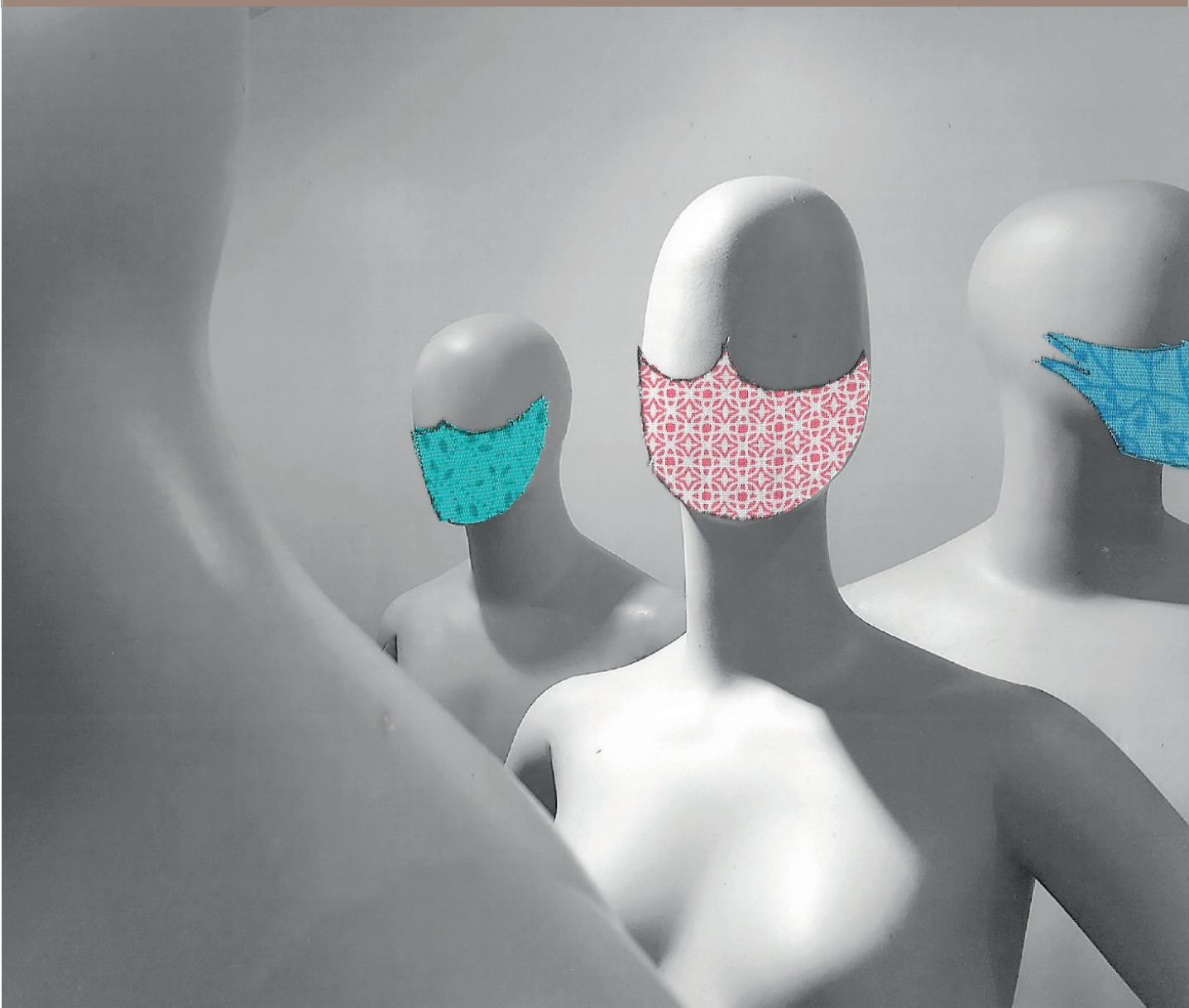


Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad



## Seguridad regional y COVID 19

# URVIO

Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad

---

Red Latinoamericana de Análisis de Seguridad y Delincuencia Organizada (RELASEDOR)  
y FLACSO Sede Ecuador

ISSN 1390-4299 (en línea) y 1390-3691 - Septiembre 2021 - No. 31

URVIO está incluida en los siguientes índices, bases de datos y catálogos:

- Emerging Sources Citation Index (ESCI). Índice del Master Journal List de Thomson Reuters.
- SciELO Ecuador. Biblioteca electrónica.
- Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- ERIH PLUS, European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences. Índice de referencias.
- JournalTOCS. Base de datos.
- Directory of Research Journals Indexing (DRJI). Directorio.
- Actualidad Iberoamericana. Índice internacional de revistas.
- CLASE, Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades. Base de datos bibliográfica.
- Directorio LATINDEX, Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- DIALNET, Universidad de La Rioja. Plataforma de recursos y servicios documentales.
- EBSCO. Base de datos de investigación.
- FLACSO-ANDES, Centro digital de vanguardia para la investigación en ciencias sociales - Región Andina y América Latina - FLACSO, Ecuador. Plataforma y repositorio.
- REDIB, Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico. Plataforma.
- MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas). Base de datos.
- LatAm Studies. Estudios Latinoamericanos. Base de datos.
- Google académico. Buscador especializado en documentación académica y científica.



URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad  
Número 31, septiembre 2021  
Quito - Ecuador

ISSN 1390-4299 (en línea) y 1390-3691

URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, se edita desde 2007 y es una publicación electrónica cuatrimestral (desde 2020) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), sede Ecuador, y de la Red Latinoamericana de Análisis de Seguridad y Delincuencia Organizada (Relasedor). Es una publicación arbitrada que utiliza el sistema de revisión externo doble ciego, conforme a las normas de publicación del estilo Chicago, versión Chicago Deusto. La revista se edita en español, además de interfaz, títulos, resúmenes y palabras clave en inglés y portugués. Cada trabajo se identifica con un DOI (Digital Object Identifier System).

#### Disponible en:

<http://revistas.flacsoandes.edu.ec/indx.php/URVIO>

#### Información estadística sobre tasas de aceptación e internacionalización en *Urvio* #31

- Número de trabajos recibidos: 17 manuscritos.
- Número de trabajos aceptados publicados: 7.
- Índice de aceptación de manuscritos: 41,18%
- Índice de rechazo de manuscritos: 58,82%.
- Número de revisores internacionales: 22
- Número de revisores nacionales: 2
- Internacionalización de revisores: 6  
(Argentina, Colombia, Ecuador, España, México Venezuela).
- Internacionalización de autores: 5 países  
(Argentina, Ecuador, España, México, Venezuela).

#### Redes sociales



@revistaurvio



@revista\_URVIO



Blog: <https://revistaurvio.wordpress.com/>

**A** Academia.edu: <https://flacso.academia.edu/RevistaUrvio>



**FLACSO**  
ECUADOR



**RELASEDOR**  
*Red Latinoamericana de Análisis de Seguridad  
y Delincuencia Organizada*

El Comité Editorial de URVIO decidirá la publicación o no de los trabajos recibidos, sobre los cuales no se comprometerá a mantener correspondencia. Los artículos serán sometidos a la evaluación de expertos mediante el sistema de doble ciego. Las opiniones y comentarios expuestos en los trabajos son de responsabilidad estricta de sus autoras y autores, y no reflejan la línea de pensamiento de FLACSO, sede Ecuador. Los artículos publicados en URVIO son propiedad exclusiva de FLACSO, sede Ecuador. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos siempre que se cite como fuente a URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad.

**Editor Jefe (Editor in Chief)**

Dr. Fredy Rivera Vélez, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede Ecuador.

**Editor Asociado (Associate Editor)**

- Dra. Grace Jaramillo, University of British Columbia, Canadá.
- Mg. Liosday Landaburo Sánchez, Universidad de Salamanca, España.

**Asistente Editorial (Editorial Assitant)**

Mg. Martin Scarpacci, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.

**Consejo Científico Internacional  
(International Scientific Council)**

- Dra. Adele Norris, University of Waikato, Nueva Zelanda.
- Dr. Alejandra Otamendi, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Dr. Gustavo Díaz Matey, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Dra. Sara Makowski Muchnik, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.
- Dr. Marco Cepik, Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.
- Dra. Julia Pulido Gragera, Universidad Europea de Madrid, España.
- Dr. Markus Gottsbacher, Universidad de Viena, Austria.
- Dr. Andrés de Castro García, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.
- Dr. Daniel Pontón, Instituto de Altos Estudios Nacionales, Ecuador.
- Dr. Haluk Karadag, Universidad de Baskent, Turquía.

**Consejo Internacional de Revisores  
(International Review Board)**

- Dr. Geoffrey Pleyers, Universidad de Lovaina, Bélgica.
- Dr. Marco Méndez, Universidad Nacional de Costa Rica, Costa Rica.
- Dra. Karina Mouzo, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Dr. Cristián Doña-Reveco, University of Nebraska at Omaha, Estados Unidos.
- Dra. Ana J. Bengoa, Universidad de Valparaíso, Chile.
- Dra. Gracia M. Imberton, Universidad Autónoma de Chiapas, México.

- Dr. Guillem Colom, Universidad Pablo de Olavide, España.
- Dr. Carlos Brito, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Mg. Nicolás Alvarez, Center for Higher National Studies, Ministry of Defense, Uruguay.
- Dr. Lester Cabrera, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Ecuador.
- Dr. Iván Poczynok, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Dra. Carolina Sancho, Universidad Autónoma de Chile, Chile.
- Dra. Ainhoa Vásquez, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- Dra.(c) Nelly E. Reséndiz, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- Dr.(c) Daniel Sansó-Rubert, Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Dra. Laura Loeza, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- Dra. María Eva Muzzopappa, Universidad Nacional de Río Negro, Argentina.
- Dra. Rut Diamint, Universidad Torcuato Di Tella, Argentina.
- Dra.(c) Liudmila Morales Alfonso, Universidad de Salamanca, España.
- Dr. Juan Antonio Rodríguez, Universidad de los Andes, Venezuela.
- Dra.(c). Viviana García Pinzón, Universidad de Marburg, Alemania.
- Dra. Jenny Torres Olmedo, Escuela Politécnica Nacional, Ecuador.
- Dra. Tania Rodríguez Morales, Universidad de Santo Tomás, Colombia.
- Dra. Alma Trejo Peña, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- Dr. Juan Carlos Sandoval, Universidad de Alicante, España.
- Dra. Alice Martini, Scuola Superiore Sant'Anna, Italia.
- Dra. Evelyn Louyse Godoy Postigo, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
- Dr. Pedro Díaz Polanco, Universidad Austral, Chile.
- Dr. Freddy Crespo, Universidad de los Andes, Venezuela.
- Dra. Rita Gradaílle Pernas, Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Mg. Alejandro Romero Miranda, Universidad La República, Chile.
- Dr. Sergio Gabriel Eissa, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Dr. Luis Ignacio García Sigman, Universidad de Belgrano, Argentina.
- Dr(c). Luiz Coimbra, Organización de Estados Americanos (OEA), Estados Unidos.

- Dra. Beverly Estela Castillo Herrera, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Dr. Sergio Salazar Araya, Universidad de Costa Rica.
- Dra. Mariana Albuquerque Dantas, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil.
- Dr. Johan Avendaño Arias, Universidad Nacional de Colombia.
- Dra. Roberta Camineiro Baggio, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Dra. María Eugenia Suárez de Garay, Universidad de Guadalajara, México.
- Dra. Valeria Guarneros Meza, De Montfort University, Reino Unido.
- Dr. Moisés Garduño García, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- Dr. Adrián Raúl Restrepo Parra, Universidad de Antioquia, Colombia.
- Dr. Christopher Birkbeck, University of Wales, Reino Unido.
- Dr. Víctor Brangier Peñailillo, Universidad Bernardo O'Higgins, Chile.
- Dra. Emilse Eliana Calderón, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Dr(c). Santiago Lujan Cunial, University of Pennsylvania, Estados Unidos.
- Dra. Angela Toso Milos, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.
- Dr. Silvano De la Torre Barba, Universidad de Guadalajara, México.
- Dra. Claudia Torres Rodríguez, Universidad de Guadalajara, México.
- Dr. Oscar Rodríguez Chávez, El Colegio de la Frontera Norte, México.
- Dra. Paloma González del Miño, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Dra. Sandra Colombo, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN), Argentina.
- Dr. Fernando Gil Villa, Universidad de Salamanca, España.
- Dr. Mauricio Manchado, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Dr. Miguel Medina Abellán, Universidad Abat Oliba - Centro de Estudios Universitarios, España.
- Dr. William H. Godnick, Centro de Estudios de Defensa William J. Perry/Universidad Nacional de Defensa, Estados Unidos.
- Dr(c). Dhyana Stephania Serrano Suárez, Universidad de León, España.
- Dr. Víctor M. Martín Solbes, Universidad de Málaga, España.
- Dr. Edgar Ortiz Arellano, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Dra. Ángela Irazo Dosdad, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), España.
- Dra. Rosa María Marcuzzi, Universidad Nacional del Litoral, Argentina.
- Dra. Kenia María Ramírez Meda, Universidad Autónoma de Baja California, México.

- Dra. Lenny Liz-Rivas, Universidad Nebrija, España
- Dra. Karen Isabel Manzano Iturra, Universidad San Sebastián, Chile.
- Dra. Teresa de Jesús Portador García, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), México.
- Dr. Gonzalo Basile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede República Dominicana.
- Dra. Laura Glanc, Instituto Universitario de Gendarmería Nacional (IUGNA), Argentina.

#### **Redes y Consejo Técnico (Social Media and Technical Board)**

- Mg. Gabriela Ríos, Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL), Ecuador.
- Lic. Wendy Panchi, Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

#### **Edición de estilo**

- Alas Letras Consultoría Académica

#### **Imagen de portada y carátulas**

- Ileri Ceja Cárdenas y Martín Scarpacci

#### **Diagramación**

- Departamento de Diseño - FLACSO, sede Ecuador

#### **Consulta sobre envío de artículos:**

revistaurvio@flacso.edu.ec

#### **Próximas convocatorias**

- **Convocatoria #33:** Financiamiento y flujos financieros ilícitos
- **Coordinadores:** Dra. Katuska King (Universidad Central del Ecuador) y Dr. Juan Belikow (Universidad de Buenos Aires)
- **Entrega de artículos hasta:** lunes, 10 de enero de 2022
- **Convocatoria #34:** Cultura de inteligencia y sociedad
- **Coordinadores:** Dr. Daniel Sansó-Rubert Pascual (Universidad Europea) y Dra. Julia Pulido Gragera (Universidad Alfonso X el Sabio)
- **Entrega de artículos hasta:** lunes, 28 de marzo de 2022.

#### **Dirección**

FLACSO, sede Ecuador  
Calle Pradera E7-174 y Av. Diego de Almagro.  
Quito, Ecuador  
www.flacso.edu.ec  
Telf.: (593 2) 2946800, extensión 3673

# URVIO

Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad

Red Latinoamericana de Análisis de Seguridad y Delincuencia Organizada (RELA SEDOR)  
y FLACSO Sede Ecuador

ISSN 1390-4299 (en línea) y 1390-3691 - Septiembre 2021 - No. 31

## Tema central

---

- COVID-19 y seguridad regional. Macro-seguritización global,  
adaptaciones locales y dilemas de la cooperación latinoamericana ..... 8-24  
*Bruno Dalponte*
- Pandemia y desintegración regional: la COVID-19 y el retroceso  
de la comunidad de seguridad sudamericana ..... 25-42  
*Alejandro Frenkel y Agostina Dasso-Martorell*
- Estudios feministas de seguridad y ética del cuidado: la seguridad  
en Latinoamérica a raíz de la pandemia ..... 43-61  
*Mariana S. Leone y Sergio Caballero*
- La pandemia del SARS-CoV-2 como riesgo global:  
desigualdad e inseguridad humana ..... 62-76  
*Sandra-Kanety Zavaleta-Hernández y Cesari-Irwing Rico-Becerra*

## Misceláneo

---

- Guerra privatizada, capitalismo lumpen y racismo en la frontera Ecuador-Colombia ... 78-89  
*Jose-Antonio Figueroa*
- Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. .... 90-108  
*Gustavo Páez, Yhimaina Trejo, Karina Rondón y Nilsa Golfo*

## Estudios Globales

---

- Guerra Proxy entre Irán y Arabia Saudí. Principales focos de conflicto  
en Oriente Próximo ..... 110-126  
*David Hernández-Martínez*

- Normas de publicación de Urvio. Revista Latinoamericana  
de Estudios de Seguridad. .... 127-136



# URVIO

Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad

Red Latinoamericana de Análisis de Seguridad y Delincuencia Organizada (RELASEDOR)  
y FLACSO Sede Ecuador

ISSN 1390-4299 (en línea) y 1390-3691 - Septiembre 2021 - No. 31

## Central topic

---

- COVID-19 and Regional Security. Global Macrosecuritization,  
Local Adaptations, and the Dilemmas of Latin American Cooperation . . . . . 8-24  
*Bruno Dalponte*
- Pandemic and Regional Disintegration: COVID-19 and the Dismantling  
of the South American Security Community . . . . . 25-42  
*Alejandro Frenkel y Agostina Dasso-Martorell*
- Feminist Security Studies and Care Ethics: Security in Latin America  
in the Wake of the Pandemic . . . . . 43-61  
*Mariana S. Leone y Sergio Caballero*
- The SARS-CoV-2 Pandemic as a Global Risk: Inequality  
and Human Insecurity . . . . . 62-76  
*Sandra-Kanety Zavaleta-Hernández y Cesari-Irwing Rico-Becerra*

## Miscellaneous

---

- Privatized War, Lumpen Capitalism, and Racism in the Ecuador-Colombia Border . . . . . 78-89  
*Jose-Antonio Figueroa*
- An Approach to the Study of Suicide in Venezuela . . . . . 90-108  
*Gustavo Páez, Yhimaina Trejo, Karina Rondón y Nilsa Golfo*

## Global Studies

---

- Proxy War between Iran and Saudi Arabia. Main Spots  
of Conflict in the Middle East . . . . . 110-126  
*David Hernández-Martínez*
- Normas de publicación de Urvio. Revista Latinoamericana  
de Estudios de Seguridad . . . . . 127-136



Misceláneo



# Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela<sup>1</sup>

## *An Approach to the Study of Suicide in Venezuela*

Gustavo Páez,<sup>2</sup> Yhimaina Trejo,<sup>3</sup>  
Karina Rondón<sup>4</sup> y Nilsa Gulfo<sup>5</sup>

*Recibido: 1 de septiembre de 2020*

*Aceptado: 9 de enero de 2021*

*Publicado: 1 de septiembre de 2021*

### Resumen

Esta investigación ahonda en el conocimiento de los suicidios en Venezuela, país que vive una profunda crisis humanitaria, agravada desde el año 2014. Se plantean dos enfoques: uno cuantitativo y otro cualitativo. Mediante el primero, se estiman indicadores numéricos para analizar la ocurrencia y la frecuencia de suicidios en el país. Por medio del segundo, se llevan a cabo entrevistas a familiares de víctimas de hechos suicidas y a profesionales vinculados con el tema. Los resultados indican que la tasa de suicidios en Venezuela se incrementó entre 2015 y 2018, muy probablemente como consecuencia de la crisis que atraviesa la nación. Esto se refuerza con los hallazgos derivados de las entrevistas, de donde se extrae que el contexto nacional está presente como factor de riesgo interviniente y componente clave explicativo del probable aumento de los suicidios. La principal conclusión es que la crisis podría haber actuado como detonante de un cúmulo de sentimientos y pensamientos negativos, y de trastornos de depresión y ansiedad, los cuales, a su vez, podrían haber impulsado a venezolanos de distintas edades hacia actos suicidas.


**Palabras clave:** crisis; emociones; suicidio; trastornos; Venezuela


### Abstract


This research tries to deepen the knowledge of suicides in Venezuela, a country that experiences a deep humanitarian crisis, which has become worse since 2014. For this purpose, two approaches are proposed: a quantitative approach and a qualitative one. In the first one, numerical indicators are estimated in order to know, analyze and understand the incidence of the occurrence and frequency of suicides in the country. Through the second approach, interviews to relatives of victims of suicide and with professionals related to the topic are carried out. The results indicate that the suicide rate in Venezuela increased between 2015 and 2018, most probably as a consequence of the crisis the nation is going through. This conclusion is reinforced with the findings derived from the interviews from which it is deduced that the national context was present as an intervening risk factor and as a key explanatory component of the probable increase in suicide figures.

1 Los resultados que se muestran en este artículo forman parte de un proyecto de investigación desarrollado en el seno del Observatorio Venezolano de Violencia (OVV), entre octubre 2019 y marzo 2020.

2 Universidad de Los Andes, Venezuela, gustavogeog61@gmail.com,  orcid.org/0000-0001-7882-6433

3 Universidad de Los Andes, Venezuela, johanayhi@gmail.com,  orcid.org/0000-0001-5752-3492

4 Centro de Investigación y Desarrollo Empresarial (CIDE), Universidad de Los Andes, Venezuela, karovi2014@gmail.com,  orcid.org/0000-0001-7534-5984

5 Universidad Católica "Cecilio Acosta", Venezuela, nilsa.gulfo@gmail.com,  orcid.org/0000-0001-8595-0483



The main conclusion is that the crisis could have acted as a triggering factor for an accumulation of negative feelings and thoughts, and for disorders of depression and anxiety, which, in turn, could have driven Venezuelans of different ages towards suicidal acts.

**Keywords:** crisis; disorders; emotions; suicide; Venezuela

## Introducción

Según las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800 000 personas se suicidaron en el mundo en 2016 (OMS 2020). Ello se traduce en una tasa de 10,6 suicidios por cada 100 000 habitantes (en lo sucesivo 100m/h). Dicha Organización reconoce que esta causa de muerte es un problema de salud pública grave; sin embargo, señala que es prevenible mediante intervenciones pertinentes, con base en datos fehacientes y a menudo de bajo costo. Agrega que, para que las respuestas nacionales sean eficaces, se requiere de una estrategia de prevención desde una perspectiva multisectorial e integral (OMS 2019).

Por ser el suicidio para la OMS una prioridad en materia de salud pública, en su primer informe mundial “Prevención del suicidio: un imperativo global” (OMS 2014) procura aumentar la sensibilización sobre la importancia del suicidio y los intentos de suicidio en ese ámbito, y conceder a su prevención una alta prioridad en la agenda mundial (OMS 2019). En el caso de Venezuela, las estadísticas de suicidios publicadas en Anuarios de Mortalidad dan cuenta de que la tasa de suicidios del país, al menos entre 2000 y 2014, se ubica por debajo de la media mundial.

De igual modo, algunos estudios relacionados con las tendencias de la mortalidad por

hechos violentos (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) en personas de 15 a 29 años indican que entre 1990 y 2006 el peso relativo de los suicidios dentro del total de muertes violentas permaneció muy por debajo del valor porcentual de accidentes de todo tipo y de homicidios (ambos en aumento), y que las tasas de hombres y mujeres continuaron estancadas durante ese lapso entre ciertos valores diferenciales según sexo (Freitez 2008).

En otro trabajo, período 2000-2012, los resultados mostraron que los suicidios disminuyeron en un 60 %, mientras la tasa en ese lapso fue cuatro veces menor a la del continente americano (Martí-Amarista et al. 2018).

Es oportuno acotar que las estadísticas oficiales más actuales publicadas en el país son las del Anuario de Mortalidad de 2014. Este hecho imposibilitó el estudio de esa causa de muerte por medios directos, acción que permitiría entender su comportamiento reciente. Por tanto, en este trabajo se trató de sortear esa limitante a través de procedimientos indirectos.

El propósito de este artículo es ahondar en el conocimiento de los suicidios en Venezuela, país que vive una profunda crisis humanitaria, la cual se ha agravado desde el año 2014. Entendemos por crisis humanitaria la “situación en la que existe una excepcional y generalizada amenaza a la vida humana, la salud o la subsistencia” (Cañadas et al. 2010, 115). Por tanto, para poder aproximarse mejor a la comprensión del tema, se planteó esta investigación con dos enfoques: uno cuantitativo y otro cualitativo.

Se parte de la hipótesis de que la crisis ha actuado como un factor detonante de un cúmulo de sentimientos y pensamientos negativos, y de trastornos de depresión y ansiedad, los que, a su vez, posiblemente impulsaran a

venezolanos/as de distintas edades hacia actos suicidas. Entre los factores de riesgo de mayor peso asociados a la crisis se consideran las barreras en el acceso a la atención de salud; dolor crónico y enfermedades; sentido de aislamiento y falta de apoyo social; conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas; trastornos mentales; pérdida de trabajo o financiera; y desesperanza.

Para efectos de esta investigación, se entiende por suicidio el acto por medio del cual una persona se quita la vida deliberadamente; en otras palabras, una muerte autoinfligida. Por su parte, un acto suicida es cualquier acción intencional que pudiera llevar a una persona a morir; mientras que el intento de suicidio se refiere a todo comportamiento suicida que no causa la muerte. Este último se refiere, por ejemplo, a intoxicación autoinfligida o a lesiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.

## Metodología

El enfoque cuantitativo se centró en la estimación, durante el lapso 1950-2018, de un conjunto de indicadores numéricos para conocer, analizar y entender el comportamiento histórico y reciente de los suicidios en Venezuela. En la primera etapa se examinaron diversas fuentes de información. A escala nacional, se consultó un informe sobre Mortalidad por Suicidios y Homicidios (1936-1961), del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS 1961).

Con el objetivo de obtener los valores absolutos de suicidios en Venezuela, y por entidades federales, se revisaron los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital del MSAS 1950-1996 (1996) y los Anuarios de Morta-

lidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS 1997-2014). En el caso de proyecciones de población, se emplearon las del Instituto Nacional de Estadística (INE 2013) y las de *United Nations* (2019).

Para el estado de Mérida, se utilizaron como fuente los diarios de circulación regional (período 2014-2018), y se tuvo acceso a la base digital del registro de Mortalidad de Corposalud Mérida (2001-2017). A escala internacional, se tomaron las cifras de la OMS (2016 a) sobre las tasas de suicidios estimadas para Venezuela (2000-2015). En la segunda etapa, se analizó la calidad de la información por medio de indicadores como la proporción porcentual del subregistro de defunciones en Venezuela, período 1950-1970.

Asimismo, con base en información publicada en anuarios estadísticos (1995-2014), se estimó la proporción porcentual de causas de muertes mal definidas o sin diagnóstico médico tratante y la proporción de Muertes de Intención No Determinada (MIND) (1995-2014). Estas son aquellas cuya intencionalidad se desconoce, por lo que no pueden clasificarse como homicidios, suicidios, accidentes o bajo otra categoría de causa de muerte. En el caso del estado de Mérida, se realizó la estimación de aquellas proporciones al emplear las cifras de Corposalud Mérida. La tercera etapa se centró en la obtención de indicadores sobre suicidios, tal como se describirá en lo sucesivo.

Con las cifras absolutas de suicidios provenientes de los anuarios, y relacionadas con las proyecciones de población existentes para Venezuela, se estimaron las tasas de suicidio del país y de las entidades federales (1950-2014). Asimismo, según la información estadística disponible para Venezuela (1950-2014), se estimaron proporciones porcentuales y tasas de suicidios según sexo, edad, y con cruce del

sexo y la edad, así como porcentajes según el método empleado para suicidarse y las presuntas causas de tales hechos.

Posteriormente, se procedió a estimar la tasa de suicidios de Venezuela para el lapso 2016-2018. En este punto, es importante acotar que el número de defunciones por causa de muerte publicado en fecha más reciente en el país corresponde al del Anuario de Mortalidad del año 2014. Por tanto, se hizo difícil estimar para tiempos más actuales, y por métodos directos, la tasa nacional de suicidios. No obstante, por medio de un procedimiento indirecto, se estimó la tasa de Venezuela entre 2016 y 2018. Para lograrlo, se utilizaron las tasas de suicidios de Mérida en el período 2014-2017, estimadas y corregidas, y la extrapolada al año 2018.

Se decidió utilizar las tasas de Mérida por ser la única entidad de la cual se logró obtener la información estadística oficial sobre suicidios más reciente, y en la que se logró hacer una revisión detallada de la prensa regional. La tendencia al aumento de MIND en la entidad muestra similitud con la propensión ascendente de estas en el país. Es el estado que, entre 2001 y 2014, ocupó de manera permanente el primer lugar en la tasa de suicidios de la nación, al mostrar una relación por cociente promedio de tamaño-magnitud (tasa de Mérida entre la nacional) de 2,93 veces (intervalo 2,15-3,91). En otras palabras, en ese lapso la tasa de la entidad fue, en promedio, 2,93 veces la de Venezuela.

Para obtener las cifras absolutas de suicidios estimados en Mérida, 2014-2018, se cruzó la información de casos reseñados en la prensa regional con los registros de la base de datos de Corposalud Mérida, lo que derivó en una primera lista depurada. Por otro lado, dentro de aquella base de datos se contabilizó

la cantidad de MIND. De ahí que fue necesario extraer de ese conjunto aquellas probables muertes por suicidio “ocultas” bajo esa categoría, para luego sumarlas a esa lista.

Después, para cada año estudiado (2014-2017), se observaron los patrones numéricos exhibidos de las muertes por suicidios, comprobados según el método empleado: envenenamiento, ahorcamiento, uso de armas de fuego, lanzamiento de un lugar elevado y sumersión. Esto permitió derivar una relación de probabilidad de ocurrencia de estas muertes según el método.

El valor específico arrojado de cada probabilidad se multiplicó por el total de presuntas muertes ocurridas según el método empleado. Ello arrojó la cifra probable de suicidios que acontecieron en un año dado por cada tipo de método, lo que resultó en decesos que estaban “ocultos” dentro de la categoría de MIND.

Una vez estimados los probables suicidios, se sumó cada resultado a los casos que se obtuvieron en la primera lista, según el año correspondiente (2014-2017). Se obtuvo, entonces, una última lista depurada y definitiva (por año) con la que se trabajó en la estimación de las tasas de suicidios corregidas para el estado de Mérida. Es pertinente acotar que, para 2018, no se contó con registros de muertes por suicidio de Corposalud Mérida. Esto llevó a estimar la cifra probable de tales hechos en ese año, para lo cual se empleó el método de extrapolación de la Parábola de segundo grado (Páez 2018).

En lo que concierne a la estimación de la población media del estado de Mérida (período 2014-2018), es necesario señalar que ni Venezuela ni dicho estado, cuentan con proyecciones actuales que hayan sido ajustadas a los cambios demográficos acontecidos en los últimos años. Las últimas proyecciones conocidas en el

país fueron las elaboradas por el INE (2013), con base en el censo general de población y vivienda de 2011 (INE 2011). Esta limitante hizo que se recurriera a las proyecciones de población de *United Nations* (2019).

En el cálculo de la población media de la entidad se empleó el método de extrapolación distributivo (Páez 2018). Para la aplicación de este método se estimó un factor de corrección que surgió de dividir la población de Venezuela (corregida con omisión), arrojada por el censo (INE 2011), entre la proyectada para el país por las Naciones Unidas, años 2016-2018. Este factor se multiplicó luego por la población de Mérida, extraída del mismo censo, y se obtuvo la población media aproximada de la entidad para cada año (2016-2018).

Con todo lo anterior se obtuvo la cifra estimada de suicidios ocurridos en Mérida durante el período 2014-2018, así como la población media de la entidad en los mismos años. Estos insumos numéricos luego permitieron estimar las tasas corregidas del estado durante ese lapso.

De igual modo, al tener las tasas estimadas y corregidas de Mérida, y las de Venezuela-calculadas por la OMS, se procedió a establecer una relación por cociente entre estos indicadores numéricos para el período más reciente disponible: 2010-2015. El resultado es un factor de estimación de tamaño-magnitud ( $F_{tm}=2,72$ ) durante ese lapso. Al dividir las tasas de Mérida (2016-2018) entre ese factor, se obtuvo, de manera indirecta, una aproximación a la tasa de Venezuela (2016-2018).

Es oportuno señalar que, en la selección del  $F_{tm}$  entre la tasa de Mérida y la de Venezuela, se calcularon y observaron los patrones temporales mostrados por este, con tasas calculadas de cifras provenientes de anuarios, períodos 1950-2014, 2001-2014 y 2010-

2014. También se visualizaron los patrones entre las etapas 2000-2015 y 2010-2015, con la utilización, en el caso de Mérida, de las tasas estimadas y corregidas y, para Venezuela, las estimadas por la OMS. Asimismo, se estimó el promedio y la desviación estándar en cada período. Este último parámetro se empleó como criterio definitivo de selección del  $F_{tm}$  a tomar en consideración, es decir, el que presentó menor valor de desviación, que en este caso fue 2,72 de 2010 a 2015 (tabla 1).

Se parte de la hipótesis de que la tendencia que exhibe el  $F_{tm}$  (2,72) en el período más reciente conocido de cifras estimadas y corregidas (2010-2015) es la que podría presentarse entre 2016 y 2018. Ello sirvió de base para plantear una estimación aproximada del nivel alcanzado por la tasa de suicidios del país en esos años.

Tabla 1. Factor de estimación tamaño-magnitud en períodos seleccionados

Período	Fuente	F <sub>tm</sub> promedio	Des. Estándar
1950-2014	Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, y Anuarios de Mortalidad	2,03	0,776
2001-2014	Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, y Anuarios de Mortalidad	2,93	0,499
2010-2014	Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, y Anuarios de Mortalidad	3,31	0,460
2000-2015	Base de datos de CORPOSALUD, Prensa regional y cifras de la OMS	2,37	0,466
2010-2015	Base de datos de CORPOSALUD, Prensa regional y cifras de la OMS	2,72	0,011

Fuente: Anuarios y Base de Datos de Corposalud.

Es importante añadir otro elemento a la hipótesis anterior: entre 2001 y 2014, la tasa



de Mérida permaneció, de forma invariable, como la más elevada del país, al ser, en promedio, 2,93 veces la de Venezuela. Esto podría reforzar el hecho de que se esperaba que el Ftm mostrara una propensión análoga entre 2016 y 2018. En la cuarta y última etapa del enfoque cuantitativo, se elaboró una serie de mapas temáticos en la que se empleó como fuente la base cartográfica de la división político territorial del país, elaborada por el INE. El *software* utilizado en la digitalización de los mapas fue QGIS versión 3.8, y la escala de composición 1:7.000.000.

El enfoque cualitativo también se desarrolló en varias etapas. La primera se fundamentó en la revisión de diversos trabajos de investigación precedentes en el ámbito local, regional, nacional e internacional, donde se hubiera abordado el tema de los suicidios. Toda esta información permitió tener un conocimiento general para el planteamiento de distintas interrogantes que posteriormente iban a conformar el cuestionario de las entrevistas a levantar.

La segunda etapa concernió al diseño de dos cuestionarios que se les aplicaron a los entrevistados: familiares de víctimas (tres casos de suicidio y uno de intento) y profesionales vinculados con el tema (tres psiquiatras, dos sociólogos, una psicóloga, un patólogo forense y una especialista en Salud Pública). Cada instrumento se concibió y adaptó al tipo de entrevistado, puesto que la información de interés a obtener iba a ser diferencial. En el primer caso, las categorías que se contemplaron tenían relación con varios aspectos de las víctimas: psicosocial, interpersonal, emocional y mental. En el segundo, se indagó sobre la naturaleza del suicidio; su mortalidad diferencial según sexo, edad y método; así como sobre la tasa de suicidios en Venezuela, sus tendencias

recientes y factores detonantes y de riesgo explicativos.

La tercera etapa consistió en la realización de 12 entrevistas en profundidad a las personas aludidas. La cuarta y última fue la sistematización e interpretación de la información recabada en las entrevistas. Para ello se utilizaron las grabaciones hechas durante las entrevistas, se realizó la transcripción de su contenido y luego, para el caso de las víctimas, la información se interpretó con base en el esquema que plantea la OMS (2014) sobre los principales factores de riesgo que se agrupan en cinco áreas: sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales e individuales.

Con respecto a la entrevista recabada de los profesionales, se interpretó de acuerdo con las congruencias que se encontraron entre los resultados cuantitativos y los cualitativos. En otras palabras, conforme a las tendencias numéricas identificadas que coincidieron y adquirieron explicación lógica en la percepción de los profesionales sobre la realidad de los suicidios en Venezuela.

## Resultados y discusión

### *Algunas consideraciones sobre la calidad de las estadísticas utilizadas*

Según Chen y Picouet (1979), antes de 1936 el porcentaje de subregistro de muertes en Venezuela era superior al 30 %. Después de ese año, y hasta 1961, pasó de 24 a 14 %, y mostró mejoría en los años 70 con 4,8 %.

Zambrano (1985) expone que, en 1959, ese valor rondaba el 14,7 %, mientras que en 1964 había descendido a 10,4 % y, en 1970, bajó a 3% para mantenerse por debajo de esa cifra en las décadas siguientes. Entre tanto, la

proporción porcentual de causas de muertes mal definidas, dentro del total de defunciones acontecidas en el país entre 1995 y 2014, también mostró un descenso al pasar de 1,56 % en 1995 a 0,38 % en 2014.

En el caso del porcentaje de las MIND, dentro del total de muertes que acontecieron en el país, la tendencia fue contraria al indicador anterior. Se observa un aumento del registro de estas muertes en el período más reciente de estadísticas oficiales disponibles (1995-2014). Ello exhibe un crecimiento fluctuante que casi llega a duplicarse en esos 20 años (de 2,8 a 5,6 %).

Por otra parte, al estimar las MIND, con relación a las muertes por causas externas de mortalidad y morbilidad, se obtuvo la misma tendencia. Esto revela que en 1995 aquellas tenían un peso relativo de 18,3 % mientras que, 20 años después, en 2014, alcanzaron un 31,8%. De igual manera, se estableció la relación entre las MIND y el total de muertes violentas, de la cual se obtiene un índice que muestra una vez más el aumento creciente de las primeras con respecto a las segundas. En 1995, se registraron 64,5 MIND por cada 100 muertes violentas; para 2014, ese índice había aumentado a 91,1.

En el caso específico de Mérida, se observó también una tendencia general al aumento de las MIND entre 2001 y 2017. Para 2001, el peso de estas dentro del total de muertes violentas era cercano al 7 %; en 2017, ya había ascendido a 33. De igual forma, el índice de relación de aquellas defunciones entre las muertes violentas arrojó en 2001 un valor de 7 MIND por cada 100 muertes violentas; en 2017, ya había escalado a 49.

La mejora en el registro de las defunciones, así como en el porcentaje de causas de muertes mal definidas, suponen una estrecha

relación con el paso de la Venezuela rural a la urbana (1950-1960) (Bolívar 2008) y, en general, con el proceso de modernización del país a partir de los años 60. Esto, por una parte, impulsó a los registros administrativos a mejorar de forma progresiva la calidad de sus asentamientos (Chen y Picouet 1979). Por otra, permitió una mejora paulatina en la formación del personal de salud en servicios generales y especializados; la construcción de hospitales, ambulatorios rurales y urbanos; y mayor dotación de equipos e insumos, entre otros avances.

El incremento de las MIND en el país podría explicarse por el número, cada vez más creciente, de casos de fallecimiento cuyo registro en el certificado de defunción se plasma como caso en estudio forense. Se desconocen las razones del aumento de este tipo de registros. Dentro de esas muertes quedan ocultos homicidios, accidentes de todo tipo y suicidios que puede llevar a subestimar tasas en esos tres aspectos.

En el caso de Mérida, donde también se presentó la misma tendencia, se procedió a hacer la corrección de los suicidios absolutos para el período más reciente disponible (2014-2017), tal y como se especificó en el apartado metodológico, lo cual llevó a obtener tasas estimadas y corregidas para Venezuela.

#### *Evolución de la tasa de suicidios en Venezuela*

La tasa de suicidios en Venezuela (gráfico 1) entre 1936 y 1949 fluctuó de 4,8 a 6,5 suicidios 100m/h. Después, osciló de 3,8 a 5,8 durante el período 1950-1964, para luego mostrar valores cercanos o iguales a 7 entre 1965 y 1972. En estos años, se registraron los mayo-

res niveles de suicidios en el país, dentro de la serie temporal 1936-2014. Durante los años de 1972 a 1989, la tasa exhibió una tendencia al descenso, con valores que declinaron de 7 a 3,5; mientras que en los años subsiguientes (1990-2001) tuvo un leve repunte y se mantuvo oscilante entre 5,1 y 5,6. Posteriormente, cayó, de manera ininterrumpida, de 5,6 a 1,9 (2001-2014).

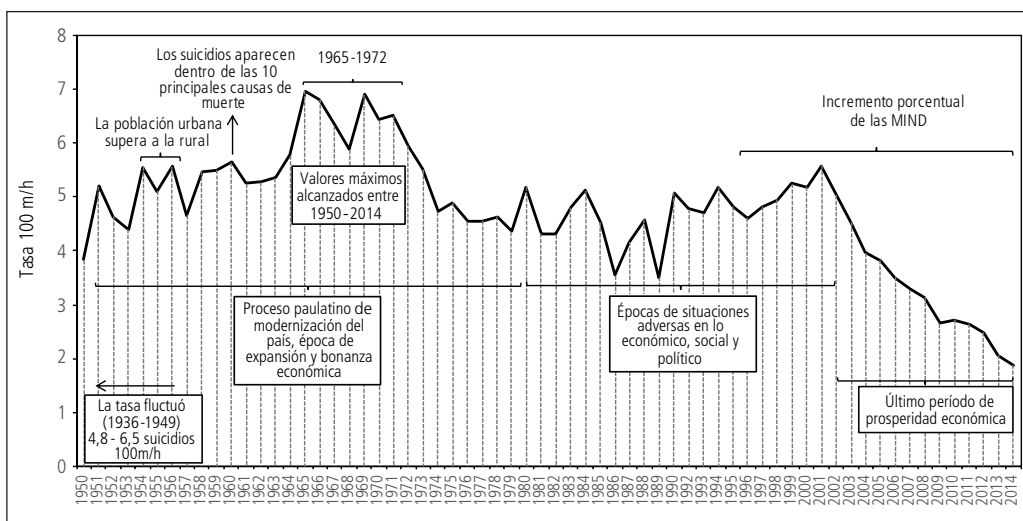
Es a partir de los años 60 que los suicidios comienzan a formar parte de las diez principales causas de muerte de la población venezolana. Este suceso coincide con el paso de la Venezuela rural a la urbana, donde el crecimiento de esta última fue vertiginoso en las décadas de los años 50, 60 y 70.

Aun cuando la tasa de suicidios desde los albores de 1950 mostraba signos de aumento hasta 1972, esta se mantuvo en un intervalo de 4 a 5,5 suicidios 100m/h desde 1950 y hasta el año 2000, a excepción del período 1965-1972. Es decir, en realidad este indicador no experimentó cambios numéricos sustanciales.

Quizás, a pesar de haber sido el lapso 1950-1975 de bonanza económica para las personas venezolanas y la inmigración extranjera, los nuevos estilos de vida urbana adquiridos por los individuos, las dificultades en el proceso de aculturación por parte de los/las extranjeros/as, el no cumplimiento de metas y expectativas al migrar del campo a la ciudad, la segregación social y el aumento de la pobreza en sectores de la población, entre otros, pudieron estar entre los factores que incidieron en la decisión de muchas personas de atentar contra sus vidas. Ese efecto luego declinó de 1973 a 1983.

Lo cierto es que la estructura del patrón de causas de mortalidad en el país se modificó y cambió para articularse en una nueva estructura en la que predominan las enfermedades degenerativas y las que se producen por las modificaciones en el estilo de vida de los venezolanos, como resultado de un síndrome de naturaleza social y cultural (Bolívar 2008), vale decir: homicidios, accidentes y suicidios.

Gráfico 1. Tasa de suicidios por 100 mil habitantes. Venezuela, 1950-2014



Fuente: Cálculos propios con base en cifras del MSAS (1950-1996), MPPS (1997-2014) y del INE (1950-2050).

El leve incremento de la tasa de suicidios en parte de los años 80 y toda la década de los 90 podría explicarse por los problemas económicos, sociales y políticos que se desencadenaron en el país en esos tiempos (Bolívar 2011; Freitez 2011). A partir de 2001, y hasta los últimos datos conocidos (2014), la tasa mostró un descenso paulatino con una pendiente en la recta en ese segmento temporal nunca antes vista.

Dentro de este último lapso es importante hacer dos señalamientos. El primero es que el declive en la tasa (de 2002 a 2012) coincide con el último período de prosperidad económica vivido en Venezuela, un *boom* petrolero mucho más elevado que el experimentado en la década de los 70 del siglo XX, lo que implicó un aumento sustancial en el gasto social (Santos y Villazmil 2006; Hernández y Reyes Avendaño 2008; Weistbrot y Sandoval 2008).

De los años 2000 a 2010, se produjo en el país un incremento inusitado del ingreso nacional per cápita y se llevó a cabo una política de distribución extensa y generalizada de esa riqueza que, según los informes gubernamentales, condujo a la reducción de la pobreza y la desigualdad, y al cumplimiento por anticipado de las metas del milenio (República Bolivariana de Venezuela 2010). Entonces, un período de aparente prosperidad y bienestar económico pudo haber incidido en la disminución de la tasa.

Innumerables estudios que se han realizado desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días tratan de mostrar la probable relación del aumento de la tasa de suicidios en períodos de crisis económicas, o su reducción en lapsos de bienestar, así como de su posible aumento durante épocas de crecimiento económico (Yu-Hui y Wen-Yi 2018; Crespo 2019; Ferreira, Monteiro y Pires 2019; Inoue,

Hashioka y Kawano 2020; solo por citar algunos de los más recientes).

Uno de los trabajos más exhaustivos que ha abordado esa vinculación es el de Muñoz et al. (2014). Estos investigadores intentaron demostrar, a través de la revisión de 42 estudios, la posible relación (o no) existente entre el aumento de las tasas de suicidios y los períodos de crisis económicas.

Concluyeron que dicha relación es controvertida, sujeta a diferentes interpretaciones, y presenta diferencias significativas entre países. En la mayoría de los estudios revisados, los investigadores encontraron una relación de aparente aumento entre los suicidios y momentos de crisis económicas, al evaluar variables tales como: desempleo, momentos de recesión económica, austeridad fiscal y débil protección social.

El segundo señalamiento es que, aun cuando la tasa declinó entre 2001 y 2014, es muy probable que sus valores registrados, según las estadísticas publicadas en los anuarios, no muestren sus verdaderos niveles numéricos. Es decir, es muy posible que esas tasas hayan sido más elevadas, pero que se mantuvieran por debajo de 6 suicidios 100m/h.

Esto se sustenta en que el declive en la tasa en esos tiempos coincide con el incremento sostenido de las MIND, en donde, como se expuso, quedan “ocultos” un número importante de suicidios. Es probable que esa cantidad sea mayor en la medida que el porcentaje de MIND se eleve. Esto explicaría el cambio notorio y prolongado en la curva de la gráfica entre 2001 y 2014, no observado en otra época de registro. De hecho, la OMS estimó que la tasa de Venezuela se posicionó en 5,9; 4,3 y 3,8 suicidios 100m/h para 2005, 2010 y 2015, respectivamente; mientras que con cifras del MPPS (2014) los valores son menores: 3,8 (2005); 2,7 (2010); y 1,9 (2014).

Al calcular el coeficiente de correlación de Pearson entre el comportamiento de las cifras de las tasas de suicidios y el porcentaje de las MIND en aquel período (2001-2014), se obtuvo un valor de -0,93. Ello significa una relación inversa entre las variables, y un grado de asociación muy elevado entre estas. Es decir, en la medida que aumenta el porcentaje de MIND, disminuye la tasa de suicidios. Esto resulta muy lógico puesto que en la medida que aumente el porcentaje aludido, se subestiman los valores absolutos de muertes por esta causa y, al mismo tiempo, se subestima la tasa de suicidios.

La tasa histórica de suicidios (THS) del país (1950-2014) resultó ser de 4,4 suicidios 100m/h. En el caso de las entidades federales, Mérida presentó la tasa promedio (8,9) más elevada de toda Venezuela (figura 1). Históricamente resulta ser 2,03 veces la THS del país y 102 % superior a esta. El seguidor más cercano es el estado Trujillo (6,3) y, aun así, la tasa de Mérida es 1,4 veces la de esta otra entidad andina (41 % superior) y 6,3 veces la de Vargas (1,4), territorio con el indicador más bajo (535 % superior).

## Una aproximación reciente a la tasa de suicidios

La OMS estimó que la tasa de suicidios de Venezuela para 2015 se ubicó alrededor de los 3,8 suicidios 100m/h. Ello significa que, para ese año, en el país podrían haber ocurrido unas 1.143 muertes autoinfligidas. Nuestras estimaciones arrojaron que, entre 2016 y 2018, ese valor se incrementó de 1.143, en 2015, a 2.687, en 2018. En otras cifras, el aumento durante ese lapso fue de 135 %.

Desde el punto de vista de la tasa de suicidios, este indicador se incrementó de 3,8 en 2015 a 9,3 suicidios 100m/h en 2018. El

aumento en este caso estuvo por el orden de 145 % en ese período. En el caso de Mérida, la tasa se acrecentó de 12,6 a 25,4 suicidios 100m/h entre 2015 y 2018, lo que marcó un incremento de 102 % durante ese lapso (tabla 2). Estos resultados son congruentes con los que se obtuvieron en la investigación del *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, *University of Washington*, Estados Unidos (Naghavi 2019). En esta se estimó que en Venezuela se incrementó la tasa de suicidios (estandarizada por edad) de 40 a  $\leq 60$  % entre 1990 y 2016. Esto, según el mismo estudio, arrojó una tasa en un intervalo de 5 a  $\leq 10$  suicidios 100m/h.

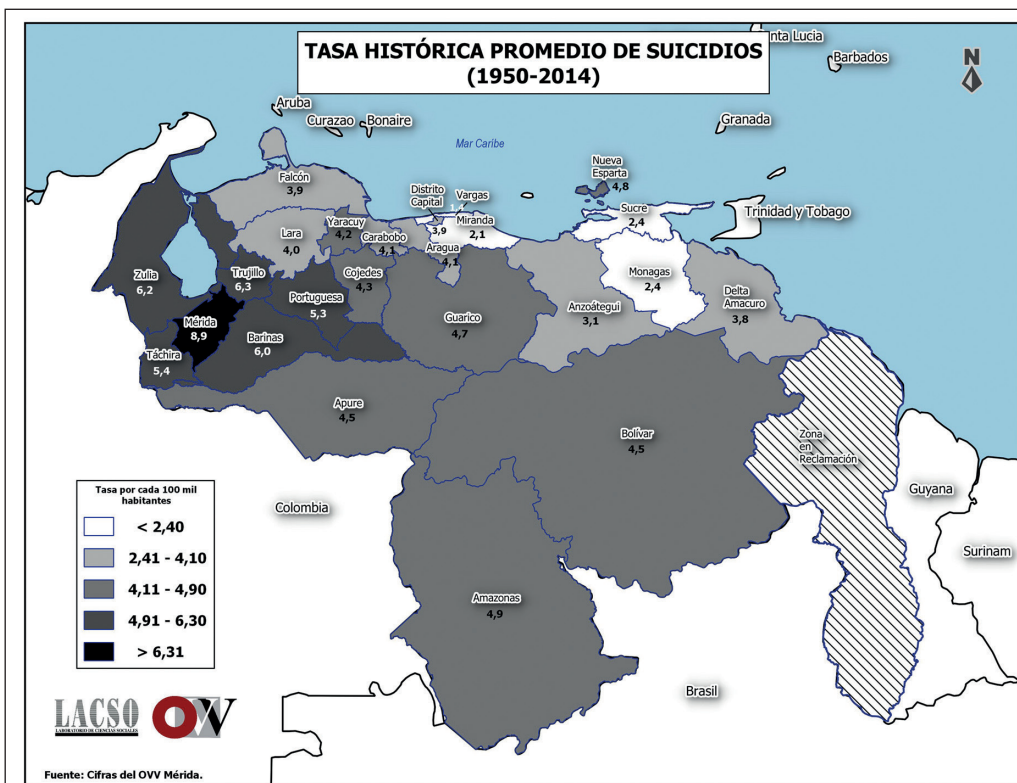
Tal y como se alude en párrafos precedentes, existen trabajos de investigación que han demostrado, en diferentes países del mundo, la relación existente entre momentos de crisis económicas y el probable aumento de las tasas de suicidios. No obstante, en el caso venezolano, el problema va más allá de lo económico y trasciende a un escenario real y muy tangible de crisis humanitaria.

Por tanto, dimensionar el impacto que tiene esta situación negativa en el plano social es posible gracias a la disponibilidad de información sobre las condiciones de vida de la población venezolana proveniente del proyecto Encovi.<sup>6</sup> Es probable que la frecuencia de muertes autoinfligidas aumente ante la realidad que vive la sociedad venezolana en la actualidad, puesto que los problemas mentales, el sufrimiento emocional intenso y la desesperanza son comunes en las crisis humanitarias, y estos problemas pueden llevar al suicidio o a la autolesión (OMS 2016b).

<sup>6</sup> El proyecto Encovi surgió en el año 2014 de una alianza con investigadores de las universidades Católica Andrés Bello (UCAB), Central de Venezuela (UCV) y Simón Bolívar (USB), para hacer frente al cerco gubernamental sobre las fuentes oficiales de información. En el seno de este proyecto, se han levantado seis encuestas a escala nacional para investigar las condiciones de vida de la población venezolana.



Figura 1. Tasa histórica de suicidios por cada 100 mil habitantes. Venezuela y entidades federales, 1950-2014



Estados	THS (100m/h)
Mérida	8,9
Trujillo	6,3
Zulia	6,2
Barinas	6,0
Táchira	5,4
Portuguesa	5,3
Amazonas	4,9
Nva. Esparta	4,8
Guárico	4,7
Apure	4,5
Bolívar	4,5
Cojedes	4,3
Yaracuy	4,2
Aragua	4,1

Estados	THS (100m/h)
Carabobo	4,1
Lara	4,0
Distrito Capital	3,9
Falcón	3,9
Delta Amacuro	3,8
Anzoátegui	3,1
Monagas	2,4
Sucre	2,4
Miranda	2,1
Vargas	1,4
<b>Venezuela</b>	<b>4,4</b>

Fuente: Cálculos propios con base en cifras del MSAS (1950-1996), MPPS (1997-2014) y del INE (1950-2050).

Tabla 2. Indicadores de suicidios estimados. Venezuela y estado de Mérida, 2015-2018

	Suicidios <sup>1</sup>	Tasa (100m/h) <sup>2</sup>	Aumento % <sup>3</sup>	Algunos aspectos e indicadores de la crisis
Venezuela	1.143 (2015)	3,8 (2015)	145%	<p>*En lo económico, políticas dirigidas a regular, fiscalizar y penalizar la actividad productiva (expropiación e intervención de unidades productivas, controles de precios y de cambio, etc), aumentos de salario mínimo de forma unilateral, huida de la inversión privada, cierre de empresas, destrucción del empleo y caída en la producción nacional.</p> <p>*La pobreza total aumentó de 47 a 93% entre 2014-2018, mientras la extrema pasó de 21 a 79% Venezuela se convierte en el país más pobre de América Latina y el Caribe, y el más desigual en la región después de Brasil. Los niveles de pobreza alcanzados se equiparan con los de los países más pobres del mundo y de mayor inestabilidad política.</p> <p>*En 2015, el 80% de los hogares tenían insuficientes ingresos para la compra de alimentos. En 2017 y 2018, ese valor aumentó a 94 y 89%, respectivamente. En 2015, cerca del 12,1% de la población hacía 2 o menos comidas al día, durante 2016-2017 ese valor fluctuó entre 28 y 31%.</p> <p>*En 2016 el excedente de muertes infantiles asociadas a la crisis se estimó en más de 5 mil. Para 2018, ese valor estimado aumentó a 20.000. En 2017, se calculó una pérdida de esperanza de vida al nacer de 3,5 años.</p> <p>*Según el Observatorio Venezolano de Violencia la tasa de muertes violentas se elevó de 82 a 89 decesos 100m/h (2014-2017) posicionándose Venezuela como el país más violento de América Latina y el Caribe, y el quinto en el mundo.</p> <p>*Naciones Unidas estimó entre 2015-2017 una variación del stock de migrantes venezolanos de 606 mil a 1 millón 622 mil. Según la ENCOVI 2017, entre 2013-2018; 1,6 millones de personas emigraron al exterior.</p>
	1.821 (2016)	6,1 (2016)		
	2.382 (2017)	8,1 (2017)		
	2.687 (2018)	9,3 (2018)		
Estado Mérida	108 (2015)	12,6 (2015)	102%	<p>*En 2016 el excedente de muertes infantiles asociadas a la crisis se estimó en más de 5 mil. Para 2018, ese valor estimado aumentó a 20.000. En 2017, se calculó una pérdida de esperanza de vida al nacer de 3,5 años.</p> <p>*Según el Observatorio Venezolano de Violencia la tasa de muertes violentas se elevó de 82 a 89 decesos 100m/h (2014-2017) posicionándose Venezuela como el país más violento de América Latina y el Caribe, y el quinto en el mundo.</p> <p>*Naciones Unidas estimó entre 2015-2017 una variación del stock de migrantes venezolanos de 606 mil a 1 millón 622 mil. Según la ENCOVI 2017, entre 2013-2018; 1,6 millones de personas emigraron al exterior.</p>
	142 (2016)	16,6 (2016)		
	185 (2017)	22,0 (2017)		
	210 (2018)	25,4 (2018)		

<sup>1</sup>Total de suicidios estimados; <sup>2</sup>tasa de suicidios estimada por cada 100 mil habitantes; <sup>3</sup>valor porcentual de incremento de la tasa durante el período.

Fuente: Cálculos propios con base en cifras de la OMS, prensa regional, Corposalud Mérida (2019) y proyecciones de población de las Naciones Unidas; indicadores de la crisis Encovi (2014-2019)

Nuestra hipótesis se sustenta en que el agravamiento de la crisis en Venezuela ha sido el detonante de sentimientos y pensamientos negativos, y de cuadros de depresión y ansiedad, que ha llevado a muchos/as venezolanos/as a tomar la lamentable decisión de quitarse la vida. Esta crisis ha estado caracterizada por la subnutrición, desnutrición e inseguridad alimentaria en la población; el aumento de la inflación; la pérdida acentuada del poder adquisitivo; el subempleo; el deterioro de las condiciones laborales; entre otras desmejoras económicas.

También la signan el incremento de la inseguridad ciudadana y la violencia; el ascenso de las tasas de mortalidad infantil y la mortalidad en general; el deterioro profundo de la salud de las personas y del sistema de salud pública; la pobreza creciente; la deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios públicos; la migración hacia el exterior; entre otras facetas, las cuales han sido estudiadas a detalle por distintos investigadores (Freitez, González y Zúñiga 2015; UCAB 2016; Freitez 2017; Freitez 2018; entre otros trabajos realizados durante 2015-2019 donde se ha abordado la crisis).

### *Mortalidad diferencial por suicidios*

En la tabla 3 se exhibe un conjunto de indicadores que dan cuenta de la mortalidad diferencial por suicidios en Venezuela según sexo, edad, con el cruce del sexo y la edad, más los métodos empleados, esto para distintos lapsos.

Numerosos estudios han demostrado la mortalidad diferencial según el sexo, y los suicidios como causa de muerte autoinfligida, no son la excepción. En todos los países del mundo, las tasas de los hombres son superiores a la de las mujeres. No obstante, existen diferencias en torno a la relación de cuántas

veces la primera es superior a la segunda, y ello va a depender de las realidades específicas de cada país. Es así como en tiempos recientes, investigaciones de la OMS (2014; 2020) y del IHME (Naghavi 2019) han demostrado nuevamente esas diferencias a escala mundial.

Las razones por las que se suicidan más hombres que mujeres se podrían resumir según los aportes de Echeburúa (2015). El autor argumenta que los hombres son más impulsivos, tienen una menor tolerancia al sufrimiento de tipo crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos. En tanto, la mayor tasa de suicidios en ellos guarda estrecha relación con la forma de cómo estos viven sus adversidades: el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja; no suele conversar sobre los problemas que lo aquejan, hecho que no permite liberar su carga de sufrimiento; y vive en general con mayor nivel de estrés y angustia laboral.

Los hombres emplean métodos más letales para suicidarse, por ejemplo: ahorcarse, dispararse con un arma de fuego o lanzarse desde un sitio elevado. Las mujeres recurren más al envenenamiento o la intoxicación con sustancias de distinto tipo, o a la ingesta de fármacos (Várník 2012). Esto explica, en gran parte por qué las tasas en ellos son más elevadas que en ellas.

En cuanto a la edad, según Echeburúa (2015), los desencadenantes de intentos de suicidios o del suicidio consumado de adolescentes y jóvenes son los siguientes: a nivel clínico, el consumo excesivo de alcohol y/o drogas, o el surgimiento de una depresión o de una manifestación psicótica; a nivel ambiental, un contexto familiar y social deteriorado, una desilusión amorosa, una orientación sexual diversa, el fracaso escolar o universitario frecuente o el acoso (incluido el ciberacoso).

Tabla 3. Mortalidad diferencial por suicidios según tipos de indicadores.  
Venezuela, 1936-2018

	Sexo	Edad	Sexo y Edad	Métodos	Fuentes
Venezuela (1936-1949)	TH≈6,1-6,2 TM≈1,4-2,1 SH≈78,1% SM≈21,9%	La mayoría de los suicidios ocurrían en individuos menores de 30 años (≈40-50%).	Los hombres en todos los grupos de edad, a excepción de 10-14 y 15-19, mostraban tasas superiores a las mujeres.	Los dos principales métodos que se utilizaban en la época, eran el ahorcamiento y armas de fuego.	Estudio sobre homicidios y suicidios en Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
Venezuela (1950-2014)	TH≈7,0 TM≈2,0 SH≈80% SM≈20%	Antes de los 30 años de edad acontecían cerca del 40% de los suicidios.	Cerca del 45% de los suicidios ocurrieron entre los 15 y 39 años. Las tasas crecen hacia los adultos mayores.	Continúan como los principales métodos: el ahorcamiento (52%) y el uso de armas de fuego (27%).	Anuarios Epidemiológicos y de Estadísticas Vitales, Anuarios de Mortalidad, Anuarios Estadísticos de Venezuela, Proyecciones de población del INE.
Venezuela (2015-2018)	TH≈6,3 TM≈1,1 SH≈80% SM≈20%	La tasa aumenta hacia las edades avanzadas, es decir, de 3 (10-19) a 8,9 (80 años y más). La tendencia a seguir elevándose las tasas hacia los adultos (45-64) y adultos mayores (65 años y más).	La principal víctima de suicidios son los hombres entre 20-29 años y los adultos mayores de 65 años y más. En el caso de las mujeres, las tasas más elevadas se observan en el grupo (10-19) y a partir de los 70 años y más.	Los métodos más empleados son: el ahorcamiento (62%) y envenenamiento (21%).	Estimaciones propias con base en cifras de la OMS, Anuarios de Mortalidad y datos de Corporsalud Mérida. Estimaciones de indicadores de suicidios de la OMS, información de medios de comunicación y la obtenida de las entrevistas.

TH: Tasa de suicidios del sexo masculino por cada 100 mil habitantes del mismo sexo

TM: Tasa de suicidios del sexo femenino por cada 100 mil habitantes del mismo sexo

SH: Porcentaje de suicidios en hombres

SM: Porcentaje de suicidios en mujeres

A nivel psicológico, plantea Echeburúa (2015), figuran la presencia de algunas características de personalidad como la impulsividad, la baja autoestima, la inestabilidad emocional o la dependencia emocional extrema. Agrega que, en el caso de las personas adultas, estas pueden llegar a experimentar sensación de fracaso personal, laboral y familiar, o una recriminación social que las sumerjan

en una profunda desesperanza. Si a esto se le añade un estado de soledad, de red de apoyo social pobre, de trastornos mentales (depresión principalmente) o de enfermedades crónicas incapacitantes o con mal pronóstico, se entenderían las razones por las que estos individuos planifican el acto suicida, lo realizan de forma aislada, y llegan a usar métodos rápidos y letales.

También añade Echeburúa que el suicidio tiende a ser más frecuente en personas adultas mayores, con más probabilidad si están solos/solas, deprimidos/deprimidas y si padecen enfermedades incapacitantes. Entre las motivaciones que las llevan a suicidarse señala: la soledad, por pérdida de la pareja o por abandono, la sensación de ser una carga y el padecimiento de patologías crónicas graves. Para Värnik (2012), las personas adultas mayores llevan a cabo menos intentos de suicidios que las personas jóvenes, pero emplean métodos más efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad.

#### *El suicidio en Venezuela: una mirada reciente desde la perspectiva profesional*

En opinión de la mayoría de los/las profesionales entrevistados/as, es probable que las tasas de suicidios se hayan incrementado en Venezuela, y relacionan esta escalada con la innegable adversidad que atraviesa el país. Para ellos, situaciones individuales y familiares, en ausencia palpable y contundente de factores de protección, se conjugan con una situación que funge como principal detonante del aumento de casos de suicidios en el territorio nacional.

Los entrevistados son de la idea de que la crisis venezolana se ha convertido en angustia y desesperación para muchas personas, y ha llevado al incremento de los actos suicidas asociados, sobre todo, a padecimientos de depresión y ansiedad, así como a la aparición, cada vez más habitual, de comportamientos impulsivos relacionados con eventos traumáticos.

Diversas investigaciones demuestran la fuerte conexión existente entre el suicidio y trastornos mentales como la depresión, la

ansiedad, o la bipolaridad en, al menos, el 80 % de los casos de muertes autoinfligidas (por ejemplo, Echeburúa 2015; Bertolote y Fleischmann 2002). De hecho, dentro de una muestra de 216 casos de venezolanos/as cuyos presuntos móviles fueron conocidos (2014-2018), la depresión como factor de riesgo fue el principal. Esta pasó de un peso relativo de 34,1 en 2014, a 58,8 % en 2016. Luego, aun cuando disminuyó un poco, se mantuvo por sobre el 56 % en 2017 y 2018.

En otro orden de ideas, en los últimos años se identifica una tendencia aparente al descenso de las tasas de suicidios en personas jóvenes (20-24 años), adultas jóvenes (25-29) y adultas (30-40), mientras se observa un aparente aumento en las adultas de mediana edad (40-64) y adultas mayores (65 años y más).

Al respecto, de las entrevistas surgió el planteamiento que esto pudiera relacionarse con la crisis del país, debido, principalmente, a que las personas que están emigrando son jóvenes y adultas jóvenes, quienes apenas construyen su plan de vida y estabilidad, pero aquellos que se encuentran en la etapa de la adultez de mediana y tercera edad, ya tienen su proyecto de vida establecido. En este caso, la frustración es mayor, porque en aquellos que tenían un trabajo estable y luego lo pierden, o ya tenían su casa y luego la pierden, o tienen que vender algunas de sus pertenencias para poder alimentarse, la frustración e indignación aumentan. Es decir, muchos/as jóvenes o personas adultas jóvenes que emigran están comenzado de cero, mientras que el adulto mayor no suele emigrar porque no es fácil desprenderse de la estabilidad que ha logrado.

Las personas adultas y adultas mayores son las que, en su mayoría, quedan expuestos/as y vulnerables ante la crisis profunda que sufre el



país. Esto aumenta las probabilidades de que tales poblaciones padezcan de trastornos de depresión y ansiedad, que las invada la desesperanza, y que las embarguen pensamientos negativos por no ver una salida a corto plazo de la crisis.

### *Síntesis de las autopsias psicológicas de las víctimas de hechos suicidas*

Dos de las historias conocidas en este trabajo estuvieron fuertemente conectadas con la situación negativa que atraviesa Venezuela, mientras que las otras dos se vincularon con problemas de pareja y familiares. La primera de ellas se trató de un hombre de 51 años, quien llega al acto del suicidio debido a una suma de factores como el aislamiento, la falta de apoyo social, conflictos en la relación de pareja y en el seno del hogar, predisposición familiar al suicidio, problemas económicos y padecimiento de depresión, estos dos últimos conectados con una profunda preocupación por la crisis nacional.

La segunda historia tuvo relación con el intento de suicidio de una mujer de 35 años, donde la pérdida de su empleo debido a la crisis, la falta de dinero para sus compras básicas, el padecimiento de una enfermedad y el hecho de no poder darle todo lo necesario a su hijo de 11 años se conjugaron con otros factores como el sentimiento de aislamiento, junto a la impotencia y soledad, que la llevaron a un cuadro depresivo y a atentar contra su vida.

Otros ejemplos conspicuos de cómo muchos actos suicidas de la población venezolana han estado vinculados, de una u otra manera con la crisis humanitaria, lo representan las tres historias relatadas en la investigación realizada por Crespo (2019). En los tres ca-

sos, Crespo halló que la calidad de vida de las víctimas cambió de forma drástica: el hombre adulto entrevistado, de 54 años, perdió la calidad y dinámica de vida a la que estaba acostumbrado; el joven, de 19, y la joven, de 22, perdieron su proyección de futuro. Según el mismo autor, estos cambios se agudizaron con el contexto general del país.

En resumen, el autor expone que, al menos en estos tres casos, si bien es cierto que la motivación principal para llevar a cabo el acto suicida fue individual, esta se presentó como consecuencia del impacto del contexto social en el individuo. El suicidio representó una decisión y un modo de reacción ante dicha situación. De esta manera plantea que, así como el contexto social actual venezolano ha generado individuos violentos contra las demás personas, también está generando individuos violentos contra sí mismos.

## Consideraciones finales

A lo largo del siglo XX y hasta el año 2014, aproximadamente, Venezuela puede considerarse un país que siempre mostró tasas de suicidios relativamente bajas con respecto a la media mundial y a la de los países con las tasas más elevadas del mundo. La nación parece ser un buen ejemplo de que, en algunos momentos, la tasa de suicidios aumentó: en tiempos de bonanza económica (décadas de los 60 y 70) y en tiempos de crisis económica (años 90). No obstante, descendió nuevamente en años de crecimiento económico (década de los años 2000).

En años recientes, la situación ha cambiado. La tendencia desde 2015 es al ascenso. Entre 2017 y 2018, se han presentado las cifras más elevadas de suicidios conocidas en los úl-

timos 80 años de registros estadísticos oficiales de esta causa de muerte (1936-2014) en el país. Los suicidios han aumentado en medio de un conflicto social, económico y político-institucional sin precedente en más de 200 años de historia republicana.

En Venezuela, el suicidio pasó de ser una decisión individual relacionada con diferentes factores de riesgo a ser también un fenómeno de carácter social. La precarización de la vida no solo ha incrementado la violencia directa y estructural a lo largo y ancho del espacio nacional, sino también la violencia de los individuos hacia ellos mismos. Los hallazgos de la presente investigación sugieren que este hecho en la sociedad venezolana se presenta en gran parte por el impacto que ha generado el contexto nacional sobre el individuo.

El incremento de los suicidios parece responder a una decisión y una manera de reaccionar frente al marco social de la crisis humanitaria. Esta última ha generado que cada día más venezolanos sean violentos con ellos mismos y se ocasionen lesiones autoinfligidas que en muchos casos los llevan a consumir el suicidio. En otras palabras, el suicidio se ha convertido en una “válvula de escape” para muchos venezolanos que viven y padecen la profunda crisis actual del país.

La acentuación reciente de la tasa de suicidios en el estado de Mérida no es consecuencia de la singularidad que mantuvo esta entidad durante muchos años (1970-2014), sino que puede representar una muestra de lo que acontece en el resto del territorio nacional. No obstante, los distintos ritmos de aumento y los niveles numéricos de las tasas dependen de las realidades específicas de cada estado.

Los resultados cuantitativos y cualitativos indican que es muy probable que la tasa de suicidios en Venezuela se haya incrementado en

los últimos años. Esta investigación apunta a que el agravamiento de la crisis en Venezuela, con todas sus características y situaciones asociadas, acentuó y expandió diversos factores de riesgo en buena parte de la sociedad, los que, a su vez, actuaron en diferentes combinaciones y llevaron a muchas personas al suicidio.

## Bibliografía

- Bertolote, José, y Alexandra Fleischmann. 2002. “A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide”. *Suicidology* 7 (2): 6-8. <https://bit.ly/2OAXwLx>
- Bolívar, Miguel. 2008. “La población venezolana, su dinámica y su distribución”. En *GeoVenezuela, Tomo 3*, coordinado por Pedro Cunill Grau, 30-105. Caracas: Fundación Polar.
- Bolívar, Miguel. 2011. “200 años contando la población venezolana a través de censos, estimaciones y otros cálculos”. En *La Población Venezolana 200 años después*, editado por Anitza Freitez, 73-114. Caracas: UCAB-AVEPO.
- Cañadas, María, Albert Caramés Boada, Vicenç Fisas Armengol, Patricia Gracia Amado, María Prandi Chevalier, Gema Redondo de la Morena, Josep María Royo Aspa, Eneko Sanz Pascual, Núria Tomàs Collantes, Jordi Urgell García, Ana Villedas Ariño y María Villedas Ariño. 2010. *Alerta 2009. Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de la paz*. Icaria Editorial / Escola Cultura de Pau/ UAB. <https://bit.ly/2ZbVyTN>
- Chen, Chi-Yi, y Michel Picouet. 1979. *Dinámica de la población. Caso de Venezuela*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

- CORPOSALUD MÉRIDA (Corporación Merideña de Salud). 2019. *Base de datos de mortalidad años 2001-2017*. Mérida: CORPOSALUD.
- Crespo, Freddy. 2019. "Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela". *URVIO. Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad* (24): 167-185. <https://bit.ly/2Nnz6oh>
- Echeburúa, Enrique. 2015. "Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica". *Terapia Psicológica* 33 (2): 117-126. <https://bit.ly/3qu20ln>
- Encovi (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida). 2014-2019. "Proyecto Encovi", <https://bit.ly/3ag1BQ1>
- Ferreira, Ernesto, João Monteiro y José Pires Manso. 2019. "Death by Economic Crisis: Suicide and Self-Inflicted Injury in the European Union (EU15) During the Worst of Times". *Society and Economy* 41 (1): 145-164. <https://bit.ly/3da1CEK>
- Freitez, Anitza. 2008. "Se intensifican los riesgos de morir por causas violentas en la población joven de Venezuela". *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura* 14 (1): 307-335. <https://bit.ly/3ahQwM6>
- Freitez, Anitza. 2011. "Venezuela 1981-2011. Tránsito de un país de inmigración a otro de emigración". En *La población venezolana 200 años después*, editado por Anitza Freitez, 147-180. Caracas: UCAB-AVEPO.
- Freitez, Anitza, Marino González y Genny Zúñiga. 2015. *Una mirada a la situación social de la población venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)*. Caracas: UCAB. <https://bit.ly/3ahQfZe>
- Freitez, Anitza. 2017. *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?* Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016). Caracas: Abediciones. <https://bit.ly/3rJokY4>
- Freitez, Anitza. 2018. *Espejo de la crisis humanitaria venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2017)*. Caracas: Abediciones. <https://bit.ly/3rJokY4>
- Hernández, Maximiliano, y Raquel Reyes Avendaño. 2008. "Análisis de la política económica en Venezuela: 1998-2006". *Revista OIKOS* (26): 25-47. <https://bit.ly/3qgLLYL>
- INE (Instituto Nacional de Estadística). 2011. "Censo general de población y vivienda", <https://bit.ly/3jKwrRu>
- INE (Instituto Nacional de Estadística). 2013. "Proyecciones de población", <https://bit.ly/3aVvUIw>
- Inoue, Ken, Sadayuki Hashioka y Noriyuki Kawano. 2020. "Risk of an Increase in Suicide Rates Associated with Economic Downturn Due to Covid-19 Pandemic". *Asia Pacific Journal of Public Health* 32 (6-7): 367. <https://bit.ly/3qkZc9O>
- Martí-Amarista, Cristina, Jhonnyled Barboza-Reyes, Dianela Castro-Mendoza, y Tomás Ballesteros-Ballesta. 2018. "Muertes violentas por homicidio y suicidio en Venezuela: ¿Es este un problema de salud pública?". *VITAE. Academia Biomédica Digital* 2016 (65). <https://bit.ly/2N09cad>
- MSAS (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social). 1961. *Mortalidad por suicidios y homicidios*. Caracas: Dirección de salud Pública del MSAS.
- MSAS (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social). 1996. *Anuarios de epidemiología y estadística vital*. Caracas: Dirección General Sectorial de Epidemiología del MSAS.
- MPPS (Ministerio del Poder Popular para la Salud). 2014. "Anuarios de mortalidad de

- Venezuela 1997-2014”,  
<https://bit.ly/3jKwMUg>
- Muñoz, Sandra, Paula García Jorge, Sara García de Fernando García, Laura Portabales Garreiro, Laura Moreno Fernández, Antonio Ceverino Dominguez y Cristina Polo Usaola. 2014. “Conducta suicida y crisis económica”. *Norte de salud mental* 12 (48): 36-43. <https://bit.ly/2MYyjW0>
- Naghavi, Mohsen. 2019. “Global, Regional, and National Burden of Suicide Mortality 1990 to 2016: Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016”. *BMJ* 2019 (364): l94. doi.org/10.1136/bmj.l94
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Washington DC: OMS y OPS. <https://bit.ly/3aYj5xb>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2016a. “Global Health Observatory Indicator Views”, <https://bit.ly/2MT8rzT>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2016b. *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. Washington DC: OPS. <https://bit.ly/3tX6Tpc>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2019. “Suicidio”, <https://bit.ly/37c2rZT>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. *Estadísticas Sanitarias 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible*. Ginebra: OMS. <https://bit.ly/2Noew6Y>
- Páez, Gustavo. 2018. *Demografía: indicadores y principales métodos*. Madrid: Editorial Académica Española. <https://bit.ly/2MYyCjC>
- 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*, editado por Armando Barrios, 341-367. Caracas: Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/2N0EcqA>
- UCAB (Universidad Católica Andrés Bello). 2016. *Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)*. Caracas: AB-UCAB ediciones.
- United Nations. 2019. “World Population Prospects 2019”, <https://bit.ly/2OtKoYp>
- Värnik, Peeter. 2012. “Suicide in the World”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9 (3): 760-771. <https://bit.ly/2ZffR2G>
- Weistbrot, Mark, y Luis Sandoval. 2008. *Actualidad: la economía venezolana en tiempos de Chávez*. Caracas: Imprenta Nacional.
- Yu-Hui, Lin, y Chen Wen-Yi. 2018. “Does Unemployment Have Asymmetric Effects on Suicide Rates? Evidence from the United States: 1928–2013”. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja* 31 (1): 1404-1417. <https://bit.ly/2NqRBrC>
- Zambrano, Jorge. 1985. “Evolución reciente de la mortalidad en el estado Mérida, período 1950-1981”. Trabajo de ascenso para ascender a la categoría de agregado, Escuela de Geografía, Facultad de Ciencias Forestales y Ambientales, Universidad de Los Andes.