



Diciembre 2009

**MARCADORES DE RIESGO PARA LA POBLACIÓN ADULTA.
PROVINCIA DE CIENFUEGOS (ESTUDIO DE CASO)**

Dra. Ángela Normaida Jorge Miguez

Msc Nancy Águila Urdanivia

Lic. Teresa Fernández Hernández

Universidad de Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez", Cuba
Centro Universitario Municipal

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Jorge Miguez, Águila Urdanivia y Fernández Hernández: *Marcadores de riesgo para la población adulta. Provincia de Cienfuegos (estudio de caso)*, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, diciembre 2009.
www.eumed.net/rev/cccss/06/muh.htm

INTRODUCCION

La ancianidad es una etapa donde la experiencia y los años de toda una vida pueden llevar a la realización personal, a la marginación, desesperanza y decepción y en esta etapa el espíritu debe ser más alimentado que el cuerpo.

Los marcadores de riesgo para la población adulta continúan actuando en el adulto mayor y es necesario seguir la batalla para su eliminación o control como método de adopción de estilos de vida saludables. Los ancianos como sector más vulnerables de la población tienen especiales condiciones para enfermar o morir.(1)

El envejecimiento individual no es fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la Filosofía, el Arte y la Medicina. Sin embargo, durante el pasado siglo asistimos a una situación singular, más y más personas sobrepasaron las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas.

El envejecimiento de la población se debe, fundamentalmente, a la reducción de los niveles de mortalidad y fecundidad; con el consecuente incremento de la expectativa de vida que genera un desplazamiento hacia los grupos de edades superiores.

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado. (2)

Una muestra evidente de la magnitud del envejecimiento de la población mundial, en los distintos países, es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. ¹ En la segunda mitad del siglo XX se produjo un incremento de 20 años en la esperanza de vida al nacer en todo el mundo, hasta el nivel actual de 66 años. El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años de edad se ha incrementado de algo más de 400 millones en 1950, a 600 millones en la actualidad con un pronóstico de 1 200 millones para el año 2025. De ahí que las tendencias demográficas destaquen el envejecimiento poblacional como el cambio

más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. Sin embargo, no existe un comportamiento homogéneo en las distintas regiones. (1)

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 sólo el 5.4 por ciento de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8 por ciento, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 por ciento de la población en este grupo y para el 2050 el 22 por ciento. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará. Aunque cabe aclarar que este proceso no sólo es heterogéneo inter – regiones, sino también intra – regiones.

El envejecimiento poblacional en Cuba se inscribe en lo avanzado del proceso de transición demográfica del país y sus territorios, en donde la fecundidad como principal factor reductor del crecimiento poblacional, se mantiene por debajo de los niveles de reemplazo desde hace más de veinticinco años y la mortalidad igualmente mantiene niveles muy bajos. Una Tasa Global de Fecundidad de 1.6 hijos por mujer y una esperanza de vida al nacimiento de 76.15 años, son un ejemplo de ello. Por su parte la esperanza de vida geriátrica (60 años y más), resulta superior a los 21 años para ambos sexos, siendo aproximadamente 20 años en el caso de los hombres y 22.2 en las mujeres. Los avances sociales alcanzados en el país, en un proceso de interrelación de Población y Desarrollo, han modelado un patrón demográfico, similar al conjunto de los países desarrollados, que se expresa en los valores señalados con anterioridad, en donde los bajos valores de la fecundidad y de la mortalidad describen una situación inédita en su evolución perspectiva, proyectándose decrecimientos absolutos de su población y un intenso envejecimiento poblacional en las próximas dos décadas. Cuando se plantea que para el 2025, uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y más, se avizora un proceso, el cual no solo la evolución demográfica de los últimos años tiende a confirmar, sino que comienza a perfilarse su adelanto, en el entorno del 2020. En este marco no debe dejar de señalarse, el hecho de que en los últimos años, sobre todo a partir del 2000 y en el entorno de los Programas Sociales de la Revolución, se han generado decenas de estos,

tendientes a perfeccionar y potenciar de forma significativa, aspectos relacionados con la educación, la salud, la seguridad y asistencia social, la cultura y otros sectores de la sociedad que en su conjunto han ido redundando en una mayor calidad de vida de la población, la cual debe incrementarse respectivamente. (5)

El envejecimiento no sólo se ha comportado como un aumento de la cantidad absoluta y relativa de los ancianos(a), ha aumentado también ostensiblemente la cantidad de años que han de vivir al arribar a la tercera edad. Los actuales niveles de envejecimiento de la población anciana son comparables con los más altos del mundo. Especialmente es destacable la expectativa de vida geriátrica de los hombres cubanos, la cual excede los 19,5 años.

Un dato importante que se comienza a manejar es el aumento de la cantidad de los llamados "viejos viejos", con implicaciones socioeconómicas y médicas muy especiales. La expectativa de vida actual de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 7,6 años.

En la provincia de Cienfuegos en el año 2004 el número de adultos mayores era de 59 934 de un total de población de 397 078 con una natalidad por 1000 habitantes de 11.6. El territorio sureño dispone de una esperanza de vida de 77 años

Hasta la fecha poco más de 60 mil 700 cienfuegueros, que representan el 15,3 % de la población total de la provincia, están catalogados como Adultos Mayores, cifra que tiende a aumentar dada la disminución de la tasa de natalidad y disponerse de mejores condiciones de vida (2).

Este proceso de envejecimiento se da desde el comienzo de nuestra vida, hasta su terminación. "Nadie se vuelve viejo en un instante; estamos habitados ya por nuestra futura vejez". Así queramos asumirlo o no, todas las personas, sin excepción, envejecemos (3).

Es obvio que el hecho de envejecer no es algo que podamos elegir, al igual que no es elegible para ninguna persona, el comenzar a vivir. Lo que sí es elegible, en cierto grado, es nuestro estilo de vida, nuestras actitudes, nuestros comportamientos y las condiciones en que vivimos.

Diferentes autores han clasificado la edad en tres tipos (4):

- Edad cronológica: La define el número de años.
- Edad corporal: Se marca por los cambios y el enlentecimiento del organismo, propio del envejecimiento.
- Edad social: Es establecida por la sociedad (comportamientos y papeles específicos para cada edad).

Agregando un cuarto tipo, que sería la Edad Psicológica, y que correspondería a aquella que se establece a sí misma cada persona, y que depende de cómo se vea, cómo se perciba y con qué grado de dinamismo y estado de ánimo viva esta etapa de su vida, lo cual consideramos resulta muy notable tener en cuenta siempre que valoremos los adultos mayores.

Es importante entender que el proceso de envejecimiento genera implicaciones que se traducen en ciertos declives a nivel estructural, que disminuyen la vitalidad funcional del organismo, pero que no corresponden necesariamente a un deterioro que involucre alteraciones de índole patológica.

Lo que ocurre es que cuando avanza el proceso de envejecimiento, el organismo se hace más vulnerable, situación ésta que aumenta la probabilidad de enfermar. Sin embargo, envejecer no significa enfermar, ni la vejez equivale a patología. Por lo anterior, no sería correcto considerar las alteraciones de la salud como inherentes a la vejez, ya que la vejez no es una condición patológica. Lo correcto es decir que durante la vejez hay mayor vulnerabilidad a las enfermedades, las cuales están particularmente relacionadas con ciertas condiciones y estilos de vida.

Hay suficientes evidencias científicas que afirman que el comportamiento o la forma de actuar, tanto individual como colectiva, tienen consecuencias en el modo de envejecer. Nuestra manera de pensar, de sentir y de actuar cotidianamente, los alimentos que ingerimos y la forma de hacerlo, el ser sedentarios o activos, el interés y el dinamismo en relación con actividades intelectuales y sociales, o la apatía y pasividad frente a las mismas, todas estas situaciones influyen tanto a corto como a largo plazo, en la calidad de nuestra vida. Es por esto, sumamente importante que seamos conscientes de las cosas que hacemos y de sus consecuencias, de tal forma que no terminemos culpando a la vejez de todos los

padecimientos que nos aquejan. Se debe entender definitivamente, que no es el paso de los años, sino lo que pasa y lo que hacemos durante esos años, lo que nos va a proporcionar una vejez saludable, o por el contrario, una vejez llena de enfermedades e insatisfacción (5).

Según datos estadísticos del Hospital Gustavo Aldereguía Lima, se ha producido un incremento progresivo de los adultos mayores que ingresan; en el año 2002 el total de anciano y ancianas fue de 6118 representando el 26,3% del total de ingresos, en el año 2003 fue de 6439 para un 28,1%, en el 2004 fue de 6435 para el 29,6% y en el año 2005 la cifra fue de 6622 llegando a representar el 30% del total de ingresos. Al analizar estas cifras, ellas por si solas hablan de un incremento progresivo del número de adultos mayores que requieren de los diferentes servicios que brinda la institución, este incremento continuará en los próximos años si tenemos en cuenta el envejecimiento poblacional a que está sometido el país y la provincia. Razón para lo cual hemos de estar preparados para enfrentar los diferentes problemas que esto acarrea, pues debemos de tener presente que los ancianos y ancianas presentan con mucha frecuencia una comorbilidad de patologías que requieren de una atención integral, y dentro de esta comorbilidad se encuentran las patologías psiquiátricas unas como consecuencias directas de las patologías somáticas, con expresiones psicopatológicas y otras como resultado de la implicación psicosocial que para el anciano o anciana representa, por las limitantes de su validismo, colocándolos en una posición de dependencia de familiares o servicios sociales, lo que lleva con frecuencia a presentar diferentes trastornos entre ellos las manifestaciones depresivas desde las formas leves hasta las severas, la presencia de ideación suicida, el incremento de hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol, el consumo de tabaco ambas drogas como forma evasiva o asertiva de su realidad. Sin embargo, el envejecimiento no se presenta de igual modo en todas las provincias del país. Las provincias occidentales, con excepción de Pinar del Río, y las centrales presentan mayor envejecimiento, en tanto en las orientales este proceso es menor, lo que se encuentra estrechamente relacionado con los niveles de fecundidad y mortalidad de los territorios. Las provincias Villa Clara con 17.1

por ciento de adultos mayores, Ciudad de La Habana con 16.9 y Sancti Spiritus con 15.8 son las más envejecidas, mientras que Guantánamo con 11.1 por ciento es la menos envejecida.

Tradicionalmente se piensa en la violencia como un hecho cotidiano, imprevisible y prácticamente inevitable, que limita a registrar su frecuencia, tratar de restaurar los daños causados y –en el mejor de los casos– sugerir algunas prácticas preventivas, básicamente en el ámbito de la conducta individual.

En conjunto, en el mundo las muertes violentas son una de las principales causas de muerte y las mayores responsables de años de vida potencialmente perdidos. La repercusión en la salud pública de ciertos problemas sociales, como los accidentes, y las distintas formas de violencia, como los suicidios y los homicidios, constituyen una preocupación para las autoridades sanitarias.(2)

Los accidentes no solamente son un importante problema de salud en el mundo por ocupar en casi todos los países una de las primeras causas de muerte, sino que la morbilidad es sumamente alta. Se reportan anualmente más de siete millones de víctimas y un cuarto de millón de fallecidos (3). Según los informes oficiales registrados en la OPS, en la región de las Américas se registran anualmente cerca de 120 000 homicidios y 55 000 suicidios.³ La situación a nivel continental ha adquirido tal gravedad que la tasa de mortalidad por causas asociadas a la violencia ha comenzado a afectar, en forma clara, la tasa de mortalidad general.(3)

En Cuba, en los últimos dos decenios la mortalidad por muertes violentas ha constituido algo más de la décima parte del total de defunciones. La población más afectada ha sido la comprendida entre los 15, los 49 años de edad, son los accidentes la primera causa de muerte (5). El 8,6 % del total de fallecidos en esta provincia, en un año, fue por muertes violentas, es decir, que diariamente fallecen dos personas por estas causas y, de ellas, 44,9 ocurre en menores de 49 años. El 23,2 % de la mortalidad en mayores de 60 años es por muertes violentas, fundamentalmente por accidentes. En el grupo de 15-49 la mortalidad por las

principales causas de muerte (excepto las violentas) representa 38,8 y las muertes violentas 38 %.

Las muertes violentas en el adulto mayor es sin duda un fenómeno de naturaleza multifactorial, constituyendo un problema social, pero a pesar de esto las referencias bibliográficas no son lo suficientemente numerosas, pues los trabajos se han caracterizados por ser aislados por un grupos de investigadores, motivados y preocupados por la magnitud del problema.

La violencia ha sido para muchos como la epidemia del siglo XX, que en nuestra opinión se mantiene en el actual siglo, es una amenaza a la paz y seguridad de los ancianos y ancianas, afectando al individuo, la familia y la sociedad en general, en tanto genera miedo, desarticula la estructura familiar, mata la autonomía, limitando la libertad de acción.(2,3)

Muchos ancianos y ancianas necesitan después de un acto de violencia atención médica, pero la mayoría no son identificados como tal, y mucho menos denunciados a las autoridades y por tanto de ser juzgados por las leyes los victimarios. Como bien dijera el Dr. Hiroshi Nakajima, en 1993 al hablar en el Día Mundial de la Salud ... ha llegado la hora de mostrar que en la sociedad contemporánea, la seguridad es un asunto individual y colectivo, un asunto que debería formar parte integral de toda política de formación sanitaria en vez de minimizar su importancia.

El éxito para prevenir, reducir o eliminar este problema social dependerá en primer lugar del estudio del problema en todas sus aristas, y a diferentes niveles, comunitario, hospitalario; en este último ámbito no existen estudios disponibles, pues los mismos se han centrado en el área comunitaria o en instituciones de larga estadía.

La expectativa de vida es un cálculo que se realiza desde hace poco tiempo, apenas 20 años y es un indicador de salud por excelencia , se calcula también la expectativa de vida activa ya que no se trata de vivir más años sino de hacerlo bien y ser útil e independiente.(15)

Según el potencial genético estamos programados para vivir de 115 a 120 años, algunos como Roca Bruno afirman que menos, entre 95 y 100 años, si bien

siempre existieron longevos y centenarios, los nuevos adelantos y las condiciones favorables no han cambiado mucho el panorama demográfico y las excepciones más allá de los 100 años que son las que prevalecen.

La expectativa de vida al nacer comienza a modificarse en el inicio del siglo XX, mientras la expectativa a los 60 años, lo hizo a partir de 1930. La expectativa de vida en el imperio romano era de 23 años y en siglo XVII fue de 37 años, entre el año 3000 a.C. y el 1900 se ganan 29 años, similar al alcanzado en solo los últimos 100 años.

Muchas teorías defienden que alrededor de los 85 años existe una barrera fisiológica y de tiempo que al parecer quien logra sobrepasarla vive muchos más años; sin embargo la expectativa de vida ha avanzado muy poco en algunos países seleccionados. Japón es el único que ha logrado continuar progresivamente y ya sobrepasó los 80 años; por otra parte otros países consumen décadas sin mover casi sus expectativas, sobre todo para los hombres y algunos incluso han disminuido los logros de antaño (antigua URSS). Es evidente que las transformaciones sociales, los avances de todos los campos llevaron a los países desarrollados a alcanzar indicadores muy altos, muy difíciles de mover prácticamente, por otro lado en las últimas décadas los países subdesarrollados han venido resolviendo esos problemas y, por tanto, sus indicadores se mueven más, sin embargo, no llegan al total de años por vivir tanto para hombres como para mujeres.

América Latina aumenta su expectativa de vidas en 1975 a 1980 en 5,4 años llegando a 60,5 años para los hombres y 64,5 para las mujeres y con muy pocos cambios hasta el 2000, con 5,9 años llegando a 64,5 hombres y 70,4 en las mujeres. Durante el año 1999 la tasa de crecimiento para los hombres fue de 13,3 y 14,9 para las mujeres, mientras que la edad media resultaba de 71,45 y 72 años, siendo la mediana de 69,66 y 70,21. Los varones en Cuba resultaron ser 71,22 para la edad media y 69,2 para la mediana, todas expresadas en años.

Si logramos eliminar teóricamente las muertes por enfermedades Cardiovasculares prolongaríamos la expectativa de vida en 8,8 años, si, además,

logramos que no se mueran personas por Tumores Malignos, Accidentes y otras crónicas no transmisibles se prolongaría a 1,8 lo que nos llevaría a una expectativa de vida de alrededor de 85 años.

La preocupación por las muertes violentas de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un aumento de la población, (la población adulta). Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 ó más años, aumentará a más del doble, de 542 millones en 1995 a cerca de 1 200 millones. El número total de personas mayores que viven los países en desarrollo también aumentarán en una proporción similar para el 2025, llegando a 850 millones de personas ⁽³⁾, es decir 12% de la población total del mundo en desarrollo, aunque en algunos países como Colombia, Indonesia, Kenya y Tailandia se prevé que aumente más de 4 veces. En todo el mundo un millón de personas cumplen 60 años en un mes cualquiera, y de esa cifra, el 80% se corresponde al mundo en desarrollo, así aumenta la violencia en las sociedades en que viven. No obstante los adelantos de las ciencias médicas y del bienestar social permitirán asegurar que muchos ancianos puedan gozar de períodos de vejez más prolongados y libres de discapacidades y maltratos ⁽⁴⁾

Cuba ha sobrepasado ya la cifra de 74 años como expectativa de vida al nacer exhibiendo un patrón de países desarrollados cuya contribución al total mundial aumentó notablemente a fines de siglo. En el año 2000 la población anciano se incrementó en un 91,5% en relación con el año 1970. ⁽¹³⁾En Cienfuegos la esperanza de vida en 1999 era de 77.4 para los hombres y de 79.8 para las mujeres.

Del total de fallecidos de Cienfuegos en el año 2000 que fue de 2 773, son de 60 años y más 1972, lo cual representa el 71,1 del total.⁽¹¹⁾

La violencia no es problema social sin solución, ni un componente ineludible de la condición humana. Es mucho lo que podemos hacer para arrostrarla y prevenirla. El mundo todavía no ha calificado en su totalidad la envergadura de la tarea ni dispone de todas las herramientas para llevarla adelante pero la base

general de conocimiento se está ampliando y se ha adquirido ya mucha experiencia útil.

En la actualidad es necesario fortalecer aún más la cantidad y calidad de las acciones de salud encaminadas a reducir el riesgo de fallecer por hechos violentos, que en nuestro país se ha mantenido en ascenso en los últimos 20 años, con un incremento de la mortalidad en los adultos de 60 y más que se ha hecho más relevante en el último decenio. (15)

El estudio de la muerte, sus causas y las circunstancias en que ocurren plantean siempre un interés de valor práctico para el médico aplicar estos resultados y enseñanzas para el beneficio del hombre, debe constituir un problema primordial. (16)

En nuestra provincia el saldo de muertes violentas en el adulto mayor ha aumentado en los últimos años y solo se recoge un estudio de un año considerando este aspecto es que nos motivamos para la realización de este estudio para conocer diferentes factores relacionados con el mismo.

Hoy hay pocos estudios empíricos sobre intervenciones para la prevención de muertes violentas en ancianos, por lo que nuestro trabajo constituye un aporte en la lucha contra estos hechos, sintiéndonos motivados por el estudio, ya que el factor Salud, constituye una parte importante en esta problemática.

Por todo lo anterior nos hemos sentido motivados a investigar sobre este tema, planteándonos la siguiente interrogante que constituye nuestro problema de investigación.

¿Cuál es la mortalidad por violencia en los ancianos ingresados, en el servicio de Medicina Legal?

OBJETIVOS:

GENERAL:

Caracterizar aspectos relevantes de las personas de las muertes violentas atendidas en el Servicio Provincial de Medicina Legal en el período comprendido entre el 1^{ro} de Enero del 2003 al 1^{ro} de Enero del 2007.

ESPECIFICOS:

- Identificar las variables sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, municipio de residencia, año de fallecimiento.
- Determinar correlación entre la causa de muerte y la etiología médico – legal.
- Definir las causas de muerte desde el punto de vista anatomopatológico, principales procedimientos médico legales, así como la relación clínico patológico.

Calcular la tendencia de la mortalidad en el adulto mayor por muertes violentas según causa básica de ésta.

DEFINICIONES

- 1. Violencia:** Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, o sea la imposición de un grado significativo de dolor ⁽²⁾.
- 2. Etiología Médico – Legal:** Se refiere a la naturaleza del hecho violento en relación a: Homicidio, Suicidio, Accidente, Por Investigar.
- 3. Reconocimiento Médico – Legal:** Es el examen dispuesto por la autoridad competente, que se realiza para precisar las causas de la muerte y las condiciones o circunstancias que de ella se derivan y si es necesario realizar necropsia o no.
- 4. Levantamiento del cadáver:** Es el examen que realiza un médico a un cadáver incluyendo la ropa y lo que le rodea conforme a reglas técnicas, médicas y policológicas constituyendo una diligencia judicial dispuesta por autoridad competente, el cuál no ha sido movido de lugar ni recibido asistencia médica.
- 5. Ingresos médico-legal:** Es el que se realiza en el servicio de medicina legal a todos los fallecidos inscritos en el Registro de Tanatología.

MARCO TEORICO

La violencia es un acto premeditado o no, cuyo producto incluye el daño a la integridad física, psíquica, sexual en la personalidad y aún en la libertad de movimiento de la víctima, que se ha convertido en flagelo que se expande cada vez más por el mundo y nuestra región. (32)

La violencia puede definirse, pues, de muchas maneras, según quien lo haga y con qué propósito. (42)

La palabra violencia significa “maltratar”, “malestar”, “forzar”, “violar”, “abusar”, es decir es el uso del poder para producir un Daño y por ello es cuando afecta a personas. Cualquier acción, omisión o conducta directa o indirecta mediante la cual se inflige sufrimiento físico, sexual, o mental, mediante engaño, seducción, amenaza o coacción. (36)

La OMS define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones(4). Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorios, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.(42)

La razón de la violencia hay que encontrarla en la interacción de factores negativos del individuo y la sociedad (5). Una característica singular de la violencia es su capacidad de multiplicarse y expandir sus dinámicas y consecuencias. (20)

La violencia en las personas de la tercera edad se ha convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal. Por consiguiente, estas dos disciplinas han determinado, en gran medida, la visión que se tiene del maltrato de los adultos mayores, cómo se analiza y de qué manera debe abordarse. Muchas

veces se dice que estas personas son frágiles, débiles y dependientes y por ello menos merecedoras que otros grupos, de los fondos del estado, e incluso de la atención familiar y se les ha considerado como blancos fáciles para la explotación. (60)

La violencia fue considerada para muchos como la epidemia del siglo XX aunque muchos también la consideran como una epidemia del mundo actual, lo que ha sido expresado en el boletín "La Violencia en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud. (21)

En muchos países la violencia llega a alcanzar una magnitud tal que afecta notablemente la esperanza de vida, un ejemplo de ello es Colombia la cual no sobrepasa los 69 años, en similar situación se encuentra Méjico, El Salvador. (43)

Estudios realizados en nuestro país y presentados en el Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontóloga y el IV Congreso Nacional de Gerontología y Geriatría celebrado en ciudad de la Habana en 1999, coinciden en la alta frecuencia de ancianos y ancianas víctima de violencias. (45)

La violencia es un problema polifacético, para el que no existe una solución sencilla o única; antes bien, es necesario actuar simultáneamente en varios niveles y múltiples sectores de la sociedad para prevenirla. Por ejemplo: Hacer frente a los factores de riesgo individuales y adoptar medidas encaminadas a fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante su desarrollo y a modificar actitudes y comportamientos en los individuos que ya se han vuelto violentos o corren el riesgo de atentar contra sí mismos. Influir en las relaciones personales más cercanas y trabajar para crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales. (53)

La muerte determina la transformación de un ser que vive en un cuerpo carente de vida; esta transformación trae como consecuencia problemas biológicos, sociales y jurídicos a los que se añaden los filosóficos, religiosos, morales y sanitarios. Todas estas cuestiones se entremezclan cuando el cadáver y la muerte se estudian con determinado interés médico legal. Una definición muy sencilla es la

que establece que la muerte es el cese del conjunto de actos y fenómenos que constituyen lo que llamamos vida.(4)

La vida equivale a un complejo conjunto de fenómenos bioquímicos que siguen unas leyes fijas y cuyo normal funcionamiento se traduce en un equilibrio biológico y físico químico y en una constancia de valores orgánicos. Cuando se produce la muerte, aquellas leyes dejan de cumplirse y el cuerpo humano queda en estado inerte, sufriendo las influencias de orden físico, químico y microbiano del medio ambiente y aún de su propio medio interno.

Se admite que la vida se extingue con las funciones respiratorias y circulatorias, científicamente no es exacto, pues se ha observado los latidos del corazón en sujetos con lesión encefálica, por lo que se ha considerado que la muerte no es un momento sino un verdadero proceso.(6,7)

Múltiples son los conceptos de muerte que se han dado a través de la historia:

Decía Lacassagne (1906) (Citado por Gisbert Calabuig, 1998), que es el cese de las funciones nerviosas, circulatorias, respiratorias y termoreguladoras.

Thoinot (1928) (Citado por Gisbert Calabuig, 1998) de manera más terminante expresaba “la vida se acaba con la extinción de las funciones respiratorias y circulatoria, sobreviviendo, en general, la acción cardíaca a la pulmonar”.

Gerin y Merli (1971) expresaron que “la muerte puede ser definida como la detención total y definitiva de toda actividad cerebral, constatada directa o indirectamente”

Como se puede observar en los diferentes conceptos emitidos se da valor a un determinado órgano, como el sistema nervioso, el corazón y el pulmón, lo que hoy se concentra en el encéfalo como centro vital superior determinante de las relaciones sociales del sujeto y por ende de la verdadera “vida”. (10)

Existen varios tipos de muerte: violenta, natural, súbita, sospechosa, biológica, real, aparente, clínica, lejana, reciente, lenta, rápida, encefálica.

En este caso nuestro estudio se ocupará de la muerte violenta en los ancianos.

Muerte violenta:

Es la debida a agentes externos traumáticos o violentos. Son las muertes venidas de afuera. Existe siempre en ella una etiología medicolegal

Los tipos de etiologías en la muerte violenta son:

- a) Accidental.
- b) Suicida.
- c) Homicida o Criminal.
- d) Judicial.
- e) Por investigar.

Accidental.

Hecho fortuito, casual, no intencional, generalmente imprevisto.

Muchas veces asociadas a la negligencia, imprudencia, violación de las normas, reglamentos o falta de previsión.

Suicida.

Es la muerte autoprovocada o intencional.

Homicida o Criminal.

Es la muerte de una persona por otra.

Judicial.

Ejecución mediante la sanción de Pena de muerte.

Por investigar.

Se trata de una evidente muerte violenta, pero no existe todos los elementos que permiten inclinarse por una etiología de las antes referidas, por lo que se debe profundizar en la investigación.(1)El hombre vive y actúa movido por el interés de satisfacer no sólo las necesidades más elementales que garantizan su existencia sino las más complejas de carácter espiritual unido a esta satisfacción de necesidades el hombre pretende organizar su vida. En este proceso, en el que el protagonismo fundamental le pertenece al sujeto, surgen agobiantes interrogaciones palpables en el centro mismo de las inquietudes del mundo contemporáneo.

¿Puede el hombre aplazar la muerte? Puede llegar a comprenderla? Cuál es el sentido de la vida? Cómo vivir? Vale o no la pena vivir.Aspectos relacionados con la esfera afectiva y emotiva del ser humano y asociados, también, a problemas de salud.(6)

La muerte es un momento más de nuestra vida. El ansia de vivir nos ha llevado a olvidar que somos seres finitos. La mayoría de los hombres aman la vida (valor universalmente reconocido como signo positivo) y rechazan la muerte, que vive en todas partes y adopta rostros inusitados y, al mismo tiempo, no desean llegar a esa etapa de nuestra existencia que nuestro cuerpo y nuestra mente se agota: la vejez o tercera edad. En otros términos, la muerte es un proceso natural, que nos acompaña toda la vida. Nace con cada uno de nosotros, crece bebiendo de nuestros triunfos y fracasos y al final se enseñoorea sobre nuestra suerte. Estar de frente a la muerte puede llevar a una actitud ante la vida más enérgica, más positiva y saludable; quizás se tenga menos miedo de morir si no se tiene miedo a vivir. (8) El amedrentarse por la muerte no logra disipar la angustia ante el profundo misterio de este fenómeno y aceptarla como algo natural. Para un pensamiento religioso, la muerte es un cambio de estado, es decir, de vida. Estas religiones desarrollan entre sus adeptos la habilidad de enfrentarse a este fenómeno con una serenidad y ecuanimidad sorprendentes. A medida que la edad avanza, el individuo se prepara más y disminuye la aprensión de morir; tal parece que es el amor a la vida lo que nos hace ver a la muerte como un obstáculo para su prolongación. (5) Ante la posibilidad de morir, es oportuno señalar que ni la persona más talentosa o mejor instruida se siente libre de temores y angustias cuando está irremediabilmente enferma, aún peor cuando se trata de una muerte violenta. El abandonar la vida de manera digna es un objetivo noble, pero no siempre logrado. Dignificar la muerte significa que se considere al moribundo como una persona responsable y con sentimientos, a la que se respete su intimidad y satisfacerle su necesidad de afecto sincero de sus familiares y amigos. Cuando el saber y el juicio le dan al médico la certeza de que su ciencia no tiene utilidad para salvar esa vida, los instrumentos para lograr su arte serán la compasión y el consuelo para el paciente y sus familiares. Cuando la vida carece de sentido, el próximo paso para una cantidad no despreciables de seres humanos que así se expresan, es la autodestrucción, ya sea por suicidio o mediante formas de vidas insanas. (6)

El hombre que no encuentra sentido a su existencia es incapaz de movilizarse, de transformarse haciendo aflorar sus capacidades, muchas veces inimaginadas. Es un reto importante la búsqueda incesante y reafirmación de ese sentido. La vida con ausencia de sentido nos hace susceptibles a problemas físicos y espirituales y hace que utilicemos menos nuestro potencial creador. Para aquellas personas infelices que no encuentran formas de adaptarse a situaciones dolorosas de la vida, la única y mejor opción es la muerte. El adulto mayor tiene mayor tasa en cuanto al riesgo suicida. En la medida en que las personas mayores constituyan el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la vejez para atenuar dicha predicción.(7). Existen suficientes condiciones o factores inherentes a la vejez que son caldo de cultivo adecuado para que se manifieste esta conducta. Por una parte, problemas físicos: enfermedades cardiovasculares, el cáncer, patologías artríticas, que ocasionan dolor, dependencia y muerte así como los problemas afectivos, emocionales, que incluyen la depresión y la alteración de la propia estima unido a la presión y hostilidad social derivadas de la jubilación, la muerte de amigos y familiares, la pérdida de la seguridad económica. Mientras mayor número de problemas se acumulen, mayor será el riesgo de suicidio. América Latina enfrenta en el momento actual un grave problema con el incremento de la violencia y el delito. Recientes estudios señalan que la población sufre 30 homicidios por año cada 100 000 habitantes. Esa es una tasa que multiplica por 6 la de los países que tienen una criminalidad moderada, como la mayoría de los países de Europa Occidental. La magnitud de la criminalidad en la región, ha determinado que sea considerada una criminalidad "epidémica". Es la instalación de un problema estructural que se está propagando. Las tendencias son por otra parte muy preocupantes, pues las tasas tienden a ascender en los años recientes (Kliskberg B. El crecimiento de la criminalidad en América Latina: un tema urgente. Iniciativa interamericana del capital social. Ética y desarrollo del BID. fernardok@iadb.org), (Kliskberg B. "Desigualdad y desarrollo en América Latina. El debate postergado". Reforma y Democracia No. 19. Revista del Centro

Latinoamericano de Administración para el Desarrollo [CLAD], Correas, 1999).

(62) Los estudios del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras organizaciones indican que América Latina es hoy la segunda zona con más criminalidad del mundo después del Sahara Africano. En la encuesta realizada en 17 países de la región, 4 de cada 5 entrevistados dijeron que la delincuencia y la violencia habían aumentado mucho en sus países en los últimos 3 años. El porcentaje es superior al que se obtuvo en 1995 en una edición similar de la encuesta (fue 65 %). Más alarmante aún es el dato de que 2 de cada 5 señalaron que ellos o un miembro de su familia habían sido objetos de un delito en los últimos 12 meses (Latinbarómetro. Medición de opinión pública. Chile, 2001).

(63) Prestigiosas instituciones internacionales, como la OPS consideran que la criminalidad de la región es un problema central de salud pública. Las estadísticas señalan que, entre otras consecuencias, se ha transformado en una de las principales causas de muerte de la población. En algunos países, incluso en períodos recientes, su magnitud ha llevado a la reducción demográfica de la población de ciertos niveles de edad.

(56) La reacción frente a un fenómeno que amenaza directamente la vida cotidiana de buena parte de la población ha sido de envergadura. Así, datos recientes del BID estiman que Brasil gasta anualmente entre los fondos públicos, destinados a seguridad y los gastos privados en la materia, 43 000 millones de dólares, lo que representa el 10,3 % de su producto interno bruto. En ciudades como Río de Janeiro y São Paulo, el número de homicidios cada 100 000 habitantes casi dobla la muy elevada media de toda la región. El gasto que se dedica a seguridad en Brasil es mayor que toda la riqueza producida en 1 año por una de las economías más vigorosas de la región, Chile. Otro caso llamativo es Colombia, donde la dedicación de recursos públicos y privados a seguridad es aún mayor. Se estima que se gasta en este rubro, el 24,7 % del producto interno bruto. En Perú, por su parte la asignación de recursos de la economía a este rubro, significa el 5,3 % del producto interno bruto (BID. Informe de progreso económico y social dedicado a la desigualdad. Washington, 1999).

(74)

El gasto en seguridad está subiendo fuertemente en casi toda la región. En economías como las latinoamericanas, que están luchando duramente para conseguir tasas de crecimiento que superen el 3 o el 4 % anual, dedicar proporciones tan importantes del producto nacional a este problema implica un peso fenomenal para la economía, y una sustracción en gran escala de recursos que se necesitan con apremio para áreas productivas. La alta desocupación, las familias desarticuladas y los bajos niveles de educación, constituyen las 3 causas principales que están gravitando silenciosamente día a día sobre las tendencias en materia de violencia en la región. (75)El homicidio experimentó un incremento en el planeta en la década del 80 del siglo XX (2) y los delitos matizados por hechos violentos, a su vez casi se duplicaron en los finales del pasado siglo (2-4). Este comportamiento ha sido más relevante en los países en vías de desarrollo. (54)La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue de las primeras instituciones en reconocer el tema de la violencia como problema, en su caso desde una perspectiva salubrista, pero con trascendencia en lo social; resaltó la grave situación del área de Latinoamérica y a raíz de esto en 1993 el Consejo Directivo de la Organización en su XXXVII reunión emitió la resolución XIX y le solicitó a la Oficina Sanitaria Panamericana que colaborara en la formulación y ejecución de un plan regional de acción sobre Violencia y Salud. A partir de entonces se establecieron tareas urgentes encaminadas a orientar a las acciones de salud pública en lo referente a la prevención de la violencia y la atención a las víctimas y agresores. (63)

La magnitud del fenómeno de la violencia física y específicamente la situación del homicidio no alcanza, hoy en día, en nuestro país la misma magnitud que en los países vecinos del área de América, (6) sin embargo, estudios realizados por algunos autores en nuestro país y en nuestra provincia reflejan que las agresiones físicas, y específicamente el homicidio, afectan a nuestra sociedad en alguna manera (3-4,7-9). Para su erradicación o disminución se necesita que las agencias de control formal e informal desempeñen su papel a cabalidad y se pongan en práctica medidas de prevención social por parte de los agentes que intervienen en el control social.(70)

En Cuba en los últimos dos decenios la mortalidad por muertes violentas ha constituido algo más de la décima parte del total de defunciones.(64)

En varios países se ha duplicado la mortalidad proporcional por causas externas, destacándose los casos de Colombia y El Salvador, donde superó el 20% de la mortalidad en 1992. Otros países con valores en años recientes superiores al 10% de las muertes por causas externas son: Bahamas, Belice, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Honduras, México y Venezuela entre otros. (58).

De todos los cambios del estado de salud debido a las variaciones de las condiciones del medio ambiente que se han producido a lo largo del siglo XX, uno de los más complejos y profundos ha sido el aumento de la violencia. Tanto desde el punto de vista individual como desde la perspectiva de la salud pública, su carga ha experimentado un incremento espectacular, que afecta no sólo el bienestar de los perjudicados, sino también a los servicios de la atención sanitaria que deben prestar cuidados y tratamientos. (66)

El problema creciente de la violencia amenaza también el bienestar de la familia, la cohesión de la comunidad y la capacidad de las sociedades para lograr progresos en el campo de la salud y el desarrollo social sostenible ². El problema de los accidentes y la violencia se expande cada vez más en casi todas las regiones del mundo, incluidas las América. Para 1985 se estimó que el 7 % del total de las defunciones en el mundo eran debido a esas causas. La Organización Mundial de la Salud estima que 1 de cada 4-9 personas en los países en desarrollo sufren cada año lesiones, y que el 2% del total de la población mundial está discapacitada como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia. (71)El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas

en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos. Cuba no escapa a esta realidad y existe desde 1989 un Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuyos objetivos principales son: evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación. Según los objetivos, propósitos y directrices del Ministerio de Salud Pública, se debe reducir a 18 por 100 000 habitantes la tasa de suicidio para el año 2000 en el país, y se traza toda una estrategia para lograrlo. (75) Siguiendo la línea de pensamiento precedente, los factores de riesgo suicida en la adultez estarán conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida. Como se evidencia, trato de llevar a la mente del lector un principio en la prevención de la conducta suicida: la realización de un corte longitudinal de la vida del paciente que permita comprender por qué determinado motivo, común a muchos sujetos, desencadena un acto de esa naturaleza en unos y no en otros. (48) Entre los factores de riesgo en el adulto es necesario mencionar en un lugar preferencial el alcoholismo. En este período de la vida adquiere categoría de enfermedad lo que hasta entonces fue una costumbre socialmente aceptable, pero con la reiteración del tóxico, se convirtió en un consumo perjudicial y/o un hábito propiamente dicho. (71) En la adultez generalmente se padecen determinadas enfermedades que, aunque no son privativas de esta etapa de la vida, hay que tenerlas en cuenta cuando coexisten con otros factores de riesgo. Entre éstas tenemos: la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington la sífilis terciaria, las endocrinopatías (Addison, Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus), carcinoma de la cabeza del páncreas, anemia perniciosa, colagenopatías (artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico), etcétera. También constituyen un factor de riesgo los fármacos que necesariamente se utilizan en determinadas enfermedades, como son: Clonidina, Metildopa, Propanolol, Reserpina, Amantadina, Levodopa, fenotiacinas, butirofenonas, barbitúricos, anticonceptivos orales, digitálicos, Disulfiram, benzodiacepina, esteroides y otros que tienen en común ser prodepresivos. (70)

También los adultos que tratan de proteger sus familias, su profesión o sus negocios de algún escándalo que ellos han ocasionado, poseen gran riesgo

suicida, en esta situación ven en la autodestrucción una respuesta a esos problemas. (66)En los adultos, a diferencia de los adolescentes, existen dos esferas que pueden convertirse en generadoras de conflictos y que en determinados sujetos pueden ser el motivo de un acto suicida. Nos referimos al matrimonio y el trabajo. Se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial y laboral, puede ser un antídoto contra esta conducta. Se ha demostrado que puede convertirse en un factor suicidógeno en determinados sujetos, principalmente del sexo femenino, una relación matrimonial que no satisface las expectativas originales. La mujer soltera tiene menos riesgo de autodestrucción que el hombre en esta misma condición, mientras que el hombre casado posee menos peligro suicida que la mujer en dicha situación. (38)El suicidio ha sido explicado por la ciencia desde distintos ángulos predominando los enfoques sociológico y psicológicos, el suicidio puede conceptuarse como el acto humano de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidisciplinario en un individuo necesitado, que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución¹. Este fenómeno va en aumento en todos los países del mundo, sobre todo en aquellos de alto nivel económico, donde las llamadas enfermedades del desarrollo (cardiovasculares, cerebro vasculares, accidentes, etc) son las causas más importantes de muerte⁽²⁾. Se han identificado una serie de factores que predisponen la conducta suicida y que son conocidos como factores de riesgo suicida, dentro de estos tenemos: factores biológicos, trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares, rasgos de personalidad premorbida, factores psicosociales y enfermedades médicas; la naturaleza compleja del suicidio, causas que interactúan y factores de riesgo que frecuentemente concurren, requieren un modelo complejo para su estudio y garantizar una prevención efectiva.^(3,4,5)En Cuba la tasa de suicidio va en aumento, en el trienio 1963-1965 el suicidio no figuraba en las primeras causas de muerte con una tasa de 10,7 por 105 hab., entre 1972-1974 se ubica como la 7ma causa de muerte con una tasa de 16 por 105 hab. y en el año 1995 ocupa el 7mo lugar como causa de muerte con una tasa de 20,8 por 105 hab.^(6,7)

La necropsia sigue siendo la prueba de Oro (Gold Estándar) para la determinación de nuestros aciertos y errores clínicos en los pacientes que fallecen.(55)

En Medicina Legal la necropsia investiga las causas de la muerte y la investigación que de ella se deriva aplicable para un propósito legal, es decir, se practica con el fin de esclarecer un hecho delictivo en la cual se pone de manifiesto las causas de la muerte y las circunstancias de esta. Como dichas necropsias requieren del cumplimiento de una serie de requisitos legales que dispone la Ley de Procedimiento Penal, no siendo más que una diligencia judicial se les llama también necropsias judiciales.(73)

El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él. Y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizás muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.(44)

Con respecto a los ancianos, las investigaciones señalan como factores de riesgo externos la jubilación, el aislamiento familiar y social, la pérdida de la pareja y de amigos cercanos y la dificultad para establecer nuevas relaciones, entre otros. En cuanto a los internos apuntan las enfermedades físicas y el dolor, la pérdida de la autoestima, la desesperanza y los trastornos del estado de ánimo. (21)

Tanto la autoestima como el aislamiento social son dos factores relevantes tanto en los intentos como en las conductas suicidas. Ahora bien, los dos por sí mismos no explican ni son determinantes de la elección de este comportamiento como solución a situación problemáticas. (22)

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, en una etapa en que tienden a retraerse otras relaciones sociales.

De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. La familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de la existencia de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas.(30)

La familia cobra un significado especial en la vejez.

1. Es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el anciano.
2. Es un mecanismo útil de defensa de las relaciones sociales del anciano.
3. Es el área de la vida del anciano más importante para él junto con la salud y la economía. (21)

Considerar el papel o rol del anciano en el contexto familiar, así como el rol del resto de los miembros de la familia que interactúan con los ancianos es importante cuando valoramos el riesgo suicida.(39)

La falta de apoyo familiar, económico, de las redes de asistencia social, pueden ser los únicos factores que desencadenen problemas patológicos o de enfermedad y traducirse como trastornos del orden psicosocial (síndromes geriátricos), así como de la presencia de riesgo suicida.(33)

Cuando hay factores protectores suficientemente fuertes, aún la presencia de varios factores de riesgo –tales como la depresión grave, la esquizofrenia, el abuso del alcohol o la pérdida de un ser querido– tal vez no cree las condiciones idóneas para la ideación o el comportamiento suicidas en un individuo. El estudio de los factores protectores está todavía en pañales. Si se desea que la investigación y la prevención del suicidio logren avances reales, es preciso conocer mucho mejor los factores protectores para alcanzar adelantos similares a los logrados en los decenios recientes en la comprensión de los factores predisponentes y desencadenantes del suicidio. (24)

El suicidio es una causa importante de muerte en la vejez, lo que hace esencial indagar acerca de la ideación suicida. Los sentimientos de soledad, abandono, desesperanza e inutilidad son síntomas de depresión. La depresión conlleva un alto riesgo de suicidio. Cerca de 75% de los suicidas padecen depresión, alcoholismo o ambas. (25)

Las enfermedades somáticas, sobre todo si son incapacitantes y de curso crónico, se consideran un factor de riesgo suicida. Se podría esperar que muchas personas afectadas de enfermedades somáticas graves que les ocasionan dolor y pérdida de la calidad de vida decidieran poner fin a su situación de sufrimiento.

Las enfermedades que originan mayor riesgo de suicidio e intento de suicidio son: cáncer y cardiovasculares. El hecho de haber tenido una hospitalización y padecer alguna enfermedad crónica mostró ser un factor de riesgo para intento de suicidio. (26)

Las muertes por suicidio son solo una parte de este problema muy grave.

Además los accidentes son otra causa de muerte violenta en los ancianos, en E.U.A. ocupa la 2da causa de muerte y causan un volumen notable de invalidez y en mayores de 65 años ocupan la 8va causa de muerte ocurriendo en el 11% de la población mayor de 65 años. En Cuba la 4ta causa y la 5ta en los mayores de 65 años, en Cienfuegos ocupa la 3ra causa de muerte.(50)

En otros estudios efectuados los accidentes de tránsito, las caídas y contactos con sustancias calientes representan el 75% de las muertes por accidentes.

Los ancianos tienen mayor riesgo de fallecer por accidentes pues se conjugan alteraciones biológicas como la edad, pérdida de las capacidades, pérdidas de los reflejos, pérdidas de la respuesta neuromotora ante una situación de alarma y las alteraciones de la memoria entre las de mayor frecuencia.(51)

El homicidio como evento violento es tan antiguo como el propio hombre y a través del decursar histórico las distintas civilizaciones han matizado este fenómeno según sus costumbres, y en ocasiones ha estado escudado por el poder, como fue el caso de la famosa Santa Inquisición. Este hecho era algo habitual en la vida, ya fuera por ritos funerarios, sacrificios religiosos u otros. Nuestro país no ha estado al margen de la historia y se conocen homicidios desde la época de la conquista hasta nuestros días, aunque se destacan épocas con mayor incremento con respecto a otras, tal y como lo fue la década de los 40 del pasado siglo.(57) Las muertes violentas se han mantenido dentro de las primeras causas del cuadro de mortalidad del país y de la provincia, por lo que se continúan considerando como

un problema de salud, si se tiene en cuenta que constituyen una mortalidad evitable. (58) *Milton Terris*,⁶ en su artículo, analizó que en Cali, Colombia, los homicidios son la primera causa de muerte y los accidentes la segunda; también precisó que en Estados Unidos la tasa de homicidios es de 9,4 por 100 000 habitantes, superior a la de Cuba y a la de otros países desarrollados, como Italia (2,6 por 100 000) y a la de Japón (0,6 por 100 000).

Concha Eatsman y sus colaboradores, así como *Rivas Muñoz*, en sus investigaciones en Colombia,^{7,8} mostraron los homicidios como principal causa de muerte en ese país, con tasas que han oscilado entre 80 y 90 por 100 000 habitantes. Investigadores brasileños determinaron como principal causa de muerte violenta en su país los homicidios,⁹ lo cual difiere de estos resultados. (34) En países de las Américas, como Brasil, Colombia y Estados Unidos, que presentan altas tasas de homicidios, los cuales constituyen la primera causa de muerte, estos son considerados un indicador significativo de violencia social, relacionado con las crecientes desigualdades sociales y económicas, precario desempeño en las medidas de seguridad pública, consumo alto de alcohol y drogas ilegales, distribución amplia y disponibilidad de armas de fuego –que aportan aproximadamente el 70 % de los homicidios– pobreza y desempleo,^{1,7-9} indicadores que en su gran mayoría no están presentes en Cuba ni en esta provincia. Como se afirmó en estudios recientes, no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las que son más igualitarias, es decir, las que también presentan alta cohesión social y una fuerte vida comunitaria.⁽¹⁰⁾

MATERIAL Y METODO

Realizamos un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal de la medición de las variables y retrospectivo, en el período comprendido entre el 1 de enero del 2002 al 31 de diciembre del 2006. La técnica aplicada es de tipo cuantitativa.

En el cual usaremos el método teórico porque revisaremos el Código Penal y literatura escrita sobre el tema, actualizada a nuestro alcance y el método empírico al aplicar un formulario elaborado ex profeso por la autora y el tutor de este estudio, a los expedientes de necropsia y solicitudes judiciales de los ancianos fallecidos e ingresados en el Servicio de Medicina Legal

Universo : Nuestro universo de trabajo queda formado por todos los fallecidos de 60 años y más ingresados e inscritos en el Registro de Tanatología del Servicio Provincial de Medicina Legal. En este caso coincide con la muestra la cual queda formada por 206 ancianos fallecidos en este período.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Todos los ancianos fallecidos de 60 años y más por muerte violenta.

Criterios de Exclusión:

- Fallecidos de 60 años y más que descartemos una muerte violenta.

Se aplicaran pruebas de estadística descriptiva.

Los resultados se expresarán en tablas de frecuencia con números absolutos y por cientos.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Escala de valores	Indicadores
Edad	Cuantitativa, continua. Politómica	Último año cumplido	60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90 y más	Frecuencia relativa de muerte violenta según la edad.
Sexo	Cualitativa, nominal. Dicotómica	Según sexo biológico	1-Masculino (M) 2-Femenino (F)	Frecuencia relativa de muertes violentas según el sexo.
Ocupación	Cualitativa, nominal. Politómica	Vínculo laboral	Con vínculo laboral. Sin vínculo laboral.	Frecuencia relativa de muerte violenta según vínculo laboral
Lugar del hecho según municipio.	Cualitativa, nominal, Politómica.	Según procedencia	Cienfuegos Aguada Cumanayagua Palmira Cruces Rodas Abreus Lajas	Frecuencia relativa de muertes violentas según el hecho.
Procedimiento médico legal	Cualitativa, nominal, Politómica.	Según actuación o intervención sobre el cadáver	Necropsia Reconocimiento Levantamiento	Frecuencia relativa según necropsia, reconocimiento y levantamiento.
Tipos de etiología médico legal	Cualitativa, nominal. Politómica	Según antecedentes aportados por la Instrucción penal y resultados de la necropsia.	Homicidio Suicidio Accidente Por investigar	Frecuencia relativa de muertes violentas según la etiología médico legal
Correlación Clínico-Patológica	Cualitativa, nominal. Dicotómica	Correlación: Si No	Tipo de correlación: Completa Parcial	Frecuencia relativa de muertes violentas según correlación Clínico-Patológica.
Causa básica	Cualitativa,	Dictaminar e identificar la	Ahorcamiento	Frecuencia

de la muerte	nominal. Politómica	causa básica que provocó la muerte violenta.	Atropello Caída y precipitación Quemadura Envenenamiento Despiste-Vuelco Colisión Asfixia por cuerpos extraños Sumersión Herida por arma blanca	relativa de muertes violentas según causa básica de muerte
Evaluación de la necropsia	Cualitativa, nominal. Politómica	Evaluación de la necropsia según Ley de Procedimiento Penal y literatura.	Bien Mal	Frecuencia relativa de muertes violentas según evaluación de la necropsia.

Consideraciones Éticas.

El protocolo fue sometido y evaluado desde el punto de vista metodológico, científico y ético, por un comité de expertos del centro, que dictaminó estar acorde con los principios éticos e investigativos.

Toda la información obtenida quedó bajo la custodia del investigador, con la protección debida y absoluta de la identidad de los fallecidos en estudio, que fue solo por códigos.

Fue responsabilidad del investigador mantener la adherencia a lo establecido en el protocolo.

Garantizando la confidencialidad de la información.

Procedimientos:

El investigador revisó y analizó el archivo de Tanatología del Departamento Provincial de Medicina Legal seleccionando los fallecidos de 60 años y más según criterios de inclusión y exclusión.

Obteniendo la información de los protocolos de necropsia según lo establecido en el formulario (Anexo I).

Tratamiento estadístico:

Los datos fueron procesados en el sistema SPSS Versión 11.0 para Windows y por el programa EPINFO.

En el procesamiento de la información utilizamos medidas matemáticas para el análisis de los datos cualitativos, en éste caso, porcentaje y tasa, para la variable cuantitativa, **edad**, empleamos como medida de tendencia central la media aritmética para conocer la edad promedio de los fallecidos y además calculamos la desviación estándar para saber su variabilidad.

Los datos para el cálculo de las tasas se obtienen del departamento de Medicina Legal, considerando el estimado de población para cada uno de los años que abarca el estudio y los estimados municipales para los cálculos de las tasas por municipios (el estimado de población lo recogimos del Departamento de Estadística Provincial).

La tendencia de la mortalidad en el adulto mayor fue calculada empleando el método gráfico para el análisis de la serie cronológica, utilizando el programa Power Point.

RESULTADOS

TABLA I

FALLECIDOS POR AÑOS EN CADA MUNICIPIO. PROVINCIA CIENFUEGOS.

2002-2006.

Año	2002		2003		2004		2005		2006	
	Defunción	Tasa	Defunción	Tasa	Defunción	Tasa	Defunción	Tasa	Defunción	Tasa
Cienfuegos	19	11.72	14	8.63	18	11.01	25	15.21	24	14.53
Aguada	3	9.64	6	19.29	5	16.08	6	18.87	2	6.26
Cumanayagua	10	19.35	7	13.54	3	5.81	4	7.74	5	9.65
Palmira	2	5.98	8	23.93	–	–	4	12.02	1	3.0
Cruces	3	9.06	2	6.04	3	9.11	–	–	1	3.09
Rodas	5	15.01	2	6.0	3	9.03	7	20.81	1	3.0
Abreus	3	10.11	2	6.74	–	–	1	3.28	5	16.35
Lajas	–	–	–	–	–	–	1	4.39	1	4.4
Total	45	11.3	41	10.3	32	8.02	48	12.0	40	10.0

Tasa X 100 000 habitantes.

Fuente: Registro de Tanatología Departamento de Medicina Legal.

Al analizar la distribución de defunciones y tasas según los municipios tenemos que:

En el año 2002 la mayor tasa de fallecidos corresponde al municipio de Cumanayagua con 19.35 x 100 000 habitantes, muy por encima de la tasa provincial y la menor al municipio de Palmira con una tasa de 5.98 x 100 000 habitantes.

Sin embargo en el año 2003 Palmira aporta la mayor tasa con 23.93 x 100 000 habitantes. Siendo Rodas la de menor tasa con 6.0 x 100 000 habitantes.

En el año 2004 la tasa mayor corresponde al municipio de Aguada con 16.8 x 100 000 habitantes y la menor tasa pertenece al municipio de Cumanayagua con 3 defunciones para una tasa de 5.81 x 100 000 habitantes.

El municipio de Lajas en este trienio no aporta casos, puede ser que la policía no los haya remitido al departamento de Medicina Legal.

En el año 2005 aporta la mayor tasa el municipio de Rodas con 7 fallecidos para 20.81 x 100 000 habitantes siendo el municipio de Abreus el de menor tasa.

En el 2006 los municipios de mayor tasa son Abreus y Cienfuegos con 16.35 y 14.53 x 100 000 habitantes, siendo los municipios de Rodas y Palmira los de menores tasas con 3.0 x 100 000 habitantes ambos.

TABLA II
FALLECIDOS POR SEXOS. PROVINCIA CIENFUEGOS. 2002-2006

Años	Femeninos		Masculinos		Total	%
	Casos	%	Casos	%		
2002	17	32,1	28	18,3	45	21,8
2003	9	17,0	32	20,9	41	19,9
2004	8	11,3	24	15,7	32	14,6
2005	11	20,7	37	25,5	48	24,3
2006	10	18,9	30	19,6	40	19,4
Total	55	100,0	151	100,0	206	100,0

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

En la relación de fallecidos según el sexo el mayor número de casos corresponde al sexo masculino con 151 fallecidos, correspondiendo el mayor porcentaje al año 2005 con 25,5 porciento. Mientras que en el sexo femenino hubo 55 casos y el mayor porciento con 32,1 lo encontramos en el año 2002.

TABLA III
FALLECIDOS POR GRUPOS DE EDADES Y MUNICIPIOS. PROVINCIA
CIENFUEGOS. 2002-2006.

Años	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Total	X	S
Cienfuegos	17	20	21	14	14	14	100	73,5	8,3
Aguada	5	3	6	2	4	2	22	72,0	8,3
Cumanayagua	7	5	5	4	4	4	29	72,2	9,6
Palmira	5	2	1	1	3	3	15	72,6	10,5
Cruces	–	3	2	2	1	1	9	74,5	6,8
Rodas	7	5	4	2	–	–	18	66,7	4,8
Abreus	2	4	1	2	1	1	11	72,0	8,0
Lajas	2	–	–	–	–	–	2	–	–
Total	45	42	40	27	27	25	206	71,9	8,2

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

Al analizar los grupos de edades de los fallecidos por municipios, la media total con la desviación estándar fue de $71,9 \pm 8,2$ años, encontrándose la mayoría de los municipios por encima de la media provincial, excepto Rodas con $66,7 \pm 4,8$ años y el grupo de edad que más casos aportó al estudio fue el de 60-64 años con 45 casos, luego el grupo etáreo de 70-74 y 65-69 con 39 y 38 casos respectivamente.

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS FALLECIDOS SEGÚN
CATEGORÍA OCUPACIONAL. PROVINCIA CIENFUEGOS. 2002-2006

	No.	%
Jubilados con vinculo laboral	103	50,0
Jubilados sin vinculo laboral	62	30,1
Amas de Casas	41	19,9
Total	206	100,0

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

El mayor porcentaje de la mortalidad por violencia en el adulto mayor según categoría ocupacional se presenta en jubilados con vínculo laboral, correspondiendo el menor a las amas de casa.

TABLA V
FALLECIDOS POR AÑOS Y ETIOLOGÍA MÉDICO – LEGAL.

Años	Accidentes		Suicidio		Homicidio		Por Investigar	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
2002	25	6.28	12	3.0	5	1.25	3	0.75
2003	23	5.77	14	3.51	1	0.25	3	0.75
2004	18	4.51	14	3.50	–	–	–	–
2005	28	6.24	17	4.24	2	0.49	1	0.24
2006	22	5.47	15	3.73	1	0.24	2	0.49

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

Al analizar la mortalidad del adulto mayor según años y etiología médico-legal las mayores tasas corresponden a los accidentes, siendo los años 2002-2003 y 2005 los de mayores tasas, 6.28-5.77 y 6.24 x 100 000 habitantes respectivamente, luego le sigue los suicidios y los homicidios.

TABLA VI
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS FALLECIDOS SEGÚN CAUSA
BÁSICA. PROVINCIA CIENFUEGOS. 2002-2006.

Causa	No. De Fallecidos	%
Ahorcamiento	54	26,2
Atropello	44	21,3
Caídas y Precipitaciones	31	15,0
Quemaduras	21	10,2
Envenenamiento	15	7,2
Colisión	15	7,28
Asfixias por cuerpo extraño	9	4,4
Sumersión	7	3,4
Despistes, vuelco	6	2,9
Agresión por Arma Blanca	4	1.9

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

Los fallecidos según causa básica de muerte los mayores porcentajes corresponden al ahorcamiento, atropello, caídas y precipitaciones con 26,2 %, 21,3 % y 15,0 % respectivamente.

TABLA VII.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS FALLECIDOS SEGÚN
PROCEDIMIENTO MÉDICO-LEGAL. PROVINCIA CIENFUEGOS. 2002-
2006

Procedimiento médico-legal	No. Fallecidos	%
Necropsia médico-legal	173	84,0
Reconocimiento judicial	12	5,8
Levantamiento del cadáver	21	10,2
Total	206	100,0

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

Los fallecidos según actuación médico-legal el mayor porcentaje corresponde a la necropsia con un número de 173 autopsias y 84,0 %.

TABLA VIII.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS NECROPSIAS SEGÚN SU
EVALUACIÓN. PROVINCIA CIENFUEGOS. 2002-2006.

Evaluación de Necropsia	Fallecidos	%
Bien	152	87,9
Mal	21	12,1
Total	173	100,0

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

En cuanto a la evaluación de la necropsia presenta su mayor porcentaje las que están evaluadas de bien con 152 autopsias para un 87,9 %

TABLA IX
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS NECROPSIAS SEGÚN
CORRESPONDENCIA CLÍNICO – PATOLÓGICA. PROVINCIA
CIENFUEGOS. 2002-2006.

Concordancia Clínico-Patológica	Nro	%
Completa	127	73,4
Parcial	37	21,4
No Concordancia	9	5,2
Total	173	100,0

Fuente Registro de Tanatología. Departamento de Medicina Legal.

Al analizar la relación clínico-patológica la correspondencia completa presenta un mayor número con un 73,4 %.

DISCUSIÓN.

La vida el primer derecho que tiene el ser humano. Su muerte representa uno de los eventos conmocionantes en la sociedad debido al valor intrínseco que tiene la vida y más aún cuando tal muerte es provocada violentamente. (65) Las investigaciones revisadas de Cuba confirmaron que los accidentes son la principal causa de muerte violenta en todos los grupos de edad;5,6 sin embargo, otros autores consultados de diferentes países precisaron, como causa más frecuente en la mayoría de los grupos de edad, los homicidios.(4,10,12)Según estudio que se realizó en Colombia, 54,9 % de las muertes violentas se debe a homicidios. El supuesto en el que se basan los indicadores es que cuanto más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador tiene por objetivo dar una visión amplia de la importancia relativa de las causas más relevantes de mortalidad prematura, y su uso fundamental es la planificación y definición de prioridades en salud.(18)

En otros estudios la tasa de incidencia media anual es una tasa estandarizada artificial que permitió comparar la aparición de la enfermedad en cada uno de los consejos populares, como observamos las tasas más elevadas corresponden a los Consejos Populares de Cañada de Melones y Arroyo Seco, ambos pertenecen a áreas rurales y la menor tasa corresponde al Consejo Popular de Velasco que es el único urbano en el área de salud, en áreas rurales donde generalmente las condiciones higiénico sanitarias son diferentes a las de áreas urbanas presentan tasas de mortalidad por muertes violentas más elevadas(12,13).

Al revisar alguno de los factores de riesgo observamos coincidencia con lo reportado en la literatura, el 72 % de los suicidios correspondieron al sexo masculino en los hombres es mas frecuente el suicidio que en las mujeres, esto se debe a que en nuestro medio las mujeres acostumbran a

buscar apoyo mas fácilmente, recibiendo mayor atención por parte de los hijos y otros familiares¹¹, la edad avanzada y los cambios que le son inherentes traen consigo trastornos emocionales con implicaciones profundas en la personas que no son capaces de sobreponerse a una situación impuesta por la propia naturaleza⁹, en ambos sexos predomina el estado conyugal sin pareja estable, en la literatura revisada el estar separado o divorciado representa un factor sociodemográfico de riesgo de suicidio¹⁴, las parejas constituyen generalmente un excelente apoyo social y en la ancianidad este apoyo es esencial, por eso la separación a edades avanzadas con las frustraciones afectivas que conllevan, tienden a estar presentes en el cuadro que rodea al anciano y que intenta privarse de la vida y muy especial se destaca la viudez enfrentada a través del duelo patológico que entorpece la aceptación de la pérdida, el 72 % de los suicidados vivían solos, el vivir solo es un factor de riesgo establecido en la literatura^{2,4}, esto puede provocar vivencias de soledad que es cuando el individuo en su medio social vivencia o siente que se encuentra solo e incomprendido por sus semejantes¹⁵ y necesitan apoyo social de tipo emocional valorativo pues este contribuye a crear capacidades para tolerar frustraciones y resolver problemas a partir de que estimula o provoca una reestructuración cognitiva y emocional en la persona¹⁴, aunque solo recogimos si el suicidado había ingerido bebidas alcohólicas alguna vez , esta bien establecido que el uso del alcohol incrementa el riesgo de eventos fatales¹⁶, la ingestión de alcohol según Mosciki es a la vez un factor de riesgo distal y proximal del suicidio²; el alcohol es la sustancia de la cual se abusa más frecuentemente y la intoxicación más frecuente encontrada en el suicidio^{17,18}, el 48 % de los suicidios tenían antecedente de intento suicida y el 42 % de depresión, en los ancianos se ve la presencia del síndrome depresivo en la actitud negativista hacia sí mismo, hacia los demás y hacia el futuro , es decir, la tríada cognitiva de la depresión, los antecedentes de intento suicida es uno de los factores de riesgo más importantes, esto afecta la filosofía de la vida del sujeto, su

sistema de necesidades y creencias, así como su configuración psicológica y además cuando el sujeto es capaz de vivenciar la conducta suicida aprendida como solución rápida le resulta difícil adoptar estrategias complejas ante determinadas situaciones para provocar cambios en su ambiente relacional (19,20), con los resultados anteriores podemos concluir que la tendencia del suicidio fue ascendente en el periodo estudiado, este incremento fue superior en el sexo femenino y en la población rural, además en la mayoría de los fallecidos encontramos factores de riesgo altamente predictores de suicidio.

El suicidio desde siempre a constituido uno de los grandes enigmas de la humanidad, planteando cuestiones filosóficas, sociales, psicológicas, religiosas y morales.(22)

Los ancianos integran el grupo de edad que constituye la parcela social en la cual la conducta suicida alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación.(12)

Con relación al sexo, en la investigación de Mc Salvador Aspeitia de las 20 personas a investigar, el 80% fue del sexo femenino, por lo que la razón de femineidad fue de 4, mientras que el total de ancianos que realizaron intento de suicidio el 53,8 % pertenecen al sexo femenino y el 46,1 % al sexo masculino en el estudio de Guibert Reyes.(64)

El hecho que los ancianos perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo muy positivo, ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad y constituye un factor de riesgo para que fallezca debido a una muerte violenta.(20)

En un estudio realizado con el objetivo general de determinar las diferencias en el funcionamiento familiar, así como la presencia de los factores de riesgo familiares esenciales e importantes en los individuos que fallecieron a causa de una muerte violenta se concluyó que el

funcionamiento familiar es predominantemente disfuncional lo que demuestra que el medio familiar influye y determina en cuanto a muertes violentas se trata.(33)En varios países se ha duplicado la mortalidad proporcional por causas externas, destacándose los casos de Colombia y El Salvador, donde superó el 20% de la mortalidad en 1992. Otros países con valores en años recientes superiores al 10% de las muertes por causas externas son: Bahamas, Belice, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Honduras, México y Venezuela entre otros (3). La menor razón entre las tasas masculinas y femeninas se presentaron en Cuba, donde el valor en 1990 fue de 2 (91,3/45,4). Dado el valor alto de la tasa en las mujeres y teniendo en cuenta el comportamiento diferencial de los tipos de causas externas según el sexo, por ejemplo, los accidentes y homicidios que se presentan mucho más en los hombres que en las mujeres, la explicación de ese valor tan elevado en ellas está dado por la tasa de suicidio en las féminas (3).

En relación a los homicidios, este grupo constituye el tipo de causa externa de muerte de mayor relevancia por su visibilidad pública y su asociación con la urbanización, el tráfico, el consumo de drogas, la pobreza, los enfrentamientos raciales y étnicos, cambios de la estructura familiar, conflictos armados, etc. (3).

A pesar de los subregistros que existen en muchos países, las tasas de homicidios están aumentando, sobre todo concentrado en la población masculina: en Costa Rica de 110 en 1984 a 130 en 1989; en Cuba de 623 en 1980 a 1 085 en 1991; en Estados Unidos de 19 819 en 1984 a 27 440 en 1991 (3).

En Colombia en el periodo de 1987-1992, es donde el fenómeno de la violencia y su secuela de homicidios, especialmente en las ciudades, se ha acentuado más, llegando a acumular un total de cerca de 130 000 muertes registradas por esa causa, con lo que se incrementó la tasa bruta de mortalidad por homicidio de 36 a 86 por cada 100 000 habitantes en ese periodo (3).

La violencia depende en gran parte de las condiciones sociales y económicas. Por tanto, los periodos de transición suelen ser testigos de brotes de violencia, especialmente de violencia criminal. En los Estados Unidos la tasa de muerte por violencia alcanzó su valor máximo en los años 30, descendiendo espectacularmente en los 60, pero han vuelto a alcanzar niveles altos a partir de entonces (4).

Los crímenes violentos se asocian a menudo a otros delitos. En Colombia, cuando el tráfico de drogas se convirtió en un problema grave, la tasa de homicidios se elevó considerablemente (pasó de 20 a más de 50 por cada 100 000 habitantes en 1987). En Sudáfrica, la tasa nacional de homicidio alcanzó un máximo de alrededor de 90 por cada 100 000 habitantes en 1993, pero seguía siendo de 85 en 1994. Estas tasas se encuentran entre las más altas del mundo (4).

Las muertes por quemaduras plantean a la instrucción policial, al médico legista y al de asistencia, diversos problemas, entre los que se encuentran, determinar su causa medicolegal, es decir, si se trata de un accidente, un homicidio o un suicidio; pero para tan trascendental asunto, por lo general solo contamos con las versiones de testigos del hecho, y con los elementos científicos objetivos que nos orienten.

Si algún país debe y puede realizar esta investigación es Cuba, donde se reportan 30 000 quemados al año y más del 95 % son quemaduras térmicas, además porque constituye una importante causa de muerte. Estudios realizados desde el pasado siglo demuestran que el suicidio por llamas en Cuba es muy frecuente, sin embargo, tanto en la literatura medicolegal clásica como en la actualizada, hay escasas referencias a la relación de la causa medicolegal de las quemaduras con el agente causal, la distribución, el porcentaje, el lugar del hecho y otros elementos que pudieran ser usados como indicadores de su etiología(5).

Las únicas referencias que hemos encontrado de estos indicadores son ambiguas. *Vázquez*, por ejemplo, dice que las quemaduras intencionales son generalmente de mayor envergadura que las accidentales, mientras que *Calubui* plantea que el suicidio por quemaduras es raro, que predomina en enfermos mentales, que el accidente es más frecuente, sobre todo el laboral, y que las quemaduras de origen criminal son raras, que su forma habitual es rociar a la víctima con petróleo o gasolina y que la determinación de esta causa de muerte se basa en la comprobación de lesiones traumáticas que expliquen la muerte.^{24,25} *Camps* ³² señala que las quemaduras térmicas son casi invariablemente accidentales, generalmente escaldaduras por líquidos en niños y ancianos (en estos casos hay parcial o total inmersión en una bañera, usualmente en pacientes psiquiátricos ingresados), que cuando son homicidios la víctima es un joven o niño, y que son raros los suicidios por esta vía usando generalmente petróleo o sus derivados. En relación con la distribución de las quemaduras, no hace diferencias de acuerdo con la causa medicolegal, y señala que se distribuyen usualmente sobre los muslos, el tronco, los brazos y la cara, y que raramente incluyen la cara interna de los muslos, la parte inferior de las piernas y las axilas⁽⁶⁾.

Milton Terris,⁶ en su artículo, analizó que en Cali, Colombia, los homicidios son la primera causa de muerte y los accidentes la segunda; también precisó que en Estados Unidos la tasa de homicidios es de 9,4 por 100 000 habitantes, superior a la de Cuba y a la de otros países desarrollados, como Italia (2,6 por 100 000) y a la de Japón (0,6 por 100 000). (7)

Concha Eatsman y sus colaboradores, así como *Rivas Muñoz*, en sus investigaciones en Colombia,^{7,8} mostraron los homicidios como principal causa de muerte en ese país, con tasas que han oscilado entre 80 y 90 por 100 000 habitantes. Investigadores brasileños determinaron como

principal causa de muerte violenta en su país los homicidios,⁹ lo cual difiere de estos resultados. (9)

En países de las Américas, como Brasil, Colombia y Estados Unidos, que presentan altas tasas de homicidios, los cuales constituyen la primera causa de muerte, estos son considerados un indicador significativo de violencia social, relacionado con las crecientes desigualdades sociales y económicas, precario desempeño en las medidas de seguridad pública, consumo alto de alcohol y drogas ilegales, distribución amplia y disponibilidad de armas de fuego –que aportan aproximadamente el 70 % de los homicidios– pobreza y desempleo,^{1,7-9} indicadores que en su gran mayoría no están presentes en Cuba ni en esta provincia. Como se afirmó en estudios recientes, no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las que son más igualitarias, es decir, las que también presentan alta cohesión social y una fuerte vida comunitaria.⁽¹⁰⁾

Las muertes violentas se han mantenido dentro de las primeras causas del cuadro de mortalidad del país y de la provincia, por lo que se continúan considerando como un problema de salud, si se tiene en cuenta que constituyen una mortalidad evitable. (10)

Se concluye que las muertes violentas se mantienen como un problema de salud en el territorio analizado.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuba MINSAP. Programa de desarrollo en Geriatria y Gerontología hasta el año 2000.ed. Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, 2001 pág 41.
2. Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la Epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de grupo Científico de la OMS sobre el estudio del envejecimiento. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2003. (serie de Informes Técnicos).
3. Organización Mundial de la Salud: La salud en las Américas, Pandemia del siglo XX. Bol of Sanit Panam. 2001.
4. Cuba Bol.: Taller Sociedad, Salud y Violencia. Ciudad de la Habana. Diciembre 2002 – Marzo 2003.
5. Prieto Morales O. Gerontología y G geriatria. Folleto S / Editorial. Ciudad de la Habana, 2000 pág. 41.
6. Health.United States 1987. High seville, Wd. US Deeps of Heath an Homan Services 2001.2.Publications PHS 88-1232.
7. American Medical Association White Paper on Elderly Heath. Report of the Council on Scientific Alfairs. Arch Aintern Mrd 2000; 150 (121): 2459 – 2472.
8. Valdés Mier. M.A. La Geriatria. Objetivos y Proyección: Rev. Cub. Med. 27 (10): 1-2 2004.
9. Hernández R. Estudios demográficos, y socioeconómicos de los Senescentes. Conferencia en I Congreso nacional de Gerontología y Geriatria. Pinar del Río, 25-28 Abril. 2001.
- 10.Informe Anual de Fallecidos. Departamento Provincial de Estadísticas. Cienfuegos. 2007.
- 11.Barton S. Investigating Forensinc Nursing. Kans – nurse. 2001. Jun. –Jul. 70 (6): 3-4.
- 12.Hernández Castellón, R. El envejecimiento en Cuba. CEDEM. 2000:1.
- 13.Novoa L. Epidemiología y Etiopatogenia de la muerte violenta en ancianos. 1999 – 2000. Trabajo para optar por el titulo de

Especialista de 1er grado en Geriatría. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos 2000.

14. López Serrano E. Desarrollo histórico de las estadísticas en Cuba. *Revolución. Cubana Adm. Salud* 2003 mar. 2:103-112.
15. Informe Anual estadístico. IML 2006-2007.
16. Hartshorne NJ. Harrof. RC; Alvarod EC. Fatal head injuries in around – leves falls. *Am J. Forensic Med Pathol.* 2005. Sept; 18 (3): 258-64.
17. López AD. Diferencias de la mortalidad por sexos. *Crónicas de la OMS*: 2004 38 (5): 224-232.
18. Elizaga JC. Métodos Demográficos para el estudio de la Mortalidad /JC Alizaga – Santiago de Chile Centro latinoamericano en Demografía; 2001:58.
19. Oficina Nacional de Estadística. Anuario Demográfico de Cuba 1997. Ciudad de la Habana: Ministerio de Economía y Planificación 2003.
20. Camera París BE Violence Against elderly. *People. Mit – Sinai – J-Med.* 2004 Mar, 63 (2):97-100.
21. Musa A. Violencia segunda causa de muerte de E.U.A. *Granma* 2006 abril 11:5.
22. Tanay. Los principales problemas de Salud en el mundo. *J- For SC*: 2004, 29(3) :820-4.
23. Brody JA. Persky JW. *Epidemiology and Demographic In Abrams WB, Berkow R, editors. The Merck Manual of Geriatrics.* Rahway, NJ:Merck 2006:1120.
24. Mortalidad por accidentes y violencia en las Américas *Bol Epidem OPS.* 2004. Jul; 15 (2): 1-8.
25. Morales I. Accidentes una posibilidad en la que hay que pensar, *Granma.* 2006. Marzo 12:2.
26. OPS. Cuba En: OPS. *La salud en las Américas.* Edición 2006: Washington. DC, 1998.
27. García GA. Lesiones del tórax en los politraumatizados. *Rev. Cub. Cir.* 2003, 22(5); 405-23.

28. Delgado J E. Violencia en los ancianos. En III Congreso Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología. IV Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Convención Gerontovida 99 / Programa Resumen. Ciudad de la Habana. Palacio de las Convenciones; 2004 pág 242.
29. Brody JA, and Persky VW. Epidemiology and Demographiscs in Abrans Williams B. Tmerck Manual of Geriatrics. Merck Sharp and Dohmed Rresearch Laboratories, 2001.; 1116-1127.
34. Meneses F. Rea. Accidentes y Lesiones en hospitales Generales del Distrito Federal. 35(5): 45 Salud Pública, México 2003.
35. Geenwald N Groat B A. Preventionb: Avital component the continuum of Health acre delibera. Bol Jomal. 1(2):12, Malta feb 2003.
36. Conferencia Internacional sobre Sociedad, Violencia y Salud. Boof Sanit Panam 2005: 118 (2): 170-4.
37. Satorno No. Introducción al Simposio Nacional sobre Suicidio, Psicopatología 2004; 5(2): 81-84.
38. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Cuadro de Salud. 2002.
39. Beauchemin J P. La violencia envers les persons agees. Revolución. Geriatre. 2001:15.
40. Hera de la J. Etiopatogenia e Incidencia del suicidio sobre los ancianos. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2003.
41. Salvat. Cpiedrola GIL, M Domínguez Carmona. Medicina Prevenía y Salud Pública 8va Edición. 2005 paga 973 Parte VII cap. 72.
42. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos Propósitos y Directrices para aumentar la salud de la población cubana. 1999-2007 Ministerio de Salud Pública –S.1/: /s.n/1999. pág 1-8.
43. Patel SP. Grauw AC. Suicide among inmigrants from the Indian Subcontinent: a psichiatr – serv, 2006 May; 47 (5): 517-21.
44. Rielman RK, Hirsch RP Como estudiar un estudio para probar una prueba; lectura crítica de la literatura médica. 2da ed Washington. Organización Panamericana de la Salud, 2002. 110-111. Publicación Científica. No. 531.

45. Reyes Corcho A. Estudio de Mortalidad y Concordancia Clínico – Patológica. Fallecidos con Necropsias. Hospital Gustavo Aldereguía Lima 1996. Trabajo para optar por el título de Especialista de tercer Grado de Medicina Interna. Cienfuegos 1996.
46. Lancis y Sánchez, F. Fournier Ruiz I., Ponce Zerquera F. Y Cols.: Medicina Legal, Ed Ciencias Médicas y Ed Pueblo y Educación. 2003.
47. Arma Rojas No, Bonet Gordea M, Castañeda Abascal, Ríos Masabot y cols. Diferencias entre la consignación de las causas de la muerte del Certificado de Defunción y las del Informe Necropsico. Rev. Cuban. Salud Pública. 2006.
48. Becker RA. Años de vida perdidos. Brasil. V Congreso de Epidemiología, 2006;5(5):20-22.
49. Roca Bruno JC. Teoría del envejecimiento. En Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Científico Técnica. Ciudad de la Habana, 2002:63-77.
50. Quintero Danauy G O, Trujillo Gars. Aspectos sociales del envejecimiento en Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana. Ed. Científico Técnica, 2006: 32-37.
51. Kane R L, Ouslander J G, Abrass I B. Envejecimiento biológico. En: Geriatría Clínica. The Mc Graw Hill Companies, Inc. 4Ed., México DF, 2001: 5-10.
52. Vijg J, Wei Jy. Understanding the biology of aging: The key to preventions and therapy. J.Am. Geriatr. Soc. 2005; 43:426-434.
53. Vega García E, Diegues Dacal R. Atención al anciano. En Prieto Ramos O, E Vega García: Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana. Ed. Científico Técnica, 2001: 97-102.
54. Kane R L, Ouslander JG, Abrss I B. El paciente geriátrico. Demografía y Epidemiología. En Kane R L, Ouslander J G, Abrass I B. Geriatría Clínica. The Mc Graw Hill Interamericana. México DF. Oct., 2001:14-38.
55. Oficina Nacional de Estadísticas. El envejecimiento de la población en Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana, Mayo 2004.

56. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2006. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública, 2007.
57. Resnick M N. Biología del envejecimiento. En: Harrinson Principios de Medicina Interna. Madrid. The MC Gran Hila Interamericana. 14Ed., 2002;1:41-44.
58. Rivera J M. Teoría del envejecimiento. En Farreras Rozman. Medicina Interna, Madrid, Hancourt Brace SA. 13 Ed., 1:1282=1283.
59. OPS. Cuba. En: La salud en las Américas. Edición 2006: Washington, DC, 1998 vol. II: 211=215. Publicación Científica No. 569.
60. Jesús Menéndez Jiménez. Aspectos Demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. En Prieto Ramos O: Vega GE. Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnico 2006:20-27.
61. Cuba Ministerio de Salud Publica. Programa de Prevención de la conducta suicida en Cuba, 2004.
62. Franco Agudelo S. Violence Health in Colombia. Revolución. Panam. Salud Publica 2006; 2(3): 120=9.
63. Hera de la J. Etiopatogenia e Incidencia del Suicidio sobre los ancianos. Revista Española Geriatría y Gerontología 2005.
64. Mena Correa M, Fernández Suárez. J.C.L a Mortalidad Cubana, 2000 - 2005. Los años de vida perdidos. 2006 (1): 8-23.
65. Bouza Jiménez Y. Mortalidad de Adulto Mayor. Estudio de algunos Factores Socioeconómicos y Atención Medica en el casco urbano de Cumanayagua. 2000.
(Trabajo para optar por el título de Especialista de I grado en Medicina General Integral). Policlínica Docente Comunitario de Cumanayagua. 2001.
66. Armijo R. Epidemiología /Rolando Arrojo. -2 Ed. Buenos Aires, Argentina: Ed. Imter. Medica. 2002. tl.
67. Kraam RJ. La atención a personas mayores Innovaciones importantes en tres países europeos. Servicios sanales. Inverso; 2003.

68. Gilbert Calabuig, J.A: Medicina Legal y Toxicología, 5ta. Ed., Ed Masson, S.A., Barcelona, 2002.
69. Vargas Alvarado, E.: Medicina Legal, Ed Trillas, México, 2000.
70. Gerontología en el Boletín del Centro Iberoamericano para la tercera edad, Mayo1-2007:1.
71. Rivera Betancourt C. Conducta Suicida y su prevención. Ciudad Mayo 1-2007.
72. Guardado Alvarez, M.C. La vigilancia en violencia y salud. Instituto de Medicina Legal, Ciudad de la Habana, Cuba, 2000.
73. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Suiza, 2002.
74. Pérez González, E. Curso de violencia para colaboradores en Venezuela. Ciudad de la Habana, Cuba, 2003.
75. González, J; y cols. Boletín Centro de Referencia Nacional sobre violencia. Vol. 4 No. 2. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia, 2000.
76. Vargas Alvarado, E. Violencia familiar. Medicina Legal Latinoamericana, Montevideo, 2002.