

# Violencia y adolescencia. Perspectiva desde un servicio de urgencias

V. Trenchs Sainz de la Maza, A. Martínez Planas, A.I. Curcoy Barcenilla, C. Luaces Cubells y J. Pou Fernández

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

## Introducción y objetivo

Los actos de violencia entre adolescentes son cada vez más frecuentes y generan problemas de índole diversa. El conocimiento de las circunstancias que los rodean es importante para instaurar medidas que disminuyan su incidencia. El objetivo de este trabajo es analizar las características de las víctimas de agresiones atendidas en nuestro servicio de urgencias.

## Material y método

Estudio retrospectivo de los informes de urgencias de los adolescentes que fueron visitados en el año 2006 por haber sido agredidos y en los que se emitió un parte de lesiones.

## Resultados

Fueron 105 pacientes, con una edad media de 15,9 años (DE: 1,4 años) y predominio masculino (77 casos, 73,3%). El 55,2% de las visitas se produjeron entre las 20.00 y las 4.00 h; el 58,1% en día festivo. El motivo de la consulta estaba relacionado con una pelea en 49 casos (46,7%), con una agresión sin pelea en 44 (41,9%), con maltrato físico en 7 (6,7%) y con abuso sexual en 5 (4,8%). En el 85,1% se había usado la fuerza física; en el 13,3%, instrumentos no cortantes, y en el 5,7%, armas blancas. Las contusiones fueron las lesiones más frecuentes, en 98 pacientes (93,3%), seguidas de heridas abiertas y fracturas, en 20 (19%) y 12 casos (11,4%), respectivamente. Requirieron pruebas de radiodiagnóstico 62 adolescentes (59%), análisis de orina 10 (9,5%) y hemograma 7 (6,7%). Ingresaron 7 pacientes (6,7%) y 6 (5,7%) fueron valorados por Trabajo Social.

## Conclusiones

El conocimiento de la epidemiología de este problema y su difusión entre los profesionales implicados en su manejo debe promover la creación de protocolos y acciones coordinadas que puedan minimizar su impacto entre los adolescentes y, por lo tanto, en la sociedad.

## Palabras clave:

*Violencia. Agresiones. Adolescencia. Servicios de urgencias.*

## VIOLENCE AND ADOLESCENCE. A PERSPECTIVE FROM AND EMERGENCY DEPARTMENT

### Introduction and aim

The acts of violence between adolescents are becoming increasingly more common, generating problems of a diverse nature. The knowledge of the circumstances that surround this violence is important to implement measures to decrease their incidence. The aim of this study was to describe the epidemiology of violent assault in teenagers from the perspective of an Emergency Department.

### Material and method

Retrospective analysis of information recorded on adolescent victims of assault, who attended our Emergency Department over a 1 year period (2006), was performed.

### Results

Of the 105 patients included, the mean age of the assault victims was 15.9 (SD: 1.4) years. Of those, 73.3% were male. They were seen at holidays (58.1%) and predominantly between the hours of 8 pm and 4 am (55.2%). Forty-nine (46.7%) of the events were classified as fights, 44 (41.9%) as assaults, 7 (6.7%) as physical abuse and 5 (4.8%) as sexual abuse. Overall, 20 (19%) patients reported that there was a weapon at the scene: in 13.3% a blunt object and in 5.7% a knife/piercing object. Bruises or haematomas were present in 93.3% of patients; lacerations in 19% and fractures in 11.4%. Sixty-two (59%) patients needed an X-ray, 10 (9.5%) a urinalysis and 7 (6.7%) a blood test. Seven (6.7%) patients were hospitalised and 6 (5.7%) were evaluated by Social Work.

**Correspondencia:** Dr. C. Luaces Cubells.  
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría.  
Hospital Universitario Sant Joan de Déu.  
Pº Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona. España.  
Correo electrónico: cluaces@hsjdbcn.org

Recibido en octubre de 2007.

Aceptado para su publicación en febrero de 2008.

## Conclusions

**The knowledge of the epidemiology of this problem and awareness by the professionals involved in handling this, must promote the coordinated creation of protocols and actions that can decrease its impact among adolescents, and in turn, society.**

### Key words:

*Violence. Assaults. Adolescence. Emergency Department.*

## INTRODUCCIÓN

La violencia y sus consecuencias son una de las principales causas de morbimortalidad en los adolescentes<sup>1,2</sup>. Las características propias de esta etapa de la vida, junto con determinados factores externos cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, facilitan que se produzcan estos episodios<sup>3-7</sup>. En la adolescencia existen, en mayor o menor grado según los individuos, miedo a la pasividad, grandes tensiones internas y déficit del lenguaje verbal, peculiaridades que favorecen el uso de la violencia para la resolución de conflictos. Asimismo, el fracaso escolar, el déficit en la formación ética y moral, las crisis familiares, el fácil acceso a sustancias de abuso o a armas y la continua exposición a escenas violentas en los medios de comunicación y videojuegos no hacen más que incrementar las posibilidades de que los jóvenes vean en la violencia una salida fácil para afrontar sus problemas.

Los médicos y pediatras de urgencias somos testigos de primera línea de los comportamientos violentos y lesiones derivadas que afectan a nuestros adolescentes. En nuestro país no existen estudios que valoren cuál es la magnitud del problema en este ámbito. Es importante averiguar en qué punto nos encontramos para poder planificar el abordaje más adecuado de estas situaciones. En consecuencia, creemos que resultaría interesante plantear como objetivo de este trabajo el conocer las características de los adolescentes víctimas de agresiones atendidas en nuestro servicio de urgencias.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo observacional. A través de la base de datos informatizada de nuestro hospital, se seleccionaron los informes del servicio de urgencias de adolescentes que se acompañaron de la emisión de un parte de lesiones por agresión durante el año 2006.

Nuestro hospital es un centro materno-infantil de tercer nivel dotado de 275 camas pediátricas (pacientes entre 0 y 18 años). Es centro de referencia de un área de 1.200.000 habitantes. La tasa media de frecuentación de urgencias infantiles es de unas 109.500 consultas al año, y se estiman unos ingresos anuales del 5,7%<sup>8</sup>. Se consideró "adolescente" todo paciente que en el momento de la visita tenía una edad comprendida entre los 12 y los 18 años.

En el servicio de urgencias se emite un parte de lesiones por agresión, siguiendo las recomendaciones de las

sociedades científicas<sup>9</sup>, siempre que el motivo de la consulta del paciente se deriva de una acción con violencia, ya sea de índole física o verbal (amenazas, insultos, riñas, reyertas callejeras, peleas, etc.), así como las situaciones de posible agresión sexual y maltrato.

De cada informe se extrajeron los siguientes datos: edad, sexo, día y hora de la visita, motivo de la consulta, uso y tipo de arma empleada, hallazgos en la exploración física, pruebas complementarias, destino tras el alta y existencia de valoración por Trabajo Social.

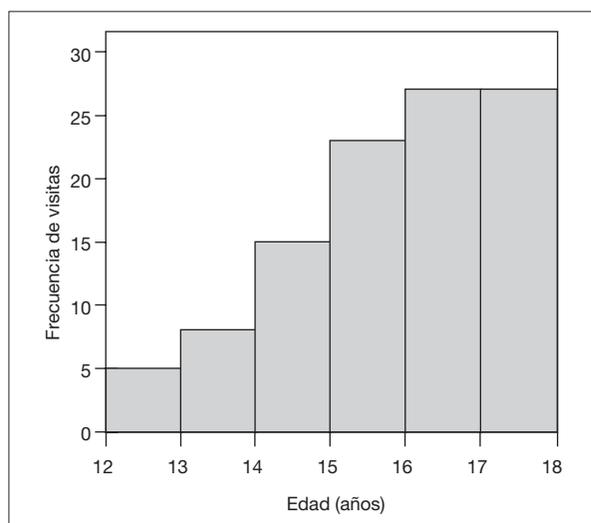
Los motivos de consulta se dividieron en dos grupos, pelea y agresión sin pelea, y dentro de este último pueden diferenciarse el maltrato físico y el abuso sexual. Se consideró "pelea" cuando el adolescente había participado activamente en una reyerta, siendo a la vez víctima y agresor, y "agresión sin pelea" cuando había sido víctima de un acto violento del que no había tomado partido. Se define como "maltrato físico" en el caso de que la consulta estuviera motivada por daño físico o enfermedad derivada de una acción no accidental por parte de algún adulto con autoridad sobre el menor, y como "abuso sexual" en el caso de que el adolescente hubiera sido forzado a mantener cualquier tipo de relación sexual con otra persona sin haber dado su consentimiento.

Todos los datos se almacenaron y analizaron en una base de datos del sistema estadístico SPSS 14.0.

## RESULTADOS

Durante el año 2006 se emitieron desde el servicio de urgencias de nuestro hospital 137 partes de lesiones por consultas relacionadas con agresiones; 105 (78,4%) correspondieron a adolescentes.

La edad media de los adolescentes fue de 15,9 años (desviación estándar: 1,4 años); los más mayores fueron los que ocasionaron más visitas (fig. 1). Un total de 77 pacientes (73,3%) eran varones.



**Figura 1.** Distribución del número de visitas por edad de los pacientes.

El 58,1% del total de las consultas se realizaron en días festivos, y más de la mitad de las visitas (55,2%) se produjeron durante la noche y primeras horas de la madrugada (entre las 20.00 y las 4.00 h). Al comparar la distribución horaria del número de visitas entre los festivos y los días laborables, se observó que mientras en los festivos la mayoría de pacientes (60,7%) acudieron entre las 20.00 y las 4.00 h, durante los días laborables las consultas se distribuyeron de forma más homogénea entre la tarde (12.00-20.00 h) y la noche-madrugada (43,2 y 47,7%, respectivamente).

El motivo de la consulta se debió a las consecuencias de una pelea en 49 casos (46,7%), de una agresión sin pelea en 44 (41,9%), de un maltrato físico en 7 (6,7%) y de un abuso sexual en 5 (4,8%).

Los pacientes relataron agresiones relacionadas con el uso de la fuerza física (golpes, patadas, puñetazos, mordeduras, etc.) en el 85,1% de las ocasiones, con el uso de instrumentos no cortantes (palos, bastones, cinturones, etc.) en el 13,3% y con el de armas blancas (cuchillos, navajas, puñales, etc.) en el 5,7%. No hubo ninguna consulta relacionada con el empleo de armas de fuego.

Las contusiones fueron las lesiones más comunes, en 98 pacientes (93,3%), seguidas de las heridas abiertas y fracturas, en 20 (19%) y 12 pacientes (11,4%), respectivamente. De las fracturas, 8 fueron de extremidades y 4, del tabique nasal. Asimismo, se objetivaron 5 perforaciones timpánicas (4,8%), 4 lesiones oftálmicas (3,8%) y 4 mordeduras humanas (3,8%). Un total de 42 adolescentes (40%) presentaron más de un tipo de lesión, y 3 (2,8%) no presentaron ninguna.

Se solicitó alguna prueba de radiodiagnóstico en 62 pacientes (59%), principalmente radiografías simples, a 10 (9,5%) una muestra de orina y a 7 (6,7%) un análisis de sangre.

Hubo 7 adolescentes (6,7%) que requirieron ingreso hospitalario y 6 (5,7%), valoración por Trabajo Social.

## DISCUSIÓN

La violencia genera un número nada despreciable de consultas en los servicios de urgencias<sup>10,11</sup>. En el nuestro, cada 2 o 3 días se atendió una visita, protagonizada más del 75% de las veces por un adolescente. Es un hecho constatado que el pico de este tipo de consultas se da durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. Así, en un estudio reciente realizado en el Reino Unido<sup>10</sup>, que incluía a víctimas de agresiones de todas las edades, el 26% tenía entre 15 y 19 años. Al analizar específicamente el grupo de edad correspondiente a la adolescencia (12-18 años), los individuos de mayor edad son los más afectados. La muestra presentada refleja este dato y corrobora un estudio llevado a cabo entre 2002 y 2004 en Canadá, en el que los pacientes de 17 y 18 años fueron los que presentaron una incidencia más elevada de visitas por lesiones derivadas de actos violentos<sup>12</sup>. El pre-

dominio de los varones fue otra característica típica de estos pacientes, descrita también repetidamente en la bibliografía<sup>4,7,10-14</sup>.

La mayoría de consultas se dieron al atardecer o durante la noche, y predominaron en los días festivos; estos datos son superponibles a otros estudios<sup>10,13</sup>. El empleo de alcohol y otras drogas de abuso durante el tiempo libre, frecuente en las edades estudiadas, seguramente tuvo mucho que ver con los comportamientos violentos<sup>15,16</sup>.

Las peleas y agresiones sin pelea fueron los motivos de consulta más habituales. Según otros autores<sup>17</sup>, están justificadas por los propios adolescentes como respuesta a faltas de respeto, a burlas o a peleas/agresiones previas. Una mayor apuesta por la educación para la resolución de conflictos durante la infancia quizá mejoraría esta situación, al dar al adolescente las herramientas necesarias para controlar sus impulsos y ofrecer una salida pacífica a sus problemas.

En el 18% de los casos se utilizó algún tipo de arma para infligir el daño, pero no se observaron heridas con armas de fuego. La ausencia de este tipo de lesiones se relacionaría con la legislación vigente en España, donde el acceso a armas de fuego está muy restringido. En países más permisivos, como Estados Unidos, este tipo de lesiones constituyen un problema importante y representan la segunda causa de muerte no natural en adolescentes<sup>18</sup>.

La mayoría de lesiones observadas no fueron graves y a los pacientes se les pudo dar de alta directamente desde el servicio de urgencias, al igual que en estudios similares<sup>10,12</sup>. No obstante, muchos precisaron pruebas complementarias, y un número nada despreciable requirió ingreso hospitalario. Todo ello implica, además de los daños sufridos por las víctimas, unos costes sanitarios que hay que tener muy en cuenta<sup>19</sup>. Una mayor inversión en prevención, tanto primaria (a través de programas educativos) como secundaria (a través del seguimiento y reorientación de las víctimas y los agresores), parece la estrategia más eficaz para disminuir la incidencia de este tipo de situaciones.

Los datos de nuestra serie muestran que las lesiones derivadas de actos violentos fueron una causa relativamente frecuente de consulta; esta frecuencia seguramente pueda ser más elevada y esté subestimada por el diseño del estudio. Así, entre las limitaciones de nuestro estudio cabe mencionar el hecho de que recoger la muestra a partir de los partes de lesiones emitidos puede no detectar aquellos casos en los que no se emitió dicho documento. Un claro ejemplo sería el de la víctima que no refirió que sus lesiones se debían a un acto violento y en el que la anamnesis realizada por los profesionales sanitarios no fue capaz de detectarlo. Asimismo, otras limitaciones derivadas del carácter retrospectivo del estudio fueron la imposibilidad de establecer, en la mayoría de

ocasiones, la relación de la víctima con su agresor y de profundizar en los desencadenantes directos de las agresiones. Acerca de este último punto, ya citábamos con anterioridad la posibilidad de que el consumo de alcohol o de otras drogas de abuso durante las actividades recreativas de nuestros jóvenes pudiera tener mucho que ver con este tipo de consultas.

Dado que no era objeto del estudio, no se incluyó a todos aquellos pacientes que consultaron por una posible patología orgánica y que en realidad padecían trastornos somatomorfos secundarios a acoso escolar (*bullying*) o a otros tipos de violencia psicológica; seguramente, y a tenor de las estadísticas publicadas, la violencia esté mucho más implicada en las consultas de los adolescentes a urgencias que muchos otros motivos considerados, *a priori*, más frecuentes<sup>20-22</sup>. En consecuencia, nos parece de gran interés plantear futuros estudios que incluyan este perfil de pacientes y disponer así de una información más global de la violencia en los adolescentes.

En conclusión, la violencia es un problema importante en nuestra sociedad en la que los niños y adolescentes no están exentos de sufrir sus consecuencias. Los servicios de urgencias, al estar "en primera línea de atención", ocupan una posición única para compartir con los servicios de atención primaria, los trabajadores sociales, las administraciones públicas y las escuelas la creación de estrategias de intervención que pueden impactar en el futuro de niños y adolescentes<sup>2</sup>. El conocimiento de la epidemiología de este problema y su difusión entre los profesionales implicados en su manejo deben promover la creación de protocolos y acciones coordinadas que puedan minimizar su impacto entre los adolescentes y, por lo tanto, en la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Violence and Disrespect [citado 10 de agosto de 2007]. Disponible en: [http://www.mediafamily.org/hot\\_topics/violence\\_and\\_disrespect.shtml](http://www.mediafamily.org/hot_topics/violence_and_disrespect.shtml)
2. Kling JE. Violence and children: a view from the emergency department. *Curr Opin Pediatr*. 2007;19:245-6.
3. Cornellà i Canals J, Llusent Guillaumet A. Adolescents agressius, adolescents que delinqueixen: del diagnòstic al tractament [citado 14 de agosto de 2007]. Disponible en: [www.academia.cat/societats/pediatrica/activitats/ciap2006.htm](http://www.academia.cat/societats/pediatrica/activitats/ciap2006.htm)
4. Saner H, Ellickson P. Concurrent risk factors for adolescent violence. *J Adolesc Health*. 1996;19:94-103.
5. Farrington DP, Loeber R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2000;9:733-48.
6. Singer MI, Millar DB, Guo S, Flannery DJ, Frierson T, Slovack K. Contributors to violent behaviour among elementary and middle school children. *Pediatrics*. 1999;104:878-84.
7. Munni R, Malhi P. Adolescent violence exposure, gender issues and impact. *Indian Pediatr*. 2006;43:607-12.
8. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Memoria de actividad 2005 [citado 14 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.hsjdbcn.org/memoria>
9. Bruguera R, Chanovas MR, Roqueta F. Quaderns de la Bona Praxi. Orientacions medicolegals de l'atenció als Serveis d'urgències. [citado 20 de agosto de 2007] Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicaciones/bonapraxi/praxi23.pdf>
10. Howe A, Crilly M. Violence in the community: a health service view from a UK Accident and Emergency Department. *Public Health*. 2002;116:15-21.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Nonfatal physical assault-related injuries treated in hospital emergency departments – United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51:460-3.
12. Snider CE, Lee JS. Emergency department dispositions among 4100 youth injured by violence: A population-based study. *CJEM*. 2007;9:164-9.
13. Wright J, Kariya A. Assault patients attending a Scottish accident and emergency department. *J R Soc Med*. 1997;90:322-6.
14. Shepherd JP, Shapland M, Pearce NX, Scully C. Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. *J R Soc Med*. 1990;83:75-8.
15. Melzer-Lange MD. Violence and associated high-risk health behavior in adolescents. Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 1998;45:307-17.
16. Calafat A, Fernández C, Juan M, Becoña E. Recreational nightlife in Spanish young people as a risk factor in comparison with more traditional ones. *Adicciones*. 2007;19:125-31.
17. Mollen CJ, Fein JA, Localio AR, Durbin DR. Characterization of interpersonal violence events involving young adolescent girls vs. events involving young adolescent boys. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:545-50.
18. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Ten leading causes of injury death: Highlighting violence [serie en internet] [citado 23 Ago 2007]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncipc/osp/charts.htm>
19. Corso PS, Mercy JA, Simon TR, Finkelstein EA, Miller TR. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States. *Am J Prev Med*. 2007;32:474-82.
20. Sraibstein JC, McCarter RJ, Shao C, Huang ZJ. Morbidities associated with bullying behaviors in adolescents. School based study of American adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18:587-96.
21. Ivarsson T, Broberg AG, Arvidsson T, Gillberg C. Bullying in adolescence: psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nord J Psychiatry*. 2005;59:365-73.
22. Rodríguez Piedra R, Seoane Lago A, Pedreira Massa JL. Niños contra niños: el *bullying* como trastorno emergente. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:162-6.