



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**TENDENCIA Y CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE
LA MORTALIDAD POR SUICIDIOS Y HOMICIDIOS EN EL
ESTADO BOLIVAR 1997 – 2006**

**ASESOR:
DRA. MILDA MARCANO.**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO POR:
Br. ADRIÁN R. CASTRO NAPOLITANO.
C.I: 14.424.272
Br. JESSICA V.V. CASTRO NAPOLITANO.
C.I: 16.374.740**

**Como requisito parcial para optar al título de Médico
Cirujano**

Ciudad Bolívar, Febrero, 2009.



ÍNDICE

ÍNDICE	ii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
METODOLOGIA	11
Tipo de Estudio:	11
Población o Universo:	11
Método:	11
Criterios de inclusión:	11
Procedimiento:	12
RESULTADOS.....	14
Tabla N° 1.	17
Grafico N° 1.	17
Tabla N° 2	18
Tabla N° 3	19
Gráfico N° 2	19
Tabla N° 4.	20
Gráfico N° 3	20
Tabla N° 5.	21
Gráfico N° 4.	21
Tabla N° 6.	22
Gráfico N° 5.	22
Tabla N° 7.	23
Tabla N° 8.	24
Tabla N° 9.	25
Tabla N° 10.	26
DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	27



CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	41
APÉNDICES.....	44



INTRODUCCIÓN

La Escritura, en el relato de la muerte de Abel a manos de su hermano Caín (cf Gn 4, 8-12), revela, desde los comienzos de la historia humana, la presencia en el hombre de la ira y la codicia, consecuencias del pecado original. El hombre se convirtió en el enemigo de sus semejantes. Dios manifiesta la maldad de este fratricidio: ‘¿Qué has hecho? Se oye la sangre de tu hermano clamar a mí desde el suelo. Pues bien: maldito seas, lejos de este suelo que abrió su boca para recibir de tu mano la sangre de tu hermano’ (Gn 4, 10-11).(1).

La agresividad y las conductas violentas han sido objeto de numerosas investigaciones en el pasado. Por lo general el estudio se aborda desde una perspectiva multidisciplinaria que implica a psicólogos, etólogos y neurobiólogos, ya que se considera aceptado que cualquier conducta violenta es el resultado de diversos factores biológicos, psicológicos y socioculturales.(2).

La evaluación de las acciones humanas juega un rol importante en los procesos de la vida social en todo lugar. Algunos conceptos, que son regularmente utilizados en dichas evaluaciones, resultan por sí mismos extremadamente difíciles y ambiguos. Uno de dichos conceptos es el de violencia.(3). Existen muchas formas posibles de definir la violencia. La Organización Mundial de la Salud, define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder, de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, ya sea que resulte o tiene una alta probabilidad de causar lesiones, la muerte, daño psicológico, alteraciones o privaciones.(4).

La violencia (del Lat. *violentia*) es un comportamiento deliberado que resulta, o puede resultar, en daños físicos o psicológicos a otros seres humanos, opone más



comúnmente a otros animales (vandalismo) y se lo asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o la sociedad, otras son crímenes. Distintas sociedades aplican diversos estándares en cuanto a las formas de violencia que son o no aceptadas. (5).

Por norma general, se considera violento a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese, y caiga quien caiga. Suele ser de carácter predominantemente egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía. Todo lo que viola lo razonable es susceptible de ser catalogado como violento si se impone por la fuerza.(5). Desde el derramamiento de sangre en la Biblia hasta los combates de las Cruzadas y los ataques terroristas del 11 de septiembre en el World Trade Center, los atentados suicidas en Medio Oriente y los recientes incendios provocados a gran escala, violaciones y asesinatos en Gujarat, la violencia..... una larga historia.(6).

Directa, física y/o verbal, la violencia se hace visible a través del comportamiento. Pero la acción humana no surge de la nada: tiene sus raíces. Dos de ella son indicativas: la cultura de la violencia (heróica, patriótica patriarcal, etc.) y la estructura violenta en si misma por ser demasiado represiva, explotadora o alienante; demasiado estricta o permisiva para la comodidad del pueblo.(7).

La violencia estalla; ya sea en la forma colectiva de la Guerra con la participación de dos o más gobiernos, o en el interior de la familia o en las calles. El daño visible, tanto material como somático, se acumula y es deplorado por los involucrados y por las personas ajenas al conflicto. Pero posteriormente la violencia se apacigua: quizás porque los involucrados se han quedado sin recursos materiales o inmateriales; o porque han llegado a predicciones similares sobre el resultado final y perciben que la continuidad de la violencia sería gratuita e innecesaria; o porque personas ajenas al conflicto intervienen para detener esa violencia o mantener la paz,



sean cual sean sus razones: por ejemplo, evitar la victoria del grupo al que no apoyan. Se inicia así una tregua, un cese al fuego (*armistice, cease-fire, Waffenstillstand*), se redacta un acuerdo y se lo firma.(7).

La palabra »paz« es empleada tanto por los ingenuos como por aquellos que confunden la ausencia de violencia con la paz y no comprenden que el trabajo para construirla no está sino a punto de comenzar, y por aquellos menos ingenuos que saben todo eso y no quieren que el trabajo se inicie. De ese modo, la palabra »paz« logra convertirse en un eficaz obstáculo para lograr la paz. (7).

Nelson Mandela afirmó en el prólogo del Informe mundial sobre la violencia y la salud, "La violencia se puede prevenir. Se puede dar vuelta a las culturas violentas... los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden hacer la diferencia". Notables logros de los primeros 5 años de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia incluyen la consolidación y la difusión de la orientación normativa sobre la manera de prevenir la violencia; tallando un nicho dentro de los ministerios de salud del gobierno central para promover a las personas prevención de la violencia, y hacer un balance de la magnitud y naturaleza del problema y las respuestas a él. Miles de personas se han visto tocados por los programas de prevención de violencia, y miles de víctimas han recibido ayuda para hacer frente a las secuelas de su experiencia como parte de la Campaña Mundial.(8).

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida a causa de la violencia. La violencia se encuentra entre las principales causas de muerte para las personas de 15-44 años de edad en todo el mundo, lo que representa el 14% de las muertes entre los hombres y el 7% de las muertes entre las mujeres. Por cada persona que muere como consecuencia de la violencia, muchas más resultan heridas y sufren una serie de agravios físicos, sexuales, reproductivos y en salud mental. Además, la violencia representa una pesada carga para las economías nacionales,



costándole a países miles de millones de dólares cada año en la atención de la salud, aplicación de la ley y pérdida de productividad.(4).

Según el anuario de mortalidad del Ministerio de la Salud, los crímenes han superado a enfermedades como la diabetes o afecciones cerebrovasculares, para colocarse después de los problemas cardiacos y el cáncer. En el rango de la población juvenil, los homicidios se ubican como la primera causa de muerte, incluso antes que los accidentes de tránsito. (9).

“Hace cincuenta años los venezolanos morían de enfermedades transmisibles como la diarrea, el mal de Chagas y la malaria. Luego comenzaron a morir de enfermedades de la edad como cardiopatías o cáncer. Ahora son causas externas las que están matando a buena parte del país”, afirma Roberto Briceño León, coordinador del Observatorio Venezolano de la Violencia.(9). Hasta 1997, los asesinatos eran la séptima causa de muerte en el país. Incluso, por debajo de accidentes de tránsito u otras enfermedades como diabetes. Y es que la cifra de homicidios llegaba a 4.481 personas, según Roberto Briceño León. (10).

El especialista, tampoco da crédito a las estadísticas “edulcoradas” que suministra el ejecutivo, pues en ellas se fragmentan muchos crímenes que antes entraban en la tabla de homicidios. Se refiere a los casos de enfrentamientos, también calificados como resistencia a la autoridad y averiguaciones de muertes. Explicó que en el año 2006 se reportaron oficialmente 12.257 homicidios en todo el país y esa cifra no incluye las 4.109 averiguaciones muertes y los 1.125 casos de resistencia a la autoridad, entre otros. Por ello se estima que en ese lapso se produjeron en Venezuela 17 mil homicidios. Las cifras oficiales indican que en los últimos nueve años se han registrado 87.685 homicidios, pero las cuentas no dulcificadas hablan de 128 mil crímenes. Por ello, Briceño León considera que Venezuela es el país más violento de la región. (11).



El Observatorio Venezolano de la Violencia sostiene que en el año 1998 la tasa de homicidios era 19 por cada cien mil habitantes y en el 2007 la misma se disparó a 54 por cada cien mil habitantes. (12).

“Pasamos a ser el país con la más alta violencia en América Latina, incluso más que Colombia, país que tiende a bajar la incidencia delictiva” afirma: “No cabe duda que se ha dado un incremento dramático de la violencia a partir de 1999. Durante muchos años Venezuela estuvo en una tasa media junto con México y Brasil, pero hoy en día nos hemos separado completamente, porque ha habido un incremento de los homicidios. Esta alza no se puede atribuir como normal justificando que se ha generado también un crecimiento de la población”. (11).

La etimología del homicidio coincide plenamente con su aceptación habitual, al proceder de las palabras latinas *homo* y *caedere*, que significan respectivamente hombre y matar. (13).

Los tipos básicos reconocidos por la gran mayoría de las legislaciones mundiales son: *homicidio culposo*, que consiste en ocasionar la muerte sin intención directa, siendo causa su imprudencia negligencia o impericia, *homicidio preterintencional*, donde la muerte sobreviene como consecuencia de actos delictivos, *homicidio consensuado o eutanásico*, donde existe un consentimiento por parte de la víctima, y *homicidio voluntario*, que según la víctima, los medios empleados y las circunstancias son delitos específicos, tales como el asesinato, infanticidio, parricidio, e inducción al suicidio entre otros.(13).

El suicidio, especialmente el de personas jóvenes, continua siendo en todo los países del mundo un problema que requiere urgentemente una solución. En 1990 se suicidaron más de 1,4 millones de personas, cifra que en ese año equivale



aproximadamente al 1,6% de la mortalidad mundial. Las tasas de intentos de suicidio pueden ser diez a veinte veces más altas. El suicidio figura entre las diez causas principales de muerte entre los países que publican las tasas correspondientes. En la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte. (14).

De acuerdo a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (1995), el Suicidio, se ha clasificado dentro del grupo de lesiones auto-inflingidas intencionalmente, en el cual existe una acción destructiva violenta, auto provocada y mortal, la diferencia con respecto al acto suicida, es que en este, un individuo se causa a si mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención y conocimiento del móvil, pero sin desenlace mortal.(15).

El daño autoinflingido es habitualmente el resultado de una compleja combinación de circunstancias en la que, a una carga intolerable, se agregan la incapacidad de afrontar problemas y la alineación social. Los actos suicidas se relacionan con una gama de factores que van desde los de naturaleza social, política y psicológica, desde sentimientos de desesperación e inutilidad relacionados con el desempleo, en las sociedades occidentales, hasta la sanción cultural de ciertas formas de autoaniquilación comunes en varias sociedades asiáticas. A pesar de que las ideas sobre el suicidio están enraizadas profundamente en las tradiciones culturales, quienes configuran las políticas, al igual que los trabajadores de la salud mental, pueden tomar importantes pasos para prevenir muchos suicidios.(14).

El informe de Tendencias de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, señaló que en el año 1995 ocurrieron en el mundo 89,9 millones de muertes por todas las causas, de las que aproximadamente 1,64% fueron clasificadas como autoinflingidas intencionalmente, por otra parte existe la morbilidad por intentos suicidas que es varias veces superior, estimándose que por cada suicidio consumado



hay de 8 a 10 intentos y una vez ha habido un intento, entre el 6 y el 16% vuelven a tratar de hacerlo en los 2 meses siguientes.(15).

Unas 3.000 personas se suicidan a diario en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud, lo que significa que cada tres segundos alguien se quita la vida, un enorme problema de salud pública que es evitable.(16)

Es necesario destacar, sin embargo, que se evidencia una sub-estimación de las estadísticas publicadas por problemas en los registros de mortalidad ya que, en los suicidios la causalidad no se halla determinada por la naturaleza del proceso que provoca la muerte, sino, por los hechos y las circunstancias que constituyeron la causa básica de defunción. Por otra parte, muchos registros de muertes encubren el suicidio, bajo la rúbrica de accidente o muerte por causa natural.(15).

La OMS estima que la mayoría del más de 1,1 millones de suicidios que se llevan a cabo cada año se podría prever y evitar, y afirma, que el promedio de suicidios se ha incrementado en un 60% en los últimos 60 años, siendo actualmente una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 34 años, aunque la mayoría de los casos se reporta entre adultos de más de 60 años.(16).

En Latinoamérica la tendencia a aumentar ha sido progresiva. En Venezuela para el año 1996, al tomar al grupo de edad entre 15 y 19 años, el suicidio ocupó la segunda causa de muerte, sólo superada por los accidentes, y para el año 1999, la tasa ajustada de mortalidad por homicidios y suicidios (X60-Y09) fue de 25,4 por 100.000 habitantes, siendo de 19,4 en el sexo masculino y de 10,8 en el sexo femenino. La razón de tasas en el sexo masculino-femenino fue de 1,8 y el índice de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por 1000 habitantes entre 1 y 70 años fue de 6,8 sólo superado por accidentes de todo tipo (V01-X59) con 15,7 y Cáncer 8,1.(15).



Venezuela no escapa a la realidad Latinoamericana y en las últimas décadas la implementación de modelos socio-económicos ha generado una idea de bienestar social, progreso y felicidad, como sinónimos de Calidad de Vida, y estrechamente vinculados a la capacidad de consumo de bienes y servicios. Este criterio economicista, ha promovido el aislamiento social del ser humano, el individualismo, el egoísmo, el «éxito», a cualquier costo, y ha relegado las posibilidades de organización social y de vida en común, como instrumentos validos para alcanzar la paz social, la equidad, la justicia, y realmente una mejor calidad de vida.(15).

Se hace entonces necesario estudiar la tendencia y las características epidemiológicas de este problema de Salud Pública, ya que, determinar grupos de riesgo y analizar los patrones cambiantes de la mortalidad es indispensable para la promoción y protección específica eficaz a través de programas de intervención diseñados para tal fin; recordando una vez más que la violencia, es prevenible.



JUSTIFICACIÓN

Actualmente, la violencia intencional definida como aquella en la cual existe la voluntad de provocar daño, representada por homicidios y suicidios, constituye la segunda causa de muerte en Venezuela y la primera en el Estado Bolívar, constituyendo una de las principales limitantes para el desarrollo económico del país, ya que, la mayoría de estos eventos ocurren en la población joven, potencialmente productiva, ocasionando además, el consumo de los recursos sanitarios en eventos inesperados.

Estudiar la tendencia de la Mortalidad por suicidios y homicidios, su caracterización epidemiológica, la determinación de grupos de riesgo, y analizar sus patrones cambiantes es fundamental para implementar programas de intervención en todos los niveles de atención y múltiples sectores de la sociedad con un compromiso político; que incluyan la atención prenatal, el fortalecimiento de la familia, programas de enriquecimiento preescolar y desarrollo social para niños y adolescentes, hasta las mejoras socioeconómicas con la modificación de actitudes, normas sociales y estilos de vida.



OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la tendencia y caracterizar epidemiológicamente la Mortalidad por suicidios y homicidios en el Estado Bolívar durante el lapso 1997-2006.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar las Tasas de Mortalidad por homicidios y suicidios durante el lapso en estudio.
- 2.- Calcular la Mortalidad según grupo de edad y sexo.
- 3.- Clasificar la Mortalidad por homicidios y suicidios según distrito sanitario.
- 4.- Distribuir la Mortalidad por homicidios y suicidios según los meses del año.
- 5.- Clasificar la Mortalidad por homicidios y suicidios según medios empleados.
- 6.- Distribuir la Mortalidad por homicidios y suicidios según ocupación.



METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Se trató de un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo, ya que se basó en hechos sucedidos en el período 1997– 2006.

Población o Universo:

Estuvo constituido por los individuos fallecidos por homicidios y suicidios en el Estado Bolívar durante el período comprendido entre 1997-2006. Debido a que el objetivo tuvo como propósito evaluar las tendencias de la Mortalidad, se tomó el universo de fallecidos por estas causas.

Método:

Se procedió previa autorización de Epidemiología Regional y del Departamento Estadística y Hechos Vitales del Estado Bolívar, a revisar las tarjetas Epi-13B (Anexo 1) del lapso en estudio para la elaboración de la base de datos.

Criterios de inclusión:

1.- Tarjetas Epi-13B de fallecidos entre 1997- 2006, cuya causa de muerte fuese producto de hechos violentos:

1.1.- Suicidios.

1.2.- Homicidios.

2.- No se contabilizaron aquellas tarjetas donde no se especificaba tipo de muerte.



3.- Tampoco se incluyeron tarjetas donde la causa de muerte se había clasificado como “ignorada”.

Procedimiento:

Se realizó la revisión de tarjetas Epi-13B del lapso en estudio, clasificando inicialmente aquellas cuya causa de muerte respondía a hechos violentos (accidentes, homicidio, suicidio e ignorado), y posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión.

Como instrumento básico de recolección de datos se aplicó una encuesta elaborada por los autores, (Apéndice A) que comprende seis partes, especificadas a continuación, siendo la fuente de datos, las tarjetas de Mortalidad General (EPI 13B) desde el año 1997 hasta el 2006:

I Parte: Datos de identificación: número de certificado de defunción, fecha de muerte, sexo, edad, ocupación, procedencia y sitio de ocurrencia (de la muerte).

II Parte: Tipo de muerte: Suicidio u Homicidio.

III Parte: Causa básica de muerte, especificando si recibió o no atención medica.

IV Parte: Medios utilizados (arma de fuego, arma blanca, objeto contuso, otros).

V Parte: Pormenores del suceso; y finalmente,

VI Parte: Observaciones, ya que en muchas oportunidades, se encontraron tarjetas en mal estado, o con un llenado deficiente.



Presentación y Análisis de los Resultados

Para la elaboración de la información, se presentaron los datos mediante tablas y gráficos.

El análisis estadístico se realizó mediante porcentajes, frecuencias relativas, razón, y Tasas específicas, por causa, grupo de edad y género.



RESULTADOS

En el Estado Bolívar, la mortalidad por Homicidios fue de 21,16 por 100.000 habitantes en el año 1997, incrementándose a 61,77 por 100.000 habitantes en el 2006. En cuanto a los Suicidios, en el lapso estudiado, la mortalidad osciló entre 4,50 y 7,19 por 100.000 habitantes. La tendencia fue ascendente hasta el año 2000, al pasar de 5,60 en el año 1997 a 7,19 por 100.000 habitantes (ver Tabla N° 1).

En el lapso de 1997 al 2006, el número total de muertes violentas por Suicidios y Homicidios fue de 6953, de las cuales 728 (10,47%) correspondieron a Suicidios y 6225 (89,53%) a Homicidios. La razón Suicidio: Homicidio fue 1:8,55. Del total de Homicidios el 95,98% correspondió al sexo masculino, y el 4,02% al sexo femenino. En cuanto a Suicidios, 84,20% correspondió al sexo masculino, y el 15,80% al sexo femenino (ver Tabla N° 2).

Del total de muertes por Suicidios, el 84,20% ocurrió en el sexo masculino, mientras que el 15,80% correspondió al femenino. Por grupo de edad, tanto en hombres como en mujeres, la mayor mortalidad se registró en la población entre 15 y 44 años, con mayor número de fallecidos por esta causa en el grupo de edad entre los 20 y 24 años, (23,21% hombres y 3,57% mujeres). El 8,52% de los suicidios se registró en la población mayor de 65 años (ver tabla N° 3).

En la tabla N° 4 se presenta la mortalidad por homicidios según sexo y grupo de edad. El 95,98% de los fallecidos por tal causa correspondió al sexo masculino, mientras que el 4,02% al femenino. En orden de frecuencia, los grupos más afectados fueron el de 20 a 24 años, (28,74%), seguido del grupo etario de 25 a 29 años (18,47 %); 15-19 años (17,48%), 30 a 34 años (11,60%) 35 a 39 años (7,84%) y finalmente el grupo de edad entre 40 a 44 años (5,54%).



Al distribuir las muertes violentas por homicidios y suicidios, se encontró que entre los años 1997 y 2006, los Distritos Sanitarios que registraron mayor número de muertes por dichas causas fueron, en orden de frecuencia, el distrito número II, (municipio Caroní), presentando 348 (47,80%) suicidios, y 4327 (69,51%) homicidios (ver Tablas N° 5 y N° 6, respectivamente); seguidos por el Distrito Sanitario número I, (municipios Heres, Raúl Leoni y Sucre) registró 262 (35,99%) suicidios y 1478 (23,74%) homicidios.

Los meses con mayor mortalidad por suicidios fueron Abril (11,13%), Agosto (10,44%), Julio (9,34%), Diciembre (9,20%) y Enero (9,07%). Con respecto a los homicidios, la mortalidad fue elevada en todos los meses del año, incrementándose en el mes de Diciembre (ver tabla N° 7).

En relación al medio empleado más frecuentemente para consumar el suicidio, 438 (60.16%) fue el ahorcamiento, en segundo lugar la utilización de armas de fuego 148 (20.33%), seguido por 96 (13.19%) fallecidos por envenenamiento (órganofosforados, órganoclorados, barbitúricos). Otros medios empleados en menor frecuencia fueron la inmersión y lanzamiento al vacío 15 (2,06%) y 15 (2,06%) respectivamente, arma blanca 9 (1,24%) y finalmente, quemaduras 7 (0,96%) (ver tabla N° 8).

En el lapso estudiado, en el Estado Bolívar, los medios empleados para consumar el homicidio, en orden de frecuencia, fueron 5170 (83.05%) armas de fuego, 649 (10.43%) armas blancas, y 130 (2.09%) golpes con objetos contusos (ver Tabla N° 9).

En cuanto a la ocupación, en el Estado Bolívar, durante el lapso estudiado, (tabla N° 10), el 24,73% de las muertes por suicidio ocurrió en personas cuya ocupación fue registrada como obrero, seguida de estudiantes (11,40%), comerciantes



(10,58), oficios del hogar (8,24%) y agricultores (7.79%). El 9,48% de los fallecidos por estas causas, no se consignó la ocupación en el registro Epi13B. En cuanto a homicidios, el 37,73% ocurrió en obreros, 10,49% en estudiantes, 10,86% comerciantes, mecánicos (5,62%); el 7,18% de los fallecidos por homicidios, no se consignó su ocupación.



Tabla N° 1.

Mortalidad por Suicidios y Homicidios. Tasas por 100.000 habitantes. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

AÑOS	Mortalidad			
	Suicidios		Homicidios	
	N°	Tasa	N°	Tasa
1997	68	5,62	256	21,16
1998	72	5,78	286	22,98
1999	76	5,94	343	26,81
2000	94	7,19	599	45,84
2001	78	5,82	605	45,15
2002	65	4,70	734	53,42
2003	75	6,17	945	77,75
2004	61	4,52	715	53,06
2005	68	5,00	812	59,02
2006	71	4,73	930	61,77

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

Grafico N° 1.

Mortalidad por Suicidios y Homicidios. Tasas por 100.000 habitantes. Estado Bolívar, 1997 – 2006.



Fuente: Tabla 1.

**Tabla N° 2**

Mortalidad por Suicidios y Homicidios según sexo. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Muertes Violentas	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Suicidios	613	84,20	115	15,80	728	100,00
Homicidios	5975	95,98	250	4,02	6225	100,00
Total	6588	100,00	365	100,00	6953	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.



Tabla N° 3

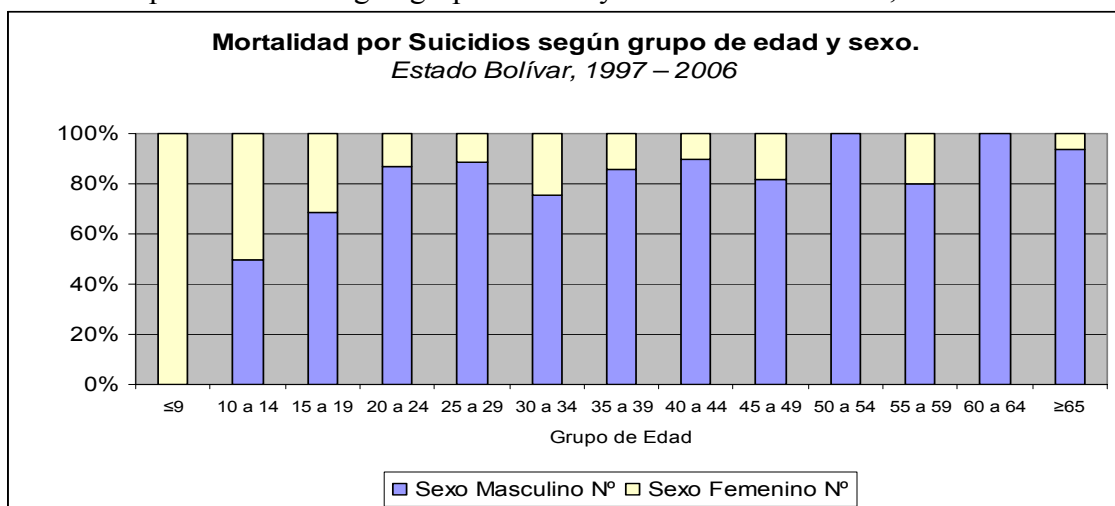
Mortalidad por Suicidios según grupo de edad y sexo. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
≤9	0	0,00	1	0,14	1	0,14
10 a 14	4	0,55	4	0,55	8	1,10
15 a 19	54	7,42	25	3,43	79	10,85
20 a 24	169	23,21	26	3,57	195	26,79
25 a 29	78	10,71	10	1,37	88	12,09
30 a 34	59	8,10	19	2,61	78	10,71
35 a 39	47	6,46	8	1,10	55	7,55
40 a 44	43	5,91	5	0,69	48	6,59
45 a 49	36	4,95	8	1,10	44	6,04
50 a 54	22	3,02	0	0,00	22	3,02
55 a 59	20	2,75	5	0,69	25	3,43
60 a 64	23	3,16	0	0,00	23	3,16
≥65	58	7,97	4	0,55	62	8,52
Total	613	100,00	115	100,00	728	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

Gráfico N° 2

Mortalidad por Suicidios según grupo de edad y sexo. Estado Bolívar, 1997 – 2006.



Fuente: Tabla N° 3.



Tabla N° 4.

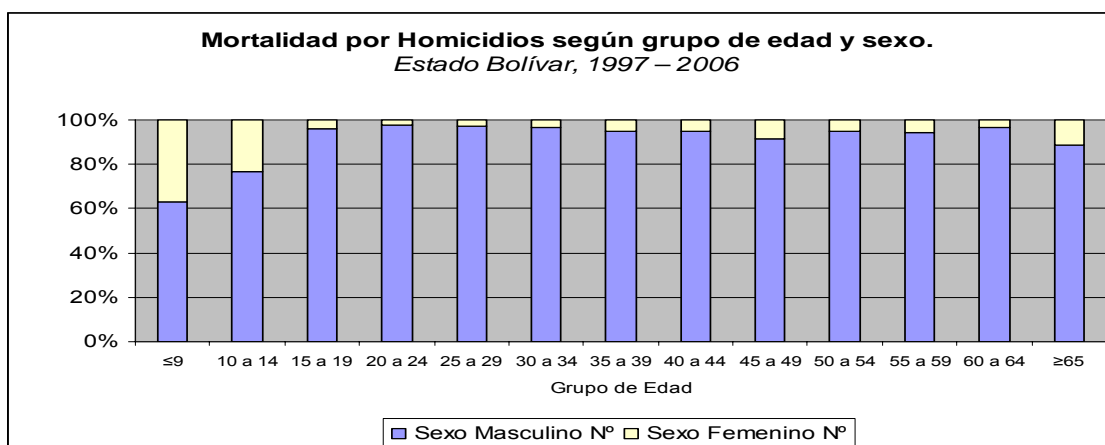
Mortalidad por Homicidios según grupo de edad y sexo. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
≤9	27	0,45	16	6,40	43	0,69
10 a 14	39	0,65	12	4,80	51	0,82
15 a 19	1047	17,52	41	16,40	1088	17,48
20 a 24	1747	29,24	42	16,80	1789	28,74
25 a 29	1115	18,66	35	14,00	1150	18,47
30 a 34	698	11,68	24	9,60	722	11,60
35 a 39	463	7,75	25	10,00	488	7,84
40 a 44	328	5,49	17	6,80	345	5,54
45 a 49	176	2,95	16	6,40	192	3,08
50 a 54	131	2,19	7	2,80	138	2,22
55 a 59	80	1,34	5	2,00	85	1,37
60 a 64	60	1,00	2	0,80	62	1,00
≥65	64	1,07	8	3,20	72	1,16
Total	5975	100,00	250	100,00	6225	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

Gráfico N° 3

Mortalidad por Homicidios según grupo de edad y sexo. Estado Bolívar, 1997 – 2006.



Fuente: Tabla 4.



Tabla N° 5.

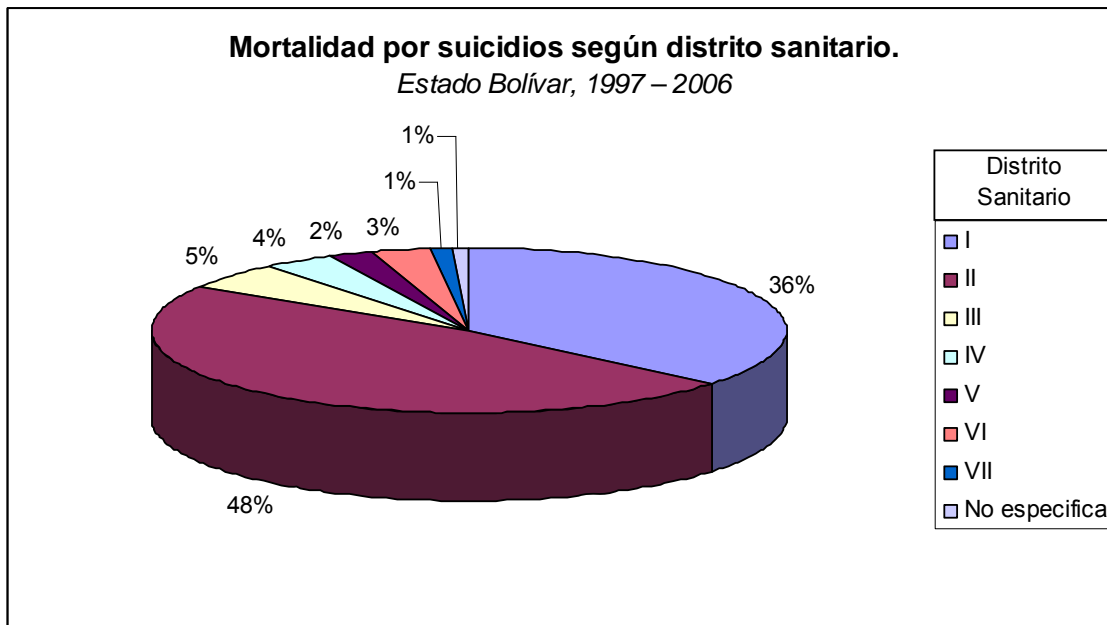
Mortalidad por Suicidios según Distrito Sanitario. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Distrito Sanitario	N°	%
I	262	35,99
II	348	47,80
III	40	5,49
IV	26	3,57
V	16	2,20
VI	21	2,88
VII	8	1,10
No especifica	7	0,96
Total	728	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

Gráfico N° 4.

Mortalidad por suicidios según distrito sanitario. Estado Bolívar, 1997 – 2006.



Fuente: Tabla N° 5.



Tabla N° 6.

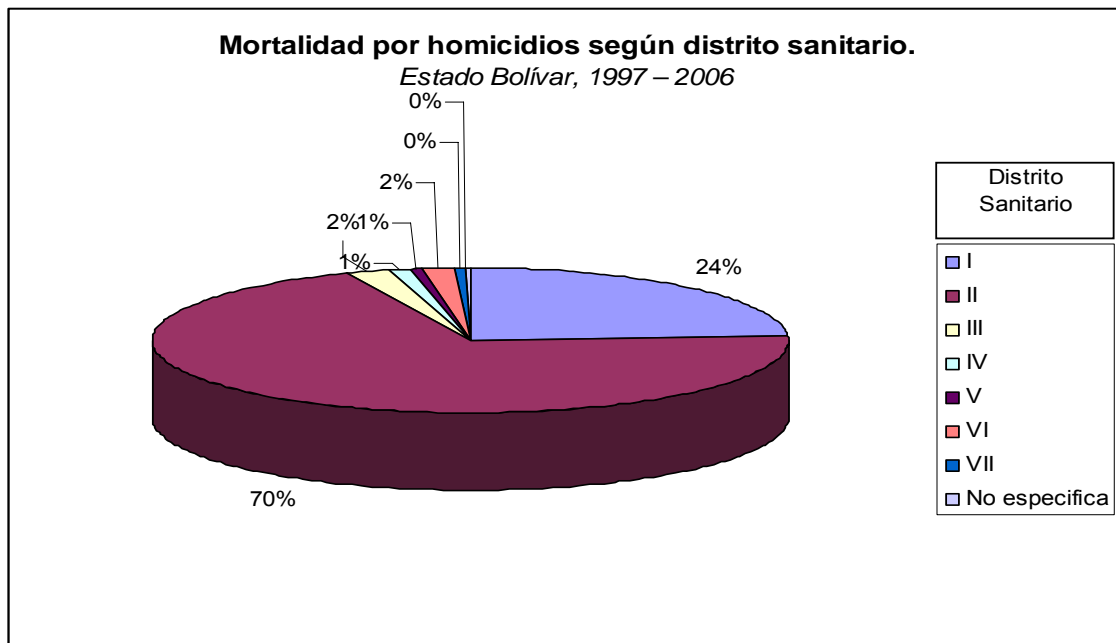
Mortalidad por Homicidios según distrito sanitario. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Distrito Sanitario	N°	%
I	1478	23,74
II	4327	69,51
III	141	2,27
IV	69	1,11
V	33	0,53
VI	106	1,70
VII	19	0,31
Otros estados	25	0,40
No especifica	27	0,43
Total	6225	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

Gráfico N° 5.

Mortalidad por homicidios según distrito sanitario. Estado Bolívar, 1997 – 2006.



Fuente: Tabla N° 6.

**Tabla N° 7.**

Mortalidad por Suicidios y Homicidios según meses del año. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Meses del año	Suicidios		Homicidios	
	N°	%	N°	%
Enero	67	9,20	513	8,24
Febrero	59	8,10	448	7,20
Marzo	51	7,01	490	7,87
Abril	81	11,13	489	7,86
Mayo	46	6,32	493	7,92
Junio	60	8,24	468	7,52
Julio	68	9,34	506	8,13
Agosto	76	10,44	506	8,13
Septiembre	53	7,28	518	8,32
Octubre	52	7,14	563	9,04
Noviembre	49	6,73	549	8,82
Diciembre	66	9,07	682	10,96
Total	728	100,00	6225	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

**Tabla N° 8.**

Mortalidad por Suicidios según medio empleado. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Medio empleado	N°	%
Ahorcamiento	438	60,16
Arma de fuego	148	20,33
Envenenamiento	96	13,19
Inmersión	15	2,06
Lanzamiento al vacío	15	2,06
Quemadura	7	0,96
Arma blanca	9	1,24
Total	728	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

**Tabla N° 9.**

Mortalidad por Homicidios según medio empleado. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Medio empleado	N°	%
Arma de fuego	5170	83,05
Arma blanca	649	10,43
Arma blanca y arma de fuego	37	0,59
Objeto contuso	130	2,09
Asfixia mecánica	62	1,00
Golpiza	84	1,35
Otros	33	0,53
No especifica	60	0,96
Total	6225	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.

**Tabla N° 10.**

Mortalidad por Suicidios y Homicidios según ocupación. Estado Bolívar, 1997 – 2006.

Ocupación	Suicidios		Homicidios	
	N°	%	N°	%
Obrero	180	24,73	2349	37,73
Estudiante	83	11,40	684	10,99
Comerciante	77	10,58	676	10,86
Agricultor	56	7,69	194	3,12
Mecánico	28	3,85	350	5,62
Del hogar	60	8,24	153	2,46
Taxista	28	3,85	358	5,75
Vigilante	27	3,71	182	2,92
Policía	14	1,92	108	1,73
Minero	15	2,06	131	2,10
Sindicalista	0	0,00	6	0,10
Mesonero	2	0,27	17	0,27
Pescador	4	0,55	8	0,13
Peluquero	3	0,41	9	0,14
Panadero	2	0,27	25	0,40
Carpintero	10	1,37	94	1,51
TSU	20	2,75	97	1,56
Medico/enfermero	5	0,69	10	0,16
Ingeniero	4	0,55	11	0,18
Abogado	1	0,14	5	0,08
Educador	9	1,24	25	0,40
Administrador/contador	5	0,69	7	0,11
Otros	26	3,57	273	4,39
Se ignora	69	9,48	453	7,28
Total	728	100,00	6225	100,00

Fuente: Tarjetas EPI-13B. Coordinación de Estadística Vital del ISP, Edo. Bolívar.



DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida a causa de la violencia. La violencia se encuentra entre las principales causas de muerte para las personas en todo el mundo, representando el 14% de las muertes entre los hombres y el 7% de las muertes entre las mujeres. Por cada persona que muere como consecuencia de la violencia, muchas más resultan heridas y sufren una serie de agravios físicos, sexuales, reproductivos y en salud mental. Además, la violencia representa una pesada carga para las economías nacionales, costándole a países miles de millones de dólares cada año en la atención de la salud, aplicación de la ley y pérdida de productividad.(4).

La cuantificación de la mortalidad y la caracterización epidemiológica de los problemas de salud pública, constituyen una herramienta fundamental en la implementación de estrategias de prevención. La tasa de mortalidad por suicidio y homicidio, es un indicador que permite medir la magnitud del problema y determinar su tendencia (14). En el período comprendido entre 1997 y el 2006, en el Estado Bolívar, se registró un incremento sostenido en las tasas de mortalidad por homicidios, al pasar de 21,16 por 100.000 habitantes en el año 1997, a 61,77 por 100.000 habitantes en el año 2006. En cuanto a los suicidios, la mortalidad osciló entre 4,50 y 7,19 por 100.000 habitantes. La tendencia fue ascendente hasta el año 2000, al pasar de 5,60 (año 1997) a 7,19 por 100.000 habitantes, fluctuando posteriormente entre 4,50 y 6,10 en el lapso 2001- 2006, con una razón Suicidio: Homicidio de 1:8,55.

Los resultados obtenidos por esta investigación, en cuanto a la mortalidad por homicidios, se corresponden con los encontrados por Milda Marcano y Roberto Briceño León, Director del Laboratorio de Ciencias Sociales de la Universidad



Central de Venezuela, en cuyas investigaciones se encontró que las tasas de mortalidad por homicidios se han triplicado al pasar de 20 a casi 60 por cada 100000 habitantes. (17).

De 1994 a 2006, la tasa de homicidios en Bolívar paso de 17 a 53 por cada cien mil habitantes –según arroja el informe de Provea del 2007- después del promedio de Caracas, Vargas, Carabobo y Miranda, a escala nacional. (18).

En cuanto a la mortalidad por suicidio, se encontró que la tendencia fue ascendente hasta el año 2000, presentando una tasa superior a la media nacional (7,19 por 100000 hab.), a partir del año 2001, con una fluctuación entre 4,70 y 6,17 por 100000 habitantes.

El especialista, Briceño León, asegura que en Venezuela para el año 1996, al tomar al grupo de edad entre 15 y 19 años, el suicidio ocupó la segunda causa de muerte, sólo superada por los accidentes, y para el año 1999, la tasa de mortalidad por homicidios y suicidios fue de 25,4 por 100.000 habitantes. La razón de tasas en el sexo masculino-femenino fue de 1,8. (15).

Hawton y Catalán afirman que las tasas de suicidios en el mundo son, con regularidad, más altas entre los hombres que entre las mujeres, independientemente del grupo de edad. Para el lapso en estudio, el 84,20% de los suicidios correspondieron al sexo masculino, mientras que tan sólo el 15,80% al femenino, siendo la población más afectada, para ambos sexos, aquella con edades comprendidas entre los 20 y 24 años (26,79%). (14).

Según la OMS, el promedio de suicidios se ha incrementado un 60% en los últimos 50 años, en particular en los países en desarrollo. Además, es actualmente



una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 34 años, aunque la mayoría de los casos se reporta entre adultos de más de 60 años. (16).

La distribución del suicidio por grupo de edad usualmente descrita (Yempey 1973, y Bancroft 1977), asignan las tasas más elevadas a la población anciana, lo cual difiere no sólo con los resultados de esta investigación, sino con previos estudios realizados en la población del Estado Bolívar, donde, según Díaz (1998), para el trienio 1994 – 1996, el grupo etario con mayor número de suicidios fue aquel con edades comprendidas entre los 21 y 30 años con 40,32% (25); 36,76% (25) y 24,49%(11) para cada año en estudio respectivamente. En los homicidios igualmente, el grupo etario entre 21 y 30 años resultó el más afectado, con 41,93% (135); 47,86% (112) y 38,46% (100). En ambos casos, el grupo etario entre los 11 y 40 años fue el más afectado con el 76% de los suicidios y 85% de los homicidios. (19).

Al ser los adolescentes y adultos jóvenes, los más afectados por situaciones violentas como lo son el suicidio y homicidio, comprometiendo la mayor fuerza productiva y numérica de nuestro país, puede estar condicionado por factores como la impulsividad, rebeldía, problemas en el ámbito familiar y labilidad afectiva, crisis económica, alcoholismo y abuso de sustancias.

Existen algunas teorías que intentan explicar los factores causales de la violencia, sin embargo, sólo nos darían una idea al respecto; entre las cuales encontramos: la teoría de la biología e información genética, que sitúa las causas en el funcionamiento de la corteza cerebral e hipotálamo, en secreción de sustancias, las cuales a su vez pueden ser estimuladas por el uso de alcohol o psicotrópicos. Otras teorías incluyen el conductismo, el constructivismo y el enfoque ecológico. La primera de ellas se basa en el condicionamiento de la conducta y el principio estímulo-respuesta.(20).



El constructivismo explica la conducta humana y la conducta social, y en esta la violencia responde a procesos específicos de socialización, en un contexto familiar, grupal, comunitario, nacional e internacional (20); mientras que, la última de estas teorías, el enfoque ecológico, se explica mediante niveles, donde se incluyen factores biológicos y personales, familiares y de amistad, explora el contexto de la comunidad, y finalmente factores sociales que contribuyen a crear un clima en el que se alientan o inhiben las actitudes violentas.(21).

Según Distrito Sanitario, la distribución de suicidios y homicidios, evidenció que en los Distritos Sanitarios II y I, ocurrió la mayoría de las defunciones por estas causas, con 348 (47,80%) suicidios, y 4327 (69,51%) homicidios en el Distrito II, mientras que el Distrito Sanitario N° I, registró 262 (35,99%) suicidios y 1478 (23,74%) homicidios.

Para el trienio 1994 – 1996, la mayor frecuencia de suicidios fue registrada en el Distrito N II, con 53,22% (33), 41,17% (28) y 55,56% (25), respectivamente, seguido por el Distrito Sanitario N° I. Para el año 1999, Marcano y cols, demostró que los Distritos Sanitarios I y II alcanzaron las tasas más elevadas (8,03 y 8,90 x 100.000 hab.), mientras que en las zonas más alejadas de la urbe, las tasas eran más bajas. (19).

Una de las causas que pudiese explicar este fenómeno, según Durkheim, pudiera ser la existencia de una mayor integración en el individuo al grupo social, ya sea familia o comunidad, que aparentemente existe en las zonas rurales. (15).

La variable tiempo de las características epidemiológicas, se estudió a través de la distribución de la mortalidad por homicidios y suicidios según mes de ocurrencia, encontrándose que los índices más elevados de mortalidad por estas causas, corresponden a los meses de Abril (11.13%), Agosto (10.44%), Julio (9.34%),



Diciembre (9.07%) y Enero (9.20%) para los suicidios, no así para los homicidios, donde se evidenció una mortalidad elevada durante todos los meses del año, incrementándose en los meses de Diciembre (10,96%), Octubre (9,04%) y Noviembre (8,82%). (15).

Díaz, quien estudió los mismos fenómenos en el trienio 1994-1996, describió que aquellos meses donde se registró un mayor índice de mortalidad por homicidios fueron Septiembre (13,04%), Diciembre (15,38%) y Mayo (12,31%). También observó que el mayor número de suicidios correspondió a los meses Junio (12,90%), Abril (14,70%) y Enero (17,77%), comentando que sus hallazgos no coinciden con estudios anteriores que señalaban a los meses Febrero, Abril, Mayo, Julio y Diciembre como los meses de mayor índice de suicidios. Por su parte, Marcano encontró que los meses Julio (13,51%), Agosto (12,16%) y Diciembre (10,81%) presentaban una mayor frecuencia de muertes por suicidio, correlacionándolos con la carga emocional, tensión familiar, y sentimientos de soledad y tristeza observados al culminar los compromisos escolares y en celebración decembrina. En el 2006, 886 estudiantes se quitaron la vida en Japón, de los cuales, casi un centenar se despidieron con notas en las que citaban el acoso escolar o las malas notas como razones principales para iniciar su “ultimo viaje”.(22).

El medio utilizado más frecuentemente para la autoagresión, correspondió al ahorcamiento (60,16%), seguido de armas de fuego (20,33%) mientras que el 13,19% envenenamiento por órganofosforados, órganoclorados y barbitúricos. Otros medios empleados fueron la inmersión y lanzamiento al vacío (2,06% cada uno). Al comparar estos resultados con los hallazgos de Marcano M (1999), se encuentra este mismo orden de frecuencia para las tres primeras causas, quien observó que en relación a investigaciones anteriores, la utilización de armas de fuego se había desplazado desde el tercer al segundo lugar, atribuyendo este hecho a las deficiencias



de las políticas en cuanto a la restricción del porte de armas se refiere. Según Amnistía Internacional, en Venezuela circulan 6 millones de armas ilegales.(23).

Para consumir el homicidio, los medios empleados en orden de frecuencia, en el lapso en estudio, fueron armas de fuego (83.05%) en primer lugar, seguido por la utilización de armas blancas (10.43%), y golpes con objetos contusos (2.09%), correspondiendo con los hallazgos de Z. Díaz, para el trienio 1994-1996, quien en su investigación hace la observación que, para aquella fecha, los hallazgos se correlacionaban con lo observado a nivel nacional.

Las ocupaciones con mayor frecuencia de suicidios en el Estado Bolívar, durante el lapso estudiado, ocurrió en personas cuya ocupación fue registrada como obrero el 24,73%, en segundo lugar, estudiantes (11,40%), en tercer lugar, comerciantes (10,58), seguidos por ocupaciones como oficios del hogar (8,24%) y agricultores (7.79%). El 9,48% de los fallecidos por estas causas, no se consignó la ocupación en el registro Epi13B. Es de hacer notar que, al comparar estos resultados con los hallazgos tanto de Marcano como de Díaz, se evidenció que oficios del hogar pasó del tercer al cuarto lugar en el orden de frecuencia por suicidios.

En cuanto a los homicidios, en el período en estudio, se encontró que el 37,73% ocurrió en obreros, 10,49% en estudiantes, y el 10,86% comerciantes, correspondiéndose para las tres primeras causas en orden de frecuencia con los resultados obtenidos en la misma población por Díaz, en el trienio 1994-1996, en el Estado Bolívar.



CONCLUSIONES

Durante el período comprendido entre el año 1997 y 2006, se triplicó la tasa de mortalidad por homicidios, al pasar de 21,16 a 61,77 x 100.000 habitantes.

La tasa de mortalidad por suicidios, por su parte, presentó una tendencia ascendente hasta el año 2000 alcanzando los 7,19 x 100.000 habitantes, y posteriormente, fluctuaciones entre 6,17 y 4,52 x 100.000 habitantes.

El sexo más afectado en ambos casos, suicidios y homicidios, fue el masculino.

El grupo etario entre los 20 y 24 años fue aquel donde se registró una mayor mortalidad tanto por suicidios como homicidios.

El Distrito Sanitario con mayor frecuencia de suicidios y homicidios fue el Distrito Sanitario N° 2.

La mayor frecuencia de suicidios ocurrió en el mes de Abril, mientras que la mayoría de los homicidios se registraron en el mes de Diciembre.

El medio empleado más frecuentemente para consumar el suicidio fue el ahorcamiento. Para los homicidios, el medio utilizado en mayor proporción fueron las armas de fuego.

Para los homicidios y suicidios ocurridos en el Estado Bolívar, durante el lapso de estudio, la ocupación que con mayor frecuencia se registró en las tarjetas Epi-13B fue la de obrero.



RECOMENDACIONES

La salud pública se caracteriza por la importancia que concede a la prevención. Por esto, en lugar de reaccionar ante la violencia o mucho menos aceptarla, debe centrar sus acciones en la premisa que el comportamiento violento y sus consecuencias son prevenibles, y basar su perspectiva en el método científico, planteando a la violencia, en cualquiera de sus formas, como un problema de salud pública, estudiando sus distintas causas, sus características epidemiológicas, su magnitud y sus consecuencias, para finalmente, encontrar y sugerir la solución.

La sociedad debe recuperar el espacio público como aquel destinado a la vida en común. Se debe promover los valores morales en la familia, como el amor, el respeto, la solidaridad y la justicia. Facilitar el acceso a los bienes culturales disponibles especialmente de los niños y jóvenes; y fomentar la sana recreación y uso del tiempo libre, como alternativas al consumo de drogas y alcohol. Exigir al Estado seguridad ciudadana y el respeto a los derechos humanos. Se debe siempre concienciar a las comunidades sobre la magnitud del problema de la violencia en todas sus formas de presentación, y orientarlos para hacer frente a dicha situación, canalizando inclusive, la unificación de esfuerzos entre su consejo comunal y las instituciones de la localidad.

Al Estado le corresponde desarrollar políticas para la prevención de la violencia, de manera general y en todos los sectores de la población, y por supuesto, haciendo énfasis en aquellas comunidades vulnerables, orientando la atención en los jóvenes y en la familia como unidad. Dichos programas se fortalecen al ampliar la cobertura del sistema educativo, promoviendo líneas de investigación sobre la violencia, en cualquiera de sus expresiones, incluidas el suicidio y homicidio; o con la apertura de campos para la discusión sobre estos tópicos en las comunidades.



El control de la ciudadanía y organizaciones sociales es fundamental. Se debe reformar el sistema de justicia y promover el desarme de la población civil. Debe garantizar los derechos humanos consagrados en la Constitución, en todo el territorio nacional, sin olvidar las cárceles y centros de reclusión del país, y sobretodo, combatir la corrupción del sistema judicial venezolano para efectos de credibilidad y autoridad entre la población.

Es necesario el trabajo interdisciplinario entre las instituciones estatales, no estatales y las comunidades, para así poder determinar la magnitud real de esta problemática, y dar soluciones adecuadas y eficaces a las necesidades individuales de cada comunidad, con el objeto de mejorar la calidad de vida de sus habitantes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Anónimo. Catecismo de la Iglesia Católica. [En línea]. Disponible: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p2s2c2a5_sp.html [Enero 2008].

2 Castro, O. 2007. Descubiertas las bases neurológicas de la agresión humana.[En línea]. Disponible: http://www.tendencias21.net/descubiertas-las-bases-neurológicas-de-la-agresion-humana_a1906.html [Enero 2008].

3 Strathern, A. y Stewart, P. Octubre 2003. Violencia. Polylog. [Serie en línea] 5. Disponible: <http://them.polylog.org/5/fss-es.htm> [Diciembre 2007].

4 Krug, E; Dahlberg, L; Brown, D; Butchart, A; Harvey, A; Bartolomeos, K; et al. 2002. World Report on Violence and Health. World Health Assambly, The United Nations High Comission of Human Rights, The African Union. World Health Organization. Genova. [En línea]. Disponible: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf . [Enero 2008].

5 Anónimo. 2008. Violencia. [En línea]. Disponible <http://es.wikipedia.org/wiki/violencia> [Febrero 2008].

6 Perumalil, A. 2004. Induce la religión a la violencia? Polylog. [Serie en línea]. 5 (2004): 102-107. Disponible: <http://them.polylog.org/5/fpa-es.htm>. [Diciembre 2007].

7 Galtung, J. 2004. Violencia, guerra y su impacto, sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia. [Serie en línea]. Polylog. 5 (2004). Disponible: <http://them.polylog.org/5/fgj-es.htm> [Diciembre 2007].



8 Chan, M; Bartolomeos K; Brown, D; Butchart, A; Harvey, A; Meddings, D; et al. 2007. Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report 2007. Organización Mundial de la Salud. Génova, Suiza. [En línea]. Disponible:http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595476_eng.pdf [Enero 2008].

9 Tovar, M. 2008. Homicidios son la tercera causa de muerte en el país. El Universal. Cuerpo 1. 26-01. p.1.

10 Tovar, M. 2008. “Vivir” con la violencia a costas. El Universal. Cuerpo 3. 26-01.p.1.

11 Rodríguez, G. 2008. Se cuadruplicaron los homicidios en los últimos nueve años. El Universal. Cuerpo 3. 08- 02. p.19.

12 Rodríguez, G. 2008. La tasa de homicidios por cada cien mil personas creció 300%. El Universal. Cuerpo 3. 08- 02. p.19.

13 Anónimo. 1993. “Homicidio”. Enciclop Hisp. Macropedia, 8:34. España. 3ª ed. pp.254.

14 Desjarlais, R ; Eisenberg, L; Good, B y Kleinman, A. 1997. Salud Mental en el Mundo, Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos. Edit Oxford University Press. Washington, E.E.U.U. 2ª ed. pp. 590.

15 Marcano, M; Dommar, L; Rojas, M; Arriojas, S. 2005. Factores Estructurales y Epidemiológicos asociados al Suicidio e Intento de Suicidio como problemas de Salud Pública, Estado Bolívar – 2001. Saber, Universidad de Oriente. **17** (2): 3-10.



16 Anónimo. 2007. “Unas 3000 personas se suicidan a diario en el mundo, según la OMS” [En línea]. Disponible: <http://www.20minutos.es/noticia/273635/suicidios/oms/diario/>. (Enero 2008).

17 Arasme, E. 2007. Cuatro de cada 6 hogares son afectados por la violencia. El Diario de Guayana. Cuerpo 1. 30-07. p.12.

18 Duran, M. 2008. Delincuentes atacan con electricidad. TalCual. Cuerpo 1. 26-03. p.19.

19 Díaz, Z. 1998. Estudio Epidemiológico de los suicidios y homicidios en el Estado Bolívar. 1994-1996. Trabajo de Grado. Dpto. de Salud Pública. Esc. Cs. Salud. Bolívar. U.D.O. pp 100 (Multígrafo).

20 Cantu, P.; Moreno, D. 2004. Contexto y tendencias de la violencia familiar. Rev. Salud Pública y Nutrición. [En línea]. 5(4). Disponible: http://www.respyn.uanl.mx/v/4/ensayos/violencia_familiar.htm. (Diciembre 2007).

21 Krug, E; Mercy, J; Dalhberg. L; Zwi, A. 2002. La violencia, un problema esencial de salud publica, declara la OMS en su reporte mundial sobre violencia y salud. Rev. Panam Salud Pública. [En línea]. 44 (6). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S00336342002000600011&script=sci_arttext&tlng=en. (Diciembre 2007).

22 Anónimo. 2007. “Gobierno Japonés impulsa medidas para reducir los alarmantes casos de suicidio” [En línea]. Disponible: <http://www.20minutos.es/noticia/251205/suicidio/japon/medidas/>. (Enero 2008).

23 Clarembaux, P. 2008. Jóvenes en extinción. TalCual. Cuerpo 1. 03-09. p.7.



24 OPS. Organización Panamericana de la Salud. 1994. Las condiciones de Salud en las Américas. Washington DC. Publicación científica N° 549.

25 Norman, G; Streiner, D. 1998. Bioestadística. Edit Hartcourt Brace. Barcelona, España. 1ª ed. pp. 260.

26 Anónimo. 2007. Organización Mundial de la Salud. Nuevos esfuerzos de los gobiernos para prevenir la violencia. [En línea]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr40/es/index.html>. (Diciembre 2007).

27 Universidad Pedagógica Experimental Libertador. 2003. Manual de Trabajos de Grado, Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. (Multígrafo).

28 OMS. Organización Mundial de la Salud. 2007. Reunión sobre la tercera edición de hitos de la Campana Mundial de Prevención de la Violencia 2007. [En línea]. Disponible: http://www.who.int/mediacentre/events/2007/milestone_2007/es/index.html. (Enero 2008).

29 Rodríguez, F. 2007. ¿Pueden las sociedades volverse locas? El suicidio como salida. El Progreso. Cuerpo 1. 02-05. p.7.

30 Iglesias, M. 2008. Los venezolanos se sienten desprotegidos en todos lados. El Universal. Cuerpo 3. 18-09. p.17.

31 Iglesias, M. 2008. Sin determinar causa de 24,6% de muertes violentas en Caracas. El Universal. Cuerpo 3. 17-04. p.18.



32 Rodríguez, G. 2008. Se cuadruplicaron los homicidios en los últimos nueve años. El Universal. Cuerpo 3. 08-02. p.19.



ANEXOS



Anexo 2



Mapa de la República Bolivariana de Venezuela



APÉNDICES



ENCUESTA
Tendencia de la Mortalidad por Suicidios y Homicidios 1997 – 2006

I IDENTIFICACION
N° de Certificado de Defunción _____ Fecha de Muerte _____
Edad _____ Sexo: M _____ F _____ Ocupación _____
Procedencia _____
Sitio de Ocurrencia _____

II TIPO DE MUERTE _____ Suicidio _____ Homicidio _____ Ignor/NoEspec _____ Accid _____

III CAUSA DE MUERTE Con Asistencia Medica _____ Sin Asistencia Medica _____

IV. MEDIOS UTILIZADOS _____

V. PORMERES DEL SUCESO _____


IV. OBSERVACIONES _____

Fecha _____ Nombre del Investigador _____

Instrumento de Recolección de Datos



Apéndice B


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR


CIUDAD BOLÍVAR, 12 DE DICIEMBRE DEL 2007.

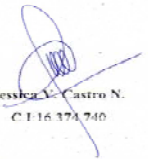
AH: **DRA. MARIA GUEVARA B.**
Coordinadora Regional De Estadística Vital ISPB
Presente.


Nos dirigimos a usted respetuosamente, en la oportunidad de solicitar su consentimiento para la revisión de las tarjetas Epi 13-b de fallecidos por Suicidios y Homicidios ocurridos en el Estado Bolívar durante el lapso 1997 -2007, información necesaria para la elaboración de Tesis de grado intitulada "Tendencias de la Mortalidad por Suicidios y Homicidios Edo. Bolívar 1997 - 2007" bajo la tutoría de la Dra. Milda Marciano, como requisito parcial para obtener el título de Médico Cirujano. Dejando constancia que la información tiene un fin estrictamente académico.

Reiterándole un cordial saludo y agradeciendo de antemano la receptividad a esta solicitud, quedamos a la espera de su respuesta.

Atentamente.


Adrian R. Castro N.
C.I. 14 424 272


Jessica V. Castro N.
C.I. 16 374 740


Dra. MILDA MARCANO
MEDICO ASESOR

C.C. Dr. José Almagro

Solicitud de la revisión de las tarjetas Epi-13b de fallecidos por homicidios y suicidios en el Edo. Bolívar en el periodo en estudio ante la Dra. Maria Guevara, Coordinadora Regional de Estadística Vital ISPB.



Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/5

Título	<i>Tendencia y caracterización epidemiológica de la mortalidad por suicidios y homicidios en el Estado Bolívar 1.997 – 2006.</i>
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
	<i>Castro N., Adrian R.</i>	CVLAC
e-mail		
e-mail		
<i>Castro N., Jessica V.</i>	CVLAC	16.374.740
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

<i>Suicidios</i>
<i>Homicidios</i>
<i>Mortalidad</i>
<i>Caracterización Epidemiológica</i>



Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/5

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
<i>Medicina Preventiva</i>	<i>Departamento de Salud Pública</i>

Resumen (abstract):

Las muertes violentas por suicidios y homicidios, según el informe de tendencias de salud de la OPS han adquirido importancia creciente, convirtiéndose en grave problema de salud pública. Venezuela y el Estado Bolívar, no escapan a esta realidad, en la cual, la autoagresión y una diversidad de hechos de sangre, tienen como base una compleja red multicausal, repercutiendo negativamente en todos los ámbitos sociales. El objetivo general de esta investigación fue determinar la tendencia de la mortalidad por suicidios y homicidios y su caracterización epidemiológica en el lapso comprendido entre 1997-2006. Se realizó un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo, que incluyó el universo de los fallecidos por estas causas. Se utilizó la información proveniente de las tarjetas Epi-13B del Departamento de Hechos Vitales del ISP Bolívar. Durante el lapso en estudio, se triplicó la tasa de mortalidad por homicidios, al pasar de 21,16 a 61,77 x 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por suicidios, presentó una tendencia ascendente hasta el año 2000 alcanzando los 7,19 x 100.000 habitantes, y posteriormente, fluctuaciones entre 6,17 y 4,52 x 100.000 habitantes. El sexo más afectado en ambos casos, fue el masculino. El grupo etario entre 20 y 24 años fue aquel donde se registró una mayor mortalidad por suicidios y homicidios. El Distrito Sanitario N° 2 mostró la mayor frecuencia de suicidios y homicidios. La mayor mortalidad por suicidios ocurrió en el mes de Abril, mientras que la mayor frecuencia de los homicidios, en Diciembre. El medio mayormente empleado para consumar el suicidio fue el ahorcamiento; y para los homicidios, las armas de fuego. La ocupación más afectada fue la de obrero. Se evidenció que la violencia social constituye un verdadero problema de salud pública que debe ser tomado en cuenta por todos los entes estatales, y no estatales, fomentando una adecuada intervención social.



Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/5

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
<i>Marcano, Milda.</i>	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
<i>Cannónico, Reina.</i>	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
<i>Conquista, Norma.</i>	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2009	03	06

Fecha en formato ISO (AAAA-MM-DD).

Lenguaje: spa



Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/5

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis	.doc

Alcance:

Espacial : Estado Bolívar (Opcional)

Temporal: 1997 - 2006 (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Medico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo: Pre Grado

Área de Estudio:

Medicina Preventiva, Salud Pública.

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar.



Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/5

Derechos:

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la
Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros
fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo,
quien lo participara al Consejo Universitario”

AUTOR 1

AUTOR 2

AUTOR 3

AUTOR 4

TUTOR

JURADO 1

JURADO 2

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS:

