

Título: Modelo de evaluación de riesgo hetero agresivo para la prevención de las lesiones intencionales.

Autor:

Dr. Alejandro Caral Gutiérrez. Especialista de primer grado en Medicina Legal.

Master en Salud Pública. Profesor Auxiliar

## Resumen

En el contexto cubano actual no se cuenta con un protocolo de actuación que tenga un enfoque integrador desde la perspectiva de la asistencia médico legal, el cual mediante la interrelación de los conocimientos de las ciencias, especialidades y disciplinas que intervienen en la prevención del delito de lesiones intencional catalogado como grave, proporcione una herramienta poderosa para su prevención

Como solución a este problema científico, se realizó una investigación, que tiene comonovedad la identificación de los factores de riesgo en víctimas de delito de lesiones intencionales calificadas como graves, lo que permitió diseñar un perfil de riesgo heteroagresivo.

El abordaje de la investigación del delito de lesiones graves no solo debe ser basado en lograr una reconstrucción criminodinámica del mismo, sino que permita afrontarlo como problema de salud, mediante la identificación de factores de riesgo de hetero agresión que resulte útil tanto para el Sistema Nacional de Salud (SNS), como para todas aquellas organizaciones y entidades que participan en la prevención de la agresión, entiéndase: Policía Nacional Revolucionaria (PNR), Federación de Mujeres Cubanas (FMC), Comité de Defensa de la Revolución (CDR), Fiscalía, entre otros.

La contradicción existente entre la existencia de mecanismos de control social para detener el delito de lesiones graves y que no lo abordan como problema de salud, determina la no existencia de un perfil de riesgo de hetero agresión que sirva como instrumento para la prevención de este tipo delito, a través de una visión integradora entre el médico legista, la instrucción policial, los tribunales de justicia.

## Summary

In the current Cuban context, there is no action protocol that has an integrative approach from the perspective of legal medical assistance, which through the interrelation of the knowledge of the sciences, specialties and disciplines that intervene in the prevention of the crime of intentional injury listed as serious, provide a powerful tool for prevention

As a solution to this scientific problem, an investigation was carried out, which has as a novelty the identification of risk factors in crime victims of intentional injuries classified as serious, which allowed the design of a hetero-aggressive risk profile.

The approach to the investigation of the crime of serious injuries should not only be based on achieving a criminodynamic reconstruction of it, but also allow it to be faced as a health problem, by identifying risk factors for hetero-aggression that is useful both for the National System of Health (SNS), as for all those organizations and entities that participate in the prevention of aggression, understand: Revolutionary National Police (PNR), Federation of Cuban Women (FMC), Committee for the Defense of the Revolution (CDR), Prosecutor's Office , among others.

The contradiction between the existence of social control mechanisms to stop the crime of serious injuries and that they do not address it as a health problem, determines the non-existence of a risk profile of hetero-aggression that serves as an instrument for the prevention of this type crime, through an integrating vision between the forensic doctor, the police instruction, the courts of justice.

## INTRODUCCIÓN.

En todo el mundo mueren cada año como consecuencia de la violencia, en todas sus formas (violencia auto infligidas, interpersonal y colectiva), más de 1,3 millones de personas, lo que representa el 2,5% de la mortalidad mundial. En lo que respecta a las personas de 15 a 44 años, la violencia es la cuarta causa de muerte a escala mundial (1), es por eso que, ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud como “un problema de salud global de proporciones epidémicas” (OMS, 2002) (2)

Por cada muerte relacionada con la violencia hay muchos más individuos que buscan tratamiento de urgencia por una lesión sufrida en un acto de violencia interpersonal. En Ciudad del Cabo (Sudáfrica), el análisis de 9.236 ingresos consecutivos en centros de traumatología desde octubre del 2010 a septiembre del 2011 evidenció que las agresiones con arma blanca (21%) o con objetos contundentes (17%) fueron los dos mecanismos más comunes de lesión, que más

del 70% de los casos eran varones y que el 42% tenían de 18 a 30 años de edad (3).

En los Estados Unidos de América, 1.723.515 personas fueron tratadas en los departamentos de urgencias en el 2012 por lesiones sufridas a raíz de una agresión; el 37% tenían de 10 a 24 años de edad (4). Las evaluaciones médico legales por lesiones externas de carácter grave en el llamado Triángulo Norte Centroamericano ascendieron en 2013 a 41.780, con costos globales que superan el 10 % del PIB (producto interno bruto) de estos países, según la apreciación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las lesiones externas son una de las causas principales de mortalidad y morbilidad a nivel mundial y suponen una demanda de recursos humanos y financieros considerables en los sistemas de salud de los países con altos índices de violencia y recursos limitados (5).

A pesar de la ostensible baja que han experimentado las lesiones en los últimos dos años en Chile, este tipo de delitos continúa siendo el segundo delito con mayor número de denuncias, después de los delitos en contra de la propiedad, representando cerca del 13% del total de hechos delictuales (6). En 2015 el Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses de Colombia (7) realizó 126.803 peritaciones por violencia interpersonal; con relación al 2014, se presentó una reducción del 5,8%. La tasa nacional fue de 263 lesionados por cada cien mil habitantes, la más baja de los últimos 10 años. La gran mayoría de los lesionados fueron hombres con edades entre los 20 y 24 años, principalmente solteros. De las personas en condición de vulnerabilidad, el 43,38% figuran como consumidores de sustancias psicoactivas (drogas y alcohol, entre otras). El 32% de las víctimas fueron agredidos por personas sin ningún tipo de relación con el victimario. Mayo sobresale como el mes con más casos de violencia interpersonal durante 2015 y supera el promedio mensual de 10.567 peritaciones. El domingo es el día con mayor número de casos por estos hechos, y la frecuencia más alta de casos se presenta entre las 6:00 p.m. y 8:59 p.m.

La violencia no sólo por la elevada mortalidad que ocasiona, sino también por las discapacidades y el elevado costo resultantes de las lesiones no mortales, acarrea

costos directos en el valor de los bienes, los servicios usados en su prevención, el tratamiento a las víctimas y en la captura y castigo a sus perpetradores; además de indirectos, que incluyen impactos en la salud, económicos y sociales. (8)

En Cuba se realizó un estudio en el Hospital “Saturnino Lora” de la provincia de Santiago de Cuba, donde se caracterizó a los pacientes que ingresaron con traumatismos graves en el bienio 2012-2014, donde se obtuvo un predominio de la agresión en 95 pacientes (69,3 %), muy por encima de las restantes formas de sufrir lesiones, con primacía de los traumas abiertos con 88 pacientes (64,2 %). (9)

En nuestro país, el delito de lesiones graves, aparece reflejado en el Código Penal (10) en el libro II, Título VIII: Delitos contra la vida y la integridad corporal, Capítulo VII: Lesiones, Artículo 272. 1. El que cause lesiones corporales graves o dañe gravemente la salud a otro, incurre en sanción de privación de libertad de dos a cinco años.

2. Se considera lesiones graves las que ponen en peligro inminente la vida de la víctima, o dejan deformidad, incapacidad o cualquier otra secuela anatómica, fisiológica o psíquica.

3. Para adecuar la sanción, el tribunal tiene en cuenta, especialmente, el grado en que la intención del culpable coincide con la naturaleza y entidad de las lesiones causadas.

Artículo 273. El que ciegue, castre o inutilice para la procreación a otro incurre en sanción de privación de libertad de cinco a doce años.

En el Instituto de Medicina Legal de La Habana se realizan los atestados de sanidad de lesiones, donde se califica el delito de lesiones acorde a la clasificación del Código Penal.

En los años 2016 y 2017, los delitos de lesiones graves de carácter intencional constituyeron el 9.25 % del total de sanidades de lesiones, constituyendo las lesiones graves con peligro para la vida el 43.22 % y las lesiones graves por secuelas el 56.77 % del total de lesiones intencionales calificadas como graves (11),

si la comparamos con las cifras de violencia como las reportadas en la región de Centroamérica referidas anteriormente, no resultan tan alarmantes, pero sí resultan preocupantes, especialmente, en nuestro sistema social y porque no contamos con un protocolo que otorgue uniformidad a su seguimiento, a pesar de que con frecuencia resulta previsible que se trata de personas vulnerables que pueden volver a ser victimizadas.

Según hemos podido revisar la idea de que la violencia y las lesiones se pueden prevenir sistemáticamente es bastante nueva para gran parte del mundo. Aunque las principales causas de morbimortalidad son tan antiguas como la especie humana, hace poco tiempo que el sector de salud pública ha comenzado a considerar que la violencia y las lesiones son prevenibles.

Partiendo del antecedente de abordaje de la investigación del homicidio y el suicidio mediante el Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) (12, 13) encontramos que existe la posibilidad de profundizar en la reconstrucción crimino-dinámica retrospectiva del hecho a investigar, que no solo aporte los elementos discriminantes en cuanto al homicidio, sino también en cuanto a aquellos casos en los cuales la muerte no ocurrió por la concurrencia incidental de factores externos, haciendo hincapié en los factores psicológicos dependientes de la víctima, pues al quedar con vida puede aportarnos elementos vivenciales que pueden ser utilizados tanto para la definición del perfil de riesgo heteroagresivo como para la adecuación de un protocolo de atención que incluya no solo el manejo pericial sino, y muy especialmente, el manejo a nivel comunitario y familiar, partiendo de atemperar los recursos del Sistema Nacional de Salud, (SNS) sumando las fortalezas identificables en organizaciones comunitarias que participan en la prevención de la violencia, como la Federación de Mujeres Cubana (FMC), por solo citar una de ellas.

El médico legista debe incorporar una visión integradora para integrarse en el abordaje intersectorial y la prevención de las lesiones graves, ya que es el primer profesional de la salud, con el cual contacta la víctima, una vez que, recuperada de su lesión, comienza el proceso judicial de la denuncia por ser la víctima de un delito, partiendo de la peculiaridad muy propia de nuestro país, donde la medicina legal

pertenece al Sistema Nacional de Salud (SNS), y no como ocurre en la mayor parte del mundo, donde pertenece al Poder Judicial, pues de ser así, su visión del fenómeno partiría del sistema de administración de justicia y no del sistema de atención de salud, que como fortaleza importante en nuestro país tiene su proyección comunitaria y su cobertura universal.

Caracterizar la situación actual de las víctimas de lesiones graves, identificar los factores de riesgo/protección para sufrir este tipo de lesiones, conocer las necesidades sentidas y las expectativas de ayuda de las víctimas y proponer un protocolo de actuación para evitar la aparición de este tipo de delito, puede influir favorablemente, para enfrentar la atención a las víctimas de lesiones graves en La Habana.

Centrado en la preocupación derivada de las escasas investigaciones que en nuestro medio se han ocupado de la dinámica por la que se llegan a producir las lesiones graves de tipo intencional y su importancia dadas las cifras de discapacidad a ellas asociadas, el investigador se identifica con los siguientes objetivos:

#### Objetivos

##### Objetivo General.

Determinar los factores de riesgo/protección y las expectativas de ayuda de las víctimas de lesiones graves, con vistas a diseñar un modelo de evaluación de riesgo hetero agresivo para la prevención de las lesiones intencionales para su abordaje como problema de salud.

##### Objetivos Específicos.

- 1) Caracterizar socio psicológicamente a las víctimas de lesiones graves de tipo intencional en La Habana.
- 2) Identificar los factores de riesgo/protección de lesiones graves.

3) Diseñar un modelo de evaluación de riesgo hetero agresivo para la prevención de las lesiones intencionales que resulte aplicable por la APS y las organizaciones comunitarias que participan en el abordaje y la prevención de la violencia.

#### METODOLOGÍA UTILIZADA PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA.

La investigación es guiada por el enfoque dialéctico-materialista y el empleo del método científico que le es propio. Lo anterior llevó a la estructuración de la lógica investigativa a seguir. Ello le permitió al autor penetrar en el objeto de la investigación y en su campo de acción desde una posición científica, con apoyo de los métodos:

Del nivel teórico:

Análisis y crítica de fuentes: Se empleó para valorar todas las fuentes escritas y orales sobre el tema, a partir de la utilización de los métodos del pensamiento lógico, análisis-síntesis, inducción-deducción, histórico-lógico e hipotético-deductivo como procedimientos.

Método explicativo: Permitió el estudio interpretativo de la pluralidad de conceptos, categorías, proyecciones textuales y parlamentos esgrimidos en torno al tema de investigación y en la reconstrucción y crítica de fuentes.

Enfoque de sistema: Llevó la estructuración de la investigación mediante la relación dialéctica que se establece entre sus componentes, en función de diseñar el modelo de predicción de riesgo y el protocolo de actuación.

Del nivel empírico:

Enfoque de observación participante: contiene la experiencia del autor. El análisis documental y la entrevista, además de la aplicación de instrumentos clinimétricos.

Métodos Estadísticos: Mediante la identificación de las variables de estudio, operacionalización, formas, unidades de medición y procedimientos para el control de la calidad de los datos se dio respuesta al primer objetivo de la investigación (identificación y descripción de las características socio psicológicas en las víctimas de lesiones graves residentes en La Habana en el período estudiado). Se calcularon los Odds ratio y sus intervalos de confianza al 95% para la identificación de los factores de riesgo de la heteroagresión (segundo objetivo), partiendo de un diseño de casos y controles, y mediante el modelo de regresión logística multivariada se obtuvo un perfil de riesgo para sufrir lesiones graves, que permitió proponer un instrumento de evaluación del riesgo para la provincia de La Habana (tercer objetivo). Se utilizaron las facilidades que brinda el sistema estadístico SPSS versión 23.0. Para ilustrar la presentación se confeccionaron tablas y figuras.

Novedad científica: La novedad de la investigación reside en dos aspectos: la identificación de los factores de riesgo para sufrir lesiones graves, con vistas a lograr su prevención efectiva a nivel comunitario, y la propuesta de protocolización de la atención intersectorial a estas víctimas, partiendo de sus propias necesidades sentidas.

Aporte teórico: La conceptualización del manejo del lesionado de manera integral e interdisciplinaria, sobre bases teórica-metodológicas que se integran en un modelo de riesgo de enfoque salubrista engranado en su contexto histórico-social, a partir del cual se llega a un protocolo de actuación que entrelaza habilidades y saberes de todas las áreas del conocimiento que de manera complementaria se entrelazan desde la primera asistencia hasta el acompañamiento al acto del juicio oral.

Aporte práctico: La elaboración de un modelo estadístico destinado a la identificación precoz del riesgo de ser gravemente lesionado redundará en la prevención de las muertes por homicidio y permite su aplicación por las organizaciones comunitarias que trabajan de conjunto con el equipo de atención primaria de salud, por su parte la protocolización de la atención que en estos momentos se encuentra subsumida dentro de los protocolos de cada especialidad en los centros asistenciales, permitirá un abordaje más ágil de las víctimas, teniendo

en cuenta sus propias insatisfacciones actuales y expectativas futuras, concretándolo en que de manera eficaz y eficiente minimicen el daño tanto físico como psicológico.

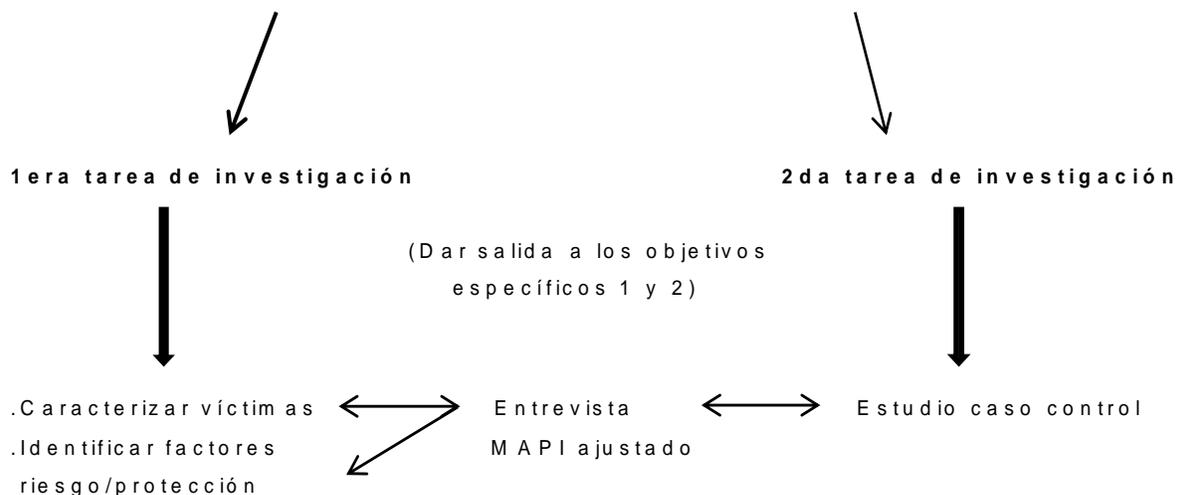
Método.

Se realizó un estudio observacional, cuanti-cualitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, que clasifica como caso-control, a las víctimas de delitos de lesiones intencional calificadas como graves en La Habana en el período comprendido entre el 1 de enero del 2016 y el 31 de diciembre del 2017.

Diseño de la investigación

**1era etapa: Población.** Total de víctimas de lesiones graves

Estudio transversal y retrospectivo, con paradigma cuantitativo



Para la realización del estudio se seleccionaron dos muestras, una muestra general de casos constituida por las víctimas de delitos de lesiones intencionales calificadas como graves y una muestra control integrada por 205 personas pertenecientes a los mismos municipios, con igual proporción de distribución por sexo y edad y en el mismo período analizado.

La selección definitiva de la muestra de casos se obtuvo a partir de la aplicación de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Las víctimas de lesiones intencionales graves durante los años 2016 y 2017.
2. Con residencia permanente en La Habana.
3. Cuya victimización ocurrió en el territorio correspondiente a la provincia La Habana.

Criterios de exclusión.

1. Las lesiones graves ocurridas en relación con accidentes de tránsito y otros accidentes ya que responden a causas muy específicas y diferenciadas, teniéndose en cuenta al juzgar y aplicar una sanción.
2. Los extranjeros por su especificidad y atipicidad.
3. Las víctimas de lesiones graves que fallecieron tiempo después de haber sido examinados pericialmente.
4. Las víctimas de lesiones graves que ya no residían en la dirección registrada por el departamento de estadísticas.
5. Las víctimas de lesiones graves que se nieguen a ser entrevistadas.

Finalmente, la muestra quedó constituida por 205 víctimas de delito de lesiones intencional calificadas como graves.

Para la selección del grupo control se empleó el método de muestreo aleatorio simple, quedando integrada por 205 personas.

Ambos grupos fueron apareados en relación a la edad, sexo, municipio de residencia.

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El evidente predominio del sexo masculino que se observa en la tabla No. 1 (gráfico No. 1) coincide con toda la literatura especializada revisada (45, 46, 47), y no se trata de un comportamiento asociado a determinado periodo de la historia de este país o de cualquier otro, desde que existe la memoria escrita de la humanidad las lesiones graves se han asociado a la masculinidad, sea en tiempos de guerra, relacionadas con acciones de combate o en tiempos de paz, asociadas a los roles de defensa de zonas de operaciones ilegales, enfrentamientos entre grupos y/o subculturas, y un sinnúmero de crimino dinámicas en dependencia del contexto sociocultural donde se produzcan.

Resulta preocupante el predominio de víctimas de 16 a 25 años, que puede observarse en la tabla No. 2, y aunque parece constituir una regularidad universal (48, 49, 50), no deja de resultar una señal de alarma, pues se trata de personas que fueron victimizadas antes de concluir la maduración de su sistema nervioso, de manera que, como veremos más adelante, la vivencia de haber sobrevivido a lesiones que pusieron en peligro su vida o le ocasionaron secuelas, dejó profundas huellas en la conformación de una personalidad que aún se encontraba transitando por la adolescencia, por lo que su abordaje exige particularidades que se adentran en consideraciones que llegan a temas tan complejos como el propio sentido de la vida.

El predominio de mestizos, seguidos de blancos entre las víctimas (tabla No. 3), se corresponde con el mosaico étnico del país, la literatura revisada, por ejemplo, en Estados Unidos reporta un predominio de afro descendientes y latinos (51), en Europa de descendientes de inmigrantes (52), en Latinoamérica de personas pertenecientes a etnias originarias, impregnándole con frecuencia un marcado tinte xenofóbico, sobre la base de que, tanto las víctimas como los agresores pertenecen a subculturas violentas (53).

Nuestro país en general y La Habana en particular también poseen áreas que se comportan como subculturas violentas, y más adelante profundizaremos en la importancia de las mismas en la crimino dinámica de la victimización que estudiamos, en estas áreas existe mayor número de personas de predominio

negroide, sean estos negros o mulatos, por razones históricas, como por ejemplo, los asentamientos de cimarrones y esclavos libertos en La Habana extramuros en la época colonial, y posteriormente la conformación de barrios marginales donde proliferaban el consumo de sustancias, la prostitución y la mendicidad (54, 55), pero en todo caso se trata de razones sociales y no biológicas.

La escolaridad de las víctimas estudiadas (tabla No. 4) se corresponde con la escolaridad promedio de la población general, que es de duodécimo grado, las investigaciones revisadas no coinciden con este resultado, pues se reporta un predominio de los lesionados con pobre instrucción (56, 57), en consonancia con la concentración de las víctimas en áreas carenciadas, con bajos recursos, donde se cotidianizan los enfrentamientos entre pandillas y maras, entre otras. (58).

En la tabla No. 5 llama la atención que cerca de la quinta parte de las víctimas estudiadas se encontraban desocupados al momento de su victimización, tal categoría ocupacional ha sido asociada al riesgo de resultar incluso muerto (19), en el año 2013 Padrón Galarraga encontró que el 37,39 % de las víctimas de homicidio en La Habana se encontraban desocupados al momento de ser ultimados, si tenemos en cuenta que nuestra investigación se centra en lesionados graves, con peligro inminente para la vida o portadores de secuelas que llegan a limitar su funcionamiento cotidiano, se explica la similitud encontrada.

Pero este comportamiento no es exclusivo de La Habana, otras investigaciones en el área reportan la asociación de la falta de empleo con las agresiones graves, especialmente en las grandes ciudades, en las cuales existen zonas criminógenas con una importante población flotante, tal es el caso de México (59, 60), Colombia, Argentina y Chile (61, 62).

Aunque la migración ha sido considerada como factor de riesgo para victimizaciones tan violentas como el homicidio (19), en los casos estudiados no se comporta como tal, predominando las víctimas oriundas de La Habana (tabla No. 6), en este sentido nuestros resultados coinciden con algunos estudios iberoamericanos que plantean que estadísticamente los migrantes no se comportan fuera de los patrones del lugar

donde se establecen, sino que más bien asumen los ya establecidos, tanto el rol de agresores como de víctimas (63), y que solo están sobrerrepresentados en el segmento correspondiente a los menores de edad, dada su especial vulnerabilidad cuando no se encuentran acompañados de sus padres o cuidadores miembros de su familia (64, 65), en nuestra investigación solo se tomaron víctimas mayores de 15 años, y aun así todos los menores de 25 años nacieron en La Habana.

La existencia de antecedentes de enfermedad (tabla No. 7) aparece en el 41,46 % del total de víctimas estudiadas, dentro de los cuales predominó el alcoholismo y el asma bronquial, cuya asociación puede explicarse por mecanismos diferentes. En el caso del alcoholismo, la literatura revisada es pródiga en estudios que demuestran la disminución de la capacidad de defensa durante la embriaguez, con disminución de la agudeza visual, torpeza motora (66, 67, 68, 69, 70), pero además desde el punto de vista criminológico se subraya la mayor vulnerabilidad no solo biológica, sino también social, las personas que presencian la agresión pueden no responder en el sentido de protección por considerar que se trata de “víctimas de menos valor”, “tarados” (71).

En el caso del asma bronquial la vulnerabilidad es netamente biológica, al disminuir la capacidad ventilatoria el individuo tiene menor probabilidad de escapar, de correr, la hiperventilación que acompaña la tensión durante el enfrentamiento a la agresión afecta la claridad del sensorio afectando el espectro de respuestas de auto preservación (59).

Más de la mitad de las víctimas estudiadas (54,63 %) vivía al momento de la agresión en una familia disfuncional (tabla No. 8), más adelante veremos la frecuencia con la cual las agresiones se producen precisamente al interior de la familia, por lo que esta variable resulta de especial interés en la reconstrucción crimino-dinámica de la victimización, pues por lo general se trata de conflictos de larga data que se acumulan hasta que un elemento precipitante actúa como disparador (72).

Pero incluso en aquellos casos en los cuales la agresión no se produce al interior de la familia, el hecho de que se constate disfunción explica que quien resultara víctima prefiriera estar lejos de su casa, en una suerte de huida (73, 74), que con frecuencia además se asocia a permanencia fuera del espacio doméstico en horarios considerados de mayor riesgo victimal o en sitios considerados de mayor vulnerabilidad victimal, como las fiestas abiertas, áreas apartadas, con mala iluminación y amplias posibilidades de ser interceptado y asaltado para robarle (19).

De acuerdo con la tabla No. 9, el 55,6 % de las víctimas estudiadas tenía una relación inestable de pareja al momento de su victimización, resultando explicable en relación con el mayor tiempo que pasan las personas que no tienen una relación estable de pareja en los espacios públicos, mismos donde mayormente acontecen los hechos violentos de los cuales resultan víctimas. (19, 75)

Las tablas 10 y 11 ameritan un análisis conjunto, los sujetos de estudio con frecuencia ya habían sido víctimas de otras acciones violentas, lo que la literatura recoge como “reincidencia victimal” (59), pero también habían sido autores de hechos violentos, esta dinámica de intercambio de roles ha sido tratada en la literatura criminológica en asociación con subculturas violentas, en las cuales incluso no se formula denuncia ante un episodio violento que ocasiona lesiones, para “ajustar cuentas” de acuerdo con los cánones de cada grupo de pertenencia, fenómeno que alimenta un itercriminis de “vendetta” (76)

En la situación económica de las víctimas estudiadas (tabla no. 12) clasifica en primer lugar la regular, seguida de la estable suficiente, cuando profundizamos en la individualidad de cada caso, en la primera categoría encontramos las crimodinámicas relacionadas con conflictos familiares, vecinales o de pareja, mientras que en la segunda categoría aparecen las personas que resultaron víctimas de asalto y robo, tanto en su casa como en la vía pública, resultando que es precisamente su suficiencia económica lo que las convierte en víctimas atractivas para el agresor. (77)

La mayor parte de las víctimas tenía proyectos de vida definidos al momento de su victimización (tabla No. 13), en este aspecto nuestros resultados difieren de los encontrados por otros autores, donde predominan aquellos que han perdido o nunca tuvieron en verdad un sentido definido de qué hacer con sus vidas (78), pudiendo pasar de manera alternante de víctima a agresor y de agresor a víctima.

Las tablas 14 y 15 también ameritan un análisis conjunto, pues las víctimas de lesiones graves resultaron tener más antecedentes de haber sido atendidos por oficiales de menores y de haber cumplido sanción penal, o al menos haber sido juzgados por alguna conducta transgresora que se llegó a tipificar como delito, lo que en muchos casos resultó en un contínuum, de haber sido un menor con problemas de conducta pasó a ser un adulto con problemas con la justicia, y ambos antecedentes alcanzaron categoría de riesgo para ser agredido, lo cual tiene sustento explicativo en el tipo de relaciones interpersonales que se tejen en los ambientes penitenciarios y en las escuelas de formación integral para menores con conductas transgresoras, donde, entre otros paradigmas, se encuentra el ser “duro”, no tener miedo, enfrentarse con cualquiera, a la menor provocación, haciéndolo más vulnerable a la confrontación, misma durante la cual puede terminar seriamente dañado, e incluso muerto.

Se recogen los antecedentes penales encontrados, como puede observarse predominan aquellos que incluyen componentes violentos, e incluso se encontraron lesionados que ya habían sido sancionados por homicidio y asesinato, estableciéndose una suerte de círculo alternante entre ser agresor y agredido, en el cual los roles pueden resultar totalmente fortuitos e intercambiables, como plantea el maestro Manzanera (59).

Investigaciones realizadas en el área, especialmente en relación con el engranaje que subyace detrás de negocios como el narcotráfico, enfatizan en el “modelo” que siguen los adolescentes que se involucran siendo aún menores (79, 80). Y aunque en nuestro caso aun el narcotráfico no supone una problemática social trascendente, no debemos olvidar que la figura de los “capos” “narcos” resulta muy

atractiva, desde los medios, en especial por su proyección mediática rodeados de esplendor y riquezas materiales, sin tener que estudiar ni esforzarse para lograrlo.

Las tablas 16 y 17 abordan dos de los factores de mayor asociación estadística con eventos agresivos de los cuales derivan lesiones graves: el consumo de alcohol (gráfico No. 5) y el de drogas, y aunque el segundo apareció con muchos menos casos (16), es pertinente subrayar que entre los controles no se encontró ningún consumidor de drogas, en tanto que la cantidad de consumidores de alcohol que resultaron lesionados es el doble de los controles, dato muy significativo.

Investigaciones realizadas tanto en Europa (81) como en América (82) recalcan la importancia del consumo de alcohol como factor de victimización, tanto así que, en Colombia, Cassiani asegura que la asociación del alcohol con los traumáticos ocasionados por agresiones constituye un problema de salud pública al cual debe dársele una mayor prioridad.

En la tabla 18 se puede observar otro de los factores de mayor asociación estadística con la vulnerabilidad a ser gravemente lesionado, y es el tener hábitos antisociales, dentro de los cuales sobresale el vínculo con elementos disociales, los medios de subsistencia ilícitos y un patrón de consumo de alcohol por encima del estimado como bebedor social, si unimos estos factores, tendremos una situación francamente victimógena, inmerso dentro de la cual resulta altamente probable salir dañado, tal y como lo sustentan victimólogos como Rodríguez Manzanera (59) e Hilda Marchiori (83).

Nótese que el número de lesionados con hábitos antisociales es casi nueve veces el número de controles con los mismos hábitos, lo que le confirme su alta significación estadística como factor de riesgo.

Tocante a la influencia de la religión en la victimización que ocasiona lesiones graves (tabla No. 19,), cabe destacar que, a pesar de que otros investigadores han encontrado una elevada asociación entre algunas religiones de origen africano y la violencia (84, 85), en este estudio no se aprecia, como puede observarse, incluso tenemos más controles profesantes de la religión yoruba, que lesionados, aunque

entre los controles no tuvimos paleros ni tampoco abacuas (que no se corresponden con una religión, sino con una sociedad secreta, hoy incluso legalizada por el Consejo Nacional de Sociedades Civiles), al ser numéricamente tan pocos casos (tres de cada una) no se puede hacer una inferencia generalizante.

Como se observa en la tabla 20 tuvimos casi el doble de lesionados con malas relaciones interpersonales que controles, y aunque no califica estadísticamente como factor de riesgo si cabe señalar que se trata de una variable destacada en la victimo dinámica, como podremos apreciar al tratar de las entrevistas a profundidad de los lesionados, estas malas relaciones interpersonales giraban fundamentalmente en torno a situaciones vecinales de espacio, al respecto los criminólogos han planteado que la escases de espacio individual trae consigo un sentimiento de proximidad excesiva que facilita el “paso al acto” por diferencias que en otro contexto serían intrascendentes (86).

En cuanto a los conflictos vivenciados por los lesionados (tabla No. 21), predominan los económicos, al igual que en los controles, pero en mayor proporción, pero las diferencias fundamentales están en el resto de las áreas de conflicto, pues los de pareja son cuatro veces más frecuentes entre los lesionados, los familiares son el doble de frecuentes, siendo la diferencia más destacada la presencia de conflictos vecinales solo en uno de los controles, mientras 55 lesionados reportan este tipo de conflicto, asociado con frecuencia, como veremos más adelante, a la victimo-dinámica.

En la literatura revisada con relación a la victimo-dinámica de las lesiones intencionales predominan los conflictos de pareja, especialmente en aquellos casos que transcurren en el espacio doméstico (87), seguidos de los familiares, donde se evidencia la reproducción de la estructura androcéntrica, pero en especial la imposición de comportamientos sobre la base del poder económico del agresor (88), algo que como veremos más adelante, también encontramos en este estudio.

Pero los conflictos vecinales son una peculiaridad de nuestra realidad social, dadas nuestras características idiosincrásicas y el estilo de vida fundamentado en una

interacción muy cercana, a veces demasiado cercana entre los vecinos, que viene a enmarcarse en el principio ya citado de la “proximidad excesiva” del que habla Rodríguez Manzanera (59), comportándose en ocasiones como una suerte de familia extendida, para apoyarse en situaciones difíciles, pero también para inmiscuirse en decisiones que solo debían ser competencia de la familia de origen.

En cuanto a los municipios, (tabla No. 22) predominaron los centrales sobre los periféricos, pero las circunstancias fueron totalmente diferentes, como podremos apreciar más adelante, motivando victimo-dinámicas igualmente muy diferentes.

La pertenencia a subculturas violentas (tabla No. 23) resultó ser otro de los factores de elevada asociación estadística, pues encontramos casi el doble de lesionados pertenecientes a ellas, que, de controles, como veremos más adelante tal pertenencia estuvo muy relacionada con la victimo-dinámica, sobre la base de la reproducción de estereotipos que conforman códigos tácitos ante los cuales no solo el agresor, sino incluso la víctima, se moldean en una mimetización que llega a legitimar la agresión.

Al respecto cabe señalar la coincidencia con los resultados obtenidos por Padrón Galarraga en la investigación de las víctimas de homicidio del 2013 en La Habana (19), razón por la cual consideramos que es uno de los principales factores de riesgo a tener en cuenta para la prevención de los comportamientos violentos que terminan en lesiones graves y/o muerte de la víctima.

Anexos

## Caracterización criminológica de las víctimas de lesiones graves.

**Tabla No. 1. Distribución según sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Masculino	176	85.85
Femenino	29	14.14
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 2. Distribución según grupos de edades.**

<b>Grupos de edades</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
De 16 a 25	60	29.26
De 26 a 34	45	21.95
De 35 a 44	47	22.92
De 45 a 54	34	16.58
De 55 a 64	15	7.31
65 y más	4	1.95
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 3 Distribución según la raza.**

<b>Raza</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Blanco	61	29.75
Mestizo	105	51.21
Negro	38	18.53
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 4 Distribución de acuerdo con la escolaridad.**

<b>Escolaridad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Primaria	5	2.43
Secundaria	52	25.36
Preuniversitaria	129	62.92
Universitaria	19	9.26
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 5 Distribución según ocupación.**

<b>Ocupación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Con ocupación	154	75.12
Desocupado	51	24.87
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 6 Distribución de acuerdo con el antecedente de migración.**

<b>Migración</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	168	81.95
Si	37	18.04
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 7 Distribución según antecedentes patológicos personales. (APP)**

<b>APP</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	120	58.53
Si	85	41.46
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 8 Distribución según funcionamiento familiar.**

<b>Funcionamiento familiar</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Disfuncional	112	54.63
Funcional	93	45.36
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 9 Distribución según relación de pareja.**

<b>Relación de pareja</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Estable	91	44.39
Inestable	114	55.60
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 10 Distribución según haber sido víctima de violencia.**

<b>Víctima de violencia</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	157	76.58
Si	48	23.41
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 11 Distribución de víctimas según antecedente de haber sido autor de violencia.**

<b>Autor de violencia</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	178	86.82
Si	27	13.17
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 12. Distribución según situación económica**

<b>Situación económica</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Estable insuficiente	35	17.07
Estable suficiente	61	29.75
Insuficiente	6	2.92
Mala	25	12.19
Regular	78	38.04
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 13. Distribución según presencia de un proyecto de vida.**

<b>Proyecto de vida</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Definido	124	60.48
Poco definido	81	39.51
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 14. Distribución según antecedentes de transgresiones cuando era menor.**

<b>Atención menores</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	175	85.36
Si	30	14.63
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 15. Distribución de casos y controles según antecedentes penales.**

<b>Antecedentes penales</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	159	77.56
Si	46	22.43
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 16. Distribución según patrón de consumo de alcohol.**

<b>Consumo de alcohol</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	88	42.92
Si	117	57.07
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 17. Distribución según consumo de otras drogas.**

<b>Consumo de otras drogas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	189	92.19
Si	16	7.80
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 18. Distribución de casos y controles según hábitos antisociales.**

<b>Hábitos antisociales</b>	<b>Víctimas</b>		<b>Controles</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	153	74.63	199	97.07
SI	52	25.36	6	2.92
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 19. Distribución de casos y controles según creencias religiosas.**

<b>Religión</b>	<b>Víctimas</b>		<b>Controles</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Abacua	3	1.46	0	0
Ateo	136	66.34	122	59.51
Católico	13	6.34	18	8.78
Cristiano	10	4.87	16	7.80
Palero	3	1.46	0	0
Testigo de Jehová	2	0.97	1	0.48
Yoruba	38	18.53	48	23.41
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 20. Distribución de casos y controles según calidad de las relaciones interpersonales.**

<b>Relaciones interpersonales</b>	<b>Víctimas</b>		<b>Controles</b>	
	No.	%	No.	%
Buenas	140	68.29	166	80.97
Malas	65	31.70	39	19.02
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 21. Distribución de casos y controles según principales conflictos.**

<b>Conflictos</b>	<b>Víctimas</b>		<b>Controles</b>	
	No.	%	No.	%
Económicos	123		89	
Parejas	45		10	
Familiares	64		28	
Vecinales	55		1	
Salud	0		1	
No	39		98	
<b>Total</b>				

Fuente: MAPI

**Tabla No. 22. Distribución según municipio de residencia.**

<b>Municipio</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Central	135	65.85
Periférico	70	34.14
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

**Tabla No. 23. Distribución de casos y controles según pertenencia a subculturas violentas.**

Subcultura violenta	Víctimas		Controles	
	No.	%	No.	%
No	107	52.19	151	73.65
Si	98	47.80	54	26.34
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: MAPI

### Factores de riesgo y protectores.

#### 3.2.1. La desocupación como factor de riesgo.

##### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ocupación (Con ocupación / Desocupado)	4,195	2,271	7,749
Para cohorte Caso = controles	2,430	1,542	3,830
Para cohorte Caso = victima	,579	,486	,691
No. de casos válidos	410		

### 3.2.2. Los antecedentes patológicos personales como factor de riesgo.

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para APP (NO / SI)</b>	1,839	1,217	2,780
Para cohorte caso = controles	1,376	1,095	1,728
Para cohorte caso = victima	,748	,619	,904
N de casos válidos	410		

### 3.2.3. La relación de pareja como factor de riesgo.

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Relación de pareja(Estable / Inestable)	4,211	2,749	6,452
Para cohorte caso = controles	2,174	1,679	2,814
Para cohorte caso = victima	,516	,426	,625
N de casos válidos	410		

### 3.2.4. La victimización previa como factor de riesgo.

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Victima de violencia (NO / SI)	20,586	6,295	67,324
Para cohorte caso = controles	9,565	3,179	28,782
Para cohorte caso = victima	,465	,406	,532

N de casos válidos	410		
--------------------	-----	--	--

### 3.2.5. El cometer hechos de violencia como factor de riesgo.

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte caso = víctima	,465	,417	,517
N de casos válidos	410		

### 3.2.6. Los antecedentes de atención por los 'órganos de dirección del MININT como factor de riesgo.

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte caso = víctima	,461	,413	,513
N de casos válidos	410		

### 3.2.7. Los antecedentes penales como factor de riesgo.

### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Antecedentes penales (NO / SI)	14,538	5,125	41,240
Para cohorte caso = controles	6,979	2,714	17,946
Para cohorte caso = victima	,480	,417	,553
N de casos válidos	410		

### 3.3.8. Los hábitos antisociales como factor de riesgo.

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Hábitos antisociales (NO / SI)	11,272	4,718	26,931
Para cohorte caso = controles	5,465	2,548	11,722
Para cohorte caso = victima	,485	,418	,562
N de casos válidos	410		

### 3.2.9. El patrón de consumo de alcohol como factor de riesgo.

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Patrón de consumo de alcohol (NO / SI)	3,370	2,234	5,082
Para cohorte caso = controles	1,887	1,496	2,381
Para cohorte caso = victima	,560	,461	,681
N de casos válidos	410		

### 3.2.10. El consumo de drogas como factor de riesgo.

### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte caso = víctima	,480	,433	,532
N de casos válidos	410		

3.2.11. La pertenencia a subculturas violentas como factor de riesgo.

### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Subcultura violenta (NO / SI)	2,561	1,692	3,876
Para cohorte caso = controles	1,647	1,299	2,089
Para cohorte caso = víctima	,643	,534	,775
N de casos válidos	410		

Estas son las variables que se encuentran más fuertemente asociadas a ser víctima con peligro para la vida y/o secuelas graves.

**Tabla No. 44. Valores simplificados para la ecuación pronóstica.**

<b>Variables que integran la ecuación</b>	<b>Valor original</b>	<b>Valor Simplificado</b>
OCUPACION(1)	51	13
APP(1)	85	21
RELACIONPAREJA(1)	114	28
VICTIMAVIOLENCIA(1)	48	12
AUTORVIOLENCIA(1)	27	7
ATENCION MENOR(1)	30	8
ANTECEDENTES PENALES(1)	46	11
PATRONCONSUMO ALCOHOL(1)	117	29
CONSUMO DROGAS(1)	16	4
HABITOS ANTISOCIALES(1)	52	13
SUBCULTURA VIOLENTA(1)	98	25

Resultados de la regresión logística.

Para la investigación se utilizó la regresión logística con el propósito de modelar como interviene la probabilidad de aparición de la hetero agresión y la influencia o no de diversos factores (factor de confusión), así como por su utilidad para la estimación de una mayor probabilidad de aparición del riesgo de ser víctima de lesiones graves al ser relacionado con más de dos categorías (factores de riesgo) y establecer el procedimiento estadístico de las posibles interrelaciones entre las variables.

Las variables que integran la regresión logística son:

- Ocupación
- APP
- Relación de pareja
- Víctima de violencia
- Autor de violencia
- Atención por menores
- Antecedentes penales
- Patrón de consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Hábitos antisociales
- Subcultura violenta

Tomando en cuenta los resultados de lo descrito anteriormente se propone un modelo para medir riesgo de ser víctima de lesiones graves de carácter intencional, presentándose en un formato sencillo para ser aplicado por el médico de APS a su población. Se presenta una tabla pre elaborada con los valores de las variables y finalmente las variables que integran la ecuación pronóstica. (Tablas 43 y 44)

Cada variable se presenta en forma de preguntas para determinar la presencia o ausencia de la condición. Cada respuesta afirmativa implica la sumatoria del valor de la variable y la respuesta negativa implica 0. Para la implementación el cuestionario se cuenta con un instructivo con vistas a estandarizar las respuestas y evitar errores en la evaluación.

Se propone el cuestionario de la siguiente forma:

1. ¿Se encuentra desocupado? SI\_\_\_ NO\_\_\_
2. ¿Padece alguna enfermedad crónica, especialmente respiratoria (asma) o alcoholismo? SI\_\_\_ NO\_\_\_
3. ¿Es inestable en sus relaciones de pareja? SI\_\_\_ NO\_\_\_
4. ¿Ha sido víctima de actos violentos? SI\_\_\_ NO\_\_\_

5. ¿Ha cometido actos violentos? SI\_\_ NO\_\_
6. ¿Tiene antecedentes de haber sido atendido como menor transgresor? SI\_\_ NO\_\_
7. ¿Tiene antecedentes penales? SI\_\_ NO\_\_
8. ¿Su patrón de consumo del alcohol se encuentra por encima del promedio socialmente aceptado? SI\_\_ NO\_\_
9. ¿Consume algún tipo de drogas? SI\_\_ NO\_\_
10. ¿Posee hábitos antisociales? SI\_\_ NO\_\_
- 11 ¿Pertenece a una subcultura violenta? SI\_\_ NO\_\_

Resultando de la combinación de las variables:

Puntuación de 0 a 22 indica un Riesgo Bajo

Puntuaciones entre 23 a 39 indica un Riesgo Moderado

Puntuaciones de 39 y más indica un Riesgo Alto.

Estableciendo que el riesgo bajo implica que, debe realizarse un seguimiento a nivel comunitario, en dependencia de la instancia a la cual se acercó la persona presuntamente en riesgo (SNS, COMF).

Estableciendo que el riesgo moderado implica que, se debe actuar sobre esta persona en riesgo a nivel de los sistemas normativos para el control social informal (escuela, familia, comunidad, centro de trabajo, religión).

Estableciendo que el riesgo alto indica que, se debe actuar sobre esta persona en riesgo a nivel de las agencias normativas para el control social formal (policía, tribunales de justicia, sistema de atención de menores).

La utilización del presente instrumento al evaluar a la persona que asiste a los centros de atención de salud o a las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia,

unido al análisis integral del médico o de la activista de la FMC, permitirá un mejoramiento de la calidad de la atención preventiva de las agresiones intencionales.

#### CONCLUSIONES:

1. Las víctimas de lesiones graves en La Habana son fundamentalmente hombres jóvenes, con nivel medio de escolaridad, desocupados, sin relaciones estables de pareja, con conflictos vecinales predominantes, pertenecientes a subculturas violentas, con patrones de consumo de alcohol por encima de los socialmente aceptados, tercos, seguros de sí mismos e impulsivos.
2. Tener un patrón de consumo anormal de alcohol, no tener una relación estable de pareja, pertenecer a subculturas violentas, tener enfermedades que disminuyan la capacidad de defensa (asma), estar desocupado, tener hábitos antisociales, haber sido víctima o autor de violencia previamente, haber sido atendido por oficiales de menores o tener antecedentes penales y consumir drogas, constituyen los factores de riesgo identificados para sufrir lesiones graves de carácter intencional en La Habana, a partir de los cuales se diseñó un modelo de evaluación de riesgo hetero agresivo para la prevención de las lesiones intencionales.
3. Tomando en cuenta el instrumento de evaluación de riesgo y las necesidades sentidas de los lesionados graves se diseñó un modelo de evaluación de riesgo hetero agresivo para la prevención de las lesiones intencionales.

#### RECOMENDACIONES:

1. Validar el modelo de evaluación de riesgo hetero agresivo para la prevención de las lesiones intencionales.
2. Someter el modelo de evaluación de riesgo hetero agresivo para la prevención de las lesiones intencionales propuesto a un ensayo estratificado por municipios, con la finalidad de medir los indicadores de impacto en la

reducción de las discapacidades asociadas a las lesiones graves, luego de un año de aplicación.

## Bibliografía

- 1) WHO Global Health Observatory Data Repository [base de datos en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODNUMBER? lang](http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODNUMBER?lang)
- 2) OMS-OPS /Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra.
- 3) Nicol A, Knowlton LM, Schuurman N, Matzopoulos R, Zargarán E, Cinnamon J et al. Trauma surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *Jama Surgery*. 2014;149(6):549-56.
- 4) Injury prevention and control: data and statistics (WISQARSTM) [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. 2014 (<http://www.cdc.gov/injury>)
- 5) ACAPS. Otras situaciones de violencia en el Triángulo del Norte Centroamericano. Impacto Humanitario. Mayo 2014.
- 6) “Estadísticas delictuales en Chile: Reporte delictual 2013”. Informe BCN. Disponible en: <http://bcn.cl/>
- 7) Hernández. H.W Comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal. Colombia 2015. Grupo Centro de referencia nacional sobre violencia. Instituto de medicina legal y ciencias forenses. 2016
- 8) Gutiérrez Quintanilla JR, Campos Tomasino ME, Portillo García CB. Factores psicosociales de riesgo asociados a la conducta violenta en jóvenes salvadoreños. 2015. *Revista Entorno, Universidad Tecnológica*. Vol. (59). pp 35-48.

- 9) Castillo Payamps, Rosa Anyeli; Escalona Cartaya, Justo Alberto; Pérez Acosta, Jorge Rafael; Rodríguez Fernández, Zenén. Caracterización de los pacientes con traumatismos graves ingresados en un servicio de Cirugía General. MEDISAN, vol. 20, núm. 1, 2016, pp. 16-27
- 10) Ley 62. Código Penal de la República de Cuba. MINJUS
- 11) Datos obtenidos del Dpto. de Registros Médicos del Instituto de Medicina Legal. 2017
- 12) García Pérez T. La Autopsia Psicológica. ¿Suicidio u Homicidio? Ed. Científico Técnica, La Habana, Cuba. 2015.
- 13) Sarracent A. Factores de riesgo para el suicidio consumado en La Habana. Tesis Doctoral, 2015.
- 14) Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WorldHealthOrganization. 2012.
- 15) Gómez, C. Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología. 2014. Vol. 7(1). pp 115-124.
- 16) Calzada Reyes, AA. Evaluación electrofisiológica y morfométrica en reos violentos con trastorno de personalidad antisocial y con psicopatía. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas. La Habana, Cuba: "Centro de Neurociencias de Cuba"; 2014.
- 17) Rodríguez Manzanera L. Criminología. Ed. Porrúa, México, 2012.
- 18) Rodríguez Manzanera, L. Victimología. Editorial Porrúa, Décima edición. 2007. Ciudad de México. p 21.
- 19) Padrón Galarraga C. Caracterización socio psicológica de las víctimas de homicidio para una propuesta de modelo de evaluación de riesgo. Tesis Doctoral. La Habana, 2016.

20) Modelo de Atención Integral en Salud. Comisión ejecutiva de atención a víctimas. 2015. p 12.

21) Riera Vázquez CM. Control social informal, un camino a recorrer en el trabajo comunitario. ACIJ. 2009-2010. No 10. Disponible en: [http://www.ns1.minjus.cu/doc/anuarios/anuario2009-10/2009\\_10.pdf](http://www.ns1.minjus.cu/doc/anuarios/anuario2009-10/2009_10.pdf). Consultado julio 03, 2014.

22) Caballero Moreno A. Contenido esencial del módulo “Bases biológicas de la violencia”, Diplomado Violencia como problema de salud, FCM Victoria de Girón, La Habana, 2013.

23) Prevención del delito. 2013. Disponible en: <http://www.clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/Prevención-Del-delito/1167660.html>. Consultado junio 13, 2015.

24) Cómo hacer para que funcionen las directrices de las naciones unidas sobre la prevención del delito. 12º Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Justicia Penal. 2011. Disponible: <http://www.cinu.mx/XIICongresoONUPrevencionDelito/docs/prevencion%20del%20delito.pdf>. Consultado diciembre 02, 2015.

25) Zabala Argüelles MC. Participación y prevención social: una perspectiva desde las comunidades cubanas. Revista África América Latina. SODEPAZ. Vol. (46). Disponible en: [http://www.publicaciones.sodepaz.org/images/uploads/documents/revista046/4\\_participacionsocial.pdf](http://www.publicaciones.sodepaz.org/images/uploads/documents/revista046/4_participacionsocial.pdf). Consultado julio 26, 2014.

26) Constitución de la República de Cuba. Artículo 123. Incisos E y F

27) García Pablo de Molina A. Criminología. Una introducción a sus fundamentos para juristas. 1996. 3era ed. Edit. Tirant lo Blanch. Valencia, España. p 264.

28) Carrazana E. Criminalidad: ¿Prevención o promoción? Naciones Unidas. UNED. 2013. Disponible en:

<http://www.unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan029907.pdf>  
. Consultado agosto 28, 2015.

29) Barroso González JL. The work of the chief of the police sector in the Cuban social-community environment. 2013. Vol. 55(3). pp 351-367.

30) Díez Ripollés J.L. La contextualización del bien jurídico protegido en un Derecho Penal Garantista. Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica. Año 2010. Disponible en: <http://www.poder-judicial.go.cr/salatercera/revista/REVISTA15/edit15.htm>. párrafos 10-15. Consultado febrero 01, 2015.

31) Varona Martínez G. Social Control (Survey of the Foundations of Order). La mediación reparadora como estrategia de control social. Una perspectiva criminológica. 1998. Editorial COMARES. Granada. p 34.

32) La reinserción social y la actividad del juez encargado del control de sancionados, asegurados o beneficiados. 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos54/prevencion-reinsercion/prevencion-reinsercion2.shtml#ixzz32BuwETVT>. Consultado junio 15, 2013.

33) . Mondeja C. J La prevención social de la criminalidad a través de los medios masivos de comunicación. 2011. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/10361/1/AD%2015%202011%20art%2038.pdf>. Consultado febrero 01, 2015.

34) Díaz Tenorio M, Durán Gondar A, Chávez Negrín E. La Familia cubana: Realidades y Proyección Social. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS) La Habana, Cuba. 2012. Disponible en: <http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/subida/uploads/FTP>. Consultado junio 26, 2014.

35) SónoraCabaleiro, M. Dónde pica?... La prevención social y criminal. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/9406/Donde-pica-prevencion-social-criminal.html>. Consultado mayo 19, 2015.

- 36) Figueras González B, HernándezCambry Y. Colectivo de autores. Proyecciones actuales de las comisiones de prevención y atención social en Cuba. 2011. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/gcgg>. Consultado mayo 23, 2014.
- 37) Nesturj MF. Las Razas humanas. Edit. Progreso, Moscú. 1976: 21-4.
- 38) Funciones de familia. 2015. Disponible en: <http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/unhogar/contenido/revista/2.htm>. Consultado enero 28, 2016.
- 39) Louro Bernal I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300006&lng=es). Consultado Feb 03, 2016.
- 40) González Menéndez R. Un criterio taxonómico para los patrones de consumo etílico. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000100011&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100011&lng=es). Consultado febrero 03, 2016.
- 41) Chilo J. La autopsia psicológica en la investigación de homicidios en Argentina. Memorias del Congreso de Ciencias Sociales aplicadas a la investigación de homicidios, Córdoba, Argentina, 2008.
- 42) Ceballos F. Investigación de homicidios en Chile utilizando el Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI). Memorias del I Congreso Iberoamericano de Psicocriminología, Bogotá, Colombia. 2015.
- 43) SarracentSarracent A. Factores de riesgo para el suicidio consumado en La Habana. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2015.

- 44) Torres Lio-Coo V. Estudio sociopsicológico del intento suicida en el Ejército Occidental. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas. La Habana, Cuba: Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Días Soto; 2009.
- 45) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Injury prevention and control: data and statistics (WISQARSTM) [Internet].. 2014 (<http://www.cdc.gov/injury>).
- 46) BCN. “Estadísticas delictuales en Chile: Reporte delictual 2013”. Informe. Disponible en: <http://bcn.cl/>
- 47) Hernández. H.W Comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal. Colombia 2015. Grupo Centro de referencia nacional sobre violencia. Instituto de medicina legal y ciencias forenses. 2016
- 48) Morillas DL, Patró Hernández RM, Aguilar Cárceles MM. Victimología: un estudio sobre la víctima y los procesos de victimización. 2014. Madrid, España. Editorial Dykinson
- 49) Gudiño N, Merlo L. Vulnerabilidad, permisividad, educación juvenil y Ley Penal. Serie Victimología 14. Encuentro Grupo Editor. Córdoba, Argentina. 2014.
- 50) Escobar Córdoba F, Acero González AR, Folino Jorge O. Homicidas juveniles en Bogotá, estudio de grupos focales. Rev.Fac.Med. 2015. Vol 63(3). pp 389-398
- 51) Wesley Jennings et al. “On the overlap between victimization and offending: A review of the literature”. Aggression and Violent Behavior. A Review Journal (2012): 16-26.
- 52) Gómez Hermoso MR, Muñoz Vicente JM, Vázquez Mezquita B, Gómez Martín R, Mateos de la Calle N. Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Cuesta de San Vicente, 4 - 28008 Madrid. 2012. pp 31- 38

- 53) Gutiérrez Quintanilla JR, Campos Tomasino ME, Portillo García CB. Factores psicosociales de riesgo asociados a la conducta violenta en jóvenes salvadoreños. 2015. Revista Entorno, Universidad Tecnológica. Vol. (59). pp 35-48.
- 54) Zabala MC. Familia y pobreza en Cuba. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, La Habana, 2010.
- 55) Rodríguez P et al. Los ilegales de las alturas del mirador. ¿O marginalidad o pobreza o exclusión social? Informe de investigación. ICAN, La Habana, Cuba. 2004.
- 56) Barreto Caro AS. Guía de Proyecto de vida. Programa Casas de Restauración Juvenil. Francisco Esperanza Fundación Paz y Bien. Distrito de Aguablanca Cali, Colombia. 2011. pp 152-154.
- 57) Cubides Salazar O. M. Variables que inciden en la violencia en barrios de Bogotá. 2014. Ópera, 15. pp. 85-104.
- 58) Angarita Cañas PE, Yepes CR. Alternativas de seguridad de una población víctima de desplazamiento forzado, el caso de la Comuna 8 de Medellín. julio - diciembre 2015.. Medellín-Colombia. Vol. (15) no 2. pp. 325- 585.
- 59) Rodríguez Manzanera L. Criminología Clínica. Ed. Porrúa, México, 2012.
- 60) Merino José, Torreblanca Carolina. ¿Por qué crecieron homicidios en México en 2016? 2016. Disponible en: <http://www.animalpolitico.com/blogueros-salir-de-dudas/2016/08/04/crecieron-homicidios-mexico-2016/>. Consultado noviembre 01, 2016.
- 61) González Ortiz J. Panorama epidemiológico del homicidio en América Latina. En: Estudios sobre homicidios. Perspectiva forense, clínica y epidemiológica. Librería Editora Plátense, La Plata, 2009.
- 62) Ramírez Hermosilla T. Apuntes para una política criminal con memoria. Revista de Estudios de la Justicia. 2012. Vol. 17.

- 63) Llanos Reynoso LF. Los homicidios de un estado no están influenciados por las rutas de migrantes indocumentados. 2013. pp 1-5.
- 64) Machín Álvarez M. Menores y migración: un acercamiento a los tipos de violencia en Centroamérica con énfasis en los y las menores migrantes no acompañados. *Odisea. Revista de estudios migratorios*. No. 2. Octubre de 2015. ISSN 2408-445x.
- 65) García Álvarez MF. Migración en la criminalidad. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2015. julio – diciembre. Vol. 6 (11). pp 12-15).
- 66) AngkawwAbgail C, Haller Moira, Pittman James OE, et al. Alcohol- Related Consequences Mediating PTSD Symptoms and Mental Health- Related Quality of Life in Off/OIF Combats Veterans Military. *Vol.180.60:670*, 2015.
- 67) Hosier SG, Cox WM. Personality and motivational correlates of alcohol consumption and alcohol-related problem among excessive dry university students. *Addict Behave*. 2011; 36:87-94.
- 68) Cleveland MJ, Mallet KA, White HR, Turrisi R, Favero S. Patterns of alcohol used and related consequences in no college- attending emerging adults. *J Stud Alcohol Drgs*. 2013; 74: 84-93.
- 69) Mallett KA, Varvil- Weld L, Turrisi Read A. An examination of college students willingness to experience consequences as a unique predictor of alcohol problems *Psychol Addict Behave*. 2011; 25: 41-7.
- 70) Goldsmith AA, Thompson RD, Black JJ, Tran GQ, Smith JP. Drinking refusal self-efficacy and tension-reduction alcohol expectancies moderating the relationship between generalized anxiety and drinking behaviors in Young adult drinkers. *PsycholAddictBehave*. 2012; 26: 59-67.

- 71) Ramírez de AL, Solís L, de Buen N. Indicadores de víctimas visibles e invisibles de homicidio. Centro de Análisis de Políticas Públicas. 2012. México. pp 20-37.
- 72) Rojas López R. Caracterización criminológica de la violencia intrafamiliar. Tesis para Optar por el Grado de Máster en Criminología: Universidad de la Habana, Facultad de Derecho. 2013.
- 73) Musitu G, Estévez E, Jiménez T, Herrero J. Familia y conducta delictiva violenta en la adolescencia. España. 2007. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. pp. 135-150.
- 74) Díaz Lemus M, Fornaris Díaz E, Segredo Pérez AM. Violencia intrafamiliar en estudiantes de primer año de la Escuela Emergente de Enfermería. RevCubanaMed Gen Integr. 2014. Vol. 30(1). pp 113-120.
- 75) Martínez Lanz P. Factores asociados con delincuencia en población penal. IterCriminis. 2013. Rev. De Ciencias Penales. No. 3, INACIPE, México, octubre-diciembre 2013.
- 76) Del Corral Gargallo P. Victimización primaria, secundaria y terciaria. Instituto Vasco de Criminología. IVAC/KREI-UPV/EUH. 2013. pp 1-11.
- 77) Rodríguez Manzanera L. ¿Cómo elige un delincuente a sus víctimas? Victimización sexual, patrimonial y contra la vida. INACIPE, México, 2011.
- 78) Fregonessi MG. La drogadicción como factor criminógeno en la delincuencia juvenil. 1ª Edición, Julio de 2012. I.S.B.N. 978-987-33-2427-7. Aplicación Tributaria S.A.GuidoSpano 550. Lanús Oeste – Buenos Aires. Pp 100-111.
- 79) Bulla P, Ramírez B, García JF, Lovera MP, Wiesner D. Homicidios y venta de drogas: Una peligrosa dupla en Bogotá. Fundación de Ideas para la Paz FIP. 2016. pp 3-13.
- 80) Martínez Catena A, Redondo Ilescas S. Carreras delictivas juveniles y tratamiento. 2013. Disponible en: <http://www.>

C:/Users/GUARDI~1/AppData/Local/Temp/Dialnet-carrerasDelictivasJuveniles y Tratamiento - 4536460. pdf. Consultado septiembre 11, 2016.

81) Bistuer Flores RM, Herrero Vicente TM, Torres Alberich JI, López González, AA. Consumo de alcohol y comportamientos violentos. Aspectos médico-legales: una revisión desde la jurisprudencia española. 2016. Revista CES Derecho. Vol. 5 (2). pp 220-236.

82) Cassiani CA, Mayerly Cubides A, Borrero Varona MT, Marimón Trespalacios W. Alcohol y trauma: Un problema prioritario de salud pública. Salud Uninorte. Barranquilla, Colombia. 2012. Vol. 28 (1). pp 131-149.

83) Marchiori H. Criminología. La víctima del delito. Ed. Porrúa, México, 2011.

84) Pérez Milán J. Homicidio y religiones de origen africano. Tesis de Diploma en Violencia como problema social y de salud, Facultad de Ciencias Médica “Victoria de Girón”. 2013.

85) Pérez Milán JF, Valiente Rodríguez I, Acosta González M. Afiliación religiosa y delitos contra la vida. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol. (12) No. 2. 2015.

86) Morillas DL, Patró Hernández RM, Aguilar Cárceles MM. Victimología: un estudio sobre la víctima y los procesos de victimización. 2014. Madrid, España. Editorial Dykinson.

87) Muñoz JM, Echeburúa E. Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: Implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. Anuario de Psicología Jurídica. 2016. Vol. (26). pp 2–12.

88) Bolaños Ceballos, F. Los hombres que ejercen violencia expresiva en las relaciones familiares: la relación entre estructura, procesos sociales y malestar psicológico. 2011. Segunda época. Vol. (9). pp 26–41.

- 89) Moreno F., A (2008) “La violencia en la pareja: de las desigualdades al abuso” en García-Mina F., A. (Coord.) (2008) Nuevos escenarios de violencia. Reflexiones Comillas Ciencias Sociales I. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- 90) Adams, Tani M. (2012) Chronic Violence and its Reproduction: Perverse trends in Social Relations, Citizenship, and Democracy in Latin America. Washington, DC: Woodrow Wilson Center.
- 91) Arriagada, M.I. (2015) Identidad violenta en los jóvenes: análisis de cómo influye la familia y cómo se refuerza en las maras y/o pandillas. Santiago de Chile, Chile: Diplomado en Prevención del Delito a Nivel Local.
- 92) Barragán, A.J. (2015) “Por el recorrido de la vida y la muerte: identidad y aprendizaje social de jóvenes sicarios en Sonora”, Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- 93) INEGI (2011-2014) Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública. México City: INEGI. (2016).
- 94) Esbec E, Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. Anuario de Psicología Jurídica 26 (2016) 70–79.
- 95) CUERDA ARNAU, M.L. (2010), “Los delitos contra la libertad sexual de la mujer como tipos de violencia de género. Consideraciones críticas”, en Revista General de Derecho Penal, n. 13, pp. 1 y ss.
- 96) Consejo Nacional de Política Criminal. Política Nacional frente a los delitos patrimoniales. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú. 2014).
- 97) Marchiori (La víctima del delito. Consecuencias de la victimización. Serie Victimología 4. Grupo Editor Encuentro. Argentina, 2008.
- 98) Vaquerano V. Violencia contra las mujeres en El Salvador. Rev. ANÁLISIS (fesamericacentral.org), NO 1/2016, Mayo 2016.

- 99) Valdés JL y Torrealba F. La corteza prefrontal medial controla el alerta conductual y vegetativo. Implicancias en desórdenes de la conducta. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010.
- 100) García Pérez T. Contenido esencial del módulo de Violencia de la maestría en Salud Mental Comunitaria. FCM Diez de Octubre, 2016.
- 101) Caballero Moreno A. Contenido esencial modulo bases biológicas de la violencia. Diplomado Violencia como problema de salud. FCM Victoria de Girón, 2013.
- 102) Expósito Álvarez B. Módulo contexto explicativos de la violencia. Diplomado Violencia como problema social y de salud. FCM Victoria de Girón, 2013.
- 103) López Angulo LM. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Salud. Cienfuegos, Cuba; 2011.
- 104) Chilo J. Análisis del comportamiento criminal. Congreso Iberoamericano de Psicocriminología, Bogotá, 2015.
- 105) Rodríguez Manzanera L. Itercriminis e itervictimae. Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica y Forense. Veracruz, 2014.
- 106) Chilo J. Del secuestro express, factores de vulnerabilidad. Universidad del siglo XXI, Cordoba, Argentina, 2016.
- 107) Lagos M, Dammert L. La seguridad ciudadana. El problema principal de América Latina. Corporación Latinobarometro, 2012.
- 108) Garrido Flores L, García Montalván E. consumo de alcohol y su relación con la violencia familiar, estudio de casos reportados en la comisaría de la mujer del distrito de Tarapoto, periodo 2013- 2014. Tesis para para optar por el Título Profesional de Licenciado en Enfermería. Perú. 2016.

- 109) Echeverría F. Criminología de campo. Perfiles criminales y víctimas, Ed. Trillas, México, 2012; INEGI. Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública. Marco conceptual, México, 2011.
- 110) Orellana Cueva VR. "Políticas de Prevención contra el delito de Lesiones". Tesis de Grado. Escuela de Ciencias Jurídicas, Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador, 2012.
- 111) VILLACAMPA ESTIARTE, C. (2007), "El maltrato singular cualificado por razón de género: Debate acerca de su constitucionalidad", en Revista electrónica de ciencia penal y criminología, 09-12, pp. 1 y ss; ACCSE. Informe Venezuela. Crímenes de odio por orientación sexual, identidad de género y expresión de género. Resultados preliminares. Revisión Hemerográfica. Enero 2009- Agosto 2013.
- 112) Rebullida Carrique I. Propuesta de autocuidado para trabajo en violencia. Serie Victimología 13. Encuentro Grupo Editor, Córdoba, Argentina. 2013.
- 113) MINSAP. Anuario Estadístico 2016.
- 114) GOSMA, MINSAP. Programa de atención a las adicciones, 2016.
- 115) López Becerra I, Villamil RR. El palacio de hierro. Promiscuidad y comunidad (itinerancia de vida). Anuario de Investigación 2011. UAM-XOCHIMILCO. México. pp. 331-361.
- 116) Ferracuti F, Wolfgang, M. II Comportamiento Violento. 1966. Ed. Guiffré, Italia. p.49.
- 117) López Téllez- Navarrete M. Taller por la No Violencia. Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de Plaza de la Revolución, La Habana, 2014.
- 118) Calzada Reyes A. Bases neurobiológicas de la violencia. Contenido esencial Curso precongreso, Neurociencias, La Habana, 2013.

119) Rodríguez E (2013) “Jóvenes, violencias y cultura de paz en América Central: enfoques, dilemas y respuestas a desplegar en el futuro”. Foro de Ministros de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe, UNESCO.

120) SavetheChildren (2016) Las y los adolescentes que México ha olvidado. [https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Las%20y%20los%20%20adolescentes%20que%20Mexico%20ha%20olvidado\\_0.pdf](https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Las%20y%20los%20%20adolescentes%20que%20Mexico%20ha%20olvidado_0.pdf)

121) Rodríguez E. Las organizaciones juveniles y su participación en los delitos contra la vida. Tesis de Diploma en Violencia como problema social y de salud. FCM Victoria de Girón, La Habana, 2013.

122) Salamó Avellaneda A, Gras Pérez ME, Font Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* 2011. Vol. 22, nº 2. pp. 189-195.

123) ENA. Consumo de alcohol: Prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones regionales. Encuesta Nacional de Adicciones, México, 2011.

124) VillacéMB, Fernández AR, Lobo da Costa Júnior M. Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(5). Argentina, sept.-oct. 2013.

125) BellisM, Whelan G. Alcohol, drogas, sexo y violencia: riesgos y consecuencias para la salud entre los jóvenes turistas británicos en las Islas Baleares. 2009. *Revista de sociodrogalcohol*. Vol. 21, Nº. (4). pp 265-278.

126) Kososvki E. Drogas, violencia y victimización. *Victimología*. La víctima desde una perspectiva criminológica. Asistencia victimológica. Ed. Universitaria Integral, Argentina. 2014.

127) *Criminología de la Drogadicción y del Alcoholismo*. 2013. Disponible en: <http://documents.mx/documents/criminologia-de-la-drogadiccion-y-del-alcoholismo.html>. Consultado octubre 16, 2015.

- 128) López Medrano DD. Criminología del control social. En: Criminologías especializadas. BUAP. Puebla, México. 2012
- 129) Andrés Pueyo A, Redondo Illescas S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. Rev Papeles del Psicólogo. 2007; 28(3):145-6.
- 130) Gómez Hermoso MR, Muñoz Vicente JM, Vázquez Mezquita B, Gómez Martín R, Mateos de la Calle N. Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Cuesta de San Vicente, 4 - 28008 Madrid. 2012. pp 31- 38.
- 131) American Psychological Association (APA). Specialty guidelines for forensic psychology. Adopted by APA Council of Representatives. 2011. Disponible en: <http://www.apa.org/indices.php>. Consultado mayo 04, 2015.
- 132) Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, Corral P. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja. 2010. EPV-R. Psicothema. Vol. 22(4). pp 1054-1060.
- 133) Echeburúa E, Muñoz, JM, Loinaz I. La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. 2011. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. (11). pp 141-159.
- 134) Jiménez F, Sánchez G, Merino, V, Ampudia A. Escala de valoración de la conducta violenta y riesgo de reincidencia (EVCV-RR): primeros resultados. 2010. RIDEP. Vol. (30) (2). pp 87-104.
- 135) Loinaz I, Ortiz Tallo M, Sánchez LM, Ferragut M. Clasificación multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. 2011. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol (11) (2). pp 249-268.

136) Gaviria Betancur P, Marín Ortiz I, Jaramillo Barrero CE. Índice de riesgo de victimización, 2010-2014. Unidad para la atención y reparación integral de las víctimas. pp- 95-231.

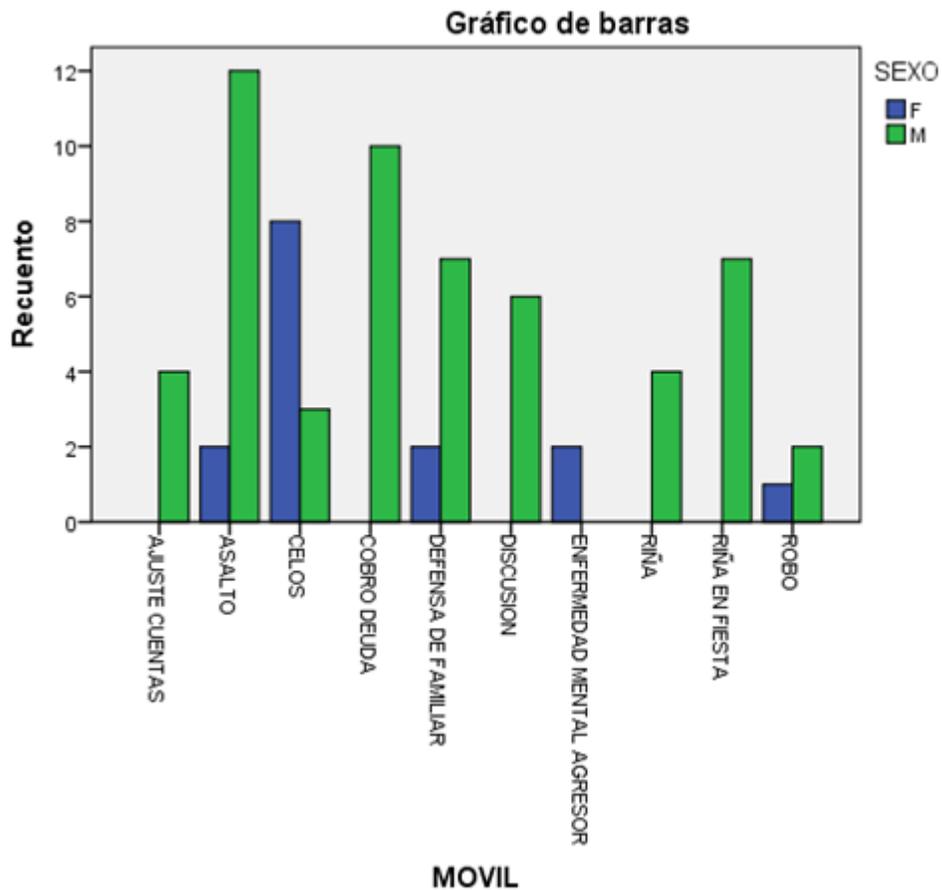


Gráfico de barras

