



Misceláneo

Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela

A Descriptive Approach to the Phenomenon of Suicide in Merida, Venezuela

Uma abordagem descritiva do fenômeno do suicídio no estado de Mérida, Venezuela

Freddy A. Crespo P. ¹

Fecha de envío: 31 de octubre de 2018
Fecha de aceptación: 9 de marzo de 2019


Resumen

El presente estudio es una aproximación descriptiva al suicidio en el estado de Mérida, Venezuela, con el objetivo de exponer y alertar sobre el comportamiento de este fenómeno y su tendencia diferenciada con las tasas de los demás estados en el lapso 1995-2012. Empleando una metodología complementaria, se expone la tendencia de suicidios a escala nacional y su diferenciación entre los diferentes estados. Igualmente, se efectuaron entrevistas en profundidad a los familiares de las personas suicidas. Los resultados demuestran que la tasa de suicidio de Mérida tiene un comportamiento diferente a la tendencia nacional y de los demás estados, pues constituye la más alta en el lapso en estudio. Por otro lado, las entrevistas muestran una desestructuración de la relación entre medios y metas sociales debido a la coyuntura por la que atraviesa el país, lo cual conlleva a la acumulación de tensión del individuo. La principal conclusión es que esta situación está generando nuevas morfologías para la expresión de la conducta violenta, entre las que el suicidio es una acción muy probable.

Palabras clave: crisis; emociones; suicidio; tensión; Venezuela

Abstract

The present study is a descriptive approximation to suicide in Merida, Venezuela, with the objective of exposing and alerting about the behavior of this phenomenon and its differentiated tendency with the rates of the other states of Venezuela in the period 1995-2012. Using a complementary methodology, the national suicide trend and its differentiation between the different states is exposed. Likewise, in-depth interviews were conducted with the relatives of the suicidal persons in the state. The results show that Merida's suicide rate behaves differently from the national trend and that of the other states, since it is the highest in the period under study. On the other hand, the interviews show a destructuring of the relationship between means and social goals due to the situation that the country is going through, which leads to the accumulation of tension of the individual. The main conclusion is that this situation is generating new morphologies for the expression of violent behavior, among which suicide is a very probable action.

¹ Universidad de Los Andes, Venezuela, frecrepe1@gmail.com,  orcid.org/0000-0003-2586-2793



Keywords: crisis; emotion; strain; suicide; Venezuela

Resumo

Este estudo, é uma abordagem descritiva do suicídio no estado de Mérida, Venezuela, perseguindo o objetivo de expor e alertar sobre o comportamento deste e sua tendência diferenciada com taxas de outros estados no período 1995-2012. Utilizando uma metodologia complementar, expõe-se a tendência dos suicídios a nível nacional e sua diferenciação entre diferentes estados. Da mesma forma, entrevistas em profundidade foram realizadas com os familiares de pessoas suicidas. Os resultados mostram que a taxa de suicídio de Mérida tem um comportamento diferente da tendência nacional e dos outros estados, apresentando-se como a mais alta no período estudado. Por outro lado, as entrevistas mostram uma desestruturação da relação entre meios e objetivos sociais em função da situação que o país atravessa, o que leva ao acúmulo de tensão do indivíduo. A principal conclusão é que esta situação está gerando novas morfologias para a expressão de comportamentos violentos, dentre os quais o suicídio é uma ação mais do que provável.

Palavras chave: crise; emoções; estresse; suicídio; Venezuela

Introducción

En 2017, el estado de Mérida,² en Venezuela, registró la tasa de suicidio más alta en las últimas tres décadas: 19 suicidios por cada 100 000 habitantes (OVV Mérida 2018). La entidad andina venezolana, según diferentes fuentes tuvo desde 1990 a 2013 las tasas de suicidios anuales más altas del país. Sin em-

² Mérida es uno de los 24 estados de Venezuela. Está ubicado al occidente del país y constituye un estado de los andes venezolanos. Su superficie es de 11 300 kilómetros cuadrados y, según las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2017 su población era de poco menos de 1 000 000 de habitantes, lo que lo ubica como el décimo cuarto estado más poblado de Venezuela. Su altitud media es de 2933 metros sobre el nivel del mar. Su actividad económica comprende principalmente el turismo y la agricultura.

bargo, nunca registró una tan elevada, como tampoco cifra bruta de tal magnitud o variación tan abrupta de un año a otro, como sucedió de 2016 a 2017.

En 2012, solo dos estados de Venezuela acumularon más del 30 % de los suicidios registrados: Zulia (26 %) y Mérida (10 %) (Ministerio del Poder Popular para la Salud 2014). Ahora bien, cuando tales cifras se transforman en tasas por 100 000 habitantes, Zulia registró en ese año una de 4,27; mientras que en Mérida fue de 7,57, según cálculos propios e información del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014). De hecho, Mérida cerró 2012 con la tasa más alta de suicidios en el país, dos puntos por encima del estado con la segunda tasa (Nueva Esparta, con 5,5 por 100 000 habitantes) y poco más de cinco puntos por encima de la tasa nacional (Ministerio del Poder Popular para la Salud 2014 y cálculos propios). En 2013, la tasa se redujo a 5,7 por 100 000 habitantes en la entidad, pero continuó siendo la más alta de Venezuela (Ministerio del Poder Popular para la Salud 2015 y cálculos propios).

Desde hace un tiempo, la calidad de los datos oficiales en Venezuela ha sido duramente cuestionada, tanto por la censura a la que han sido sometidos como por su manipulación. Esto ha generado, por ejemplo, que la serie de datos de los suicidios desde 2014 hasta la actualidad no pueda completarse, debido a que los Anuarios de Mortalidad u otras fuentes sobre estos fenómenos no volvieron a hacerse públicos. Por tal razón, la cifra de 2017 fue construida tomando como base las fuentes hemerográficas, los registros de emergencias de los centros hospitalarios y los registros policiales. Estos últimos fueron obtenidos como información en bruto y primaria, que requirió depuración. Dado que la información solo

refleja el fenómeno en el estado de Mérida, no hay certeza de que todos los estados venezolanos tuvieran en 2017 la misma variación en sus tasas de suicidios. Frente a lo anterior, ¿cómo podría interpretarse el aumento en la tasa de suicidios en este estado?

Con la intención de realizar una aproximación al fenómeno, se propone el presente estudio. Mediante una metodología descriptiva, empleando herramientas cuantitativas y cualitativas, se efectúa una exposición general sobre el suicidio en el estado de Mérida. Se parte de la hipótesis de que la crisis generalizada que se vive en el país genera una estructura emocional como respuesta a la tensión derivada de esta, produciendo reacciones particulares entre las que el suicidio es una opción viable para muchas personas.

Tratamiento teórico social del suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) considera al suicidio una forma de violencia personal contra sí mismo. Los factores que explican esta conducta son variados. Se pueden establecer generalizaciones sobre variables asociadas tales como el sexo masculino, la edad (muy jóvenes o más de 65 años), el nivel de instrucción, el estado civil, entre otras (Ortíz-Prado et al. 2017). Igualmente, los enfoques desde los que se aborda el suicidio son también variados y dependiendo de estos, se constatan sus factores explicativos.

De acuerdo con Domenech et al. (2014), hay una tendencia de investigación que afirma que el 90 % de las personas que intentan suicidarse padece algún trastorno mental. Por su parte, Acevedo (2010) sostiene que no pueden obviarse las variables sociales como elementos

explicativos de la conducta suicida. De hecho, tanto los textos modernos sobre el tema, especialmente inclinados a la prevención y tratamiento (OMS 2014), como los estudios y tratados sobre el suicidio (ver, por ejemplo, Calles 1983; De la Garza 2008; Moron 1977) incluyen los aspectos sociales y culturales como factores que se vinculan a esta conducta.

Considerar solamente las variables individuales como explicativas de la conducta suicida es extraer al individuo del contexto social en el que se desenvuelve e interactúa, valorándolo como un ente aislado e inmune a las influencias que en él ejercen las demás personas, la sociedad y sus instituciones, la interacción social y las percepciones que construye sobre el medio ambiente (Lester 2000a; Lester 2000b). Durkheim (1971) advirtió esto en su clásico estudio sobre el suicidio. Para el autor, esta conducta era una manifestación de las formas de vinculación del individuo a la sociedad, lo que significa la solidez en los lazos de interacción del individuo con otros individuos, las instituciones y el medio ambiente, incluyendo en este los patrones culturalmente establecidos como metas (Durkheim 1971). En otras palabras, es lo conocido como integración social y regulación social (Lester 2000b). En sociedades con fuertes vínculos y sólidos lazos sociales, el suicidio sería frecuente, e igualmente lo sería en las sociedades con débil vinculación social.

Desde la óptica de Durkheim (1971), entonces, el suicidio es una derivación de la anomia social. El carácter anómico de la sociedad se traduce en su descomposición, y los vínculos que generan solidaridad entre los individuos (Acevedo 2010). Así, las crisis económicas pueden considerarse ejemplos de la descomposición social y, en consecuencia, tienen un efecto agravante en la tendencia sui-

cida de los individuos. Sin embargo, “el suicidio también se eleva en épocas de prosperidad económica, porque la prosperidad también genera debilitamiento social” (Acevedo 2010, 147). De allí entonces que, para Durkheim, “fenómenos como la prosperidad y la depresión económica, conllevan menor integración social, por lo que las tasas de suicidio se incrementan en comparación con épocas de estabilidad económica” (citado en Acevedo 2010, 147-148).

En relación con la economía, Henry y Short (1954) sostuvieron que la relación entre el suicidio y las variaciones económicas es contra cíclica. “Las tasas de suicidio tienden a incrementarse durante periodos de crisis económicas y a reducirse durante lapsos de bienestar económico” (Pereira, Tavares y Pita 2016, 15; traducción propia). Por su parte, Ginberg, (citado por Acevedo 2010) propuso la hipótesis de que las tasas de suicidio tienen una relación directamente proporcional con la prosperidad económica: cuando esta aumenta, los suicidios también aumentan, mientras que en la recesión económica, los suicidios se reducen.

Las evidencias empíricas aportadas por las investigaciones muestran apoyo a una u otra posición teórica. Domenech et al. (2010, 20), por ejemplo, constataron que sus “resultados muestran que no existe una correlación clara entre el suicidio y los factores socioeconómicos analizados en el caso de España y Europa durante la actual crisis económica”. Concluyeron lo siguiente: “A pesar del aumento de las tasas de suicidio europeas, coincidiendo con el principio de la crisis, su posterior disminución no mantiene correlación alguna con la evolución del contexto socioeconómico” (Domenech et al. 2010, 22). Sin embargo, los estudios de López et al. (2013) y, más adelante, de Rivera, Casal y Currais (2015) encontraron

una correlación positiva entre el desempleo y la tasa de suicidios durante la crisis en España.

Igualmente, Chang et al. (2013) constataron un efecto positivo de la crisis económica en el aumento de la tasa de suicidio en hombres, en 27 países europeos, en 2009. Pereira, Tavares y Pita (2016) comprobaron el efecto contra cíclico en las tasas de suicidio y los ciclos económicos en Portugal durante el período 1910-2013. Los estudios comentados tienen como punto común aportar evidencia sobre el efecto de las crisis económicas en el aumento de las tasas de suicidio, principalmente en hombres.

En el otro lado o corriente teórica, el estudio de Daly, Oswald y Wilson (2011, 8; traducción propia), por ejemplo, señaló que “los estados en los que su población tiene altos niveles de satisfacción con sus vidas, tienen mayores tasas de suicidios que aquellos en los que su población presenta bajos niveles de satisfacción con sus vidas”. Estos resultados se encontraron al correlacionar los niveles de felicidad y satisfacción con la vida y las tasas de suicidio en 50 estados de los Estados Unidos. De acuerdo con los autores, la paradoja felicidad-suicidio es sólida también en los países occidentales, aunque más homogénea con el cuerpo de datos de los Estados Unidos (Daly, Oswald y Wilson 2011). Su conclusión es que “las personas descontentas en un lugar feliz, pueden sentirse particularmente maltratadas por la vida” (Daly, Oswald y Wilson 2011, 10; traducción propia).

De ahí entonces que países con estabilidad económica y alta satisfacción con la vida tengan tasas de suicidios similares o, incluso, más elevadas que países con crisis económicas importantes.³ Sin embargo, los estudios de Lee et

³ En 2012, la OMS registró que los países del norte de Europa tenían una tasa de suicidio más elevada que los de África. Este contraste implica que países con mayor estabilidad eco-

al. (2017) y de Merzagora et al. (2016) también comprueban la relación entre suicidio y variaciones económicas, pero llamando la atención sobre variables derivadas y específicas de estas. Es decir, las variables pueden correlacionarse, pero descomponiendo en partes la variable “crisis económica”, pues difícilmente se puede establecer una correlación entre suicidios y crisis, construida o considerada de manera homogénea. Así, Merzagora et al. (2016, 1; traducción propia) encontraron que “la probabilidad de suicidio durante una crisis económica es tres veces mayor en personas afectadas por una enfermedad grave, bien sea física o psicológica, que para las personas sin ningún tipo de afectación”. Concluyen estos autores que, para cualquier estudio explicativo del suicidio, no es fácil identificar y cuantificar los efectos de las variables económicas en este tipo de conducta.

Tal vez por esa razón parecen más consistentes los resultados aportados por las investigaciones en las que se emplean factores psicosociales para explicar el riesgo y/o la conducta suicida (ver, por ejemplo, Baca y Aroca 2017; Lester 2000c; Viancha, Bahamón y Alarcón 2013). Muchos de esos estudios concluyen que un porcentaje importante de las personas suicidas sufría padecimientos psicológicos o psiquiátricos. No obstante, las conclusiones parecen estar basadas en correlaciones preestablecidas, pues la conducta suicida se considera en sí misma una muestra empírica de un padecimiento emocional. Por tanto, termina siendo un síntoma de la condición que se intenta explicar con base en la misma variable,

nómica acumulaban más suicidios que aquellos que carecían de ella. Igualmente, al promediar las tasas de suicidios en categorías de ingreso (altos, medianos-altos, medianos-bajos y bajos), las naciones dentro de la primera categoría (ingresos altos) tenían una tasa de suicidio muy similar a los países de ingresos medianos-bajos y bajos.

convirtiéndose en causa, consecuencia y síntoma, al mismo tiempo. En todo caso, los estudios mencionados admiten que la conducta suicida está precedida por trastornos emocionales, pero no argumentan qué la precede o de dónde derivan tales trastornos emocionales, por lo que la triangulación entre las variables no se establece de manera clara y precisa.

En resumen, la literatura consultada parece dividirse en dos grandes grupos explicativos de la conducta suicida. El primero agrupa los estudios sobre los factores sociales, de los que puede extraerse como conclusión una relatividad creciente sobre las variables asociadas con el fenómeno. Por un lado, algunos hallazgos indican que las crisis elevan las tasas de suicidio; por el otro, la prosperidad y la satisfacción con la vida también se correlacionan positivamente con el aumento del suicidio. Cuando la variable crisis se descompone en indicadores (como desempleo, inflación, entre otros), estos no se correlacionan por igual con el suicidio o las variables asociadas con él (sexo o edad, por ejemplo).

El segundo grupo lo constituyen los estudios que emplean variables conductuales y psicológicas para explicar el suicidio. Parece aportar las conclusiones y hallazgos más sólidos, al exponer que indicadores como enfermedades psicológicas, deserción escolar, desempleo, edad e incluso factores hereditarios explican la predisposición al suicidio. Sin embargo, este cuerpo de datos parece obviar la condición social del ser humano que se suicida y la condición particular de una correlación en la que, si una variable X produce una variable Y, en la presencia de X, Y siempre debería aparecer. Por ende, cualquier persona con tales condiciones (como enfermedades psicológicas) debería tener propensión al suicidio. Esto no es real. Además, la condición en sí es tomada como

génesis o aparición independiente de otros factores, por lo que se obvia la actitud explicativa que debería ser típica de las ciencias sociales, según la cual también es importante explicar las propias causas. En consecuencia, considerar estrictos estos hallazgos es separar al individuo de la trama social en la que vive, la cual es, en primera instancia, la causa y el origen de la estructura emocional que, en última instancia, motiva las conductas.

Una mirada necesaria: el contexto venezolano

Venezuela atraviesa en la actualidad, y desde hace algunos años, una importante crisis política, económica y social, que tiene muchas expresiones en la dinámica cotidiana de las personas. Esta crisis se ha expresado en varios aspectos de suma importancia: primero, el desabastecimiento de alimentos, medicamentos y muchos otros productos; segundo, la crisis económica general, representada en una de las hiperinflaciones más altas del mundo y tercero, un movimiento migratorio sin precedentes en la historia venezolana y de Suramérica.

Existe mucha dificultad para acceder a datos que reflejen la crisis de Venezuela, sobre todo por el hecho de que, en el ámbito gubernamental, tal situación se niega, por lo que su medición queda sujeta a organismos y entidades no oficiales que en algunos casos producen, con sesgos particulares, las cifras que podrían representarla (Human Rights Watch 2016). Aun así, los indicadores pueden emplearse solo con carácter referencial. Estos muestran, por ejemplo, que el nivel de desabastecimiento de alimentos en el país supera el 60 %, en general, y para algunos rubros como la leche en polvo, el 90 %, cifra que

también corresponde al desabastecimiento de medicamentos (Human Rights Watch 2016). La cotidianidad de las personas se resume en realizar largas colas para adquirir productos regulados o, en todo caso, pagar en el mercado negro el triple o cuádruple de su precio (Human Rights Watch 2016). Ello afecta de manera notable los hábitos alimenticios de la población. De acuerdo con la Encuesta sobre Condiciones de Vida (ENCOVI 2017), el porcentaje de venezolanos que comían tres veces al día varió de 88 % en 2014 a 67 % en 2016.

En el aspecto económico, Venezuela atraviesa una crisis sin precedentes en Suramérica. Registra la hiperinflación más alta de la región y, probablemente, del mundo. Esta crisis, vinculada al desabastecimiento de los productos, genera que los precios aumenten a diario, lo que deteriora la calidad de vida y el poder adquisitivo de los venezolanos. Según la ENCOVI (2017), la pobreza extrema pasó del 33 % en 2014 al 51 % en 2016, mientras que la pobreza se ubicó en 2016 en 81 %. El salario mínimo oficial es de 18 000 bolívares, lo cual, según el valor oficial, sería poco más de tres dólares. Es el más bajo de Suramérica.

En cuanto a la emigración, es difícil establecer una cifra del éxodo de venezolanos en los últimos años. Según un estudio realizado en 2018, en cuatro semanas se registró la salida de más de 14 000 venezolanos, solo por un punto de paso fronterizo. De estos, el 59 % tenía estudios universitarios (Bermúdez et al. 2018).

A estos aspectos se suma el aumento vertiginoso de la criminalidad, así como la abierta crisis institucional y política del país, lo cual crea un caldo de cultivo en el que los diferentes aspectos se vuelven causas y síntomas de nuevas manifestaciones de crisis social entre la población.

Metodología

En el presente estudio se emplea el método complementario, para cumplir con el objetivo de investigación propuesto. Este tipo de investigación ha cobrado auge durante la última década, con la finalidad de enriquecer el enfoque con el que se aproxima científicamente a la observación del objeto y sujeto en estudio (ver, por ejemplo, Cabrero y Martínez 1996; Campos 2007; Cuenya y Ruetti 2010; Sautu 2005; Oliveros 2004). De esa manera, el primer enfoque del estudio corresponde a una aproximación cuantitativa, para la descripción y comparación cronológica de las tasas de suicidio a escala nacional (en Venezuela) y regional (en Mérida). Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial para realizar los análisis correspondientes.

Las fuentes de información son los Anuarios de Mortalidad publicados por el Ministerio de Salud desde 1995 a 2012, para las cifras de las 24 entidades a escala nacional. Por tal razón, el lapso en estudio corresponde al rango entre estos años en los que se publicaron de manera constante los Anuarios. En estos se reflejan los suicidios registrados en las emergencias de los centros hospitalarios del país, información que era procesada y acumulada por las Corporaciones de Salud de cada entidad y transferida al Ministerio de Salud para su compilación nacional. Los suicidios se definen en los documentos como la acción positiva o negativa empleada por un individuo con la finalidad de generar su propia muerte.

La cifra de 2017 fue construida mediante la técnica de listas múltiples, utilizando como fuentes tres listas construidas con base en lo siguiente: primero, la revisión hemerográfica; segundo, los registros de mortalidad del principal centro hospitalario del estado de Mérida

y tercero, la fuente policial. La fuente hemerográfica se construyó con base en los suicidios consumados publicados como sucesos en los dos diarios de circulación regional: Frontera y Pico Bolívar. De ambos diarios se cotejaron los artículos y se extrajeron las siguientes variables: datos de identificación de la persona suicida (nombre y apellido, edad, sexo), lugar en el que ocurrió el hecho (municipio y parroquia), método empleado y posible motivación.

La fuente hospitalaria fueron los registros de mortalidad y la policial, el registro delictivo. En ambas se registraron las siguientes variables: datos de identificación del caso (edad, sexo, nombre y apellido), procedencia y causa de mortalidad o delito que registraba la persona. Estas listas se depuraron, y se extrajeron únicamente los casos correspondientes a suicidios consumados. De esa manera, se dispuso de tres listas con datos generales de los suicidas en el estado de Mérida para el año 2017. Al cruzarlas, hubo un 78 % de coincidencias de nombres en las tres listas y un 85 % en dos de ellas. Se trabajó con esta última cifra.

Por otra parte, el segundo enfoque constituyó una aproximación cualitativa. Se emplearon las entrevistas en profundidad a los familiares directos de suicidas, con el objetivo de construir el contexto social e individual en el cual interactuaba la persona antes del acto. Bajo esta modalidad, se tuvo acceso al círculo familiar de tres personas suicidas. Las entrevistas se realizaron en tres o cuatro sesiones de poco más de dos horas de duración cada una, grabadas con el consentimiento de los participantes. Para efectos del estudio, las tres personas suicidas se denominarán: Robert, Gabriel y Lucía. En el caso de Robert, la entrevista se realizó a su hermano; en el de Gabriel, a su madre y su pareja y en el de Lucía, a su padre y su madre. Robert tenía 54 años, Gabriel, 19 y Lucía, 22.

Debido a lo delicado del tema, se diseñó una entrevista en profundidad abierta, planteando a los entrevistados como tema central de conversación la vida de la persona que cometió suicidio. Principalmente, se les pidió narrar los aspectos generales de su vida, tratando de obviar preguntas o temas vinculados al hecho suicida en sí. A pesar de esto, la misma dinámica de las narraciones llevó a tocar el tema, como parte del relato biográfico, en el que se indicaron características personales como posibles indicadores no advertidos de la conducta suicida. Las entrevistas transcurrieron con relativa normalidad, aunque se dieron episodios de alta emotividad para los entrevistados, como llanto y suspensiones breves de las narraciones debido a la afectación emocional. Las sesiones permitieron construir un contexto biográfico general de las personas suicidas.

Vale destacar que se contactó a más de 20 familiares, de varias zonas del estado de Mérida, pero solo en estos tres casos accedieron a las entrevistas, que además fueron interrumpidas por su negativa a continuar. Expresaron que no le veían utilidad a seguir participando en las conversaciones. A pesar de ello, la información recopilada permitió construir algunas descripciones y aproximaciones a los casos. Las demás personas contactadas argumentaron que no querían participar en ningún tipo de actividad en la que se expusieran aspectos de la vida de sus familiares que cometieron suicidio, pues sentían que serían juzgados por el hecho.

En este estudio, el suicidio se consideró como el acto voluntario ejecutado por una persona, por cualquier método, cuyo resultado directo es su propia muerte. Se trabajó con suicidios consumados, descartando los intentos y la denominada “ideación suicida”, sobre todo porque los intentos no se registran de manera significativa en la fuente hemerográfi-

ca y tanto en los anuarios de salud como en las otras dos fuentes de información, se reflejan de manera indiscriminada como lesiones autoinflingidas o lesiones por accidentes.

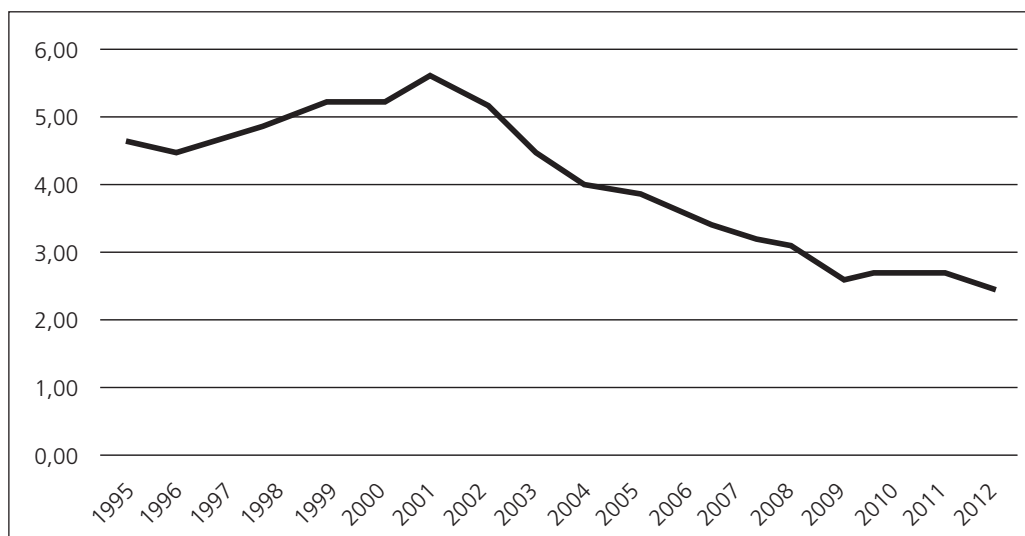
Resultados

Generalidades

Entre 1995 y 2012, la tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes en Venezuela tuvo un promedio anual de 4,02. Como se aprecia en el gráfico 1, entre 1995 y 2002 fue el período con el registro más alto en el lapso en estudio: una tasa promedio anual de 4,99 por 100 000 habitantes; mientras que entre 2003 y 2012 la cifra fue 3,26. Este último lapso coincide con el último período de prosperidad económica vivido en el país, un *boom* petrolero aún mayor que el experimentado en los años setenta del siglo pasado, lo que implicó un incremento importante en el gasto social (Hernández y Avendaño 2008; Santos y Villazmil 2006; Weistbrot y Sandoval 2008).

Por su parte, en la tabla 1 se presentan las tasas anuales promedio de suicidios por 100 000 habitantes en las 24 entidades de Venezuela, durante el lapso 1995 a 2012. Se aprecia que el estado de Mérida ocupa el primer lugar, con una tasa promedio anual de 10,57 suicidios por 100 000 habitantes. Supera en casi cuatro puntos a la del estado de Trujillo, ubicada en segundo lugar. De hecho, en este lapso, solo dos años Mérida no registró la mayor tasa de suicidios entre los 24 estados. Se observa también que el coeficiente de variación del estado de Mérida es, junto con el de Carabobo, el más bajo de los presentados. Ello indica poca variabilidad de la tasa en el lapso bajo análisis.

Gráfico 1. Tasa de suicidios por 100 000 habitantes. Venezuela, 1995-2012



Fuente: Anuarios de Mortalidad, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 1995-2012 y cálculos propios.

Tabla 1. Comparación de tasas medias anuales de suicidios por cada 100 000 habitantes en los 24 estados de Venezuela (1995-2012)

Posición	Estado	Tasa	D.T.	C.V.	Posición	Estado	Tasa	D.T.	C.V.
1	Mérida	10,57	2,05	19	13	Apure	4,30	1,57	37
2	Trujillo	6,59	3,17	48	14	Guárico	4,28	1,80	42
3	Barinas	6,28	1,32	21	15	Aragua	4,19	2,00	48
4	Zulia	6,15	1,27	21	16	Carabobo	3,75	0,63	17
5	Nueva Esparta	6,07	1,55	26	17	Lara	3,64	1,31	36
6	Amazonas	5,89	4,59	78	18	Falcón	3,23	1,22	38
7	Portuguesa	5,55	1,32	24	19	Anzoátegui	2,93	0,97	33
8	Táchira	5,51	2,45	45	20	Sucre	2,86	0,83	29
9	Yaracuy	4,89	1,30	27	21	Monagas	2,05	1,39	68
10	Cojedes	4,55	2,60	57	22	Distrito Capital	1,04	0,99	95
11	Bolívar	4,38	1,13	26	23	Miranda	1,00	0,67	66
12	Delta Amacuro	4,36	2,24	51	24	Vargas	0,96	0,87	91

ANOVA: $F= 23,364$ gl Intergrupos= 24 /gl Intragrupos = 425 Sig= 0,000

Tasa: Tasa promedio anual por 100 000 habitantes

D.T.: Desviación típica

C.V.: Coeficiente de variación

Fuente: Anuarios de Mortalidad, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 1995-2012 y cálculos propios.

Tabla 2. Prueba Post Hoc HSD de Tukey para comparar las diferencias entre las tasas promedio anuales de suicidios por 100 000 habitantes de Mérida con respecto a las tasas de los demás estados y la nacional. Lapso: 1995-2012

HSD de Tukey				
(I) estado2	(J) estado2	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Mérida	Amazonas	4,68	0,61	0,000
	Anzoátegui	7,65	0,61	0,000
	Apure	6,27	0,61	0,000
	Aragua	6,38	0,61	0,000
	Barinas	4,29	0,61	0,000
	Bolívar	6,19	0,61	0,000
	Carabobo	6,83	0,61	0,000
	Cojedes	6,02	0,61	0,000
	Distrito Capital	9,54	0,61	0,000
	Delta Amacuro	6,21	0,61	0,000
	Falcón	7,34	0,61	0,000
	Guárico	6,30	0,61	0,000
	Lara	6,93	0,61	0,000
	Miranda	9,57	0,61	0,000
	Monagas	8,52	0,61	0,000
	Nueva Esparta	4,51	0,61	0,000
	Portuguesa	5,03	0,61	0,000
	Táchira	5,06	0,61	0,000
	Trujillo	3,98	0,61	0,000
	Sucre	7,72	0,61	0,000
	Vargas	9,62	0,61	0,000
	Yaracuy	5,68	0,61	0,000
	Zulia	4,42	0,61	0,000
Nacional	6,55	0,61	0,000	

Vale destacar que las diferencias entre tasas promedio de suicidios anuales expuestas en la tabla 1 para las 24 entidades de Venezuela son estadísticamente significativas, según la prueba de Análisis de Varianza (ANOVA). Ahora bien, al ejecutar las pruebas *post hoc* para el ANOVA, tal como se observa en la tabla 2, Mérida es el único estado cuya tasa de suicidio promedio anual, difiere significativamente de las tasas de los 23 estados y la nacional. Ningún otro estado presenta esta particularidad.

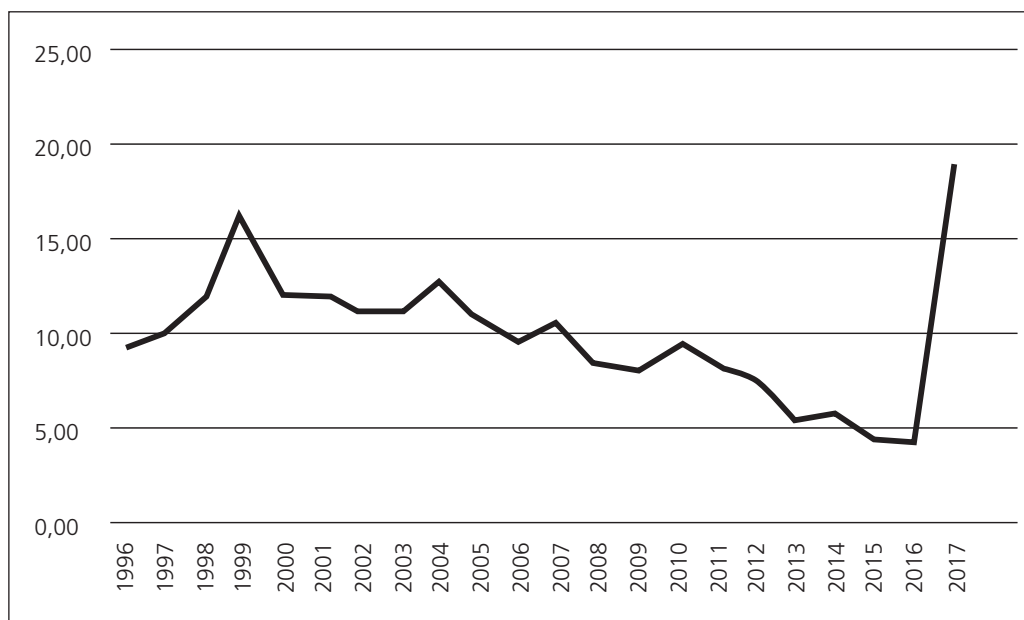
Esto podría indicar que la tasa de suicidio de Mérida tiene un comportamiento estadístico completamente distinto al de las tasas de las demás entidades. Es decir, su comportamiento es muy particular, diferenciado estadísticamente del comportamiento de las tasas de suicidios a escala nacional y de las particulares de cada estado. Igualmente, esto permite pensar que el tratamiento explicativo de los suicidios en Mérida debe ser específico para la entidad.

En el gráfico 2 se observa la tendencia de este fenómeno en el lapso 1995-2017 para el estado de Mérida.⁴ Se aprecia que en el período 1995-2000 se registró un aumento importante de los suicidios. En 1999 se registró la tasa más alta del país hasta esa fecha.

Sin embargo, durante el primer lustro del siglo XXI, la tendencia se estabilizó. Inició una reducción con algunas fluctuaciones, mantenida hasta después de 2008, cuando los suicidios se redujeron a menos de 10 por cada 100 000 habitantes. Al igual que la tasa nacional, esto coincide con el período de prosperidad económica vivido en el país. Ya en 2015 y 2016, la tasa se ubicó en poco menos de cinco suicidios por 100 000 habitantes.

⁴ Las cifras para el lapso 2013-2016 se construyeron con base en referencias hemerográficas, corroboradas con proyecciones, empleando la técnica de series temporales.

Gráfico 2. Tasa de suicidio por 100 000 habitantes. Mérida, 1995-2017



Fuente: Anuarios de Mortalidad, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 1995-2012; Diarios Frontera y Pico Bolívar y cálculos propios.

El boom de 2017

Entre 1995 y 2017, poco más de 1800 personas se suicidaron en Mérida. El 10 % lo hizo en este último año, que cerró con una cifra de 191 suicidios, equivalente a una tasa de 19 por cada 100 000 habitantes. Es la más alta registrada en el país durante el lapso en estudio, así como en Mérida durante los últimos dos décadas. Incluso, en cifra bruta superó los 118 y 101 suicidios de 1999 y 2004, respectivamente, en la misma entidad.

El 32 % de los suicidios ocurrieron en el municipio de Libertador, capital de la entidad, seguido de los municipios de Alberto Adriani (19 %) y Campo Elías (18 %). En otras palabras, el 68 % de los suicidios se registraron en los tres municipios más poblados de la entidad. El 75 % de las personas suicidas eran hombres y el 25 %, mujeres. Estos resultados coinciden

con los hallazgos en los estudios a finales de la década de los noventa del siglo pasado (Díaz 1999; Medina 1999; Peña 1998; Santos y Villasmil 2006, 1999): en el municipio Libertador ocurrían la mayoría de los suicidios del estado, y la mayor parte de estos eran cometidos por personas del sexo masculino.

Por otro lado, las diferencias entre los resultados actuales y los comentados radican en los rangos de edad y en el tipo de zona (urbano/rural) de residencia. En los estudios previos, la mayor proporción de casos (más de la mitad) de suicidio se concentraba en personas jóvenes (entre 17 y 24 años) y en adultos mayores (más de 65 años). En cuanto a la zona de residencia, además del municipio de Libertador, los municipios rurales como Rangel, Cardenal Quintero, Miranda, Pueblo Llano y Rivas Dávila acumulaban una proporción considerable de los suicidios.

Mientras tanto, en los casos registrados en 2017, el 50 % de las personas que cometieron suicidio figuraba en los rangos de 13 a 24 años (25 %) y 44 a 57 años (25 %). El 50 % restante se distribuyó entre 25 y 43 y 58 o más años, con un punto máximo de 91 años de edad. Los municipios rurales tuvieron una incidencia muy baja (menos del 4 % cada uno), con la excepción de Rivas Dávila, que registró un 6 % de suicidios en el año en estudio. En total, los 191 casos se registraron en 15 de los 23 municipios de la entidad; como ya se comentó, los tres más urbanizados acumularon el 68 % de los casos.

La conducta suicida resultó ser independiente del sexo, la edad y la zona de residencia de las personas. La altitud tampoco estuvo relacionada de manera consistente con las tasas de suicidio a escala nacional y regional, a pesar de ser una variable por lo común correlacionada en otras latitudes (Ortíz-Prado et al. 2017). Los hallazgos cuantitativos de este estudio parecen apuntar a que la conducta suicida es independiente de variables comúnmente asociadas con su riesgo, con la excepción de las anomalías o enfermedades psicológicas, que para el cuerpo de datos en estudio no fue posible medir. En general, los suicidios en el estado de Mérida durante 2017 se caracterizaron por presentarse en las zonas más urbanas de la entidad, y por ser cometidos principalmente por hombres en edades muy productivas, jóvenes y adultos.

Los protagonistas del boom

Robert tenía 54 años, era divorciado, con dos hijos: el mayor de 26 años y la menor de 23. Trabajó en la Universidad de Los Andes desde que tenía 18, cuando egresó como Técnico Medio en Mecánica y progresivamente fue

profesionalizándose en diferentes cursos. Gracias a su trabajo y el de su exesposa, pudieron comprar una casa, tener vehículos propios y costear los estudios de sus hijos. Su hijo mayor emigró en 2016 y los planes eran que a finales de 2017 su hija lo hiciera también. Para esto, la pareja que se divorció hace cinco años, tuvo que vender sus vehículos y su casa. Por ello, Robert vivió en una habitación que le alquiló su hermano desde finales de 2015. El acuerdo era que, con la venta de la casa y los vehículos, sus hijos se fueran del país, se instalaran y pudieran llevarse a sus padres. Pero la exesposa de Robert sufrió una enfermedad y consumió parte de sus ahorros.

Refirió su hermano que Robert pasó varios días muy callado, muy triste porque parecía que el dinero no les alcanzaba para ayudar a emigrar a su hija. En pocas ocasiones le comentó que ya tenía pensado cómo no ser una carga para su hija y la solución para que se fuera. Un día, Robert remató unas prendas de oro que tenía, le dejó un sobre con dólares en efectivo a su hija y le envió un mensaje de texto diciéndole: “Hija, todo lo que hice en vida, lo hice por amor a ustedes. Y esta vez no es la excepción”. Esa tarde su hija lo encontró ahorcado con un cinturón en la ventana de la habitación en la que residía.

Gabriel y Lucía tienen historias similares, aunque en contextos diferentes. Él pertenecía a un estrato medio-bajo y ella a uno alto; existía una diferencia de tres años en sus edades (Gabriel tenía 19 años y Lucía, 22). Gabriel venía de un hogar monoparental, no conocía a su padre y su mamá lo sostuvo sola a él y dos hermanos menores, de diferente padre. Aunque vivió con un padrastro hasta los 15 años, por el relato de la madre, su influencia no fue tan marcada en Gabriel. Fue exitoso en sus estudios, egresó como bachiller a los 17 años e inmediatamente ingresó a estudiar en la Universidad de Los An-

des. Cuando tenía 18 años, a su madre le detectaron diabetes. A principios de 2017 tuvo que dejar de estudiar y empezó a trabajar a tiempo completo. A diario compartía con su pareja, una joven también de 19 años de edad, con quien mantuvo una relación desde los 16. Un día, Gabriel llegó a su casa, escuchó a su mamá comentándole las dificultades del día para conseguir comida y medicamentos. Gabriel rechazó la cena que le sirvió su mamá y se levantó de la mesa. Solo le dijo: “Esto está muy jodido, mamá”. Se fue a su habitación. Dos horas después su madre lo encontró ahorcado.

Lucía también fue una joven exitosa académicamente. Egresó con éxito del bachillerato e ingresó a la Universidad de Los Andes, de donde estaba a punto de egresar cuando se suicidó. Sus padres no se explican la razón. No hubo indicios en ella, salvo las constantes conversaciones sobre las dificultades para conseguir los insumos para su carrera, el deterioro de la calidad de vida familiar, entre otros. Cosas que, más allá de las conversaciones, como apuntan sus padres, eran parte cotidiana del día a día y no había que conversarlas para que ella se diera cuenta. Refieren sus padres que el círculo social de Lucía se había reducido drásticamente, pues gran parte de sus amigos se fueron del país. Había terminado una relación unos ocho meses atrás, porque su pareja también se iba del país. Lucía, lejos de parecer deprimida y sin esperanzas, tenía la ilusión de graduarse y emigrar, pero sin ninguna explicación un día se quitó la vida ahorcándose.

En torno al contexto

¿Qué hay de diferente y común en el contexto de vida de Robert, Gabriel y Lucía? La respuesta es que muchos aspectos, en ambos casos. Aun las diferencias, cuando se observan

en medio de un contexto más profundo y generalizado, tienden a parecer más similares. Para empezar, la principal diferencia radica en los grupos etarios y el contexto: Robert representa la figura de un grupo etario cuya realización de vida ya está dada y su proyección en el presente y hacia el futuro es vivir igual o mejor a como ha vivido hasta ese momento. Por su parte, Gabriel y Lucía representan un grupo etario cuya proyección de vida a futuro es su construcción en el presente: estudiar, obtener un título universitario que les permita un buen trabajo, entre otros.

Sin embargo, en los tres casos, la calidad de vida cambió drásticamente: Robert perdió la calidad y dinámica de vida a la que estaba acostumbrado; Gabriel sacrificó sus estudios para ayudar con la economía doméstica y Lucía se descontextualizó, sin pares de referencia. Dichos cambios se agudizan con el contexto general del país: dificultades para conseguir comida, altos precios de esta, mala calidad en los servicios públicos, pérdida de legitimidad institucional, entre otros aspectos. En general, podría pensarse que, en los casos en estudio, las instituciones venezolanas no representaban un mecanismo para canalizar y responder a las aspiraciones de éxito o mejoría de la calidad de vida de la población. De esta manera, indistintamente a que se trabajara o estudiara, el éxito social y económico derivado de tales actividades no estaba asegurado; más bien aparecía como una perspectiva inútil en el ideario de las personas que cometieron suicidio.⁵

⁵ En los tres casos en estudio, hubo comentarios de los entrevistados acerca de oír a Robert, Gabriel y Lucía expresar en varias conversaciones criterios como los siguientes: “Uno joderse tanto en este país y terminar así” (entrevista al hermano de Robert); “Tranquila, mamá, que igual ni con título en mano estuviera ganando más de lo que gano ahora” (entrevista a la madre de Gabriel); “Decía cosas como: tenemos

La emigración suple en los tres casos la esperanza de una mejor vida en el país y, ante su dificultad, tal esperanza y proyección vuelve a sumirse en un estado de falla general, en la que la construcción y proyección del Yo les hace perder las nociones referenciales de su propio contexto. Es así como el estudiante que se proyectaba profesional en su Yo, ahora es un trabajador, en un empleo que no permite costear muchos gastos más allá de las necesidades básicas. El trabajador con casa y vehículo propio termina subsistiendo y viviendo en una habitación en casa de un familiar, como nunca imaginó en su vida. La estudiante con altas referencias sociales en sus grupos de pares termina sola, con un sentimiento de aislamiento. En todos los casos, cada uno tenía una construcción y proyección propia del Yo que el contexto y el ambiente afectaron, hasta el punto de que la percepción y proyección para su reconstrucción al estado inicial se concibe como una tarea difícil y poco posible. En este escenario, la ideación y ejecución de la acción suicida está servida en la mesa.

Para resumir, al menos para los casos en estudio puede decirse que, si bien la motivación principal para ejecutar el acto suicida fue estrictamente individual, se presentó como parte del efecto del contexto social en el individuo. La acción suicida representó una decisión y un modo de reacción ante tal contexto social. Así, se concluye que, de la misma manera que el contexto social actual venezolano ha generado individuos violentos contra las demás personas, está generando individuos violentos contra sí mismos. Esto, debido a la

que ver qué hacemos, en este país ya no hay nada” (entrevista a la pareja de Gabriel); “Yo le llamé la atención varias veces porque estaba muy desmotivada, a veces me comentaba que no le provocaba ir a clases, que cuando se graduara, no tendría ni con quién ir a la caravana y bromas así” (entrevista a la madre de Lucía).

falla de las instituciones en su rol de convertirse en un mecanismo canalizador de las aspiraciones sociales de los individuos.

Discusión

La Teoría General de la Tensión (TGT) “sostiene que las tensiones o los factores estresantes, incrementan la probabilidad de emociones negativas como la ira y la frustración” (Agnew 2001, 319; traducción propia). Estas emociones crean una estructura de presiones para corregirlas o proyectarlas, en la que la violencia puede ser una manera de responder, como forma de liberar la presión. Por lo general, esta teoría se usa para explicar la aparición del delito y la violencia como una forma expresiva hacia los demás. En esta ocasión, proporciona una perspectiva para entender esa misma acción delictiva o violenta, pero cuando se expresa contra sí mismo.

De acuerdo con Agnew (2001), existen dos grandes tipos de tensiones que derivan de estas emociones. La tensión objetiva resulta del rechazo de eventos o condiciones por parte de la mayoría de un grupo social específico, que le sirve de marco de identificación al individuo. “Entonces, si se argumenta que un individuo está experimentando tensión objetiva, quiere decir que él o ella está experimentando un evento o condición que por lo general, no le gusta a los miembros de su grupo” (Agnew 2001, 320; traducción propia).

Por otro lado, la tensión subjetiva se refiere “a eventos o condiciones que no les gustan a las personas que los están experimentando (o que han experimentado). Entonces, si se dice que un individuo está experimentando tensión subjetiva, se sostiene que está experimentando un evento o condición que le desagra-

da” (Agnew 2001, 320; traducción propia). La tensión subjetiva responde más a la evaluación emocional individual de las condiciones que generan la tensión objetiva que a esta en sí misma. Por ejemplo, un tipo de tensión objetiva es el divorcio o la infidelidad, pero tal tensión se volverá subjetiva y con efectos particulares en la conducta del individuo únicamente en la medida que este construya juicios emocionales sobre tales eventos.

En dichos juicios emocionales radican las diferentes reacciones de los individuos ante eventos o condiciones similares. Por ejemplo, la construcción emocional de la tensión puede hacer que un individuo reaccione de manera violenta contra las demás personas, mientras que otro individuo lo haga contra sí mismo. En palabras de Agnew (2001, 322; cursiva añadida; traducción propia):

Dos individuos pueden evaluar un evento/condición de la misma manera; es decir, a ambos les puede disgustar de la misma manera. Por lo tanto, tienen el mismo nivel de tensión subjetiva. Sin embargo, uno puede enojarse en respuesta a la tensión, mientras que el otro puede deprimirse. Y pueden diferir en el grado en que experimentan ciertas emociones, por lo que uno puede enojarse bastante, mientras que el otro puede experimentar solo enojo leve. Así, la misma tensión subjetiva puede dar lugar a reacciones emocionales diferentes. *Una vez más, una serie de factores individuales y ambientales influyen en la reacción emocional a la tensión subjetiva.*

Como se observa, Agnew (2001) enfatiza al final que los factores individuales y ambientales tienen un marcado efecto en determinar el tipo de reacción emocional ante los eventos que generan tensión subjetiva. Por ello, no todos los individuos reaccionan de la misma

manera ante los mismos eventos estresantes. Ahora bien, para Agnew (2001), la tensión que conduce a construir reacciones emocionales de este tipo debe caracterizarse por lo siguiente: primero, ser percibida como injusta; segundo, ser de alta magnitud; tercero, estar asociada con un bajo control social y cuarto, generar presiones que conlleven la reacción conductual.

¿Dónde encajan los resultados expuestos en lo comentado en los párrafos precedentes? Como se sostuvo, la tasa de suicidios en el estado de Mérida es independiente de las tasas de los demás estados e, incluso, de la nacional. Esto puede interpretarse diciendo que el tratamiento del fenómeno del suicidio en Mérida debe ser diferenciado de las demás entidades. Ahora bien, no se contó con información confiable o, al menos, construida bajo los mismos esquemas metodológicos que en el presente estudio, para los suicidios en las demás entidades del país desde 2013 a 2017. Esto reduce significativamente el margen de confiabilidad para cualquier comparación. Se puede decir que tal independencia en la tasa de suicidio de Mérida es evidente —y hay evidencia— para el lapso en estudio.

Esta investigación responde a una descripción y contextualización del suicidio en Mérida, en el lapso de estudio, en comparación con las demás entidades, para destacar los niveles comparativos que históricamente tuvo. Se promueve además la idea de que, si en 2017 se constató la cifra expuesta, es probable que también en los demás estados el fenómeno haya aumentado. Es lo que el sentido común y las noticias sobre sucesos de los diferentes estados parecen indicar.

Sin embargo, siendo estrictos con los casos en estudio y la situación general de la entidad merideña, podría sostenerse que la situación

del país constituye una fuente de frustración generalizada para la población. Produce frustraciones y tensiones que se canalizan según las estructuras contextuales, medioambientales y las características del individuo que interactúa en dicho contexto. Inicialmente, esta situación debilitó los canales institucionales para generar una forma de socialización y moralización de respuesta, creando marcos normativos anormales y extraordinarios, a los que los individuos respondieron de manera diferencial (Crespo 2016a; Crespo 2017). La nueva estructuración produjo la expansión y el crecimiento de la violencia vivida en el país durante las últimas dos décadas (Crespo 2016b), pero su profundización generó mayor tensión y frustración a quienes no se adaptaron por completo a tal sistema de normalización de la violencia, expresada en una nueva forma de ser violento (Crespo 2016a). En ese escenario, se tornó más probable la conducta violenta de las personas contra los otros, pero también contra sí mismas.

Conclusión

En los casos en estudio, parece evidente que el suicidio constituyó una respuesta emocional a la situación de tensión generalizada que se vivía y experimentaba desde lo individual y en el contexto de interacción de cada individuo. Así pues, la situación no se consideraba justa y era de alta magnitud. Se configuró un escenario de bajo control social, visto como los lazos de solidaridad informal creados entre el individuo y sus grupos de pares, familiares e instituciones. Todo esto derivó en presiones expresadas en una conducta violenta: el suicidio.

Ese fenómeno no es nuevo en la entidad merideña, pero sí es nueva la forma como se

está expresando, tanto en relación con los grupos etarios como con las estructuras socio-demográficas de las personas que comenten suicidio. El estudio de casos remite a una configuración de la tensión derivada de la disminución y ausencia de metas a largo plazo, así como de la reducción de la calidad de vida actual y la ausencia de grupos de referencia. Todo esto implica una reducción importante de los vínculos sociales y, en consecuencia, el aislamiento social, caracterizado por un proceso de anomia individual en el que, desde la percepción propia, simplemente no se prevé una mejoría de la situación actual a corto o largo plazo.

Esta relación de oportunidades y metas fue planteada por Merton (2002) como una propuesta para tratar los mecanismos innovadores y la desviación de los patrones formales para obtener dichas metas. Al mismo tiempo, puede percibirse como mecanismos de institucionalización y moralización a los canales regulares para obtener la meta. Sin embargo, cuando la meta pierde atractivo y los canales institucionales fallan en proponer metas o fines sociales que lo tengan, la conducta socialmente establecida también carece de esa condición. Se genera tensión y, en consecuencia, la desviación como una forma emocional de reacción ante ella. En algunos casos, se delinque; en otros, la acción es suicida.

De esa manera, se concluye que la situación actual del país, tan abiertamente documentada, pero tan difícil de reducir en indicadores para correlacionar, ha generado respuestas emocionales diversas en los individuos, incluso en su forma de ser violentos. Bajo este esquema, se sostiene que, de la misma manera en que el contexto social venezolano generó que un individuo se motivara a tomar un arma y asesinar a otro, simplemente como una forma de ganancia social y expre-

sión de su rol social (Crespo 2017), el individuo expresa su tensión emocional con la motivación al suicidio.

Obviamente, falta un cuerpo de datos más extenso, válido y confiable para extender y profundizar los resultados y conclusiones constatados en este estudio. También vale la pena extender la matriz etaria y sociodemográfica en los estudios de casos, para generar una mejor visión de sus similitudes y diferencias. Finalmente, sirvan los resultados expuestos para llamar la atención sobre un tema con muchos detalles sociales, morales, psicológicos y culturales, en especial en el caso merideño, donde la naturalización de la violencia está llevando incluso a la normalización de un fenómeno extraordinario como el suicidio.

Bibliografía

- Acevedo, Christian. 2010. “¿Influye la realidad económica en el suicidio? El caso colombiano”. *Revista de economía del Caribe* 5: 143 – 187.
- Agnew, Robert. 2001. “Building in the foundation of General Strain Theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency”. *Journal of Research on Crime and Delinquency* 4 (38): 319 - 361.
- Baca, Enrique, y Fuensanta Aroca. 2017. “Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos de depresivos y ansiedad”. *Salud Mental* 37: 373 – 380.
- Bermúdez, Yovanny, Rina Mazuera Arias, Neida Albornoz-Arias, y Miguel Morffe. 2018. *Informe sobre movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran*. San Cristóbal: Servicio Jesuita a Refugiados.
- Cabrero, Julio, y Miguel Martínez. 1996. “El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa”. *Enfermería Clínica* 5 (6): 212-218.
- Calles Paz, Solano. 1983. *Antología del suicidio*. Maracaibo: Universidad del Zulia.
- Campos, Manuel. 2007. “El (falso) problema cuantitativo – cualitativo”. *Liberabit* 13: 5 - 18.
- Chang, Shu Shen, David Stuckler, Paul Yip, y David Gunnell. 2013. “Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries”. *BMJ* 347.
- Crespo, Freddy. 2016a. “Cultura de la violencia. Caracas”. Trabajo especial de grado para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales, Universidad Central de Venezuela
- Crespo, Freddy. 2016b. “Hacia una explicación de la violencia delictiva en Venezuela”. *Revista Venezolana de Análisis de Conjuntura* 2 (22): 81 – 104.
- Crespo, Freddy. 2017. “Una mirada a la desigualdad social y la violencia delictiva en Venezuela”. *Revista Criminalidad* 59 (2): 65 - 80.
- Cuenya, Lucas, y Eliana Ruetti. 2010. “Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología”. *Revista Colombiana de Psicología* 2 (19): 271 – 277.
- Daly, Mary, Andrew Oswald, y David Wilson. 2011. “Dark contrasts: The paradox of high rates of suicide in happy places”. *Journal of Economic Behavior & Organization* 3 (80): 435-442.
- De la Garza, Fidel. 2008. *Suicidio. Medidas preventivas*. México: Trillas.
- Díaz, Grecia. 1999. *Suicidio en los adolescentes según distritos sanitarios del estado de Mérida. Años 1994 – 1998*. Venezuela: Universidad de Los Andes.

- Domenech, Aloma, Margalida Gili, Joan Salvá, Clara Homar, María Sánchez, Joan Llobera, y Miquel Roca. 2014. "Variables socioeconómicas asociadas al suicidio". *Revista Iberoamericana de Psicología* 111.
- Durkheim, Emile. 1971. *El suicidio*. Buenos Aires: Schapier Editor.
- ENCOVI (Encuesta sobre Condiciones de Vida en Venezuela). 2017. "Indicadores", <https://encovi.ucab.edu.ve/>
- Henry, Albert, y John Short. 1954. *Homicide and suicide*. Illinois: Free Press
- Hernández, Maximiliano, y Raquel Avendaño. 2008. "Análisis de la política económica en Venezuela: 1998 – 2006". *Revista OIKOS* 26: 25 - 47.
- Human Rights Watch. 2016. *Crisis humanitaria en Venezuela. La inadecuada y represiva respuesta del gobierno ante la grave escasez de medicinas, insumos y alimentos*. Estados Unidos: Human Rights Watch
- Lee, Sang-Uk, In-Hwan Oh, Hong Jin Jeon, y Sungwon Roh. 2017. "Suicide rates across income levels: Retrospective cohort data on 1 million participants collected between 2003 and 2013 in South Korea". *Journal of Epidemiology* 27: 258 – 264.
- Lester, David. 2000a. "The social causes of suicide: A Durkheim's Le Suicide one hundred years later". *Omega* 40 (2): 307 - 321.
- Lester, David. 2000b. "Suicide, sociology of". *Encyclopedia of stress* (3): 549 - 552.
- Lester, David. 2000c. "Suicide, psychology of". *Encyclopedia of stress* (3): 544 - 548.
- López, John, Arthur Gasparrini, Castel Arundo, y Michel McKee. 2013. "The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time - series analysis". *Eur J. Public Health* 24 (2): 183 - 184.
- Medina, Inéz. 1999. *El suicidio a través de la ingestión de plaguicidas en el estado de Mérida, durante el período 1993 – 1998*. Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Merton, Robert. 2002. *Teoría y estructura social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Merzagora, Isabella, Giulia Mugellini, Alberto Amadasi, y Guido Travaini. 2016. "Suicide risk and the Economic Crisis: An exploratory analysis of the case of Milan". *Plos One* 11 (12): 1 – 13.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2014. *Anuario de mortalidad, 2013*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2015. *Anuario de mortalidad, 2014*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Moron, Pierre. 1977. *El suicidio*. Buenos Aires: De Palma.
- Oliveros, Gabriel. 2004. "Aportes epistemológicos para vencer la polaridad antagonista cualitativo/cuantitativo". *Gazeta de Antropología* 30: 1-5.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Nueva York: OMS.
- Ortiz-Prado, Esteban, Katherine Simbaña, Lenin Gómez, Aquiles Henriquez-Trujillo, Fernando Cornejo-León, Eduardo Vasconez, Diana Castillo, y Gines Viscor. 2017. "The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001–2015)". *BMC Psychiatry* 17: 342.
- OVV Mérida. 2018. "Mérida: tasa de suicidios en 2017 fue la más alta en los últimos 30 años", <https://observatoriodeviolencia.org.ve/merida-tasa-de-suicidios-en-2017-fue-la-mas-alta-de-los-ultimos-30-anos/>

- Peña, Edwin. 1998. *El suicidio en el estado de Mérida con relación a la edad, sexo y el estado civil*. Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Pereira, Joao, Mariana Tavares, y Pedro Pita. 2016. "More than just numbers: Suicide rates and the economic cycle in Portugal (1910–2013)". *SSM –Population Health* 2: 14–23.
- Rivera, Bertha, Bruno Casal, y Luis Currais. 2015. "The economic crisis and death by suicide in Spain: Empirical evidence based on a data panel and the quantification of losses Productivity". *Governance and Economics Research Network*: 1 – 21.
- Santos, Miguel, y Ricardo Villasmil. 2006. "La economía venezolana durante el último cuarto de siglo: análisis y propuestas para alcanzar el desarrollo". En *Venezuela: Un acuerdo para alcanzar el desarrollo*, 341-367. Caracas: Publicaciones UCAB.
- Sautu, Ruth. 2005. *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere.
- Viancha, Mildred, Marly Bahamón, y Linda Alarcón. 2013. "Variables psicosociales asociadas al intento suicida, la ideación suicida y el suicidio en jóvenes". *Tesis Psicológica* 1 (18): 112-123.
- Weistbrot, Mark, y Luis Sandoval. 2008. *Actualidad: la economía venezolana en tiempos de Chávez*. Washington: Center for Economic and Policy Research.