

AUBIN URDANETA MORALES
Universidad de Los Andes
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Escuela de Derecho
Centro de Investigaciones Jurídicas
Mérida – Venezuela.
aubinu@hotmail.com

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA
FAMILIAR DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO
MUCUCHÍES DEL ESTADO MÉRIDA.**

Resumen

Se realizó una investigación descriptiva de campo con la finalidad de determinar las Condiciones Socioeconómicas y la Dinámica Familiar del Suicida en el Municipio Sanitario Mucuchíes del estado Mérida, desde el 1ero. de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 1997. Fueron encuestadas 42 familias en cuyo seno vivía un suicida. Los resultados arrojados fueron que el 88 % de los jefes de familia se ubicaron como obrero no especializado, sin instrucción y la fuente de ingreso por beneficios u honorarios profesionales, pertenecientes al estrato social IV. El 50 % tienen una dinámica familiar funcional y el 40,5 % tienen una dinámica familiar intermedia. La población suicida 80% fue de sexo masculino y con edades comprendidas entre 15 a 24 años. Los solteros se ubicaron en un 80 %.

Palabras claves: Suicidio, socioeconómico, dinámica familiar.

**SOCIOECONOMIC CONDITIONS AND FAMILY
DYNAMICS OF THE SUICIDE IN THE MUCUCHÍES
HEALTH MUNICIPALITY OF MÉRIDA STATE**

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES DEL ESTADO MÉRIDA

Abstract

Descriptive field research was carried out from January 1st, 1993 to December 31st, 1997 for the purpose of determining the socio-economic conditions and family dynamics related to suicides in the Mucuchíes Health Municipality of Mérida State. Forty two families in which there had been a suicide were surveyed. The findings revealed that 88% of the family heads were uneducated, unskilled laborers and the source of income for benefits and professional fees belonging to social level IV. Family dynamics in 50% of the cases was functional and intermediate in 40.5% of the cases. Of the suicidal population, 80% were males, 15 to 24 years of age, and 80% of them were single.

Key words: *Suicide, socioeconomic, family dynamics.*

INTRODUCCIÓN.

Desde tiempos inmemorables el suicidio ha estado asociado a mitos, falacias y supersticiones. Muchos de estos mitos no solamente son falsos, sino también engañosos y peligrosos. El suicidio, si bien en apariencia constituye un hecho personal, sólo puede explicarse por la sociedad a la que el individuo pertenece, en cuya conducta no se pueden ignorar los aspectos interpersonales que tiene incluso el mismo acto suicida; éste siempre trae consigo un efecto de "llamada", una petición de ayuda, algunas veces este efecto tiene una intención vengativa, agresiva, la de producir reacciones de pesar y culpa en los demás.

Existe una evidente correlación entre suicidalidad y depresión, son pues, acontecimientos del hombre íntimamente ligados hasta el punto de que ante una persona depresiva hay que pensar en la posibilidad de una conducta suicida. Estudios sistemáticos han señalado a la depresión como uno de los desajustes emocionales más frecuentes y que más contribuyen al suicidio, que debido a su complejidad se considera la necesidad de estudiarlos desde diferentes aspectos; Psicológicos, biológicos, clínicos in-

cluyendo, además la dinámica familiar ya que en la organización de la familia el individuo es considerado como un subsistema en el conjunto de miembros, cuyas modificaciones contribuyen a la producción de cambios en la conducta de ese individuo.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Partiendo del hecho evidente de la relación hombre – sociedad y de la influencia del uno sobre el otro en forma constante y dinámica, actualmente se vive una agobiante realidad: la calidad de vida de la población sufre un deterioro permanente, en la cual existen conflictos locales y exteriores por diferentes situaciones como religiosas, modelos económicos, políticos y sociales obsoletos que se derrumban y en sus escombros dejan a los pueblos mismos. De allí, en la nada equitativa repartición de los recursos y principalmente del capital, los ricos se hacen cada vez más ricos y los pobres adquieren mayor carencia cada día, es decir, la pobreza, inequidad, abuso, intolerancia, siguen latentes y son innegables ante esta situación.

Al respecto según las estadísticas que presenta el Ministerio de la Familia (1995:12), de acuerdo al estudio “Población Total en Situación de Pobreza, y Pobreza Extrema para el año 1994”, exponen que para esta fecha el 49% de la población venezolana presenta insatisfacción en sus necesidades básicas, lo que significa que de los 21.177.149 habitantes, 10.353.623 son pobres y, dentro de este total de pobres, el 44% de los mismos se encuentran en pobreza extrema. Y que de las 23 entidades del país, 15 de ellas (65%) presentan una proporción de su población en niveles de pobreza, superiores al 50%.

La mayoría de los problemas que afectan a los países a diario, entre los cuales se pueden mencionar la existencia de la discriminación de los individuos, bien sea por su condición de raza, sexo, edad, nacionalidad, cultura, socio – económica y religión. Donde los derechos humanos se han manejado y debatido más en la teoría que en la práctica.

Sólo basta con leer un periódico, escuchar u observar un noticiero, revisar las principales fuentes de información noticiosas de avanzados medios electrónicos, además, sin contar con aquellos

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES DEL ESTADO MÉRIDA

sucesos que no reciben cobertura periodística, para enfrentar la clara realidad de una sociedad donde el abuso, la manipulación, indudablemente atenta contra la integridad del ser humano. La familia se encuentra sometida a presiones internas originadas en la evolución de sus propios miembros y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales, que conducen a una gran cantidad de problemas contando los psicológicos.

En este sentido, comenta McWhinney (1987), "una amplia gama de problemas y manifestaciones, desde desajustes en la familia hasta síntomas psicofisiológicos, fobias y otros trastornos del funcionamiento, asociados con ansiedad, depresión o evasión a la realidad" (p.208).

Por otro lado, mientras que la educación y las políticas locales, incluidas por supuesto en la formación de la familia, están dirigidas en una dirección donde no se asuma el respeto al género que les rodea, la degradación ante el compromiso con la raza humana misma, por pertenecer todos a ella, así como el valor al medio en que se vive, cada cual seguirá cooperando para fortalecer el ambiente de actual tensión e incertidumbre que bien podría conllevar al camino perfecto del suicidio colectivo.

Los factores socio – económicos determinan las normas y valores generales de una sociedad, así como las posibilidades reales que cada miembro tiene para desarrollar sus potencialidades y para recibir ayuda en caso de que lo necesite. Esta sociedad, aparte de la forma tan injusta en que reparte sus riquezas, ofrece algunas otras características que favorecen el desequilibrio en diferentes estados emocionales con respuestas suicida.

Al respecto comenta Piédrola, . (1991) "como reacciones ante este tipo de estrés tales circunstancias se han citado las siguientes. Una primera comporta quererse abstraer del medio, con un rechazo pasivo, ó < pasota >. Un grado extremo de ese rechazo puede ser el suicidio" (p.1146).

Así pues, el suicidio es la fatídica y radical conclusión por la que optan las personas que padecen estados depresivos ocasionados por diferentes problemas, y se constituye en una salida, o una revancha en el deseo de provocar un sentimiento de culpabilidad en la familia y en la sociedad que cada vez se insensibiliza más.

La desintegración familiar, falta de afecto, problemas económicos, rompimientos amorosos, pérdida de seres queridos, ansiedad y angustia son las principales causas que bordean a las personas al quitarse la vida; sin embargo, se sabe de casos en los que median motivos aparentemente banales, como la reprobación de exámenes, problemas en el noviazgo o con los amigos, o la ridiculización padecida en público.

Aunque es más común en las mujeres, en los jóvenes y en las personas de bajos recursos, nadie está exento de las ideas suicidas, sin importar sexo, edad, clase social o grado educativo.

Difícilmente, alguien ha dejado de sentir tristeza, pesadumbre en ciertas ocasiones, generalmente después de algún acontecimiento adverso o ante la pérdida de un ser querido un objeto o una situación apreciada.

Las ideas de muerte se presentan en los primeros periodos de la depresión y en tanto avanza la enfermedad se va dando forma a esa ideación. La idea suicida es relativamente frecuente en las depresiones profundas. La madurez psicológica de las personas es determinante para tomar o no decisiones tan tajantes como la de quitarse la vida.

En la adolescencia, la menopausia y andropausia son etapas de la vida en que existe una mayor tendencia a tomar decisiones tan drásticas como el suicidio, sin que ello signifique que no se dé en otras etapas o edades.

En este mismo marco de ideas se puede plantear que según las necropsias realizadas, el 60% evidencian la presencia de alcohol o drogas, lo que se presume le sirve de base a la persona para sentir el valor de tomar la decisión de quitarse la vida.

Al respecto comenta Villarreal. (1992:83), en los drogadictos y alcohólicos, no es una constante la idea de muerte, no aparece manifiesta en los fármacos dependientes, se presenta de una manera oculta, debido a que el hecho de consumir drogas implica acelerar el proceso de muerte.

Por lo que se puede inferir ante estos planteamientos, que detrás del consumo de drogas hay un trasfondo de tristeza, depresión y soledad, y la droga tiene la función de mitigar el dolor psicológico, tiene una representación simbólica de tipo afectivo, de evasión. La marihuana, los inhalantes como el resistrol, y el tiner,

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES DEL ESTADO MÉRIDA

LSD, heroína y en último término la cocaína, son las drogas más consumidas por los jóvenes.

Según Piédrola (1991:145), la edad inicial del consumo es a los 15,5 años para el cannabis y la cocaína, cuyo consumo se va incrementando; a los 15-20 años para LSD y anfetaminas; y a los 17 años para la heroína.

Entre otras muertes en relación con el suicidio, de las más comunes vienen a ser el ahorcamiento, lanzamiento, envenenamiento y como cuarto recurso el disparo con arma de fuego.

Según Calles (1983), "el suicidio en Venezuela se acepta que el intento de suicidio es aproximadamente 7 veces más frecuente que el suicidio, por lo que el número de personas que atenta contra su vida se estima en una cifra considerable. También afirma que "el suicidio es más frecuente en las ciudades que en el campo, y mayor en las regiones montañosas que en las cercanas a l mar" (p.19).

Asimismo, mientras que en las ciudades son los barbitúricos, tranquilizantes menores y antidepresivos, los medios más utilizados con fines suicidas, en las zonas agrícolas éstos son sustituidos, en muchos casos por todo un grupo de plaguicidas, la vía principal es la digestiva, sin descartarse otras vías. Se ha prestado mucha atención, y con razón, a los peligros para la salud que presentan los plaguicidas en las personas expuestas a productos altamente tóxicos por razones de trabajo. Existen evidencias de un incremento de intoxicaciones por plaguicidas con fines suicidas, por lo que las mismas deben considerarse un problema de salud pública. Las intoxicaciones por estos productos químicos pueden ocurrir por diversos motivos entre los cuales cabe destacar el suicidio, fundamentalmente en áreas rurales, ya que en estas zonas es indispensable el uso de estos productos químicos para el control de parásitos en los cultivos.

La región de los Andes tiene una gran variedad de suelos y pisos climáticos que proporcionan condiciones ambientales óptimas para el cultivo de productos alimenticios de primordial importancia para el consumo diario, donde por lo tanto la base de la economía de la región es la agricultura.

Asimismo, el Estado Mérida cuenta con 22 municipios y una población estimada para 1998 de 719.795 habitantes y según

la Unidad de Estadísticas de la Coordinación Regional de Epidemiología del Estado, reporta una tasa de mortalidad general para 1996 de 5,0 por 100.000 habitantes, y una tasa de mortalidad específica por suicidio de 8,9 por 100.000 habitantes.

En cuanto al municipio Sanitario Mucuchíes, al cual está dirigida dicha investigación, está localizado al noroeste del estado Mérida, al occidente del país y a 45 Km. de la ciudad de Mérida, constituyendo parte de la cordillera de los Andes Venezolanos a una altura de 2.983 a 3.600 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura media anual de 10°C.

Igualmente este Municipio Sanitario, está conformado por 4 Municipios geopolíticos, Cardenal Quintero, Miranda, Pueblo Llano y Rangel, con una población estimada para 1998 de 54.355 habitantes, con una tasa de mortalidad general para el año 1996 de 5,7 por 1.000 habitantes y una tasa de mortalidad específica por suicidio para ese mismo año de 24,66 por 100.000 habitantes.

Por otra parte este Municipio es netamente agrícola por lo que es necesario el uso agroquímicos peligrosos como los herbicidas y plaguicidas para el control de las plagas que afectan los cultivos, esto trae como consecuencia la mayor exposición a estos químicos y de fácil acceso. Por lo tanto, como complemento a las ideas esenciales anteriores se pretende en el siguiente trabajo actualizar la información epidemiológica sobre un problema que debe calificarse de salud pública, muchas veces descuidado como la evaluación del suicidio como motivo de muerte, que comúnmente se presenta por causas; bien sea, amorosas, familiares, mentales, económicas, entre otras. Asimismo estudiar los aspectos socio – económicos y la dinámica familiar del suicida que no han sido considerados en estudios realizados con anterioridad.

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION.

En este estudio se consideró como universo las 42 familias de los suicidas tomando en cuenta los factores socioeconómicos y la dinámica familiar de estos sujetos. Se realizó en el Municipio Sanitario Mucuchíes del Estado Mérida durante el año de 1999.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES DEL ESTADO MÉRIDA

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

a) Objetivo general

Caracterizar las condiciones socioeconómicas y dinámica familiar del suicida del Municipio Sanitario Mucuchíes del Estado Mérida.

b) Objetivos Específicos

- * Identificar en el entorno familiar las condiciones socio – económicas del suicida.
- * Identificar la dinámica familiar del suicida.
- * Clasificar según estratos sociales el entorno familiar del suicida.
- * Identificar los diferentes tipos de familia.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación fue de tipo descriptivo, por cuanto se busca caracterizar las condiciones socioeconómicas y la dinámica familiar del suicida, para luego describir sus hallazgos. Al respecto de la investigación descriptiva plantea Finol y Villalobos (1992: 147) "Los estudios descriptivos no están orientados a la manipulación de las variables sino al registro de datos para luego analizarlos y describirlos" De igual manera el estudio esta orientado a una investigación de campo, por cuanto las mediciones se practicarán en un universo real.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información necesaria para la realización de esta investigación se obtuvo mediante la técnica de encuesta, dirigida en una de sus modalidades como la entrevista, contentiva de 10 reactivos o preguntas por una parte, adaptada a través de la escala de Graffar para medir las condiciones socioeconómicas. Y por otra parte, para identificar la dinámica familiar del suicida de acuerdo al cuestionario del Apgar Familiar, que es un instrumen-

to utilizado para recabar la información y su posterior registro en el expediente familiar. La calificación se obtiene haciendo una suma de las respuestas en las diferentes columnas. La respuesta de la columna <casi nunca> tiene calificación de cero. Los de la columna de <algunas veces> califican de uno y las de la columna <casi siempre> de dos. La interpretación es: de 0 a 3 es igual a disfuncional, de 4 a 7 representa intermedia y de 8 a 10 es igual a funcional.

En este sentido se obtuvo una lista de los suicidas registrados en dicho Municipio y los datos de ubicación familiar a través de la Unidad de Estadística de la Coordinación Regional de Epidemiología del Estado Mérida.

Por otro lado, se entrevistó al jefe de cada familia de los suicidas, quienes dijeron ser el padre, madre, esposa, hermano, con la finalidad de explicar los objetivos del estudio, las actividades a realizar y la ejecución del instrumento de registro.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En razón de que la investigación que se realizó fue de tipo descriptiva, se llevó a cabo un tratamiento estadístico de igual naturaleza. En este sentido se ejecutó el siguiente procedimiento:

La presentación de la información se realizó en distribuciones de frecuencia, tanto numeral (F_n) como porcentual ($F\%$), en cuadros de doble entrada y diagramas sectoriales y gráficos de barras.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En cuanto a los resultados de la investigación es importante señalar que se logró cumplir con el objetivo general del estudio el cual estuvo dirigido a caracterizar las condiciones socioeconómicas

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES DEL ESTADO MÉRIDA

y dinámica familiar del suicida del Municipio Sanitario Mucuchíes del Estado Mérida.

Para este desarrollo, se evaluaron las ocho dimensiones específicas de las variables, es decir; edad, sexo, estado civil, tipo de profesión, tipo de instrucción, fuentes de ingresos, tipo de vivienda y la interacción grupal las cuales representaron los indicadores de estudio de las condiciones socioeconómicas y dinámica familiar en la población sujeta a investigación la cual reconocida e identificada como las familias de los 42 suicidas del mencionado municipio, permitiendo medir científicamente a través de la entrevista adaptada a los aspectos de intereses planteados por el estudio, considerando la recolección e interpretación de los resultados en función del marco teórico utilizado como apoyo, para el análisis de la información.

CUADRO 1

Distribución de la Población Entrevistada según Municipio Geopolítico y Tipo de Jefe de Familia. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Municipio Geopolítico \ Jefe de la Familia	Padre		Madre		Hermano		Esposo		Total	
	Fn	F%(*)	Fn	F%(*)	Fn	F%(*)	Fn	F%(*)	Fn	F%(*)
Cardenal Quintero	7	16,67	5	11,90	-	-	-	-	12	28,56
Rangel	3	7,14	4	9,52	-	-	-	-	7	16,67
Pueblo Llano	5	11,90	2	4,76	3	7,14	-	-	10	23,80
Miranda	7	16,67	4	9,52	-	-	2	4,76	13	30,97
Total	22	52,38	15	35,72	3	7,14	2	4,76	42	100

F.I: Entrevista. Escala Graffar. Certificados de defunción, hechos vitales, epidemiología regional. Mérida. 1993 – 1997.

Fn= Frecuencia numeral. **F%=** Frecuencia porcentual.

(*) = Porcentaje referido al total de los entrevistados.

En cuanto al cuadro 1, donde se refleja la distribución según el municipio geopolítico de convivencia y el tipo de jefe de familia del suicida, se observa que la mayor frecuencia de los individuos estudiados pertenecen al Municipio Miranda con un 30,97 %. El renglón padre que constituye el porcentaje más alto de las familias encuestadas esta reflejado de la misma manera en los municipios Cardenal Quintero y Miranda con una frecuencia porcentual de 16,67. Con relación al renglón madre del suicida como jefe de familia, el Municipio Cardenal Quintero, muestra las frecuencias más altas con un 11,90 %. Seguido de los Municipios Rangel y Miranda, con iguales valores porcentuales, es decir, 9,52 % respectivamente.

CUADRO 2

Distribución de la Población Entrevistada según Nivel de Instrucción. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Clasificación	Nivel de Instrucción	Fn	F%
1	Universitaria	-	-
2	Enseñanza secundaria completa, Técnica Superior Completa.	2	4,76
3	Enseñanza Secundaria Incompleta, Técnica Superior Incompleta.	-	-
4	Educación Primaria o alfabeta	14	33,33
5	Sin Instrucción	26	61,91
Total		42	100,0

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

F.I: Entrevista. Escala Graffar.

Fn= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

De acuerdo al cuadro 2, donde se observa la distribución de la población entrevistada según el nivel de instrucción, se aprecia que del total de los sujetos, un 61,91 % se ubica en el nivel sin instrucción, siendo esta la mayor frecuencia porcentual. Se nota de igual manera que en los niveles: universitaria, y enseñanza secundaria y técnica superior incompleta ningún sujeto se ubicó.

CUADRO 3

Distribución de la Población Entrevistada según Fuente de Ingresos. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Clasificación	Fuente de Ingresos	Fn	F%
1	Fortunas Heredadas o Adquiridas	-	-
2	Genancias Beneficios, Honorarios Profesionales	31	73,82
3	Sueldo Mensual	2	4,76
4	Sueldo Semanal	2	4,76
5	Donaciones de Origen Público o Privado	7	16,66
	Total	42	100,0

F.I: Entrevista. Escala de Graffar.

Fn= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

En relación con el cuadro 3, se observa que el ingreso mayor obtenido es a través de ganancias, beneficios, honorarios profesionales con un 73,82 %, es decir, que 31 sujetos de la población objeto de estudio perciben sus ingresos de la manera antes mencionada. Las frecuencias porcentuales más bajas se ubican en el renglón de sueldo semanal con un 4,76 % .

CUADRO 4

Distribución de la Población Entrevistada según Condiciones de Alojamiento. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Clasificación	Condiciones de Alojamiento	Fn	F%
1	Óptimas Condiciones Sanitarias, Ambiente de Lujo	-	-
2	Óptimas Condiciones Sanitarias, sin Lujo pero Espaciosas.	5	11,90
3	Óptimas Condiciones Sanitarias Espacios Reducidos.	19	45,23
4	Deficientes Condiciones Sanitarias, Espacios Reducidos.	17	40,49
5	Inadecuadas Condiciones Sanitarias, una Habitación.	1	2,38
	Total	42	100,0

F.I: Entrevista. Escala Graffar.

Fn= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

Respecto al cuadro 4, donde se señala las condiciones de alojamiento, se aprecia que el 45,23 % de los sujetos viven en óptimas condiciones sanitarias en espacios reducidos, siendo ésta la frecuencia porcentual más alta. Sólo un 2,38 % se ubica en inadecuadas condiciones sanitarias, siendo ésta la más baja y con

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

Respecto al cuadro 4, donde se señala las condiciones de alojamiento, se aprecia que el 45,23 % de los sujetos viven en óptimas condiciones sanitarias en espacios reducidos, siendo ésta la frecuencia porcentual más alta. Sólo un 2,38 % se ubica en inadecuadas condiciones sanitarias, siendo ésta la más baja y consiste en una vivienda de una sola habitación.

CUADRO 5

Distribución de la Población Entrevistada según la Calidad de la Dinámica Familiar. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Dinámica Familiar	F _n	F%
Funcional	21	50,0
Intermedia	17	40,5
Disfuncional	4	9,5
Total	42	100,0

F.I: Entrevista. Apgar Familiar.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

En cuanto al cuadro 5, donde se muestra la dinámica familiar, se observa que la mayor frecuencia porcentual la obtuvo la dinámica familiar funcional con 21 individuos del total de ellos, es decir, el 50 % de los sujetos orientaron sus respuestas de acuerdo con las categorías seleccionadas a dicho tipo de dinámica. La dinámica familiar intermedia y la dinámica familiar Disfuncional suman en conjunto el otro 50 %. Esta situación polariza en un 50 % la dinámica familiar, pero se resalta que los 21 individuos de los 42 entrevistados poseían una dinámica familiar funcional, lo que permite ubicar en este tipo de dinámica familiar, un resultado concluyente.

CUADRO 6

Distribución de la Población con Conducta Suicida según el Estrato Social. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Clasificación	Estrato Social	Fn	F%
I	Alto	-	-
II	Medio Alto	1	2,39
III	Medio Bajo	4	9,52
IV	Obrero	29	69,04
V	Marginal	8	19,04
	Total	42	100,0

F.I: Escala de Graffar.

En el cuadro 6, se observa que las frecuencias más altas se reflejan en 29 individuos (69,04 %) con conducta suicida que pertenecían al estrato social IV- Obrero, seguido por 8 sujetos (19,04 %) que se identificaban en el estrato social V- Marginal. Existen resultados como reportan Najemen y Quintero (1989), que determinan que el nivel socioeconómico de la población estudiada por ellos, (marginales y residenciales) quedó constituida por el 66,25 % de marginales y en contrario a este estudio, el 33,25 % de los sujetos se ubicaron en los estratos socioeconómicos más altos.

CUADRO 7

Distribución de la Población con Conducta Suicida por Edad y Sexo. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

Sexo Edad	Masculino		Femenino		Total		Porcentaje Acumulado
	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	% Acum.
15-24 años	14	33,33	5	11,91	19	45,24	45,24
25-34 años	11	26,19	1	2,38	12	28,57	73,81
35-44 años	6	14,28	2	4,76	8	19,05	92,86
45-54 años	3	7,14	-	-	3	7,14	100,0
Total	34	80,95	8	19,05	42	100	

F.I. Certificado de defunción, hechos vitales. Epidemiología Regional. Mérida. 1993 – 1997.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

En el cuadro 7, que describe la distribución de la población con conducta suicida clasificada por edad y sexo, se aprecia que el mayor número de sujetos con conducta suicida, corresponde al sexo masculino con 34 individuos, que es igual al 80,95 % del total de 42 suicidas. El cuadro revela también que las edades cronológicas porcentualmente más altas para el momento del acto suicida fueron entre 15 a 24 años de edad. En cuanto al sexo femenino, se muestra una frecuencia numeral de 8 mujeres del mismo total de individuos con conducta suicida, con valor porcentual de 19,05 %, siendo el mayor valor correspondiente al grupo de edades de 15 a 24 años. Con respecto al porcentaje acumulado se puede apreciar que un 73,81 % son menores de 34 años. La frecuencia porcentual de 92,86 revela que la población de 42 suicidas objeto de éste estudio, tenían edades menores de 44 años al momento de cometer el hecho.

CUADRO 8

**Distribución de la Población con Conducta Suicida por
Edad y Estado Civil. Municipio Sanitario Mucuchíes.
Estado Mérida. 1999.**

Edad \ Estado Civil	Casado		Soltero		Divorciado		Concubino		Viudo		Total	
	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%
15 - 24 años	2	10,52	17	89,47	-	-	-	-	-	-	19	100
25 - 34 años	2	16,66	10	83,33	-	-	-	-	-	-	12	100
35 - 44 años	3	33,33	5	55,55	1	11,11	-	-	-	-	9	100
45 - 54 años	1	50	1	50	-	-	-	-	-	-	2	100
Total	8	19,04	33	78,58	1	2,38	-	-	-	-	42	100

F.I .Certificado de defunción, hechos vitales. Epidemiología Regional. Mérida. 1993 - 1997.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

Respecto al cuadro 8, donde se muestra la población con conducta suicida por edad y estado civil, se observa que el grupo de edad entre 15 a 24 años resalta con un total de 19 individuos. Los solteros representan la mayor frecuencia porcentual con 89,47 %. En este sentido se aprecia que más de las tres cuartas partes de los suicidas tenían un estado civil soltero con una frecuencia porcentual de 78,58 % y que los casados representaron sólo el 19,04 % del total. De acuerdo a Hernández y otros(1978), los resultados arrojados por dicha investigación concuerdan con los resultados de este estudio en cuanto a la edad, ya que del total de 196 suicidas reportaron las siguientes características: edad de 21 a 30 años, y sexo masculino.

CUADRO 9

**Distribución de los Jefes de Familia según Profesión.
Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.**

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

Clasificación Profesión Jefe de Familia	1		2		3		4		5		Total	
	Universitaria		Técnico, Mediano Comerciante		Sin Profesión Universitaria ni Técnica, Pequeño Comerciante		Obrero Especializado		Obrero no Especializado		Fa	F%
	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%
Padre	-	-	1	4,54	-	-	1	4,54	20	90,90	22	100
Madre	-	-	-	-	1	4,54	2	13,33	12	80,0	15	100
Hermano	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100	3	100
Esposo	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2	100
Total	-	-	1	2,38	1	2,38	4	9,52	36	83,71	42	100

F.I. Instrumento. Entrevista. Escala de Gaffar.

Fn= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

Referente al cuadro 9, donde se refleja la profesión de los jefes de familia, se observa que el mayor valor porcentual se ubica en los hermanos como jefes de familia con el 100 %. De las 3 familias entrevistadas, donde eran los hermanos del suicida jefes de familia, hubo 3 suicidas. Por constituir una frecuencia numeral poco significativa se puede señalar que los resultados no son concluyentes. Y además, pertenecientes a la profesión de obrero no especializado. Los padres como jefes de familia, en el grupo de obrero no especializado, representa el 90,90 %, siendo esta concluyente, seguido por las madres con un valor porcentual de 80 % en la profesión de obrero no especializado.

CUADRO 10

**Distribución de la Población según el Estrato Social y
Condiciones de Alojamiento. Municipio Sanitario
Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.**

Clasificación Condiciones de Alojamiento Estrato Social	1		2		3		4		5		Total	
	Óptimas Condiciones Sanitarias. Ambiente de Lujo		Óptimas Condiciones Sanitarias. Sin lujo pero Espaciosa		Óptimas Condiciones Sanitarias. Espacios Reducidos.		Deficientes Condiciones Sanitarias. Espacios Reducidos.		Inadecuadas Condiciones Sanitarias. Una habitación.			
	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%
Alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medio Alto	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
Medio Bajo	-	-	4	100	-	-	-	-	-	-	4	100
Obrero	-	-	-	-	19	45,32	10	34,48	-	-	29	100
Marginal	-	-	-	-	-	-	7	87,50	1	12,50	8	100
Total	-	-	5	11,90	19	45,24	17	40,47	1	2,39	42	100

F.I. Instrumento. Entrevista. Escala de Graffar.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

En el cuadro 10 se muestra el estrato social y condiciones de alojamiento de la población. Se observa la mayor frecuencia numeral 19, que equivale a una frecuencia porcentual de 45,24 % en la clasificación 3. Por otro lado se observa que, refiriéndose a la clasificación 4 de Graffar, se ubican 17 individuos que equivale a 40,47 % de esa población. En el estrato social V (marginal) se encontró una frecuencia numeral de 7 sujetos, que equivale a una frecuencia porcentual de 87,50 del total de 8 individuos clasificados como marginales. Aunque los estratos medio alto y medio bajo acumulan el 100 % en la clasificación 2, ambas no son concluyentes debido a la frecuencia numeral de los entrevistados. No obstante, lo importante a destacar es que la frecuencia porcentual de 34,48 % perteneciente al estrato obrero es alta en relación con 29 familias entrevistadas en ese estrato. Podría destacarse de acuerdo con este cuadro que un marginal en deficientes condiciones sanitarias puede llegar más rápido al suicidio que un obrero u otra persona ubicada en los niveles alto, medio alto y medio bajo, sin embargo, el número de entrevistados no permite tener un resultado absolutamente concluyente.

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

CUADRO 11

Distribución de la Población Entrevistada según la Profesión y Calidad de la Dinámica Familiar. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Clasificación	Profesión	Dinámica Familiar		Intermedia		Disfuncional		Total	
		Fu	F%	Fu	F%	Fu	F%	Fu	F%
1	Universitaria	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Técnica, Mediano Comerciante	1	100	-	-	-	-	1	100
3	Sin Profesión Universitaria, ni Técnica, Pequeño Comerciante	1	100	-	-	-	-	1	100
4	Obrero Especializado	-	-	2	66,7	1	33,3	3	100
5	Obrero no Especializado	19	51,35	15	40,54	3	8,10	37	100
	Total	21	50,0	17	40,48	4	9,52	42	100

F.I: Entrevista. Escala Graffar. Apgar Familiar.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

En el cuadro 11, referente a la distribución de la población entrevistada según la profesión y calidad de la dinámica familiar, se destaca que los suicidas se encuentran en familias con dinámica familiar funcional y en la clasificación de obrero no especializado. Es de observar también que en esa clasificación 5, un poco más de la mitad 51,35 % de los individuos se ubican en la dinámica familiar funcional y el resto en las demás dinámicas familiares (intermedia y disfuncional). Por otro lado, en la clasificación 4 de obrero especializado se observa que los individuos se ubican entre la dinámica familiar intermedia 2 individuos, y 1 en la dinámica familiar disfuncional, correspondiéndole el 66,7 % y 33,3 % respectivamente.

CUADRO 12**Distribución de la Población Entrevistada según Nivel de Instrucción y Calidad de la Dinámica Familiar. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999**

Clasificación	Nivel de Instrucción	Dinámica Familiar		Intermedia		Disfuncional		Total	
		Funcional		F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%
1	Universitaria	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Enseñanza Universitaria Completa, Técnica Superior Completa	1	50	1	50	-	-	2	100
3	Enseñanza Secundaria Incompleta, Técnica Superior Incompleta	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Educación Primaria o Alfabeta	10	71,4	3	21,4	1	7,14	14	100
5	Sin Instrucción	10	38,46	13	50	3	11,54	26	100
Total		21	50,0	17	40,48	4	9,52	42	100

F.I: Entrevista. Escala Graffar. Apgar Familiar.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

Respecto al cuadro 12, donde se muestra la distribución de la población entrevistada según el nivel de instrucción y la calidad de la dinámica familiar, se observa que en el grupo de educación primaria y alfabeta, el 71,4 % corresponde a una calidad de dinámica familiar funcional. En el grupo cuya instrucción es universitaria completa o técnica superior completa es de 50 % al igual que en la dinámica familiar intermedia. En el grupo sin instrucción es solo de 38,4 % en la dinámica familiar funcional, lo que ubica a este grupo con el mayor grado de disfuncionalidad, con 11,5 % para la calidad disfuncional y 50 % para la intermedia.

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

CUADRO 13

Distribución de la Población Entrevistada según Condiciones de Alojamiento y Calidad de la Dinámica Familiar. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Clasificación	Dinámica Familiar Condiciones de Alojamiento	Funcional		Intermedia		Disfuncional		Total	
		F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%
1	Óptimas Condiciones Sanitarias. Ambiente de Lujo	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Óptimas Condiciones Sanitarias sin Lujo pero espaciosas.	4	80,0	1	20,0	-	-	5	100
3	Óptimas Condiciones Sanitarias. Espacios Reducidos	13	68,42	5	28,31	1	5,27	19	100
4	Deficientes Condiciones sanitarias. Espacios Reducidos.	4	23,53	10	58,82	3	17,65	17	100
5	Inadecuadas Condiciones Sanitarias. Una Habitación	-	-	1	100	-	-	1	100
	Total	21	58,0	17	40,48	4	9,52	42	100

F.I: Entrevista. Escala Graffar. Apgar Familiar.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

De acuerdo con el cuadro 13, donde se señala la distribución de la población entrevistada según condiciones de alojamiento y calidad de la dinámica familiar se observa, que la mayor funcionalidad familiar se encuentra en el grupo 2, con un 80 % de los individuos de ese grupo. Seguido por el grupo 3 con el 68 %. La mayor disfuncionalidad se ubica en el grupo 4, con 17,6 % de familias disfuncionales y el 58,8 % con funcionalidad intermedia para un gran total de 76,47 % entre ambos grados de disfuncionalidad.

CUADRO 14

Distribución de la Población Entrevistada según Estrato Social y Calidad de la Dinámica Familiar. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

Clasificación	Estrato Social	Dinámica Familiar		Intermedia		Disfuncional		Total	
		Funcional		Fn	P%	Fn	P%	Fn	P%
I	Alto.	-	-	-	-	-	-	-	-
II	Medio Alto.	1	100	-	-	-	-	1	100
III	Medio Bajo.	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100
IV	Obrero.	13	44,83	14	48,27	2	6,90	29	100
V	Marginal	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8	100
Total		21	50,0	17	40,48	4	9,52	42	100

F.I: Entrevista. Escala Graffar. Apgar Familiar.

Fn= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

De acuerdo con el cuadro 14, en el cual se muestra la distribución de la población entrevistada según estrato social y la calidad de la dinámica familiar, se observa que las más altas frecuencias corresponden a la dinámica familiar ya identificada como funcional con el 50 %. Es decir, a mayor estrato social mayor grado de funcionalidad familiar. El estrato social en el que más suicidios se reflejan es en el obrero. No obstante, en los obreros existe más tendencia suicida si se está ubicado en una familia con grados de disfuncionalidad, alcanzando un porcentaje de 55,17 %.

CUADRO 15

Distribución de la Población con Conducta Suicida según la Profesión y Calidad de la Dinámica Familiar. Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

Clasificación	Profesión	Dinámica Familiar		Funcional		Intermedia		Disfuncional		Total	
		F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%	F _n	F%
1	Universitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Técnica, Mediano Comerciaría.	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
3	Sin Profesión Universitaria, ni Técnica, Pequeño Comerciante	4	66,66	2	33,33	-	-	-	-	6	100
4	Obrero Especializado	-	-	-	-	-	-	2	100	2	100
5	Obrero no Especializado	16	48,49	15	45,45	2	6,06	2	6,06	33	100
	Total	21	50,0	17	40,48	4	9,52	4	9,52	42	100

F.I: Entrevista. Escala Graffar. Apgar Familiar.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

El cuadro 15 refiere la distribución de la población con conducta suicida según la profesión y calidad de la dinámica familiar. Aquí se destaca que los suicidas se ubican con mayor frecuencia en la clasificación 5, en todas las dinámicas, ubicándose 33 individuos, pero cuando se tiene una profesión de mayor grado de preparación es determinante para alcanzar el objetivo suicida si se está ubicado en una familia con dinámica funcional.

CUADRO 16

**Distribución de la Población con Conducta Suicida según
Nivel de Instrucción y Calidad de la Dinámica Familiar.
Municipio Sanitario Mucuchíes. Estado Mérida. 1999.**

Clasificación	Nivel de Instrucción	Dinámica Familiar		Funcional		Intermedia		Disfuncional		Total	
		Fn	F%	Fn	F%	Fn	F%	Fn	F%	Fn	F%
1	Universitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Enseñanza Universitaria Completa, Técnica Superior Completa	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100		
3	Enseñanza Secundaria Incompleta, Técnica Superior Incompleta	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100		
4	Educación Primaria o Alfabeta	5	83,33	1	16,66	-	-	6	100		
5	Sin Instrucción	14	50,0	12	42,86	2	7,14	28	100		
Total		21	50,0	17	40,48	4	9,52	42	100		

F.I: Entrevista. Escala Graffar. Apgar Familiar.

F_n= Frecuencia numeral.

F%= Frecuencia porcentual.

Respecto al cuadro 16, donde se muestra la distribución de la población con conducta suicida, según el nivel de instrucción y calidad de la dinámica familiar se observa, que en la dinámica familiar funcional hay mayor recurrencia (83,33 %) al suicidio en la clasificación 4, a diferencia del cuadro anterior, entre mayor nivel de instrucción, mayor disfuncionalidad familiar (75 %) entre la dinámica familiar intermedia y la disfuncional.

CONCLUSIONES.

* La población relacionada con personas con conducta suicida del Municipio Sanitario Mucuchíes del Estado Mérida, corresponde mayoritariamente a los Municipios Miranda y Cardenal Quintero; donde el jefe de la familia predominantemente es el padre y secundariamente es la madre, ubicándose desde el punto de vista profesional en una alta proporción (88%) como obrero no

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES DEL ESTADO MÉRIDA

especializado en la mayoría sin instrucción y dependiente de una fuente de ingreso por beneficios u honorarios profesionales perteneciente al estrato social IV (obrero).

* 57 % viven en alojamiento con condiciones sanitarias óptimas, de los cuales el 45 % son con espacios reducidos y el 43 % tenían deficientes condiciones sanitarias.

* El 50 % tienen una dinámica familiar funcional y de la otra mitad el 40,5 % tiene una dinámica familiar intermedia.

* La población con conducta suicida es predominantemente masculina(80 %), con predominio del grupo de edad entre 15 a 24 años y con un 93 % menor de 45 años.

* El estado civil presenta la condición de soltero con casi el 80% del total, contrastando con el 7 % para los jefes de familia entrevistados.

* El mayor grado de disfunción familiar, se observó en sujetos que viven con deficientes condiciones sanitarias con padres solteros y con un grado de instrucción más allá de educación primaria.

* Es de destacar que cuando en la familia, el jefe es un hermano, siempre ocurrió el suicidio.

* También es conveniente destacar que existen evidencias para señalar que un individuo inserto en una dinámica familiar disfuncional que habite en deficientes condiciones sanitarias, al no tener presiones ni de tipo familiar ni social, por lo regular, no se suicida.

RECOMENDACIONES.

Luego de concluir la investigación pudo observarse que hay factores que inciden en el problema del suicidio tales como: económicos, sociales, educativos y familiares, que tienen influencia sobre la determinación de quitarse la vida. Todo esto sumado a la

crisis que presenta nuestra sociedad y el país. Así pues es el propósito que esta investigación contribuya a despertar el interés de otros investigadores sobre el tema y tomar conciencia sobre la gravedad del mismo. Es importante crear centros de prevención y tratamiento para grupos de alto riesgo, como también se debe establecer un control para eliminar dentro de las viviendas sustancias peligrosas como son los productos agroquímicos tales como los plaguicidas y los herbicidas. También es importante tomar en cuenta a las personas que han intentado suicidarse y someterlas a tratamiento y fomentar un sistema de vigilancia y control. Se hace necesario incentivar a todos los sectores que tienen la responsabilidad de velar por el bienestar y protección de la salud de la población para eliminar este flagelo de la sociedad, fomentando programas dirigidos a las familias no tanto en pro de su unión puesto que de acuerdo a este estudio, los suicidas pertenecían a familias funcionales, pero si dirigidos a concientizarlas a los fines de que cuando se percatan de alguna anomalía en cualquiera de sus miembros, se adopten medidas que se orienten para su protección, tanto psíquica (afecto, cariño y otros) como materialmente (necesidades básicas). Las autoridades sanitarias locales están obligadas a realizar un esfuerzo para que los programas de salud mental existentes lleguen hasta el núcleo familiar. Se debe establecer un sistema de vigilancia que les permita mantener un contacto con el centro de salud local. Es importante que el médico rural incorpore a su trabajo diario, la rutina de asistir la salud mental en su área de influencia. Por ser pueblos en condiciones geográficas desfavorables, es recomendable utilizar el medio radiofónico para difundir programas en los cuales se alerte a las familias de los problemas que puede originar la falta de comunicación entre sus miembros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Ares, P. (1990) *Mi familia es así: Investigaciones psicosocial*. La Habana: Ciencias Sociales.

Arteaga, M. y López, D. (1990). *Clínica familiar en familias con pacientes terminales*. Trabajo especial de grado de Licenciatura no publicado. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

Ayuso, I. y Ezquiaga, E. (1987). **Factores psicossocial y depresión:** Revista Chilene de Neuropsiquiatría. (25), 3-9

Billings, A. y Moos, R. (1982). **Family y envirovoments and adaptacion. A Clinically aplicable Typology:** American Journal of Family Therapy. 10(2).

Beeck , A. (1984). **The psychological tretment of depresión:** *a guide to the teory and practise of cognitive behavior the vapy.* New York: Free Press.

Calles, S. (1983). *Antología del Suicidio.* Maracaibo: Ediluz.

Cárdenas, R. (1985). **Estudios descriptivos del intento suicidio en pacientes atendidos en servicio de urgencia en el hospital regional de Talca.1982 - 1984:** Revista Chilena de Neuropsiquiatría. (23), 97 - 110.

Coordinación Regional de Epidemiología. (1996). **Registro de mortalidad general.** Mérida: Autor.

Cornman, B. (1989). **Investigación in mental health nuersing:** American Journal of family the rapy, 10 (3-4), 261-271.

Cortes, M. (1992). **La depresión artesanal del suicidio.** Ponencia Avejentada en el XV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana: México.

Couderc, U. (1987). **Estudios acerca del clima familiar en nuestra familias con hijos estudiantes universitarios.** Trabajo de ascenso. Universidad Simón Bolívar, Caracas.

Durkeim, E. (1897). **El suicidio un estudio psicológico.** Buenos Aires: Sehapiere.

Esis, J. y Stumpo, A (1992). **Clima familiar en familias con hijos adolescentes farmacodependientes.** Trabajo especial de grado de licenciatura no publicado. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

Fester, C. (1973) ***Depresivogenic behavior***: The american psychologist association, 28. (10)

Finol, T. y Villabos, H. (1992). *Proceso y productos de la investigación*. Maracaibo: Ediluz.

Franco, E. y Herrera, C. (1993). ***Relación entre el síndrome depresivo y clima familiar en ancianos institucionalizados y no institucionalizados***. Trabajo especial de grado de licenciatura no publicada. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

Freud, G. (1957). ***Mournigand melancholia***. 14 Londo.: The hogarth Preess.

Grisanti, A. (1988). ***Lecciones de derecho de la familia***. (4^{ta} ed.). España : (eds): Hermanos Vadell.

Grosman, D. Masterman, C. y Adamo, L. (1989). ***Violencia en la familia: la relación de pareja***. Buenos aires: universidad.

Hernández , R. y otros . (1978). ***Suicidio en Caracas***: Archivo Venezolanos de Psiquiatría, 24. (51), 23 -30.

Hernández, R. y Otros. (1991). ***Metodología de la investigación***. México: Mc gravo - Hll.

Inciarte, N. y Torres, M. (1992). ***Clima familiar y autoestima en adolescentes transgresores***. Trabajo especial de grado de licenciatura no publicado. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

Kaplan, H. y Sandock, B. (1987). ***Compendio de psiquiatría***. Barcelona, España: Salvat: (eds).

Lanyon, A. y Lanyon, J. (1978). ***Behavior the rapy: a clinical introducción***. California: Odalison wesley publishing company.

León, M. (1988). ***Clima familiar en familias que tienen hijos con y sin retardo mental***. Trabajo especial de grado de licenciatura. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

Lolas, F. Verdugo, B., y Castellón C. (1988). ***Relación entre hospitales verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida***: Revista Chilena de Neuropsiquiatra (26), 22 -25.

Mc Whinney, I. (1987). ***Introducción a la medicina familiar***. Mérida : Universidad de los Andes.

Marcaccio, B. y Silva, M. (1991). ***Clima familiar en familias con hijos autista***. Trabajo especial de grado con licenciatura no publicada. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

Méndez, H. (1978). Manual de procedimientos: ***Escala Graffar***. Caracas: Fundacredesa.

Meringer, K. (1952). ***El hombre contra si mismo***. Barcelona, España: Península.

Ministerio de la familia. (1994). ***Población total en situaciones de pobreza y pobreza externa***. Caracas: Autor.

Minuchin, S. (1979). ***Familias y terapia familiar***, (2^{da} ed.). México: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishuman, H. (1984). ***Técnicas de terapia familiar***. (3^{ra} ed.). Buenos Aires: Gedisa.

Moos, R. y Moos, B. (1981). ***Family enviroment escala manual***. Palo Alto: C.A. Consulting psychologist press.

Murphy, H. (1978). ***Depresión***: Tribuna Médica, III (675), 476.

Nejamen, E. y Quintero, M. (1989). ***Estudio comparativo del suicidio en las zonas marginales y residenciales del Distrito Maracaibo***: Trabajo especial de grado de licenciatura no publicado. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

Oficina Central de Estadística e informática,. (1990). ***Estimaciones y proyecciones de la población***. Caracas: Autor.

Organización Mundial de la Salud. (1990). ***Evaluación del suicidio en Venezuela.*** (8). Ginebra: Autor.

Padua, J. (1979). ***Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales.*** México: Fondo de cultura económica.

Pacheco, A. (1984). ***Ansiedad, pánico y suicidio.*** Barcelona, España: Danal.

Piedrola, L. (1991). ***Medicina preventiva y salud pública,*** (9^{na} ed.). Barcelona, España: Salvat medicina.

Poldiger, W. (1969) . ***La tendencia al suicidio.*** Madrid, España: Morata.

Prieto, D. y Bonilla, E. (1986). ***Aspectos psiquiátricos de pacientes con enfermedades de Huntington y sus descendientes:*** Estudio preliminar: Revisar de Investigaciones clínicas, 27 (3), 165 -201.

Rendón, R. (1984). ***Suicidio e intento de suicido en Caracas:*** Archivos venezolanos de psiquiatria y neurologia, 29 (61), 9-17.

Rolla, E. (1976). ***Familia y personalidad.*** Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rojas, E. (1984). ***Estudios sobre el suicidio.*** (2^{da} ed.). Barcelona, España: Salvat: (Eds.)

Satir, V. (1987). ***Relaciones humanas en el núcleo familiar.*** México : Pax.

Seligman, M. (1980). ***Indefensión en la depresión y muerte.*** Madrid, España: Debates.

Taboada, I. (1987). ***La depresión en la práctica medica.*** Caracas, Venezuela: (ed): Pacheco, A.

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LA DINÁMICA FAMILIAR
DEL SUICIDA EN EL MUNICIPIO SANITARIO MUCUCHÍES
DEL ESTADO MÉRIDA**

Torres, M.(1994). ***Clima familiar en familias con miembros que hayan sido víctimas de abuso sexual.*** Trabajo especial de grado de licenciado no publicado. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.

Universidad autónoma de Nuevo León (1990). ***Manejo de problemas médicos en el primer nivel de atención.*** Monterrey, Nuevo León, México: (ed.). Flores, A.

Villarreal, L. (1992). ***La incidencia del suicidio en los jóvenes.*** Ponencia presentada en el consejo Mexicano de Psiquiatría. Centro de integración juvenil, México.

Zabala, K. (1995). ***Climas familiares con hijos deficientes auditivos y en familias con hijos oyentes.*** Trabajo de especial de grado de licenciatura no publicada. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia.