concluyo que los jóvenes adultos tienen un mayor riesgo de agresión. (Alvira-Hammond, Longmore, Manning, & Giordano, 2014)

Dentro de la violencia en la pareja, Sherrill (2016) denota que el consumo de sustancias altera tanto la forma en la que el autor emite señales de riesgo, como en cómo las percibe la víctima intoxicada. Dicho aspecto es aplicable a las víctimas de agresión sexual, dado que se han encontrado evidencias que sugieren que no discriminan los estímulos de

amenaza típicos que se asocian con las relaciones íntimas.(Gidycz, McNamara, & Edwards, 2006).

Tal y como indica Sherrill, en revisiones de la literatura se han identificado factores situacionales de riesgo de victimización dentro de la pareja(Sherrill, Bell, & Wyngarden, 2016). Entre ellos señala el consumo de alcohol, argumentos verbales y agresión física y verbal precipitada por la víctima. A lo que, tras los resultados de su estudio, añadió aspectos como el tono, la conducta motora y la expresión facial de la pareja, los recuerdos de agresión o la historia de salud mental, como variables predictoras de riesgo.

En cuanto a otros elementos importantes en los actos violento y tal como indican De Vries Robbé y de Vogel (2016), mucho de los factores protectores que contribuyen directa o indirectamente a la prevención del riesgo de violencia, son escasamente conocidos, por lo que desconocen su contribución a la evaluación del riesgo de violencia. Estos autores consideran que factores de riesgo y de protección se encuentran en el extremo opuesto del mismo dominio de riesgo (por ejemplo, la falta de apoyo personal en contraposición al apoyo a la red social), mientras que otros factores no tienen un riesgo o contraparte protectora

**2. LA AGRESIÓN: PROBLEMÁTICAS,  
RELACIÓN CON EL ALCOHOL Y  
TIPOLOGÍAS.**

## 2.1 EVOLUCIÓN Y PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS A LA AGRESIÓN.

Según la OMS, la violencia se define como *“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”* (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2002). Por tanto esta definición no solo recoge la violencia interpersonal, sino los actos autolíticos, conflictos armados, muerte, lesiones y efectos asociados a los comportamientos violentos.

Atendiendo a esta, el último Informe Mundial sobre la Violencia realizado en 2002, destaca que más de 1,6 millones de personas fallecen por muertes violentas; convirtiéndose en una de las principales causas de muerte, el 14% de la población masculina y del 7% de la femenina; si bien es cierto que muchas más personas resultan lesionadas a consecuencia de dichos actos violentos. Concretamente, en 2007 se estimó que la violencia y las lesiones suponían el 9% de la mortalidad general y del 16% de la discapacidad (Harvey et al., 2007). De modo que se vislumbra como una problemática acuciante para los sistemas de atención pública de salud.

Dentro de los actos violentos y siguiendo lo establecido por la OMS, los podemos clasificar en tres categorías diferenciadas: violencia hacia uno mismo, que incluye comportamientos suicidas y autolesiones; interpersonal, que incluye la intrafamiliar o de pareja y la comunitaria; y colectiva, que implica a grupos enfrentados por ideas políticas, económicas o sociales. No obstante, en nuestro estudio, vamos a centrarnos solo en la violencia interpersonal: aquella que está dirigida hacia los miembros de la familia y/ o pareja y la dirigida hacia personas no relacionados entre sí que pueden conocerse o no y que suele producirse fuera del hogar.

En cuanto a la violencia en la familia, podemos distinguir varios subtipos. En lo que

respecta a la violencia de género, los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2016, en España, 44 mujeres fallecieron a manos de sus parejas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). En cuanto a las lesiones sufridas por víctimas de violencia de género, el 71,8% fueron víctimas de delitos de lesiones (Consejo General del Poder Judicial, 2016). No obstante, el Instituto Nacional de Estadística, indica que 28.281 mujeres fueron víctimas de violencia de género y 6.836 víctimas de violencia doméstica.(INE, 2016). Dentro de las víctimas de violencia doméstica, el 62,5% fueron mujeres y el 37,5 % hombres, siendo la edad media de 41, 5 años.(INE, 2016)

Respecto a la violencia contra los menores, los datos de 2015, reflejan que 5.247 menores de 18 años, fueron víctimas de violencia intrafamiliar.(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

El maltrato a los mayores, sigue siendo un aspecto muy oculto en nuestra sociedad debido a la población a la que va dirigida. A pesar de ello, algunos estudios realizados a nivel nacional, estiman que el 35% de mayores atendidos por servicios sociales y el 8,5% de los hospitalizados eran víctimas de malos tratos (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006) No obstante, la OMS (2016) estima que una de cada diez mayores son víctimas de algún tipo de maltrato.

La violencia sexual, tal y como la define la OMS (2013), implica actos que incluyen desde el acoso verbal a la penetración forzada y múltiples tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación, a la fuerza física.(García-Moreno, Guedes, & Knerr, 2013). Si bien, hay que aclarar que, la mayor parte de los estudios realizados se encuentran centrados en las mujeres, especificándose cada uno de los actos violentos de los que pueden ser víctimas, pero dejando al margen a las víctimas masculinas.

El Ministerio del interior (2015) informó que se existieron 8.125 víctimas contra la libertad sexual, divididas entre: agresión sexual con penetración (909), corrupción de

menores o incapacitados (502), pornografía de menores (185) y otros delitos contra la libertad e indemnidad sexual (6.529). En todos los casos, se produjeron más víctimas femeninas que masculinas, concretamente supusieron el 83,97% del total de las víctimas, el 90,9% de agresiones sexuales con penetración, el 68,12% de corrupción de menores, el 50,81% de víctimas de pornografía infantil y el 85,15% de los otros delitos de libertad sexual. De modo que son las mujeres la población más vulnerable en este sentido. En esta misma línea, la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2015) destaca que el 7,2% de las mujeres han sufrido violencia sexual fuera de la pareja y el 1,5% dentro de la pareja en los últimos 12 meses.(Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Respecto a la violencia dirigida hacia personas, se constata que la tasa promedio global de homicidios mundiales se sitúa en el 6,2 por cada 100.000 habitantes, si bien en Europa, dicha tasa es cinco veces inferior (UNODC, 2014). Concretamente, los datos de 2015, reflejan que se produjeron 785 intentos de homicidios, siendo el 71,4% de las víctimas hombres. Así mismo en los 250 que se llegaron a consumir, fue más frecuente que fallecieran hombres que mujeres (62,8 % frente al 37,2%) (Ministerio del Interior, 2015).

En cuanto a la prevalencia de lesiones, encontramos que se produjeron 97.012 a nivel nacional, de las cuales el 59,14% de las víctimas eran hombres, el 30,43% mujeres y el 10,42% no se identificó el género de la víctima.(Ministerio del Interior, 2015).

## **2.2 RELACION ENTRE AGRESIONES Y ALCOHOL**

El 5,1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones, son atribuibles al consumo de alcohol (Erol & Karpyak, 2015). El consumo de alcohol, así como el de otras sustancias, se ha relacionado con un incremento de la posibilidad de sufrir algún tipo de lesión. De hecho se ha demostrado la influencia que sustancias como el alcohol, las benzodiacepinas o el cannabis tienen en el deterioro cognitivo y motor de los sujetos y, en consecuencia, en la

probabilidad de sufrir algún tipo de accidente (Bakke, Bogstrand, Normann, Ekeberg, & Bachs, 2016). Dentro de este marco, MacDonald, Anglin-Bodrug, Mann, Erickson, Hathaway, Chipman & Rylett (2003), llegaron a estimar que la proporción de drogas que estaban involucradas en las lesiones podía oscilar entre el 0% al 55% (Oyefeso et al., 2006a).

Por otro lado, y tal como expusieron Butters et ál. (2005), múltiples investigaciones han demostrado las relaciones existentes entre alcohol, drogas ilegales, violencia y ocurrencia de lesiones. Si bien es cierto que no se conoce exactamente la relación existente entre estas, si se ha detectado que, tanto los grandes consumidores de sustancias, como aquellos que se encuentran bajo los efectos de las mismas, son más propensos a recibir lesiones y a participar en actos violentos; bien sea como víctimas o como perpetradores de dichos actos (Butters, Smart, Mann, & Asbridge, 2005).

No obstante en la relación entre alcohol y agresiones a través de la revisión realizada por Graham (1980), se establecen cuatro categorías que explicarían la interacción entre ellas. Este autor distingue cuatro tipos de causalidad asignadas al alcohol: causa directa, anestesiando el centro del cerebro que normalmente impide la respuesta agresiva; causa indirecta, generando ciertas alteraciones cognitivas, fisiológicas y emocionales que aumentan la probabilidad de agresión; causa indirecta condicionada al motivo de beber, que serían aquellos motivos, como por ejemplo la ansiedad, que conducirían a la ingesta; y la predisposición situacional, que según algunas investigaciones, supone la predisposición propia del individuo hacia a la agresividad y que puede liberarse ante una situación de consumo (Boyatzis, 1975).

Hay que tener en cuenta que el alcohol tiene un efecto directo sobre el juicio, dado que provoca una reducción del funcionamiento intelectual, de la capacidad cognitiva y del control de las emociones. Razón por la cual, puede liberar ira y frustraciones reprimidas, facilitando la consumación de actos violentos. (Benavidez Rodríguez, Gómez Talegón, Fierro

Lorenzo, & Álvarez González, 2011; Bushman & Cooper, 1990; Hawkins et al., 1997). Dentro de este marco, y tal como postula Room (2010), se detecta que una de las principales consecuencias es que el bebedor abusivo puede llegar a infringirse daño a sí mismo, a los que le rodean y/ o a terceras personas implicadas. Estos dos últimos supuestos incluirían los casos de madres consumidoras durante el embarazo, accidentes de tráfico o la violencia hacia los demás (Bistuer, 2014). No obstante, no debemos olvidar que si además de un consumo de alcohol existe algún trastorno mental, se incrementa la probabilidad tanto de conducta violenta como de victimización (Loinaz, Echeburúa, & Irureta, 2011).

Al margen de la edad y las características propias de los individuos, podemos considerar que el alcohol es un agente importante en la producción de conductas agresivas. Múltiples estudios han encontrado correlaciones entre el consumo de alcohol y conductas violentas, dentro de las cuales se incluyen las amenazas, agresiones en la esfera familiar y marital, abuso sexual u homicidios (Borders, Barnwell, & Earleywine, 2007; Brismar & Bergman, 1998). Así mismo, se ha constatado que, el consumo de alcohol incrementa el riesgo de victimización por cualquier acto violento (Castillo-Carniglia, Pizarro, Luengo, & Soto-Brandt, 2014).

En cuanto a la victimización, ya sea por violencia física o sexual, tanto en hombres como mujeres, se suele asociar con el incremento del consumo de alcohol (Nayak, Lown, Bond y Greenfield, 2012), postulándose que puede deberse a la desinhibición de la conducta y reacciones ante estímulos negativos del medio (Khantzian, 1985; Pimlott-Kubiak y Cortina, 2003). Otra hipótesis formulada por Graham, Bernards, Wilsnack y Gmel (2011) considera que, si bien el consumo de alcohol intensifica los episodios violentos, realmente, no sería la causa de los mismos.

Según el modelo de los efectos agudos, que trata de exponer una visión teórica del vínculo alcohol-violencia, se plantea que los efectos agudos de una intoxicación etílica

aumentan el riesgo de conductas violentas, al provocar una afectación en el procesamiento de la información (respondiendo exageradamente ante provocaciones y disminuyendo la capacidad de inhibición) mientras el alcohol ejerce un efecto farmacológico. En el caso de los bebedores abusivos o crónicos, se podría aplicar el modelo de los efectos crónicos según el cual, el uso de la sustancia por sí mismo, va a incrementar las conductas violentas con independencia de la cantidad consumida. Esto es debido a la afectación que dichos consumos tienen a nivel del funcionamiento neuropsicológico (Rothman, McNaughton Reyes, Johnson, & LaValley, 2012).

### **2.3 TIPOS DE LESIONES: INTENCIONALES Y NO INTENCIONALES**

Respecto al tipo de daños concretos que se derivan de las conductas violentas, podemos diferenciar dos tipos de lesiones: no intencionales e intencionales. Generalmente, las lesiones no intencionales las podemos categorizar con la nomenclatura de accidentes, siendo éstos más frecuentes en el ámbito doméstico y laboral, aumentando su riesgo por el consumo de alcohol. (Leonard, Buckley, & Curtis, 2016) De modo que a mayor nivel de alcoholemia, más gravedad de las lesiones (Rodríguez-Martos, 2002). Smith, Branas y Miller (1999), mediante un metaanálisis, detectaron que el 38,5% de las muertes provocadas por lesiones no intencionales no relacionadas con el tráfico, presentaban una concentración de alcohol en sangre positiva ; dentro de los cuales el 31% de dichas personas mostraban más de 100mg/ l de alcohol en la sangre. Entre las causas más frecuentes de lesiones se encuentran las caídas, los ahogamientos y las producidas por el fuego (Plasencia, 2002). Respecto al mecanismo concreto de la lesión que provoca la muerte de los sujetos bajo la influencia del alcohol, un estudio realizado en Inglaterra, indicaba que los más frecuentes eran el ahogamiento y la asfixia (Oyefeso et al., 2006b). Si bien es cierto que, en el caso de los

accidentes y muertes motivada por lesiones no intencionales, se encontró que lo más relevante eran los accidentes de vehículos a motor.(Pascual Pastor, Guardia Serecigni, & Pereiro Gómez, 2013)

En este sentido, en España, en el año 2015, según datos aportados por la Dirección General de Tráfico, el 4,16% de los conductores resultó positivo en alcohol, y dentro de estos, el 82% solo había consumido dicha sustancia(Dirección General de Tráfico, 2015). Todo lo cual supone un riesgo añadido a la posibilidad de sufrir algún accidente. En el caso de los conductores fallecidos, el 43,10% mostraron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol, dentro de los cuales en el 66,91% se detectó alcohol solo o asociado a las sustancias anteriormente reseñadas. En el caso de los peatones fallecidos, el 46,37% presentaron resultados positivos en sangre a drogas, alcohol y/o psicofármacos; dentro de los cuales el 56,63%, había consumido alcohol solo o asociado a las demás sustancias (M.Justicia, 2015).

En cuanto a las lesiones intencionales, diversos estudios han encontrado una relación entre consumo de alcohol y la existencia de incidentes o crímenes violentos; existiendo entre un 25%-85% de incidencia de éstos últimos y consumo de dicha sustancia(Peter Anderson & Baumberg, 2006).El consumo de alcohol precede a la mitad de todos los incidentes de violencia (incesto, el abuso de menores, el maltrato y la agresión a la pareja y otras formas de violencia familiar...), destacando especialmente su relación con agresión, violación y homicidio. Además, aunque las cantidades de alcohol consumido, los patrones de consumo y las tasas de violencia interpersonal difieren ampliamente de unos países a otros, en todas las culturas se observa una estrecha relación entre alcohol y violencia(Pascual Pastor et al., 2013).Razón por la que se puede establecer una interrelación entre el consumo y estar involucrado en actos violentos, siendo más frecuente en los casos de intoxicación que los de consumo habitual. Así mismo, se ha demostrado un aumento significativo del riesgo a estar

involucrado en situaciones violentas o ser receptores de la misma, en el caso de grandes bebedores( Anderson, Gual, & Colon, 2008). En este sentido, el factor más determinante de estas situaciones parece ser la frecuencia del consumo, frente a los episodios de consumo excesivo o el volumen ingerido; a pesar de que todos puedan relacionarse independientemente con las agresiones(Anderson & Baumberg, 2006).

Dentro de este marco, se ha observado que tanto la existencia de unos niveles de alcohol en sangre altos, como un elevado consumo, se aprecia tanto en los autores como en los receptores de la violencia.(Brecklin & Ullman, 2002; Makkai, 1997).Tal y como reflejan los datos aportados por el Estudio Mundial sobre el Homicidio (2013), en Suecia y en Finlandia se observó cómo, más de la mitad de los homicidas, habían consumido alcohol antes de perpetrar el acto. Así mismo en Australia la mitad de los homicidios se encontraron precedidos por un consumo de dicha sustancia bien por el homicida o por su víctima (UNODC, 2014).

En el caso de las agresiones sexuales por parte de extraños, resulta más probable que exista un mayor consumo etílico en el receptor, dado que al estar bajo el efecto de la sustancia, la víctima, tiene mayor dificultad para interpretar las señales de peligro y se altera su capacidad de reacción (Jewkes & Dartnall, 2008). Sin embargo, en cuando el abuso procede de conocidos o parejas, no depende del consumo del receptor(Chermack, Walton, Fuller, & Blow, 2001; Ullman, 2013)

No obstante, no debemos olvidar que existen factores predisponentes a la violencia dentro de la estructura de personalidad de dichos sujetos. Concretamente, un metaanálisis halló, que en este tipo de situaciones, los agentes violentos presentan una mayor ansiedad, inhibición y baja tolerancia a la frustración (Ito et al., 1996).A ello se le une los efectos que el alcohol puede tener como facilitador de la conducta agresiva. Concretamente se detecta que los bebedores presentan menos autocontrol, una menor capacidad de procesar la información

que reciben, un incremento en la labilidad emocional y la impulsividad, por lo que es más probable que recurran a la violencia en las confrontaciones (Farke & Anderson, 2007; Room, Babor, & Rehm, 2005)

Otros factores asociados son el patrón de consumo y el contexto social, que resulta fundamental en el caso de las agresiones de jóvenes. Destaca el caso de los jóvenes consumidores. Zuckerman y Kuhlman (2000) han demostrado cómo la búsqueda de sensaciones se relacionaba con el hábito de consumo de alcohol en esta población. Si bien es cierto que Ingles et al (2007), no presentan una visión tan reduccionista, considerando necesario tener en cuenta otros factores que modulan el consumo; tales como variables personales, contextuales, sociales y familiares; para entender dicho fenómeno (Espada & García-Fernández, 2007). Dentro de dichos elementos, podríamos destacar igualmente el control reducido que se postula como un factor predictivo de alteraciones en la edad adulta y que puede definirse como la dificultad que presenta el individuo para limitar el consumo de alcohol, a pesar de proponérselo, junto a la existencia de una capacidad disminuida para evitar el alcohol y controlar los problemas una vez iniciada la ingesta (Leeman, Patock-Peckham, & Potenza, 2012).

Casi todos los incidentes agresivos se producen en los bares de manera casual como consecuencia de la interacción social dentro de dicho recinto y, frecuentemente, implican a extraños (Graham & Wells, 2001). De hecho, a través de un estudio comparativo, se concluyó que la mayoría de los incidentes que ocurren en los bares o en sitios cuya actividad principal es la bebida, son atribuibles al alcohol directamente; a través de los efectos del mismo; o indirectamente, sujeto a las normas sociales relacionadas con beber (Rehm et al., 2004).

Del total de las muertes atribuibles al alcohol, las relacionadas con heridas deliberadas son el 8.7% del total (WHO, 2014). Aunque aparecen más frecuentemente en hombres, otros autores afirman que las cifras en mujeres serían mucho más altas, dado que las mujeres son

afectadas por la violencia interpersonal y las conductas de riesgo sexual como consecuencia de los problemas de bebida de sus parejas. De hecho, en Europa, representan el 30,2% de todas las lesiones atribuibles alcohol y solo el 7,9% de todas las lesiones atribuibles al alcohol para los hombres (Bistuer, 2014).

Respecto a la relación entre violencia de género y consumo de alcohol, se puede dar la coexistencia de factores que incrementan los comportamientos violentos que implicarían a aspectos culturales, frustraciones personales, desempleo, existencia de otras adicciones, alteraciones anímicas, etc.; que podrían interpretarse como parcialmente toleradas dentro de las tradiciones culturales (Bistuer, 2014).

Por último, debemos indicar que el alcohol también se encuentra íntimamente relacionado con la autolisis y los intentos autolíticos, determinándose que tanto la intoxicación aguda como el consumo crónico incrementan el riesgo de lesiones autoinflingidas (Peter Anderson, Møller, & Galea, 2012). Según el informe EURO CARE de 2011, esta sustancia se encuentra implicada en uno de cada seis suicidios; detectándose en los estudios de autopsias de suicidas en una proporción que variaba entre el 30 y 60 % de los casos.

Sin embargo, algunos países con alto nivel de consumo de alcohol no registran elevadas tasas de suicidios, lo que indica el importante papel del contexto cultural y social en la asociación entre alcohol y suicidio (Ramstedt, 2001; Razvodovsky, 2007).

**3. EL ALCOHOL COMO FACTOR  
PREDISPONENTE: CONTEXTUALIZACIÓN,  
VARIABLES, EPIDEMIOLOGÍA Y  
TRASTORNOS ASOCIADOS**

La problemática asociada al consumo de alcohol resulta amplia y heterogénea. Se puede considerar que la ingesta excesiva de alcohol, bien de manera ocasional como regular, tiende a generar trastornos de índole social, psicológica y física asociadas a su consumo (Rodríguez & Sánchez, 2001). Consecuentemente, tal circunstancia ha promovido que, durante las últimas décadas, se centrara la atención en el estudio de los grandes bebedores que lo consumen regularmente, y entre ellos los alcohólicos. Sin embargo el consumo excesivo ocasional puede tener un impacto sanitario, social y económico tan elevado o mayor que el producido por los grandes bebedores (Rehm, Room, Graham, Monteiro, Gmel, 2003; WHO, 2014).

Dentro de esta perspectiva, consideramos que se deben definir distintos aspectos que juegan un papel fundamental en el abordaje y entendimiento de esta problemática. En primer lugar, queda patente que el alcohol y los problemas asociados a su consumo, suponen un factor de riesgo para la salud. Tales problemáticas se manifestarían dentro de un continuo, desde un consumo mínimo, con menores riesgo de problemas, hasta un consumo abusivo, con un elevado riesgo de presentarlos (Al-Ghanem et al., 2005; Romero, 2007). Sin bien dichas vulnerabilidades estarían condicionados por la disponibilidad que los sujetos a la bebida. De modo que, a mayor facilidad de acceso a las bebidas alcohólicas, mayor consumo y, a menores facilidades, menor consumo (Razvodovsky, 2013).

Por otro lado, tanto la disponibilidad de la bebida como las pautas de consumo dependen de múltiples factores, entre los que destaca la legislación vigente, observándose diferencias en función del país del que se trate (EUROCARE, 2016; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009). Esto nos hace considerar que el elemento geográfico resulta importante, dado que en función del clima y la agricultura de cada zona, será más probable un tipo de producción y consumo de determinadas bebidas alcohólicas frente a otras.

No obstante, la accesibilidad al consumo depende en gran parte del precio relativo del alcohol, es decir, del costo medio de un litro de etanol puro a partir de la bebida alcohólica más barata del mercado teniendo en cuenta la renta media de la población. Sin embargo existe cierta variabilidad en función del país que se trate. Así se observa que algunos países que poseen rentas muy elevadas, debido a las medidas legislativas, el precio relativo del alcohol es alto. Todo lo cual hace que se produzca un consumo mayor entre las clases sociales más altas. Paradójicamente, en aquellos en los que el precio es bajo, tales como España, Portugal, Alemania, Rusia; la ingesta es superior entre las clases sociales más bajas (Anderson et al., 2008).

Así mismo, los parámetros culturales ejercen un efecto fundamental en las pautas de consumo de una comunidad. En este sentido cabe subrayar que la permisividad hacia el consumo de alcohol entre los niños y adolescentes, el grado de utilización del alcohol como favorecedor de actividades sociales y celebraciones, las creencias sobre sus hipotéticos efectos benéficos sobre la nutrición, sobre la potencia sexual, como antianoréxico infantil, como analgésico de dolores menstruales, etc., son ejemplos del conjunto de mitos y creencias que pueden encontrarse arraigadas en algunas comunidades.(Babor, Campbell, Room, & Saunders, 1994; De la Villa Moral & Ovejero, 2011; Iglesias, 2007)

Todo lo anteriormente expuesto, facilita que existan diferencias en las ingesta asociadas a dichas variables (culturales, socioeconómicas, personales, etc.). Por esta razón se observa una evidente disparidad internacional en el consumo de bebidas alcohólicas y en la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol. De modo que se constata la existencia tanto de un mayor consumo como una mayor prevalencia de problemas relacionados con el alcohol en las zonas de mayor desarrollo económico del planeta (Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda)(Anthony, 2011.). No obstante, los grandes productores de

alcohol son los mayores consumidores; aun cuando puedan existir diferentes patrones de consumo en los distintos países o incluso en distintas regiones de un mismo país.

En este sentido, Ledermann (1956) formuló la hipótesis de que el consumo de alcohol en una población exhibe una distribución logarítmica-normal. Es decir, planteó que la mayoría de los bebedores consume cantidades pequeñas o moderadas de alcohol, mientras que proporciones cada vez menores de bebedores consumen cantidades crecientes de alcohol asociadas a riesgos progresivamente mayores de problemas. Por tanto, en base a esta hipótesis, se puede considerar que a mayor consumo medio de alcohol mayor será la proporción de grandes bebedores y de problemas relacionados con el alcohol. Sin embargo, este modelo teórico no es aplicable a todos los casos y se ha discutido extensamente sus limitaciones, pero su razonamiento central es sólido: la relación directa entre el consumo per cápita y la proporción de grandes bebedores, el llamado “modelo de distribución unimodal”. (Lederman, 1956)

Analizando el mercado global, se observa que Europa ocupa un papel central en el mismo, dado que genera una cuarta parte de la producción mundial de alcohol y más de la mitad del vino. Realiza el 70% de las exportaciones y casi la mitad de las importaciones del mundo. De modo que España es uno de los principales productores y exportadores de bebidas (Peter Anderson & Baumberg, 2006).

A pesar de que en nuestro país existe una clara cultura de consumo de bebidas alcohólicas, debemos tener en cuenta que, tanto a nivel nacional como internacional, se observa una clara diferencia asociada al sexo en los patrones de consumo, las cuales tiende a minimizarse a mayor desarrollo económico y social de la zona. (Benavidez Rodríguez et al., 2011). En el caso de España, los hombres tienden a mantener una frecuencia y cantidad de consumo mayor que las mujeres; siendo ello más patente en el caso de los adultos más jóvenes. Los datos aportados por un estudio comparativo de consumo de alcohol a nivel

Europeo, indican que una proporción considerable de la población de algunos países bebe diariamente. Esto resulta relevante en el caso de Portugal, España y Francia (16-34%). En contraposición nos encontramos los país nórdicos (salvo Dinamarca) donde el 2,5% de los sujetos beben diariamente.(Guitart et al., 2011a)

Centrándonos en España, la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2015, revela que, en la sociedad española, es generalizado tener experiencia de consumo de alcohol, dado que el 93,1% de la población aseguró que lo había tomado alguna vez en su vida. En este contexto, el 78,3% había consumido en los últimos 12 meses, el 64% en el “último mes” y 10% diariamente a lo largo del último mes. Así mismo, tanto el consumo en el último año suele ser más habitual entre los hombres (83,2% vs 73,4%); como el habitual (73,4% vs 55,3%).Respecto a la edad media de inicio del consumo ésta se marca en los 16,7 años; y en general, el consumo de bebidas es mayor durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo)(Sendino et al., 2016).

### **3.1 EDAD Y GÉNERO**

Los informes de varios países de distintos continentes indican que, en general, los hombres consumen más alcohol que las mujeres, beben con mayor frecuencia, y son más propensos a ser bebedores peligrosos(Álvarez & Del Rio, 1994; Wilsnack, et al , 2009). En España, se ha estimado que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por dependencia de alcohol es del 3,6% (6,47% en hombres y 0,96% en mujeres), mientras que la prevalencia para los últimos 12 meses disminuye al 0,69% (1,38% en hombres y 0,05% en mujeres). Esta cifra es inferior a la estimada en Europa, con una prevalencia-vida de 5,2% (9,2% en hombres, 1,4% en mujeres) y una prevalencia-año del 1% (1,7% en hombres y 0,3 en mujeres). En Estados Unidos se ha calculado que la prevalencia de abuso o dependencia en los últimos 12 meses es del 4,7% y el 3,8%, respectivamente, lo que lo sitúa como el

trastorno psiquiátrico más prevalente después de los trastornos de ansiedad (11,08%) y los trastornos afectivos (9,21%)(Guitart et al., 2011a).

Los estilos de consumo son igualmente diferentes. En el caso de los hombres, beben de manera más pública y más a menudo asociado con un comportamiento agresivo o la asunción de riesgos y los problemas sociales en comparación con las mujeres .Por el contrario, las mujeres son propensas a beber en casa o con un amigo o pareja masculina (Varela & Pritchard, 2011), consumen menos cantidad y se intoxican con menor frecuencia.(Farapi, 2009) No obstante, se ha encontrado que las mujeres sin hijos son relativamente más vulnerables al consumo excesivo de alcohol y de bebidas de alta graduación en comparación con los hombres.(Bloomfield, 2005)

Así mismo, es preciso indicar que los patrones de consumo excesivo se encuentran modulados por los estados anímicos. Concretamente, las mujeres son más propensas que los hombres a beber excesivamente cuando experimentan emociones desagradables, presentan trastornos psicológicos, tienen conflictos con otros o requieren aliviar la tensión interna(Erol & Karpyak, 2015). Los síntomas depresivos se cree que desempeñan un papel mediador entre el consumo y afectan negativamente a las mujeres(Abulseoud et al., 2013; Garza, Méndez, & del Corral, 1986). En contraposición, los hombres más a menudo informan beber en respuesta a las emociones agradables y debido a la presión social (Erol & Karpyak, 2015)

Según datos de la OMS (2014), se observó una mayor prevalencia de trastornos por consumo de alcohol entre los hombres en Europa (12,6%), y una mayor prevalencia entre las mujeres en América (3,2%;). Los últimos resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional de Estados Unidos sobre el alcohol y enfermedades relacionadas, los cuales utilizan criterios DSM-5, indica una mayor prevalencia de vida de trastornos por consumo de alcohol en los hombres (36,0%) en comparación con las mujeres (22,7%) (Erol & Karpyak, 2015).Tal y como exponen estos autores, estudios recientes estiman la existencia de diferencias entre

hombres y mujeres respecto a los factores genéticos que predisponen al alcoholismo. Específicamente, la historia familiar de alcoholismo, trastornos de ansiedad de inicio temprano, y la dependencia de la nicotina fueron predictores más fuertes para los trastornos por consumo de alcohol en las mujeres. En el caso de los hombres la búsqueda de sensaciones, trastorno de conducta, abuso sexual en la infancia, la pérdida de los padres, la neurosis, la baja autoestima y baja satisfacción marital son factores que incrementan el riesgo (Kendler et al., 2015).

La OMS en su informe de 2014 sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud indicaba que los individuos de 15 años o más consumen, en promedio, 6,2 litros de alcohol puro por año (o 13,5 g por día)(WHO, 2014). En la Encuesta EDADES se realizó un análisis del consumo en relación al género, encontrándose que en el último mes, la prevalencia más elevada se relacionaba en las jóvenes de 15 a 24 años. Concretamente, 6 de cada 10 habían tomado bebidas alcohólicas de manera reciente.(Sendino et al., 2016). A partir de dichas edades, el alcohol va perdiendo impacto, algo que no ocurre en el caso de los hombres, dado que, a partir de los 24 años, 3 de cada 4 registra algún consumo en el último mes: proporción que se mantiene estable con a medida que incrementa la edad. Es más, el mayor consumo entre los hombres se encuentra en los mayores de 44 años con un consumo diario. Detectándose que entre los 45-54 años dicho tipo de hábito se encuentra presente en 1 de cada 4 y en el 29,7% de los mayores de 55 años. (Sendino et al., 2016)

En esta misma línea, hay que destacar que este tipo de consumo si puede observarse en las mujeres de mayor edad, pudiendo considerarse que se debe a hábitos de consumo en las comidas.(Sendino et al., 2016). Sin embargo, en los grupos de menor edad, se observa un aumento de consumo en los fines de semana. (Galán et al., 2014)

Los datos obtenidos en 2012, reflejan variaciones en la tasa de bebedores actuales, pasando de 1,3 y 4,3 en diferentes países. No obstante, 3,3 millones de muertes (5,9% de

todas las muertes a nivel mundial), incluyendo el 7,6% de las muertes entre los hombres y el 4,0% de las muertes entre las mujeres, fueron atribuidos al consumo de alcohol (OMS, 2014).

En cuanto a los pacientes que han sufrido lesiones motivadas por el consumo de alcohol, encontramos que, en un estudio realizado en cinco países de América, se detectó que la mayor parte de pacientes que acudían a urgencias eran hombres con edades entorno a los 30 años. El consumo de alcohol antes de sufrir la lesión osciló entre el 19,3% y el 21,5% de la muestra. Un tercio presentó lesiones relacionadas con actos violentos, manteniéndose una mayor prevalencia en hombres (31,7%) que en mujeres (23,4%)(Borges et al., 2013).

En España, un estudio realizado por Pérez, Santamariña-Rubio, Rodríguez et al (2008) en las urgencias de ocho hospitales universitarios, refleja la asociación entre lesiones, alcohol y consumo de sustancias. Concretamente, la prevalencia de sustancias fue mayor en actos violentos, accidentes de tráfico y caídas entre los hombres. Dentro de estos, el consumo de alcohol estuvo presente el 45,4% de los actos violentos, el 27,8% de las precipitaciones y el 19,2 % de los accidentes de tráfico cometidos por hombres entre los 18 y 39 años. En el caso de los hombres mayores de 40 años, 26,7 % presentaron lesiones por violencia, el 20,2% por precipitaciones y el 16,7% sufrieron accidentes de tráfico todo ello bajo los efectos del alcohol

En las mujeres la violencia, caídas y lesiones en el ámbito laboral son las lesiones más frecuentes. En las mujeres jóvenes el 21,8% sufrieron actos violentos, 18,2 % precipitaciones y el 7,1% accidentes laborales relacionados con el consumo de alcohol. En las mayores de 40 años, el 38,1% participaron en situaciones de violencia, el 8,5% sufrieron caídas y ninguna tuvo lesiones laborales motivadas por el consumo de alcohol.(Pérez et al., 2009). De modo que podemos apreciar como el género y la edad de los sujetos aportan diferencias fundamentales en la posibilidad de sufrir algún tipo de lesión relacionada con el consumo de alcohol.

### 3.2 PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

Según la OMS, el consumo de alcohol puede definirse en función de los gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las bebidas en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol (Valencia & González, 2014)

Se habla de un consumo moderado o de bajo riesgo cuando la ingesta de bebidas alcohólicas no supone un incremento del riesgo de sufrir consecuencias indeseables a corto o largo plazo.

El consumo peligroso (“hazardous drinking”) es un patrón de consumo de bebidas alcohólicas que aumenta el riesgo de consecuencias nocivas para el consumidor o para otras personas. Los patrones de consumo peligroso tienen un impacto importante en salud pública a pesar de la ausencia de trastornos significativos en la persona bebedora (Babor et al., 1994). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en hombres. (Stockwell et al., 2000)

El consumo excesivo ocasional (“binge drinking”), supone beber al menos 60 g de alcohol en una sesión (World Health Organization, 1993).

El consumo nocivo (“harmful drinking”) hace referencia a unos patrones de consumo de alcohol que producen lesiones físicas o trastornos mentales en los consumidores. Algunos autores también incluyen las consecuencias sociales (familiares, laborales, etc.) entre los daños causados por este patrón de consumo (Babor et al., 1994). La OMS indica que el consumo regular promedio debe ser de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres (Stockwell et al., 2000)

La intoxicación supone un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo (World Health Organization, 1993), inclusive manteniendo un nivel bajo de consumo (Eckardt et al., 1998).

La dependencia alcohólica es un conjunto de trastornos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer tras el consumo repetido de alcohol (World Health Organization, 1993). Estos trastornos suelen incluir: un intenso deseo de beber alcohol, una incapacidad para controlar su consumo, continuar bebiendo a pesar de sus consecuencias dañinas, que el alcohol ocupe el primer lugar en su escala jerárquica de prioridades (por encima de otras actividades y obligaciones), un aumento de la tolerancia al alcohol y un notable síndrome de abstinencia cuando se interrumpe su consumo

### **3.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CONSUMO DE ALCOHOL**

A nivel mundial, cada año casi dos mil millones de personas mayores de 15 años consumen bebidas alcohólicas, lo que supone el 40% de la población (Anthony, 2011.). Los datos recabados a nivel mundial en 2010, nos indican que cada persona con edades iguales o superiores a 15 años ingirió 6,2 litros de alcohol puro, lo que se implica 13,5 gramos de alcohol puro por día. No obstante, el 61.7% de la población de dicha edad no había bebido alcohol en el último año. En general las mujeres suelen ser más abstemias que los hombres, si bien existen variaciones a nivel mundial. En todo el mundo, alrededor del 16,0% de los bebedores de 15 años o más, presentan consumo excesivo de manera ocasional. En general se observa que existe una relación entre poder económico y consumo de alcohol, de modo que a mayor riqueza, más consumidores de esta sustancias, mayor consumo de alcohol per cápita,, mayor prevalencia de consumo excesivo y , por ende, menos abstemios (WHO, 2014).

Dentro de este marco, resulta fundamental conocer la situación de consumo nacional. En 2013, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realizó la décima Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Para ello, se realizó una encuesta a nivel nacional en población general, con edades comprendidas entre los 15 y 64 años, efectuada en su domicilio. La muestra fue de 23.136 sujetos (Sendino et al., 2016).

La prevalencia del consumo de alcohol, en los últimos doce meses, resultó ser del 78%, el 64% en los últimos 30 días y el 10% diariamente en los últimos 30 días. El alcohol es la sustancia psicoactiva más generalizada en la población de 15 a 64 años, en la medida en que el 93,1% ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión en la vida, proporción que se ha ampliado ligeramente respecto a 2011, encontrándose los incrementos más cuantiosos en los años 2005 y 2009 . La prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días se incrementó ligeramente respecto a 2011 pero se mantiene en el mismo intervalo que en otros años, entre el 60% y 65%. El consumo intensivo implica al 19% de la población. El consumo en atracción implica al 15,5 % de la población, si bien se concentra en el grupo de jóvenes de 20 a 29 años. Cabe destacar que el alcohol se encuentra presente al menos en el 95% de los policonsumos, mostrando una mayor prevalencia en consumos intensivos y manifestándose más en hombres que en mujeres(Sendino et al., 2016).

### **3.4 PRINCIPALES EFECTOS Y PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL**

El alcohol se desvela como un factor de riesgo tanto de mortalidad como morbilidad a nivel mundial, encontrándose implicado en más de 60 problemas de salud diferentes (Sarasa-Renedo et al., 2014). En la Unión Europea es el responsable de 115.000 muertes en personas de hasta 70 años de edad ( Anderson, Baumberg, & McNeill, 2006). Dichos datos revelan que el alcohol es el tercero entre veintiséis factores de riesgo de mala salud en la Unión Europea, encontrándose por detrás del tabaco y la hipertensión arterial (Ezzati et al., 2002). Al medir el impacto del alcohol a partir de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), se observa que esta sustancia es la responsable del 12% de las muertes prematuras y discapacidades en los hombres; y del 2% en las mujeres. No obstante, es preciso destacar que existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al riesgo de padecer enfermedades

médicas o psiquiátricas, mostrando diferencias en cuanto a signos, síntomas y respuestas al tratamiento (Erol & Karpyak, 2015). Además existen diferencias en función del tipo de consumo que se realice. Razón por la que pasaremos a exponer brevemente, las posibles afectaciones que dicho consumo puede generar.

### **3.4.1 Patología orgánica**

#### **3.4.1.1 Nutrición y metabolismo**

Los grandes bebedores presentan malnutrición secundaria por malabsorción ocasionada por complicaciones gastrointestinales como la insuficiencia pancreática y el metabolismo hepático defectuoso de los nutrientes. Es habitual que existan déficits de ácido fólico, tiamina, piridoxina y otras vitaminas (Cortés et al., 2013; Pascual Pastor et al., 2013; Sarasa-reneo et al., 2014). Al mismo tiempo que el alcohol precipita la degradación microsómica del retinol, favoreciendo el déficit de vitamina A.

En el caso del consumo ocasional excesivo de etanol, éste produce hiperlactacidemia, hiperuricemia, gota, aumenta el riesgo de presentar diabetes mellitus y, en el caso de los diabéticos, incrementa el riesgo de sufrir retinopatía diabética (Lieber, 1998).

#### **3.4.1.2 Inmunidad e infecciones.**

A nivel inmunitario el abuso de alcohol, tanto ocasional como crónico, produce inmunodepresión y facilita la aparición y agravamiento de diversas infecciones (MacGregor, 1986). Esto se encuentra propiciado por diferentes mecanismos como la mayor exposición a ciertos agentes causales (tuberculosis), la malnutrición, el mayor riesgo de sufrir broncoaspiraciones (y en consecuencia, neumonías), y los efectos inmunodepresores directos

del etanol sobre las barreras inmunitarias inespecíficas y la inmunidad humoral y celular, siendo este último trastorno el favorecedor de la infección y la enfermedad tuberculosa.

No obstante, la reiteración de infecciones de vías respiratorias unida a la mayor prevalencia de tabaquismo, explican la elevada incidencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre los bebedores crónicos. Así mismo tanto la hepatitis de tipo B o C suele encontrarse adherida habitualmente a la hepatitis crónica de los alcohólicos (Paronetto, Galvin, & Lieber, 1993).

### **3.4.1.3 Trastornos gastrointestinales**

El consumo abusivo de alcohol produce, habitualmente, gastritis erosiva aguda y agrava la evolución del ulcus gastroduodenal. Los casos de gastritis crónica se deben a la infección por *Helicobacter pylori* (Pascual Pastor et al., 2013). Los trastornos en la secreción biliar y pancreática, la malabsorción intestinal de grasas y la exacerbación del déficit de lactasa, provocan frecuentemente diarrea en los alcohólicos.

El alcohol puede provocar lesiones en el hígado motivadas por el grado de toxicidad de esta sustancia, todo ello aun cuando no exista déficits nutricionales (Caballería, Altamirano, Michelena, & Parés, 2012). El hígado graso, la primera manifestación de enfermedad hepática alcohólica, puede empezar a desarrollarse pocos días después de un consumo abusivo y es seguido por fibrosis precoz. También puede producirse hepatitis alcohólica aguda asociada a un consumo ocasional abusivo así como hepatitis crónica en los consumos persistentes de cantidades excesivas. La cirrosis hepática se manifiesta en hasta en un 35% de los bebedores excesivos.(Pascual Pastor et al., 2013)

#### **3.4.1.4 Trastornos neurológicos.**

Éstos pueden producirse de manera aislada o en múltiple en áreas del cerebro, cerebelo, tronco del encéfalo y nervios periféricos(Botella, 2016). Entre las complicaciones neurológicas más graves destaca la demencia causada por atrofia cortical cerebral, que se encuentra presente en el 27% de los encéfalos de alcohólicos y supone el doble de casos que el síndrome de Wernicke-Korsakoff, que sería la segunda (Chirivella, Espert, & Gadea, 1996).Con una menor incidencia suelen producirse las neuropatías periféricas (9-20% de los casos)(Nazar, 1984). No obstante la miopatía alcohólica puede presentarse asociada o no a la neuropatía.

#### **3.4.1.5 Enfermedades cardiovasculares**

El alcohol funciona como un mecanismo de protección en la enfermedad coronaria, reduciendo la misma en consumidores moderados y regulares de esta sustancia. Sin embargo otros tipos de consumo participan en la generación de enfermedades. Entre ellas destaca la cardiomiopatía alcohólica (Estruch & Sacanella, 2005a; Vaideeswar, Chaudhari, Rane, Gondhalekar, & Dandekar, 2014) y la disfunción diastólica que se presenta en un tercio de los pacientes asintomáticos (Pascual Pastor et al., 2013).

Se ha constatado que el consumo excesivo ocasional de alcohol es capaz de generar arritmias cardíacas, fibrilación auricular; bradicardia, hipertensión arterial sistémica y pulmonar, asistolias y arritmias cardíacas graves en el caso de pacientes que sufren apnea obstructiva durante el sueño(Estruch & Sacanella, 2005b). Esto suele incrementar el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica, tanto en bebedores moderados como en grandes bebedores.

#### **3.4.1.6 Cáncer.**

El alcohol y el tabaco actúan sinérgicamente aumentando el riesgo de padecer cáncer de cavidad bucal, faringe, laringe y esófago, lo cual reviste gran importancia dada la correlación existente entre el consumo de tabaco y alcohol.

Por otro lado, se ha demostrado la existencia de una asociación causal entre alcohol y cáncer en algunas neoplasias que, por su localización, permiten que el alcohol entre en contacto directo con las mucosas, aun cuando en otras aparece sólo como probable factor de riesgo (Bagnardi, Blangiardo, La Vecchia, & Corrao, 2001; Boffetta & Hashibe, 2006). Entre las asociaciones causales probadas de manera concluyente están el cáncer de cavidad bucal (Ogden, 2005), el cáncer de orofaringe e hipofaringe (Turati et al., 2013), el cáncer de laringe (Bosetti et al., 2002), el cáncer de esófago (Castellsague et al., 1999) y el cáncer de colon y recto (Cho et al., 2004; E Giovannucci, 2004; Edward Giovannucci, 2002).

En esta misma línea, se observa que un uso excesivo de esta sustancia incrementa la incidencia de pólipos adenomatosos con alto grado de displasia y la incidencia de cáncer de colon y recto, entre otras causas (Connor, 2016).

El consumo excesivo de alcohol es una causa probable de cáncer hepatocelular primario, aunque es preciso que exista una infección crónica por el virus de la hepatitis B (McKillop & Schrum, 2005). Su ingesta moderada se desvela como un factor de riesgo en el cáncer de mama, dada la relación dosis efecto existente (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Longnecker, 1994; Seitz, 2012).

#### **3.4.1.7 Trastornos sexuales y reproductivos.**

Con respecto a los trastornos sexuales y reproductivos, el consumo ocasional de dosis elevadas de alcohol puede producir impotencia o un pobre rendimiento sexual. Así mismo su consumo prolongado y abusivo ocasiona pérdida de la libido, menor actividad sexual y

esterilidad masculina por atrofia testicular o esterilidad femenina por anovulación y amenorrea.

El acetaldehído producido por la metabolización del alcohol atraviesa la placenta y puede inhibir la metilación del ADN fetal (Garro, McBeth, Lima, & Lieber, 1991). Por esta razón, durante el embarazo, un consumo moderado de alcohol suele incrementar el riesgo de aborto espontáneo, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y lesiones fetales. El consumo abusivo durante este período también está asociado con estos trastornos y con el síndrome de la fetopatía alcohólica, caracterizado por microcefalia, deficiencia mental, anormalidades oculares y faciales, retraso en el crecimiento y malformaciones múltiples en el corazón, sistema urogenital, huesos y otras.

#### **3.4.1.8 Traumatismos e intoxicaciones**

El alcohol puede provocar intoxicaciones y traumatismos asociados a su ingesta. En personas con escasa tolerancia al alcohol los efectos sobre su capacidad de raciocinio y sobre su capacidad para realizar actividades complejas aprendidas recientemente, aparecen con alcoholemias de 0,25 g/L. Razón por la que si esta llega a 0,4-0,5 g/L se produce una pérdida brusca de importantes capacidades sensoriales, motoras y de raciocinio, con una disminución significativa del campo visual, de la capacidad acomodación y de convergencias, de los reflejos óculo-motores y audio-motores y aumento de agresividad en situaciones peligrosas. Eso se traduce en un elevado riesgo de sufrir todo tipo de accidentes (Valdés Rodríguez, 2004).

En un estudio realizado, se observó que casi el 80% de las personas atendidas por accidentes en un servicio de urgencias había ingerido alcohol ese día, y un 43% de los lesionados por accidentes de vehículo de motor presentaban alcoholemias superiores a 0,8g/L. Así mismo, se constató en que más del 50% de las caídas que se produjeron había

un consumo previo de alcohol, siendo el triple de frecuentes en grandes bebedores( Anderson et al., 2006; Anderson, 1990; Room et al., 2005)

El alcohol se desvela como un importante factor de riesgo en una gran diversidad de agresiones, homicidios y suicidios. Así se ha observado que en un 50% de los homicidios, o el agresor o el agredido, habían consumido previamente dosis altas y excesivas de etanol. Así mismo se ha comprobado que un 50% de casos de suicidio se había producido un consumo previo abusivo(P. Anderson et al., 2006; Peter Anderson, 1990; Room et al., 2005; Smith & Kraus, 1988)

Muchos hombres han experimentado los efectos de la intoxicación aguda por alcohol, pero la ingestión de dosis masivas puede ocasionar un envenenamiento agudo con depresión respiratoria e inhalación de vómitos que pueden producir la muerte (Cortés et al., 2013).El consumo habitual de alcohol puede desarrollar una tolerancia frente a estos efectos, aunque el riesgo de sufrir envenenamiento es mayor en bebedores noveles. Aspecto que tiende a incrementarse en los adolescentes y, dentro de este grupo, en las chicas.

### **3.4.2 Trastornos psiquiátricos**

Respecto a los trastornos psiquiátricos se aprecia que muchos de ellos se encuentran inducidos o agravados por el propio consumo. Se ha contrastado que existe una alta comorbilidad ente el consumo excesivo de alcohol y el trastorno por estrés postraumático (Fetzner, McMillan, Sareen, & Asmundson, 2011), así como con trastornos de ansiedad y trastornos del ánimo(Casas & Guardia, 2002).

Los sentimientos de baja autoestima son muy frecuentes entre los grandes bebedores, y combinados con sentimientos de ansiedad, depresión y culpabilidad, contribuyen al mayor riesgo de suicidio que aparece en este grupo.(Garza et al., 1986; Landa González, Lorea Conde, López Goñi, & Fernández Montalvo, 2006)

También pueden observarse amnesia (Nespor, 2004), diversos trastornos de personalidad (Santos Diez, Forcada Chapa, & Zamorano García, 2001); si bien es cierto que existe una gran variabilidad en cuanto al impacto de cada uno de ellos debido a las diferencias metodológicas de las investigaciones realizadas al respecto.(González & Montalvo, 2003); ludopatía (Fernández-Montalvo, Landa, & López-Goñi, 2005), abuso de tabaco y otras drogas (Landa González et al., 2006). Así mismo el consumo de alcohol se encontraría relacionado con los trastornos bipolares (Cerullo & Strakowski, 2007), la esquizofrenia, siendo hasta cuatro veces más frecuente en el caso de las paranoides con alucinaciones (Solter et al., 2004) y trastornos delirantes(Casas & Guardia, 2002).

No obstante, uno de los trastornos psiquiátricos más graves que puede aparecer es el síndrome de dependencia del alcohol (Rehm, Shield, Gmel, & Gual, 2013).Éste fue descrito por Edwards (1976) el cual lo definió como un estado psicobiológico caracterizado por reorientación de la vida alrededor del alcohol y el conocimiento subjetivo de la compulsión de beber y continuar ingiriendo bebidas alcohólicas con la finalidad de eludir el síndrome de abstinencia(Edwards & Gross, 1976).

Consecuentemente esta patología tiene grandes afectaciones en la vida del sujeto que la padece, dado que puede generar dificultades en el área social y personal. Además tiende a provocar considerable complicaciones psicológicas y médicas asociadas al consumo: presentando una elevada mortalidad. En este síndrome influyen factores genéticos aun cuando es preciso que interaccione con diversos factores ambientales.

### **3.4.3 Problemática socio-familiar.**

El consumo excesivo o prologando de alcohol también se encuentra asociado a problemas en el ámbito social y familiar de los individuos. Se observa que el consumo de alcohol es una causa frecuente de desavenencias en la pareja pudiendo elicitarse discusiones

maritales, malos tratos físicos y, en algunos casos, el divorcio (Bistuer, 2014). En la esfera familiar la ingesta de alcohol puede relacionarse con malos tratos y el descuido de los hijos (OMS, 2014). Tal circunstancia unida a las dificultades económicas y a las carencias que ello ocasiona, genera la aparición frecuente de problemas psicológicos y sociales en los niños, con menor rendimiento escolar y tendencia a estar el menor tiempo posible en casa (Díaz & Ferri, 2002).

A nivel social se observa que el fraude, la delincuencia, las deudas y, consecuentemente, los problemas con la justicia, son muy frecuentes entre los grandes bebedores. Igualmente, los embarazos no deseados, los fracasos terapéuticos por mal seguimientos de las pautas y los problemas de interacción del etanol con los fármacos, son otras de las complicaciones frecuentes en los bebedores abusivos (Anderson et al., 2006).

**4. OTROS FACTORES ASOCIADOS (DISCAPACIDAD,  
COMORBILIDAD) E IMPACTO SANITARIO  
(MORTALIDAD, ESTANCIAS, COSTES)**

En esta última sección, pasaremos a exponer otros factores importantes para realizar un adecuado análisis de la influencia de los señalados en los apartados anteriores, y el impacto en términos sociosanitarios (mortalidad, costes y estancias) de la problemática objeto de estudio.

## **4.1 OTROS FACTORES ASOCIADOS**

### **4.1.1 Discapacidad**

Las discapacidades tienen un importante impacto sanitario, social y económico en todas las sociedades humanas. En algunos países se ha encontrado que un 18,7% de la población sufre algún tipo de discapacidad, y que estas discapacidades van asociadas a mayores tasas de pobreza y desempleo (Waldrop, Stern, & U.S. Census Bureau., 2003). Si bien en España, los últimos datos sobre discapacidad se remontan a 2008, a la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones por Dependencia(EDAD), y mostraron que existían 3,8 millones de personas con discapacidad, lo que suponía el 8,5% de la población(Instituto nacional de estadística, 2007).

Algunos estudios describen que las personas con discapacidad consumen un 26,7% de los presupuestos destinados a la asistencia sanitaria (Anderson, Armour, Finkelstein, & Wiener, 2010). Según los informes de la AHRQ de los EE.UU., los individuos con discapacidades presentan graves desigualdades en salud, en muchas ocasiones con mayor morbilidad y mortalidad, y con una peor calidad de vida (Ahrq, 2011; Iezzoni, 2011).

Un aspecto importante es que la vertiginosa incorporación de nuevos procedimientos médicos (diagnósticos, terapéuticos y preventivos) está aumentando la vida de los nacidos con discapacidades graves o de los que las adquirieran en etapas precoces y esto puede tener repercusiones sanitarias, sociales y económicas importantes(Field & Jette, 2007).

La identificación de personas con discapacidad suele realizarse principalmente mediante grandes encuestas poblacionales o analizando bases de datos administrativas. Ambos métodos tiene ventajas e inconvenientes (Iezzoni, 2013). Uno de los puntos problemáticos que comparten ambos métodos es la definición de discapacidad, sin que hasta la actualidad se haya llegado a un consenso sobre ello (Field & Jette, 2007).

Las bases de datos administrativas de tipo asistencial han identificado una serie de códigos diagnósticos y procedimientos para identificar a los pacientes con discapacidades, utilizando para ello los códigos de la 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9).

A partir de los códigos asociados a discapacidades se han elaborado índices que intentan sintetizar en un único indicador diversos tipos de discapacidad. La mayoría de ellos han incluido la discapacidad física, la discapacidad sensorial, la discapacidad cognitiva, la discapacidad mental y las discapacidades por adicciones (Forman-Hoffman et al., 2015; Iezzoni, 2002; WHO, 2011).

Pueden elaborarse una serie de Indicadores de Discapacidad de los pacientes ingresados en hospitales y de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias a partir de los códigos diagnósticos de la CIE 9 que se recogen en los CMBDs de las altas hospitalarias y de urgencias. A partir de estos datos se pueden generar distintos tipos de indicadores: un indicador global de la presencia o ausencia de cualquier discapacidad (si/no); un indicador específico para cada una de las 5 categorías descritas (si/no), o un indicador con el número total de las categorías de discapacidad citadas (de 0 a 5).

#### **4.1.2 Comorbilidades**

El Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC) se desarrolló a finales de la década de los ochenta (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987) en un hospital de Nueva York, a

partir de los datos de mortalidad a un año en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. Incluye 19 enfermedades valoradas del 1 al 6, con una puntuación total que varía entre 0 y 37 puntos: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad arterial periférica (isquemia de miembros inferiores), enfermedad vascular cerebral, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, conectivopatías, úlcera gastroduodenal, hepatopatía leve, diabetes, hemiplejía, insuficiencia renal moderada/grave, diabetes con lesión orgánica, cualquier tumor en los 5 últimos años, linfoma, leucemia, hepatopatía moderada/grave, tumor sólido metastásico y/o sida. La puntuación del índice se desarrolló adjudicando un valor a cada comorbilidad en función de la magnitud del riesgo relativo (RR) asociado con cada proceso, tal y como puede apreciarse en la siguiente Tabla

**Tabla 1**

*Índice de Charlson: componentes y puntuación*

Comorbilidad	Puntuación
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera péptica	1
Afección hepática benigna	1

Comorbilidad	Puntuación
Diabetes	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal moderada o severa	2
Diabetes con afección orgánica	2
Cáncer	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Enfermedad hepática moderada o severa	3
Metástasis	6
SIDA	6

El Índice de Charlson es uno de los índices de comorbilidad más utilizados hoy día. Se ha descrito como instrumento válido para evaluar la influencia de la comorbilidad en la mortalidad en diversas poblaciones, incluidos pacientes ingresados en el hospital y en distintas patologías (Birim, Kappetein, & Bogers, 2005; Castro, Dedivitis, & Ribeiro, 2007; Etienne et al., 2007; Kastner et al., 2006; Lesens et al., 2003; Thombs, Singh, Halonen, Diallo, & Milner, 2007).

Por tanto y basándonos en lo expuesto a lo largo de las diversas secciones, se aprecia que existen riesgos asociados al alcohol que alertan sobre sus repercusiones tanto a nivel de salud, probabilidad de muerte, costes económicos relacionados con el consumo y posibilidad de policonsumos de otras sustancias.

## 4.2 IMPACTO SANITARIO

### 4.2.1 Mortalidad

El alcohol es el responsable de entre dos millones y dos millones y medio de muertes a nivel mundial (Anthony, 2011.). De modo que, resulta evidente que el consumo de esta sustancia produce un importante problema de salud pública. Diversas investigaciones realizadas en múltiples países, demuestran tanto las repercusiones que el alcohol puede tener sobre la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida de la población, como las marcadas desigualdades sociales y de género que aparecen en sus patrones de consumo y en sus efectos nocivos. Por esta razón, diversos estudios se han orientado hacia el cálculo de la mortalidad atribuible a cada uno de estos problemas en la población general, a partir de los datos de mortalidad disponibles en las estadísticas oficiales elaboradas a partir de los certificados de defunción. La investigación sobre esta mortalidad directa e indirectamente atribuible se ha aplicado a las drogas ilegales (MacMahon, 1992), al alcohol (Rehm, Room, Graham, Monteiro, Gmel, 2003; States, 2004), al tabaco (Banegas Banegas, et al., 2001), y a todos ellos (Single, Rehm, Robson, & Van Truong, 2000).

Paralelamente, se han expuesto los resultados de nuevos estudios observacionales y metanálisis sobre la asociación causal de cada una de estas drogas con enfermedades en las que no se disponía información o esta era parcial o insuficiente. Ello ha permitido que se actualicen estos estudios incorporando nuevas fracciones atribuibles de cada droga en las distintas enfermedades. Por ejemplo, se han calculado los riesgos atribuibles del tabaco y del alcohol en el cáncer colorrectal (Connor, 2016; Giovannucci, 2004) o el riesgo atribuible del alcohol en diversas infecciones (Gili-Miner et al., 2016)

A nivel epidemiológico, distintos estudios a nivel internacional se han centrado en estimar el número de muertes atribuibles al consumo de alcohol, tanto en la población

general(Britton et al., 2003; Rehm et al., 2013; Rey, Boniol, & Jougl, 2010) como en la población con dependencia del alcohol(Britton et al., 2003).A nivel nacional, se estimó el porcentaje de mortalidad atribuible al consumo de alcohol para el periodo de 1999-2004, para el periodo 1999-2004, detectándose que suponía el 2,1 % de muertes (2,9% en hombres y 1,1% en mujeres)(Fierro, Ochoa, Luis, Carlos, & Javier, 2008). Otro estudio realizado en España en 2004, encontró que el consumo de alcohol se podía atribuir al 12,3% de muertes en hombres y al 8,4% de las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 64 años. Dentro de estas el 72,2% se debió al consumo excesivo regular (57,6%en mujeres y 76,1% en hombres)(Rehm, Rehm, Shield, Gmel, & Gual, 2013)

Guitart (2011) realizó otro estudio sobre la mortalidad asociada a los trastornos por consumo de alcohol en función del sexo y de la edad. En él encontraron que el 83% de los fallecidos eran hombres. El exceso de mortalidad fue ocho veces mayor de los 18 a los 64 años que en la población general; llegando a incrementarse entre los 25 a los 34 años hasta en 11,2 en hombres y 24 en mujeres. En base a lo cual concluyeron que los jóvenes y las mujeres con este trastorno tienen un riesgo elevado de mortalidad prematura (Guitart et al., 2011a).

No obstante, la OMS (2014) denota que las tasas anuales de mortalidad de los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol son más altas en los hombres. Esto podría deberse a sus distintos patrones de consumo (Lemke et al., 2008), las diferencias en el rol social (Möller-Leimkühler, 2003)y los estilos de vida (Pelman & Elterman, 2014).

En cuanto la mortalidad atribuible a otras sustancias, los estudios a nivel nacional entre 2010-2014, entorno a la mortalidad del tabaco, indican que esta sustancia fue la responsable del 13% de las defunciones de sujetos de 35 o más años. Dentro de esto el 23% fueron hombres y 3% en mujeres. Con respecto a los años 2000-2014, el número de muertes atribuibles al tabaco (así como el porcentaje sobre el total de defunciones) descendió en

hombres pero aumentó en mujeres (Ministerio del Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Así mismo, pero en relación con la mortalidad en drogas, el estudio realizado por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2009), indica que las muertes inducidas por drogas representan el 4 % de todas las defunciones de europeos de 15-39 años de edad. Las muertes inducidas por sobredosis de la droga suponen típicamente entre un 20 y un 50 % del número total de muertes entre los consumidores problemáticos de drogas. De lo que se desprende que la mortalidad total en esta población podría ser de entre dos y cinco veces superior al número de muertes registradas como inducidas por las drogas. Aunque este riesgo varía entre países. En este mismo estudio, se detectó que una de las causas poco estudiadas pero que afectaban a la mortalidad indirecta eran los traumatismos (provocados por accidentes, homicidios y otro tipo de actos violentos) y el suicidio. Llegando atribuirle la causa del 25% o más de las muertes de los consumidores problemáticos de drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009).

No obstante, aún no se dispone de suficiente información sobre el impacto económico y sanitario de dichos problemas en la asistencia hospitalaria. Ésta circunstancia ha promovido que se generen nuevas investigación cuya finalidad es estimar el impacto en la morbilidad, mortalidad, prolongación de estancias y costes atribuibles a estas drogas (Baliunas, Patra, Rehm, Popova, & Taylor, 2007)

#### **4.2.2 Estancias y costes**

El impacto económico de los trastornos por consumo de alcohol es importante. Entre los costes que se incluyen se encuentran costes sanitarios y también costes sociales, como los debidos a absentismo, disminución de productividad, mortalidad prematura, accidentes y acciones relacionadas con la justicia. En algunos estudios se han estimado los costes debidos

al consumo de alcohol en aproximadamente 2 euros por unidad de bebida (Barrio, Reynolds, García-Altés, Gual, & Anderson, 2017; Sacks, Gonzales, Bouchery, Tomedi, & Brewer, 2016).

Dentro del impacto sanitario debemos tener en cuenta tanto los costes directos que se producen en la asistencia, como el exceso de ocupación que se deriva de estos ingresos y que además implica una menor disponibilidad de estancias para otras patologías o una sobrecarga de trabajo en periodos puntuales de alta demanda asistencial. En un reciente informe se señala que hasta un 3,6% del total de estancias hospitalarias se deben a problemas relacionados con consumo de alcohol y entre un 10% de los costes de hospitalización y un 30% de los costes de atención en urgencias (Mongan and Long, 2016).

Respecto a estos costes hospitalarios existen diversos estudios que relacionan los trastornos por consumo de alcohol con incremento de mortalidad, de costes y/o estancias hospitalarias relacionadas con diversas patologías (Bryson et al., 2008; Room et al., 2005; Southern, Nahvi, & Arnsten, 2012).

En cuanto al impacto económico derivado de los trastornos por consumo de alcohol, García-Sampere (2002) refleja que esto supone 1.372.885.939,92 € en costes directos derivados de visitas ambulatorias, centros hospitalarios, ingresos y urgencias hospitalarias, gastos sanitarios, recursos adicionales y ayudas. Así mismo, el estudio realizado por Bouchery (2011) en Estados Unidos sobre los costes del consumo excesivo de alcohol, indican que éste supuso un coste de 223.500 millones de dólares de los cuales, el 72.2% fueron debidos a la pérdida de productividad, el 11.0% de atención de la salud, el 9.4% de los costos de la justicia penal y 7.5% de otros efectos. De modo que el impacto económico del consumo excesivo de alcohol en los EE. UU., según los datos obtenidos, fue de 746 dólares por persona aproximadamente (Bouchery, Harwood, Sacks, Simon, & Brewer, 2011; García-Sempre & Portella, 2002).

Así, los trastornos por consumo de alcohol aumentan el riesgo de que las neumonías se acompañen de sepsis, lo que ocasiona una prolongación de las estancias, un empeoramiento del pronóstico(Moss, 2005) y un aumento de los reingresos no programados de estos pacientes (Mufson, Hao, Stanek, 2012).

También se ha observado un incremento de morbilidad, de ingresos y de reingresos no programados en el caso de trastornos por consumo de alcohol en el contexto de patología metabólicas como la diabetes (Engler, Ramsey, & Smith, 2013).

Existen estudios(Yuan et al., 2001) que analizan el efecto de los trastornos por alcohol en la estancia hospitalaria y la mortalidad atribuible en pacientes con fractura de cadera. Otros estudios(de Wit, Zilberberg, Boehmler, Bearman, & Edmond, 2011; Engler et al., 2013; Miguel Gili-Miner et al., 2014; Gili et al., 2013) que relacionan estos trastornos con un aumento de estancias y exceso de mortalidad en relación a pacientes quirúrgicos, en general, y respecto a otras patologías. En ellos se observa que los trastornos por consumo de alcohol producen un incremento de mortalidad y una prolongación de estancias en las respectivas patologías estudiadas.

También existen estudios(Keyes, Liu, & Cerda, 2012; Stahre, Simon, & Rafael, 2010) que relacionan el efecto del consumo de alcohol en las defunciones y hospitalizaciones por lesiones o enfermedades.

## 2

# OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Este trabajo de investigación se ha desarrollado con el objetivo fundamental de analizar el impacto e interacción de los problemas asociados al consumo de alcohol y otras variables sociodemográficas, funcionales y clínicas (como la edad, el sexo, el tipo de hospital, otras adicciones, el grado de discapacidad y el grado de comorbilidad), en los pacientes hospitalizados por agresiones.

Los objetivos específicos del estudio son:

1. Conocer la distribución de las principales variables sociodemográficas, funcionales y clínicas, grado de comorbilidad, grado de discapacidad y trastornos por consumo de alcohol, asociadas a los ingresos por agresiones.
2. Analizar la relación de estas variables como factores de riesgo de agresiones en pacientes hospitalizados por lesiones.
3. Conocer la tasa de mortalidad de los pacientes con agresiones en la muestra de hospitales estudiados y analizar los factores sociodemográficos, funcionales y clínicos, grado de comorbilidad, grado de discapacidad, trastornos por consumo de alcohol, que presentan.
4. Conocer la influencia del grado de discapacidad y otros factores relacionados, en la mortalidad atribuible, la prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios de los ingresos por agresiones.
5. Conocer la influencia de los trastornos asociados al consumo de alcohol en la mortalidad atribuible, la prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios de los ingresos por agresiones.

En base a dichos objetivos anteriormente expuestos, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

- 1) Los pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol presentaran un mayor riesgo de agresiones.
- 2) Se identificaran factores asociados a las características del paciente como la edad, sexo, comorbilidad, discapacidad, y otras condiciones y situaciones especiales que modulan el riesgo de agresiones.
- 3) Se identificaran factores asociados a las características del paciente como la edad, sexo, comorbilidad, discapacidad, trastornos por adicciones, otras condiciones y situaciones especiales que influyen en el riesgo de mortalidad en los pacientes ingresados por agresiones.
- 4) Se identificaran factores asociados a las características del paciente como la edad, sexo, comorbilidad, discapacidad, y otras condiciones y situaciones especiales que influyen en la prolongación de estancias, costes y mortalidad.
- 5) Los pacientes que ingresan en los hospitales por agresiones con problemas relacionados con el consumo de alcohol presentaran una prolongación de estancias, un exceso de costes y un aumento de la mortalidad.

# 3

## MÉTODO

En este apartado, expondremos toda la información descriptiva, necesaria en cualquier investigación empírica.

### **3.1. MUESTRA, DISEÑO Y PROCEDIMIENTO**

Se hizo un estudio observacional retrospectivo en una muestra de hospitales españoles. Se realizó un muestreo polietápico en el que se seleccionaron 87 hospitales españoles de todas las Comunidades. Autónomas. Españolas, teniendo en cuenta la estratificación de hospitales basándose en la clasificación de grupos de hospitales del Ministerio de Sanidad, según su tamaño y complejidad

Los datos se obtuvieron de los conjuntos mínimos básicos de datos (CMBD) durante el periodo 2008-2010. El cálculo del tamaño de la muestra del estudio se hizo admitiendo un error alfa de 5 %, una prueba de dos colas, una potencia estadística del 90 %.

A partir de la información escrita o digitalizada de la historia clínica, se procedió a la codificación de los diagnósticos de cada paciente, las causas externas y los procedimientos que se le aplican, siguiendo las normas de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE-9-MC).(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014)

La codificación y registro de la información en las bases de datos la realiza personal especializado, con sólida formación y experiencia. Dichas bases de datos contienen información demográfica, fechas de ingreso y de alta, tipo de ingreso y tipo de alta, códigos diagnósticos para la causa principal y para los diagnósticos secundarios, causas externas y procedimientos, y emplean los códigos de la CIE-9-MC.

En estas bases de datos también están incluidos los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y cada hospital está clasificado en un grupo de acuerdo a su tamaño y

complejidad asistencial en 5 categorías, desde aquellos de menor tamaño y complejidad hasta los de mayor tamaño y prestaciones más complejas, que quedan descritos en la Tabla 2.

Se incluyeron en el estudio los pacientes de 18 o más años, con diagnóstico principal de agresión.

**Tabla 2**

*Clasificación de hospitales según complejidad y tamaño\*.*

CARACTERIZACIÓN DE LOS GRUPOS DE HOSPITALES	
GRUPO 5:	Hospitales muy grandes, con gran peso estructural y mucha actividad asistencial; más de 900 camas; más de 470 médicos y un número medio en torno a 300 MIR en 36 especialidades diferentes (mínimo 17). Muy avanzados tecnológicamente, con amplia cartera de servicios complejos (al menos 5 servicios complejos) y un case-mix medio de 1,618. Los grandes complejos entran en este grupo.
GRUPO 4:	Grupo de grandes hospitales, pero con menor homogeneidad que entre los del grupo anterior. Entre aproximadamente 500 y 1000 camas y entre 200 y 900 médicos equivalentes a tiempo completo (ETC). Con una media de 4 servicios complejos, se caracteriza por tener un case-mix promedio medio muy alto (1,84), y por la intensidad docente: todos los hospitales del grupo tienen al menos 25 especialidades MIR acreditadas (media de 30) y más de 100 MIR.
GRUPO 3:	Hospitales Medianos en torno a 500 camas (aunque con alta variabilidad), hasta 160 MIR y entre 100 y 500 médicos; atiende case-mix con cierta complejidad, 1,39 en promedio.
GRUPO 2:	Este grupo contiene muchos hospitales. Menos de 500 camas, peso docente reducido aunque algunos tienen docencia MIR de hasta 8 especialidades distintas, pueden tener algún aparato de ATM y como máximo 2 servicios complejos. El índice de case-mix es superior a 1, con media cercana al 1,3.
GRUPO 1:	Hospitales pequeños sin apenas dotación de ATM y case-mix inferior a 1. Menos de 200 médicos.

*\*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010).*

### 3.1.1 Relación de variables analizadas

#### 3.1.1.1. Agresión

Para determinar los casos de agresión producidos como causa de ingreso hospitalario, se emplearon los códigos de causa externa de la CIE- 9-MC(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) desde E960 a E969, que incluye:

- Pelea, reyerta, violación(E960): Pelea o reyerta sin armas (E960.0) y Violación (E960.1)
- Agresión por sustancia corrosiva o cáustica, salvo envenenamiento(E961),
- Agresión por envenenamiento(E962): Fármacos y sustancias medicamentosas (E962.0), otras sustancias sólidas y líquidas (E962.1), otros gases y vapores (E962.2) y envenenamiento no especificado (E962.9)
- Agresión por ahorcamiento y estrangulación (E963)
- Agresión por sumersión [ahogamiento] (E964)
- Agresión por armas de fuego y explosivos (E965): arma corta (E965.0), escopeta (E965.1), rifle de caza (E965.2), armas de fuego militares (E965.3), otras armas de fuego y armas de fuego no especificadas (E965.4), bomba antipersonal (E965.5), bomba de gasolina (E965.6), carta bomba (E965.7), otro explosivo especificado (E965.7), otro explosivo especificado (E 965.8) y explosivo no especificado (E965.9)
- Agresión por instrumento cortante y punzante(E966)
- Persona que comete los malos tratos a niño o adulto(E967): por padre, padrastro o novio (E967.0), por otra persona no especificada(E967.1), por madre, madrastra o novia (E967.2), por cónyuge o pareja (E967.3), por niños (E967.4), por hermanos (E967.5), por abuelos (E967.6), por otro familiar (E967.7), por una persona al cuidado que no se familiar (E967.8) y por persona no especificada (E967.9)

- Agresión por otros medios y por medios no especificados (E968):fuego (E968.0), empujón desde un lugar alto (E968.1), golpe con objeto contundente o lanzado (E968.2), líquido caliente (E968.3), negligencia criminal (E968.4), vehículos de transporte (E968.5), escopeta de aire (E968.6), mordedura humana (E968.7), otros medios no especificados (E968.8) y medios no especificados (E968.9)
- Efectos tardíos de lesión infligida de forma intencionada por otra persona (E969).

Por tanto a través de estos códigos se incluyen las lesiones infligidas por otra persona con intención de lesionar o matar, por cualquier medio.

### **3.1.1.2 Edad**

Se calculó en años y para determinados análisis se definieron los siguientes grupos de edad: de 18 a 24 años, de 25 a 59 años y de 60 o más años.

### **3.1.1.3 Género**

Se incluyó la variable codificada como: hombre y mujer.

### **3.1.1.4 Trastornos por consumo de alcohol (TCA)**

Los TCA se definieron como todos aquellos problemas asociados al consumo excesivo de alcohol, esporádico o crónico, identificables por los siguientes códigos de la CIE-9-MC(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014): la dependencia alcohólica (303.00-303.93), el abuso de alcohol (305.00- 305.03), los trastornos mentales inducidos por el alcohol (291.0-291.9), la polineuropatía alcohólica (357.5), la cardiomiopatía alcohólica (425.5), la gastritis alcohólica (535.30-535.31), las hepatopatías alcohólicas (571.0-571.3), alcoholemia positiva (790.3) y las intoxicaciones y envenenamientos por alcohol (980.0-980.9 y E860.0-E860.9).

### **3.1.1.5 Trastorno por consumo de tabaco**

Se usó el código 305.1 de la CIE-9-MC(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) para la definición de estos trastornos.

### **3.1.1.6 Trastornos por otras drogas**

Se emplearon los códigos de la CIE-9-MC(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) para definir la dependencia de la cocaína (304.20-304.23) y abuso de cocaína (305.60-305.63). De manera similar, se definieron los trastornos por cannabis (305.20-305.23), opiáceos (305.50-305.53), anfetaminas (305.70-305.73), sedantes o hipnóticos (305.40-305.43).

### **3.1.1.7 Discapacidad**

La discapacidad se definió como todos aquellos déficits físicos o mentales que dificultan o imposibilitan el desarrollo normalizado del individuo. Para generarlo se incluyeron los siguientes códigos de la CIE-9-MC(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), estableciéndose las siguientes categorías:

- Déficits sensoriales; que incluye: Ambliopía anopsia(368.0), Ambliopía no especificada(368.00), Ambliopía estrábica (368.01), Ambliopía por pérdida(368.02), Ambliopía refractiva(368.03), Perturbaciones visuales subjetivas(368.1), Perturbaciones visuales subjetivas no especificadas(368.10), Pérdida repentina de visión (368.11), Pérdida de visión transitoria (368.12), Molestia visual (368.13), Distorsiones visuales de forma y tamaño (368.14), Otras distorsiones visuales y fenómenos entópticos (368.15), Perturbaciones visuales psicofísicas (368.16), Diplopia (368.2), Otros trastornos de visión binocular (368.3),Trastorno de visión binocular no

especificado(368.30),Supresión de visión binocular(368.31), Percepción visual simultánea sin fusión (368.32), Fusión con estereopsis defectuosa (368.33), Correspondencia retiniana anormal (368.34), Defectos del campo visual(368.4), Defecto del campo visual no especificado (368.40), Escotoma con implicación de la zona central (368.41),Escotoma de zona del punto ciego(368.42), Defectos sectoriales o arciformes (368.43), Otro defecto localizado del campo visual (368.44), Contracción o constricción generalizada (368.45), Defectos homónimos del campo bilateral(368.46),Defectos heterónimos del campo bilateral(368.47), Deficiencias en la visión de colores (368.5),Defecto protánico (368.51), Defecto deutánico (368.52),Defecto tritánico (368.53), Acromatopsia (368.54),Deficiencias de visión de colores adquiridas(368.55),Otras deficiencias de visión de colores(368.59), Ceguera nocturna (368.6),Ceguera nocturna no especificada (368.60),Ceguera nocturna congénita(368.61), Ceguera nocturna adquirida(368.62),Curva anormal de adaptación a la oscuridad (368.63),Otra ceguera nocturna (368.69),Otras perturbaciones visuales especificadas(368.8),Perturbación visual no especificada(368.9), Ceguera y baja visión (369),Deterioro profundo de ambos ojos (369.0),Nivel de deterioro sin más especificación (369.00),Ojo mejor: deterioro total; ojo peor: deterioro total (369.01), Ojo mejor: deterioro casi total; ojo peor: sin más especificación (369.02),Ojo mejor: deterioro casi total; ojo peor: deterioro total (369.03), Ojo mejor: deterioro casi total; ojo peor: deterioro casi total (369.04), Ojo mejor: deterioro profundo; ojo peor: sin más especificación (369.05), Ojo mejor: deterioro profundo; ojo peor: deterioro total (369.06), Ojo mejor: deterioro profundo; ojo peor: deterioro casi total (369.07) Ojo mejor: deterioro profundo; ojo peor: deterioro profundo (369.08),Deterioro moderado o grave, ojo mejor,

deterioro profundo en ojo peor(369.1), Nivel de deterioro sin más especificación (369.10), Ojo mejor: deterioro grave; ojo peor: ciego sin más especificación (369.11), Ojo mejor: deterioro grave; ojo peor: deterioro total (369.12), Ojo mejor: deterioro grave; ojo peor: deterioro casi total (369.13), Ojo mejor: deterioro grave; ojo peor: deterioro profundo (369.14), Ojo mejor: deterioro moderado; ojo peor: ciego, sin más especificación (369.15), Ojo mejor: deterioro moderado; ojo peor: deterioro total (369.16), Ojo mejor: deterioro moderado; ojo peor: deterioro casi total (369.17), Ojo mejor: deterioro moderado; ojo peor: deterioro profundo (369.18), Deterioro moderado o grave ambos ojos (369.2), Nivel de deterioro sin más especificación (369.20) ,Ojo mejor: deterioro grave; ojo peor: sin más especificación (369.21), Ojo mejor: deterioro grave; ojo peor: deterioro grave (369.22), Ojo mejor: deterioro moderado; ojo peor: sin más especificación (369.23), Ojo mejor: deterioro moderado; ojo peor: deterioro grave (369.24), Ojo mejor: deterioro moderado; ojo peor: deterioro moderado (369.25), Pérdida de visión sin calificar, ambos ojos (369.3), Ceguera legal, según definición EE.UU. (369.4), Deterioro profundo de un ojo (369.6), Nivel de deterioro sin más especificación (369.60), Un ojo: deterioro total; otro ojo: sin especificar (369.61), Un ojo: deterioro total; otro ojo: visión casi normal (369.62), Un ojo: deterioro total; otro ojo: visión normal (369.63), Un ojo: deterioro casi total; otro ojo: no especificado (369.64), Un ojo: deterioro casi total; otro ojo: visión casi normal (369.65), Un ojo: deterioro casi total; otro ojo: visión normal (369.66), Un ojo: deterioro profundo; otro ojo: no especificado (369.67), Un ojo: deterioro profundo; otro ojo: visión casi normal (369.68), Un ojo: deterioro profundo; otro ojo: visión normal (369.69), Deterioro moderado o severo de un ojo (369.7), Nivel de deterioro sin más especificación (369.70), Un ojo: deterioro grave; otro ojo: no

especificado (369.71), Un ojo: deterioro grave; otro ojo: visión casi normal (369.72), Un ojo: deterioro grave; otro ojo: visión normal (369.73), Un ojo: deterioro moderado; otro ojo: no especificado (369.74), Un ojo: deterioro moderado; otro ojo: visión casi normal (369.75), Un ojo: deterioro moderado; otro ojo: visión normal (369.76), Pérdida de visión sin calificar, de un ojo (369.8), Pérdida de visión no especificada(369.9), Hipoacusia conductiva (389.0), Hipoacusia conductiva, no especificada (389.00),Hipoacusia conductiva, oído externo (389.01), Hipoacusia conductiva, membrana timpánica (389.02), Hipoacusia conductiva, oído medio (389.03), Hipoacusia conductiva, oído interno (389.04), Hipoacusia conductiva, unilateral (389.05), Hipoacusia conductiva, bilateral (389.06), Hipoacusia conductiva, combinada (389.08), Hipoacusia neurosensorial (389.1), Hipoacusia neurosensorial no especificada (389.10), Hipoacusia sensorial (cocleopatía), bilateral (389.11),Hipoacusia neural (neuropatía), bilateral (389.12), Hipoacusia neural, unilateral (389.13), Hipoacusia central, bilateral (389.14), Hipoacusia neurosensorial, unilateral (389.15), Hipoacusia neurosensorial, asimétrica (389.16), Hipoacusia sensorial, unilateral (389.17), Hipoacusia neurosensorial, bilateral (389.18), Hipoacusia neurosensorial y conductiva mixta (389.2),Hipoacusia mixta, no especificada (389.20), Hipoacusia mixta, unilateral (389.21), Hipoacusia mixta, bilateral (389.22),Sordera, mutismo no clasificable bajo otros conceptos (389.7), Otras formas especificadas de pérdida del oído (389.8) y pérdida del oído no especificada (389.9).

- Déficits motores, que implican: Hemiplejía y hemiparesia(342), Hemiplejía fláccida(342.0), Hemiplejía espástica(342.1), Otra hemiplejía especificada(342.8), Hemiplejía no especificada( 342.9), Parálisis cerebral

infantil (343),Dipléjica(343.0), Hemipléjica (343.1),Cuadripléjica(343.2), Monopléjica(343.3), Hemiplejia infantil(343.4), Otra parálisis cerebral infantil especificada(343.8), Parálisis cerebral infantil no especificada(343.9),Otros síndromes paralíticos(344), Cuadriplejía y cuadriparesia(344.0),Cuadriplejía inespecificada(344.00), C1-C4, completa(344.01), C1-C4, incompleta(344.02), C5-C7, completa(344.03), C5-C7, incompleta(344.04), Otras(344.09), Paraplejía(344.1), Diplejía de extremidades superiores(344.2), Monoplejía de miembro inferior(344.3), Afectación de lado inespecificado(344.30), Afectación del lado dominante(344.31), Afectación del lado no dominante(344.32), Monoplejía de miembro superior(344.4), Afectación de lado inespecificado(344.40), Afectación del lado dominante(344.41), Afectación del lado no dominante(344.42), Monoplejía no especificada(344.5),Síndrome de cauda equina(344.6),Sin mención de vejiga neurógena(344.60), Con vejiga neurógena(344.61), Otros síndromes paralíticos especificados(344.8), Estado locked-in(344.81), Otros síndromes paralíticos especificados(344.89) y Parálisis no especificada(344.9).

- Cognitivos que incluye: Demencia senil, sin complicaciones (290.0), Demencia presenil(290.1), Demencia presenil, sin complicaciones(290.10), Demencia presenil con delirium(290.11), Demencia presenil, con características delirantes(290.12), Demencia presenil, con características depresivas(290.13), Demencia senil con características delirantes o depresivas(290.2),Demencia senil con características delirantes(290.20),Demencia senil con características depresivas(290.21),Demencia senil con delirium(290.3), Demencia vascular(290.4), Demencia vascular, sin complicaciones(290.40),Demencia vascular, con delirium(290.41), Demencia vascular, con delirios(290.42),

Demencia vascular, con humor deprimido(290.43),Otros estados psicóticos seniles especificados(290.8), Estado psicótico senil no especificado(290.9),Discapacidad intelectual leve (317 ), Otra discapacidad intelectual especificada(318),Discapacidad intelectual moderado(318.0 ), Discapacidad intelectual grave(318,1), Discapacidad intelectual profunda(318.2), Discapacidad intelectual de grado no especificado(319 ), Enfermedad de Alzheimer (331.0),Demencia frontotemporal (331.1),Enfermedad de Pick(331.11),Otra demencia frontotemporal (331.19) y Degeneración cerebral senil (331.2).

- Mentales que incluye: Trastorno amnésico en enfermedades clasificadas en otro lugar (294.0), Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar (294.1), Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar sin alteración de la conducta(294.10), Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar con alteración de la conducta (294.11), Demencia, no especificada(294.2), Demencia, no especificada, sin alteración del comportamiento(294.20), Demencia, no especificada, con alteración del comportamiento (294.21), Otros trastornos mentales persistentes debidos a enfermedades clasificadas en otro lugar(294.8), Trastornos mentales persistentes no especificados (294.9), Trastornos esquizofrénicos(295.0-295.9), Trastorno bipolar I:episodio maníaco único (296.03 ),Grave, sin mención de comportamiento psicótico ( 296.04) Grave, especificada acompañada de comportamiento psicótico, Trastorno maniaco, episodio recurrente (296.13 )Grave, sin mención de comportamiento psicótico, (296.14) Grave, especificada acompañada de comportamiento psicótico, trastorno depresivo mayor, episodio único (296.23) Grave, sin mención de comportamiento psicótico,( 296.24 )Grave, especificada acompañada de comportamiento

psicótico, Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente( 296.33) Grave, sin mención de comportamiento psicótico, (296.34) Grave, especificada acompañada de comportamiento psicótico, Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) maníaco (296.43) Grave, sin mención de comportamiento psicótico, (296.44) Grave, especificada acompañada de comportamiento psicótico, Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) depresivo (296.53) Grave, sin mención de comportamiento psicótico, (296.54) Grave, especificada acompañada de comportamiento psicótico, Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) mixto (296.63) Grave, sin mención de comportamiento psicótico,( 296.64) Grave, especificada acompañada de comportamiento psicótico,

### **3.1.1.8 Comorbilidades. Índice de comorbilidad de Charlson**

Se generó un algoritmo para calcular el Índice de Charlson adaptado a los Códigos de la CIE-9-MC. A través de este índice se le asigna pesos a 19 grupos de enfermedades concretas (Quan et al., 2005) que pasaremos a exponer a continuación.

El peso de comorbilidad con valor 1 incluye el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca congestivas, las enfermedades vasculares periféricas, los accidentes vasculares cerebrales, la demencia, las enfermedades pulmonares crónicas, las enfermedades del tejido conectivo, úlcera péptica, afección hepáticas benigna y diabetes. La comorbilidad con un peso de 2, incluye los diagnósticos de hemiplejía, insuficiencia renal moderada o severa, diabetes con afección orgánica, cáncer, leucemia y linfoma. El peso con valor 3 se encuentra relacionado con la enfermedad hepática moderada o severa. Por último con un peso de valor 6 se encuentran la metástasis y el SIDA.

Basándonos en esto, el valor del Índice se calcula a partir de la suma de los pesos específicos del paciente en función de sus condiciones orgánica. Este índice se ha utilizado en múltiples investigaciones con la finalidad de predecir mortalidad, tales como las investigaciones realizadas por Olsson en diagnósticos de mortalidad en emergencia, las de Birim para el estudio de operaciones quirúrgicas de cáncer de pulmón o la de Lessens para el estudio de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* entre muchas otras (Birim et al., 2005; Lesens et al., 2003; Olsson, Terent, & Lind, 2005)

### **3.1.1.9 Mortalidad**

Se incluyó la variable codificada como: fallecido y no fallecido.

### **3.1.1.10 .Número de diagnósticos**

En esta categoría se incluyen el total de diagnósticos asignados a cada sujeto en el momento del ingreso.

### **3.1.1.11 Grupo hospitalario**

Se estableció la categoría del hospital en base a la clasificación establecida por el Ministerio de Sanidad.

## **3.2. ANÁLISIS DE DATOS**

Los objetivos de nuestro estudio incluyen conocer la distribución y analizar la relación de los factores de riesgo asociados con los ingresos por agresiones, con la mortalidad de estos ingresos y conocer la influencia de los trastornos por consumo de alcohol y las discapacidades en la prolongación de estancias, el exceso de costes hospitalarios y la mortalidad atribuible.

Se han utilizado frecuencias absolutas y relativas para la descripción de las variables cualitativas. Las variables continuas fueron descritas mediante su media y la desviación estándar.

Se hizo un análisis univariante para examinar la relación entre agresiones y edad, género, el índice de Charlson, las discapacidades y los trastornos adictivos.

Se realizó un análisis univariante para examinar la relación entre la mortalidad en agresiones y edad, género, el índice de Charlson, las discapacidades y los trastornos adictivos.

Para comparar variables continuas se empleó el test de la t de Student, análisis de varianzas o su equivalente no paramétrico. Para las variables categóricas se empleó la prueba del Chi-cuadrado. También se utilizó la correlación de Pearson (grado, signo y niveles de significación) para relaciones entre dos variables numéricas.

Se realizó un análisis del riesgo relativo de las lesiones sufridas en función de los trastornos por consumo de alcohol, tabaco y drogas. Como expone Herrero (Herrero, 2015) el riesgo se expresa en modelos de probabilidad, de una exposición dada causando un comportamiento. Es decir, la probabilidad de comportamiento problemático en los expuestos con respecto a la probabilidad de comportamiento problemático en los que no han sido expuestos. A esto, se conoce como el riesgo relativo (RR).

Otra forma de calcular el RR es en forma de un Odds Ratio (OR), que es una razón de dos Odds, el Odds del comportamiento (evento) en el grupo expuesto dividido por el Odds del comportamiento en el grupo no expuesto. La OR es interpretada también como una medida de la magnitud de asociación en los que tienen y los que no tienen la característica en cuestión dentro de una población específica (Prasad et al., 2008).

Si el OR es mayor de 1.00, el riesgo es mayor en el grupo expuesto (dirección positiva). Si el OR es menor que 1,00, el riesgo es menor en el grupo expuesto (dirección

negativa). Si el OR es igual a 1.00, el riesgo es el mismo en ambos grupos (el valor nulo, indica que no hay diferencias). En el caso de intentar generalizar a la población deberemos hacer uso de los intervalos confidenciales (IC). Estos cuantifican el grado de imprecisión de nuestras estimaciones. No obstante si el intervalo contiene el valor nulo (1) eso significa que el resultado no es estadísticamente significativo en contraste de hipótesis.

Se elaboraron modelos multivariantes usando un análisis de regresión logística incondicional para determinar la asociación de dichos factores sobre la mortalidad intrahospitalaria y la presencia de Trastornos por Consumo de Alcohol en los pacientes agredidos, controlando por el resto de variables descritas en cada caso

Se hizo un análisis multivariante de la covarianza para determinar el efecto de las discapacidades y los trastornos por alcohol sobre la estancia hospitalaria en días, los costes y la mortalidad atribuible en los pacientes ingresados por agresiones. Los datos se ajustaron por edad, género, grupo de hospitales, las comorbilidades y discapacidades, citados previamente.

En todos los análisis indicados se consideró un nivel  $p < 0,05$  para establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa.

Se calcularon los costes usando los costes hospitalarios específicos para cada grupo relacionado con el diagnóstico, estratificados según el grupo de hospitales, empleando las estimaciones publicadas por el Ministerio de Sanidad específicas para los años 2008-2010.

El análisis estadístico se realizó con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su versión 24

# 4

## RESULTADOS

Para la exposición de los resultados obtenidos en el presente trabajo, a fin de facilitar tanto la lectura como la comprensión de los mismos, hemos realizado diversas secciones en los mismos.

La primera contiene el análisis descriptivo de las agresiones, valorándose la edad, sexo, mortalidad, número de diagnósticos y grupo hospitalaria de los sujetos que requirieron ingresos hospitalarios

La segunda está dedicada exclusivamente a los trastornos por consumo de alcohol, donde se realiza un análisis descriptivo de la distribución, mortalidad y tipo de lesiones presentadas por los sujetos objeto de estudio

La tercera sección replica lo expuesto en la segunda pero en los trastornos por consumo de tabaco y drogas

A lo largo de la cuarta, se realiza un análisis del riesgo relativo de cada uno de los tipos de agresiones en relación con los trastornos por consumo de alcohol, tabaco y drogas.

En la quinta se valorará la discapacidad mediante el uso de descriptivos para conocer su distribución y la mortalidad

La sexta está dedicada al comorbilidad mediante la utilización del Índice de Charlson, analizándose la varianza de este con las otras variables estudiadas.

En la séptima se realizó un análisis multivariante para ver las variables relacionadas con los trastornos por consumo de alcohol y la mortalidad

Por último, la octava sección analiza el impacto en la mortalidad, costes y prolongación de estancias de los sujetos agredidos que presentan discapacidad y trastornos por consumo de alcohol ajustando respecto al resto de variables mediante un análisis multivariado

# **1. ANÁLISIS DE LAS AGRESIONES EN FUNCIÓN DE SU DISTRIBUCIÓN**

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los ingresos por agresiones recibidas que han sido registrados en los 87 hospitales estudiados entre 2008-2010. Nuestra muestra consta de 6.486 casos.

Al analizar la distribución en función del grupo de edad de los sujetos, observamos que el 24,6% se encuentra representado por los jóvenes, que tienen edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, el 67,9% por adultos (25 a 69 años) y el 7,6% por mayores (con 60 años o más).

Como puede observarse en la Tabla 3 existe una distribución distinta de las agresiones en función del grupo de edad, concentrándose el mayor volumen de las mismas en las edades medias. De modo que es más frecuente que éstas ocurren en sujetos de edades comprendidas entre los 25 y 59 años y menos en aquellos que tienen 60 o más años

**Tabla 3.**

*Distribución de ingresos por agresiones en pacientes de 18 o más años de edad.*

<b>Grupos de edad</b>	<b>Agresiones</b>
<b>18-24</b>	1593
<b>25-59</b>	4403
<b>60&gt;</b>	490

A continuación pasaremos a examinar las agresiones en función de diversos factores como son el género, la edad de la población y el año de registro de la agresión.

Si analizamos las agresiones valorando el género de los sujetos agredidos, observamos que son más frecuentes en hombres que en mujeres, dado que suponen el 87,6% (n=5679) frente al 12,4% (n=807) de mujeres. Como se puede apreciar en la Tabla 4, y centrándonos en los hombres, la evolución es constante y decreciente a medida que aumenta la edad,

manteniendo su mayor prevalencia entre los 18 y 24 años con un 93,8% y la menor en los de 60 o más años con un 59,2%.

En el caso de las mujeres, encontramos un patrón diferente al anterior. Concretamente se aprecia un incremento progresivo de agresiones a medida que aumenta la edad, pasando éstas de un 6,2% en los grupos más jóvenes a un 40,8% en las mayores de 60 años. Si bien es cierto que el grupo de sujetos de 25 a 59 años, concentra la mayor cantidad de casos analizados.

Las diferencias encontradas, resultan estadísticamente significativas. ( $X^2= 423,119$ ;  $gl=2$ ;  $p<0,001$ ). Por tanto podemos concluir que la edad y el sexo de los sujetos influyen en las agresiones

**Tabla 4**

*Distribución de las agresiones en función del grupo de edad y del género*

Grupos de edad	Agresiones			
	<u>Hombres</u>		<u>Mujeres</u>	
	N	%	N	%
<b>18-24</b>	1495	93,8	98	6,2
<b>25-59</b>	3894	88,4	509	11,6
<b>60&gt;</b>	290	59,2	200	40,2

En cuanto a la edad medida de los sujetos agredidos en función de las categorías establecidas, encontramos que entre los jóvenes la edad media se encontraba en 21,02 años, entre los adultos, ésta fue de 37,19 años y los mayores tenían un promedio de 75, 52 años, como se puede observar en la Tabla 5.

**Tabla 5.***Edad media de los pacientes ingresados por agresiones*

<b>Grupos de edad</b>	<b>Edad media</b>	<b>SD</b>
<b>18-24</b>	21,02	1,971
<b>25-59</b>	37,19	8,906
<b>60&gt;</b>	72,52	9,509

En cuanto a la evolución temporal de las agresiones registradas en los centros hospitalarios encontramos una distribución similar durante el estudio (Tabla 6). En este sentido, en 2009 se produjeron mayor ingresos por este motivo (n=2.312), seguido de 2008 (n=2.200) y con un descenso de las mismas en 2010 (n=1.974), mostrándose distribuciones similares entre hombres y mujeres en todos los años.

**Tabla 6***Distribución anual de ingresos por agresiones según el género*

<b>Año</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>
<b>2008</b>	1,926	33,91	274	33,95
<b>2009</b>	2,026	35,68	286	35,44
<b>2010</b>	1,727	30,41	247	30,61

Dentro de este marco, analizamos la distribución en función del género y grupos de edad, estableciéndose comparativas según estos criterios y el año de ingreso hospitalario, como se muestra en la Tabla 7

**Tabla 7**

*Distribución anual de las agresiones en función del género y grupo de edad.*

<b>Año</b>	<b>Hombres</b>			<b>Mujeres</b>		
	<b>18-24</b>	<b>25-59</b>	<b>60&gt;</b>	<b>18-24</b>	<b>25-59</b>	<b>60&gt;</b>
<b>2008</b>	522	1302	102	29	171	74
<b>2009</b>	504	1427	95	41	189	56
<b>2010</b>	469	1165	93	28	149	70
<b>Total</b>	1597	3894	290	98	509	200

Respecto a los sujetos de 18 a 24 años, se aprecia que hay una mayor incidencia de agresiones en los hombres frente a las mujeres en todos los años analizados; llegando a suponer el 93,8% frente al 6,2% de mujeres, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución ( $X^2 = 2,759$  gl=2; p=0,252).

En el caso de los sujetos de 25 a 59 años, el 88,4% de los agredidos son hombres frente al 11,6% de las mujeres. En todos los años analizados se aprecia una mayor incidencia de agresiones en hombres que en mujeres, suponiendo el 88,0%, 88,3% y el 88,7% en 2008, 2009 y 2010 respectivamente, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución. ( $X^2 = 0,095$  gl=2; p=0,954).

En último término, los casos de los sujetos de 60 años o más edad, encontramos nuevamente una mayor concentración de agresiones totales en los hombres (59,2%) frente a las mujeres (40,8%). Si bien en todos los años esta distribución se mantiene, tales diferencias tampoco resultan significativas a nivel estadístico, ( $X^2 = 1,286$ ; gl=2; p=0,526); por lo que

podemos afirmar que la información recogida sobre agresiones no se encuentra afectada por el año de procedencia.

Respecto a la distribución de la mortalidad en función del número de diagnósticos que tiene los sujetos, tal y como puede verse en la Tabla 8, en los sujetos de 18 a 24 años, en general, hay más casos de no fallecidos que tienen asignados más diagnósticos. Dentro de los fallecidos, el 16,7 % de los hombres presentaban 2, 3, 6, 7 y 13 diagnósticos establecidos. Al aplicar  $X^2$ , encontramos que dichas diferencias resultan estadísticamente significativas ( $X^2=52,794$ ,  $gl=13$  y  $p<0,001$ ); de modo que podemos concluir que el número de diagnósticos afecta a la mortalidad de los hombres jóvenes. En el caso de las mujeres no hemos podido aplicar esta prueba estadística debido a la ausencia de casos de mortalidad.

En los sujetos con edades comprendidas entre los 25 y 59 años, tanto en hombres como en mujeres, podemos observar que a mayor número de diagnósticos más probabilidad de muerte. Es más, dichas diferencias resultan estadísticamente significativas tanto en mujeres ( $X^2=37,194$ ,  $gl=13$  y  $p<0,01$ ) como en hombres ( $X^2=79,498$ ,  $gl=13$  y  $p<0,01$ ).

Respecto a la población de 60 años o más, encontramos que el 66,6% de las mujeres fallecidas presentan 6 o 11 diagnósticos diferentes. Entre las no fallecidas la distribución es desigual a medida que se incrementa el número de diagnósticos. No obstante, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $X^2=12,883$ ,  $gl=13$  y  $p=0,457$ ), por lo que no podemos considerar que el número de diagnósticos condicione la mortalidad de esta población.

En los hombres, la mortalidad aparece a partir de 6 diagnósticos (13,3%) llegando a incrementarse hasta 12 (26,7%). Entre los no fallecidos la distribución es desigual a medida que aumentan los diagnósticos. Al aplicar  $X^2$  ( $X^2=44,150$ ,  $gl=13$  y  $p<0,01$ ), se constata que el número de diagnóstico incrementa la mortalidad de los hombres mayores.

**Tabla 8.** Distribución de la mortalidad en función del grupo de edad, género y número de diagnósticos

Grupo de edad	Género	Mortalidad	Número de diagnósticos (%)													
			0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
18-24	Mujeres	No fallecidos	0	17,3	28,6	20,4	9,2	6,1	1	2	3,1	0	2	3,1	2	5,1
		Si fallecidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hombres	No fallecidos	0,2	29,5	25,8	15,9	9	5,2	2,1	1,5	0,7	0,4	1,1	5,5	0,4	2,6
		Si fallecidos	0	16,7	16,7	0	0	16,7	16,7	0	0	0	0	0	16,7	0
25-59	Mujeres	No fallecidos	1,2	15,6	17,8	13,9	9,7	6,5	6,7	3,8	4,4	2,6	3,6	8,3	2,2	3,8
		Si fallecidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	50	0	0	25
	Hombres	No fallecidos	0,7	19,7	19,9	15,8	11,4	7,6	5,2	3,4	2,3	1,3	2	6,3	1,2	3,3
		Si fallecidos	1,9	1,9	3,8	3,8	9,4	11,3	1,9	9,4	7,5	11,3	9,4	11,3	9,4	7,5
60>	Mujeres	No fallecidos	0,5	5,7	8,2	13,4	11,9	9,8	6,2	8,2	7,2	3,6	6,2	12,9	4,1	2,1
		Fallecidos	0	0	0	16,7	16,7	33,3	0	0	0	0	33,3	0	0	0
	Hombres	No fallecidos	1,5	8,4	10,2	8,7	10,5	11,6	12	7,6	8	2,2	4,7	6,5	3,6	4,4
		Fallecidos	0	0	0	0	0	13,3	6,7	6,7	6,7	20	20	0	26,7	0

Así mismo, analizamos la relación entre la mortalidad de nuestra población en función del grupo hospitalario que les atendió. Como queda reflejado en la Tabla 9, en el caso de los jóvenes, la mortalidad se produjo solo en los hombres, siendo atendidos con más frecuencia en los hospitales de 5° categoría. No obstante dicha diferencia no resultó estadísticamente significativa ( $X^2=1,372$ ,  $gl=4$  y  $p=0,882$ ) y no se pudo establecer en el caso de las mujeres.

En lo que respecta a los adultos, la mayoría de las mujeres fallecidas fueron atendidas en hospitales de 3° categoría. Al analizar la mortalidad en los hombres, encontramos que incrementa la mortalidad a medida que aumenta la categoría del hospital de referencia. No obstante, estas diferencias no resultaron significativas desde el punto de vista estadístico ni en mujeres ( $X^2=4,433$ ,  $gl=4$  y  $p=0,351$ ) ni en hombres ( $X^2=4,808$ ,  $gl=4$  y  $p=0,308$ ).

En el caso de los mayores, se observa que a medida que aumenta la categoría de los hospitales incrementa el número de casos atendidos, tanto en fallecidos como en no fallecidos. Si nos centramos en los fallecidos, se aprecia que la mitad de las mujeres fueron atendidas en hospitales de 3ª categoría y la otra mitad en los de 4ª y 5ª. En el caso de los hombres, se aprecia una distribución creciente de fallecidos en función de la categoría hospitalaria, llegando a concentrar al 40% de los mismos los hospitales de 5ª categoría. Sin embargo, las diferencias encontradas tanto en mujeres ( $X^2=1,623$ ,  $gl=4$  y  $p=0,654$ ) como en hombres ( $X^2=0,138$ ,  $gl=4$  y  $p=0,998$ ) no resultan estadísticamente significativas.

Por todo ello, podemos constatar que la categoría de los hospitales que atienden a los sujetos agredidos no afecta a la mortalidad de los mismos.

**Tabla 9***Distribución de la mortalidad en función de la edad, género y categoría hospitalaria*

Grupo de edad	Género	Mortalidad	Grupo hospitalario (%)					
			1	2	3	4	5	
18-24	Mujer	No fallecido	1	2	26,5	22,4	48	
		Fallecido	0	0	0	0	0	
	Hombre	No fallecido	1,1	2,4	22,4	28,7	45,5	
		Fallecido	0	0	16,7	16,7	66,7	
	25-59	Mujer	No fallecido	0,8	3,8	30,1	24,8	40,6
			Fallecido	0	0	75	25	0
Hombre		No fallecido	1	3	25,3	24,9	45,7	
		Fallecido	0	0	20,8	20,8	58,5	
60>	Mujer	No fallecido	0	2,6	28,4	34	35,1	
		Fallecido	0	0	50	16,7	33,3	
	Hombre	No fallecido	0,4	5,1	26,9	25,8	41,8%	
		Fallecido	0	6,7	26,7	26,7	40%	

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que las agresiones en pacientes que requieren ingresos hospitalarios, se producen con mayor frecuencia en población masculina. Si bien es cierto que a medida que aumenta la edad de los hombres, desciende la probabilidad de sufrir una agresión.

Sin embargo, entre las mujeres, se aprecia una relación directa, aumentando las agresiones a medida que incrementa la edad de las mismas, no encontrándose influidas por el año de procedencia de la recogida de información sobre el ingreso.

El número de diagnósticos de los sujetos agredidos afecta a la mortalidad de los mismos, de modo que a mayor patología, más probabilidad de muerte, exceptuando en las mujeres jóvenes que no se pudo establecer debido a la escasa muestra, ni en las de 60 o más años que resultó no significativa.

**2. ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO  
DE ALCOHOL: VALORACIÓN DE LA  
DISTRIBUCIÓN, MORTALIDAD ASOCIADA Y  
LESIONES**

A lo largo de este apartado analizaremos la presencia de trastornos de consumo de alcohol en los sujetos que requirieron ingresos hospitalarios por motivos de alguna agresión. Nuestra muestra se compuso de 759 sujetos, mostrando una mayor prevalencia dichos trastornos en los que tenían edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, tal y como se puede apreciar en la Tabla 10.

**Tabla 10**

*Distribución de los trastornos por consumo de alcohol en función de la edad*

<b>Grupo de edad</b>	<b>Trastornos por CA</b>	<b>Sin trastornos</b>	<b>Total</b>
<b>18-24</b>	101	1.397	1.593
<b>25-59</b>	624	3.779	4.403
<b>60&gt;</b>	34	456	490
<b>Total</b>	759	5.632	6.486

Respecto al consumo de alcohol, encontramos una mayor prevalencia de casos que no presentan trastornos en esta esfera (n=5.727) frente a los que sí (n= 759). Dentro del grupo de sujetos con trastornos por consumo de alcohol, en general, y como puede observarse en la Tabla 11, dicha problemática es más frecuente en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

Si establecemos dichas diferencias en función de la edad y al compararlos con el grupo que no presenta problemáticas, encontramos que ni en el caso de los sujetos de 18 a 24 años ni en el grupo de 25-59 dichas diferencias resultan estadísticamente significativas ( $X^2= 1,891$  gl=1;p=0,169 y  $X^2= 2,265$  gl=1;p=0,132, respectivamente). Sin embargo, en los sujetos de 60 o más años, las diferencias de género afectan a la presencia de trastornos por consumo. ( $X^2= 18,457$  gl=1; p<0,001)

**Tabla 11**

*Distribución de trastornos por consumo de alcohol en función de la edad y el género.*

Edad	Con Trastorno						Sin Trastorno					
	18-24		25-59		60>		18-24		25-59		60>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Hombres</b>	98	97	563	90,2	32	94,1	1397	93,6	3331	88,1	258	56,6
<b>Mujeres</b>	3	3	61	9,8	2	5,9	95	6,4	448	11,9	198	43,4

## 2.1 MORTALIDAD ASOCIADA

En cuanto a la mortalidad en los sujetos con trastornos por consumo de alcohol, estudiamos las diferencias existentes entre los que tenían dicha problemática y los que no en función del género y el grupo de edad.

En los sujetos de 18 a 24 años, contamos con una población de 1486 sujetos de los cuales el 99,6% no fallecieron y el 0,4% sí. No obstante ninguno de los fallecidos presentaba trastornos por consumo de alcohol. Respecto a los sujetos que no fallecieron el 3,1% de las mujeres y el 6,6 % de los hombres presentaban trastornos por consumo. No obstante, dichas diferencias carecen de significación en hombres ( $X^2=0,423$ ,  $gl=1$  y  $p=0,516$ ); si bien no hemos podido calcular la misma en las mujeres debido al escaso tamaño de la muestra disponible como se puede observar en la Tabla 12.

En los sujetos de 25 a 59 años, disponíamos de 4.403 casos, de los cuales el 98,7% no fallecieron y el 1,3% sí. El general el 2% de los hombres fallecidos presentaba trastornos por consumo de alcohol, frente al 1,6 de las mujeres. Dentro de estos, al analizar por sexos,

encontramos que el 25% de las mujeres con trastornos, fallecieron frente al 20,8% de los hombres.

Entre los no fallecidos, el 11,9% de las mujeres y el 14,4% de los hombres mostraban problemáticas de consumo de esta sustancia. Sin embargo, las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas ni en el caso de las mujeres ( $X^2=0,648$ ,  $gl=1$  y  $p=0,421$ ) ni en el de los hombres ( $X^2=1,245$ ,  $gl=1$  y  $p=0,265$ ).

**Tabla 12**

*Distribución de la mortalidad según género, edad y trastorno por consumo de alcohol*

Grupo de edad	Trastorno alcohol	Hombres (%)		Mujeres (%)	
		Fallecidos	No fallecidos	Fallecidos	No fallecidos
18-24	Con trastorno	0	100	0	100
	Sin trastorno	0,4	99,6	0	100
25-59	Con trastorno	2	98	1,6	98,4
	Sin trastorno	1,3	98,7	0,7	99,3
60>	Con trastorno	3,1	96,9	0	100
	Sin trastorno	5,4	94,6	3	97

Por último, en los sujetos de 60 años o más edad, nuestra muestra eran 490 casos de los cuales, el 4,3% fallecieron frente al 95,7% que no. Dentro de estos, a nivel global, el 3,1% de los hombres presentaban trastornos por consumo de alcohol, lo que supuso, dentro del grupo de hombres fallecidos, el 6,7%

En los no fallecidos, esta problemática se manifestó en el 1% de las mujeres y el 11,3% de los hombres, no pudiéndose concluir que dichas diferencias resulten estadísticamente significativas ni en mujeres ( $X^2=0,062$ ,  $gl=1$  y  $p=0,803$ ) ni en hombres

( $X^2=0,307$ ,  $gl=1$  y  $p=0,579$ ). Por tanto podemos concluir que ni la edad ni el género modifican el riesgo de fallecer por trastornos por consumo de alcohol.

## 2.2 TIPOS DE LESIONES

Ahora, pasaremos a analizar los trastornos por consumo de alcohol en función del tipo del tipo de lesión.

Las víctimas de una pelea, violación o reyerta, han sido un total de 155 mujeres, de los cuales el 5,81% presentaba trastornos por consumo de alcohol, sin que aparezcan diferencias en su distribución. De modo que el consumo de alcohol no afecta diferencialmente en el hecho de ser víctima de dicho acto agresivo entre las mujeres, como se puede comprobar en la Tabla 13.

**Tabla 13**

*Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Pelea		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	71	24	0,316
	Con trastorno	3	0	
25-59	Sin trastorno	363	85	0,426
	Con trastorno	52	9	
60>	Sin trastorno	161	37	0,498
	Con trastorno	2	0	

Las víctimas masculinas de este tipo de acto violento han sido 1250, dentro de las cuales el 16,8 % presentaban trastornos por consumo de alcohol, tal y como se refleja en la Tabla 14. Al analizar en función de la edad de los sujetos, encontramos que la posibilidad de

sufrir un ataque de estas características resulta significativo en los hombres de 25 a 59 años ( $X^2=9,730$ ,  $gl=1$  y  $p=0,002$ ). No pudiendo llegarse a calcular la misma en los jóvenes por la ausencia de casos en la muestra en uno de los grupos.

**Tabla 14**

*Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Pelea		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1397	0	-
	Con trastorno	98	0	
25-59	Sin trastorno	2359	972	0,002
	Con trastorno	362	201	
60>	Sin trastorno	190	68	0,831
	Con trastorno	23	9	

La escasez de casos de víctimas femeninas por agresiones con una sustancia corrosiva o causticas ( $n=2$ ) ha condicionado nuestros análisis, ya que no existen casos con trastornos por la sustancia analizada, por lo no podemos considera que el consumo de alcohol afecte diferencialmente en el hecho de ser víctima de dicho acto agresivo en las mujeres, como se puede comprobar en la Tabla 15.

**Tabla 15**

*Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Sustancia		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	94	1	0,858
	Con trastorno	3	0	
25-59	Sin trastorno	447	1	0,712
	Con trastorno	61	0	
60>	Sin trastorno	198	0	-
	Con trastorno	2	0	

Como en el caso de las mujeres, la muestra de la que disponemos presentan un limitado número de casos de lesiones por sustancia corrosiva (n=4) y ninguno de ellos presenta trastornos por alcohol como se puede observar en la Tabla 16. Este aspecto ha afectado a nuestro análisis, dado que no se ha podido calcular  $X^2$  en los jóvenes por ausencia de casos. No obstante, podemos afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas en los otros grupos de edad establecidos.

**Tabla 16**

*Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Sustancia		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1397	0	-
	Con trastorno	98	0	
25-59	Sin trastorno	3328	3	0,476
	Con trastorno	563	0	
60>	Sin trastorno	257	1	0,724
	Con trastorno	32	0	

Los casos de envenenamiento en mujeres (Tabla 17) han sido muy escasos(n=6), encontrándose el 50% de ellos en edades comprendidas entre los 25 y 59 años. No obstante podemos concluir que las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas en ningún grupo de edad, no pudiendo calcularse  $X^2$  para las adultas jóvenes

**Tabla 17.**

*Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Envenenamiento		p
		<u>No</u>	<u>SI</u>	
18-24	Sin trastorno	95	0	-
	Con trastorno	3	0	
25-59	Sin trastorno	445	3	0,421
	Con trastorno	60	1	
60>	Sin trastorno	196	2	0,886
	Con trastorno	2	0	

Los hombres víctimas de envenenamiento han sido un total 15. Dentro de estos, encontramos que existen diferencias significativas ( $X^2=10,240$ ,  $gl=1$  y  $p=0,001$ ) en los que tienen 25 a 59 años, de modo que podemos concluir que la edad de los sujetos y el presentar trastornos por consumo de alcohol modifica el riesgo de ser víctimas de envenenamientos. (Tabla 18).

**Tabla 18**

*Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Pelea		p
		<u>No</u>	<u>SI</u>	
18-24	Sin trastorno	1395	2	0,708
	Con trastorno	93	0	
25-59	Sin trastorno	3326	5	0,001
	Con trastorno	558	5	
60>	Sin trastorno	256	2	0,215
	Con trastorno	31	1	

Las víctimas femeninas de ahorcamientos han sido muy escasas ( $n=3$ ). De modo que no podemos calcular de manera fiable encontramos que ni la edad ni el tener trastornos por consumo de alcohol implique más riesgo de ser víctimas de este tipo de conductas violentas como queda reflejado en la Tabla 19.

**Tabla 19***Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Ahorcamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	95	0	-
	Con trastorno	3	0	
25-59	Sin trastorno	446	2	0,601
	Con trastorno	61	0	
60>	Sin trastorno	191	1	0,920
	Con trastorno	2	0	

Al igual que en las mujeres, las victimas masculinas de lesiones por ahorcamiento han sido escasas (n=4). No obstante, en los sujetos de 25 a 59 años, se puede concluir que los trastornos por consumo de alcohol afectan a la posibilidad de sufrir un ahorcamiento. ( $X^2=5,918$ , gl=1 y p=0,015) como se aprecia en la Tabla 20

**Tabla 20***Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Ahorcamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1396	1	0,791
	Con trastorno	98	0	
25-59	Sin trastorno	3.331	0	0,015
	Con trastorno	562	1	
60>	Sin trastorno	257	1	0,078
	Con trastorno	31	1	

No hemos podido establecer la distribución de los casos de sumersión en ningún grupo de edad ni en ningún sexo dado que no existían casos de esta categoría.

Las víctimas femeninas por agresión con arma de fuego han sido muy escasas (n=11) y ninguna de ellas presentaba trastornos por consumo de alcohol, razón por la que al estudiar las diferencias entre los grupos, encontramos que estas carecen de significación. De modo que no encontramos que ni la edad ni el tener trastornos por consumo de alcohol afecten a la posibilidad de sufrir una lesión por arma de fuego o explosiva (Tabla 21).

**Tabla 21**

*Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Arma de fuego		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	94	1	0,858
	Con trastorno	3	0	
25-59	Sin trastorno	440	8	0,293
	Con trastorno	61	0	
60>	Sin trastorno	196	2	0,886
	Con trastorno	2	0	

Como se observa en la Tabla 22, nuestra muestra estuvo compuesta por 126 casos de agresiones por armas de fuego en hombres, de las cuales el 6,35% de las víctimas presentaban trastornos por consumo de alcohol. Al valorar las diferencias existentes entre los grupos establecidos, encontramos que éstas solo resultan estadísticamente significativas para los hombres de 25 a 59 años, por lo que podemos deducir que el padecer un trastorno por consumo de alcohol se encuentra relacionado con la posibilidad de sufrir una agresión por arma de fuego en hombres adultos. ( $X^2=4,750$ ,  $gl=1$  y  $p=0,029$ )

**Tabla 22**

*Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Arma de fuego		p
		<u>No</u>	<u>SI</u>	
18-24	Sin trastorno	1381	16	0,910
	Con trastorno	97	1	
25-59	Sin trastorno	3.237	94	0,029
	Con trastorno	556	7	
60>	Sin trastorno	250	8	0,312
	Con trastorno	32	0	

En los casos de lesiones por instrumentos corto-punzantes (Tablas 23 y 24 respectivamente) encontramos 136 casos de mujeres lesionadas por instrumentos corto-punzantes, de las cuales el 5,88% presentaban trastornos por consumo de alcohol. Al analizar dicha distribución por grupos de edad, se aprecia que 87,5% de las mujeres agredidas con trastornos se concentra en las edades comprendidas entre los 25 y 59 años. No obstante y tal como se refleja en la Tabla 23, no existen diferencias significativas en dicha distribución. Por lo que podemos concluir que dicho trastorno no afecta al riesgo de sufrir lesiones por instrumentos cortantes y punzantes en las mujeres.

Como se observa en la Tabla 24, nuestra muestra estuvo compuesta por 1.283 casos de agresiones por armas cortopunzantes. Dentro de estos casos el 11,30% presentaban trastornos por consumo de alcohol, mostrándose los mismos con mayor frecuencia en los adultos. Sin embargo las diferencias encontradas carecen de significación y nos conducen a concluir que el sufrir este tipo de lesiones no está condicionado por la presencia de trastornos de alcohol en los hombres de cualquier edad.

**Tabla 23**

*Agresiones por con instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Cortante		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	79	16	0,458
	Con trastorno	2	1	
25-59	Sin trastorno	350	98	0,060
	Con trastorno	54	7	
60>	Sin trastorno	184	14	0,697
	Con trastorno	2	0	

**Tabla 24**

*Agresiones con instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Cortante		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1033	364	0,745
	Con trastorno	71	27	
25-59	Sin trastorno	2588	743	0,276
	Con trastorno	449	114	
60>	Sin trastorno	227	31	0,937
	Con trastorno	28	4	

Como puede observarse en la Tabla 25, se produjeron 76 casos de maltrato en mujeres y el 17,1% presentaba trastornos por consumo de alcohol. Además, se aprecia que las diferencias encontradas resultan significativas para las mujeres de 25 a edades superiores.

( $X^2=5,273$ ,  $gl=1$  y  $p=0,022$  y  $X^2=5,738$ ,  $gl=1$  y  $p=0,017$ , respectivamente), por lo que podemos considerar que presentar trastornos por consumo de alcohol afecta a la posibilidad de sufrir una lesión por maltrato.

**Tabla 25**

*Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Maltrato		p
		<u>No</u>	<u>SI</u>	
18-24	Sin trastorno	84	11	0,258
	Con trastorno	2	1	
25-59	Sin trastorno	409	39	0,022
	Con trastorno	50	11	
60>	Sin trastorno	185	13	0,017
	Con trastorno	1	1	

En los hombres encontramos 34 casos de maltrato y 5 de ellos presentaban trastornos por consumo de alcohol. No obstante, como queda reflejado en la Tabla 26, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en esta distribución. Lo que nos lleva a concluir que el maltrato masculino no se encuentra afectado por la edad ni por la presencia de trastornos por consumo de alcohol.

**Tabla 26.***Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Maltrato		p
		<u>No</u>	<u>SI</u>	
18-24	Sin trastorno	1393	4	0,596
	Con trastorno	98	0	
25-59	Sin trastorno	3312	19	0,912
	Con trastorno	560	3	
60>	Sin trastorno	253	5	0,134
	Con trastorno	30	2	

Respecto a los casos de lesiones por otros medios, se produjeron un total de 388, siendo el 8,5% mujeres con trastornos por consumo de alcohol. Sin embargo no encontramos diferencias estadísticamente significativas para ningún grupo de edad, por lo que podemos considerar que el alcohol no interfiere en la posibilidad de sufrir una agresión por estas vías. (Tabla 27)

**Tabla 27.***Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Otros		p
		<u>No</u>	<u>SI</u>	
18-24	Sin trastorno	55	40	0,762
	Con trastorno	2	1	
25-59	Sin trastorno	258	190	0,214
	Con trastorno	30	31	
60>	Sin trastorno	73	125	0,702
	Con trastorno	1	1	

Los casos de hombres lesionados por otros medios fueron un total de 2.415 casos. Dentro de estos el 11,59% presentaban trastornos por consumo de alcohol, siendo este más frecuente en los hombres adultos. A pesar de ello y como se puede constatar en la Tabla 28, no se aprecian diferencias significativas en esta distribución, por lo que el sufrir un trastorno de este tipo no incide en ser víctima de dicho acto lesivo.

**Tabla 28.**

*Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Otros		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	825	572	0,412
	Con trastorno	62	36	
25-59	Sin trastorno	1906	1425	0,350
	Con trastorno	334	229	
60>	Sin trastorno	120	138	0,480
	Con trastorno	17	15	

En lo que respecta a los efectos tardíos de una lesión en mujeres (Tabla 29), no hemos podido calcular  $X^2$  en varios grupos, debido a la ausencia de trastornos por consumo. No obstante, en base a las diferencias encontradas, podemos afirmar que los trastornos por consumo de alcohol no afectan a la posibilidad de sufrir efectos tardíos asociados a una lesión en las mujeres adultas.

En los hombres, como se observa en la Tabla 30, los efectos tardíos de una lesión se manifestaron en 95 casos, de los cuales 5 presentaban trastornos por consumo de esta sustancia. En los hombres de 25 a 59 años, se detecta que existe una relación entre este tipo de lesión y dicho trastorno ( $X^2=6,442$ ,  $gl=1$  y  $p=0,011$ ), por lo que podemos considerar que el

hecho de ser víctima de este tipo de lesión se encuentra influido por el padecimiento de un trastorno por consumo de alcohol.

**Tabla 29**

*Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Alcohol	Efectos		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	93	2	0,800
	Con trastorno	3	0	
25-59	Sin trastorno	426	22	0,573
	Con trastorno	59	2	
60>	Sin trastorno	194	4	0,839
	Con trastorno	2	0	

**Tabla 30.**

*Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Alcohol	Efectos		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1381	16	0,432
	Con trastorno	96	2	
25-59	Sin trastorno	3261	70	0,011
	Con trastorno	560	3	
60>	Sin trastorno	254	4	0,478
	Con trastorno	32	0	

En definitiva, hallamos que el efecto de los trastornos por consumo de alcohol sobre los ingresos hospitalarios por agresiones muestra que el género de los sujetos afecta a la prevalencia de este trastorno, siendo más habitual entre los hombres. Respecto a las diferencias relacionadas con la edad, se aprecia que es más probable la presencia de esta problemática en los hombres de 60 o más años dentro del entorno hospitalario.

Así mismo, podemos constatar que este trastorno no influye en la mortalidad de los sujetos, con independencia de su edad y género.

Respecto al tipo de lesión que podemos asociar a este trastorno, entre las mujeres, solo se ha detectado que éste afecta a la posibilidad de sufrir agresiones por malos tratos.

En los hombres, las relaciones existentes solo se pueden aplicar a los hombres de 25 a 59 años. En esta población se detecta que los trastornos por consumo de alcohol influyen en las lesiones por peleas, reyertas y violaciones, envenenamientos, ahorcamientos, agresiones por arma de fuego y efectos tardíos de una lesión.

**3. ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO  
DE SUSTANCIAS: VALORACIÓN DE LA  
DISTRIBUCIÓN, MORTALIDAD ASOCIADA Y  
LESIONES**

En esta sección, vamos a analizar el impacto que el consumo de otras sustancias puede tener sobre las lesiones. Concretamente estudiaremos la frecuencia de los mismos, la mortalidad asociada y las lesiones específicas que aparecen tanto en los trastornos por consumo de tabaco como en los de consumo de drogas. Estableciéndose subapartados diferentes tanto para cada trastorno, como para cada subcategoría dentro de los mismos

### 3.1 TRASTORNOS POR CONSUMO DE TABACO

Tal y como se puede observar en la Tabla 31, en el caso del consumo de tabaco, encontramos una menor frecuencia de casos que presenten trastornos (n= 966) frente a los que no (n=5.494).

**Tabla 31**

*Distribución de los trastornos por consumo tabaco en función de la edad*

<b>Grupo de edad</b>	<b>Trastornos por tabaco</b>	<b>Sin trastornos</b>	<b>Total</b>
<b>18-24</b>	169	1.424	1.593
<b>25-59</b>	763	3.640	4.403
<b>60&gt;</b>	60	430	490
<b>Total</b>	992	5.494	6.486

Si centramos nuestra atención en los casos que manifiestan trastornos, encontramos que estos son más frecuentes en hombres que en mujeres, si bien se puede apreciar un gradual ascenso de dicha problemática en ellas a medida que incrementa la edad. (Tabla 32)

Tanto para los sujetos de 18 a 24 años ( $X^2= 0,42$  gl=1;  $p=0,838$ ), como para los de 25 a 59 ( $X^2= 3,129$  gl=1;  $p=0,077$ ), dichas diferencias resultaron estadísticamente no significativas.

No obstante para los mayores de 60 años, se comprueba que las diferencias entre grupos resultan significativas ( $X^2= 24,050$  gl=1;  $p<0,001$ ).

**Tabla 32**

*Distribución de sujetos con/sin trastorno por consumo de tabaco en función de la edad y el género*

Género	Con Trastorno						Sin Trastorno					
	18-24		25-59		60>		18-24		25-59		60>	
Edad	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Hombre</b>	158	93,5	689	90,3	53	88,3	1.337	93,9	3.205	88	237	55,1
<b>Mujer</b>	11	6,5	74	9,7	7	11,7	87	6,1	435	12	193	44,9

### 3.1.1 Mortalidad asociada

Respecto a la mortalidad en los sujetos con trastornos por consumo de tabaco, estudiamos las diferencias existentes entre los que tenían dicha problemática y los que no en función del género y el grupo de edad (Tabla 33). En los sujetos de 18 a 24 años, contamos con una población de 1486 sujetos de los cuales el 99,6% no fallecieron y el 0,4%, si bien ninguno de los casos presentaban el trastorno analizado. En el caso de los no fallecidos el 11,2% de las mujeres y el 10,6% de los hombres tenían problemáticas asociadas al consumo. En los hombres se concluye que no existen diferencias significativas en su distribución. ( $X^2=0,712$ , gl=1 y  $p=0,399$ ); si bien no hemos podido calcular la misma en las mujeres debido al tamaño de la muestra disponible.

**Tabla 33***Distribución de la mortalidad según género, edad y trastorno por consumo de tabaco*

Grupo de edad	Tabaco	Hombres (%)		Mujeres (%)	
		Fallecidos	No fallecidos	Fallecidos	No fallecidos
18-24	Con trastorno	0	100	0	100
	Sin trastorno	0,4	99,6	0	100
25-59	Con trastorno	1,2	98,8	1,4	98,6
	Sin trastorno	1,4	98,8	0,7	99,3
60>	Con trastorno	3,8	96,2	0	100
	Sin trastorno	5,5	94,5	3,1	96,9

En los sujetos de 25 a 59 años, disponíamos de 4.403 casos, de los cuales el 98,7% no fallecieron y el 1,3% sí. Entre los fallecidos, a nivel global, los trastornos por consumo de tabaco fueron más frecuentes en mujeres (1,4%) que en hombres (1,2%) y, específicamente al analizarlos, encontramos que esta tendencia se mantuvo estable entre los grupos de fallecidos que presentaban este trastorno. De modo que afectó al 25% de las mujeres y al 15,1% de los hombres.

Entre los no fallecidos el 14,5% de las mujeres y el 15,1 % de los hombres tenían diagnósticos de trastornos por consumo. No obstante, las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas ni en mujeres ( $X^2=0,355$ ,  $gl=1$  y  $p=0,551$ ) ni en hombres ( $X^2=0,249$ ,  $gl=1$  y  $p=0,618$ ). Por último, en los sujetos de 60 años o más edad, nuestra muestra era 490 casos de los cuales, el 4,3% fallecieron frente al 95,7% que no. Dentro de estos, solo los hombres presentaban trastornos por consumo de tabaco, suponiendo el 3,8% de los fallecidos por este motivo a nivel general y el 13,3% dentro del grupo de fallecidos.

Entre los no fallecidos, esta problemática se encontró en el 3,6% de las mujeres y el 18,5% de los hombres. No obstante, se concluye que las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas ni en mujeres ( $X^2=0,224$ ,  $gl=1$  y  $p=0,636$ ) ni en hombres ( $X^2=0,259$ ,  $gl=1$  y  $p=0,611$ ). Por este motivo, podemos concluir que la mortalidad atribuible al trastorno por consumo de tabaco no se encuentra afectada diferencialmente por el género ni la edad de los sujetos analizados.

### 3.1.2 Tipos de lesiones

Ahora, pasaremos a analizar los trastornos por consumo de tabaco en función del tipo del tipo de lesión sufrida por las víctimas.

Iniciaremos nuestro análisis estimando la frecuencia de las lesiones por peleas, reyertas y violaciones, en hombres y mujeres de manera independiente y valorándolos en función de su edad. Nuestra muestra se compuso de 155 casos de víctimas femeninas de este tipo de acto lesivo, de las cuales, el 12,25% presentaban trastornos por consumo de tabaco y siendo este más frecuente entre las mujeres de 25 a 59 años. No obstante, podemos concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución (Tabla 34). Por lo que el tabaco no afecta de manera diferencial el ser víctima de una pelea, reyerta o violación.

**Tabla 34.***Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Alcohol	Pelea		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	66	21	0,820
	Con trastorno	8	3	
25-59	Sin trastorno	355	80	0,914
	Con trastorno	60	14	
60>	Sin trastorno	158	35	0,485
	Con trastorno	5	2	

Las víctimas masculinas de este tipo de acto violento han sido 1.704, dentro de las cuales el 18,13 % presentaban trastornos por consumo de tabaco. Como se expone en la Tabla 35, existen diferencias estadísticamente significativas en los hombres jóvenes ( $X^2=5,672$ ,  $gl=1$  y  $p=0,017$ ) y en los adultos ( $X^2=6,781$ ,  $gl=1$  y  $p=0,009$ ). De modo que podemos concluir que a dichas edades, el presentar trastornos por consumo de tabaco afecta diferencialmente la posibilidad de ser víctimas de este tipo de acciones.

**Tabla 35***Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Pelea		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	944	393	0,017
	Con trastorno	97	61	
25-59	Sin trastorno	2268	937	0,009
	Con trastorno	453	236	
60>	Sin trastorno	172	65	0,476
	Con trastorno	41	12	

En el estudio de las agresiones por sustancias corrosivas o causticas, debemos indicar que nuestro análisis se ha encontrado condicionado por el escaso número de casos de victimas femeninas de este tipo y el hecho de que ninguna presentara trastornos por la sustancia analizada, tal y como queda recogido en la Tabla 36. Por lo que carecemos de datos para conocer las posibles diferencias existentes.

**Tabla 36**

*Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Sustancia		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	86	1	0,721
	Con trastorno	11	0	
25-59	Sin trastorno	434	1	0,680
	Con trastorno	74	0	
60>	Sin trastorno	198	0	-
	Con trastorno	2	0	

Igualmente, la muestra de la que disponemos de hombres agredidos presentan un limitado número de casos de lesiones por sustancia corrosiva (n=4) y ninguno de ellos presenta trastornos por consumo de tabaco como se puede observar en la Tabla 37. Razón por la que no podemos conocer si existe relación entre este tipo de agresión y el trastorno analizado.

**Tabla 37**

*Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Sustancia		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1397	0	-
	Con trastorno	98	0	
25-59	Sin trastorno	3202	3	0,422
	Con trastorno	689	0	
60>	Sin trastorno	236	1	0,636
	Con trastorno	53	0	

Los casos de envenenamiento en mujeres (Tabla 38) han sido muy escasos(n=6), aspecto que ha afectado a nuestro análisis, al no poder analizar las diferencias entre los grupos establecidos, al carecer de datos para establecer la comparación entre grupos.

**Tabla 38.**

*Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Envenenamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	87	0	-
	Con trastorno	11	0	
25-59	Sin trastorno	432	3	0,551
	Con trastorno	73	1	
60>	Sin trastorno	191	2	0,787
	Con trastorno	7	0	

Los hombres víctimas de envenenamiento han sido un total 15 y de ellos 3 presentaban trastornos por consumo de tabaco, por lo que podemos considerar que no existen diferencias significativas en esta distribución y, en consecuencia, afirmamos que los trastornos por consumo de tabaco no afecta el hecho de ser víctimas de envenenamiento en los hombres de cualquier edad. (Tabla 39)

**Tabla 39**

*Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Envenenamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1335	2	0,627
	Con trastorno	158	0	
25-59	Sin trastorno	3197	8	0,848
	Con trastorno	687	2	
60>	Sin trastorno	235	2	0,498
	Con trastorno	52	1	

La muestra disponible de casos de ahorcamientos en mujeres ha sido muy limitada (n=4), condicionando el análisis que podemos realizar de los mismas (Tabla 40) De ellas solo el 25% presentaban trastornos por consumo de alcohol. Esto nos lleva a concluir que no existen diferencias significativas en la distribución aunque, no hemos podido calcular  $X^2$  para las adultas jóvenes.

**Tabla 40***Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Ahorcamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	87	0	-
	Con trastorno	433	2	
25-59	Sin trastorno	74	0	0,559
	Con trastorno	73	1	
60>	Sin trastorno	192	1	0,849
	Con trastorno	7	0	

Al igual que en las mujeres, los casos agredidos hombres han sido muy reducidos (n=4), de los que el 25% presentaban el trastorno analizado, no existiendo significación en su distribución (Tabla 41). Este aspecto a condicionado nuestro análisis, no pudiendo establecer relación entre trastornos por consumo de tabaco y ahorcamientos en los hombres de cualquier segmento de edad.

**Tabla 41***Agresiones por ahorcamientos y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Ahorcamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1336	1	0,731
	Con trastorno	158	0	
25-59	Sin trastorno	3204	1	0,643
	Con trastorno	689	0	
60>	Sin trastorno	236	1	0,244
	Con trastorno	52	1	

Respecto a las agresiones por sumersión, no ha sido posible realizar nuestro análisis dado que carecíamos de muestra.

En cuanto a las lesiones por arma de fuego (Tablas 42 y 43), al analizar a las mujeres, solo se han presentado en 11 casos de este tipo, siendo una de las agredidas diagnosticada de trastorno por consumo de tabaco.

Como puede observarse en la Tabla 42, no hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en esta distribución, pudiendo concluir que no existe relación entre ser víctima de un arma de fuego y presentar el trastorno estudiado.

**Tabla 42**

*Agresiones por arma de fuego y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Arma		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	86	1	0,721
	Con trastorno	11	0	
25-59	Sin trastorno	428	7	0,869
	Con trastorno	73	1	
60>	Sin trastorno	191	2	0,787
	Con trastorno	7	0	

En los hombres, se aprecia una mayor frecuencia de agredidos con trastornos en los jóvenes. No obstante, no hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en ningún grupo analizado. Por lo que, podemos señalar que, globalmente, no existe relación

entre el consumo de tabaco y las lesiones por arma de fuego en hombres como se aprecia en la Tabla 43.

**Tabla 43.**

*Agresiones por arma de fuego y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Arma		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1320	17	0,154
	Con trastorno	3119	86	
25-59	Sin trastorno	674	15	0,448
	Con trastorno	689	0	
60>	Sin trastorno	230	7	0,688
	Con trastorno	52	1	

En el caso de las agresiones por instrumentos cortantes y punzantes, nuestro análisis, tal y como queda recogido en la Tabla 44, se ha encontrado condicionado por el escaso número de casos de víctimas femeninas con trastornos por consumo de tabaco en dos grupos de edad. A pesar de que en las mujeres jóvenes lesionadas sea más frecuente encontrar este trastorno, no podemos concluir que existan diferencias estadísticamente significativas, motivando que afirmemos que este tipo de lesión no guarda relación con el trastorno analizado.

Las víctimas masculinas de este tipo de acto violento han sido 1.283, dentro de las cuales el 11,85 % presentaban trastornos por consumo de tabaco. Como se expone en la Tabla 45, existen diferencias estadísticamente significativas en los hombres los adultos ( $X^2=19,562$ ,  $gl=1$  y  $p<0,001$ ).

De modo que podemos concluir que a dichas edades, el presentar trastornos por consumo de tabaco afecta diferencialmente la posibilidad de ser víctimas de este tipo de acciones

**Tabla 44**

*Agresiones por instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Cortante		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	73	14	0,356
	Con trastorno	341	94	
25-59	Sin trastorno	63	11	0,680
	Con trastorno	74	0	
60>	Sin trastorno	179	14	0,460
	Con trastorno	7	0	

**Tabla 45.**

*Agresiones por instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Cortante		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	983	354	0,408
	Con trastorno	121	37	
25-59	Sin trastorno	2456	749	0,000
	Con trastorno	581	108	
60>	Sin trastorno	209	28	0,778
	Con trastorno	46	7	

Al igual que en otros casos, nuestro análisis de agresiones por malos tratos, tal y como queda recogido en la Tabla 46, se ha encontrado condicionado por el escaso número de casos de víctimas femeninas con trastornos por consumo de tabaco (n=6). Aunque en las mujeres adultas lesionadas sea más frecuente encontrar este trastorno, no podemos concluir que existan diferencias estadísticamente significativas, motivando que afirmemos que este tipo de lesión no guarda relación con el trastorno analizado

**Tabla 46**

*Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Maltrato		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	75	12	0,189
	Con trastorno	11	0	
25-59	Sin trastorno	391	44	0,592
	Con trastorno	68	6	
60>	Sin trastorno	179	14	0,460
	Con trastorno	7	0	

En el caso de los hombres que sufrieron maltrato y padecían trastornos por consumo de tabaco, el 62,5% tenían edades comprendidas entre los 25 y los 59 años. No obstante a dichas edades podemos concluir que no existe relación entre el maltrato masculino y presentar el trastorno evaluado, como se aprecia en la Tabla 47:

**Tabla 47***Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Maltrato		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1333	4	0,491
	Con trastorno	158	0	
25-59	Sin trastorno	3188	17	0,535
	Con trastorno	684	5	
60>	Sin trastorno	233	4	0,088
	Con trastorno	50	3	

Respecto a los casos de lesiones por otros medios, se produjeron un total de 388, siendo el 12,11% mujeres con trastornos por consumo de tabaco. Sin embargo no encontramos diferencias estadísticamente significativas para ningún grupo de edad, por lo que no podemos considerar que este trastorno se encuentre relacionado con sufrir una agresión por estas vías. (Tabla 48)

**Tabla 48***Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Otros		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	51	36	0,796
	Con trastorno	6	5	
25-59	Sin trastorno	251	184	0,217
	Con trastorno	37	37	
60>	Sin trastorno	72	121	0,638
	Con trastorno	2	5	

Los casos de hombres lesionados por otros medios fueron un total de 2.415 casos, de los que 386 presentaban trastornos de este tipo, suponiendo el 15,98% de los casos. Sin embargo, (Tabla 49) se puede constatar que no se aprecian diferencias significativas en esta distribución, por lo que el sufrir un trastorno de este tipo no afecta a dicho acto lesivo.

**Tabla 49**

*Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Tabaco	Otros		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	787	550	0,284
	Con trastorno	100	58	
25-59	Sin trastorno	1851	1354	0,533
	Con trastorno	389	300	
60>	Sin trastorno	112	125	0,991
	Con trastorno	25	28	

En lo que respecta a los efectos tardíos de una lesión en mujeres, el escaso número de casos ha condicionado los análisis realizados (Tabla 50). Por este motivo, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas en esta distribución y nos conduce a concluir que los trastornos por consumo de tabaco no afectan a la posibilidad de sufrir efectos tardíos asociados a un ingreso por lesión en las mujeres de cualquier edad.

**Tabla 50***Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Tabaco	Efecto		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	85	2	0,611
	Con trastorno	11	0	
25-59	Sin trastorno	415	20	0,762
	Con trastorno	70	4	
60>	Sin trastorno	189	4	0,700
	Con trastorno	7	0	

Como se observa en la Tabla 51, los efectos tardíos de una lesión unidos a un trastorno por consumo de tabaco se manifestaron en el 26,1% de los hombres. Sin embargo, exclusivamente entre los que tienen 25 a 59 años, se detectan que existe una relación entre este tipo de lesión y dicho trastorno ( $X^2=9,747$ ,  $gl=1$  y  $p=0,002$ ). Por lo que podemos considerar que el hecho de ser víctima de este tipo de lesión se encuentra relacionado con tener un trastorno por consumo de tabaco en hombres adultos.

**Tabla 51***Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Tabaco	Efectos		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1321	16	0,940
	Con trastorno	156	2	
25-59	Sin trastorno	3155	50	0,002
	Con trastorno	666	23	
60>	Sin trastorno	233	4	0,341
	Con trastorno	53	0	

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que los trastornos por consumo de tabaco son más frecuentes entre los hombres agredidos que requirieron de un ingreso hospitalario y dentro de estos, encontramos que los de 60 o más años lo presentan con más probabilidad que las mujeres.

No hemos detectado relación entre trastornos por consumo de tabaco y mortalidad asociada tras sufrir una agresión en función al género de los sujetos.

En cuanto al tipo de lesión más relacionada con este trastorno, se detecta que en los hombres de 18 a 24 años, se incrementa la probabilidad de ser agredidos en peleas, reyertas y violaciones. Aspecto que se observa igualmente en los de 25 a 59 años y que se acompaña de más probabilidad de ser víctimas de efectos tardíos de una lesión y agresiones con instrumentos cortantes y punzantes. Por último, indicar que no apreciamos relación entre tipo de lesión y trastornos por consumo de tabaco en las mujeres.

### 3.2 TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

Al analizar el consumo de drogas, se detecta que es más frecuente la ausencia de trastornos por consumo (n=5845), que la presencia de los mismos (n=641), como se constata en la Tabla 52.

**Tabla 52**

*Distribución de los trastornos por consumo de drogas en función de la edad*

<b>Grupo de edad</b>	<b>Trastornos por drogas</b>	<b>Sin trastornos</b>	<b>Total</b>
<b>18-24</b>	98	1.497	1.593
<b>25-59</b>	538	3.865	4.403
<b>60&gt;</b>	7	483	490
<b>Total</b>	643	5.845	6.486

En general, los trastornos por consumo de drogas se manifiestan más en hombres que en mujeres. No obstante cabe destacar el incremento que esto muestra a medida que aumenta la edad de las mismas. En el caso de los hombres la progresión es decreciente a medida que se incrementa la edad, como se aprecia en la Tabla 53

Al estudiar la significación estadística de dichas diferencias, se puede concluir que éstas carecen de la misma en sujetos de 18 a 24 años ( $X^2= 0,002$  gl=1;  $p=0,967$ ) y en los mayores de 60 años ( $X^2= 0,441$ ; gl=1;  $p=0,507$ ). Sin embargo en los sujetos de 25 a 59 años ( $X^2=7,630$ ;gl=1;  $p=0,006$ ), podemos considera que el género provoca diferencias estadísticamente significativas en el padecimiento de este trastorno, siendo más frecuente en los hombres.

**Tabla 53**

*Distribución de sujetos con/sin trastorno por consumo de drogas en función de la edad y el género.*

Género	Con Trastorno						Sin Trastorno					
	18-24		25-59		60>		18-24		25-59		60>	
Grupo de edad	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hombre	90	93,8	495	92	5	71,4	1.405	93,9	3.399	87,9	285	59
Mujer	6	6,3	43	8	2	28,6	92	6,1	466	12,1	198	41

### 3.2.1 Mortalidad asociada

En cuanto a la mortalidad en los trastornos por consumo de drogas, el 99,6% de los sujetos de 18 a 24 años no fallecieron frente al 0,4%, que sí. No obstante, ninguno de los fallecidos registrados tenía diagnosticado un trastorno por consumo de drogas.

Entre los no fallecidos, el 6,1% de las mujeres y el 6% de los hombres, mostraban dicha problemática, aunque no existen diferencias en su distribución. ( $X^2=0,386$ ,  $gl=1$  y  $p=0,534$ ); si bien no hemos podido calcular la misma en las mujeres debido al escaso tamaño de la muestra disponible (Tabla 54).

**Tabla 54**

*Distribución de la mortalidad según género, edad y trastorno por consumo de drogas*

Grupo de edad	Drogas	Hombres (%)		Mujeres (%)	
		Fallecidos	No fallecidos	Fallecidos	No fallecidos
18-24	Con trastorno	0	100	0	100
	Sin trastorno	0,4	99,6	0	100
25-59	Con trastorno	2,2	97,8	0	100
	Sin trastorno	1,3	98,8	0,9	99,1
60>	Con trastorno	0	100	0	100
	Sin trastorno	5,3	94,7	3	97

En los sujetos de 25 a 59 años, solo fallecieron el 2,2% de los hombres con trastorno por consumo de drogas (20,8% del total de hombres fallecidos). En el caso de los no fallecidos, el trastorno por consumo de drogas se presentó en el 8,5% de las mujeres y el 12,6% de los hombres. Sin embargo se concluye que las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas ni en mujeres ( $X^2=0,372$ ,  $gl=1$  y  $p=0,542$ ) ni en hombres ( $X^2=3,132$ ,  $gl=1$  y  $p=0,077$ ).

Por último, en los sujetos de 60 años o más edad, ninguno de los fallecidos presentaba el trastorno analizado. Entre los no fallecidos, el consumo de drogas se manifestó en el 1% de las mujeres y el 1,8% de los hombres, por lo que las diferencias encontradas no resultan significativas ni en mujeres ( $X^2=0,062$ ,  $gl=1$  y  $p=0,803$ ) ni en hombres. ( $X^2=0,278$ ,  $gl=1$  y  $p=0,598$ ).

En consecuencia, no podemos afirmar que la mortalidad por trastornos por consumo de drogas se encuentre relacionada con la edad y el género de los sujetos.

### **3.2.2 Tipos de lesiones.**

A continuación analizaremos la relación existente entre las lesiones que han sufrido los pacientes ingresados y los trastornos por consumo de drogas. Para ello valoraremos las diferencias existentes entre hombre y mujeres, teniendo en cuenta la edad de estos.

Comenzaremos, con las agresiones por pelea, violación o reyerta en mujeres y hombres. (Tablas 55 y 56).

Al analizar los casos de victimas femeninas de agresiones por pelea, violación o reyerta, encontramos que estas se producen con mayor frecuencia en mujeres jóvenes con trastornos por consumo de drogas. No obstante, no podemos concluir que exista relación entre estas agresiones y el diagnostico de trastornos por consumo de drogas en ningún grupo de edad, como puede comprobarse en la Tabla 55

Las victimas masculinas de este tipo de acto violento han sido 1.705, dentro de las cuales el 10,5 % presentaban trastornos por consumo de drogas, tal y como se refleja en la Tabla 56. Si bien el consumo de drogas resulta más frecuente entre los adultos, debemos indicar que no hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en esta distribución. Por este motivo podemos concluir que no existe relación entre este tipo de lesión y padecer un trastorno por consumo de drogas en los hombres de cualquier edad.

**Tabla 55***Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Pelea		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	70	22	0,603
	Con trastorno	377	89	
25-59	Sin trastorno	38	5	0,227
	Con trastorno	52	9	
60>	Sin trastorno	161	37	0,498
	Con trastorno	2	0	

**Tabla 56***Agresiones por peleas, reyertas o violación y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Pelea		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	976	429	0,581
	Con trastorno	65	25	
25-59	Sin trastorno	2371	1028	0,666
	Con trastorno	350	145	
60>	Sin trastorno	190	68	0,738
	Con trastorno	23	9	

A continuación analizaremos los casos por lesiones con sustancia corrosiva o causticas (Tablas 57 y 58).

En las mujeres, las víctimas de agresiones con una sustancia corrosiva o causticas han sido escasas, lo que ha condicionado nuestro análisis, dado que ninguna de ellas presentaban trastornos por consumo de drogas. De modo que, como queda reflejado en la Tabla 57, no

podemos considera que el consumo de drogas afecte diferencialmente en el hecho de ser víctima de dicho acto agresivo en las mujeres.

**Tabla 57**

*Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Sustancia		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	91	1	0,797
	Con trastorno	6	0	
25-59	Sin trastorno	465	1	0,761
	Con trastorno	43	0	
60>	Sin trastorno	198	0	
	Con trastorno	2	0	

Tal y como se puede observar en la Tabla 58, contamos con un escaso número de casos de hombres lesionados por esta vía, a lo que se le une el hecho de que ninguno de ellos presentara el trastorno analizado. Dichas condiciones han afectado a nuestro análisis, dado que no se ha podido calcular  $X^2$  en los jóvenes por ausencia de casos, ni estudiar las diferencias entre grupos.

**Tabla 58**

*Agresiones por sustancia corrosiva o caustica y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Sustancia		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1405	0	-
	Con trastorno	90	0	
25-59	Sin trastorno	3396	3	0,508
	Con trastorno	495	0	
60>	Sin trastorno	284	1	0,894
	Con trastorno	5	0	

En los envenenamientos en mujeres, encontramos que, por un lado, los casos disponibles eran escasos y, por otro, solo uno de ellos tenía diagnosticado un trastorno por drogas. Por todo ello, podemos concluir que las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas en ningún grupo de edad, no pudiendo calcularse  $X^2$  para las adultas jóvenes como queda de manifiesto en la Tabla 59.

**Tabla 59**

*Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Envenenamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	92	0	-
	Con trastorno	6	0	
25-59	Sin trastorno	463	3	0,232
	Con trastorno	42	1	
60>	Sin trastorno	196	2	0,886
	Con trastorno	2	0	

En los casos de víctimas masculinas (Tabla 60) debidas a un envenenamiento, exceptuando a los que tienen edades de o superiores a 60 años, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los 18 y 59 años ( $X^2=6,847$ ,  $gl=1$  y  $p=0,009$ ; y  $X^2=29,654$ ,  $gl=1$  y  $p<0,001$ ). Por este motivo podemos afirmar que existe una relación entre esta lesión y el consumo de drogas en hombres hasta los 59 años de edad.

**Tabla 60**

*Agresiones por envenenamientos y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Envenenamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1404	1	0,009
	Con trastorno	89	1	
25-59	Sin trastorno	3396	3	0,000
	Con trastorno	488	7	
60>	Sin trastorno	282	3	0,818
	Con trastorno	5	0	

Existe un escaso número de ahorcamientos de mujeres en nuestra muestra, no presentando ninguna de ellas trastornos por consumo de drogas, como se puede comprobar en la Tabla 61. En consecuencia no hemos podido conocer la relación entre este trastorno y la dicha lesión.

**Tabla 61***Agresiones por ahorcamiento y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Ahorcamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	92	0	-
	Con trastorno	6	0	
25-59	Sin trastorno	464	2	0,667
	Con trastorno	43	0	
60>	Sin trastorno	197	1	0,920
	Con trastorno	2	0	

Al igual que en las mujeres, las víctimas masculinas de lesiones por ahorcamiento han sido escasas (n=4) y ninguno presentaba el trastorno analizado, (Tabla 62), no pudiendo conocerse la relación entre ambos.

**Tabla 62***Agresiones por ahorcamiento y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Ahorcamiento		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1404	1	0,800
	Con trastorno	90	0	
25-59	Sin trastorno	3398	1	0,703
	Con trastorno	495	0	
60>	Sin trastorno	283	2	0,851
	Con trastorno	5	0	

No hemos podido establecer la distribución de los casos de sumersión en ningún grupo de edad ni en ningún sexo dado que no existían casos de esta categoría.

En cuanto a las lesiones por armas de fuego (Tablas 63 y 64), nuevamente, el reducido número de víctimas femeninas y la ausencia de trastornos por consumo de drogas en ellas, han condicionado nuestro análisis y nos conducen a no poder conocer las diferencias entre mujeres que presente dicho trastorno frente a las que no (Tabla 63).

**Tabla 63**

*Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Arma de fuego		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	91	1	0,797
	Con trastorno	6	0	
25-59	Sin trastorno	458	8	0,386
	Con trastorno	43	0	
60>	Sin trastorno	196	2	0,886
	Con trastorno	2	0	

Como se observa en la Tabla 64, nuestra muestra estuvo compuesta por 126 casos de agresiones por armas de fuego en hombres, de las cuales el 6,35% de las víctimas presentaban trastornos por consumo de drogas. Al valorar las diferencias existentes entre los grupos establecidos, encontramos que éstas carecen de significación en todos los grupos, no existiendo relación entre trastornos por consumo de drogas y lesiones por arma de fuego.

**Tabla 64**

*Agresiones por armas de fuego o explosivas y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Arma de fuego		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1389	16	0,981
	Con trastorno	89	1	
25-59	Sin trastorno	3308	91	0,390
	Con trastorno	485	10	
60>	Sin trastorno	277	8	0,704
	Con trastorno	5	0	

En nuestra muestra encontramos 136 casos de mujeres lesionadas por instrumentos corto-punzantes, de las cuales el 5,88% presentaban trastornos por consumo de drogas.

Al analizar dicha distribución por grupos de edad, se aprecia que 87,5% de las mujeres agredidas con trastornos se concentra en las edades comprendidas entre los 25 y 59 años.

No obstante, y tal como se refleja en la Tabla 65, no existen diferencias significativas en dicha distribución, pudiendo concluir que dicho trastorno no afecta al riesgo de sufrir lesiones por instrumentos cortantes y punzantes en las mujeres adultas.

**Tabla 65.**

*Agresiones por con instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Cortante		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	76	16	0,964
	Con trastorno	5	1	
25-59	Sin trastorno	368	98	0,461
	Con trastorno	36	7	
60>	Sin trastorno	184	14	0,697
	Con trastorno	2	0	

Como se observa en la Tabla 66, nuestra muestra estuvo compuesta por 1.283 casos de agresiones por armas cortopunzantes.

Dentro de estos casos el 12,7% presentaban trastornos por consumo de drogas, mostrándose los mismos con mayor frecuencia en el rango de edad entre los 25 y los 59 años. Tanto para este rango de edad como en el caso de los jóvenes, se aprecian una distribución diferencialmente significativa ( $X^2=5,425$ ,  $gl=1$  y  $p=0,020$  y  $X^2=5,480$ ,  $gl=1$  y  $p=0,019$ , respectivamente), pudiendo afirmar que este tipo de lesión y el trastorno por consumo de drogas mantiene una relación en los hombres de hasta 59 años de edad.

**Tabla 66**

*Agresiones con instrumento cortante y punzante y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Cortante		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1047	358	0,019
	Con trastorno	57	33	
25-59	Sin trastorno	2671	728	0,02
	Con trastorno	366	129	
60>	Sin trastorno	251	34	0,583
	Con trastorno	4	1	

En la Tabla 67, se puede observar que de los 76 casos de malos tratos en mujeres, el 15,78% presentaron trastornos por consumo de drogas. Siendo este más frecuente en las féminas de 25 a 59 años y existiendo diferencias significativas en dicha distribución ( $X^2=13,166$ ,  $gl=1$  y  $p<0,001$ ). Consecuentemente podemos considerar que los trastornos por consumo de drogas afectan al hecho de sufrir una lesión por maltrato en mujeres de estas edades

En los hombres encontramos 34 casos de maltrato y 1 de ellos presentaban trastornos por consumo de drogas. Tal circunstancia ha limitado nuestra posibilidad de conocer las diferencias existentes entre los agredidos que los que sufren los trastornos y los que no, como queda reflejado en la Tabla 68.

**Tabla 67***Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Maltrato		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	81	11	0,733
	Con trastorno	5	1	
25-59	Sin trastorno	427	39	0,000
	Con trastorno	32	11	
60>	Sin trastorno	184	14	0,697
	Con trastorno	2	0	

**Tabla 68***Agresiones por maltrato y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Maltrato		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1401	4	0,612
	Con trastorno	90	0	
25-59	Sin trastorno	3378	21	0,249
	Con trastorno	494	1	
60>	Sin trastorno	278	7	0,723
	Con trastorno	5	0	

Respecto a los casos de lesiones por otros medios, se produjeron un total de 388, siendo el 6,1% mujeres con trastornos por consumo de drogas, de las cuales el 75% tenían edades entre los 25 y los 59 años. Sin embargo no encontramos diferencias estadísticamente significativas para ningún grupo de edad, por lo que podemos considerar que las drogas no interfieren en la posibilidad de sufrir una agresión por estas vías. (Tabla 69)

**Tabla 69***Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Otros		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	53	39	0,663
	Con trastorno	4	2	
25-59	Sin trastorno	263	203	0,829
	Con trastorno	25	18	
60>	Sin trastorno	74	124	0,276
	Con trastorno	0	2	

Los casos de hombres lesionados por otros medios fueron un total de 2.415 casos. Dentro de estos el 9,31% presentaban trastornos por consumo de drogas, siendo este más frecuente en los hombres adultos. A pesar de ello y como se puede constatar en la Tabla 70, no se aprecian diferencias significativas en esta distribución, por lo que el sufrir un trastorno de este tipo no incide en ser víctima de dicho acto lesivo.

**Tabla 70***Agresiones por otros medios y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Otros		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	826	579	0,092
	Con trastorno	61	29	
25-59	Sin trastorno	1938	1461	0,093
	Con trastorno	302	193	
60>	Sin trastorno	135	150	0,744
	Con trastorno	2	3	

En lo que respecta a los efectos tardíos de una lesión en mujeres, tan solo uno de los casos presentaba el trastorno evaluado. A ello se le une el limitado número de casos, lo que ha condicionado nuestro análisis. De modo que, como queda patente en la Tabla 71 no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en esta distribución.

**Tabla 71**

*Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Drogas	Efectos		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	90	2	0,715
	Con trastorno	6	0	
25-59	Sin trastorno	443	23	0,440
	Con trastorno	42	1	
60>	Sin trastorno	194	4	0,839
	Con trastorno	2	0	

Como se observa en la Tabla 72, los efectos tardíos de una lesión se manifestaron en 95 casos, de los cuales el 11,57% presentaban trastornos por consumo de esta sustancia. Siendo esto más frecuente en hombres de 25 a 59 años. No obstante no hemos apreciado una distribución diferencialmente significativa en ningún grupo de edad, lo que nos induce a plantear que este tipo de lesión no guarda relación con el trastorno analizado.

**Tabla 72**

*Agresiones por efectos tardíos de una lesión y trastorno por consumo de drogas en hombres*

Edad	Drogas	Efectos		p
		No	SI	
18-24	Sin trastorno	1388	17	0,934
	Con trastorno	89	1	
25-59	Sin trastorno	3336	63	0,798
	Con trastorno	485	10	
60>	Sin trastorno	281	4	0,790
	Con trastorno	5	0	

A modo de resumen, podemos afirmar que los trastornos por consumo de drogas se dan con mayor frecuencia en los sujetos hombres agredidos. Esta diferencia se encuentra claramente marcada en comparación a las mujeres a edades comprendidas entre los 25 y los 59 años.

No podemos relacionar los trastornos por consumo de drogas y mortalidad asociada a la agresión en ningún grupo de edad ni género.

Las mujeres con trastornos por consumo de drogas con edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, presentan más probabilidad de sufrir lesiones por malos tratos.

Los hombres menores de 60 años, presentan una mayor probabilidad de sufrir lesiones por envenenamiento y por instrumentos cortantes y punzantes cuando tienen trastornos por consumo de esta sustancia.

## **4. ESTIMACIÓN DE RIESGOS DE LESIÓN EN TRASTORNOS POR CONSUMO**

En este apartado analizaremos el riesgo relativo aparejado al tipo de lesión sufrida tanto en hombres como en mujeres en función de su edad. Para ello utilizaremos un modelo de probabilidad conocido como Riesgo Relativo, que nos permite determinar la probabilidad de un comportamiento problemático en sujetos expuestos a una condición frente a los que no han sido expuestos.

#### 4.1 TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

En primer lugar, analizaremos el riesgo asociado a los trastornos por consumo de alcohol en función del tipo concreto de lesión sufrida por los sujetos agredidos que requirieron un ingreso hospitalario.

En cuanto al riesgo relativo asociado a las peleas, en el caso de las mujeres (Figura 1 y Tabla 73), solo se ha podido calcular en las edades comprendidas entre los 25 y 59 años, dado que en los otros grupos de edad la muestra era muy escasa. En estos grupos se aprecia que por cada sujeto ingresado por peleas, podemos encontrar 1,286 ingresos que si tienen problemas de alcohol. No obstante, dicha asociación encontrada carece de significación estadística, al incluir en el Intervalo de Confianza el valor 1.

Igualmente, podemos afirmar que las mujeres de dichas edades con trastornos por consumo de alcohol, presentan un escaso riesgo de ingreso de ser víctimas de peleas, reyertas o violaciones. (Odds Ratio<1)

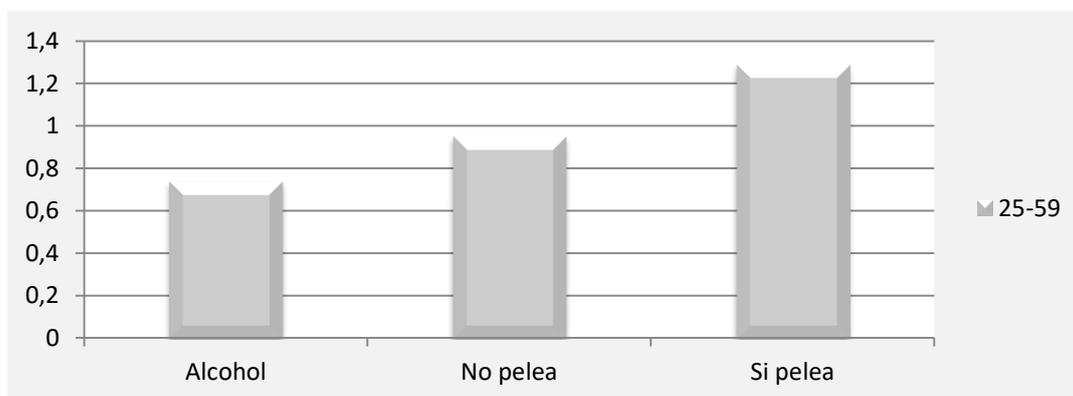


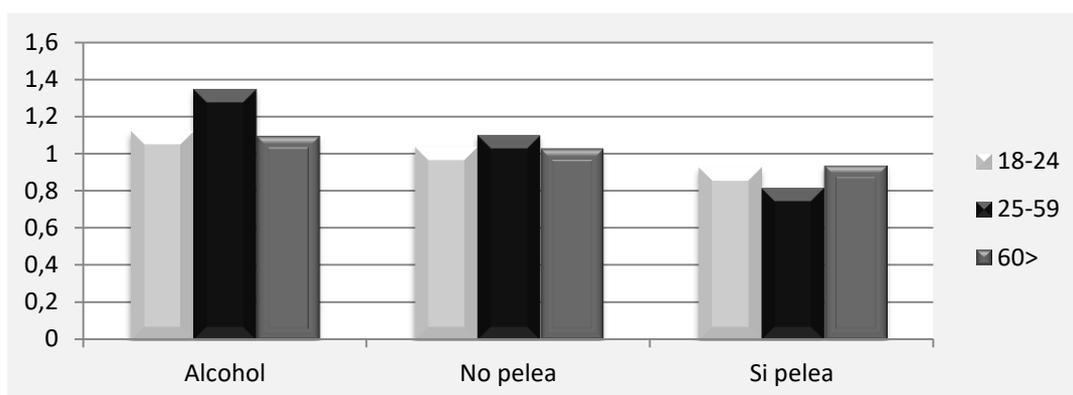
Figura 1. Riesgo relativo de peleas en mujeres y alcohol

**Tabla 73**

*Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de alcohol en mujeres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	Alcohol	0,739	0,351	1,558
	No pelea	0,951	0,848	1,065
	Si pelea	1,286	0,683	2,421

En el caso de los hombres, tal y como se aprecia en la Figura 2 y la Tabla 74, si bien todos los sujetos que han ingresado por lesiones por peleas, reyertas o violaciones presentan riesgos de padecer trastornos por consumo de alcohol, éste es más elevado en los que tienen edades comprendidas entre los 25 y 59 años. Concretamente, muestra un valor de 1,348 de riesgo de ser ingresado por este motivo entre los que tienen un trastorno por consumo de alcohol (IC 95%= 1,117-1,626), resultando dicha distribución diferencialmente significativa y pudiendo concluir que este trastorno incrementa el riesgo de ingreso en estas edades.



*Figura 2. Riesgo relativo de peleas en hombres y alcohol*

**Tabla 74.**

*Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de alcohol en hombres*

<b>Edad</b>		<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>18-24</b>	<b>Alcohol</b>	1,120	0,723	1,735
	<b>No pelea</b>	1,036	0,899	1,195
	<b>Si pelea</b>	0,925	0,689	1,243
<b>25-59</b>	<b>Alcohol</b>	1,348	1,117	1,626
	<b>No pelea</b>	1,101	1,032	1,176
	<b>Si pelea</b>	0,817	0,723	0,924
<b>60&gt;</b>	<b>Alcohol</b>	1,093	0,482	2,480
	<b>No pelea</b>	1,025	0,815	1,288
	<b>Si pelea</b>	0,937	0,519	1,691

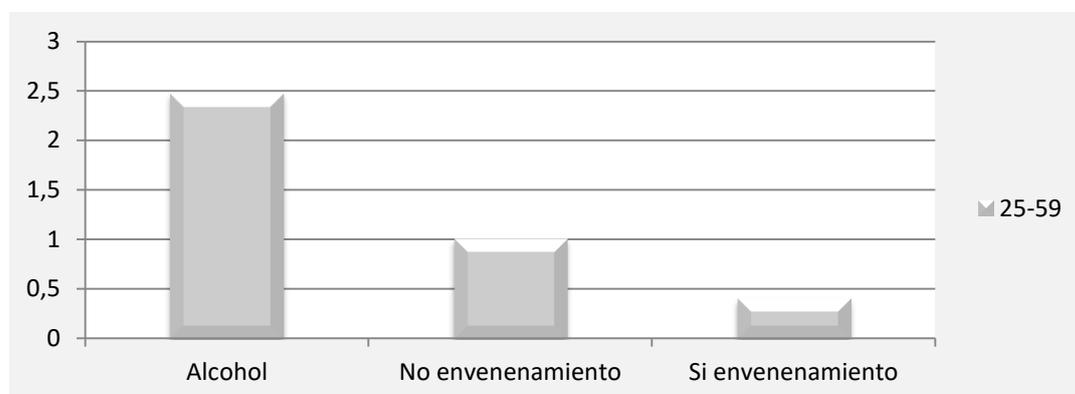
En cuanto a agresiones con sustancias causticas no hemos podido estimar el riesgo asociado a las mismas, dado el escaso número de casos de los que disponíamos.

Respecto a las agresiones por envenenamiento, debemos indicar que no ha sido posible estimar el riesgo en las mujeres de 18 a 24 años ni en las de 60 o más años, debido al escaso número de casos disponibles. No obstante, aunque podemos concluir que en las mujeres con este tipo de agresión, sufrir un trastorno pos consumo duplica el de riesgo de ingreso, dicha relación no resulta significativa (IC 95%= 0,253-24,150), como puede apreciarse en la Tabla 75 y la Figura 3.

**Tabla 75**

*Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de alcohol en mujeres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	Alcohol	2,472	0,253	24,150
	No envenenamiento	1,010	0,977	1,044
	Si envenenamiento	0,408	0,043	3,865



*Figura 3. Riesgo relativo de envenenamiento en mujeres y alcohol*

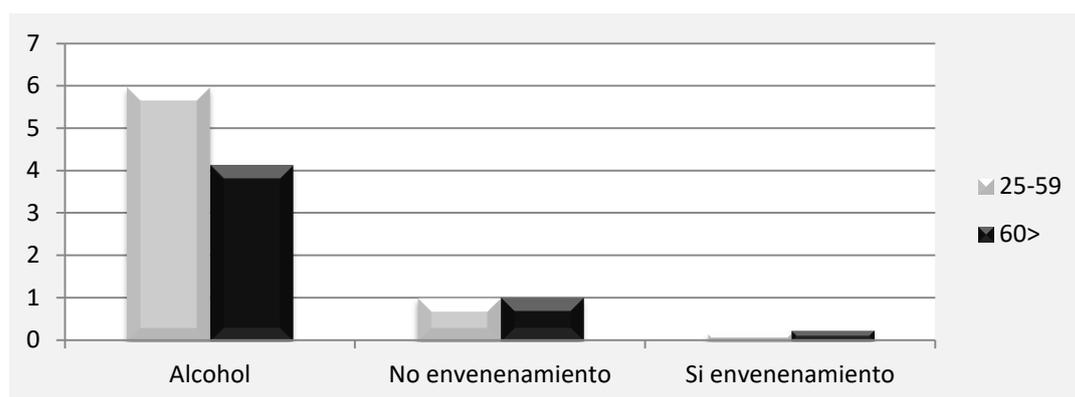
Al igual que en las mujeres, no ha sido posible estimar el riesgo relativo de los hombres jóvenes. En cuanto a los de edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, éstos presentan un quintuple de más riesgo de ingresos si sufren trastorno por consumo de alcohol, resultando dicha asociación significativa (IC 95%= 1,720-20,656). como se puede apreciar en la Tabla 76 y en la Figura 4.

En los hombres de 60 o más años, el riesgo de sufrir ingresos entre los que tienen trastornos por consumo de alcohol se incrementa un 4,129 (IC 95%= 0,364-46,865), y la probabilidad de casos de ingresos por envenenamientos es de un 0,248 (IC 95%=0,023-2,659), no existiendo diferencias significativas en ninguna de dicha distribución. Por tanto podemos concluir que los hombres adultos lesionados por envenenamiento, presentan casi seis veces más riesgo de ingreso cuando padecen trastornos por consumo de alcohol.

**Tabla 76**

*Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de alcohol en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	Alcohol	5,961	1,720	20,656
	No envenenamiento	1,007	0,999	1,015
	Si envenenamiento	0,169	0,049	0,582
60>	Alcohol	4,129	0,364	46,865
	No envenenamiento	1,024	0,962	1,091
	Si envenenamiento	0,248	0,023	2,659



*Figura 4. Riesgo relativo de envenenamientos en hombres y alcohol*

Con respecto a los ahorcamientos, solo hemos podido estimar el riesgo relativo en la población masculina de 60 o más años, dado que en los otros grupos no ha sido posible por carecer de casos en el grupo. Para esta población, el riesgo relativo de sufrir ingresos entre los que presentan trastornos por consumo de alcohol se incrementa en 8,290 veces (IC 95%= 0,506-135,888) y la probabilidad de casos de ahorcamiento entre los que presentan este trastornos es de 0,124 (IC 95%= 0,008-1,935), no existiendo, por tanto, riesgos al resultar los mismos estadísticamente no significativos.

Igualmente, debemos indicar que no hemos podido calcular el riesgo asociado en el caso de las mujeres ni en los hombres de 60 o más años en los casos de lesiones por armas de fuego. A pesar de ello y como se refleja en la Figura 5 y la Tabla 77, entre los casos de agresión ingresados por este motivo, se duplica la probabilidad de casos de trastornos por consumo de alcohol (IC 95%=1,059-4,866) en los hombres de 25 a 59 años y disminuye al 1,122 (IC 95%= 0,150-8,376) en los de 18 a 24 años.

Por tanto y en base a la significación estadística, afirmamos que los hombres con edades comprendidas entre los 25 y los 59 años con trastornos por consumo de alcohol, presentan el doble de ingresos tras ser víctimas de armas de fuego. Simultáneamente podemos concluir que el riesgo de ingreso por arma de fuego no se incrementa por sufrir estos trastornos, ya que al estimar los riesgos asociados estos resultan inferiores al valor 1.

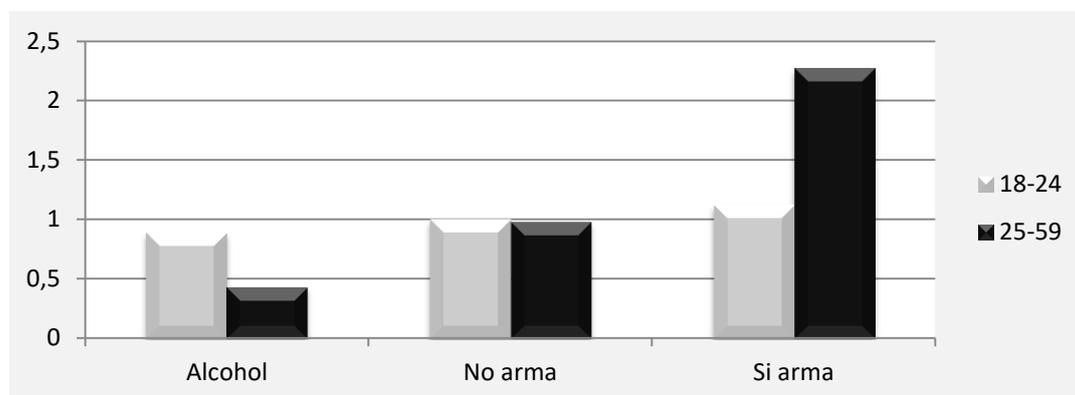


Figura 5. Riesgo relativo de agresión por arma de fuego o explosiva en hombres y alcohol

**Tabla 77**

*Estimación de riesgo de agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de alcohol en hombres*

<b>Edad</b>		<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>18-24</b>	<b>Alcohol</b>	0,890	0,117	6,780
	<b>No arma</b>	0,999	0,978	1,020
	<b>Si arma</b>	1,122	0,150	8,376
<b>25-59</b>	<b>Alcohol</b>	0,434	0,200	0,939
	<b>No arma</b>	0,984	0,973	0,995
	<b>Si arma</b>	2,270	1,059	4,866

Al analizar las agresiones por objetos cortantes y punzantes en mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y 59 años, se aprecia que la probabilidad de casos de ingresos casi se duplica entre las que presentan este trastornos; no encontrándose esta probabilidad en otros grupos de edad, como se aprecia en la Tabla 78 y la Figura 6 y resultando esta asociación carente de significación.

Sin embargo, entre las mujeres jóvenes, el riesgo de ser ingresado por esta vía se incrementa en aquellas que presentan trastornos por consumo de alcohol (Odds Ratio=2,469), aspecto no detectado en el resto de los grupos analizados y que tampoco presenta diferencias estadísticamente significativas.

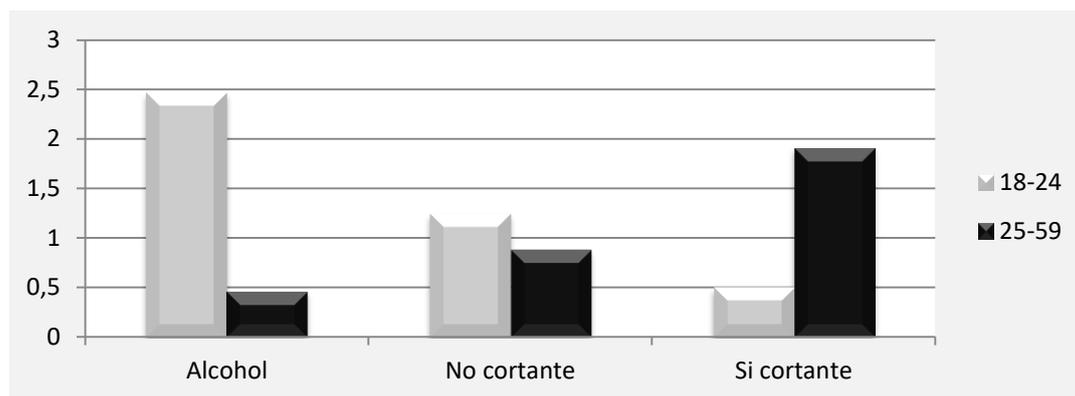


Figura 6. Riesgo relativo de agresión cortante y punzante en mujeres y alcohol

### Tabla 78.

*Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzante y trastornos por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>18-24</b>	<b>Alcohol</b>	0,211	28,892
	<b>No cortante</b>	0,558	2,791
	<b>Si cortante</b>	0,096	2,661
<b>25-59</b>	<b>Alcohol</b>	0,204	1,050
	<b>No cortante</b>	0,796	0,978
	<b>Si cortante</b>	0,929	3,911

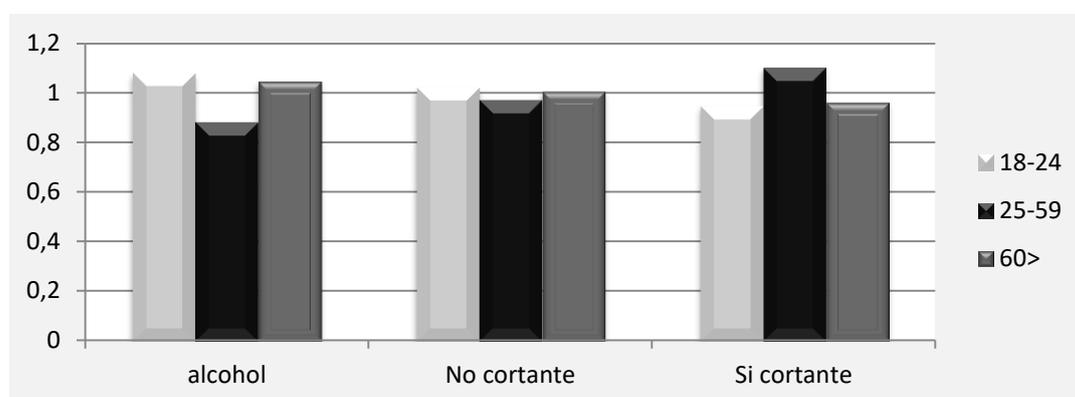
En el caso de los hombres, como se puede observar en la Tabla 79 y Figura 7, tan solo los que tienen edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, por cada sujeto ingresado, podemos encontrar 1,102 ingresos que tengan el trastorno evaluado. En el caso de los trastornos por consumo de alcohol, podemos afirmar que tanto los hombres jóvenes (Odds Ratio= 1,079) como los mayores (Odds Ratio= 1,046), presentan más riesgos de sufrir

ingresos cuando tienen dicho trastorno. Si bien ninguna de dichas afirmaciones resultan significativas desde el punto de vista estadístico.

**Tabla 79**

*Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzante y trastornos por consumo de alcohol en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
18-24	Alcohol	1,079	0,682	1,708
	No cortante	1,021	0,900	1,158
	Si cortante	0,946	0,678	1,319
25-59	Alcohol	0,884	0,709	1,103
	No cortante	0,974	0,931	1,019
	Si cortante	1,102	0,924	1,313
60>	Alcohol	1,046	0,344	3,183
	No cortante	1,006	0,875	1,155
	Si cortante	0,961	0,363	2,547



*Figura 7. Riesgo relativo de agresión cortante y punzante y alcohol en hombres*

En los casos de agresiones por malos tratos hacia las mujeres, como queda reflejado en la Tabla 80 y la Figura 8, los datos obtenidos nos conducen a afirmar que, entre las mujeres agredidas de todas las edades, no se aprecia más probabilidad de casos de ingresos cuando tienen dicho trastorno. Sin embargo, en todos los grupos encontramos riesgos de ingresos por malos tratos, siendo este mayor en las mujeres de 60 o más años (Odds Ratio=14,231) y resultando solo significativo en las de 25 a 59 años, por lo que afirmamos que los trastornos por consumo de alcohol duplican el riesgo de ingresos por lesiones por malos tratos entre las mujeres adultas.

**Tabla 80**

*Estimación de riesgo de maltrato y trastornos por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
<b>18-24</b>	<b>Alcohol</b>	3,818	0,319	45,656
	<b>No maltrato</b>	1,326	0,594	2,962
	<b>Si maltrato</b>	0,347	0,064	1,890
<b>25-59</b>	<b>Alcohol</b>	2,307	1,111	4,791
	<b>No maltrato</b>	1,114	0,987	1,257
	<b>Si maltrato</b>	0,483	0,261	0,891
<b>60&gt;</b>	<b>Alcohol</b>	14,231	0,841	240,733
	<b>No maltrato</b>	1,869	0,467	7,476
	<b>Si maltrato</b>	0,131	0,030	0,578

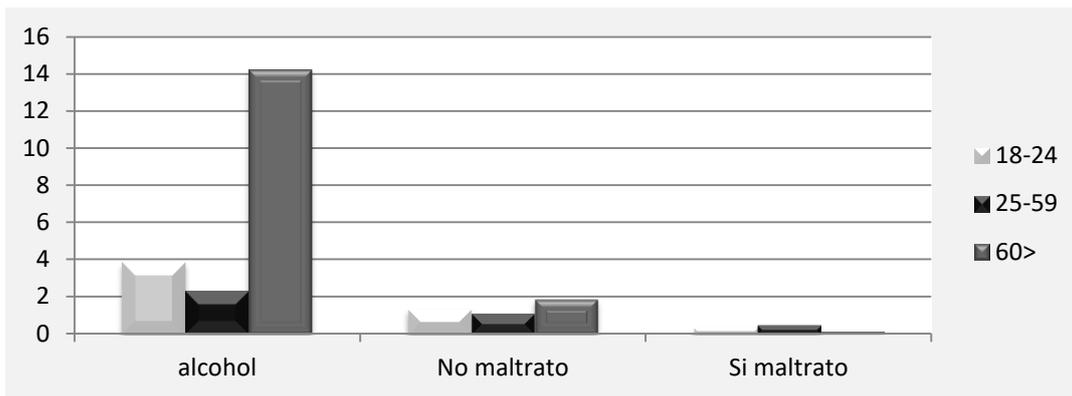


Figura 8. Riesgo relativo de maltrato en mujeres y alcohol

Respecto al riesgo de sufrir malos tratos, observamos que la probabilidad de casos de ingresados que presenten este trastorno es de 1,070 entre los hombres de 25 a 59 años, si bien este no se ha podido calcularse en hombres jóvenes debido al escaso número de casos disponibles. En cuanto a la posibilidad de ser ingresados, se aprecia que los mayores presentan el triple de riesgo entre los que tienen trastornos. (Odds Ratio= 3,373), no mostrando el resto de los grupos riesgos asociados, como se puede constatar en la Tabla 81 y Figura 9, y careciendo dichas asociaciones encontradas de significación estadística.

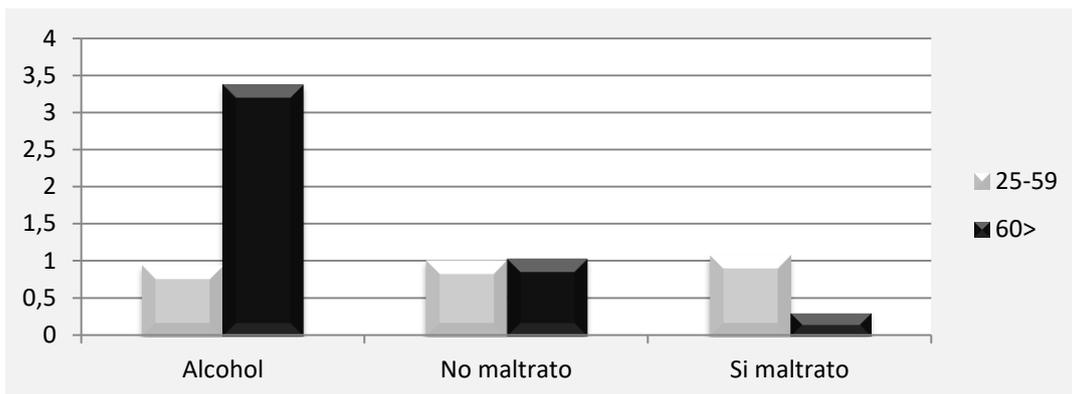


Figura 9. Riesgo relativo de maltrato en hombres y alcohol

**Tabla 81**

*Estimación de riesgo de maltrato y trastornos por consumo de alcohol en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	Alcohol	0,934	0,275	3,166
	No maltrato	1,000	0,993	1,006
	Si maltrato	1,070	0,318	3,605
60>	Alcohol	3,373	0,627	18,153
	No maltrato	1,046	0,955	1,146
	Si maltrato	0,310	0,063	1,533

En relación a las agresiones por otros medios, a pesar de que no exista una relación estadísticamente significativa, se detecta que, de tanto las mujeres jóvenes como las mayores se incrementan la presencia de trastornos por consumo entre las ingresadas, siendo éste el mismo en ambas distribuciones (Odds Ratio=1,263). Los trastornos por consumo de alcohol muestran solo riesgo en adultas, que tiene asociado un riesgo con valor de 1,403, aunque carece de significación. (Tabla 82 y Figura 10).

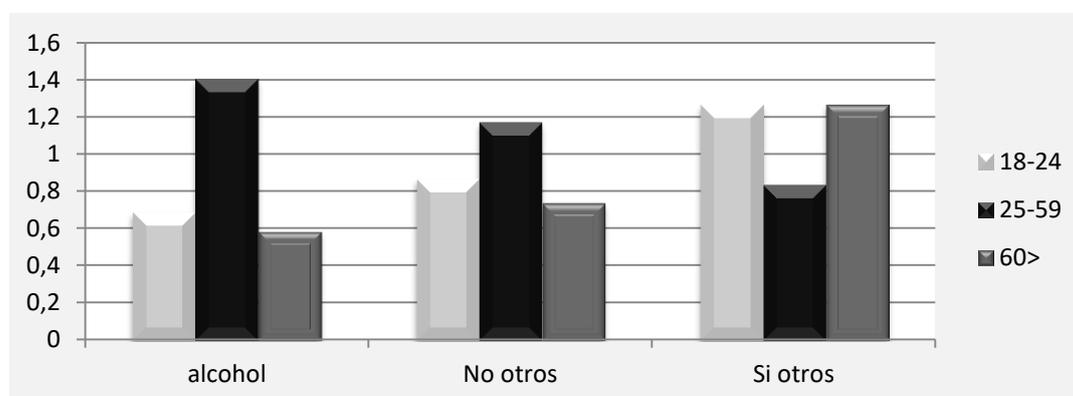


Figura 10. Riesgo relativo de agresión por otros medios y alcohol en mujeres

**Tabla 82**

*Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de alcohol en mujeres*

<b>Edad</b>		<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>18-24</b>	<b>Alcohol</b>	0,688	0,060	7,847
	<b>No otros</b>	0,868	0,383	1,968
	<b>Si otros</b>	1,263	0,251	6,367
<b>25-59</b>	<b>Alcohol</b>	1,403	0,821	2,398
	<b>No otros</b>	1,171	0,896	1,530
	<b>Si otros</b>	0,835	0,637	1,093
<b>60&gt;</b>	<b>Alcohol</b>	0,584	0,036	9,478
	<b>No otros</b>	0,737	0,182	2,984
	<b>Si otros</b>	1,263	0,314	5,069

En el caso de los hombres, podemos concluir que entre los ingresados de todos los grupos de edad, podemos encontrar que un incremento entre aquellos que tienen trastornos por consumo de alcohol, siendo este mayor en los jóvenes (Odds Ratio= 1,263), seguido de los mayores (Odds Ratio= 1,141) y los adultos (Odds Ratio= 1,052) pero careciendo de significación dichas relaciones establecidas. Así mismo, no podemos asociar riesgos de ingreso a esta distribución en lo que respecta a los trastornos por consumo de alcohol, debido a que todos los valores obtenidos son inferiores a 1, como se puede apreciar en la Tabla 83 y Figura 11.

**Tabla 83**

*Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de alcohol en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
18-24	Alcohol	0,688	0,060	7,847
	No otros	0,868	0,383	1,968
	Si otros	1,263	0,251	6,367
25-59	Alcohol	0,917	0,765	1,100
	No otros	0,965	0,895	1,039
	Si otros	1,052	0,945	1,171
60>	Alcohol	0,767	0,367	1,602
	No otros	0,876	0,616	1,243
	Si otros	1,141	0,776	1,679

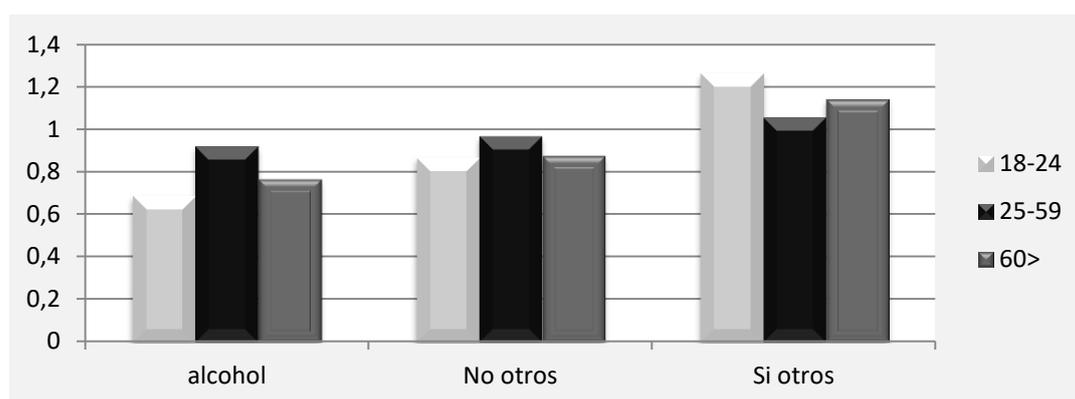


Figura 11. Riesgo relativo de agresión por otros medios y alcohol en hombres

Los efectos tardíos de una agresión y los trastornos por consumo de alcohol, solo se han podido estimar en las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 59 años, dado que carecíamos de casos suficientes para poder realizar el análisis en los otros grupos de edad. En

ellas, podemos apreciar, como se observa en la Tabla 84, que por cada una de las ingresadas por este motivo, podemos encontrar 1,498 que tengan trastornos por consumo de alcohol, careciendo de significación esta diferencia encontrada. Así mismo podemos destacar que no muestran un incremento del riesgo de ingreso por padecer trastornos por consumo de alcohol.

**Tabla 84**

*Estimación de riesgo por efectos tardíos y trastornos por consumo de alcohol en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
25-59	Alcohol	0,656	0,150	2,863
	No efecto	0,983	0,934	1,034
	Si efecto	1,498	0,361	6,213

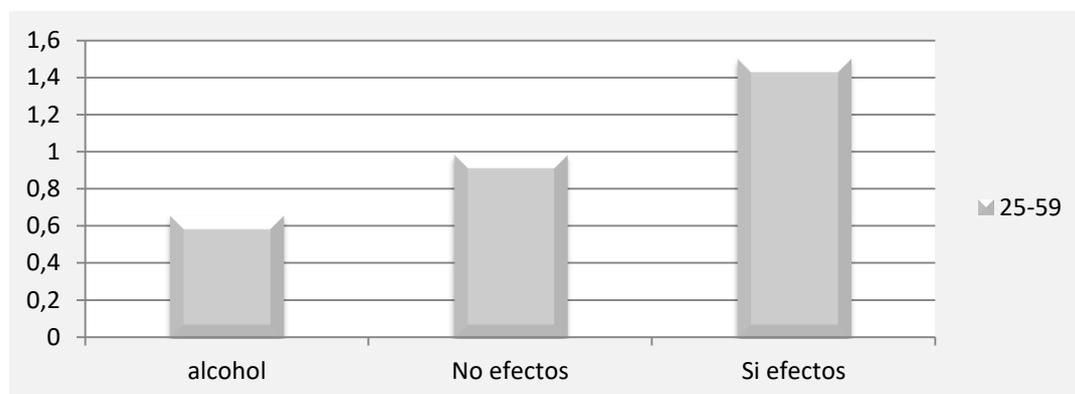


Figura 12. Riesgo relativo de agresión por efectos tardíos y alcohol en mujeres

En los hombres víctimas de efectos tardíos de una agresión (Tabla 85), encontramos que entre los ingresados por este motivo con edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, exclusivamente, se triplica la probabilidad de casos con trastornos por consumo de alcohol, resultado dicha relación significativa, si bien este no se ha podido estimar en los mayores por escasez de casos en dicha distribución. Respecto a los trastornos por consumo de alcohol,

podemos afirmar que solo muestran un incremento de riesgo de ingreso entre los jóvenes (Odds Ratio=1,798), aunque no resulta significativo.

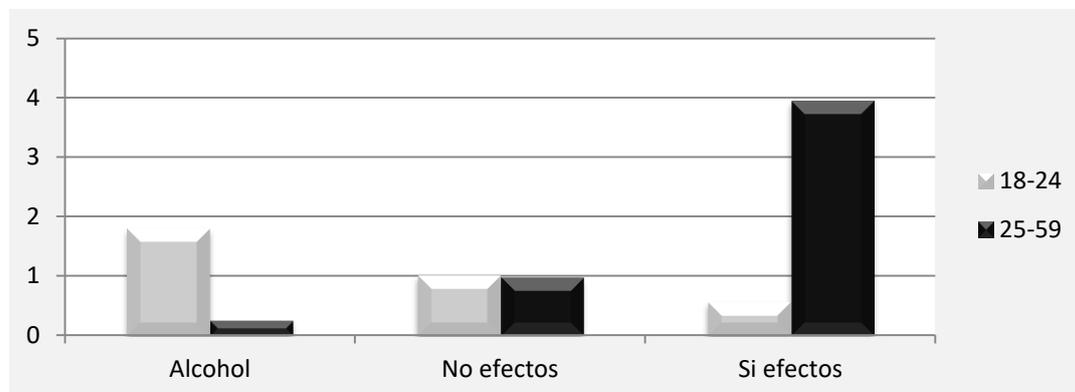


Figura 13. Riesgo relativo de agresión por efectos tardíos y alcohol en hombres

**Tabla 85.**

*Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de alcohol en hombres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
<b>18-24</b>	<b>Alcohol</b>	1,798	0,408	7,935
	<b>No efecto</b>	1,009	0,980	1,039
	<b>Si efecto</b>	0,561	0,131	2,406
<b>25-59</b>	<b>Alcohol</b>	0,250	0,078	0,795
	<b>No efecto</b>	0,984	0,977	0,992
	<b>Si efecto</b>	3,944	1,246	12,482

En síntesis, podemos afirmar que existen riesgos entre determinadas lesiones y trastornos por consumo de alcohol en las poblaciones estudiadas. En el caso de los hombres adultos, se aprecia que las lesiones por envenenamiento y por peleas, reyertas o violaciones

incrementan en casi 6 veces o 1, 348 veces el riesgo de ingreso entre los que padecen este trastorno. Así mismo y a esas edades, se duplica y triplica los casos ingresos por arma de fuego y efectos tardíos de una lesión entre los que tienen diagnosticado un trastorno por consumo de alcohol.

En el caso de las mujeres, tan solo podemos afirmar que los trastornos por consumo de alcohol se duplican entre las ingresadas por lesiones por malos tratos entre los 25 y los 59 años.

#### 4.2 TRASTORNOS POR CONSUMO DE TABACO

A continuación exponemos los datos del riesgo relativo asociado a tipo de lesión y trastornos por consumo de tabaco.

En el caso de las mujeres, podemos observar en la Tabla 86, que no existe mayor probabilidad de casos de ingresados entre los que presentan este trastorno. No obstante, en todos los sujetos se aprecia que existe un incremento de riesgo de ingreso entre los trastornos por consumo de tabaco, siendo este superior y llegando a casi duplicarse en las mayores. Aunque dicha relación no presenta significación

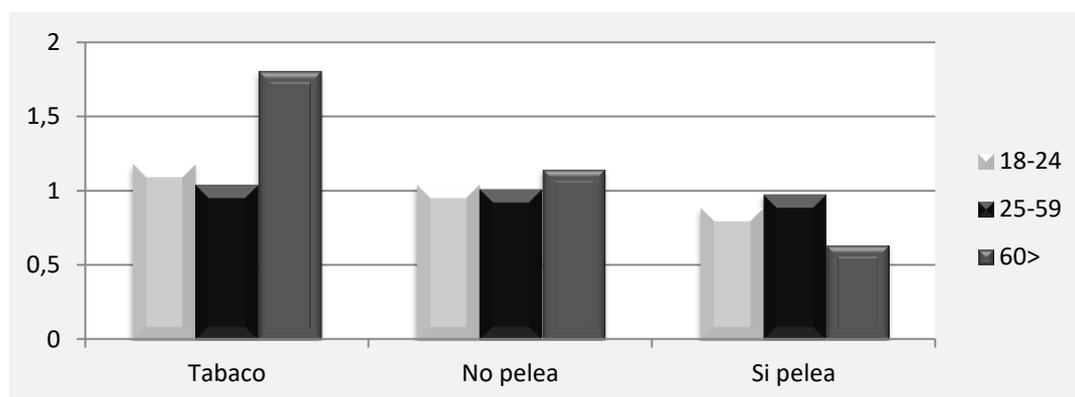


Figura 14. Riesgo relativo de peleas y tabaco en mujeres

#### Tabla 86

*Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de tabaco en mujeres*

<b>Edad</b>		<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>18-24</b>	<b>Tabaco</b>	1,179	0,286	4,851
	<b>No pelea</b>	1,043	0,713	1,527
	<b>Si pelea</b>	0,885	0,315	2,490
<b>25-59</b>	<b>Tabaco</b>	1,035	0,551	1,945
	<b>No pelea</b>	1,007	0,894	1,133
	<b>Si pelea</b>	0,972	0,583	1,621
<b>60&gt;</b>	<b>Tabaco</b>	1,806	0,336	9,691
	<b>No pelea</b>	1,146	0,714	1,840
	<b>Si pelea</b>	0,635	0,189	2,126

En el caso de los hombres, tal y como se aprecia en la Figura 15 y la Tabla 87, hasta los 59 años todos los sujetos agredidos presentan riesgos de ingreso por padecer trastornos por consumo de tabaco, si bien este es más elevado en los que tienen edades comprendidas entre los 18 y 24 años (Odds Ratio=1,511).y resultando dicha relación significativa Por otro lado, entre los ingresados por pelea, en los sujetos con edades iguales o superiores a 60 años, por cada ingresado podemos encontrar 1,211 que tienen este trastorno, aunque no resulta estadísticamente significativo.

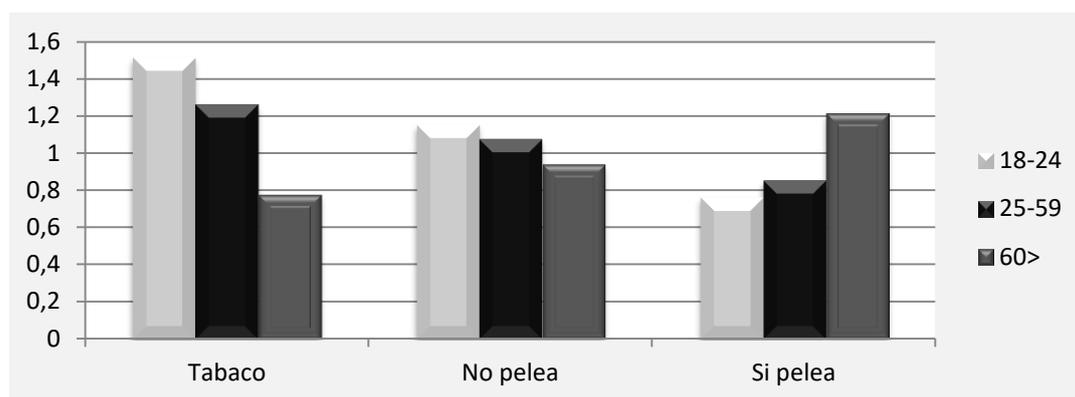


Figura 15. Riesgo relativo de peleas y tabaco en hombres

**Tabla 87.**

*Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
18-24	Alcohol	1,511	1,074	2,125
	No pelea	1,150	1,011	1,308
	Si pelea	0,761	0,615	0,943
25-59	Alcohol	1,261	1,059	1,502
	No pelea	1,076	1,015	1,141
	Si pelea	0,854	0,760	0,959
60>	Alcohol	0,774	0,383	1,565
	No pelea	0,938	0,795	1,107
	Si pelea	1,211	0,707	2,077

Debemos indicar que no ha sido posible estimar el riesgo ni en hombres ni en mujeres víctimas de agresiones por sustancias corrosivas o causticas, debido a la escasez de casos disponibles en nuestra muestra.

En las agresiones por envenenamiento en mujeres, solo ha sido posible estimar el riesgo en las que tienen edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, dado que para los otros grupos de edad, los casos eran insuficientes para realizar dicho análisis. Como se aprecia en la Tabla 88, dentro de esta distribución, podemos afirmar que las mujeres adultas presentan casi el doble de riesgo de ser ingresadas si sufren trastornos por consumo de tabaco, si bien no presenta significación desde el punto de vista estadístico.

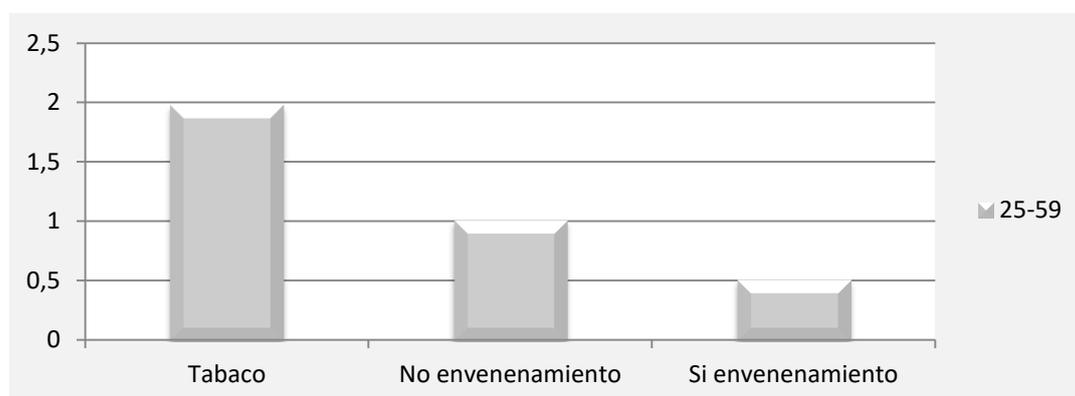


Figura 16. Riesgo relativo de envenenamiento y tabaco en mujeres

### Tabla 88

*Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de tabaco en mujeres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	Tabaco	1,973	0,202	19,222
	No envenenamiento	1,007	0,979	1,035
	Si envenenamiento	0,510	0,054	4,841

Al igual que en las mujeres, no ha sido posible estimar el riesgo relativo de los hombres jóvenes. El riesgo de ser ingresado por envenenamiento aumenta entre los hombres con edades comprendidas entre los 25 y los 59 años con este trastorno; presentando un valor

de 1,163 entre los adultos e incrementándose a 2,26 en los de 60 o más años. Sin embargo esta relación carece de significación estadística. (Tabla 89 y Figura 17).

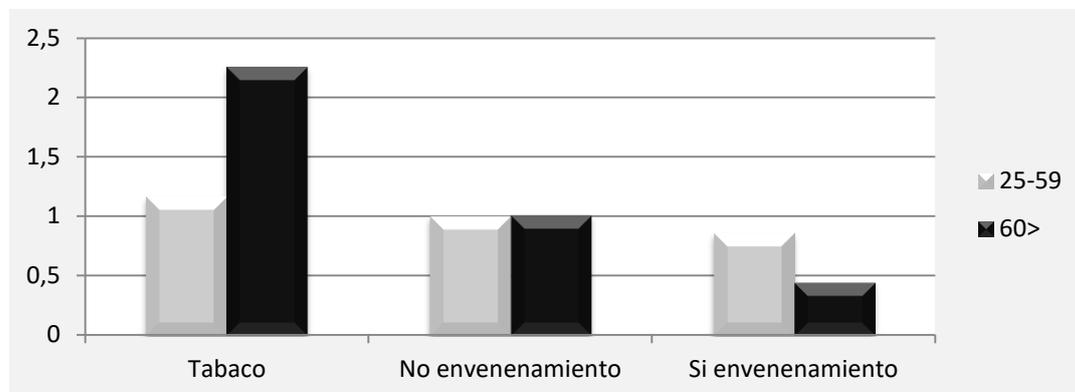


Figura 17. Riesgo relativo de envenenamientos y tabaco en hombres

**Tabla 89.**

*Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	Tabaco	1,163	0,247	5,490
	No envenenamiento	1,000	0,996	1,005
	Si envenenamiento	0,860	0,183	4,040
60>	Tabaco	2,260	0,201	25,390
	No envenenamiento	1,011	0,972	1,051
	Si envenenamiento	0,447	0,041	4,842

En lo que respecta a las agresiones por ahorcamiento, solo hemos podido estimar Odds Ratio en el caso de los hombres con edades de 60 o más años, siendo esto motivado por la ausencia de casos disponibles en nuestra muestra. Dentro de este grupo, encontramos que

entre los sujetos víctimas de ahorcamiento, la probabilidad de encontrar ingresados con este trastorno es 4 veces mayor frente a los que no lo presentan (Odds Ratio = 4,538, IC 95%=0,279-73,745), aunque no resulta dicha relación encontrada estadísticamente significativa.

Así mismo, debemos comentar que no hemos podido calcular el riesgo relativo existente en los casos de las sumersiones, dado que carecíamos de casos que presentaran dicho tipo de lesión.

En los casos de mujeres lesionadas por armas de fuego, solo hemos podido estimar el riesgo en las que tienen edades entre los 25 y 59 años. Como se aprecia en la Tabla 90, dentro de esta distribución, podemos afirmar que, entre las agredidas, se incrementa 1,19 veces la probabilidad de casos de ingresadas con trastornos por consumo de tabaco. No obstante esta asociación carece de significación.

### Tabla 90

*Estimación de riesgo de agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
25-59	Tabaco	0,838	0,102	6,908
	No arma	0,997	0,969	1,027
	Si arma	1,191	0,149	9,539

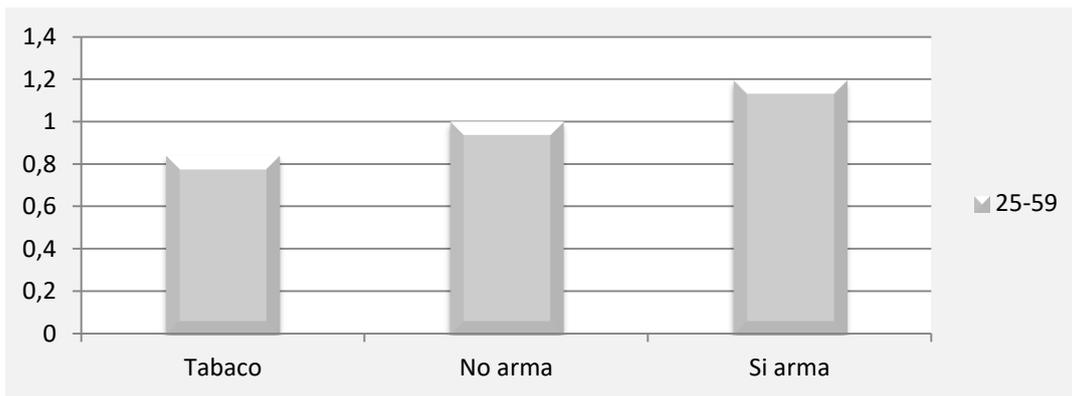


Figura 18. Riesgo relativo de agresión por arma de fuego y tabaco en mujeres

Al igual que en las mujeres, no ha sido posible estimar el riesgo relativo de los hombres jóvenes. Dentro de los dos grupos analizados, detectamos que entre los ingresados, se incrementan los casos entre los que tienen trastornos, en 1,565 y 1,233 veces a edades comprendidas entre los 25 y 59 años y de 60 o más, respectivamente, aunque no resulta significativo estadísticamente. No obstante, el riesgo de ingreso por este tipo de lesión no se incrementa entre los que sufren dicho trastorno, como se aprecia en la Tabla 91 y Figura 19, pero carece igualmente de significación.

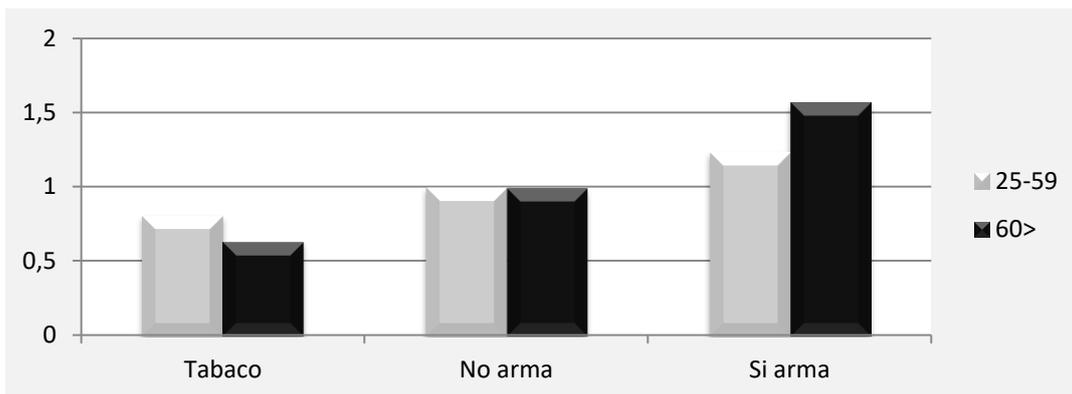


Figura 19. Riesgo relativo de agresión por armas de fuego y tabaco en hombres

**Tabla 91**

*Estimación de riesgo de agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
25-59	Tabaco	0,807	0,463	1,406
	No arma	0,995	0,982	1,007
	Si arma	1,233	0,717	2,120
60>	Tabaco	0,632	0,076	5,247
	No arma	0,989	0,947	1,033
	Si arma	1,565	0,197	12,455

Al analizar las agresiones por objetos cortantes y punzantes en mujeres, nos encontramos que, entre las que tienen edades comprendidas entre los 25 y 59 años ingresadas por ser víctimas de este tipo de acto, existe 1,454 más casos de ingresos con trastornos. No obstante apreciamos que las mujeres con trastornos por consumo de tabaco de 18 a 24 años, muestran casi el doble de riesgo de ingreso tras lesionarse por esta vía, si bien es cierto, que ninguna de las relaciones establecidas presenta significación estadística. (Tabla 92).

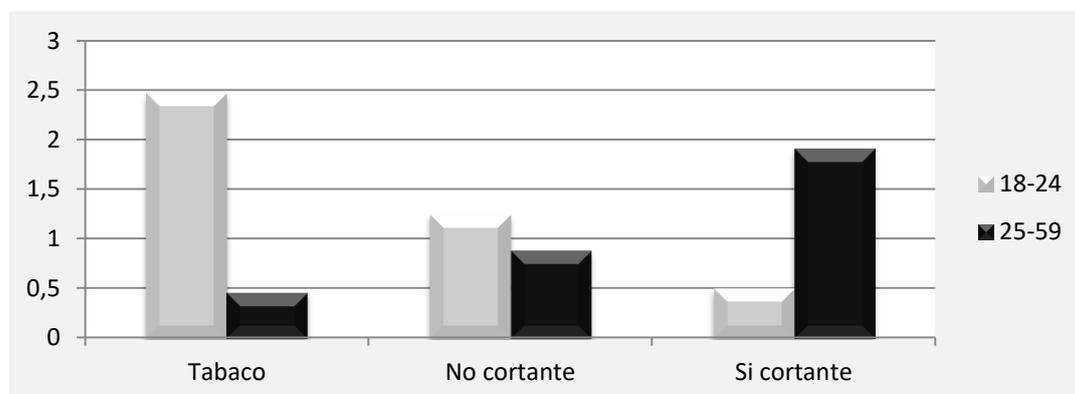


Figura 20. Riesgo relativo de agresiones cortantes y punzantes y tabaco en mujeres

**Tabla 92**

*Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzante y trastornos por consumo de tabaco en mujeres*

<b>Edad</b>		<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>18-24</b>	<b>Tabaco</b>	1,955	0,461	8,293
	<b>No cortante</b>	1,154	0,794	1,676
	<b>Si cortante</b>	0,590	0,201	1,734
<b>25-59</b>	<b>Tabaco</b>	0,633	0,321	1,250
	<b>No cortante</b>	0,921	0,827	1,025
	<b>Si cortante</b>	1,454	0,819	2,581

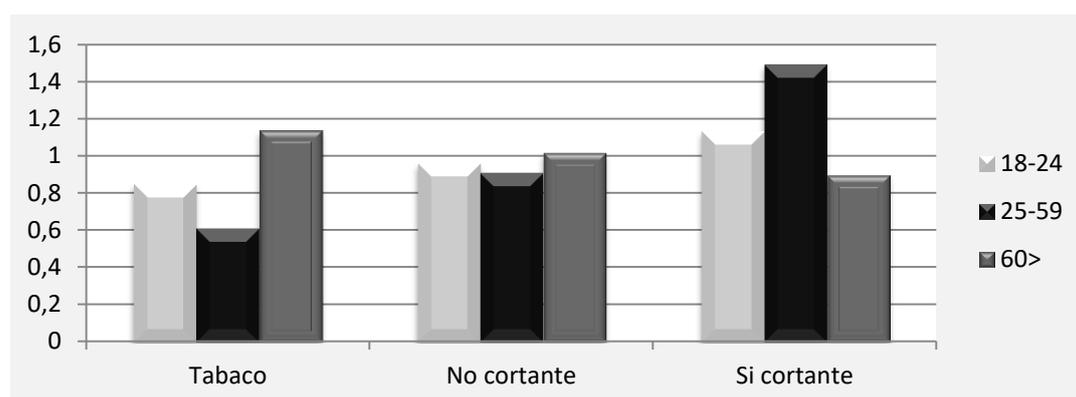
En el caso de los hombres, como se puede observar en la Tabla 93 y Figura 21, tanto en los jóvenes como los adultos que tienen trastorno por consumo de tabaco, se incrementan la probabilidad de casos entre los ingresados, siendo estas casi un 1,5 mayor entre los adultos y un 1,13 entre de edades entre los 18 y los 24 años. Tan solo hemos detectado que los sujetos de 60 o más años, el riesgo de ser ingresado por este motivo, se incrementa 1,13 más entre los que padecen trastornos por consumo de tabaco, aunque no resulte significativo

Si bien, solo podemos concluir que entre los hombres de 25 a 59 años lesionados por instrumentos cortantes y punzantes, la probabilidad de casos de ingresos con trastornos por consumo de tabaco es de 1,5.

**Tabla 93.**

*Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzante y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
18-24	Tabaco	0,849	0,576	1,251
	No cortante	0,960	0,876	1,053
	Si cortante	1,131	0,841	1,520
25-59	Tabaco	0,610	0,489	0,760
	No cortante	0,909	0,875	0,943
	Si cortante	1,491	1,240	1,792
60>	Tabaco	1,136	0,468	2,759
	No cortante	1,016	0,906	1,140
	Si cortante	0,895	0,413	1,937



*Figura 21. Riesgo relativo de agresión cortante y punzante y tabaco en hombres*

Por otro lado, debemos indicar que los casos de lesiones por maltrato en mujeres solo se han podido valorar en las que tenían de 25 a 59 años. Dentro de este grupo, encontramos que las mujeres que presentan trastorno por consumo de tabaco tiene un 1,248 más

probabilidad de ser ingresadas por esta agresión (Odds Ratio= 1,248, IC 95%=0,551-2,823), careciendo esta relación de significación.

En el caso de los hombres, en general encontramos, que el riesgo de ser ingresado por esta vía, se incrementa hasta tres veces entre los que sufren trastornos por consumo de tabaco con 60 o más años; y hasta un 1,37 en los menores de 25. Aunque estos resultados obtenidos no presentan estadísticamente significación. (Tabla 94 y Figura 22)

**Tabla 94**

*Estimación de riesgo de agresión por maltrato y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
25-59	Tabaco	1,371	0,504	3,728
	No maltrato	1,002	0,995	1,009
	Si maltrato	0,731	0,271	1,974
60>	Tabaco	3,495	0,758	16,105
	No maltrato	1,042	0,974	1,115
	Si maltrato	0,298	0,069	1,293

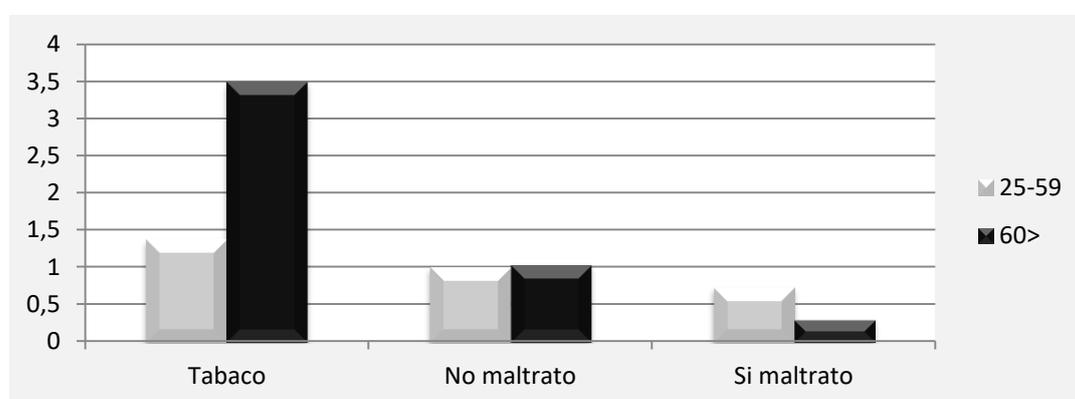


Figura 22. Riesgo relativo de agresiones por maltrato y tabaco en hombres

En general, podemos indicar que, en todos los grupos de edad, se detecta que entre las mujeres con agresiones por otros medios, la probabilidad de sufrir ingresos es 1,18, 1,36 y 1,48 mayor entre las que padecen trastornos por consumo de tabaco, aunque esta relación detectada no presente significación (Tabla 95 y Figura 23).

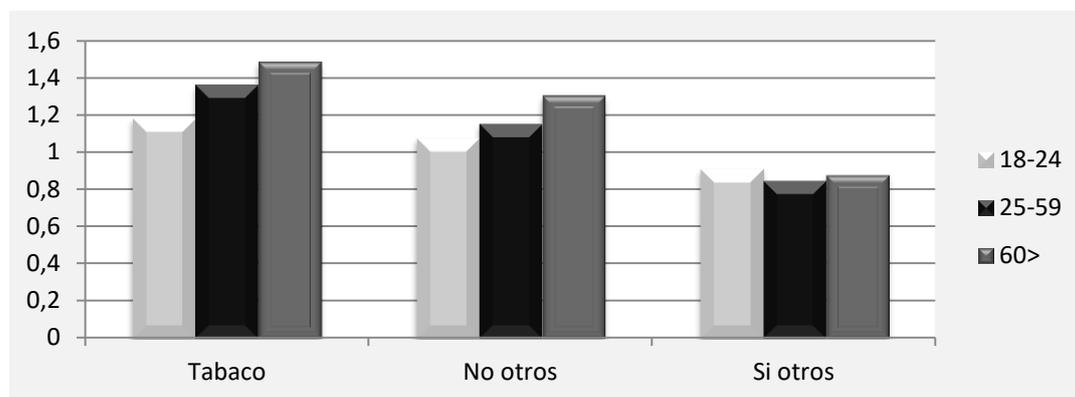


Figura 23. Riesgo relativo de agresión por otros medios y tabaco en mujer

**Tabla 95**

*Riesgo relativo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
<b>18-24</b>	<b>Tabaco</b>	1,181	0,334	4,167
	<b>No otros</b>	1,075	0,609	1,896
	<b>Si otros</b>	0,910	0,455	1,822
<b>25-59</b>	<b>Tabaco</b>	1,364	0,833	2,235
	<b>No otros</b>	1,154	0,906	1,469
	<b>Si otros</b>	0,846	0,657	1,089
<b>60&gt;</b>	<b>Tabaco</b>	1,488	0,281	7,867
	<b>No otros</b>	1,306	0,399	4,273
	<b>Si otros</b>	0,878	0,543	1,420

En el caso de los hombres, como se puede observar en la Tabla 96 y Figura 24, entre los jóvenes, la probabilidad de encontrar casos de ingresos por otros medios entre los que tienen trastornos por consumo de tabaco es 1,12, aunque no presente significación a nivel estadístico.

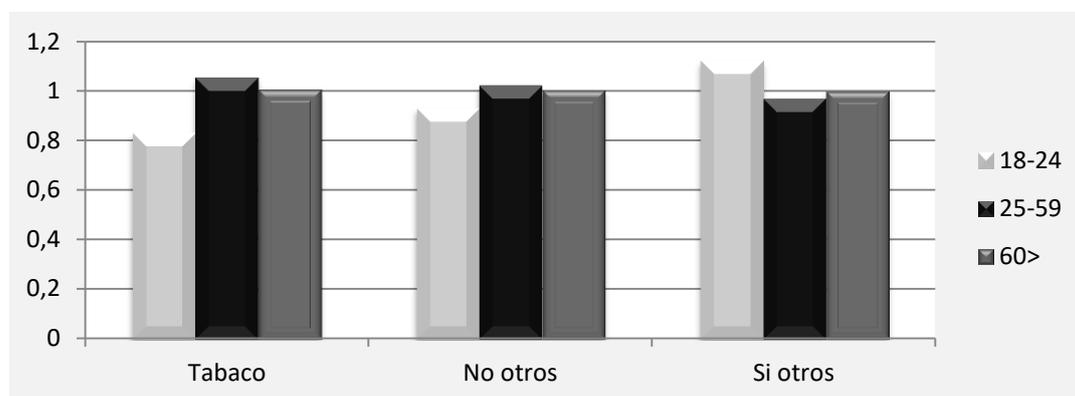


Figura 24. Riesgo relativo de agresión por otros medios y tabaco en hombres

### Tabla 96

*Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
18-24	Tabaco	0,830	0,590	1,168
	No otros	0,930	0,819	1,056
	Si otros	1,121	0,904	1,389
25-59	Tabaco	1,054	0,893	1,245
	No otros	1,023	0,952	1,099
	Si otros	0,970	0,883	1,066
60>	Tabaco	1,004	0,553	1,822
	No otros	1,002	0,731	1,373
	Si otros	0,998	0,753	1,323

Tan solo hemos podido calcular Odds Ratio en las mujeres de 25 a 59 años, debido al escaso número de casos disponibles para dicho análisis (Tabla 97). En esta distribución podemos afirmar que las mujeres con trastornos por consumo de tabaco, presentan un riesgo 1,186 mayor de ingreso por padecer efectos tardíos de una lesión. Sin embargo, al valorar los intervalos de confianza, encontramos que dicha afirmación carece de significación estadística, al tener entre sus valores el 1.

**Tabla 97.**

*Riesgo relativo de efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de tabaco en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
25-59	Tabaco	1,186	0,394	3,573
	No otros	1,009	0,951	1,069
	Si otros	0,851	0,299	2,418

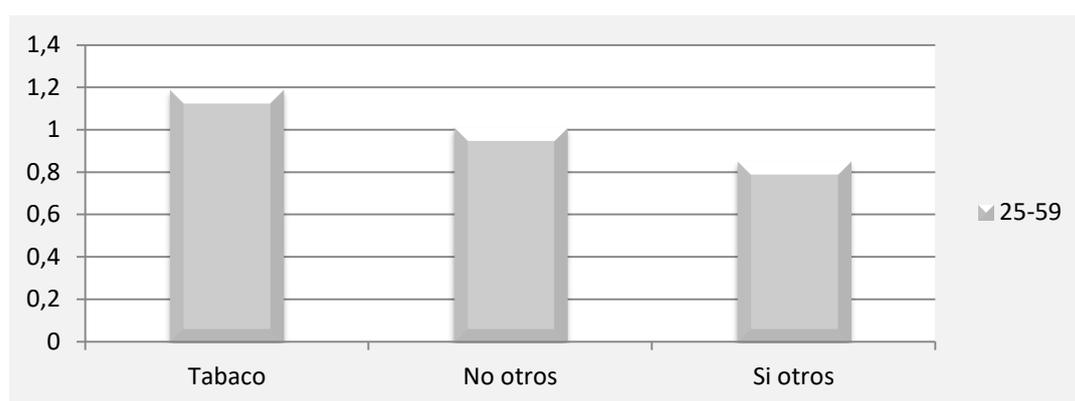


Figura 25. Riesgo relativo de efectos tardíos de agresión y tabaco en mujeres

En el caso de los hombres, como se puede observar en la Tabla 98 y Figura 26, no se ha podido analizar la Odds Ratio en los de 60 o más edad. Tan solo se aprecia que, en los

sujetos de 25 a 59 años con efectos tardíos de una lesión, muestran el doble de riesgo de ingreso cuando padecen un trastorno por consumo de tabaco. De modo que, en esta distribución, el efecto tardío de una lesión se desvela como un factor de riesgo para los trastornos por consumo de tabaco.

**Tabla 98**

*Estimación de riesgo de efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
<b>18-24</b>	<b>Tabaco</b>	1,058	0,241	4,647
	<b>No otros</b>	1,001	0,982	1,020
	<b>Si otros</b>	0,945	0,219	4,074
<b>25-59</b>	<b>Tabaco</b>	2,179	1,321	3,596
	<b>No otros</b>	1,018	1,004	1,033
	<b>Si otros</b>	0,467	0,287	0,760

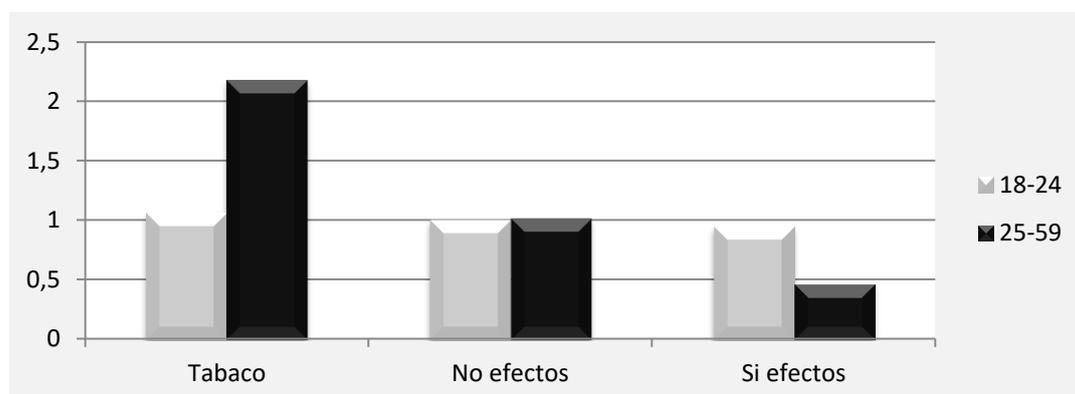


Figura 26. Riesgo relativo de efectos tardíos de una agresión y tabaco en hombres

En general, podemos concluir que no existe riesgo entre el tipo de lesión y los trastornos por consumo de tabaco en las mujeres. En los hombres, entre los 25 y los 59 años, se detecta el doble de riesgo de ingresos por efectos tardíos de una lesión entre los que padecen trastornos por consumo de tabaco y la probabilidad de casos este trastorno es 1,5 veces mayor al ser agredidos por instrumentos cortantes y punzantes..

En los hombres menores de 25 años, se incrementa en 1,5 veces más la probabilidad de ingreso tras una agresión por pelea, reyerta o violación entre los que tienen trastornos por consumo de tabaco.

### **4.3 TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS**

Por último, analizaremos el riesgo relativo de sufrir los distintos tipos de agresión en sujetos con trastornos por consumo de drogas.

En cuanto al riesgo relativo asociado a las peleas en mujeres, no hemos podido calcularlo en las mayores de 59 años. (Figura 27 y Tabla 98), Hemos detectado que en las menores de 25 años, la probabilidad de casos de ingresadas con trastornos es 1,642, si bien es cierto que no podemos afirmar que dicha asociación sea significativa y generalizable, dado los intervalos de confianza obtenidos

En este mismo sentido, hemos detectado que entre las mujeres jóvenes, el riesgo de ingresos por peleas, reyertas o violaciones es 1,59 veces superior en las que presentan trastornos por consumo de drogas, aunque carece de significación.

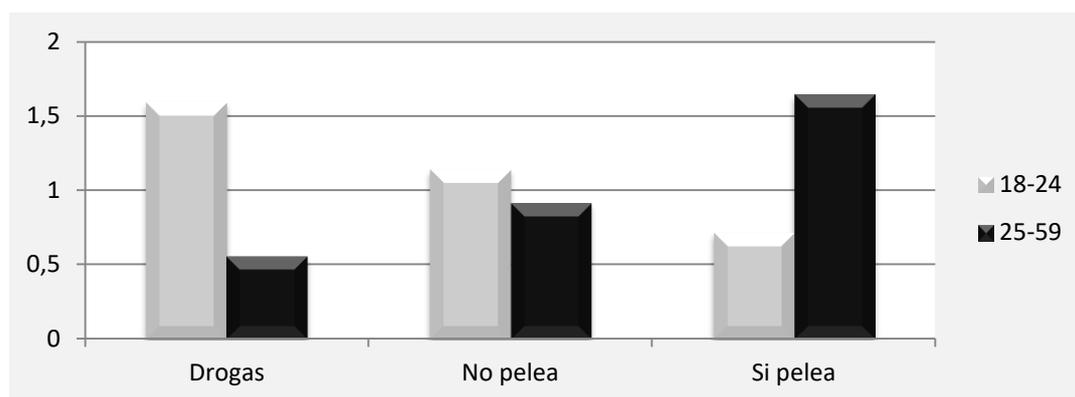


Figura 27. Riesgo relativo de peleas y drogas en mujeres

### Tabla 99

*Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de drogas en mujeres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
<b>18-24</b>	<b>Drogas</b>	1,591	0,273	9,281
	<b>No pelea</b>	1,141	0,641	2,033
	<b>Si pelea</b>	0,717	0,218	2,355
<b>25-59</b>	<b>Drogas</b>	0,557	0,213	1,457
	<b>No pelea</b>	0,915	0,814	1,029
	<b>Si pelea</b>	1,642	0,706	3,823

Como se observa la Figura 28 y la Tabla 100 los trastornos por consumo de drogas no incrementan el riesgo de ingreso por sufrir una agresión de este tipo en los hombres de ninguna edad. No obstante, se aprecia que, entre los ingresados de 60 o más años, los trastornos por consumo de drogas son 1,33 veces más probables. No obstante esta relación no presenta significación estadística, como se puede apreciar en los intervalos de confianza.

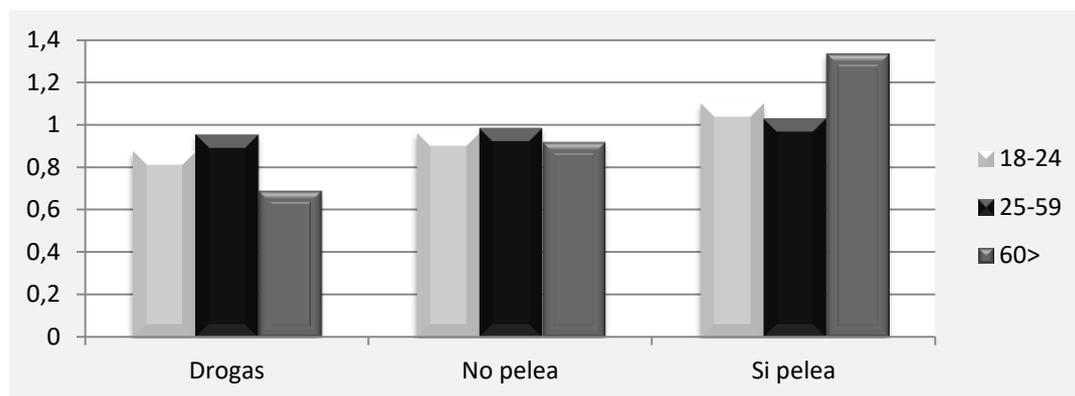


Figura 28: Riesgo relativo de peleas y drogas en hombres

**Tabla 100**

*Estimación de riesgo de peleas, reyertas y violación y trastornos por consumo de drogas en hombres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
<b>18-24</b>	<b>Drogas</b>	0,875	0,544	1,407
	<b>No pelea</b>	0,962	0,842	1,098
	<b>Si pelea</b>	1,099	0,781	1,548
<b>25-59</b>	<b>Drogas</b>	0,956	0,777	1,175
	<b>No pelea</b>	0,987	0,928	1,048
	<b>Si pelea</b>	1,032	0,892	1,195
<b>60&gt;</b>	<b>Drogas</b>	0,688	0,076	6,248
	<b>No pelea</b>	0,917	0,588	1,429
	<b>Si pelea</b>	1,333	0,229	7,778

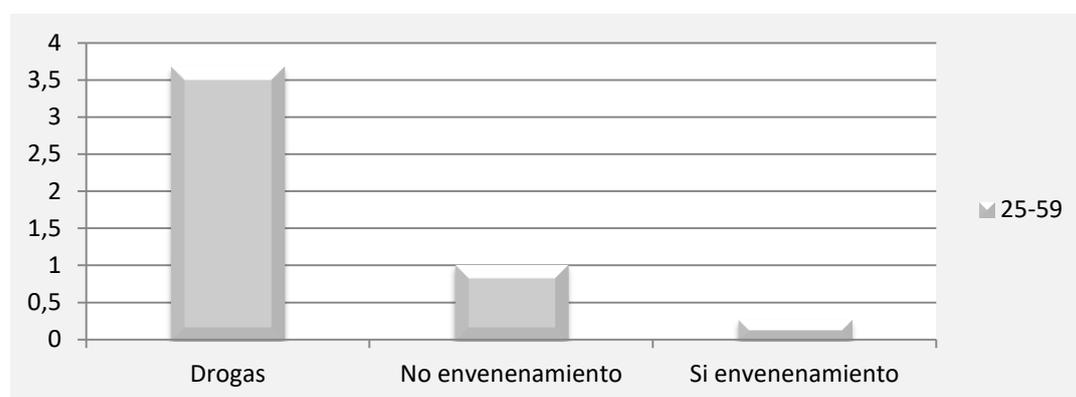
Al igual que en la valoración de trastornos anteriores, no ha sido posible estimar el riesgo de las agresiones con sustancias causticas.

El estudio de las agresiones por envenenamiento en mujeres, ha quedado restringido a las que tienen edades entre los 25 y los 59 años (Tabla 101 y Figura 29). En este segmento de edad solo se detecta que, entre aquellas que padecen un trastorno por consumo de drogas, se triplican la probabilidad de ingreso por ser víctimas de una agresión por envenenamiento, aunque esta asociación no presenta significación estadística.

**Tabla 101**

*Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de drogas en mujeres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	<b>Drogas</b>	3,675	0,374	36,109
	<b>No envenenamiento</b>	1,017	0,971	1,066
	<b>Si envenenamiento</b>	0,277	0,029	2,604



*Figura 29. Estimación de riesgo de envenenamiento y drogas en mujeres*

En el caso de los hombres, no ha sido posible estimar el riesgo relativo en los mayores de 59 años. En las otros dos grupos de edad, como se puede comprobar en la Tabla 102, se aprecia que los hombres jóvenes con trastornos en esta esfera, presentan un riesgo 15 veces

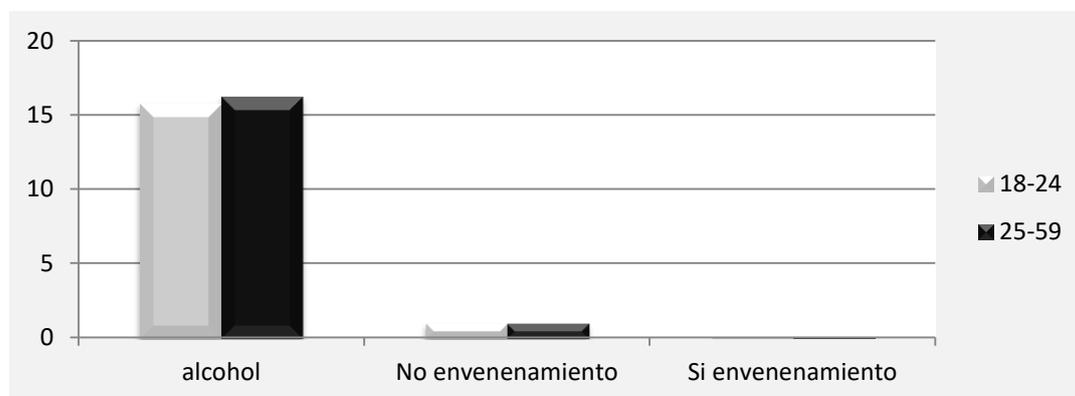
mayor de sufrir ingresos por agresiones por envenenamiento, aunque dicha asociación carece de significación estadística.

No obstante, los hombres entre 25 y 59 años, que padecen un trastorno por consumo de drogas, tienen asociado un riesgo dieciséis veces mayor de sufrir ingresos por envenenamientos. Al resultar dicha relación estadísticamente significativa (Odds Ratio=16,238, IC 95%=4,185-63,002), concluimos que dichos trastornos suponen un factor de riesgo de envenenamiento en hombres adultos.

**Tabla 102**

*Estimación de riesgo de envenenamiento y trastornos por consumo de drogas en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
18-24	<b>Drogas</b>	15,775	0,979	254,301
	<b>No envenenamiento</b>	1,011	0,989	1,033
	<b>Si envenenamiento</b>	0,064	0,004	1,016
25-59	<b>Drogas</b>	16,238	4,185	63,002
	<b>No envenenamiento</b>	1,013	1,003	1,024
	<b>Si envenenamiento</b>	0,062	0,016	0,241



*Figura 30. Riesgo relativo de envenenamientos en hombres y drogas en hombres*

No ha sido posible estimar el riesgo en las agresiones por ahorcamiento ni sumersión, debido a la ausencia de casos de este tipo.

Las agresiones por arma de fuego o explosiva, no han podido calcularse ni en mujeres ni en los hombres de más de 59 años, debido al escaso número de casos. En los hombres menores de 25 años, no se detectan riesgos asociados al trastorno por consumo de drogas ni en agresiones por armas de fuego

A pesar de que en los mayores de 24 si se aprecia que, la probabilidad de encontrar casos por este tipo de agresión entre los ingresados que tienen trastornos es 1,325; la relación encontrada no es estadísticamente significativa (Tabla 103).

**Tabla 103**

*Estimación de riesgo agresión por arma de fuego y trastornos por consumo de drogas en hombres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>18-24</b>	<b>Drogas</b>	0,975	7,439
	<b>No arma</b>	1,000	1,023
	<b>Si arma</b>	1,025	7,642
<b>25-59</b>	<b>Drogas</b>	0,750	1,450
	<b>No arma</b>	0,993	1,007
	<b>Si arma</b>	1,325	2,529

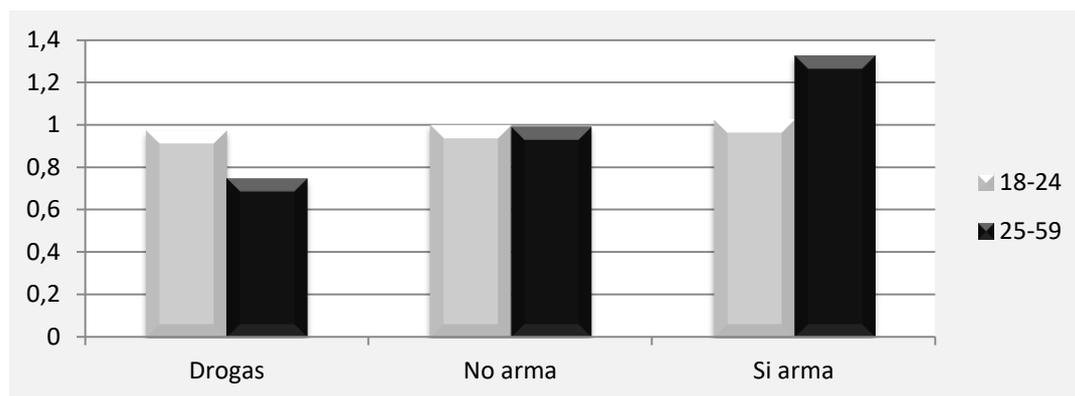


Figura 31. Riesgo relativo de agresión por arma de fuego y drogas en hombres

Al analizar las agresiones por objetos cortantes y punzantes en mujeres, solo hemos podido establecer el riesgo entre los 18 y los 59 años, por los motivos anteriormente indicados. Dentro de esta distribución, se aprecia que la probabilidad de casos de ingresos por este motivo entre las que presentan el trastorno es de 1,043 y 1,292. No obstante, en ambos casos, la relación encontrada no presenta significación estadística, como se puede consultar en la Tabla 104.

**Tabla 104**

*Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzante y trastornos por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
18-24	<b>Drogas</b>	0,950	8,692
	<b>No cortante</b>	0,991	1,435
	<b>Si cortante</b>	1,043	6,595
25-59	<b>Drogas</b>	0,730	1,691
	<b>No cortante</b>	0,943	1,085
	<b>Si cortante</b>	1,292	2,602

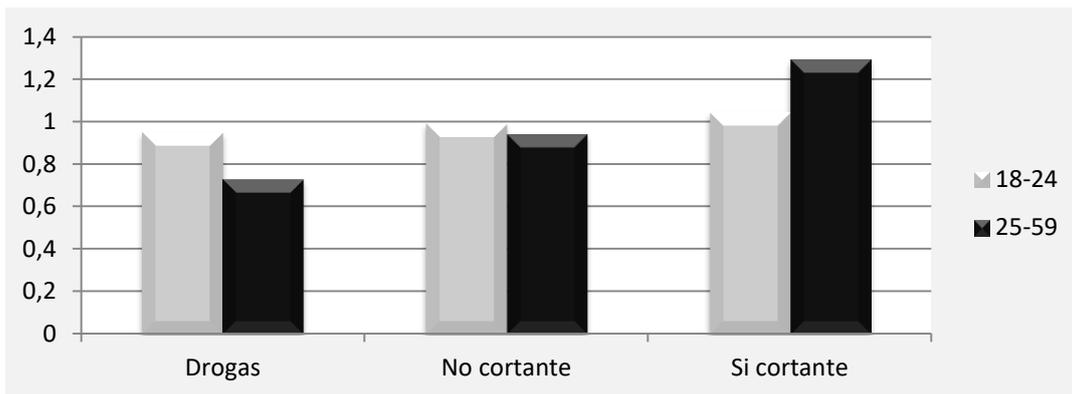


Figura 32. Riesgo relativo de agresión cortante y punzante y drogas en mujeres

En el caso de los hombres, como se puede observar en la Tabla 105 y Figura 33, aquellos que tienen edades inferiores a 25 años lesionados con instrumentos cortantes y punzantes, existe 1,693 veces mayor riesgo de ingreso entre los que presentan el trastorno. Esta relación se observa igualmente en los hombres con edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, (Odds Ratio=1,293) y casi se duplica el riesgo en los de 60 o más años. Si bien es cierto que dichas lesiones se desvelan como factores de riesgos entre los 18 y los 59 años, dada la existencia de diferencias estadísticamente significativas en ambas distribuciones

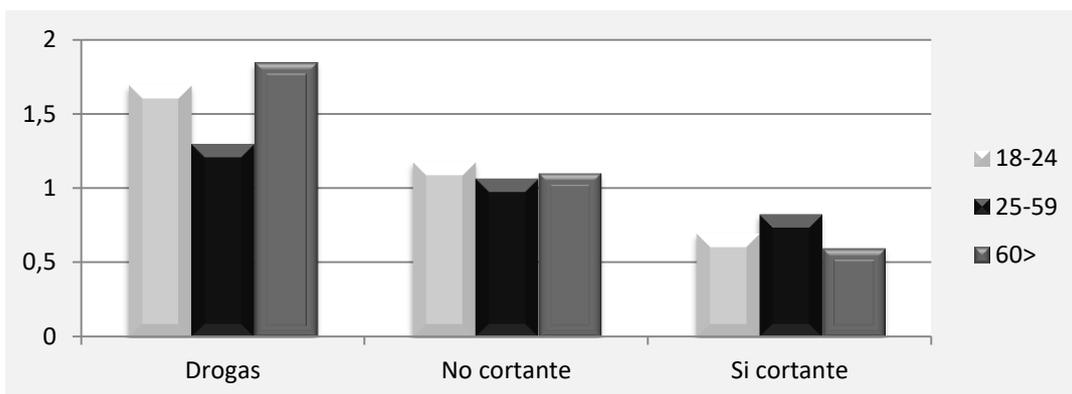


Figura 33. Riesgo relativo de agresión cortante y punzante y drogas en hombres

**Tabla 105**

*Estimación de riesgo de agresión con instrumento cortante y punzante y trastornos por consumo de drogas en hombres*

<b>Edad</b>		<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>18-24</b>	<b>Drogas</b>	1,693	1,085	2,643
	<b>No cortante</b>	1,177	1,003	1,381
	<b>Si cortante</b>	0,695	0,522	0,925
<b>25-59</b>	<b>Drogas</b>	1,293	1,041	1,606
	<b>No cortante</b>	1,063	1,006	1,123
	<b>Si cortante</b>	0,822	0,699	0,966
<b>60&gt;</b>	<b>Drogas</b>	1,846	0,200	16,999
	<b>No cortante</b>	1,101	0,709	1,710
	<b>Si cortante</b>	0,596	0,100	3,541

En las mujeres víctimas de agresiones por maltrato, no ha sido posible estimar el riesgo relativo de las de edades entre 60 años o superiores. En las mujeres menores de 25 años con trastornos por consumo de drogas, se aprecia que tienen asociado un riesgo 1,473 mayor de ingreso por sufrir lesiones de estas características., aunque dicha relación no resulta significativa a nivel estadístico. (Tabla 106)

No obstante, en las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 59 años que presentan el trastorno analizado, tiene casi un cuádruple más de riesgos de ingresos por ser víctimas de malos tratos, de modo que, al ser dicha relación estadísticamente significativa, podemos concluir que tal trastorno se desvela como un factor de riesgo en dicha población.

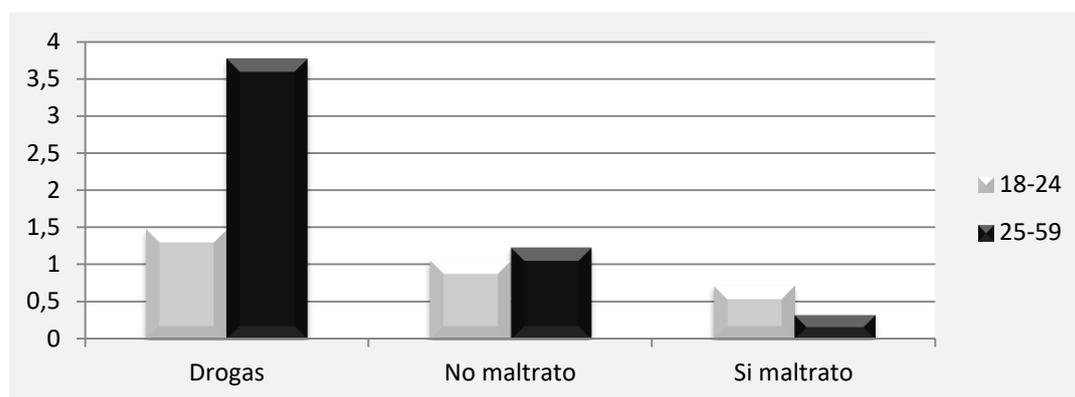


Figura 34. Riesgo relativo de maltrato y drogas en mujeres

### Tabla 106

*Estimación de riesgo de maltrato y trastornos por consumo de drogas en mujeres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
18-24	Drogas	1,473	0,157	13,799
	No maltrato	1,057	0,733	1,523
	Si maltrato	0,717	0,110	4,669
25-59	Drogas	3,764	1,761	8,043
	No maltrato	1,231	1,031	1,470
	Si maltrato	0,327	0,181	0,591

Respecto al riesgo de sufrir malos tratos, tan solo observamos que entre los hombres de 25 a 59 años ingresados, podemos esperar el triple de casos de ingresados que presentan trastornos por consumo de drogas. (Tabla 107 y Figura 35). No obstante esta asociación no presenta significación estadística, no pudiendo analizarse en los otros grupos de edad.

**Tabla 107**

*Estimación de riesgo de agresión por malos tratos y trastornos por consumo de drogas en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
25-59	Drogas	0,326	0,044	2,426
	No maltrato	0,996	0,991	1,001
	Si maltrato	3,058	0,412	22,685

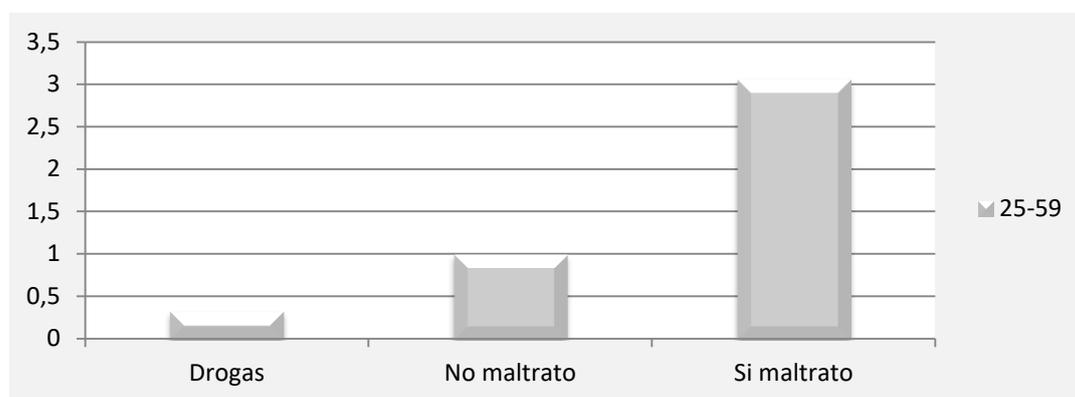


Figura 35. Riesgo relativo de maltrato y drogas en hombres

En relación a las agresiones por otros medios, se detecta que tanto en las mujeres jóvenes como en las mayores ingresadas, podemos esperar encontrar 1,2 casos que padecen trastornos por consumo de drogas por cada uno que no. No obstante al valorar los Intervalos de Confianza para ambos grupos, podemos concluir que dicha relación no es estadísticamente significativa. (Tabla 108 y Figura 36)

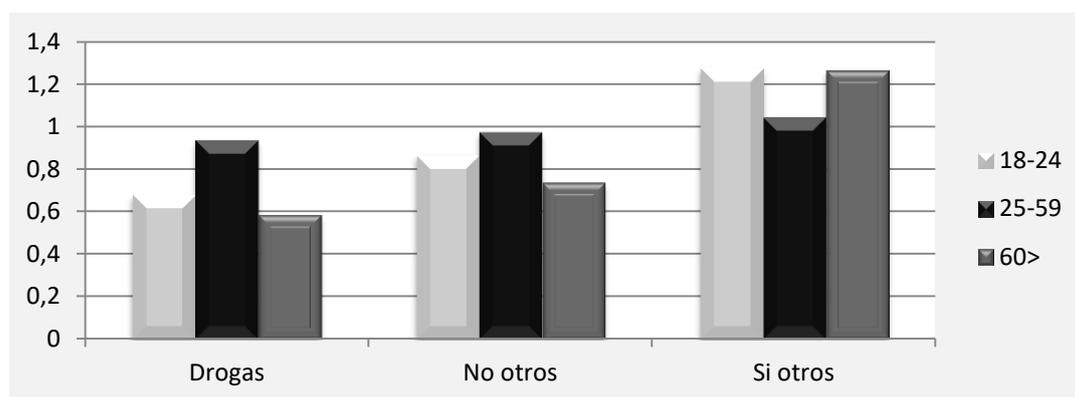


Figura 36 Riesgo relativo de agresiones por otros medios y drogas en mujeres

**Tabla 108**

*Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de drogas en mujeres*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>18-24</b>	<b>Drogas</b>	0,679	3,899
	<b>No otros</b>	0,864	1,563
	<b>Si otros</b>	1,272	4,042
<b>25-59</b>	<b>Drogas</b>	0,933	1,757
	<b>No otros</b>	0,971	1,266
	<b>Si otros</b>	1,041	1,502
<b>60&gt;</b>	<b>Drogas</b>	0,584	9,478
	<b>No otros</b>	0,737	2,984
	<b>Si otros</b>	1,263	5,069

Como se aprecia en la Tabla 109, los hombres mayores de 59 años lesionados por otros medios, presentan una probabilidad 1,35 veces mayor de ingresos cuando sufren trastornos por consumo de drogas. No obstante dicha asociación carece de significación.

En los hombres, con edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, la probabilidad de encontrar casos de ingresos entre los que tienen trastornos por consumo de drogas es de 1,2 y 1,1; aunque, nuevamente dicha afirmación no es estadísticamente significativa.

**Tabla 109**

*Estimación de riesgo de agresión por otros medios y trastornos por consumo de drogas en hombres*

<b>Edad</b>		<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>18-24</b>	<b>Drogas</b>	0,678	0,430	1,069
	<b>No otros</b>	0,867	0,747	1,007
	<b>Si otros</b>	1,279	0,942	1,737
<b>25-59</b>	<b>Drogas</b>	0,848	0,699	1,028
	<b>No otros</b>	0,935	0,866	1,009
	<b>Si otros</b>	1,102	0,981	1,239
<b>60&gt;</b>	<b>Drogas</b>	1,350	0,222	8,202
	<b>No otros</b>	1,184	0,402	3,489
	<b>Si otros</b>	0,877	0,425	1,810

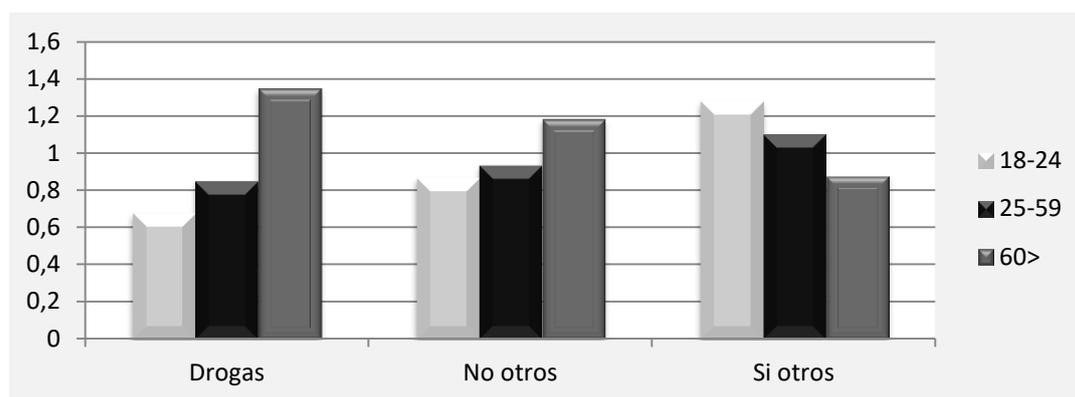


Figura 37. Riesgo relativo de agresión por otros medios y drogas en hombres

Los efectos tardíos de una agresión y los trastornos por consumo de drogas, solo se han podido estimar en las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 59 años como se puede apreciar en la Tabla 110. A pesar de que se observa que la probabilidad de encontrar casos de ingresos se duplica entre las que tiene un trastorno, no podemos afirmar que esto resulte significativo en dichas distribución

**Tabla 110**

*Estimación de riesgo en mujeres por efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de drogas*

Edad	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
25-59	Drogas	0,459	0,060	3,481
	No efectos	0,973	0,925	1,024
	Si efectos	2,122	0,294	15,335

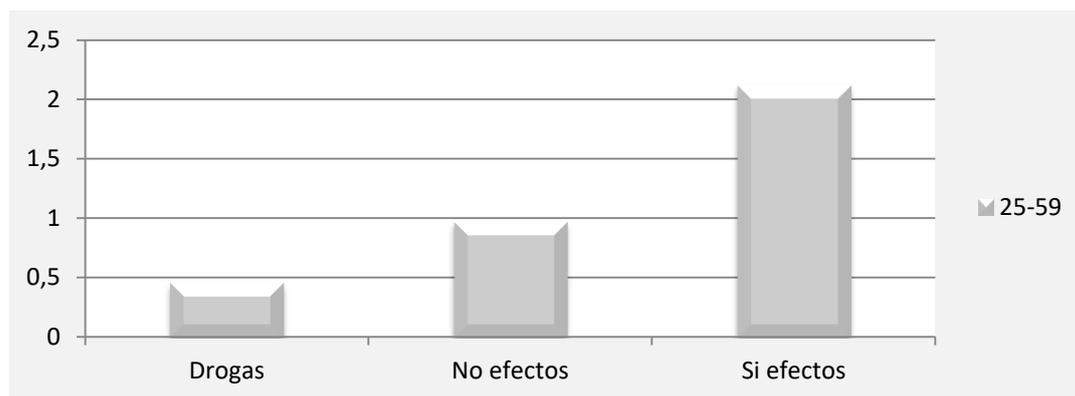


Figura 38: Riesgo relativo de efectos tardíos y drogas en mujeres

En los hombres víctimas de efectos tardíos de una agresión, aunque no hemos podido analizar el riesgo relativo en los de 60 años o más edad, no encontramos relación estadísticamente significativa entre trastornos por consumo de drogas y este tipo de lesión, tal y como queda reflejado en la Tabla 111 y Figura 39.

### Tabla 111

*Estimación de riesgo de efectos tardíos de una agresión y trastornos por consumo de drogas en hombres*

Edad		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
18-24	Drogas	0,917	0,121	6,972
	No efectos	0,999	0,977	1,022
	Si efectos	1,089	0,147	8,091
25-59	Drogas	1,092	0,556	2,142
	No efectos	1,002	0,988	1,015
	Si efectos	0,917	0,474	1,776

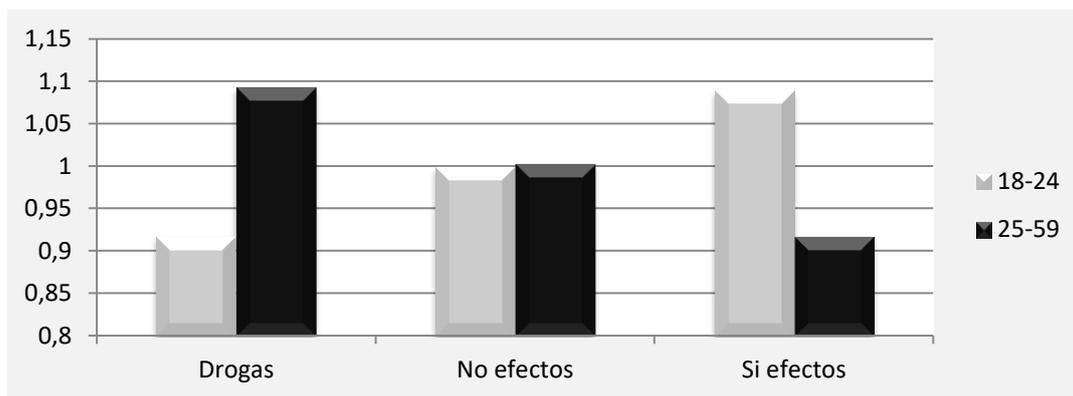


Figura 39. Riesgo relativo de agresiones por efectos tardíos y drogas en hombres

En definitiva, los resultados obtenidos nos permiten afirmar que existe una relación de riesgo entre trastornos por consumo de drogas y riesgo de ingreso por las lesiones sufridas tan solo en casos muy determinados. Concretamente, se aprecia que en las mujeres de 25 a 59 años, el padecer este trastorno cuadruplica la posibilidad de sufrir ingresos por lesiones por malos tratos.

Entre los hombres de 25 a 59 años, este trastorno incrementa en 16 veces la probabilidad de ingresos por lesiones por envenenamiento. En los jóvenes y en los adultos, con lesiones cortantes y punzantes presentan 1,6 y 1,2 veces más riesgo de ingreso aquellos que tienen trastornos por consumo de drogas.

## **5. ANÁLISIS DE LA DISCAPACIDAD EN AGREDIDOS**

En este apartado, vamos a analizar la relación existente entre discapacidad e ingresos por agresiones. Para ello, estableceremos la población registrada en función del año de registro, valoraremos la mortalidad de estos sujetos

Como se muestra en la Tabla 112, en los casos observados encontramos un escaso número de sujetos lesionados que presenten alguna discapacidad (n=194), lo que limita la validez de nuestros resultados. Al analizar dicha distribución en función del grupo de edad y el año de ingreso, encontramos que, en 2008, los sujetos en los que aparece una mayor frecuencia la discapacidad fueron los mayores de 60 años, en 2009 los de 18 a 24 años y en 2010 los de edades intermedias. No obstante podemos concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en base al grupo de edad ni el año de ingreso

**Tabla 112**

*Distribución de ingresos por discapacidad en función del año y la edad.*

Grupo de edad	Con discapacidad (%)			Sin discapacidad (%)			$X^2$	p	
	Año	2008	2009	2010	2008	2009			2010
<b>18-24</b>		33,3	40	29,7	34,6	34,2	31,2	2,759	0,88
<b>25-59</b>		29,3	37,6	33,1	33,6	36,7	29,7	0,095	0,546
<b>60&gt;</b>		43,5	26,1	30,4	35,	31,3	33,6	1,286	0,522

En cuanto a la mortalidad atribuible a la discapacidad, analizamos la misma en función de la edad y el género de los sujetos. En el grupo de jóvenes, se puede observar en la Tabla 113, que la mayoría de los sujetos fallecidos y no fallecidos no presentaban discapacidad alguna. No hemos podido aplicar la  $X^2$  en las mujeres de este rango de edad debido a la falta de sujetos en la distribución de la muestra. En los varones, las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas ( $X^2= 0,061$  gl=1; p=0,805).

**Tabla 113***Distribución de la mortalidad en función de la edad, género y categoría hospitalaria*

<b>Grupo de edad</b>	<b>Género</b>	<b>Mortalidad</b>	<b>Sin discapacidad</b>	<b>Con discapacidad</b>
<b>18-24</b>	<b>Mujer</b>	<b>No fallecido</b>	100	0
		<b>Fallecido</b>	0	0
	<b>Hombre</b>	<b>No fallecido</b>	99	1
		<b>Fallecido</b>	100	0
<b>25-59</b>	<b>Mujer</b>	<b>No fallecido</b>	95	5
		<b>Fallecido</b>	100	0
	<b>Hombre</b>	<b>No fallecido</b>	97,4	2,6
		<b>Fallecido</b>	86,8	13,2
<b>60&gt;</b>	<b>Mujer</b>	<b>No fallecido</b>	87,9	10,3
		<b>Fallecido</b>	100	0
	<b>Hombre</b>	<b>No fallecido</b>	92,4	7,6
		<b>Fallecido</b>	66,7	33,3

En el grupo de adultos, la mayoría de los sujetos fallecidos, no presentaban discapacidad; pero encontramos que son los hombres los que fallecen con más probabilidad cuando presentan algún tipo de discapacidad. Al aplicar  $X^2$ , se obtiene que en la mujeres, las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas ( $X^2 = 0,208$ ,  $gl=1$ ;  $p=0,648$ ). Sin embargo, dichas diferencias si lo son los hombres ( $X^2 = 21,693$   $gl=1$ ;  $p<0,001$ ), lo que implica que el sufrir una discapacidad afecta de forma diferencial en función del género.

Por último, al analizar el grupo de mayores, al igual que en los grupos anteriores, la mayor parte de los sujetos agredidos no presentan discapacidad. Entre los fallecidos, se aprecia que los hombres fallecen con mayor probabilidad más que las mujeres cuando presentan discapacidad, aspecto que queda corroborado al aplicar la  $X^2$ , resultando esta significativa en los hombres ( $X^2= 11,508$  gl=1;p=0,001).

Por todo lo anteriormente comentado, podemos concluir que la discapacidad condiciona la mortalidad de los varones a partir de los 25 años y en edades superiores a esta

## **6. ANÁLISIS DE LA COMORBILIDAD**

En este apartado, vamos analizar la relación existente entre el Índice de Comorbilidad de Charlson, que permite establecer el riesgo de mortalidad en función del estado de salud de los sujetos, y las variables objeto de estudio en función de un estudio de la varianza.

Respecto a la discapacidad hemos realizado un análisis (ANOVA) del Índice de Charlson en función de la edad y el género. El tamaño de la muestra de sujetos con discapacidad fue de 194, de los cuales 15 casos tenían edades comprendidas entre los 18 y 24 años, 133 casos de 25 a 59 años y 46 con 60 años o más edad. En las mujeres solo hemos podido realizar el análisis en dos de los tres grupos de edad, dado que, entre los 18 y 24 años, no se han identificado sujetos suficientes para el análisis. No obstante, encontramos que existe una relación entre el Índice de Charlson y discapacidad en mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, como puede apreciarse en la Tabla 114.

**Tabla 114.**

*Análisis de varianza de índice de Charlson y discapacidad en mujeres.*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>Inter- grupos</b>	37,060	1	37,060	32,267	<10 <sup>-4</sup>
<b>25-59</b>	<b>Intra-grupos</b>	607,608	507	1,198		
	<b>Total</b>	619,383	508			
	<b>Inter- grupos</b>	5,336	1	5,336	6,672	0,011
<b>60&gt;</b>	<b>Intra-grupos</b>	158,344	198	0,800		
	<b>Total</b>	163,680	199			

En el caso de los hombres, se puede observar en la Tabla 115, que la relación entre el índice de Charlson y la discapacidad, resulta estadísticamente significativa en todas las edades.

**Tabla 115***Análisis de varianza de Índice de Charlson y discapacidad en hombres*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>18-24</b>	<b>Inter- grupos</b>	3,577	1	3,577	37,068	<10 <sup>4</sup>
	<b>Intra-grupos</b>	144,052	1493	0,096		
	<b>Total</b>	147,628	1494			
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	112,066	1	112,066	142,569	<10 <sup>4</sup>
	<b>Intra-grupos</b>	3059,292	3892	0,786		
	<b>Total</b>	3171,358	3893			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	29,677	1	29,677	24,173	<10 <sup>4</sup>
	<b>Intra-grupos</b>	353,578	288	1,228		
	<b>Total</b>	383,255	289			

En lo que respecta a la presencia de trastornos por consumo de alcohol (Tablas 116 y 117), nuestra muestra estaba compuesta por 759 sujetos que presentaban dicho trastorno. Dentro de estos 101 tenían edades comprendidas entre los 18 y los 24 años, 624 con edades entre los 25 y 59 años y 34 de 60 o más años. En la Tabla 116, podemos apreciar que el Índice de Charlson solo presenta una diferencia estadísticamente significativa en los grupos de mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 59 años.

**Tabla 116.**

*Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de alcohol en mujeres.*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I. de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>18-24</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,005	1	0,005	0,129	0,720
	<b>Intra-grupos</b>	3,832	96	0,040		
	<b>Total</b>	3,837	97			
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	11,775	1	11,775	9,825	0,002
	<b>Intra-grupos</b>	607,608	507	1,198		
	<b>Total</b>	619,383	508			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,589	1	0,589	0,715	0,399
	<b>Intra-grupos</b>	163,091	198	0,824		
	<b>Total</b>	163,680	199			

En el caso de los hombres, se puede observar en la Tabla 117, que el Índice de Charlson en relación al alcohol resulta estadísticamente significativo en las edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, razón por la que podemos concluir que la comorbilidad en los varones jóvenes y adultos se encuentra relacionada con la presencia de trastornos por consumo de alcohol.

**Tabla 117**

*Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de alcohol en varones.*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>18-24</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,954	1	0,954	9,709	0,002
	<b>Intra-grupos</b>	146,674	1493	0,098		
	<b>Total</b>	147,628	1494			
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	26,422	1	26,422	32,699	<10 <sup>-4</sup>
	<b>Intra-grupos</b>	3144,936	3892	0,808		
	<b>Total</b>	3171,358	3893			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,480	1	0,480	0,446	0,504
	<b>Intra-grupos</b>	147,584	1493	0,099		
	<b>Total</b>	147,628	1494			

En cuanto a los trastornos por consumo de tabaco, el tamaño de nuestra muestra fue de 992. Al estudiarla en función de la edad de los sujetos encontramos 169 casos de jóvenes, 763 casos de adultos y 60 de mayores. En el caso de los sujetos con trastornos por consumo de tabaco, tanto en los hombres como las mujeres, se aprecia que las diferencias resultan estadísticamente significativas para los que tienen edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, tal y como podemos observar en las Tablas 118 y 119

Tabla 118

*Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de tabaco en mujeres*

Grupo de edad	I.de Charlson	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
18-24	Inter- grupos	0,031	1	0,031	0,784	0,378
	Intra-grupos	3,806	96	0,040		
	Total	3,837	97			
25-59	Inter- grupos	23,241	1	23,241	19,766	<10 <sup>-4</sup>
	Intra-grupos	596,142	507	1,176		
	Total	619,383	508			
60>	Inter- grupos	0,22	1	0,22	0,267	0,606
	Intra-grupos	163,460	198	0,826		
	Total	163,680	199			

Tabla 119.

*Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de tabaco en hombres*

Grupo de edad	I.de Charlson	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
18-24 años	Inter- grupos	0,044	1	0,044	0,446	0,504
	Intra-grupos	147,584	1493	0,099		
	Total	147,628	1494			
25-59	Inter- grupos	56,941	1	56,941	71,157	<10 <sup>-4</sup>
	Intra-grupos	3144,417	3892	0,800		
	Total	3171,358	3893			
60>	Inter- grupos	2,484	1	2,484	1,879	0,172
	Intra-grupos	380,771	288	1,322		
	Total	383,255	289			

En nuestra muestra, encontramos 641 sujetos con trastornos por consumo de drogas, de los cuales, 96 tenían edades comprendidas entre los 18 y 24 años, 538 con 25 a 59 años y 7 con 60 o más años. Al analizar los trastornos por consumo de drogas y la comorbilidad, en el caso de las mujeres, y tal y como se puede apreciar en la Tabla 120, solo se aprecian diferencias significativas en las mujeres de 25 a 59 años.

**Tabla 120**

*Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de drogas en mujeres*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>Inter- grupos</b>	0,011	1	0,011	0,267	0,606
<b>18-24 años</b>	<b>Intra-grupos</b>	3,826	96	0,040		
	<b>Total</b>	3,837	97			
	<b>Inter- grupos</b>	31,855	1	31,855	27,489	<10 <sup>-4</sup>
<b>25-59</b>	<b>Intra-grupos</b>	587,528	507	1,159		
	<b>Total</b>	619,383	508			
	<b>Inter- grupos</b>	0,427	1	0,427	0,518	0,472
<b>60&gt;</b>	<b>Intra-grupos</b>	163,253	198	0,825		
	<b>Total</b>	163,680	199			

En los hombres, se puede apreciar los mismos resultados que en las mujeres. De modo que son los grupos de 25 a 59 años los que presentan diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 121). De modo que el índice de comorbilidad se encuentra relacionado con los trastornos por consumo de drogas en los sujetos varones de esta edad

**Tabla 121**

*Análisis de varianza de Índice de Charlson y trastornos por consumo de drogas en hombres*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>18-24</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,006	1	0,006	0,063	0,802
	<b>Intra-grupos</b>	147,622	1493	0,099		
	<b>Total</b>	147,628	1494			
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	167,916	1	167,916	217,594	<10 <sup>-4</sup>
	<b>Intra-grupos</b>	3003,442	3892	0,772		
	<b>Total</b>	3171,358	3893			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,960	1	0,960	0,724	0,396
	<b>Intra-grupos</b>	382,295	288	1,327		
	<b>Total</b>	383,255	289			

En cuanto a la mortalidad debida a las lesiones, debemos indicar que no ha sido posible extraer datos en las mujeres de 18 a 24 años. Razón por la que no podemos establecer conclusiones sobre ellos. Así mismo indicar que en dicho grupo, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas para ningún grupo de edad, tal y como se observa en la Tabla 122.

**Tabla 122***Análisis de varianza de Índice de Charlson y mortalidad en mujeres*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,007	1	0,007	0,120	0,938
	<b>Intra-grupos</b>	619,376	507	1,222		
	<b>Total</b>	619,383	508			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,99	1	0,99	0,120	0,729
	<b>Intra-grupos</b>	163,581	198	0,826		
	<b>Total</b>	163,680	199			

En el caso de los hombres, podemos concluir que la relación existente entre el índice de Charlson resulta estadísticamente significativa en aquellos que tienen edades comprendidas entre los 25 y los 59 años, únicamente. Motivo por el que podemos concluir que a dichas edades este índice se encuentra relacionado con la mortalidad de los varones. (Tabla 123).

**Tabla 123***Análisis de varianza de Índice de Charlson y mortalidad en hombres*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>18-24 años</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,014	1	0,014	0,137	0,711
	<b>Intra-grupos</b>	147,615	1493	0,099		
	<b>Total</b>	147,628	1494			
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	34,493	1	34,493	49,078	<10 <sup>-4</sup>
	<b>Intra-grupos</b>	3131,865	3892	0,805		
	<b>Total</b>	3171,358	3893			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	7,725	1	7,725	5,925	0,016
	<b>Intra-grupos</b>	375,530	288	1,304		
	<b>Total</b>	383,255	289			

Respecto a la atención recibida por los sujetos en el grupo hospitalario que les correspondía (Tablas 124 y 125). En el caso de las mujeres, en ninguno de los grupos de edad obtuvimos diferencias estadísticamente significativas, de modo que no existe relación entre el Índice de Charlson y el grupo hospitalario que las atendió, como queda reflejado en la Tabla 124.

En el caso de los hombres encontramos los mismos resultados. Es decir no existen diferencias estadísticamente significativas entre el Índice de Charlson y el grupo hospitalaria que atendió a los sujetos para ningún grupo de edad, como puede constatarse en la Tabla 125. De modo que podemos concluir que el ser atendido en hospitales de diferente categoría no afecta a la comorbilidad presente en los sujetos agredidos.

**Tabla 124***Análisis de varianza de Índice de Charlson y hospital en mujeres*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>18-24 años</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,074	4	0,018	0,455	0,768
	<b>Intra-grupos</b>	3,736	93	0,040		
	<b>Total</b>	3,837	97			
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	4,267	4	1,067	0,874	0,479
	<b>Intra-grupos</b>	615,116	504	1,220		
	<b>Total</b>	619,383	508			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	2,778	3	0,926	1,128	0,339
	<b>Intra-grupos</b>	160,902	196	0,821		
	<b>Total</b>	163,680	199			

**Tabla 125***Análisis de varianza de Índice de Charlson y hospital en hombres*

<b>Grupo de edad</b>	<b>I.de Charlson</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>18-24 años</b>	<b>Inter- grupos</b>	0,473	4	0,118	1,196	0,311
	<b>Intra-grupos</b>	147,155	1490	0,099		
	<b>Total</b>	147,618	1494			
<b>25-59</b>	<b>Inter- grupos</b>	2,081	4	0,520	0,638	0,635
	<b>Intra-grupos</b>	3169,277	3889	0,815		
	<b>Total</b>	3171,358	3893			
<b>60&gt;</b>	<b>Inter- grupos</b>	5,628	4	1,407	1,062	0,376
	<b>Intra-grupos</b>	377,627	285	1,325		
	<b>Total</b>	383,255	289			

## **7. ANÁLISIS MULTIVARIANTE**

A lo largo de este apartado vamos a estudiar la relación existente entre los trastornos por consumo de alcohol y la mortalidad respecto a las principales variables objeto de estudio.

## **7.1 ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (TCA)**

En cuanto a la relación existente entre los trastornos por consumo de alcohol y las principales variables objeto de estudio, podemos afirmar que éste se encuentra asociado significativamente a cada una de ellas como se aprecia en la Tabla 126, excepto con el índice de Charlson.

Con respecto al género de los sujetos, se observa los hombres, cuando se ajusta por el resto de variables, tiene un 50 % más de probabilidad de tener trastornos por consumo de alcohol que las mujeres, resultando dicha relación estadísticamente significativa.

La pertenencia a un grupo de edad superior incrementa en un 37% el riesgo de TCA y el padecer una discapacidad incrementa en más del 60% el riesgo de padecer un trastorno por consumo de alcohol, siendo las diferencias significativas en el modelo ajustado por el resto de variables.

Se observa que las asociaciones significativas más fuertes se encuentran entre los trastornos por consumo de alcohol y los trastornos por tabaco (ORa: 5,3) y por otras drogas (ORa: 3,6), ajustando por el resto de factores estudiados.

Por tanto, podemos señalar que en nuestro estudio, los trastornos por consumo de tabaco, por consumo de drogas, la discapacidad, el género y la edad de los sujetos agredidos, son factores de riesgo para presentar trastornos por consumo de alcohol.

**Tabla 126***Relación de trastornos por consumo de alcohol con variables objeto de estudio*

<b>TCA</b>	<b>ORa*</b>	<b>SE</b>	<b>gl</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>	1,529	0,222	1	1,150-2,034	0,003
<b>Grupos de edad</b>	1,379	0,11	2	1,167-1,629	< 0,001
<b>Trastorno por consumo de tabaco</b>	5,356	0,476	1	4,503-6,373	< 0,001
<b>Trastorno por consumo de drogas</b>	3,583	0,373	1	2,921-4,396	< 0,001
<b>Discapacidad</b>	1,612	0,330	1	1,085-2,395	0,018
<b>Índice Charlson</b>	1,031	0,040	10	0,955-1,113	0,429

\*ORa: Odds Ratio ajustada

## 7.2 ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA MORTALIDAD

Respecto a la mortalidad y la asociación con otras variables objeto de estudio (Tabla 127), podemos apreciar que en el modelo ajustado alcanzan significación estadística la edad, el índice de Charlson y la discapacidad.

El pertenecer a un grupo de edad superior presenta un incremento de riesgo, ajustado por el resto de variables de estudio, superior a 3 (ORa: 3,28; IC95%: 2,121-5,098).

Los sujetos que presentan discapacidad tiene casi 3 veces más riesgo de fallecer que los que no la presentan, a igualdad del resto de variables (ORa: 2,83; IC95%: 1,412-5,634).

Cada incremento del índice de Comorbilidad de Charlson incrementa el riesgo de fallecer en aproximadamente un 30% (ORa: 1,31; IC 95%: 1,168-1,480).

**Tabla 127**

*Relación de la mortalidad en pacientes ingresados por agresiones con variables objeto de estudio*

<b>Mortalidad</b>	<b>ORa*</b>	<b>SE</b>	<b>gl</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>	1,841	0,657	1	0,912-3,707	0,087
<b>Grupo de edad</b>	3,288	0,735	2	2,121-5,098	< 0,001
<b>Grupo Hospital</b>	1,225	0,154	4	0,957-1,569	0,106
<b>Trastornos por alcohol</b>	1,359	0,457	1	0,703-2,628	0,362
<b>Trastornos por tabaco</b>	0,603	0,212	1	0,302-1,20	0,151
<b>Trastornos por otras drogas</b>	1,069	0,392	1	0,521-2,194	0,855
<b>Índice de Charlson</b>	1,315	0,079	10	1,168-1,480	< 0,001
<b>Discapacidad</b>	2,831	0,995	1	1,412-5,634	0,003

\*ORa: Odds Ratio ajustada

## **8. ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA MORTALIDAD, ESTANCIAS Y COSTES**

En esta última sección, analizaremos el impacto que tanto la discapacidad como los trastornos por consumo de alcohol de los sujetos ingresados por una agresión tienen en la mortalidad, la prolongación de estancias y el coste económico

### 8.1 DISCAPACIDAD

En el caso de los sujetos que presentan algún tipo de discapacidad, encontramos que tienen un exceso de mortalidad del 2,5 veces más respecto a los que no presentan discapacidad. Así mismo, se aprecia que las estancias se prolongaron más de 9 días frente a los que no tiene discapacidad y suponen un aumento del coste hospitalario superior a los 8.000 euros (Tabla 128)

**Tabla 128**

*.Efectos atribuibles a la discapacidad respecto a los pacientes con agresiones sin discapacidad.*

<b>Efectos de la discapacidad</b>	<b>Estimación ajustada*</b> <b>(IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Prolongación de estancias (días)</b>	9,62 (8,27-10,97)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Exceso de costes por estancia (euros)</b>	8.345,06 (6.871,59-9.818,69)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Exceso de mortalidad (%)</b>	252,50 (174,88-298,65)	<10 <sup>-4</sup>

\*Calculadas a partir del análisis de la covarianza que incluye en el modelo la edad, el género, grupo de hospital, los trastornos por adicciones, el índice de Charlson y la discapacidad.

Por tanto podemos considera que la discapacidad afecta significativamente en todos los aspectos evaluados.

## 8.2 TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Tal y como podemos apreciar en la Tabla 129, los trastornos por alcohol producen efectos muy dispares. En primer lugar resalta que los sujetos que presentan dichas problemáticas, tienen un exceso de mortalidad atribuible a los TCA del 37,24%. Así mismo, sus estancias en los centros hospitalarios se prologan 0,44 días más que aquellas personas que no presentan estos trastornos. El coste asociado por sus estancias es inferior a aquellos que no lo presentan, de modo que resulta 145 euros inferiores respecto a los pacientes que no presentan TCA. Sin embargo, ninguno de los resultados alcanza significación en el análisis multivariante cuando se tienen en cuenta los factores de ajuste señalados.

**Tabla 129**

*Efectos atribuibles a los trastornos por alcohol respecto a los pacientes con agresiones sin trastornos por alcohol.*

<b>Efectos de los Trastornos por Alcohol</b>	<b>Estimación ajustada*</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Prolongación de estancias hospitalarias (días)</b>	0,44	(-0,11-0,98)	0,355
<b>Exceso de costes por estancia (euros)</b>	-145,72	(-739,13-447,73)	0,543
<b>Exceso de mortalidad (%)</b>	37,24	(-11,58-66,01)	0,271.

\*Calculadas a partir del análisis de la covarianza que incluye en el modelo la edad, el género, grupo de hospital, los trastornos por adicciones, el índice de Charlson y la discapacidad.

# 5

## DISCUSIÓN

En este trabajo se plantea como objetivo fundamental generar un análisis del impacto que tienen en de pacientes hospitalizados por agresiones tanto los problemas asociados al alcohol como variables sociodemográficas, clínicas o funcionales. Esto nos permitiría conocer las vulnerabilidades y factores de riesgo que con más probabilidad se asocian a estas situaciones.

Para conseguir identificar y delimitar las características definitorias de nuestros sujetos objeto de estudio, ha sido preciso por un lado, conocer globalmente aspectos generales que afectan a todos, tales como sexo, edad, grupo hospitalario o número de diagnósticos asignados; y por otro, establecer una comparación entre grupos de sujetos agredidos que presentan los trastornos evaluados (alcohol, tabaco y drogas) frente a agredidos que no carezcan de dicha patología pero que poseen características socio-demográficas comparables.

Dentro de estos últimos, nos hemos planteado conocer la asociación entre cada uno de los trastornos y los riesgos asociados a la tipología específica de cada una de las agresiones que pueden sufrir.

Así mismo, para poder centrarnos en el conocimiento exhaustivo de la asociación de los trastornos por consumo de alcohol con las agresiones, hemos aislado los factores que consideramos tienen una fuerte interacción con esta patología. En última instancia hemos planteado el impacto en la mortalidad, exceso de costes y prolongación de estancias que éstos generan.

Dentro de este marco teórico y metodológico, se desarrolla nuestro trabajo, asumiendo un diseño que somos conscientes que puede afectar a la generalización de los datos obtenidos.

Entre las características que particularizan nuestro trabajo, se encuentra el método de selección de la muestra. Todos los datos analizados han sido obtenidos a través del CMBD de

87 hospitales de la red hospitalaria española, a raíz de un proyecto de investigación previamente realizado. No obstante y aunque su uso suponga algunas limitaciones como posteriormente exponemos, nos aporta claras ventajas a la hora de estudiar clínicamente cualquier patología al provenir de una realidad clínica.(Barba, Emilio Losa, Guijarro, & Zapatero, 2006; Ibars-Moncasi; San Sebastián-Domínguez, Soldevilla-Agreda, 2012; Ortún, López-Valcárcel, & Pinilla, 2001)

El otro motivo que justifica esta elección de la muestra es, es la centralización que, bajo nuestro punto de vista, se realiza en torno al estudio de las agresiones. En general y como se ha ido exponiendo a lo largo de este trabajo, al estudiar sucesos que implican daño a otros, la perspectiva fundamental que se ha tomado desde otras investigaciones es conocer el perfil del agresor o centralizarlas en víctimas concretas.(Alvira-Hammond et al., 2014; Sherrill et al., 2016). Dicha situación, consideramos que minimiza la importancia de los agredidos, no gestándose vías preventivas que permitan conocer y minimizar la posibilidad de convertirse en víctima de estos actos lesivos. Fundamentalmente, y basándonos en el marco de este estudio, por el impacto que estos tienen en nuestro sistema de salud, al requerir de actuaciones médicas tras sufrir dichas lesiones.

Además nuestros resultados no solo se circunscriben a la realidad propia de la agresión, sino que contempla factores dentro de las víctimas que consideramos que pueden favorecer el génesis de la misma, tales como trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias, discapacidad, género o edad.

La bibliografía sobre la epidemiología de las agresiones destaca que los hombres son más vulnerables a sufrir lesiones a raíz de actos violentos. Efectivamente, nuestro estudio ha corroborado que el género determina la posibilidad de sufrir agresiones, siendo en nuestro caso 5.679 hombres atendidos frente a 807 mujeres; y por tanto pudiendo asumir que este tipo de actos es más frecuente en población masculina.

En cuanto a la edad, asumimos aislar tres grandes submuestras, que diferenciaban entre jóvenes, con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años; adultos, con edades entre los 25 y los 59 años; y mayores, que tenían 60 o más años. Aunque la muestra de adultos queda comprendida en un amplio rango de edad, ello nos garantizaba que dispusiéramos de suficiente número de casos para el análisis por categorías. No obstante pudimos observar que la edad media de los sujetos en función de las categorías establecidas, avalaba dicha decisión, pudiendo encontrarse claras diferencias entre cada uno de los grupos. De modo que los jóvenes tenían una edad media de 21,02 años, los adultos 37,19 y los mayores 75,52, salvándose, de este modo, las posibles problemáticas asociadas a esta clasificación. De hecho valoramos que tanto la edad como el género aplican condicionantes en el hecho de sufrir una agresión, confirmándose esta situación y desprendiéndose que son los hombres en todos los rangos de edad los que sufren más agresiones. Lo que nuevamente viene a confirmar datos de otras investigaciones en este sentido.

Encontramos que aspectos como el hospital en el que fueron atendidos o el año de ingreso no aportaron diferencias en la mortalidad de nuestra muestra, entendiendo que esto puede ser debido a la homogenización de las atenciones y la calidad de los profesionales de la salud de nuestra red hospitalaria.

Al valorar los motivos que desencadenaban este tipo de sucesos, consideramos lógico argumentar que la existencia de trastornos por consumo de alcohol elevara el riesgo de ser víctimas. De hecho existe una importante producción científica que refrenda este presupuesto. (Anderson & Baumberg, 2006; Borders et al., 2007; Castillo, 2011). Si bien es cierto que el motivo de dicha relación es doble, pudiendo identificarse los efectos que el propio alcohol tiene en el organismo como las características preexistentes en los sujetos y que modulan los mismos, razón por la que planteamos estudiar qué factores afectan más definitivamente la presencia de este tipo de trastorno.

Nuestro estudio se compuso de 759 sujetos con trastornos por consumo de alcohol que habían sufrido alguna agresión, de los cuales el 91,3% fueron hombres, resultando dicha asociación significativa y refutando los datos encontrados en otras investigaciones sobre el consumo de alcohol (World Health Organisation, 2014).

Dentro de este género, detectamos que son los varones mayores en los que existe una relación clara entre agresiones y este tipo de trastorno ( $X^2= 18,457$   $gl=1$ ;  $p<0,001$ ), no pudiéndose corroborar dicha asociación en jóvenes como plantean otros estudios realizados a nivel nacional y que enfatizan la implicación de los jóvenes con el alto consumo de alcohol (Sendino et al., 2016), No obstante, entendemos que el consumo de alcohol de los jóvenes tal y como señalan las estadísticas se encuentra muy centrado en los fines de semana, en contraposición a los adultos y mayores que mantienen un consumo de alcohol de manera más constante y habitual (Guitart et al., 2011b), no sólo circunscrita a los actos recreativos del fin de semana, sino como un hábito a la hora de comer o interactuar con los demás a través de un consumo de sustancias socialmente más tolerables, como son el vino o la cerveza en el día a día frente a las destiladas. Por tanto, entendemos que esta habitualidad puede incrementar la posibilidad de sufrir una agresión de una forma más continua y requerir un ingreso hospitalario.

Tal y como se plantean en diversos estudios, establecimos una relación entre mortalidad y trastornos por consumo de alcohol, dado que se existen evidencias de mortalidad atribuible a dichas sustancias (Fierro et al., 2008; Rehm, Gmel, Sempos, & Trevisan, 2003). Además se plantea que ésta sería más alta en hombres que en mujeres (WHO, 2014). Sin embargo, no hemos encontrado evidencias en nuestro estudio que nos lleven a poder concluir entre la relación de los pacientes agredidos con trastornos por consumo de alcohol y mortalidad. Puede deberse al hecho de ajustar por otras variables y esto puede hacer que pierda significación el efecto de los trastornos por consumo de alcohol.

A pesar de ello, si hemos encontrado una asociación en la comorbilidad y los trastornos por consumo de alcohol. Concretamente, se aprecia que tanto en los varones jóvenes y adultos, como en las mujeres adultas con trastornos por consumo de alcohol presentan una mayor comorbilidad de patologías orgánicas, por tanto se desvela como un factor de riesgo en la morbilidad a estas edades (Sarasa-Renedo et al., 2014).

Cuando valoramos el tipo de lesión específica sufrida, encontramos claras diferencias entre hombres y mujeres, lo que confirma los hallazgos encontrados en otras investigaciones (Borges et al., 2013; Pérez et al., 2009). En el caso de las mujeres este trastorno presenta una asociación significativa con las agresiones por maltrato, (Pascual Pastor et al., 2013), llegando a duplicarse en los casos de ingreso de adultas. (Odds Ratio=2,307, IC 95%=1,111-4,791). Respecto a los hombres, se constata que estos sufren más tipos de agresiones entre los 25 y los 59 años, siendo estas más variadas que en el caso de las mujeres e incluyendo lesiones por peleas, reyertas y violaciones, envenenamientos, ahorcamientos, agresiones por arma de fuego y efectos tardíos de una lesión. Además se pudo estipular que los trastornos por consumo de alcohol en estas edades se duplican en los ingresados por agresiones por arma de fuego y triplican en los que ingresados por efectos tardíos de una lesión. Simultáneamente ser víctima de envenenamientos y peleas, reyertas o violaciones incrementan el riesgo de ingreso en casi seis veces y 1,348 veces respectivamente entre los que tiene este tipo de trastornos (Odds Ratio=5,961, IC 95%=1,720-20,656 y Odds Ratio=1,348, IC 95%=1,117-1,626).

Por otro lado nos planteamos estimar factores definidos de riesgo dentro de esta población, dado que consideramos que éstas pueden proporcionar un importante valor predictivo de este tipo de trastornos y genera condicionantes de cara tanto al tratamiento como a la prevención del mismo. En este sentido, pudimos apreciar como existen características que incrementan claramente el riesgo a padecer este trastorno, tales como la edad (37% más de riesgo a edades superiores), el género (ser hombre facilita hasta un 50%

más probable esta patología), la presencia de discapacidad (que eleva a un 60% el riesgo) y la presencia de otros trastornos por adicciones (5,3 veces más riesgo en tabaco y 3,6 en drogas). Si bien todos estos factores han ido confirmándose a lo largo de esta exposición y comparándose con otros estudios, esto último viene a confirmar hipótesis planteadas por otros investigadores, que suponen la existencia de comorbilidad entre alcohol y drogas (Butters et al., 2005)

Por último y en relación a los trastornos por consumo de alcohol, no hemos podido comprobar que éstos supongan un impacto ni en el exceso de mortalidad, ni en la prolongación de estancias ni en el incremento de costes por hospitalización. Estos resultados vienen a contradecir hipótesis previas expuestas en otras investigaciones que asumían que los trastornos suponen un incremento en los costes de hasta un 10% (Mongan & Long, 2016) y un incremento de días de estancias (Gili et al., 2013), si bien es cierto que los estudios no son comparables al tomar el alcohol como principal objeto de estudio, en sus diversas formas, bien como consumo, como dependencia, etc., o estudiarlo asociado a otro tipo de patología.

Dentro de este estudio, consideramos importante poder establecer la importancia de los trastornos por consumo de otras sustancias, con la finalidad de conocer el impacto que los demás podían tener en los sujetos agredidos.

En nuestro estudio contamos con 992 sujetos con trastornos por consumo de tabaco y 643 por drogas, siendo esto más frecuentes en hombres (90,72% y 92,06% respectivamente). Si bien es cierto que solo obtuvimos diferencias significativas en los mayores para el primer caso y en los adultos para los drogas ( $p < 0,05$ ).

En ninguna de estos trastornos hemos podido establecer relación respecto a mortalidad, lo que contradice lo expuesto en otras investigaciones que consideran la existencia de tal asociación (Banegas Banegas, et al., 2001; MacMahon, 1992). No obstante

podemos considerar que estas patologías asociadas a los casos de agresión, que se encuentran enmarcados en un momento puntual de ingreso, no influyen en este desenlace. Además, interpretamos que el propio hecho de recibir asistencia médica influye positivamente en la disminución de la mortandad ya sea por trastornos de alcohol, tabaco o drogas. No obstante se aprecia una fuerte asociación entre la morbilidad de otras patologías y trastornos por consumo de tabaco y drogas en la población de adultos de ambos géneros.

Respecto a la influencia de estas sustancias con el tipo de agresión concreta sufrida, se constata que las mujeres vuelven a ser menos victimizadas, solo encontrándose, al igual que ocurriera en el alcohol, una asociación entre maltrato y drogas, llegándose a casi cuadruplicar los riesgos entre los 25 y los 59 años. (Odds Ratio=3,764, IC 95%=1,761-8,043). De modo que esta relación puede considerarse como un factor de vulnerabilidad de ingresos por agresiones en las mujeres de dichas edades.

En la población masculina, se aprecia que los jóvenes y adultos con trastornos por tabaco tienen más probabilidad de sufrir agresiones por peleas, reyertas o violaciones. En los adultos también se aprecia efectos tardíos de una lesión y lesiones por instrumentos cortopunzantes, tanto para tabaco como para drogas. De manera exclusiva, en los trastornos por consumo de drogas existen más riesgos de ingresos por envenenamiento suponiendo este hasta 16 veces mayor.

Por otro lado podemos afirmar que en los varones de 25 a 59 años, se detecta el doble de riesgo de ingresos por efectos tardíos en una lesión entre los que padecen trastornos por consumo de tabaco (Odds Ratio=2,179, IC 95%=1,321-3,596) y la probabilidad de casos de ingresados con este trastorno es 1,491 veces mayor al ser agredidos por instrumentos cortantes y punzantes. (Odds Ratio=1,491, IC 95%=1,240-1,792 y. Así mismo, se aprecia un mayor riesgo de sufrir ingresos por padecer trastornos por drogas, de 1,6 veces y 1,2 en los

varones jóvenes y adultos que presentan lesiones por instrumentos cortantes y punzantes. (Odds Ratio=1,693, IC 95%=1,085-2,643 y .Odds Ratio=1,293, IC 95%=1,041-1,606).

Dentro de nuestro estudio consideramos importante analizar el impacto que las discapacidades tienen en las agresiones, dado que éstas se encuentra fuertemente asociada a la violencia como una causa resultante de la misma.(Harvey et al., 2007). En primer lugar encontramos que la discapacidad se presentó con menor prevalencia en nuestra muestra que en la población general, dado que tan solo el 2,99% de los casos la presentaban frente al 8,5% que existe en la población general. Esto supuso un primer hándicap dada la escasa muestra con la que contábamos. No obstante, hemos podido corroborar que la discapacidad incrementa la mortalidad de los varones a partir de los 25 años. ( $X^2= 21,693$  gl=1;  $p<0,001$ ), y con 60 o más años( $X^2= 11,508$  gl=1;  $p=0,001$ ). Así mismo, existe una clara relación entre morbilidad y discapacidad tanto en mujeres adultas ( $p<0,05$ ) como en los hombres a todas las edades, lo que implica un factor de riesgo para la salud de estos sujetos.

Esto corrobora los resultados obtenidos al valorar el impacto de la discapacidad en exceso de mortalidad, prolongación de estancias e incrementó de costes. De hecho se constata que aumenta 2,5 veces más el exceso de mortalidad, las estancias se prolongaron más de 9 días frente a los que no tiene discapacidad y suponen un aumento del coste hospitalario superior a los 8.000 euros, Todo lo cual refleja la importancia de esta situación y viene a reafirmar los presupuestos de otras investigaciones,

Respecto a la mortalidad, aunque no hemos encontrado en nuestro estudio relación con los trastornos por consumo de alcohol o de otras sustancias, si hemos podido comprobar que, incluso ajustando por el resto de factores, existen factores de riesgo que incrementan la mortalidad en las agresiones. En este sentido, la edad superior presenta un incremento de riesgo superior a 3 (ORa: 3,28; IC95%: 2,121-5,098). Aquellos que presentan discapacidad tienen casi 3 veces más riesgo (ORa: 2,83; IC95%: 1,412-5,634). Además se constató que el

incremento del índice de Comorbilidad de Charlson incrementa casi un 30% el riesgo de fallecer (ORa: 1,31; IC 95%: 1,168-1,480). Esto indica la importancia del ajuste por otros factores relacionados, y ya descritos con la mortalidad del paciente, a la hora de realizar este tipo de estudios para poder establecer la adecuada relación con el efecto analizado.

Por todo lo anteriormente expuesto podemos considerar que hemos cumplido todos los objetivos tanto generales como específicos que habíamos establecido. En este sentido y a modo de resumen podemos afirmar que existen variables sociodemográficas, funcionales y clínicas; siendo estas género, edad, discapacidad y trastornos por consumo de alcohol, que influyen en las agresiones. Como factores de riesgos hemos podido aislar en función de la edad y el género tipos de agresiones específicas que imprimen mayor vulnerabilidad si se asocian a la presencia de un trastorno por consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas). Así mismo, la discapacidad aparece como otro factor de riesgo, que incrementa la posible mortalidad de los sujetos agredidos y el exceso de costes y la prolongación de estancias tras la agresión.

Por esta razón consideramos que los datos obtenidos pueden tener un valor de cara a su aplicación en el contexto hospitalario. Tener en cuenta el impacto en la mortalidad de la edad, las comorbilidades y las discapacidades puede ayudar a establecer estrategias específicas con este tipo de pacientes al ingreso para minimizar el riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Además, un adecuado control de las comorbilidades en el entorno asistencial extrahospitalario también podría disminuir el riesgo de mortalidad de dichos pacientes.

No obstante, apreciamos que este trabajo está sujeto a mejoras que podrían incrementar la generalización de los resultados obtenidos.

La primera limitación que encontramos se encuentra ligada a la propia selección de nuestra muestra. Todos nuestros datos de sujetos agredidos están sujetos a una constante que

es el hecho de requerir un ingreso hospitalario tras dicho suceso. Tal situación se desvela como un posible sesgo en nuestros datos, dado que no se incluyen las agresiones que fueron atendidas en servicios de urgencias, en centros ambulatorios de salud ni aquellas que no requirieron de asistencia médica. Por tanto esto supone acotar nuestro estudio a un núcleo específico y condiciona la generalización de nuestros datos a la población general.

En este mismo sentido, consideramos que al plantearnos valorar múltiples causas relacionadas con las agresiones, vamos limitando el valor de nuestros resultados, dado que no existe una distribución similar en variables como trastornos por consumo de sustancias (alcohol, tabaco, drogas) o tipos de agresiones sufridas (encontrándonos en muchos casos con ausencia de casos)

Igualmente al ir reduciendo nuestra muestra en secciones nos encontramos con problema. Se han realizado análisis parcialmente en algunos grupos de edad tanto en hombres como en mujeres o en algunos casos como las sumersiones ni eso ha sido posible. De modo que ha limitado considerablemente la posibilidad de realizar afirmaciones que afecten a la globalidad de los sujetos estudiados.

Por otra parte, la principal limitación de los datos del CMBD es el subregistro de información, generalmente porque en el informe de alta del paciente no aparecen todos los diagnósticos, procedimientos y circunstancias precisos para que los codificadores del Servicio de Documentación Clínica cumplimenten los códigos diagnósticos, de procedimientos y de causas externas. Esta limitación es un problema internacional, pero algunos estudios han encontrado que afecta en escasa medida a la fiabilidad del registro de los reingresos potencialmente evitables (Halfon et al., 2002)

Otra limitación es la carencia que hemos tenido de información entorno a variables socioeconómicas que podrían limitar los sesgos propios de nuestra población y garantizar un mejor valor predictivo del mismo. A pesar de que en el CMBD de todos los centros

hospitalarios de España aparezca un campo que es Ocupación, pero que no se cumplimente regularmente en todos los centros, impidiendo la elaboración de un indicador directo de clase social: el grupo socio-ocupacional.

En cuanto al Índice de comorbilidad algunos estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el Índice que se proponen en este proyecto (Charlson) cuando se emplean para valorar otros modelos predictivos. No hemos encontrado ninguna publicación que los compare en los modelos de morbimortalidad por drogas. En algunos estudios han empleado indicadores de comorbilidad más simples, como el número absoluto de comorbilidades, sin diferenciarlas. Nuestro equipo considera, no obstante, que el uso de los indicadores de comorbilidad de Charlson mide mejor el impacto de la comorbilidad.

Una limitación del estudio es que usamos un indicador de discapacidad basado en los códigos diagnósticos. Lo ideal sería disponer de cuestionarios de salud estandarizados, validados en España y auto-cumplimentados por cada uno de los pacientes, lo cual no ha sido posible en nuestro estudio.

# 6

## CONCLUSIONES

Tras concluir el bloque de resultados, disponemos de información empírica para determinar el acierto o no de nuestras hipótesis. Para ello, retomaremos los objetivos planteados en el presente trabajo y ofreceremos conclusiones acerca del apoyo que los resultados han prestado a nuestras hipótesis:

**Objetivo 1:** Conocer la distribución de las principales variables sociodemográficas, funcionales y clínicas, grado de comorbilidad, grado de discapacidad, trastornos por consumo de alcohol, asociadas a los ingresos por agresiones

- Hipótesis 1: Los pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol presentaran un mayor riesgo de agresiones-
- Esta hipótesis está parcialmente confirmada. Al analizar los trastornos de consumo de alcohol y compararlos con otros tipos de trastornos por consumo de sustancias, encontramos que éstos presentan más riesgos de sufrir determinados tipos de lesiones. Concretamente existen diferencias estadísticamente significativas en relación a agresiones por malos tratos, pelas reyertas o violaciones, envenenamientos, ahorcamientos, agresiones por arma de fuego y efectos tardíos de una lesión.

**Objetivo 2:** Analizar la relación de estas variables como factores de riesgo de las agresiones en nuestra muestra.

- Hipótesis 2: Se identificaran factores asociados a las características del paciente como la edad, sexo, comorbilidad, discapacidad, y otras condiciones y situaciones especiales que modulan el riesgo de agresiones.
- Parcialmente confirmada. Nuestros datos confirman que variables como el sexo y la edad modifican el riesgo de sufrir agresiones. Así mismo determinadas lesiones sufridas unidas a trastornos por consumo de sustancias incrementan el riesgo de ingreso por agresión. Concretamente encontramos que los trastornos por consumo de

drogas incrementan 4 veces el riesgo de ingreso por malos tratos en mujeres y 16 veces el riesgo de ingreso por envenenamiento en hombres. Los trastornos por consumo de alcohol se duplican y triplican en los ingresados por agresiones por arma de fuego y efectos tardíos de una lesión de los 25 a los 59 años, y aumentan hasta seis veces el riesgo de ingreso por envenenamiento y 1,35 el riesgo de ingreso por peleas entre los que presentan este trastorno.

En los hombres, entre los 25 y los 59 años, se detecta el doble de riesgo de ingresos por efectos tardíos de una lesión entre los que padecen trastornos por consumo de tabaco y la probabilidad de casos este trastorno es 1,5 veces mayor al ser agredidos por instrumentos cortantes y punzantes. En los hombres menores de 25 años, se incrementa en 1,5 veces más la probabilidad de ingreso tras una agresión por pelea, reyerta o violación entre los que tienen trastornos por consumo de tabaco.

El resto de variables analizadas no aportan mayor riesgo de agresión.

**Objetivo 3:** Conocer la tasa de mortalidad de los pacientes con agresiones en la muestra de hospitales estudiados y analizar los factores sociodemográficos, funcionales y clínicos - grado de comorbilidad, grado de discapacidad, trastornos por consumo de alcohol-, que presentan.

- Hipótesis 3: Se identificaran factores asociados a las características del paciente como la edad, sexo, comorbilidad, discapacidad, trastornos por adicciones, otras condiciones y situaciones especiales que influyen en el riesgo de mortalidad en los pacientes ingresados por agresiones.
- Dicha hipótesis está confirmada parcialmente. Nuestros resultados muestran que la edad, la discapacidad y el Índice de Charlson incrementan el riesgo de mortalidad. Así mismo, se aprecia que el número de diagnósticos tras el ingreso por la agresión afecta

directamente a la mortalidad, si bien esto solo se puede aplicar a los sujetos varones y a las mujeres de 25 a 59 años.

Otras variables como el sexo y padecer trastorno por consumo de sustancias no se afectan a la mortalidad.

**Objetivo 4:** Conocer la influencia del grado de discapacidad y otros factores relacionados, en la mortalidad atribuible, la prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios de los ingresos por agresiones.

- Hipótesis 4: Se identificaran factores asociados a las características del paciente como la edad, sexo, comorbilidad, discapacidad, y otras condiciones y situaciones especiales que influyen en la prolongación de estancias, costes y mortalidad.
- Esta hipótesis se confirma. La discapacidad incrementa en 9,62 días las estancias de los sujetos agredidos, aumentan los costes en 8.345,06 euros y la mortalidad en un 252,50 %.

**Objetivo 5:** Conocer la influencia de los trastornos asociados al consumo de alcohol en la mortalidad atribuible, la prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios de los ingresos por agresiones.

- Hipótesis 5: Los pacientes que ingresan en los hospitales por agresiones con problemas relacionados con el consumo de alcohol presentaran una prolongación de estancias, un exceso de costes y un aumento de la mortalidad.
- Esta hipótesis no se confirma. A pesar de que nuestros resultados indican que los trastornos por consumo de alcohol en pacientes agredidos incrementa un 37%.la mortalidad y prolonga las estancias en 0,44 días y desciende en 150 euros los costes, las diferencias encontradas no resultan estadísticamente significativas

## **REFERENCIAS**

- Abulseoud, O. A., Karpyak, V. M., Schneekloth, T., Hall-Flavin, D. K., Loukianova, L. L., Geske, J. R., Frye, M. A. (2013). A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *American Journal on Addictions*, 22(5), 437–442. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12021.x>
- Ahrq, Q. (2011). National Disparities.
- Al-Ghanem, R., Marco, A., Callao, J., Lacruz, E., Benito, S., & Cordoba, R. (2005). Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas [Moderate alcohol consumption and mortality for various reasons]. *Atencion Primaria*, 36(2), 104–111.
- Alvarez, F. J., & Del Rio, M. C. (1994). Gender differences in patterns of alcohol consumption in Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(6), 1342–1347. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1994.tb01434.x>
- Alvira-Hammond, M., Longmore, M. A., Manning, W. D., & Giordano, P. C. (2014). Gainful Activity and Intimate Partner Aggression in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 2(2), 116–127. <https://doi.org/10.1177/2167696813512305>
- Anderson, C., Suzuki, K., Swing, E. L., Groves, C. L., Gentile, D. A., Prot, S., Petrescu, P. (2017). Media Violence and Other Aggression Risk Factors in Seven Nations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14616721770306. <https://doi.org/10.1177/0146167217703064>
- Anderson, P. (1990). Management of drinking problems . *WHO Regional Publications. European Series No. 32*. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg119>
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Chapter 5 Alcohol and individuals. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*.
- Anderson, P., Baumberg, B., & McNeill, A. (2006). Alcohol in Europe. *London: Institute of Alcohol Studies*, (June), 1–432. <https://doi.org/10.1080/09687630600902477>
- Anderson, P., Gual, L., & Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud Alcohol y atención primaria de la salud. *Organizacion Panamericana De La Salud*, 274(1), 3–148.
- Anderson, P., Møller, L., & Galea, G. (2012). Alcohol in the European Union. *WHO Regional Office Europe*, 161. <https://doi.org/10.2172/875800>
- Anderson, W. L., Armour, B. S., Finkelstein, E. A., & Wiener, J. M. (2010). Estimates of state-level health-care expenditures associated with disability. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 125(1), 44–51. <https://doi.org/10.1177/003335491012500107>
- Anthony, J. C. (2009). Consumo nocivo de alcohol : datos epidemiológicos mundiales. *Barueri: Manole*, 1–36.
- Babor, T., Campbell, R., Room, R., & Saunders, J. (1994). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. *World Health*, 66. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C., & Corrao, G. (2001). A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer*, 85(11), 1700–5. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2001.2140>

- Bakke, E., Bogstrand, S. T., Normann, P. T., Ekeberg, Ø., & Bachs, L. (2016). Influence of alcohol and other substances of abuse at the time of injury among patients in a Norwegian emergency. *BMC Emergency Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12873-016-0085-2>
- Baliunas, D., Patra, J., Rehm, J., Popova, S., & Taylor, B. (2007). Smoking-attributable morbidity: acute care hospital diagnoses and days of treatment in Canada, 2002. *BMC Public Health*, 7, 247. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-247>
- Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12–29. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x>
- Bandura, A. (1983). Psychological Mechanisms of Aggression. In *Aggression: Theoretical and empirical reviews*.
- Banegas, J. R., Díez Gañán, L., Rodríguez-Artalejo, F., Graciani Pérez-Regadera, A., Villar Álvarez, F., & González Enríquez, J. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medicina Clínica*, 117(18), 692–694. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72226-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72226-9)
- Barba, R., Emilio Losa, J., Guijarro, C., & Zapatero, A. (2006). Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica. *Medicina Clínica*, 127(7), 255–257. <https://doi.org/10.1157/13091266>
- Barrio, P., Reynolds, J., García-Altés, A., Gual, A., & Anderson, P. (2017). Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*. <https://doi.org/10.1111/dar.12504>
- Baumrind, D. (1978). Parental Disciplinary Patterns and Social Competence in Children. *Youth & Society*, 9(3), 239. <https://doi.org/10.1177/0044118X7800900302>
- Benavidez Rodríguez, D., Gómez Talegón, M. T., Fierro Lorenzo, I., & Álvarez González, F. J. (2011). Drogas ilegales, alcohol y agresividad vial. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(3), 271–284. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3740033&orden=1&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3740033>
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, Consequences, and Control*. McGraw-Hill, New York
- Birim, O., Kappetein, A. P., & Bogers, A. J. J. C. (2005). Charlson comorbidity index as a predictor of long-term outcome after surgery for nonsmall cell lung cancer. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery : Official Journal of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery*, 28(5), 759–62. <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2005.06.046>
- Bistuer, M. R. (2014). Consumo de alcohol y comportamientos violentos . Aspectos médico-legales : una revisión desde la jurisprudencia española. *Revista CES Derecho*, 5(2).
- Bloomfield, K. (2005). An EU – Concerted Action Gender , Culture and Alcohol Problems : A Multi-national Study, (January).
- Boffetta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *Lancet Oncology*. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(06\)70577-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70577-0)

- Borders, A., Barnwell, S. S., & Earleywine, M. (2007). Alcohol-aggression expectancies and dispositional rumination moderate the effect of alcohol consumption on alcohol-related aggression and hostility. *Aggressive Behavior, 33*(4), 327–338. <https://doi.org/10.1002/ab.20187>
- Borges, G., Orozco, R., Monteiro, M., Cherpitel, C., Then, E. P., López, V. A., Bassier-Paltoo, M., Weil, D.A, de Bradshaw, A. (2013). Risk of injury after alcohol consumption from case-crossover studies in five countries from the Americas. *Addiction, 108*(1), 97–103. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04018.x>
- Bosetti, C., Gallus, S., Franceschi, S., Levi, F., Bertuzzi, M., Negri, E., Talamini, R., La Vecchia, C. (2002). Cancer of the larynx in non-smoking alcohol drinkers and in non-drinking tobacco smokers. *British Journal of Cancer, 87*(5), 516–518. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600469>
- Botella, C. (2016). Alcohol y neuropsicología Alcohol and neuropsychology, 5(3).
- Bouchery, E. E., Harwood, H. J., Sacks, J. J., Simon, C. J., & Brewer, R. D. (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *American Journal of Preventive Medicine, 41*(5), 516–524. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.06.045>
- Boyatzis, R. E. (1975). The predisposition toward alcohol-related interpersonal aggression in men. *Journal of Studies on Alcohol, 36*(9), 1196–1207.
- Brecklin, L. R., & Ullman, S. E. (2002). The Roles of Victim and Offender Alcohol Use in Sexual Assaults : Results from the National Violence Against Women Survey. *Of Studies on Alcohol and drugs Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 63*(1), 57–63.
- Brennan, I. R., Moore, S. C., & Shepherd, J. P. (2010). Risk Factors for Violent Victimization and Injury from Six Years of the British Crime Survey. *International Review of Victimology, 17*(2), 209–229. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/026975801001700204>
- Brismar, B., & Bergman, B. (1998). The significance of alcohol for violence and accidents. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 22*(7), 299S–306S. Retrieved from file:///C:/Users/Owner/Downloads/Brismar\_et\_al-1998-Alcoholism-Clinical\_and\_Experimental\_Research.pdf
- Britton, A., Nolte, E., White, I. R., Grønbaek, M., Powles, J., Cavallo, F., & McPherson, K. (2003). A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries. *European Journal of Epidemiology, 18*(7), 643–651. <https://doi.org/10.1023/A:1024834608689>
- Bryson, C. L., Au, D. H., Sun, H., Williams, E. C., Kivlahan, D. R., & Bradley, K. A. (2008). Alcohol screening scores and medication nonadherence. *Annals of Internal Medicine, 149*(11), 795–803. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-11-200812020-00004>
- Bushman, B. J., & Cooper, H. M. (1990). Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review. *Psychological Bulletin, 107*(3), 341–354. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.3.341>
- Bustos, J.J, Larrauri, E (1993). Victimología : presente y futuro ( Hacia un sistema penal de alternativas)(Promociones y publicaciones univesitarias, Ed.).

- Butters, J. E., Smart, R. G., Mann, R. E., & Asbridge, M. (2005). Illicit drug use, alcohol use and problem drinking among infrequent and frequent road ragers. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(2), 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.018>
- Caballería, J., Altamirano, J., Michelena, J., & Parés, A. (2012). Enfermedad hepática inducida por el alcohol. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(10), 581–589. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70352-9](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70352-9)
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185–1229. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x>
- Carrasco Ortiz, M. A., & Gonzalez Calderon, M. J. (2006). Theoretical Issues on Aggression : Concept and Models. *Acción Psicológica*, 4(2), 7–38.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*.
- Castellsague, X., Munoz, N., De Stefani, E., Victora, C. G., Castelletto, R., Rolon, P. A., & Quintana, M. J. (1999). Independent and joint effects of tobacco smoking and alcohol drinking on the risk of esophageal cancer in men and women. *International Journal of Cancer. Journal International Du Cancer*, 82(5), 657–664. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10417762>
- Castillo-Carniglia, Á., Pizarro, E., Luengo, D., & Soto-Brandt, G. (2014). Consumo de alcohol y autoinforme de eventos violentos en Chile [Alcohol use and self-reported violent events in Chile]. *Adicciones*, 26(1), 46–53.
- Castillo, M. (2011). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 11(1), 97–114.
- Castro, M. A. F., Dedivitis, R. A., & Ribeiro, K. C. B. (2007). Comorbidity Measurement in Patients with Laryngeal Squamous Cell Carcinoma. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 69(0301–1569), 146–152.
- Cerullo, M. A., & Strakowski, S. M. (2007). The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-29>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Chaux, E. (2003). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia, 47–58.
- Chermack, S. T., Walton, M. A., Fuller, B. E., & Blow, F. C. (2001). Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.15.2.140>
- Chirivella, J., Espert, R., & Gadea, M. (1996). Déficits Neuropsicológicos Asociados Al Consumo De Alcohol —Una Aproximación Multidisciplinar—. *Psicología Conductual*, 4(3), 377–392.

- Cho, E., Smith-Warner, S. A., Ritz, J., Van Den Brandt, P. A., Colditz, G. A., Folsom, A. R., Hunter, D. J. (2004). Alcohol Intake and Colorectal Cancer: A Pooled Analysis of 8 Cohort Studies. *Annals of Internal Medicine*, *140*(8). <https://doi.org/10.1059/0003-4819-140-8-200404200-00007>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer*, *87*(11), 1234–1245. <https://doi.org/DOI.10.1038/sj.bjc.6600596>
- Connor, J. (2016). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*, *103*(SUPPL. 8), 153–160. <https://doi.org/10.1111/add.13477>
- Cortés, M., Climent, B., Flórez, G., Torrens, M., Giménez, J., Espandian, A., ... Gadea, M. (2013). Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol. *Alcoholismo: Guía de Intervención En El Trastorno Por Consumo de Alcohol.*, (September 2015), 1–90. <https://doi.org/10.13140/2.1.2800.0007>
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational Aggression, Gender, and Social-Psychological Adjustment. *Child Development*, *66*(3), 710–722. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x>
- Crick, N. R., Ostrov, J. M., & Kawabata, Y. (2007). Relational Aggression and Gender: An Overview. In *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (pp. 245–259).
- Dajas, F. (2010). El cerebro violento. Sobre la psicobiología de la violencia y los comportamientos agresivos. *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, *74*(1), 22–37. Retrieved from [http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/03\\_EL\\_CEREBRO\\_VIOLENTO.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/03_EL_CEREBRO_VIOLENTO.pdf)
- Davidson, R. J. (2000). Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation--A Possible Prelude to Violence. *Science*, *289*(5479), 591–594. <https://doi.org/10.1126/science.289.5479.591>
- De la Villa Moral, M., & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes espa?oles: Tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, *10*(1), 71–88. <https://doi.org/10.11144/820>
- De Vries Robbe, M., de Vogel, V., Wever, E. C., Douglas, K. S., & Nijman, H. L. I. (2016). Risk and Protective Factors for Inpatient Aggression. *Criminal Justice and Behavior*, *43*(10), 1364–1385. <https://doi.org/10.1177/0093854816637889>
- De Wit, M., Zilberberg, M. D., Boehmler, J. M., Bearman, G. M., & Edmond, M. B. (2011). Outcomes of patients with alcohol use disorders experiencing healthcare-associated infections. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *35*(7), 1368–73. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01475.x>
- Denson, T. F. (2011). A social neuroscience perspective on the neurobiological bases of agresión. *Human Aggression and Violence: Causes, Manifestations, and Consequences.*, 105–120. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/12346-006>

- Díaz, R., & Ferri, M. J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo (1): Los hijos de alcohólicos. *Adicciones*, *14*(SUPPL. 1), 353–374.
- Dirección General de Tráfico. (2015). Alcohol, drogas y medicamentos en conductores de vehículos de España, 189. Retrieved from <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/estudios-e-informes/2015/20150600.-Informe-2013-drogas-alcohol-y-medicamentos.pdf>
- Dodge, K. A. (2006). Translational science in action: hostile attributional style and the development of aggressive behavior problems. *Development and Psychopathology*, *18*(3), 791–814. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060391>
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos? *Psicopatología Clínica, Legal Y Forense*, *5*(2005), 57–73.
- Eckardt, M. J., File, S. E., Gessa, G. L., Grant, K. A., Guerri, C., Hoffman, P. L., Tabakoff, B. (1998). Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *22*(5), 998–1040. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1998.tb03695.x>
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, *1*(May), 1058–1061. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6017.1058>
- Engler, P. A., Ramsey, S. E., & Smith, R. J. (2013). Alcohol use of diabetes patients: the need for assessment and intervention. *Acta Diabetologica*, *50*(2), 93–9. <https://doi.org/10.1007/s00592-010-0200-x>
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*, *156*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- Estruch, R., & Sacanella, E. (2005a). Alcohol: ¿tónico o tóxico cardiovascular? *Clínica E Investigación En Arteriosclerosis*, *17*(4), 183–195. [https://doi.org/10.1016/S0214-9168\(05\)73339-8](https://doi.org/10.1016/S0214-9168(05)73339-8)
- Estruch, R., & Sacanella, E. (2005b). Alcohol: ¿tónico o tóxico cardiovascular? *Clínica E Investigación En Arteriosclerosis*, *17*(4), 183–195. [https://doi.org/10.1016/S0214-9168\(05\)73339-8](https://doi.org/10.1016/S0214-9168(05)73339-8)
- Etienne, A., Esterni, B., Charbonnier, A., Mozziconacci, M.-J., Arnoulet, C., Coso, D., Vey, N. (2007). Comorbidity is an independent predictor of complete remission in elderly patients receiving induction chemotherapy for acute myeloid leukemia. *Cancer*, *109*(7), 1376–1383. <https://doi.org/10.1002/cncr.22537>
- EUROCARE. (2016). European Report on Alcohol Policy, *32*(0).
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J. L., Comparative Risk Assessment Collaborating Group, S., ... Jing, J. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet (London, England)*, *360*(9343), 1347–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11403-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11403-6)
- Farapi, S. L. (2009). Drogas y género.

- Farke, W., & Anderson, P. (2007). Binge drinking in Europe. *Adicciones*, *19*(4), 333–339. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.293>
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención Primaria*, *37*(1), 56–59. <https://doi.org/10.1157/13083927>
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., & López-Goñi, J. J. (2005). Prevalencia del juego patológico en el alcoholismo: Un estudio exploratorio. [Prevalence of pathological gambling in the alcoholism: An exploratory study.]. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, *10*(2), 125–134.
- Fetzner, M. G., McMillan, K. A., Sareen, J., & Asmundson, G. J. G. (2011). What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD? Findings from a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, *28*(8), 632–638. <https://doi.org/10.1002/da.20852>
- Field, M. J., & Jette, A. M. (2007). *The Future of Disability in America*. *America*. <https://doi.org/10.17226/11898>
- Fierro, I., Ochoa, R., Luis, J., Carlos, J., & Javier, F. (2008). Mortalidad y mortalidad prematura relacionadas con el consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004. *Medicina Clínica*, *131*(1), 10–13. <https://doi.org/10.1157/13123036>
- Fontaine, R. G., & Dodge, K. A. (2006). Real-Time Decision Making and Aggressive Behavior in Youth: A Heuristic Model of Response Evaluation and Decision (RED). *Aggress Behav*, *32*(6), 604–624. <https://doi.org/10.1002/ab.20150>
- Forman-Hoffman, V. L., Ault, K. L., Anderson, W. L., Weiner, J. M., Stevens, A., Campbell, V. A., & Armour, B. S. (2015). Disability Status, Mortality, and Leading Causes of Death in the United States Community Population. *Medical Care*, *53*(4), 1. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000321>
- Freud, S. (1997). Más allá del principio del placer. *Sigmund Freud, Obras Completas, Vol. XVIII*, 1–62.
- Galán, I., González, M.J., & Valencia-Martín, J.L, (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Revista Española de Salud Pública*, *88*(4), 529–540.
- García-Moreno, C., Guedes, A., & Knerr, W. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. *Organización Mundial de La Salud*, 1–12. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1)
- García-Sempre, A., & Portella, E. (2002). Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones*, *12*(1), 141–153. Retrieved from [http://www.adicciones.es/files/garcia\\_11.pdf](http://www.adicciones.es/files/garcia_11.pdf)
- García Cajella, J., Fuentes Solsona, F., Gangutia Hernández, S., Hernando Almudí, E., del Río Marco, F., & Serrat Moré, D. (1994). Partes de lesiones emitidos durante el periodo de tres años por el servicio de urgencias de un hospital de referencia. Estudio de su distribución por edad, sexo, destino y etiología. *Emergencias*, *6*(4), 152–160.

- Garro, A. J., McBeth, D. L., Lima, V., & Lieber, C. S. (1991). Ethanol consumption inhibits fetal DNA methylation in mice: implications for the fetal alcohol syndrome. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *15*(3), 395–398. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1991.tb00536.x>
- Garza, G., Méndez, M., & del Corral, R. (1986). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida.
- Gidycz, C. A., McNamara, J. R., & Edwards, K. M. (2006). Women's risk perception and sexual victimization: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, *11*(5), 441–456. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.004>
- Gili-Miner, M., Béjar-Prado, L., Gili-Ortiz, E., Ramírez-Ramírez, G., López-Méndez, J., López-Millán, J.-M., & Sharp, B. (2014). Alcohol use disorders among surgical patients: unplanned 30-days readmissions, length of hospital stay, excessive costs and mortality. *Drug and Alcohol Dependence*, *137*, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.01.009>
- Gili-Miner, M., López-Méndez, J., Vilches-Arenas, A., Ramírez-Ramírez, G., Franco-Fernández, D., Sala-Turrens, J., & Béjar-Prado, L. (2016). Esclerosis múltiple y trastornos asociados al consumo de alcohol: mortalidad atribuible, prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios. *Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.07.008>
- Gili, M., Béjar, L., Ramírez, G., López, J., Cabanillas, J. L., & Sharp, B. (2013). Celiac disease and alcohol use disorders: increased length of hospital stay, overexpenditures and attributable mortality. *Revista Española de Enfermedades Digestivas : Organó Oficial de La Sociedad Española de Patología Digestiva*, *105*(9), 537–43.
- Giovannucci, E. (2002). Epidemiologic studies of folate and colorectal neoplasia: a review. *The Journal of Nutrition*, *132*(8 Suppl), 2350S–2355S. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12163691>
- Giovannucci, E. (2004). Alcohol, one-carbon metabolism, and colorectal cancer: recent insights from molecular studies. *J Nutr*, *134*(9), 2475S–2481S. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=15333745](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15333745)
- González, N., & Montalvo, J. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica Y Salud: Revista de Psicología Clínica Y Salud*, *14*, n, 27–41. Retrieved from [/citations?view\\_op=view\\_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as\\_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation\\_for\\_view=NU-SFekAAAAJ:qjMakFHDy7sC&hl=es&oi=p](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157877550300055X)
- Graham, K., & Wells, S. (2001). Aggression Among Young Adults in the Social Context of the Bar. *Addiction Research & Theory*, *9*(3), 193–219. <https://doi.org/10.3109/16066350109141750>
- Guadilla, M., & Gaviria, M. (1996). La Serotonina en la Neurobiología de la Conducta Agresiva. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. Revista de Neuro-Psiquiatría.

- Guinea, F. S., & Bonilla, J. (2006). Neurobiología y neuropsicología de la conducta antisocial. *Psicopatología Clínica Legal Y Forense*, 6, 67–81.
- Guitart, A. M., Espelt, A., Castellano, Y., Bartroli, M., Villalbí, J. R., Domingo-Salvany, A., & Brugal, M. T. (2011a). Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo? *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.019>
- Guitart, A. M., Espelt, A., Castellano, Y., Bartroli, M., Villalbí, J. R., Domingo-Salvany, A., & Brugal, M. T. (2011b). Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo? *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.019>
- Halfon, P., Egli, Y., Van Melle, G., Chevalier, J., Wasserfallen, J. B., & Burnand, B. (2002). Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(6), 573–587. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00521-2](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00521-2)
- Hamby, S. (2017). On defining violence, and why it matters. *Psychology of Violence*, 7(2), 167–180. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/vio0000117>
- Harvey, P., Krug, E., Meddings, D., Peden, M., Moreno, C. G., Ogawa, H., Rogmans, W. (2007). Prevención de lesiones y violencia.
- Hawkins, J. D., Graham, J. W., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K. G., & Catalano, R. F. (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 280–90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9130220> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1894758>
- Herrero, F. J. (2015). G.I.P.(UNIOVI):Odds Ratio y Riesgo relativo en SPSS.
- Ibars-Moncasi, P; San Sebastián-Domínguez, J.A.; Soldevilla-Agreda, J. (2012). Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (CMBD-UPP). *Documentos de Posicionamiento GNEAUPP N° 11. Grupo Nacional Para El Estudio Y Asesoramiento En Úlceras Por Presión Y Heridas Crónica.*
- Iezzoni, L. I. (2002). Using administrative data to study persons with disabilities. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 347–79. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00007>
- Iezzoni, L. I. (2011). Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health Affairs*, 30(10), 1947–1954. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0613>
- Iezzoni, L. I. (2013). Imperatives for HSR Addressing: Individuals With Disabilities—The Canaries in Health Care’s Coal Mine. *Med Care*, 51, 133–136.
- Iglesias, E. B. (2007)..Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas, *Redalyc* 28, 11–20.
- INE. (2016). Estadística de violencia de doméstica y violencia de género.

- INE. (2007). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008*. Retrieved from <http://sedico.campeche.gob.mx/Volumes/archivos/diabetes0.pdf>
- Inglés, C J; Delgado, B; Bautista, R; Torregrosa, M S; Espada, J P; García-Fernández, J M; Hidalgo, M D; García-López, L J; (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2) 403-420.
- Ivano Scandurra, R., García-Altés, A., & Nebot, M. (2001). Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado Español. Consumo, coste y políticas. *Rev Esp Salud Pública*, 85, 505–515.
- Jewkes, R., & Dartnall, L. (2008). Sexual violence. *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 723–731). <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00067-8>
- Judicial, C. G. P. (2016). Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección y medidas de protección y seguridad solicitadas en los Juzgados de Violencia sobre la mujer y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia, (106), 1–30.
- Kandel, E. (1991). *Physical punishment and the development of aggressive and violent behavior: A review*. Retrieved from <http://eric.ed.gov/?id=ED332140>
- Kastner, C., Armitage, J., Kimble, A., Rawal, J., Carter, P. G., & Venn, S. (2006). The Charlson comorbidity score: a superior comorbidity assessment tool for the prostate cancer multidisciplinary meeting. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 9(3), 270–274. <https://doi.org/10.1038/sj.pcan.4500889>
- Keyes, K. M., Liu, X. C., & Cerda, M. (2012). The role of race/ethnicity in alcohol-attributable injury in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 34(1), 89–102. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxr018>
- Klein, M. (1945). El Complejo De Edipo a La Luz De Las Ansiedades Tempranas. *Obras Completas de Melanie Klein*.
- Lahitte, H. B. (2012). Consideraciones epistemológicas sobre la modelización conductual : la energética en Freud y en Lorenz. *Revista de Epistemología Y Ciencias Humanas*, 4, 26–43.
- Landa González, N., Lorea Conde, I., López Goñi, J. J., & Fernández Montalvo, J. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253–269. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1980355&orden=65869&info=link%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=1980355>
- Leeman, R. F., Patock-Peckham, J. A., & Potenza, M. N. (2012). Impaired control over alcohol use: An under-addressed risk factor for problem drinking in young adults? *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20(2), 92–106. <https://doi.org/10.1037/a0026463>
- Lemke, S., Schutte, K. K., Brennan, P. L., & Moos, R. H. (2008). Gender differences in social influences and stressors linked to increased drinking. *Journal of Studies on*

- Alcohol and Drugs*, 69(5), 695–702. <https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.695>
- Leonard, E., Buckley, T., & Curtis, K. (2016). Impact of alcohol on outcomes in hospitalized major trauma patients: a literature review. *Journal of Trauma Nursing*, 23(2), 103–114. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000194>
- Lesens, O., Methlin, C., Hansmann, Y., Remy, V., Martinot, M., Bergin, C., ... Christmann, D. (2003). Role of comorbidity in mortality related to *Staphylococcus aureus* bacteremia: a prospective study using the Charlson weighted index of comorbidity. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24(12), 890–6. <https://doi.org/10.1086/502156>
- Lieber, C. S. (1998). Medical disorders of alcoholism. *N Engl J Med*, 333, 1058–1065. <https://doi.org/10.1056/NEJM199510193331607>
- Loinaz, I., Echeburúa, E., & Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 19(2), 421–438.
- Longnecker, M. P. (1994). Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review. *Cancer Causes Control*, 5(1), 73–82.
- Lorenzo, D., Patró, R.M., Aguilar, M. M (2011). *Victimología: un estudio sobre la víctima y los procesos de victimización.* (Dykinson, Ed.)
- MacGregor, R. R. (1986). Alcohol and immune defense. *Jama*, 256(11), 1474–9. <https://doi.org/10.1001/jama.1986.03380110080031>
- MacMahon, B. (1992). The quantification of alcohol-caused morbidity and mortality in Australia: A critique. *Medical Journal of Australia*.
- Makkai, T. (1997). Alcohol & Disorder in the i s s u e s Australian Community : Part I ¾ Victims. *Australian Institute of Criminology*, (76).
- McKillop, I. H., & Schrum, L. W. (2005). Alcohol and liver cancer. In *Alcohol* (Vol. 35, pp. 195–203). <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2005.04.004>
- Ministerio del Interior. (2015). Anuario estadístico del Ministerio del Interior.
- Ministerio. de Justicia. (2015). Víctimas mortales en accidentes de tráfico. Memoria 2015. *Instituto Nacional de Toxicología*, 1–42.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2017). Víctimas mortales por violencia de género, 1
- Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. (2015). *Macroencuesta De Violencia Contra La Mujer 2015*. Retrieved from [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE\\_MACROENCUESTA\\_VIOLENCIA\\_CONTRA\\_LA\\_MUJER\\_2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015.pdf)
- Ministerio de sanidad,servicios sociales e igualdad (2014). *Edición electrónica de la CIE-9-MC. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9.ª REVISIÓN, MODIFICACIÓN CLÍNICA.* (M. de S. Servicios Sociales e Igualdad, Ed.). Retrieved from [http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_9\\_mc.html](http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html)

- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.(2016). Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014.
- Möller-Leimkühler, A. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0397-6>
- Mongan D and Long J. (2016). Overview of alcohol consumption, alcohol-related harm and alcohol policy in Ireland. HRB Overview Series 10. *Dublin: Health Research Board*.
- Montagú, A. (1970). *Hombre y agresión*. (Kairós, Ed.).
- Moss, M. (2005). Epidemiology of Sepsis: Race, Sex, and Chronic Alcohol Abuse. *Clinical Infectious Diseases*, 41(Supplement 7), S490–S497. <https://doi.org/10.1086/432003>
- Mufson, M.A, Hao, J.B., Stanek, R.J,& Norton,. N.B. (2012). Clinical features of patients with recurrent invasive Streptococcus pneumoniae disease. *Am J Med Sci*, 343(4), 303–309. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31822d9860>
- Muñoz-Delgado, J., Diaz, J., & Moreno, C. (2010). *Agresión y violencia: cerebro, comportamiento y bioética*. (Herder, Ed.).
- Nazar, D. N. (1984). Neuropatía Alcohólico, (3), 3–4.
- Nespor, K. (2004). Alcohol-related amnesia (“blackout”) in broader perspective. *Casopis Lekarů Ceskych*, 143(12), 861–862.
- Nielsen, A. B., & Yde, J. (1991). Epidemiology of Acute Knee Injuries: A Prospective Hospital Investigation. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 31(12), 1644–1648. <https://doi.org/10.1097/00005373-199112000-00014>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2009). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*.
- Ogden, G. R. (2005). Alcohol and oral cancer. In *Alcohol* (Vol. 35, pp. 169–173). <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2005.04.002>
- Olsson, T., Terent, A., & Lind, L. (2005). Charlson Comorbidity Index can add prognostic information to Rapid Emergency Medicine Score as a predictor of long-term mortality. *European Journal of Emergency Medicine : Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 12(5), 220–224. <https://doi.org/10.1097/00063110-200510000-00004>
- OMS. (2014). Maltrato infantil y alcohol. *Notas Descriptivas, II*, 8.
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
- Oyefeso, A., Schifano, F., Ghodse, H., Cobain, K., Dryden, R., & Corkery, J. (2006a). Fatal injuries while under the influence of psychoactive drugs: a cross-sectional exploratory study in England. *BMC Public Health*, 6(1), 148. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-148>

- Oyefeso, A., Schifano, F., Ghodse, H., Cobain, K., Dryden, R., & Corkery, J. (2006b). Fatal injuries while under the influence of psychoactive drugs: a cross-sectional exploratory study in England. *BMC Public Health*, *6*(1), 148. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-148>
- Pascual Pastor, F., Guardia Serecigni, J., & Pereiro Gómez, C. (2013). Alcoholismo. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica.. Retrieved from <http://www.socidrogalcohol.org/images/pdf/guia-alcohol-portada.pdf>
- Pelman, R. S., & Elterman, D. S. (2014). Salud masculina: estilo de vida, enfermedades y riesgos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *25*(1), 30–34. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70007-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70007-0)
- Pérez, K., Santamariña-Rubio, E., Rodríguez-Martos, A., Brugal, M. T., Ricart, I., Suelves, J. M., Plasència, A. (2009). Substance use among non-fatally injured patients attended at emergency departments in Spain. *Drug and Alcohol Dependence*, *105*(3), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.06.023>
- Plasència, A. (2002). Lesiones y alcohol: De la evidencia epidemiológica a la acción preventiva. *Adicciones*, *14*(SUPPL. 1), 279–290.
- Prasad, K., Jaeschke, R., Wyer, P., Keitz, S., Guyatt, G., & Evidence-Based Medicine Teaching Tips Working Group. (2008). Tips for Teachers of Evidence-Based Medicine: Understanding Odds Ratios and Their Relationship to Risk Ratios. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(5), 635–640. <http://doi.org/10.1007/s11606-007-0453-4>
- Quan, H., Sundararajan, V., Halfon, P., Fong, A., Burnand, B., Luthi, J.C., Saunders, L.D., Beck, C.A, Feasby, T.E, & Ghali, W. A. (2005). Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data. *Medical Care*, *43*(11), 1130–1139. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000182534.19832.83>
- Raine, A. (2008). From genes to brain to antisocial behavior. *Current Directions in Psychological Science*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00599.x>
- Ramstedt, M. (2001). Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, *96*(1s1), 59–75. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.96.1s1.6.x>
- Razvodovsky, Y. E. (2007). Suicidio e intoxicaci??n et??lica en Bielorrusia entre 1970 y 2005. *Adicciones*, *19*(3), 297–303.
- Razvodovsky, Y. E. (2013). Accesibilidad al alcohol y mortalidad relacionada con el alcohol en Bielorrusia Affordability of alcohol and alcohol-related mortality in Belarus, *25*, 156–162.
- Real Academia Española (2016). Diccionario de la lengua española. *Diccionario de La Lengua Española*. Retrieved from <http://www.rae.es/>
- Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C. T., & Trevisan, M. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, *27*(1), 39–51. [https://doi.org/Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15301399](https://doi.org/Retrieved%20from%20http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15301399)
- Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G., & Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based

- interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25(1), 11–18.  
<https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-21>
- Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G., & Gual, A. (2013). Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en España. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. *Adicciones*, 25(1), 11–18.  
<https://doi.org/0214-4840>
- Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos,CT, Frick U,& Jernigan D. (2004)Alcohol.use Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. (Vol. 1, pp. 959–1109).  
<https://doi.org/10.1542/peds.102.5.e54>
- Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, S. C. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98, 1209–28.
- Rey, G., Boniol, M., & Jouglu, E. (2010). Estimating the number of alcohol-attributable deaths: Methodological issues and illustration with French data for 2006. *Addiction*, 105(6), 1018–1029. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02910.x>
- Rodriguez, J. A. G., & Sánchez, C. L. (2001). *Manual de estudios sobre el alcohol*. Editorial Edaf, S.L. Retrieved from <https://books.google.es/books?id=r0ssB3t-0qcC>
- Rodríguez-Martos, A. (2002). Prevención de lesiones atribuibles al alcohol en el marco de una política de reducción de daños. *Trastornos Adictivos*, 4(2), 95–108.  
[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(02\)70061-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(02)70061-5)
- Romero, C. (2007). OH , el alcohol. *Rev. Urug. Cardiol*; 22(3): 214-233
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17870-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2)
- Rosman, A.S, Paronetto F, Galvin, K, Williams, R.J, & Lieber, C.S. Hepatitis C Virus Antibody in Alcoholic Patients Association With the Presence of Portal and/or Lobular Hepatitis. *Arch Intern Med*. 1993;153(8):965-969.  
doi:10.1001/archinte.1993.00410080031005
- Rothman, E. F., McNaughton Reyes, L., Johnson, R. M., & LaValley, M. (2012). Does the alcohol make them do it? Dating violence perpetration and drinking among youth. *Epidemiologic Reviews*, 34(1), 103–119. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxr027>
- Sacks, J. J., Gonzales, K. R., Bouchery, E. E., Tomedi, L. E., & Brewer, R. D. (2016). 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5), e73–e79. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.031>
- Santos Diez, P., Forcada Chapa, R., & Zamorano García, M. C. (2001). Trastornos de personalidad en alcohólicos. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 297–298.  
[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(01\)78593-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(01)78593-5)
- Sarasa-Renedo, A; Sordo, L; Molist, G; Hoyos, J; Guitart, A M; Barrio, G; (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88() 469-491. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17031687004>

- Scheidt, P. C., Harel, Y., Trumble, A. C., Jones, D. H., Overpeck, M. D., & Bijur, P. E. (1995). The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *American Journal of Public Health, 85*(7), 932–938. <https://doi.org/10.2105/AJPH.85.7.932>
- Seitz, H. K. (2012). Alcohol and breast cancer. *Breast, 21*(4), 426–427. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2012.01.017>
- Sendino, R., Álvarez, E., Brime, B., Llorens, N., Ruiz, A., & Sánchez, E. (2016). Informe 2015: Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España. *Observatorio Español de La Droga Y Las Toxicomanias. Ministerio de Sanidad Y Servicios Sociales.*, 72. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Sherrill, A. M., Bell, K. M., & Wyngarden, N. (2016). A Qualitative Examination of Situational Risk Recognition Among Female Victims of Physical Intimate Partner Violence. *Violence Against Women, 22*(8), 966–985. <https://doi.org/10.1177/1077801215616706>
- Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry.* <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111774>
- Single, E., Rehm, J., Robson, L., & Van Truong, M. (2000). The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ, 162*(12), 1669–1675.
- Smith, G. S., & Kraus, J. F. (1988). Alcohol and residential, recreational, and occupational injuries: a review of the epidemiologic evidence. *Annual Review of Public Health, 9*(16), 99–121. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.09.050188.000531>
- Solter, V., Thaller, V., Bagaric´, A., Karlovic´, D., Crnkovic´, D., & Potkonjak, J. (2004). Estudio de la esquizofrenia comórbida con la adicción alcohólica. *The European Journal of Psychiatry (Edición En Español), 18*(1), 14–22. <https://doi.org/10.4321/S1579-699X2004000100002>
- Southern, W. N., Nahvi, S., & Arnsten, J. H. (2012). Increased risk of mortality and readmission among patients discharged against medical advice. *The American Journal of Medicine, 125*(6), 594–602. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.12.017>
- Stahre, M., Simon, M., & Rafael, S. (2010). Alcohol-Related Deaths and Hospitalizations by Race , Gender , and Age in California. *The Open Epidemiology Journal, 3*, 3–15.
- States, U. (2004). Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost--United States, 2001. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 53*(37), 866–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18756193>
- Stockwell, T., Chikritzhs, T., Holder, H., Single, E., Elena, M., Jernigan, D., & Dawson, D. (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Harm.* World Health Organization. [https://doi.org/10.1007/SpringerReference\\_301104](https://doi.org/10.1007/SpringerReference_301104)
- Stranjalis, G., Bouras, T., Korfiatis, S., Andrianakis, I., Pitaridis, M., Tsamandouraki, K., Alamanos, Y., Sakas, D. E., & Marmarou, A. (2008). Outcome in 1,000 head injury hospital admissions: the Athens head trauma registry. *The Journal of Trauma, 65*(4), 789–793. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181469e26>
- Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. (1994). Coercive actions and aggression. *Violence,*

- Aggression, and Coercive Actions.*, 347–371. <https://doi.org/10.1037/10160-012>
- Thombs, B. D., Singh, V. A., Halonen, J., Diallo, A., & Milner, S. M. (2007). The Effects of Preexisting Medical Comorbidities on Mortality and Length of Hospital Stay in Acute Burn Injury. *Annals of Surgery*, 245(4), 629–634. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000250422.36168.67>
- Tiret, L., Hausherr, E., Thicoipe, M., Garros, B., Maurette, P., Castel, J. P., & Hatton, F. (1990). The epidemiology of head trauma in aquitaine (France), 1986: A community-based study of hospital admissions and deaths. *International Journal of Epidemiology*, 19(1), 133–140. <https://doi.org/10.1093/ije/19.1.133>
- Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: A review. *Psychopathology*, 39(2), 55–68. <https://doi.org/10.1159/000090594>
- Turati, F., Garavello, W., Tramacere, I., Pelucchi, C., Galeone, C., Bagnardi, V., Corrao, G., Islami, F., Boffetta, P., La Vecchia, C., & Negri, E. (2013). A meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers: Results from subgroup analyses. *Alcohol and Alcoholism*. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags100>
- UNODC. (2014). *Global Study on Homicide*. <https://doi.org/10.1023/B:JOQC.0000037731.28786.e3>
- Vaideeswar, P., Chaudhari, C., Rane, S., Gondhalekar, J., & Dandekar, S. (2014). Cardiac pathology in chronic alcoholics: a preliminary study. *J Postgrad Med*, 60(4), 372–376. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.143958>
- Valdés Rodríguez, E. (2004). Accidentes de tráfico relacionados con el alcohol. *Trastor. Adict*, 6(4), 231–233. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3288244>
- Valencia, J., & González, J. (2014). Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol, la importancia de los patrones de consumo. *Revista Española De Salud Pública*, 433–446. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400002>
- Varela, A., & Pritchard, M. E. (2011). Peer influence: use of alcohol, tobacco, and prescription medications. *Journal of American College Health : J of ACH*, 59(8), 751–6. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.544346>
- Waldrop, J., Stern, S. M., & U.S. Census Bureau. (2003). *Disability status, 2000. Census 2000 brief*. Retrieved from <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS35930>
- Wells, B. Y. S., Giesbrecht, N., Ialomiteanu, A., & Graham, K. (2011). The association of drinking pattern with aggression involving alcohol and with verbal versus physical aggression. *Contemporary Drug Problems*, (38), 259–280.
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption patterns from the multinational genacis project. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(9), 1487–1500. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02696.x>
- WHO. (2014). Global status report on alcohol and health. *World Health Organization*, 1–100. [https://doi.org/entity/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](https://doi.org/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)

- WHO (World Health Organization). (2011). World report on disability 2011. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation Association of Academic Physiatrists*, 91, 549. <https://doi.org/10.1136/ip.2007.018143>
- World Health Organisation. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. *Global Status Report on Alcohol*, 1–392. [https://doi.org/doi.org/entity/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](https://doi.org/doi.org/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, xiii+248p. [https://doi.org/10.1002/1520-6505\(2000\)9:5<201::AID-EVAN2>3.3.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1520-6505(2000)9:5<201::AID-EVAN2>3.3.CO;2-P)
- Yuan, Z., Dawson, N., Cooper, G. S., Einstadter, D., Cebul, R., & Rimm, A. A. (2001). Effects of alcohol-related disease on hip fracture and mortality: a retrospective cohort study of hospitalized Medicare beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1089–93.
- Zuckerman, M., & Kuhlman, M. (2000). Personality and risk-tasking: common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68(6), 999–1029. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00124>