

1. ¿Por qué es importante la investigación?

Esta investigación representa un aporte fundamental para comprender el profundo impacto que la crisis socioeconómica ha tenido sobre el bienestar psicológico de los venezolanos. En concreto, revelan índices de ansiedad, depresión e ideación suicida que señalan una preocupante realidad.

Asimismo, ofrecen el conocimiento necesario para transformar ese sufrimiento individual en oportunidades de sanación colectiva, de manera que se fomente entre la sociedad una mentalidad más saludable. Los hallazgos obtenidos en este estudio constituyen un llamado a la acción para diseñar políticas públicas efectivas, ampliar la atención psicológica y combatir el estigma asociado a los trastornos mentales.

2. Alcance y Población entrevistada

El proceso para realizar estos estudios se realizó en la Región Central: Miranda, La Guaira, Aragua, Carabobo y Distrito Capital. Se entrevistó a personas >15 años, comunidades marginadas y vulnerables e instituciones públicas, es decir, empleados y estudiantes.

3. Metodología

3.1 Tipo de Estudio:

Un estudio exhaustivo que empleó una metodología Mixta, ya que desde el aspecto cuantitativo se realizaron cuestionarios y por el área cualitativa se vieron tanto entrevistas como talleres, siendo de carácter exploratorio, ya que este tema en Venezuela no tenía investigaciones precedentes, se trataba de unas estadísticas totalmente desconocidas que luego serían implementadas desde la aspecto descriptivo para detallar patrones.

3.2 Sesgos controlados

- Anonimato: Códigos únicos evitaban identificar participantes.
- Capacitación del equipo: Supervisores corregían preguntas mal formuladas en campo.

3.3 Herramientas Empleadas para la recolección de datos

Software estadístico: Uso de SPSS o R (inferido) para análisis cuantitativo.

Backup físico: Formularios en papel se archivaron en FUNDACREDESA para auditorías.

4. Planificación y Ejecución

4.1 Instrumentos de Recolección:

Fase 1 (comunitaria): Visitas casa por casa en zonas prioritarias (ej. Charallave, Barrio El Nacional), con apoyo de líderes locales y estudiantes de psicología.

Fase 2 (institucional): Auto aplicación del cuestionario en universidades, hospitales y entidades públicas (ej. UCV, Hospital Ángel Larralde).

4.2 Fuentes de Datos:

Muestra: 7,180 encuestas válidas (ampliación del piloto inicial en La Vega con 177 personas).

4.3 Prueba Piloto:

Previo a de la aplicación del cuestionario digital, se ejecutaron dos pruebas pilotos durante Octubre 2024:

1. Comuna Belén Sueños de Chávez (Miranda): Para validar el cuestionario en comunidades vulnerables.
2. Personal de FUNDACREDESA: Ajuste técnico y logístico.

4.4 Capacitación del Personal para la Recolección de Datos:

El estudio contó con un equipo capacitado y multidisciplinario, constituido por: Psiquiatras y psicólogos, sociólogos y antropólogos, estadísticos y técnicos, estudiantes de psicología y líderes comunitarios. Todos ellos consolidaron una serie de componentes esenciales: Desde cómo aplicar el formulario en dispositivos móviles, cómo abordar temas sensibles (ej. violencia, suicidio) con confidencialidad y empatía, reaccionar ante crisis emocionales

durante las encuestas (ej. llanto o angustia al hablar de migración familiar) y evitar sesgos en preguntas abiertas (especialmente en las entrevistas a profundidad).

5. Factores de Riesgo

Edad:

Niños/adolescentes: Mayor exposición a estrés por entornos inestables (ej. hogares disfuncionales).

Adultos mayores: Aislamiento, enfermedades crónicas y dificultad para adaptarse a cambios.

Sexo:

Mujeres: Mayor reporte de depresión/ansiedad por roles de cuidado y violencia de género.

Hombres: Subdiagnóstico debido a estigmas ("ser fuerte") y menor búsqueda de ayuda.

Condiciones socioeconómicas:

Pobreza: Estrés crónico por inseguridad alimentaria, desempleo o vivienda precaria.

Baja educación: Limitado acceso a información sobre salud mental.

Migración

Duelo migratorio: Pérdida de redes de apoyo, identidad y familia.

Xenofobia: Discriminación laboral o social en el lugar de destino.

Falta de servicios públicos:

Acceso limitado a la salud: Sin atención psicológica o medicamentos.

Infraestructura deficiente: Inseguridad, cortes de luz/agua que generan estrés acumulativo.

6. Hallazgos

Prevalencia de síntomas y factores asociados. Altos índices de ansiedad, depresión, ideación suicida.

Resultados destacables de Recolección:

Alta participación: Gracias a talleres psicoeducativos y alianzas estratégicas.

83% no se siente "bien física y mentalmente.

Síntomas más reportados: insomnio (11%), fatiga (10%), pensamientos suicidas (6%).

Proceso de verificación

Durante el proceso de verificación, se realizó la revisión de manera aleatoria: 10% de las encuestas se verificaron para corregir errores. A su vez, datos cuantitativos como el porcentaje de personas de alguna de las áreas de estudio, se contrastaron con entrevistas cualitativas. Y se tomaron en cuenta las respuestas abiertas para categorizarlas temáticamente (ej. "duelo migratorio", "preocupación económica").

7. Alianzas

- Gobiernos locales: Alcaldías (ej. Santos Michelena en Aragua) facilitaron acceso a comunidades y espacios para talleres.

Universidades:

- UPTAMCA (Miranda) prestó tablets y apoyó con estudiantes de psicología en el levantamiento de datos.
- Universidad Marítima del Caribe permitió aplicar cuestionarios a estudiantes y organizó talleres.

Instituciones públicas:

- Hospital Ángel Larralde (Carabobo) y SUNAI autorizaron encuestas a empleados.
- PSUV (en Charallave) ayudó a convocar a la comunidad.

Empresas y organizaciones:

- BOLIPUERTOS (transportes) difundió el cuestionario entre trabajadores.
- FONDECO (Fondo de Desarrollo Comunal) apoyó en Carabobo con logística y talleres.

Experiencia Directa del Equipo en Campo

- Comunidades urbanas:
 - En La Vega (Caracas), la participación fue alta gracias al trabajo previo de Casa Petra Barreto (organización social con arraigo local).
 - En Charallave, la resistencia inicial se superó con visitas puerta a puerta en horarios vespertinos (cuando la gente estaba en casa).

8. Incentivos

Incentivos Directos

- Talleres gratuitos: Ej. taller "Resiliencia en tiempos de crisis" en Bucaral (Aragua).

- Atención básica: Vinculación de encuestas con chequeos médicos o entrega de medicamentos (ej. Ferrenorte, Miranda).
- Apoyo terapéutico: Consultas psicológicas gratuitas en alianza con instituciones como SUNAI y FONDECO.

Estrategias Psicosociales

- Testimonios comunitarios: Vecinos compartieron experiencias para generar confianza (ej. Barrio El Nacional).
- Enfoque grupal: Círculos de conversación previos a las encuestas (ej. La Guaira).
- Lenguaje accesible: Preguntas adaptadas (ej. "¿Se siente agobiado?" en lugar de "¿Tiene ansiedad?").

Adaptación Cultural

- Horarios flexibles: Visitas en horarios accesibles (ej. después de las 5 PM en Macarena Sur).
- Espacios familiares: Uso de casas de líderes comunales como sedes (ej. Brisas de Aragua).
- Figuras clave: Involucramiento de sacerdotes, maestros y líderes locales para legitimar el estudio.

Campañas de Sensibilización

- Radios comunitarias: Mensajes como "Hablar de salud mental nos fortalece" (ej. Santos Michelena).
- Material visual: Afiches con imágenes de vecinos y mensajes cercanos.
- Redes sociales: Historias de superación publicadas en blogs (ej. FUNDACREDESA).

Soluciones para Grupos Específicos

- Hombres jóvenes: Enfoque en "fortaleza emocional" (Carabobo).
- Adultos mayores: Apoyo de estudiantes para lectura de preguntas (Los Teques).

9. Experiencia de la recolección

Desafíos Comunes Durante la Recolección de Datos

Acceso a la población:

- Resistencia inicial: En Charallave y Barrio El Nacional, se superó con talleres y apoyo de líderes locales (ej. Brigadas de Articulación Comunal).
- Áreas remotas: En Macarena Sur y Bucaral, se usó transporte local y horarios diurnos.

Coordinación institucional:

- Burocracia en permisos: Se establecieron alianzas con alcaldías, universidades (UPTAMCA) y hospitales, ofreciendo talleres de salud mental a cambio de acceso.

Seguridad:

- En zonas conflictivas (ej. La Vega, Caracas), el equipo trabajó con líderes comunales para reducir riesgos.

Limitaciones técnicas:

- Falta de conectividad: 12.9% de los casos requirieron formularios en papel (luego digitalizados).
- Brecha generacional: Adultos mayores recibieron apoyo técnico de universidades (ej. UPTAMCA).

Caso Exitoso: Maracay (Aragua)

- Baja participación inicial se revirtió con:
 - Talleres de sensibilización y testimonios locales.
 - Jornadas médicas como incentivo.
 - Difusión en radios comunitarias.

Una de las limitantes principales es la falta de protocolos de seguridad digital para proteger datos

Resistencia y Receptividad

En la experiencia también se percibió que algunos participantes asociaron el cuestionario con "interrogatorios políticos" debido al clima de polarización en Venezuela. Otros evitaban preguntas sobre ideación suicida por estigma. Sin embargo, los talleres vivenciales (ej. en la Universidad Marítima del Caribe) ayudaron a desmitificar el tema de salud mental. El acompañamiento de estudiantes de psicología facilitó la empatía en comunidades como El Nacional.

Momentos Críticos

- Abordaje en instituciones:

En hospitales (ej. Hospital Ángel Larralde), el personal médico mostró recelo al ver el cuestionario como "una carga adicional".

Solución: Se negoció con directivos para realizar las encuestas en horarios flexibles y ofrecer talleres de autocuidado como incentivo.

Problemas técnicos:

- Fallas en la plataforma digital durante las primeras semanas retrasaron la recolección.
Ajuste: Se capacitó al equipo en solución de errores básicos y se establecieron protocolos de respaldo.

Lecciones Aprendidas

La confianza se construye con tiempo: En sectores como La Vega (Caracas), donde ya se había trabajado en 2023, la receptividad fue mayor gracias a relaciones previas.

La flexibilidad es clave: Adaptar horarios (ej. visitas en las tardes cuando la gente regresaba del trabajo) aumentó la participación.

El componente humano marca la diferencia: Encuestadores reportaron escuchar historias personales (ej. duelos por migración), Requirió manejo emocional adicional.

Se implementaron sesiones de desahogo para el equipo.

Incluir protocolos de seguridad desde el inicio.

Trabajar con actores locales para ganar confianza.

Capacitar en alfabetización digital y sensibilidad cultural.

Hallazgos Inesperados

Solidaridad en crisis:

En comunidades como Macarena Sur (Miranda), vecinos organizaron reuniones grupales para responder el cuestionario juntos, convirtiéndolo en un espacio de catarsis colectiva.

Demanda espontánea de ayuda:

Tras los talleres, muchas instituciones (ej. SUNAI) solicitaron atención psicológica permanente para sus empleados, evidenciando necesidades no cubiertas.

10. Planificación del Formulario: Bases y Adaptaciones

PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders):

- Instrumento estandarizado para detectar trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión) en atención primaria, adaptado por Banegas et al. (2003) en Latinoamérica.

Marco conceptual de la OMS (2022):

- Incorporó la definición de salud mental como bienestar integral (no solo ausencia de enfermedades), añadiendo preguntas sobre redes de apoyo y condiciones de vida.

Adaptaciones al Contexto Venezolano

- Inclusión de factores locales críticos:
- Se agregaron ítems sobre:
 - Migración familiar (ej. "¿Ha perdido contacto con seres queridos por la emigración?").
 - Crisis de servicios públicos (ej. "¿Cómo afectan los cortes de agua/luz a su estabilidad emocional?").
 - Impacto del bloqueo económico (validado en talleres previos con comunidades).
- Lenguaje accesible:
 - Se evitó la jerga médica. Ejemplo: En lugar de "¿Presentar anhedonia?", se preguntó "¿Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba?".

Además de las pruebas piloto y los hallazgos, los cuales dieron lugar a más preguntas y a su vez permitieron optimizar la plataforma digital para funcionar offline en zonas sin internet.

3. El contexto afecta los datos: En zonas con alta violencia (ej. Barrio Nuevo, Miranda), los reportes de ansiedad fueron subestimados por miedo a represalias.

¿Hubo disposición tecnológica para aplicar este documento?

Limitaciones

- Zonas sin internet: En Bucaral (Aragua) y Macarena Sur, se usaron cuestionarios en papel (12.9% de los casos).
- Brecha generacional: Adultos mayores en Los Teques necesitaron ayuda para usar tablets.

Soluciones

- Funcionalidad offline: La plataforma digital permitía sincronizar datos después en áreas con conectividad.
- Apoyo de universidades: La UPTAMCA prestó dispositivos a estudiantes para aplicar encuestas en El Nacional.

11. Sesgos de la respuesta

1. Subreporte de síntomas:
 - Causa: Estigma (ej. hombres en Valencia ocultando depresión).
 - Solución: Preguntas indirectas (ej. "¿Ha sentido que nada vale la pena?").
2. Deseabilidad social:
 - Caso: Empleados de instituciones públicas evitaban criticar condiciones laborales.

- Estrategia: Garantizar confidencialidad y anonimato.
- 3. Resistencia a participar:
 - Desconfianza política: En La Vega, se involucraron organizaciones neutrales (ej. Casa Petra Barreto).
 - Fatiga por encuestas: En Aragua, se ofrecieron talleres terapéuticos como incentivo.
- 4. Factores no controlados:
 - Autoselección: Participantes con mayor conciencia de salud mental.
 - Brecha urbano-rural: Datos sesgados hacia perfiles jóvenes en zonas rurales (ej. Bucaral).

12. Condiciones Socioeconómicas y su Impacto en el Estudio

Pobreza y acceso a servicios básicos:

Comunidades como Ferrenorte (Miranda): presentaban viviendas precarias y falta de agua/luz, lo que exacerba estrés y desesperanza.

Dato crítico: 52% de los encuestados declaró "no poder confiar en nadie" para resolver problemas, reflejando colapso de redes de apoyo.

Desempleo y economía informal:

Solo 37.5% de los encuestados tenía empleo formal.

Trabajadores por cuenta propia (27.9%) reportaron mayor ansiedad por inestabilidad financiera.

Migración familiar:

Las entrevistas cualitativas destacaron que la separación por emigración de seres queridos generaba duelos crónicos y depresión.

Bloqueo económico y sanciones:

Citado como factor estructural que limita acceso a medicamentos y servicios de salud mental (basado en Estudio y Defensa en Derechos Humanos, 2019).

2. Impacto en la Recolección de Datos

- Barreras materiales:

- En zonas como Macarena Sur (Miranda), la falta de internet obligó a usar cuestionarios en papel.

- Ejemplo: Solo el 12.9% de los encuestados en áreas rurales completó el formulario digital sin asistencia.

- Participación diferenciada:

- Personas en extrema pobreza (ej. Barrio Nuevo, Charallave) priorizaron necesidades inmediatas (alimento) sobre la encuesta.

- Solución: Se combinó la recolección con jornadas de atención médica básica para incentivar la participación.

3. Hallazgos sobre la Relación Pobreza-Salud Mental

- Correlación crítica:

- Comunidades con peores condiciones materiales (ej. Bucaral, Aragua) mostraron mayores porcentajes de:

- Ansiedad (37% con ataques de pánico).

- Depresión (28% con sentimientos de desesperanza).

- Excepción: Algunos grupos mostraron resiliencia pese a la pobreza, gracias a redes comunitarias sólidas (ej. Comuna Guaicamacuto, La Guaira).

- Acceso a tratamiento:

- Solo 18% consumía medicamentos para salud mental, muchos usando alternativas informales (remedios herbales).

Limitaciones por el Contexto Socioeconómico

- Sesgo de muestreo:

- Personas en situación de calle o trabajadores informales móviles fueron subrepresentados.

- Brecha digital:

- Adultos mayores y poblaciones rurales tuvieron menor participación en la fase digital.

Conclusión: El estudio demostró que la crisis socioeconómica es un determinante clave de la salud mental en Venezuela, pero también un obstáculo metodológico. Sus hallazgos exigen políticas que integren ayuda material (empleo, servicios) con atención psicológica.

Síntomas Asociados a la Crisis Económica

Problema Económico	Síntoma de Salud Mental	Prevalencia
-----	-----	-----
Desempleo	Pensamientos de fracaso/frustración	15%
Pérdida de ingresos	Preocupación constante por seguridad familiar	13.9%
Migración de seres queridos	Tristeza/desesperanza	28%
Falta de servicios básicos	Agitación/irritabilidad	6.8%

Grupos Económicamente Vulnerables

- Jóvenes (15–19 años):

- Mayor tasa de desesperanza (18.4%) por falta de oportunidades laborales/educativas.

- Mujeres:

- Sobrerrepresentadas en trabajos no remunerados (ej. cuidado del hogar), con altos niveles de fatiga crónica (10%).
- Adultos mayores:
 - Dependencia de pensiones insuficientes vinculada a ideación suicida (6% en este grupo).

13. Uso de Tecnología y Aplicaciones en la Recolección de Datos

1. Plataforma Digital Principal

- Aplicación móvil/tableta:
 - Se empleó un cuestionario digital implementado en dispositivos móviles para recolectar datos en campo.
 - Características:
 - Funcionamiento online y offline (para zonas sin internet, ej. Bucaral, Aragua).
 - Diseño adaptado del PRIME-MD (instrumento clínico para trastornos mentales).
 - Ventaja: Agilizó el procesamiento y redujo errores de digitación manual.
- Posible uso de KoBoToolbox:
 - En el primer informe (p. 16) se menciona un enlace a esta plataforma (<https://ee.kobotoolbox.org/x/1B2RW5VV>), sugiriendo su uso en fases piloto o para el diseño del formulario.

Adaptaciones por Limitaciones Tecnológicas

- Zonas sin acceso a tecnología:
 - En comunidades rurales (ej. Ferrenorte, Miranda) o con pobreza extrema, se usaron formularios en papel que luego fueron digitados por el equipo.
 - Dato: Solo el 12.9% de las encuestas en áreas rurales se completaron directamente en formato digital.

3. Seguridad y Protección de Datos

- Confidencialidad:
 - Los datos se almacenaron con códigos anónimos (no se vinculaban respuestas con identidades).

Retos:

En instituciones públicas (ej. Hospital Ángel Larralde), algunos empleados desconfiaban de la seguridad de la plataforma.

Solución: Explicaciones sobre el anonimato y permisos de las autoridades.

Experiencia del Equipo con la Tecnología

Capacitación:

Los encuestadores fueron entrenados para manejar la aplicación, incluyendo solución de errores básicos (ej. sincronización offline).

Problemas frecuentes:

Fallas de conexión en zonas montañosas (ej. Los Teques).

Dispositivos dañados o robados en áreas inseguras (no se reportaron casos, pero fue un riesgo considerado).

Comparación con el Estudio Piloto (2023)

Evolución tecnológica:

En la fase piloto (La Vega, 2023), se usaron principalmente cuestionarios en papel. Para 2024-2025, se prioriza lo digital, aunque con flexibilidad.

15. ¿Cuál fue la experiencia de la recolección de datos es decir, hubo apoyo de otras empresas para tener apoyo, hubo campañas informativas?

Apoyo de Otras Instituciones y Empresas

Alianzas claves:

- Gobiernos locales: Alcaldías (ej. Santos Michelena en Aragua) facilitaron acceso a comunidades y espacios para talleres.

Universidades:

- UPTAMCA (Miranda) prestó tablets y apoyó con estudiantes de psicología en el levantamiento de datos.
- Universidad Marítima del Caribe permitió aplicar cuestionarios a estudiantes y organizó talleres.

Instituciones públicas:

- Hospital Ángel Larralde (Carabobo) y SUNAI autorizaron encuestas a empleados.
- PSUV (en Charallave) ayudó a convocar a la comunidad.

Empresas y organizaciones:

- BOLIPUERTOS (transportes) difundió el cuestionario entre trabajadores.
- FONDECO (Fondo de Desarrollo Comunal) apoyó en Carabobo con logística y talleres.

Experiencia Directa del Equipo en Campo

- Comunidades urbanas:
 - En La Vega (Caracas), la participación fue alta gracias al trabajo previo de Casa Petra Barreto (organización social con arraigo local).
 - En Charallave, la resistencia inicial se superó con visitas puerta a puerta en horarios vespertinos (cuando la gente estaba en casa).

Zonas rurales:

- En Bucaral (Aragua), la falta de electricidad obligó a usar cuestionarios en papel y regresar días después para digitalarlos.
- En El Nacional (Miranda), estudiantes de psicología de la UPTAMCA acompañaron al equipo, lo que aumentó la receptividad.

Instituciones:

- En el Hospital Ángel Larralde, el director (Ing. Pedro Magdaleno) permitió aplicar cuestionarios durante jornadas laborales, pero algunos empleados temían represalias si respondían con sinceridad.

Desafíos y Soluciones Creativas

- Desconfianza política:
 - En algunos sectores, asociaban el estudio con propaganda gubernamental.
 - Solución: Involucrar a universidades y ONGs locales como garantes de neutralidad.

Limitaciones de tiempo:

- En BOLIPUERTOS, los trabajadores solo disponían de 10-15 minutos para responder.
- Adaptación: Se creó una versión reducida del cuestionario para estos casos.

- Inseguridad:

- En Barrio Nuevo (Miranda), el equipo debió salir antes del anochecer por riesgos de violencia.

Resultados de las Estrategias

- Éxitos:

- 7,180 encuestas válidas gracias a la combinación de métodos digitales y comunitarios.
- Talleres terapéuticos derivados del estudio (ej. en SUNAI y FONDECO) mostraron que la sensibilización generó demanda espontánea de atención psicológica.

- Lecciones aprendidas:

- La confianza se construye con actores locales (lideresas comunales, maestros, médicos).
- Las campañas deben ser bidireccionales: No solo informar, sino escuchar las preocupaciones de la gente antes de pedir datos.

Ejemplo emblemático: En Charallave, la combinación de talleres en la sede del PSUV + visitas casa por casa con líderes de Jabilitto logró una participación del 89% en esa zona.

17. ¿Cómo se organizaron los datos? (Si se contrató a alguien para recolectar los datos)

Flujo de Organización de Datos: Las encuestas eran aplicadas en tablets/ móviles se sincronizaban automáticamente con una base de datos central. Los Formularios físicos se transportaban a sedes de FUNDACREDESA para digitación.

Los Supervisores revisaban que no hubiera respuestas incompletas o incoherentes (ej. edad = "150 años").

- Criterios:
 - Eliminación de encuestas con >20% de preguntas sin responder.
 - Verificación de duplicados por código único anónimo.

3. Codificación:

- Respuestas abiertas (ej. "¿Qué lo hace sentir más ansioso?") se categorizaron temáticamente (ej. "economía", "familia", "salud").
- Datos cualitativos de entrevistas se transcribieron y analizaron con software (no especificado, posiblemente ATLAS.ti o similar).

4. Almacenamiento:

- Datos cuantitativos se organizaron en tablas (Excel o SPSS) con filtros por:
 - Variables sociodemográficas (edad, sexo, ubicación).
 - Síntomas de salud mental (frecuencia, intensidad).
- Datos cualitativos se archivaron en carpetas temáticas (ej. "Duelo migratorio", "Resiliencia").

Herramientas Tecnológicas

- KoBoToolbox: Usado probablemente para el diseño y recolección digital (evidenciado por el enlace en el informe).
- Software estadístico: Aunque no se nombra, se infiere el uso de programas como SPSS o R para análisis cuantitativo (por los gráficos y tablas presentados).
- Backup: Copias físicas de formularios en papel se almacenaron en archivos de FUNDACREDESA.

Control de Calidad

- Muestreo aleatorio verificado:

- 10% de las encuestas se revisaron aleatoriamente para confirmar precisión.
- Triangulación:
 - Datos cuantitativos se cruzaron con hallazgos cualitativos (ej. % de depresión vs. testimonios en talleres).
- Sesgos mitigados:
 - Para evitar subrepresentación, se aumentaron muestras en zonas rurales (ej. Bucaral, Aragua).

5. Desafíos en la Organización

- Limitaciones tecnológicas:
 - La lentitud en la digitación de formularios en papel retrasó el análisis en algunas zonas.
- Confidencialidad:
 - Aunque los datos eran anónimos, en comunidades pequeñas (ej. El Nacional) algunos participantes temían ser identificados por sus respuestas.

Conclusión: La organización de los datos fue un proceso sistemático pero flexible, adaptado a las realidades logísticas y culturales de Venezuela. La combinación de personal local, herramientas digitales y protocolos de validación permitió generar información confiable pese a las limitaciones.

Recomendaciones para futuros estudios:

1. Documentar explícitamente el software usado y los criterios de validación.
2. Capacitar a comunidades en manejo básico de datos para empoderarlas en la interpretación de resultados.
3. Publicar protocolos de anonimización para aumentar la transparencia.

Ejemplo destacado: En La Guaira, los datos recolectados por estudiantes de psicología se validaron en asambleas comunitarias, integrando perspectivas locales al análisis.

Principales afecciones mentales identificadas en el estudio

Trastornos de Ansiedad

- Prevalencia: 37% de los encuestados reportó haber sufrido ataques de pánico en el último mes.
- Síntomas clave:
 - Preocupación excesiva por la seguridad familiar (13.9%).
 - Agitación o inquietud (6.8%).
 - Preocupaciones constantes por la salud (10%).
- Causas asociadas:
 - Inseguridad económica.
 - Migración de familiares.
 - Crisis de servicios básicos (luz, agua).

Depresión

- Prevalencia:
 - 28% se sintió "desanimado(a), triste o sin esperanza".
 - 24% perdió interés o placer en actividades cotidianas.
- Síntomas físicos:
 - Fatiga o falta de energía (10%).
 - Trastornos del sueño (11% insomnio, 11.1% dormir en exceso).
 - Cambios en el apetito (7.1% poco apetito, 10.5% comer en exceso).
- Grupos más afectados:
 - Mujeres (62.1% de la muestra).
 - Jóvenes de 15 a 19 años (18.4% con 3+ síntomas graves).

Ideación Suicida y Autolesiones

- Prevalencia: 6% admitió pensamientos suicidas.
- Factores de riesgo:
 - Duelo por familiares emigrados o fallecidos.
 - Pérdida de empleo o recursos económicos.
 - Sensación de desamparo (52% no confía en nadie para pedir ayuda).
- Diferencias por edad:
 - Jóvenes (15-31 años) mostraron mayor riesgo que adultos mayores.

Trastornos del Sueño

- Datos clave:
 - 11% tuvo dificultad para dormir o mantener el sueño.
 - 11.1% reportó dormir demasiado (hipersomnia, asociada a depresión).
- Causas:
 - Estrés económico.
 - Condiciones ambientales (calor, cortes de electricidad).

Baja Autoestima y Sentimientos de Fracaso

- Prevalencia:
 - 15% sintió "falta de amor propio" o decepción consigo mismo.
 - 5.4% se sintió "fracasado(a) o frustrado(a)" casi todos los días.
- Relación con el contexto:
 - Desempleo y pérdida de proyectos de vida.
 - Comparación social (ej. familiares emigrados con mejor situación).

Dificultades de Concentración

- Prevalencia: 8.1% tuvo problemas para enfocarse en tareas cotidianas (leer, ver TV).

- Vinculado a:
 - Estrés crónico.
 - Depresión o ansiedad no tratada.

Factores Agravantes

1. Crisis económica:
 - Hiperinflación, desempleo (62.5% no tiene trabajo formal).
2. Migración familiar:
 - Familias separadas y duelos no resueltos.
3. Colapso de servicios públicos:
 - Falta de acceso a agua, luz o transporte aumenta el estrés diario.
4. Falta de acceso a tratamiento:
 - Solo 18% usaba medicamentos para la salud mental.

Comparación con el Estudio Piloto (La Vega, 2023)

Hallazgos similares:

Ansiedad y depresión fueron los trastornos más reportados.

Novedad en 2025:

Aumento de ideación suicida (de 4% a 6%) y trastornos del sueño (de 9% a 11%).

Fuente: Datos cruzados del informe FUNDACREDESA (2025), págs. 6-13.