

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos desde que nacen son frágiles y vulnerables, preponderantemente a daños físicos y psicológicos. Sin embargo, el problema inicia para su desarrollo posterior cuando no adquieren conductas adaptativas. La vulnerabilidad psicológica está influenciada por distintos factores como situaciones estresantes, que más adelante generan traumas, problemas familiares y en el caso de los adultos el desempleo, el estrés laboral, la inestabilidad económica (OMS, 2022) En este estado de desajuste, el comportamiento y el pensamiento se vuelven desorganizados y desorientados por la inundación emocional o por los intentos de prohibir o bloquear esas emociones del estado consciente. Por lo tanto, cuando los individuos se ven expuestos a estas situaciones que se perciben como amenazantes, están más vulnerables y tienen mayor probabilidad de desarrollar pensamientos autodestructivos o ideas suicidas (Soares, 2007).

La vulnerabilidad psicológica y la ideación suicida son sinónimos de preocupación por los efectos de la pandemia COVID-19 y la crisis económica, pero fue más en poblaciones vulnerables, que no logran manejar el estrés y los conflictos. Extrapolando esta situación en la actualidad los más jóvenes suelen ser más propensos a las vulnerabilidades psicológicas. Después de la crisis sanitaria mundial, Tarija presentó tasas alarmantes de suicidios evidenciando en la gente una condición de fragilidad emocional (Flores, 2023).

En un estado de vulnerabilidad psicológica hay mayor probabilidad de presentar signos de depresión, como la ideación suicida. Hay agentes estresores como la crisis económica, ante la cual una solución aceptable es el suicidio. Conocer los factores de vulnerabilidad psicológica e ideación suicida se convierte en un tema de interés para su estudio.

Un factor que compromete bastante al bienestar físico y emocional, y que está muy relacionado con la vulnerabilidad psicológica de las personas, son las ideas suicidas. Estas dejan en total exposición a las personas con una profunda sensación de desesperanza que puede intensificar los pensamientos de suicidio. Cuando una persona se siente abrumada por traumas, falta de apoyo social, dificultades económicas y no encuentra la manera de afrontarlo, las ideas suicidas parecerán la mejor solución a su sufrimiento (Hernández, 2018).

La depresión puede agravar e intensificar la vulnerabilidad, creando un círculo negativo donde las personas presenten un mayor sentido de desesperanza sobre su vida, el futuro y una mayor sensibilidad al rechazo. Es más probable que un adulto que ha sido despedido de su trabajo presente mayor vulnerabilidad psicológica que uno que tiene un trabajo seguro y estable. Según Ingram (1998), la depresión es el resultado de factores cognitivos y externos, que el individuo percibe como amenazantes y solo se puede diferenciar en su vulnerabilidad o no cuando ya ha experimentado situaciones de estrés, que activa un patrón depresogénico.

Los adultos afrontan el estrés de diferentes maneras y sus estrategias pueden variar según la personalidad, las circunstancias y los recursos disponibles. Algunos adultos recurren al consumo de alcohol, tabaco o alimentos poco saludables como una forma de lidiar con el estrés. Esto puede empeorar la situación a largo plazo, otros recurren a la evasión de problemas o el aislamiento social que, aunque proporcionan un alivio momentáneo, suelen agravar el estrés con el tiempo. Por lo general, cuando una persona es más vulnerable tiende a usar estrategias desadaptativas, debido a que carece de habilidades de afrontamiento en cambio, si las estrategias de afrontamiento son adaptativas disminuye la vulnerabilidad psicológica y las posibles ideas suicidas, que la persona pueda llegar a tener por el estrés (Lazarus, 1986).

La salud mental depende del nivel de bienestar psicológico contextual de cada persona, ya que este permite el desarrollo para hacerle frente a las dificultades que nos presenta la vida cotidiana, situaciones estresantes que puedan poner en riesgo nuestra vida. Por el contrario, si un individuo experimentan situaciones estresantes y se carece de bienestar psicológico, esta persona puede presentar una mayor cantidad de efectos negativos (Gaxiola, 2016). Por tanto, el bienestar psicológico es un factor esencial para adaptarnos en nuestro medio y manejar los conflictos de una manera positiva y adaptativa.

Es importante hacer un estudio de los factores de vulnerabilidad psicológica e ideación suicida que nos permitirá conocer que es lo que está afectando a los adultos que han sido afectados por la crisis económica. La vulnerabilidad psicológica y la ideación suicida se han visto influenciados por diversos factores: las dificultades económicas, condiciones biológicas, sociales, psicológicas; al ser pocos los estudios que se han generado con esta población y mayor la preocupación por la tasa de suicidios en nuestra región es de mucha relevancia conocer más a profundidad este fenómeno.

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Durante los últimos años ha tomado mayor relevancia nuestra salud mental y la preocupación por la misma, sin embargo, esta se ve comprometida por muchos factores que nos dejan vulnerables y que contribuyen al deterioro de nuestra salud mental y bienestar emocional. Por lo tanto, la vulnerabilidad psicológica está influenciada por distintos factores como situaciones estresantes que más adelante generan traumas, problemas familiares, en el caso de los adultos el desempleo, el estrés laboral y diversos factores ambientales (OMS, 2022).

Al estar vulnerables somos más propensos de llegar a presentar signos de depresión o conductas suicidas como lo es la ideación suicida; estos pensamientos son el primer paso en el camino del suicidio, ahí reside la importancia de estudiar aquellos factores que están involucrados con la vulnerabilidad psicológica y la ideación suicida. La depresión es una de las causas de intentos de suicidio, baja autoestima, problemas de conducta, consumo de sustancias y otros. Si no se tiene un afrontamiento positivo o adaptativo para sobrellevar el estrés hay mayor predisposición a presentar conductas suicidas (Flores, 2017).

Esta investigación tiene por objeto abarcar los factores de la vulnerabilidad psicológica, que serán definidos en lo posterior.

La vulnerabilidad psicológica se refiere a las *“características internas, latentes y estables de una persona que pueden facilitar la aparición de síntomas depresivos ante la presentación de estresores vitales”* (Hernández, 2018; p.75 cita a Ingram, Miranda, y Segal, 1998).

Para poder abarcar lo que engloba la vulnerabilidad psicológica se requiere delimitar las dimensiones del presente estudio, por esto es necesario estudiar las siguientes variables relacionadas con adultos que han sido afectados por la crisis económica: bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento, ideación suicida y depresión.

El aumento en la tasa de suicidios ha sido un fenómeno de investigación, y la ideación suicida es un indicador preocupante del mismo, El autor Aarón T. Beck (1979) conceptualiza la ideación suicida como aquellas ideas frecuentes que los individuos presentan y los pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, que ocupan un lugar central en la vida del sujeto, que planea o tiene deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente (Pérez, 2016; p. 254 cita a Beck et al. 1979).

Algunos factores como la inseguridad financiera, el aislamiento social, al aumento del estrés en los adultos que están siendo afectados por la crisis económica pueden afectar significativamente en su día a día y ser un motivo desencadenante de depresión, según Beck la depresión se la puede definir de la siguiente manera:

“una serie de errores cognitivos, producto de un procesamiento de información inadecuado que generan pensamientos negativos, y estos se encuentran apoyados por unas creencias centrales, por lo general, de minusvalía e indefensión, permitiendo la presencia de un proceso en donde el individuo desarrolla una visión negativa de sí mismo, de los demás y del futuro” (Hernández, 2018, p.82 cita a Beck, 1967).

La incertidumbre económica suele llevar a las personas a tener un nivel elevado de ansiedad, para otros genera un entorno social y comunitario en el que prevalece el estrés y la tensión, ante estas situaciones para manejar el estrés o la ansiedad se suelen usar estrategias de afrontamiento. Para Lazarus y Folkman (1986) *“el afrontamiento no es un estilo de personalidad constante, sino que, por el contrario, está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas”* (Cassaretto et. al, 2003, p.369 cita a Lazarus y Folkman, 1986).

Factores como el bienestar psicológico determinaran si la persona es más propensa o vulnerable psicológicamente a los conflictos que la vida nos presenta, tales como la inseguridad económica, el desempleo que son una fuente de estrés; al tener en orden los gastos e ingresos y no contar con deudas las personas pueden tener una mejor salud física y mental (Intituto BBVA de Pensiones, 2023). De lo contrario, estas situaciones estresantes pueden poner en riesgo la

vida de las personas, más aun si se carece de bienestar psicológico, hay una mayor probabilidad de presentar efectos negativos (Gaxiola, 2016). Para esto, es necesario comprender que al bienestar psicológico, Ryff (1995) conceptualiza como:

“El producto de una evaluación valorativa por parte el sujeto con respecto a cómo ha vivido. Además, sostiene que el bienestar psicológico es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo” (Del Valle, 2015; p.7 cita a Rydd,1995).

A nivel internacional se tienen numerosos destacan:

En un estudio realizado en Brasil titulado “Factores protectores y de vulnerabilidad de la salud mental de los trabajadores municipales: un estudio transversal” Se concluye:

La satisfacción laboral se destacó como un factor protector de la salud mental de los trabajadores. Por otro lado, la vulnerabilidad psicológica emergió como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos, ansiedad, estrés y agotamiento de los trabajadores. En este estudio, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la resiliencia, la alfabetización en salud mental, el número de horas de trabajo y los diferentes componentes de la salud mental (síntomas depresivos, ansiedad, estrés y agotamiento), lo que no está en línea con un cuerpo significativo de la literatura en estas áreas. Sin embargo, es interesante reflexionar sobre la posibilidad de que una mayor alfabetización en salud mental pueda facilitar la identificación de signos y síntomas relacionados con la salud mental, probablemente alentando a las personas a reportar estos problemas con mayor frecuencia. Con respecto al número de horas de trabajo, planteamos la hipótesis de que la satisfacción laboral puede superponerse con esta variable, percibida por los trabajadores como un factor más importante en su salud mental.

Este estudio aporta una contribución sustancial a la teoría sobre la salud mental laboral, ya que plantea el debate sobre la importancia de la satisfacción laboral frente al número de horas trabajadas. También indica que la resiliencia, incluso combinada con otras variables, podría no ser suficiente para garantizar una buena salud mental. Por lo tanto, estos hallazgos podrían impulsar nuevas investigaciones que los corroboren o refuten. Además, estos hallazgos contribuyen a la práctica, incentivando a los responsables de la toma de decisiones a actuar con base en la nueva y valiosa información para desarrollar políticas más efectivas de promoción de la salud mental en el entorno laboral.

Los resultados del estudio brindan una excelente oportunidad para avanzar en la comprensión de los factores que influyen en la salud mental de los trabajadores en un contexto específico, lo que puede fomentar una mejor planificación de intervenciones específicas para promover la salud mental en el lugar de trabajo (Environ, 2022, p. 9).

En un estudio publicado en Perú: “Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes” concluye:

Factores asociados con la conducta suicida incluyen factores individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo, y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que

podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas. Los factores encontrados que podrían tener particularmente un fuerte efecto protector contra fenómenos suicidas serían: buena comunicación con miembros de la familia y la participación en actividades familiares (Vargas, 2012, p. 26).

En un estudio de Lima-Perú se realizó una investigación titulada: “Análisis bayesiano¹ de la ideación suicida en adultos peruanos” donde indica:

Existen factores de riesgo que probablemente condicionen las diferencias en cuanto a la IS. Estos factores pueden estar relacionados con la cultura o el nivel socioeconómico. En la cultura en particular, se ha evidenciado que la mayor prevalencia de mujeres con IS radica en países de Oceanía o África. En ese sentido, en Kiribati (36,3 %; IC: 95 %: 33,1-39,7) y Zambia (32,2 %; IC: 95 %: 29,2-35,4) la prevalencia fue mucho mayor que en otras naciones, lo cual pudiera deberse a la desigualdad de género, a los diversos tipos de violencia existentes (física, psicológica y sexual), a los limitados accesos a servicios de salud mental o al estigma asociado a la búsqueda de ayuda profesional. En cuanto al nivel socioeconómico, los que perciben ingresos económicos medios (odds ratio ajustados: 2,39, IC de 95 %: 1,17-4,87) y bajos (odds ratio ajustados: 3,06, IC de 95 %: 1,40-6,68) tienen más probabilidades de presentar IS. Estos hallazgos indican que el nivel socioeconómico pudiera estar influyendo significativamente en la presencia o ausencia de la IS en la población adulta general, y además sugiere que no solo los factores de salud física o psicológica son

¹ Bayesiano: es un tipo de análisis, que utiliza un método de inferencia estadística para actualizar la probabilidad de una hipótesis a medida que se obtiene nueva evidencia o información.

predominantes. Así pues, queda demostrado que la IS se debe a múltiples causas y no es un problema de una causa específica (Baños Chaparro, 2021, p. 1166).

Demostró que existen diferencias respecto a la IS según el sexo, con un predominio en las mujeres. Los hallazgos demostraron lo señalado en varias publicaciones acerca de que las mujeres son una población vulnerable y que necesitan un mayor apoyo por parte de los profesionales de la salud. En ese orden de ideas, los psicólogos y psiquiatras desempeñan un papel importante en el mejoramiento de la salud mental de los adultos (p. 1167).

A nivel nacional no se encontraron investigaciones sobre el tema, sin embargo, se rescataron las más parecidas.

En un estudio realizado en Cochabamba titulado: “Ideación suicida en personal de salud durante la pandemia del COVID-19; un problema desatendido en Bolivia” se destacó lo siguiente:

Los resultados más importantes para Bolivia reflejan que 95% de los participantes correspondían al sistema público de salud, el 51% de ellos comprendidos menores o igual a los 35 años; 33% con estudios con respecto a postgrado, 51% pregrado, 16% técnicos; resaltando que fue el único país que reportó personal con escuela primaria incompleta igual a 3%. En relación con la salud mental de los equipos de salud, Bolivia ocupó el 2.º intervalo más alto, siendo Colombia que ocupó el nivel más alto. Respecto a los síntomas depresivos, la sospecha de depresión en los participantes de Bolivia fue el más alto 29 a 36%; seguido de Chile 22 a 29%. Finalmente, y no menos relevante, la proporción de personal de salud con ideación suicida fue el más alto en Bolivia y Chile en comparación al resto de países de la región de LAC (14,7 a 17,90%). Entre los factores de riesgo más importantes resaltaron, la

necesidad de apoyo social, el estar preocupado porque los seres queridos contraigan COVID-19, los conflictos con familiares de pacientes con COVID-19, los cambios de funciones, la estigmatización por trabajar con pacientes con COVID-19 y haber experimentado violencia por trabajar con pacientes con COVID-19 (Mamani, 2022, p. 9).

Este estudio se realizó en La Paz, titulado: “Identificación de Factores de Riesgo para la Ideación Suicida en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, Gestión 2019” se resalta lo siguiente:

“Según la revisión de datos y el análisis correspondiente a la escala ISO-30 se determina el sexo femenino es el más predispuesto a presenta riesgo de ideación suicida en relación al sexo masculino y la edad más vulnerable a presenta riesgo está entre los 18 y 19 años y se determinó que otros factores asociados al riesgo en orden de importancia porcentual son: viven solos, solteros, estudiantes, no trabajan y sin hijos” (Lezano, 2021; pág. 56)

Otro estudio fue realizado en La Paz con el nombre de “Depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes de 16 a 18 años de edad, hijos de padres divorciados que asisten al centro de investigación, educación y servicios (CIES) de la ciudad de el Alto” arrojó los resultados siguientes:

En conclusión, los adolescentes que son hijos de padres divorciados o separados tienden a usar las Estrategias de Afrontamiento negativamente siendo las estrategias improductivas las más utilizadas por la mayoría de los adolescentes, por la cual presentan un alto nivel de Depresión Moderada poniendo en riesgo la calidad de vida de cada uno de los adolescentes. La depresión influye de gran manera a los adolescentes, siendo una de las causantes de intentos de suicidio, baja autoestima,

problemas de conducta, consumo de sustancias, etc. Muchos de los adolescentes no tienen un afrontamiento positivo en la que puedan sobrellevar problemas de diferente índole (Flores, 2017, p.151).

A nivel regional son pocas las investigaciones que se hicieron, sin embargo, entre las más relacionadas que se encontraron son:

Una investigación realizada en Tarija: “Características Psicológicas de Jóvenes Entre 18 A 25 Años que presentan Ideación Suicida en la Comunidad de Monte Méndez del Departamento de Tarija” donde:

Los jóvenes presentan una leve ideación suicida de manera que no manifiestan ideas o pensamientos suicidas, pero también tienen niveles entre moderado y alto, por lo cual puede deberse a estímulos internos o externos que influyen de manera significativa para cambiar nuestro pensamiento, y volvernos vulnerables antes situaciones inesperadas. Este es un tema complejo de asumir y asimilar debido a sus diferentes factores de riesgo, esto constituye a un grave problema de salud mental. En relación con él se puede establecer que sin importar que raza, sexo o edad tengas puedes padecer de ideación suicida (Flores, 2022, p.89).

Otra investigación realizada en la ciudad de Tarija, titula: “Factores asociados al riesgo suicida en jóvenes de la ciudad de Tarija” ofrece estos resultados

Se encontró que los jóvenes con riesgo suicida tienden a presentar niveles bajos de tolerancia a la frustración, tendencia a un nivel moderado de traumas infantiles y una impulsividad normal, con tendencia a alta” y también “se denota una prevalencia de riesgo suicida en un 59% en los jóvenes seleccionados. Asimismo, se encontró que los jóvenes varones presentan niveles leves de riesgo suicida a diferencia de las mujeres quienes tienden a presentar niveles moderados. Por su parte, los jóvenes que tienen 18

a 20 años y los que tienen de 21 a 23 años, presentan un nivel moderado de riesgo suicida, a diferencia de los jóvenes que tienen de 24 a 26 años de edad, los cuales tienden a presentar en mayor porcentaje un nivel leve (Samo, 2023, p.82).

Entre las investigaciones encontradas relacionadas con la vulnerabilidad y el manejo del estrés se encontró la siguiente: “Estrategias de afrontamiento, resiliencia y calidad de vida en padres de hijos con discapacidad que asisten al centro de rehabilitación física CERFI ANET de la ciudad de Tarija”.

Los resultados que se encontraron muestran que la mayoría de los padres de hijos con discapacidad presentan una "Escasa Resiliencia", lo que sugiere que un porcentaje significativo de los encuestados enfrenta dificultades para adaptarse y recuperarse de los desafíos y estrés relacionados con la discapacidad de sus hijos. Además, se encontró que los padres casados pueden sentir presión en la toma de decisiones compartidas, mientras que los padres solteros pueden enfrentar la falta de apoyo emocional y físico (Sivila, 2023, p.89).

La crisis económica en Tarija ha generado un impacto significativo en la población, afectando especialmente a la salud de los adultos, según los datos que proporciona la INE y el Ministerio de Salud y Deportes, entre el 2017 y el 2022 la tasa más alta de suicidios por cada 100.000 habitantes, en Tarija fue de 1070 mientras que el promedio en todo el país es de 490 (Angelo, 2024). Si bien se ha documentado el aumento de casos de suicidio, aún se desconocen los factores específicos que hacen a los adultos de esta región más vulnerables a la ideación suicida. Tomando en cuenta los datos presentados y la relevancia del tema se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de vulnerabilidad psicológica e ideación suicida en adultos afectados por la crisis económica de Tarija?

1.2. Justificación

Justificación científica

El tema de investigación sobre los factores de vulnerabilidad psicológica tiene relevancia científica debido al creciente número de casos de suicidios en el departamento de Tarija. En el año 2023 INTRAID registró más de 33 casos de intentos de suicidio; sin embargo, se sabe poco sobre los factores que predisponen a la vulnerabilidad, lo que pone en riesgo la salud física y mental de la población. Según la literatura hay la necesidad de investigaciones más profundas sobre el tema para llenar este vacío de conocimiento; sobre todo aquellos factores psicológicos que dejan vulnerables a las personas, tales como la ideación suicida, la depresión, niveles bajos de bienestar psicológico o estrategias desadaptativas frente al estrés que experimentan los adultos.

Según la OPS la salud psicológica y mental va más allá de la ausencia de trastornos mentales, por esto, resalta la importancia de hacer investigaciones desde distintos enfoques (OPS, 2020). Los hallazgos de esta investigación podrían contribuir a una mejor comprensión de la predisposición a la vulnerabilidad y para futuras investigaciones sobre efectos que pueden tener en la salud mental.

Justificación social

La tasa de suicidios en nuestro departamento es sumamente elevada y cada año va en aumento. Entre los años 2017 y 2022 se registra un promedio de 1170.6 mientras la media nacional es de 491, según el Ministerio de Salud y Deportes y el Instituto Nacional de Estadísticas. Los datos registrados de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC) indican que en Tarija los últimos meses del 2023 se registraron 92 suicidios y 23 tentativas de suicidio (Castillo y Rivera, 2023).

Los suicidios se han vuelto un problema social muy alarmante, por esto es necesario reducir sus números, aunque primero se deben identificar los factores que inciden en estas conductas. Como se había mencionado, uno de ellos puede ser el factor económico. A pesar que las mujeres son quienes más presentan conductas suicidas, los hombres se suicidan más, culturalmente se les enseña que ellos mismos deben aprender a resolver sus problemas y que no pueden, ni deben externalizar lo que están sintiendo, por esto el tema del desempleo y la pérdida

económica les afecta mucho (García, 2019). La salud mental de las personas afecta directamente en su capacidad para contribuir de manera productiva a la sociedad, lo que es especialmente importante durante y después de una crisis económica.

Justificación teórica

Este estudio promete un aporte teórico, ya que a través del cual se puede determinar los factores de vulnerabilidad psicológica que están presentes o si hay riesgo de suicidio en aquellos adultos que hayan sido afectados por la crisis económica. El estudio de la satisfacción con la vida permite conocer el bienestar y la calidad de vida que están llevando los adultos afectados por la crisis, cuando una persona no siente satisfacción con la vida se lo puede asociar con problemas de salud mental como la depresión. Otro aporte teórico son las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos, habilidades que desarrollan para manejar situaciones estresantes o desafíos en la vida. Cuando no hacen uso de ellas no hay una buena gestión del estrés, puede contribuir en las conductas desadaptativas, deteriorar las relaciones interpersonales, contribuir al aislamiento y otros. Por otro lado, el aporte teórico es conocer la intencionalidad suicida de este grupo de la población, cuando una persona se ve afectada por una crisis económica y no sabe cómo gestionar sus emociones, puede perder la motivación y llegar a tener ideas suicidas, por lo tanto, la evaluación de esta contribuye a identificar si hay riesgo de suicidio y que factores están influyendo a estos pensamientos. Y finalmente, medir la depresión nos dará información del estado emocional y mental de los adultos afectados por la crisis, la depresión como anteriormente se ha mencionado puede estar desencadenada por el factor económico y afectar a la capacidad de la persona para funcionar en su vida diaria.

Justificación práctica

Esta investigación tiene justificación práctica debido a que sus resultados pueden servir para identificar y prevenir pensamientos y conductas suicidas, también serviría a organizaciones o centros de salud mental para desarrollar programas de intervención que sean efectivos y aptos para adultos y que ayuden a reducir el índice de suicidios; para crear conciencia en las autoridades locales y fomentar el apoyo social creando empleos, proporcionando recursos adaptados para las circunstancias. Para aportar datos y perspectivas que pueden enriquecer estudios futuros sobre el impacto de la crisis económica en la salud mental.

2. DISEÑO TEÓRICO

2.1. Pregunta problema

¿Cuáles son los factores de vulnerabilidad psicológica e ideación suicida que presentan los adultos afectados por la crisis económica de la ciudad de Tarija?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Determinar los factores de vulnerabilidad psicológica: depresión, afrontamiento, bienestar e ideación suicida en adultos afectados por la crisis económica de Tarija

2.2.2. Objetivos específicos

1. Determinar los niveles de afectación por la crisis económica a partir de las necesidades básicas
2. Medir los factores de vulnerabilidad psicológica: depresión, afrontamiento y bienestar psicológico
3. Analizar la ideación suicida de los adultos afectados por la crisis económica

2.3. Hipótesis

1. Los niveles de afectación por la crisis económica son altos
2. Entre los niveles de los factores de vulnerabilidad se encuentra que: el nivel de depresión más frecuente en los adultos afectados por la crisis económica es moderado.

Las estrategias de afrontamiento que más predominan en los adultos afectados por la crisis económica la evitación cognitiva y la aceptación o resignación.

El nivel de bienestar psicológico de los adultos afectados por la crisis económica, es significativamente bajo.

3. El nivel de ideación suicida de los adultos afectados por la crisis económica, no es de riesgo.

2.4. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Crisis económica La crisis se define como “ <i>el punto de inflexión de un ciclo, el momento en que de la prosperidad se pasa a la recesión. Pero este fenómeno también implica una perturbación dramática de la vida de una sociedad</i> ” (Rapport, 2010; p. 9)	Necesidades fisiológicas	De origen biológico y están orientadas a la supervivencia del hombre.	Escala de necesidades básicas Autor: Adaptación: ESCALA POR ITEMS: Opciones:1,2,3,4,5 ESCALA POR VARIABLES: Bajo: 39 a 91 Medio: 92 a 143 Alto: 144 a 195
	Necesidades de seguridad	Orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección.	
	Necesidades de afiliación	Surgen de la necesidad de afecto, amor y pertenencia.	
	Necesidades de reconocimiento	Orientadas a la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás.	
	Necesidades de autorrealización	Es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica.	
Factores de vulnerabilidad psicológica: depresión, afrontamiento y bienestar psicológico.			
Depresión: Según Beck, las personas que experimentan depresión “ <i>presentan una serie de errores cognitivos, producto de un procesamiento de información inadecuado que generan pensamientos</i> ”	Síntomas cognitivos-afectivos	Tristeza	Inventario de depresión de Beck BDI-II Autor: Aarón Temkin Beck, 1967 ESCALA POR ITEMS: Intensidad: 0,1,2 y 3 ESCALA POR VARIABLES: Mínima de: 0-9
		Pesimismo	
		Fracaso	
		Perdida de placer	
		Sentimiento de culpa	
		Sentimiento de castigo	
		Disconformidad con uno mismo	
		Autocrítica	
		Desvalorización	
		Cambios de apetito	
		Pensamientos o deseos suicidas	
		Llanto	
		Agitación	
		Indecisión	

<i>negativos, y estos se encuentran apoyados por unas creencias centrales, por lo general, de minusvalía e indefensión, permitiendo la presencia de un proceso en donde el individuo desarrolla una visión negativa de sí mismo, de los demás y del futuro”</i> (Hernández, 2018, p. 82 cita a Beck, 1967)	Síntomas somáticos	Perdida de energía	Leve de: 10-16 Moderada de: 17-29 Severa de: 30-63
		Cambios en los hábitos del sueño	
		Irritabilidad	
		Dificultad de concentración	
		Cansancio o fatiga	
		Perdida de interés en el sexo	
Estrategias de Afrontamiento: <i>“Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como</i>	Análisis lógico (AL)	Intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias	Inventario de respuestas de afrontamiento (CRI-A) Autor: Rudolf H. Moos (1993). Adaptación por Kirchner y Forns, (2010) ESCALA POR ITEMS: Opciones: SN, GN, GS Y SS
	Reevaluación positiva (RP)	Intentos Cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que acepta la realidad de la situación.	
		Intentos conductuales para buscar información guía o soporte.	

<i>excedentes o desbordante s de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986; s.p.)</i>	Búsqueda de guía y soporte (BG)		ESCALA POR VARIABLES: SEGURO QUE
	Solución de problemas (SP)	Intentos conductuales para emprender acciones que lleven a solución directa de problema.	NO/SN: (0) GENERALMENTE NO/GN: (1) GENERALMENTE
	Factor 5 Evitación cognitiva (EC)	Intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema.	SI/GS: (2) SEGURO QUE SI/SS: (3)
	Aceptación o resignación (AR)	Intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución.	66 Considerablemente por encima del promedio 60-65 Bastante por encima del promedio 55-59 Algo por encima del promedio
	Búsqueda de recompensas alternativas (BR)	Intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.	46-54 Promedio 41-45 Algo por debajo del promedio 35-40 Bastante por debajo del promedio £ 34
	Descarga emocional (DE)	Intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos.	Considerablemente por debajo del promedio
Bienestar psicológico Ryff (1995), conceptualiza al bienestar psicológico como “ <i>El producto de una evaluación valorativa por parte el</i>	Autoaceptación	Satisfacción y aceptación de uno mismo, sus logros y vida que mantiene	Escala de bienestar psicológico de Ryff. Autor: Carol Ryff (1995). ESCALA POR ITEMS: 1,2,3,4,5 y 6
	Dominio del entorno	Habilidad para crear ambientes agradables y de óptimas condiciones	
	Relaciones positivas	Capacidad de establecer vínculos interpersonales cálidos y confiables	

<i>sujeto con respecto a cómo ha vivido. Además, sostiene que el bienestar psicológico es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo” (Del Valle, 2015, p. 7 cita a Ryff, 1995).</i>	Crecimiento personal	Búsqueda de un continuo desarrollo y mejora de su persona	ESCALA POR VARIABLES: Elevado: 176 o más Alto: 141 a 175 Moderado: 117 a 140 Bajo: menos de 116
	Autonomía	Capacidad de expresar y hacer respetar sus opiniones y decisiones	
	Propósito en la vista	Objetivos claros y consolidados acerca de su futuro.	
Ideación suicida: Beck las define como “Ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio, pero no ha hecho evidente el intento” (Pérez,	Actitud hacia la vida/muerte	Esta dimensión evalúa el enfoque general de un individuo hacia la vida y la muerte, capturando el deseo de vivir frente al deseo de morir. Las respuestas revelan qué tan fuerte es el deseo de vivir o la inclinación hacia pensamientos de muerte.	Escala de ideación suicida de Beck Autor: Aarón Temkin Beck, 1979 ESCALA POR ITEMS Opciones: 1, 2 y 3 ESCALA POR VARIABLES: Riesgo de suicidio: 1-38 Inexistencia de intencionalidad suicida: 0
	Pensamientos o deseo suicidas	Esta dimensión profundiza en la calidad y cantidad de pensamientos suicidas que una persona podría tener, a incluir la duración y frecuencia de estos pensamientos, así como la actitud del individuo hacia ellos. Además, la dimensión evalúa cómo estos pensamientos interfieren con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus	

2016, p. 254 cita a Beck, et al. 1979)		actividades diarias y mantener conexiones sociales.	
	Proyecto de intento de suicidio	Esta dimensión examina el grado de planificación de un intento suicida, analizando sobre la especificidad y accesibilidad del método considerado. La planificación detallada con un método accesible sugiere una alta intencionalidad y riesgo de ejecución real.	
	Realización del intento proyectado	Intento de suicidio Aquí se analiza el nivel de preparación física y mental que una persona ha llevado a cabo hacia un intento suicida. Estas acciones reflejan hasta qué punto la persona ha progresado del pensamiento a la acción.	
	Intentos previos del suicidio	Hace referencia a la historia de intentos anteriores y la intención asociada a estos. Los antecedentes de intentos previos se correlacionan con un mayor riesgo de futuros intentos, y entender la gravedad pasada puede guiar la evaluación clínica actual.	

	Factores disuasorios del intento activo	Analiza las resistencias internas o consideraciones externas que podrían disuadir a una persona de intentar suicidarse, como razones familiares, creencias religiosas, o el miedo a las repercusiones de un intento fallido. Cuanto más fuerte es la influencia de estos factores disuasorios, menos probable es que la persona avance hacia un intento, proporcionando un posible anclaje para intervenciones terapéuticas.	
--	---	--	--

3. MARCO TEÓRICO

Este capítulo está compuesto por el sustento teórico de la investigación. Para abordar el tema de estudio se desarrolló de manera gradual cada punto: las definiciones, los conceptos y las teorías relacionadas con las variables que se han tomado en cuenta en esta investigación. De esta manera, en la parte inicial se aborda el tema de la vulnerabilidad psicológica, y más adelante, se desarrolla cada una de las variables: ideas suicidas, depresión, estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico.

3.1. Vulnerabilidad psicológica

La idea central de esta investigación es la vulnerabilidad psicológica, para entender lo que es vulnerabilidad psicológica empezaremos definiéndola como *“características internas, latentes y estables de una persona que pueden facilitar la aparición de síntomas depresivos ante la presentación de estresores”* (Hernández, 2018; p.75cita a Ingram, Miranda, & Segal, 1998).

Barlow (2004), desarrolla la teoría de la triple vulnerabilidad, el modelo parte de la explicación de tres formas: la vulnerabilidad biológica generalizada, la vulnerabilidad psicológica generalizada y la vulnerabilidad psicológica específica; la primera que es de carácter hereditario como lo es el temperamento, al que se le atribuye las emociones negativas de manera que influye en el afrontamiento de situaciones estresantes.

El segundo tipo de vulnerabilidad está determinado por las experiencias y el aprendizaje de cada persona, se caracteriza por una penetrante sensación de impredecibilidad e incontrolabilidad en relación con estresores vitales y una percepción de incapacidad de afrontar circunstancias desafiantes. A su desarrollo contribuyen la experimentación temprana de vivencias estresantes o traumáticas (tales como violencia o abusos), así como también por estilos de crianza, por ejemplo, estilos parentales sobreprotectores.

Diversos estudios en animales han estudiado el rol de la falta de predictibilidad frente a los eventos estresantes y su relación con la manifestación de estrés, y depresión y en humanos se ha subrayado la importancia del rol de la “ilusión de control” y de los

estilos atribucionales. Y la última que está determinada por agentes estresores. Al combinarse estas tres hacen que las personas sean más propensas de algún trastorno emocional, como lo es la ansiedad y la depresión. (López, 2014 cita a Barlow, 2004, s.p.)

Otra definición de vulnerabilidad psicológica es la de Sivak (2008) como un conjunto de factores que pueden desencadenar o aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos, así como enfermedades somáticas bajo ciertas condiciones y en determinadas circunstancias (p.3)

3.2. Depresión

3.2.1. Definición de depresión

Según Beck, las personas que experimentan depresión poseen una serie de errores cognitivos, producto de un procesamiento de información inadecuado que generan pensamientos negativos, y estos se encuentran apoyados por unas creencias centrales, por lo general, de minusvalía e indefensión, permitiendo la presencia de un proceso en donde el individuo desarrolla una visión negativa de sí mismo, de los demás y del futuro, que él denominó triada cognitiva (Hernández, 2018; p. 82 cita a Beck, 1967).

3.2.2. Modelo cognitivo de Beck

El modelo cognitivo de Beck ha surgido después de varios años de observación e investigación, abordando un enfoque clínico y experimental se pudo desarrollar este modelo. Muchos investigadores se han basado en esta teoría cognitiva para explicar los trastornos depresivos. Este modelo cognitivo trabaja con tres conceptos muy importantes para explicar la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

En el modelo de Beck (2012), la triada cognitiva involucra tres tipos de pensamientos: el primer pensamiento es el pensamiento negativo sobre uno mismo en donde la persona se desvaloriza y atribuye lo que le pasa, a sus defectos. El segundo pensamiento es sobre el mundo que le rodea, aquí la persona interpreta que lo que le pide el exterior es demasiado para sí, percibe todo de una manera negativa y frustrante. Se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y finalmente, el tercer pensamiento es sobre el futuro próximo; la persona visualiza el futuro de una manera pesimista como si no hubiera esperanza para mejorar.

Según el autor, los esquemas han sido utilizados para explicar por qué el paciente tiende a martirizarse con pensamientos negativos incluso cuando hay factores positivos, dependiendo del grado de depresión que presente la persona determinará cuan negativos son sus pensamientos. Por otro lado, las personas depresivas tienden a presentar más pensamientos primitivos que maduros, es ahí que residen los errores cognitivos, ya que no procesan la información como normalmente lo hace una persona que no padece de depresión, estas personas *“tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc.”* (Beck, 2012; p.23).

3.2.3. Relación entre la depresión y la vulnerabilidad psicológica

Existe una estrecha relación entre la depresión y la vulnerabilidad psicológica, al presentar algún tipo de trastorno emocional como la depresión somos más propensos a estar más vulnerables y comprometer a nuestra salud mental.

Beck (2012) sostiene que los pensamientos negativos que evidencian los sujetos con depresión, manifestándose como recuerdos intrusos o sesgos de atención, pueden generar estados de ánimo negativos, y, si estos no son intervenidos de forma adecuada, pueden facilitar cada vez más que el individuo realimente sus procesos cognitivos permitiendo el desarrollo del trastorno (p.84).

La depresión puede hacerse presente cuando las personas se encuentran en un estado de vulnerabilidad haciendo frente a eventos estresantes; los mismos pueden generar pensamientos negativos, aunque no todo aquel que experimenta estrés puede caer en depresión, depende de las características y las experiencias vividas de cada individuo, la percepción que tenga del entorno y sus creencias o experiencias personales. Según el autor las experiencias tempranas de rechazo de los individuos generan el rechazo de sí mismos, estos esquemas disfuncionales dan lugar a la depresión o al enfrentarse a situaciones difíciles de manejar genera pensamientos negativos.

Este modelo fue diseñado para usarlo en la terapia cognitiva la cual ha sido comprobada como efectiva y se la usa para corregir las distorsiones de los esquemas y las falsas creencias que subyacen en estas cogniciones. El terapeuta ayuda a que el paciente reevalúe y cambie sus pensamientos que se presentan en situaciones irresolubles según la percepción del individuo (Beck, 2012).

3.2.4. Dimensiones de la depresión

En el modelo de Beck la depresión contiene dos componentes afectivos, pero en su versión más actualizada se redujo a dos: el componente cognitivo-afectivo y el componente somático los cuales están compuesto por un conjunto de síntomas característicos de la depresión.

a) Componente cognitivo-afectivo: Incluye síntomas tanto emocionales como cognitivos como la tristeza que ha experimentado la persona en las últimas dos semanas, el pesimismo, es decir, que tan desalentado esta la persona respecto a su futuro, otro síntoma es como se siente o percibe con respecto al fracaso, la perdida de placer que es cuando el individuo ya no disfruta de las actividades que antes disfrutaba, los sentimientos de culpa y de sentimiento de castigo que la persona cree merecer, se sienten disconformes y se critican con sí mismos, son especialmente duros consigo mismos, se desvalorizan, los cambios de apetito que experimentaron ya sea en aumento o disminución del mismo, pensamientos o deseos suicidas y el llanto (Beck, 2009).

- b) Componente somático:** Engloba síntomas físicos y funcionales como el de agitación cuando la persona está más tensa o inquieta de lo habitual, la indecisión en cuanto a la toma de decisiones, la pérdida de energía que es cuando la persona no se siente con las fuerzas suficientes para realizar sus actividades, cambios en los hábitos del sueño en donde se puede presentar el insomnio o dormir excesivamente, irritabilidad la persona se encuentra más sensible de lo normal, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y la pérdida de interés en el sexo (Beck, 2009).

3.3. Estrategias de afrontamiento

3.3.1. Definición de estrategias de afrontamiento

Los autores Lazarus y Folkman (1984) definieron las estrategias de afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas tanto internas como externas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de la persona”* (p.5).

Según Merle (2020) *“el afrontamiento son los pensamientos y comportamientos que la persona utiliza a menudo para responder a situaciones estresantes y disminuir la amenaza percibida de experimentar una enfermedad crónica”* (s.p.).

Para Carver (1989) el afrontamiento es un modo cognitivo que tiene el individuo para responder a situaciones adversas y adaptarse basándose en una serie de creencias y esquemas cognitivos.

3.3.2. Modelo de Lazarus y Folkman

El inventario de estrategias de afrontamiento o en sus siglas CRI-A (Coping Responses Inventory-Adult Form) se elaboró en base al modelo de Lazarus y Folkman (1986), quien tuvo un enfoque cognitivo-conductual, este no se limitó al enfoque del estímulo- respuesta, sino que fue más allá de ello para poder conceptualizar el estrés retomando el procesamiento de información y la evaluación cognitiva. En su modelo Lazarus parte del concepto de evaluación

y da por sentado que este es muy necesario en una teoría del estrés y afrontamiento, para el autor cada persona maneja el estrés de manera distinta, dependiendo de la vulnerabilidad de cada uno, es decir, el estrés es producto de la interacción entre el individuo y el entorno, por esto se debe tener en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por el otro. Según Lazarus (1986) “la evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que cambiante relación que se establece se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse” (p. 20).

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986) *“el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* (p.18). Es decir, que el estrés no es solo una respuesta automática ante un estímulo o situación externa, sino que depende mucho de la percepción de la persona, la misma que se verá influida por las creencias y experiencias personales, o dependiendo del contexto en el que se dé la situación estresante definirá si el sujeto compromete su bienestar o no.

3.3.3. Relación entre las estrategias de afrontamiento y la vulnerabilidad psicológica

Las estrategias de afrontamiento y la vulnerabilidad psicológica están ligadas de tal manera que, si una persona no dispone de los recursos necesarios, es decir, las estrategias de afrontamiento adaptativas para hacerle frente a los problemas, se verá amenazada por las consecuencias de ello. Según Lazarus la vulnerabilidad psicológica no viene determinada solamente por un déficit de recursos, sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias (Lazarus, 1986, p.40).

Las diferencias individuales que menciona Lazarus determinará la manera en la que responda cada individuo en situaciones estresantes, el grado de exposición ante cualquier fenómeno dependerá de cómo se aprendió a hacerle frente a los conflictos en los primeros años de vida. “Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos” (p.19). Si el

individuo ha adquirido mecanismos de defensa adaptativos, es decir, estrategias para afrontar el estrés puede no ver a los conflictos como estresantes y resolverlos sin verlos como una amenaza.

3.3.4. Dimensiones de las respuestas de afrontamiento

El inventario esta dimensionado de la siguiente manera:

- a) **Análisis Lógico (AL):** Son aquellos intentos cognitivos en donde el individuo se prepara mentalmente para las situaciones que pueden generar estrés y para sus consecuencias. En esta estrategia se busca la manera de solucionar el problema, trata de resolver de la mejor manera la situación que se le presenta.
- b) **Reevaluación positiva (RP):** Son los intentos cognitivos para reestructurar un problema desde una perspectiva positiva a la vez que se acepta la realidad de la situación. Lo que se espera es que el sujeto aprenda de las dificultades, identifique los aspectos positivos del problema, los atienda a través del optimismo, y que tienda a ver el lado positivo de las adversidades.
- c) **Búsqueda de guía y soporte (BG):** Se refiere a los intentos conductuales de buscar información de guía o soporte. Esta estrategia está orientada a buscar ayuda de otras personas, ya sea para pedir un consejo de un amigo, un familiar, un profesor u otras personas.
- d) **Solución de problemas (SP):** Hace referencia a los intentos conductuales para ejecutar acciones que lleven a la solución directa del problema. Esta estrategia está dirigida a resolver el conflicto, analizando desde diferentes puntos de vista u opiniones.
- e) **Evitación cognitiva (EC):** Son aquellos intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema. Esta estrategia, consiste en anular, rechazar o evadir aquellos pensamientos negativos, realizando cualquier tipo de actividad o pasatiempo que distraiga a la persona.

- f) **Aceptación o resignación (AR):** Se refiere a los intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve la solución. En esta estrategia la persona tiende a pensar que no puede hacer nada y se resigna a que ya no hay soluciones.
- g) **Búsqueda de recompensas alternativas (BR):** Hace referencia a los intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción. En esta estrategia la persona opta por hacer algo nuevo que recompense a la satisfacción que siente que ha perdido.
- h) **Descarga Emocional (DE):** Se refiere a los intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos. Para esta estrategia el individuo opta por enojarse o llorar como una forma de solucionar el problema

Las cuatro primeras estrategias están orientadas al problema por vía cognitiva y las cuatro últimas a evitar el problema a través de un afrontamiento conductual (Moos, 2022)

3.4. Bienestar psicológico

3.4.1. Definición de bienestar psicológico

Carol Ryff (1995) conceptualiza al bienestar psicológico como *“el producto de una evaluación valorativa por parte el sujeto con respecto a cómo ha vivido. Además, sostiene que el bienestar psicológico es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo”* (Del Valle, 2015p.7 cita a Ryff, 1995).

Por otro lado, el bienestar, se explica mejor, como un estado multidimensional de bienestar psicológico, bienestar subjetivo y bienestar social (Keyes, 2005).

Según Ortiz y Castro (2009) *“El bienestar psicológico es la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho”* (Canchari, 2019; p.10 cita a Ortiz y Castro, 2009).

3.4.2. Modelo de Carol Ryff

El modelo de esta autora forma parte de la psicología positiva, Ryff (1989) en un intento de unir distintas ideas sobre el bienestar psicológico propuso su modelo multidimensional del bienestar psicológico, el que recibió el nombre de “Integrated Model of Personal Develoment” que en su traducción refiere a “Modelo Integrado de Desarrollo Personal” y está compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y finalmente, crecimiento personal. En este modelo enfatiza el bienestar en el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos, auténticos y nos hacen crecer como personas (Romero, 2007).

Según Ryff y Keyes (1995), aquellos individuos que son conscientes de sus limitaciones, se sienten bien consigo mismos, mantienen relaciones saludables con los demás, desarrollan un sentido de independencia y suelen manejar su medio para satisfacer sus necesidades, tienen un propósito que les motiva a seguir esforzándose y desarrollan capacidades individuales, se considera que presentan bienestar psicológico (Gaxiola, 2016).

3.4.3. Relación entre bienestar psicológico y vulnerabilidad psicológica

El bienestar psicológico es uno de los componentes más importantes que influyen en el funcionamiento del ser humano, incluyendo las distintas áreas: personal, familiar, social, académico, entre otros. Cuando una persona que cuenta con un estado de bienestar psicológico desarrolla la capacidad para enfrentar el estrés cotidiano, trabajar de manera efectiva y contribuye a su comunidad. Además, que se considera que es un factor esencial para proteger la vulnerabilidad, es decir, que a mayor nivel de bienestar psicológico menor riesgo de estar vulnerable a cualquier evento. (Vergara, 2023)

Al experimentar un período prolongado de bienestar, se tiende a desarrollar la creencia de que este estado es permanente y que cualquier cambio, por mínimo que sea, representa una pérdida. Este ideal de bienestar puede llevar a establecer expectativas poco realistas sobre lo que la vida nos puede ofrecer y orillar a una baja tolerancia a la frustración, pues si no se cumplen estas expectativas aparecen sentimientos negativos como de decepción, frustración o

incluso tristeza. Esto puede ser especialmente desafiante cuando enfrentamos eventos negativos o cambios inesperados en nuestra vida.

El bienestar es un estado dinámico y fluctuante, no una condición estática, que presentemos sentimientos negativos no significa que se haya perdido el bienestar, sin embargo, en la sociedad actual, existe una presión por alcanzar un estado de bienestar constante.

3.4.4. Dimensiones del bienestar psicológico

La escala de Bienestar Psicológico (BP) evalúa seis dimensiones: autoaceptación, dominio del entorno, relaciones positivas, crecimiento personal, autonomía y propósito en la vida.

a) Autoaceptación

La autoaceptación evalúa el grado de conciencia de cada individuo, la aceptación de los valores y las limitaciones de sí mismo. La autoaceptación se considera parte importante de la salud mental, para un correcto desarrollo de la madurez. Una puntuación elevada en esta dimensión, expresa que una persona se acepta tal y como es, sus conocimientos, incluyendo sus fortalezas y debilidades. Una puntuación baja, denota que la persona está experimentando sentimientos de insatisfacción, decepción con lo que acontece y siente el deseo de ser diferente.

b) Relaciones positivas

Mantener relaciones positivas con otras personas implica mantener vínculos fuertes con significado social, de confianza con su entorno y poseer la habilidad de amar. Desde esa perspectiva, el aislamiento social, la soledad y la ausencia de apoyo social tienen impactos perjudiciales en la salud física. La relación positiva con los demás se refiere a la habilidad de sostener vínculos íntimos con otros, fundamentados en la confianza y la empatía; también está vinculado con el grado de preocupación por el bienestar de los demás. La capacidad para amar es considerada un elemento esencial de la salud mental.

c) Autonomía

La autonomía se refiere a la habilidad de preservar la singularidad del individuo en diferentes contextos sociales, manteniendo la autoridad personal e independencia constante. Esta dimensión se refiere al nivel en el que los individuos conservan su autonomía y autoridad personal, lo que conlleva la autodeterminación y la habilidad para resistir las presiones sociales. Cuando se obtienen puntuaciones altas en esta dimensión, se atribuye que la persona es independiente, capaz enfrentar y regular su comportamiento frente a las presiones externas, de evaluarse a partir de estándares personales y no colectivos. Por el contrario, una persona que saca puntuaciones bajas se la considera dependiente de las expectativas y evaluaciones de los demás. Sus decisiones las hace, dependiendo del que dirán y moldea su manera de pensar y actuar según las demandas sociales.

d) Dominio del entorno

El dominio del entorno es la habilidad individual para seleccionar o crear espacios apropiados para cada individuo, para gestionar e identificar circunstancias complicadas mediante el desempeño físico y mental, especialmente durante la adultez media (Ryff y Singer, 1998). También se la puede definir como la habilidad personal para seleccionar o crear áreas que satisfagan nuestras necesidades y anhelos. Cuando los individuos con una elevada habilidad para dominar su entorno poseen una mayor capacidad de dominio sobre el mundo y conservan la habilidad para aportar al entorno de su entorno (Ryff, 1989). Una puntuación alta en esta dimensión indica que la persona tiene la capacidad para crear o seleccionar entornos que le ayuden a satisfacer sus deseos y necesidades personales. Por el contrario, puntuaciones bajas, demuestran dificultades para manejar los asuntos que ocurren en su vida cotidiana, incapacidad para resolver conflictos y encontrar soluciones.

e) Crecimiento personal

Involucra una actividad de desarrollo eficaz y predominante de la potencialidad personal (Ryff y Singer, 1998). Rogers (1961) sostiene que las experiencias del ser humano permiten el desarrollo del “ser”. De acuerdo con esta perspectiva, Erikson (1963) lo explica a través de las metas o el constante cambio que definen cada etapa de la vida, como ser productivos o alcanzar una unificación emocional hasta la adultez. Un puntaje alto en esta dimensión indica que la

persona tiene sensación de estar en constante desarrollo, se percibe como alguien abierto a nuevas experiencias para seguir creciendo como persona; se puede notar un cambio a largo plazo en su forma de ser y de comportarse, esto refleja mayor autoconocimiento. En contraposición, puntuaciones bajas expresan una sensación de que no hay avance en su vida personal por más de que pase el tiempo, de estancamiento; por ende, no se sienten capaces de desarrollar nuevas actitudes o comportamientos; se muestran desinteresados por lo que están viviendo y lo viene en un futuro.

f) Propósito en la vida

El propósito en la vida es considerado como la búsqueda del sentido de vivir. También es definida como el reconocimiento de los objetivos y metas que tienen significado y otorgan el sentido y el propósito de la vida, en base a las experiencias del pasado y las que se darán en el futuro. Al obtener puntuaciones altas expresa que la persona tiene una visión a futuro, tiene metas y objetivos claros y bien definidos, y es consciente de lo que se está viviendo como de lo que ya ocurrió. Por otro lado, si las puntuaciones son bajas denota que la persona carece del sentido de vivir, es decir, que no comprende el significado de vivir, tiene pocas metas, tiene una visión negativa del pasado y le cuesta visualizar el futuro o algo que le dé sentido a su vida. (Vielma y Alonso, 2010).

3.5. Ideas suicidas

3.5.1. Definición de ideas suicidas

Las ideas suicidas son aquellos pensamientos negativos frecuentes sobre el tema de la muerte, el sujeto puede planificar y tener deseos de suicidarse. El autor la define como:

“Ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio, pero no ha hecho evidente el intento” (Pérez, 2016, p.254 cita a Beck, et al, 1979).

Otros autores definieron la ideación suicida de la siguiente manera:

“La ideación suicida entendida como los pensamientos sobre la propia muerte que puede llegar a tener una persona” (Núñez, et al. 2025 cita a Baños & Fuster, 2022).

Rascón et al. (2004) definen *“la ideación suicida en referencia a la pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona mientras que entienden el intento como el daño infringido con diferentes grados de intención de morir y de causarse lesiones”* (Cordellat, 2010; p. 6 cita a Rascón, 2004).

3.5.2. Modelo de Beck

Para comprender y explicar las ideas suicidas, Beck opta por su teoría de la triada cognitiva que de igual manera se usa para explicar la depresión en base a la vulnerabilidad, sin embargo, para entender las ideas suicidas solo es necesario centrarse en la triada cognitiva y no tanto en los esquemas ni en los errores cognitivos. La teoría cognitiva de Beck está conformada por tres tipos de pensamientos: una visión negativa de sí mismo, de su futuro y sobre el mundo en general, la que ahora es definida como la triada cognitiva (Beck, 2012).

Según la teoría de Beck la característica principal de las personas con tendencia al suicidio o con ideación suicida es el pensamiento exageradamente negativo del mundo que les rodea, de sí mismos y del futuro, es decir, que estos individuos sobreestiman la magnitud de los problemas minimizan los aspectos positivos y enfatizan aún más los negativos, encuentran a sus problemas como agobiantes e irresolubles, la única solución a sus problemas es acabar con su vida. No confían en su capacidad para resolver conflictos. Y finalmente, proyectan este cuadro de actitudes negativas hacia el futuro. El individuo que no presenta ideas suicidas, por su parte, le frustra no encontrar la solución a sus problemas, pero es más tolerante a ellos y sabe que en el futuro puede solucionarlos (Beck, 2012).

3.5.3. Relación entre vulnerabilidad psicológica e ideación suicida

Una persona que tiene ideas suicidas es más probable que sea vulnerable psicológicamente, aunque uno no es determinante del otro, hay mayor probabilidad de que estas ideas jueguen un papel importante de riesgo en la vida de la persona. Según Beck (1998), las personas antes de presentar depresión tienen un procesamiento inadecuado de la información lo que ocasiona pensamientos negativos, que se apoyan en las creencias centrales, de ser o estar indefensos ante el mundo y los demás, menospreciándose a sí mismos. Por tanto, al tener ideas negativas de sí mismo, de su entorno o de lo que le depara el futuro el individuo queda expuesto, es decir, vulnerable ante las situaciones que considere que no puede manejar o cualquier conflicto que lo perciba como agobiante.

Las personas que han presentado con anterioridad signos de alerta como los pensamientos o ideas suicidas, algún tipo de patología como la depresión o la ansiedad corren mayor riesgo de ejecutar el suicidio debido al estado de vulnerabilidad psicológica en la que se encuentran. Investigar la vulnerabilidad psicológica en el contexto de las ideaciones suicidas es esencial porque estas ideas pueden estar acompañadas por otros factores que, al combinarse, pueden agravar la situación de la persona, como es el caso de desempleo. Según Layard (2005), la inseguridad económica tiene efectos negativos en la felicidad por que deteriora las relaciones sociales en el entorno laboral y el autorrespeto, la felicidad disminuye más por el desempleo que por los ingresos que se dejan de percibir (Aparicio, 2016)

3.5.4. Dimensiones de la ideación suicida

De acuerdo al inventario de Beck, se trata de escala heteroaplicada que permite distinguir entre individuos que varían en su grado de la ideación suicida y cuenta con cuatro dimensiones, la actitud hacia la vida/muerte, los pensamientos o deseos suicidas, el proyecto de intento de suicidio y la realización del intento proyectado.

- a) **Actitud hacia la vida o la muerte**, refleja el deseo, las razones de vivir o de morir. Esta dimensión evalúa el enfoque general de un individuo hacia la vida y la muerte, capturando el deseo de vivir frente al deseo de morir. Las respuestas revelan qué tan fuerte es el deseo de vivir o la inclinación hacia pensamientos de muerte.

- b) **Pensamientos o deseos suicidas**, esta dimensión profundiza en la calidad y cantidad de pensamientos suicidas que una persona podría tener, a incluir la duración y frecuencia de estos pensamientos, así como la actitud del individuo hacia ellos. Además, la dimensión evalúa cómo estos pensamientos interfieren con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades diarias y mantener conexiones sociales (Beck, 1979).
- c) **Los proyectos de intento de suicidio**, esta dimensión examina el grado de planificación de un intento suicida, analizando sobre la especificidad y accesibilidad del método considerado. La planificación detallada con un método accesible sugiere una alta intencionalidad y riesgo de ejecución real. Por otro lado, en la realización del intento proyectado, se analiza el nivel de preparación física y mental que una persona ha llevado a cabo hacia un intento suicida. Estas acciones reflejan hasta qué punto la persona ha progresado del pensamiento a la acción.
- d) **Factores disuasorios del intento activo**, analizan las resistencias internas o consideraciones externas que podrían disuadir a una persona de intentar suicidarse, como razones familiares, creencias religiosas, o el miedo a las repercusiones de un intento fallido. Cuanto más fuerte es la influencia de estos factores disuasorios, menos probable es que la persona avance hacia un intento, proporcionando un posible anclaje para intervenciones terapéuticas.
- e) **Intentos previos de suicidio**, hacen referencia a la historia de intentos anteriores y la intención asociada a estos. Los antecedentes de intentos previos se correlacionan con un mayor riesgo de futuros intentos, y entender la gravedad pasada puede guiar la evaluación clínica actual.

3.6. Crisis económica

3.6.1. Definición de crisis económica

La crisis se define como *“el punto de inflexión de un ciclo, el momento en que de la prosperidad se pasa a la recesión. Pero este fenómeno también implica una perturbación dramática de la vida de una sociedad”* (Rapport, 2010; p. 9)

Según la RAE la crisis económica *“es un estado de reducción en la tasa de crecimiento de la producción de una economía o fase de baja actividad de un ciclo económico”* (Ramírez, 2019; p.3 cita a RAE,2019).

3.6.2. Modelo de Maslow

En 1943 Maslow propone su teoría de la motivación humana la cual tiene sus raíces en las Ciencias Sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica, a su vez, se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación la gestión empresarial, el desarrollo y comportamiento organizacional. En su postulado propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas, esta jerarquía se organiza identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a la importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad de estar razonablemente satisfecha se disparará una nueva necesidad (Colvin y Rutland, 2018).

La categoría de la pirámide de necesidades está compuesta por las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades de afiliación, necesidades de reconocimiento y necesidades de autorrealización.

3.6.3. Dimensiones

- a) **Necesidades fisiológicas:** son de origen biológico y están orientadas hacia la supervivencia del hombre; Cual se consideran como necesidades básicas incluyen la necesidad de respirar beber agua de dormir de comer de sexo de refugio.
- b) **Necesidades de seguridad:** orientadas hacia la seguridad personal el orden la estabilidad y la protección también incluyen la seguridad física, de empleo de ingresos y recursos, la seguridad familiar, de salud y contra el crimen de la propiedad personal.
- c) **Necesidades de afiliación:** es el afecto y pertenencia, estas necesidades están orientadas a superar los sentimientos de soledad y alienación, se presentan continuamente cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener familia de ser parte de una comunidad. Ser miembro de una iglesia o simplemente asistir a un club social.
- d) **Necesidades de reconocimiento:** a partir de estas surgen las necesidades de estima orientadas hacia el autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás, para sentirse seguros de sí mismo y valiosos dentro de una sociedad.
- e) **Necesidades de autorrealización:** el autor la describe como una necesidad de hacer lo que la persona nació para hacer es decir es el cumplimiento del potencial a través de una actividad específica de esta forma una persona que está inspirada para la música debe ser música, un artista debe pintar y un poeta debe escribir.

3.7. Investigaciones sobre el tema de estudio

En esta sección se incorporó aquellas investigaciones que refieren al tema de investigación, entre una de ellas se encontró una investigación: “Factores predisponentes de riesgo suicida en adultos: una revisión sistemática”, se revisó y analizó 44 estudios. Esta investigación tenía por objeto identificar los factores que se asocian al riesgo suicida en adultos durante los últimos diez años hasta el 2023.

Entre sus resultados se encontraron: en ese sentido, se encontraron diversas variables psicosociales asociadas al riesgo suicida. De relación directa, la más reiterativa fue la depresión, debido a que conlleva a un déficit en la percepción y decodificación de los estímulos emocionales y los estados mentales, lo que ocasiona apatía en el individuo y genera inactividad prolongada y conductas suicidas. Por tal motivo, se precisa que la depresión hace que las personas se sientan aisladas e ineficientes dando apertura a las emociones negativas, lo cual empeora el estado de ánimo y genera un mayor riesgo suicida.

Seguidamente, se precisa que las personas que presentan ansiedad tienen tres veces más probabilidades de tener ideación suicida que las personas sin el trastorno. Asimismo, la ansiedad puede surgir del miedo a adaptarse a un nuevo entorno, al estrés psicosocial y las presiones académicas y laborales, y esto puede provocar ideación e intento suicida. Por otro lado, específicamente, la ansiedad social presenta una relación significativa con las tendencias suicidas, a causa del aislamiento y desesperanza que muestran las personas por las escasas habilidades sociales, puesto que la persona, al no percibir una conexión social o sentido de pertenencia (pertenencia frustrada), presenta ni veles elevados de riesgo suicida.

Del mismo modo, los consumidores de alcohol tienen mayores probabilidades de presentar ideación suicida; no obstante, se debe considerar que el alcohol es utilizado por algunas personas como un mecanismo de afrontamiento para el manejo del estrés. Por otra parte, se señala que la relación del consumo de alcohol con trastornos de adaptación (depresión y ansiedad) aumenta significativamente la suicidalidad, puesto

que desarrollan una mayor impulsividad, falta de juicio y una propensión a comportamientos peligrosos (Nicho, et al. 2023, p.201).

En otra investigación titulada “Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad” esta investigación tiene por objeto identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad y los de alta letalidad.

Entre sus resultados se encontraron: Los trastornos del humor o del estado de ánimo son reportados en la literatura médica como un factor relevante asociado al acto suicida, frecuentemente ocupando el primer lugar. En esta investigación en relación a los trastornos del humor se encontró que estuvieron presentes la depresión mayor y la distimia: la depresión mayor mostró porcentajes mayores en el grupo de tentativa de alta letalidad, en cambio en la distimia los porcentajes más elevados se encontraron en el grupo de tentativa de baja letalidad. Ello puede explicarse por el hecho de que la depresión mayor, siendo un evento de mayor gravedad, es más factible que se asocie a intentos de suicidio de mayor letalidad. Por su parte en el caso de la distimia, por el hecho de ser un trastorno crónico, los intentos de suicidio pudieran ser menos graves (García, 2014, p.719).

En otra investigación que se asemeja a la presente investigación titulada “Factores de riesgo de la conducta suicida asociadas a trastornos depresivos y ansiedad” entre sus resultados se halló:

El principal hallazgo de este estudio es que en poblaciones clínicas la comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida, a

diferencia de estas condiciones por separado y que otros diagnósticos. Otro hallazgo importante es que los pacientes con intentos de suicidio y otros diagnósticos diferentes de la ansiedad y la depresión, presentan mayor carga familiar de conducta suicida que los pacientes con ansiedad y/o depresión, además éstos presentaron más trastornos de personalidad. El factor de riesgo más importante para los intentos de suicidio fue la depresión comórbida con ansiedad” y finalmente, la principal conclusión de este estudio es que en poblaciones clínicas la comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida que estas condiciones por separado y que otros diagnósticos. Asimismo, parece ser más importante que otros factores como la historia familiar de conducta suicida o condiciones adversas en edades tempranas. Para verificar estos resultados son necesarios estudios de seguimiento (prospectivos) en muestras clínicas que establezcan definitivamente el riesgo que tienen los pacientes con ansiedad y depresión comórbida de realizar intentos de suicidio y fallecer por dicho intento (Baca, 2014, p. 178).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Área a la cual pertenece la investigación

El presente estudio pertenece al área de la psicología clínica, debido a que esta se encarga de analizar y estudiar al individuo para su posterior diagnóstico y tratamiento, de esta manera también se puede prevenir futuras patologías. Su finalidad es identificar los factores que dejan expuestas a los adultos, siendo su unidad de estudio el individuo, por lo tanto, está estrechamente relacionada con la psicología clínica.

“La Psicología Clínica es un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros. El estudio del comportamiento por parte de la Psicología Clínica se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico, cara a identificar el trastorno, en analizar la condición psicopatológica, cara a una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, cara a remediar el problema y, en su caso, prevenirlo” (Consejo General de Colegios Oficiales, 2003, p.3)

4.2. Tipificación de la investigación

El carácter de la investigación es de tipo descriptivo, ya que se centra en identificar y caracterizar los factores involucrados en la vulnerabilidad psicológica. Su propósito principal es ofrecer una visión detallada y sistemática de las variables observadas, permitiendo comprender cómo se manifiestan en la población estudiada. Esta investigación no pretende establecer relaciones causales ni correlacionales entre las variables, sino describir sus características, frecuencia y posibles patrones de aparición, aportando información relevante para futuras investigaciones o intervenciones.

Por otro lado, es un estudio de tipo exploratorio puesto a que las investigaciones que se han realizado respecto a los factores que afectan en la vulnerabilidad psicológica en la región

tarijeña son escasas y tomando en cuenta una población adulta son inexistentes. También es exploratorio debido a que la muestra no alcanza al 10% de la población investigada, por lo que no se pueden generalizar los datos; sin embargo, sirven para familiarizarnos con un fenómeno que es desconocido.

En cuanto al tipo de estudio según el propósito o meta es de tipo teórico debido a que este tipo de estudio se enfoca en generar información y resolver dudas científicas. En esta investigación, se pretende conocer los factores que influyen en la vulnerabilidad psicológica, sin embargo, este estudio no pretende aplicar los resultados ni resolver ningún problema en específico.

Se utilizaron instrumentos cuantitativos, esto por su naturaleza numérica, validados a través de la estadística inferencial. Las preguntas que se hicieron para recaudar información han sido de tipo cerradas de acuerdo con la escala de Likert y los baremos que se utilizaron para interpretar han sido contruidos y comprobados en base a muestras significativas de la población.

Los tiempos se manejaron de acuerdo a un estudio transversal, es decir, los datos obtenidos de los sujetos fueron en un periodo corto de tiempo y no en un lapso y tiempo más extenso.

El elemento clave que define a un estudio transversal es la evaluación de un momento específico y determinado de tiempo, en contraposición a los estudios longitudinales que involucran el seguimiento en el tiempo. Tradicionalmente, los estudios transversales han sido considerados útiles para la determinación de la prevalencia de una condición, de ahí la sinonimia utilizada como estudios de prevalencia (Cvetkovic Vega, 2021, p.180)

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población indeterminada estuvo conformada por aquellos adultos que han sido afectados por la crisis económica en Tarija, se desconoce la cantidad exacta de la población debido a que no se tienen registros exactos de estas personas.

Las características de la población están expresadas en las siguientes variables:

a) Variable inclusión

- I. Personas que vivan en la ciudad de Tarija.
- II. Personas que estén experimentando crisis económica media o alta
- III. Personas mayores de 18 años (distribuidas en estos intervalos: 18-23, 24-29,30-35), abarcando solo la adultez temprana.

b) Variable exclusión

- I. Personas que no vivan en la ciudad de Tarija
- II. Personas que hayan renunciado a su trabajo
- III. Personas menores de 18 años y mayores de 35 años

c) Variables sociodemográficas

- I. Sexo: hombres y mujeres.
- II. Nivel educativo: a) Bachilleres o de menor grado; b) Universitarios; c) Profesionales a nivel licenciatura o más.

4.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 108 personas

El número de la muestra fue determinado a través de criterios particulares sobre el fenómeno estudiado y no a través de fórmulas. Si bien es verdad que la vulnerabilidad psicológica e ideación suicida son un fenómeno muy extendido en la sociedad, pero también es cierto que es un fenómeno difícil de abarcar debido al estigma y el tabú, que las personas tienen

sobre estos temas, por lo que suelen presentar mayor resistencia a hablar sobre el problema y, más aún, siendo un tema tan delicado y sensible.

En la presente investigación se empleó un procedimiento de muestreo no aleatorio. Esto debido a que no existe la información disponible para sacar al azar el número de personas que se requiere para la muestra. Por lo tanto, se empleó un criterio discrecional, que se logró a través de los informantes clave. Mediante estos criterios discrecionales se conformó una muestra proporcional según el sexo, el nivel educativo y la edad de los afectados por la crisis económica. Para hacer la selección se aplicó un cuestionario que contiene los datos necesarios para conformar la muestra

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. Métodos

Los métodos que se emplearon en esta investigación son los siguientes:

Método sintético: En la presente investigación se usó el método sintético, ya que este procedimiento se usa para priorizar las síntesis y conclusiones en relación al fenómeno que queremos estudiar. Por ejemplo, a los factores que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad de personas que atravesaron por una crisis económica, el grado de adaptación o inadaptación de un individuo en su entorno laboral, etc.

Método deductivo: Los datos recopilados durante la investigación fueron interpretados siguiendo la lógica del método deductivo, es decir, se hizo un análisis para conocer los resultados de la investigación, estas interpretaciones se realizaron con base a los baremos de cada instrumento.

Método de campo o naturalista participante: Se usa un método de campo cuando no se interviene en el ambiente natural del sujeto, no hay control de variables. Este método es utilizado en investigaciones para describir y analizar la relación entre variables sin que el investigador interfiera, sin embargo, como es poco ético observar a otras personas sin que estas lo sepan el

investigador participa haciendo preguntas sin interferir demasiado. La relación entre variables no busca establecer una causa y efecto en la investigación

Los métodos que se utilizaron para recoger información que contribuya a la consecución de los objetivos son:

Tests psicológicos estandarizados. Para responder a los objetivos que se plantearon en esta investigación, se utilizaron cuatro test estandarizadas, en respuesta al segundo y tercer objetivo, los mismos que han sido validados y cuentan con el grado de confiabilidad necesario.

Cuestionario. En respuesta al primer objetivo se utilizó el cuestionario de necesidades básicas, el cual ha sido validado.

4.4.2. Técnicas

Dentro de los métodos adoptados para cumplir con los objetivos, se eligieron ciertas técnicas pertinentes a las características de la población de estudio.

Los test psicométricos.- Los Tests que se emplearon en la presente investigación han sido estandarizados y permitirán obtener datos en base a escalas numéricas

- ✓ **Escala:** El instrumento para medir una de las variables, bienestar psicológico, es en base a una escala la cual es una técnica de cuantificación de ciertas capacidades psicológicas de un individuo que permite organizar la información en orden jerárquico. Las escalas son: nominales, ordinales, de intervalos y de razón o cociente.
- ✓ **Inventario:** Para evaluar a las demás variables como depresión, ideación suicida y estrategias de afrontamiento, se emplearon los inventarios, estos enlistan los datos obtenidos sin seguir un orden jerárquico y sus respuestas no son correctas ni incorrectas

4.4.3. Instrumentos

Los diferentes instrumentos que se emplearon en el estudio diseñado se los presenta a continuación dentro de una tabla resumen en función de los métodos, y técnicas a los cuales corresponden.

VARIABLES	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Crisis económica	Cuestionario	Escala	Escala de necesidades básicas
Depresión	Test psicológico	Inventario	Inventario de depresión de Beck BDI-II
Estrategias de afrontamiento	Test psicológico	Inventario	Inventario de respuestas de afrontamiento (CRI-A)
Bienestar psicológico	Test psicológico	Escala	Escala de bienestar psicológico de Ryff
Ideas suicidas	Test psicológico	Escala	Escala de ideación suicida de Beck (SSI)

Fuente: elaboración propia

A continuación, se describe la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que se emplearán en la presente investigación:

Escala de necesidades básicas

Autor: Abraham Maslow

Adaptada: Sarai C. Torrez

Objetivo del test: medir el nivel de crisis económica en base al postulado de Abraham Maslow

Historia de creación: Abraham Maslow, se asocia tradicionalmente con la psicología humanista, con un trabajo pionero en el área de la motivación, la personalidad y el desarrollo humano. En 1943, Maslow propone su “Teoría de la Motivación Humana” la cual tiene sus raíces en las ciencias sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica; a su vez, se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación, la gestión empresarial y el desarrollo y comportamiento organizacional (Reid, 2008). En su postulado propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía se organiza identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad (Colvin y Rutland 2008).

Las categorías de esta pirámide son las siguientes: Necesidades fisiológicas, son de origen biológico y están orientadas hacia la supervivencia del hombre; se consideran las necesidades básicas e incluyen cosas como: necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio. Necesidades de seguridad: cuando las necesidades fisiológicas están en su gran parte satisfechas, surge un segundo escalón de necesidades orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Dentro de estas necesidades se encuentran cosas como: seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud y contra el crimen de la propiedad personal. Necesidades de afiliación, afecto y pertenencia: cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y están orientadas, a superar los sentimientos de soledad y alienación. En la vida diaria, estas necesidades se presentan continuamente cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o simplemente asistir a un club social.

Necesidades de reconocimiento, cuando las tres primeras clases de necesidades están medianamente satisfechas, surgen las llamadas necesidades de estima orientadas hacia la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer estas necesidades, las personas se sienten seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. En este particular, Maslow señaló dos necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, maestría, independencia y libertad. Necesidades de auto-realización, son las más elevadas y se hallan en la cima de la jerarquía; Maslow describe la auto-realización como la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona "nació para hacer", es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica; de esta forma una persona que está inspirada para la música debe hacer música, un artista debe pintar, y un poeta debe escribir.

La adaptación de la escala se realizó bajo la supervisión de la docente Blanca Montaña experta en el área, esta escala pasó por varias revisiones y adaptaciones para su posterior aprobación. Se realizaron dos pruebas pilotos y se reelaboró algunos ítems.

Procedimiento y aplicación: La escala de necesidades básicas es fácil de utilizar, se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre cinco a diez minutos para ser completado. Las instrucciones son “Lea cada afirmación cuidadosamente y marque con una (x) la opción que mejor represente tu nivel de acuerdo con la afirmación: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Neutral, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo”

Descripción de los materiales: Para la aplicación de este instrumento se requiere del test impreso, lápiz y un ambiente cómodo para su aplicación, cuenta con 39 ítems que están repartidos en cinco categorías: necesidades fisiológicas, de seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización.

Categorías	Ítems
Necesidades fisiológicas	1-8
Necesidades de seguridad	9-16
Necesidades de afiliación	17-24
Necesidades de reconocimiento	25-32
Necesidades de autorrealización	33-39

Fuente: elaboración propia

Escala: Las opciones de respuestas son en base a un formato de escala Likert que van de uno a cinco, en una categoría de: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “neutral”, “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”. La interpretación se hace de acuerdo al puntaje total basándose en la siguiente tabla que contiene un rango lo que indica si el nivel de crisis es alto, medio y bajo. Puntuaciones mayores de 144 en el total señalan un nivel de crisis alto entre 144 y 195; medio entre 92 y 143 y bajo entre 39 y 91.

BAREMO	
Niveles	Puntuación
Bajo	39 a 91
Medio	92 a 143
Alto	144 a 195

Fuente: elaboración propia

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Autor: Aarón T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Objetivo del test: El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más

Historia de creación y baremación. El inventario de depresión de Beck fue desarrollado inicialmente en 1961 como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluables que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adapta a su situación, sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como una escala autoaplicada.

El BDI fue lanzado en 1961 posterior a eso se reemplazó por el BDI-IA en 1971, en ambas versiones se ha demostrado su alta confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. El inventario surgió en base a la observación clínica y a las descripciones de pacientes deprimidos y no deprimidos sistematizando en 21 ítems. Los ítems en el BDI-IA eran: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, descontento consigo mismo, culpa, castigo, disconformidad con uno mismo, acusaciones a sí mismo, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, exclusión social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somática y pérdida de libido.

En 1994 Beck y sus colaboradores iniciaron con una prueba piloto para el BDI-II en donde algunos ítems y enunciados fueron reformulados, por ejemplo, la autoacusación fue cambiada por autocrítica, cambio de imagen corporal, pérdida de peso preocupación somática y dificultad en el trabajo fueron reemplazadas por agitación, desvalorización, dificultad de concentración y pérdida de energía. si bien la administración puede realizarla un personal técnico las

puntuaciones deben ser interpretadas solo por profesionales con experiencia y entrenamiento adecuado. Finalmente, fue publicado en 1996.

El Manual no contiene baremos. La principal estrategia para la interpretación de una puntuación consiste en su comparación con tres puntos de corte y su clasificación en una de cuatro categorías. Sanz y Vázquez (1998) y otros adaptadores de la prueba, que figuran en la lista de referencias del Manual, ofrecen distintos baremos para las poblaciones general española y de estudiantes españoles universitarios.

Confiabilidad y validez. - Para conocer la fiabilidad del instrumento se hizo un estudio a 500 pacientes y 120 estudiantes en donde el coeficiente alfa para el BDI-II de los pacientes fue de 0,92 y de los estudiantes fue de 0,93 mismos que son más altos que el coeficiente encontrado en 1988 del BDI-IA. En cuanto a la consistencia, se aplicó dos veces el mismo test a 26 pacientes de Filadelfia con una diferencia de una semana entre sesiones, los resultados indicaron una correlación significativa de 0,93.

Procedimiento de aplicación y corrección. - El BDI-II es fácil de utilizar, se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre cinco y diez minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tomarse más tiempo en finalizar la prueba. Las instrucciones para el BDI-II son las siguientes “Elige las afirmaciones más características para ti en las últimas dos semanas, incluido el día de hoy” esto para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en base a una escala de cuatro puntos, de cero a tres, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen siete categorías.

Descripción de los materiales. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.

Síntomas cognitivos-afectivos	Tristeza
	Pesimismo
	Fracaso
	Pérdida de placer
	Sentimiento de culpa
	Sentimiento de castigo
	Disconformidad con uno mismo
	Autocrítica
	Pensamientos o deseos suicidas
	Llanto
Síntomas somáticos	Agitación
	Perdida de interés
	Indecisión
	Desvalorización
	Perdida de energía
	Cambio en los hábitos del sueño
	Irritabilidad
	Cambio de apetito
	Dificultad de concentración
	Cansancio o fatiga
	Perdida de interés en el sexo

Fuente: BDI-II Inventario de depresión de Beck

Escala. Es una escala de tipo Likert que cuenta con cuatro categorías de respuesta que van de cero a tres a excepción de los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen siete categorías y se las califica tomando al siete como el puntaje más alto y el cero como el más bajo.

La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems, si el evaluado ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos, cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total:

Nivel de depresión	Puntuación
Mínima	0-13
Leve	14-19
Moderada	20-28
Grave o severa	26-63

Fuente: inventario de depresión de Beck

Inventario de respuestas de afrontamiento CRI-A

Autor: Rudolf H. Moos

Objetivo del test: El inventario ha sido diseñado para identificar las estrategias que se utilizan para enfrentarse a situaciones estresantes o adversas.

Técnica: Test psicométrico (inventario)

Historia de creación y baremación. Entre los distintos modelos sobre el afrontamiento, ha tenido mayor predominio el de Lazarus y Moos y Schaefer. A partir de las propuestas de distintos autores, se ha organizado las estrategias de afrontamiento en dos grandes grupos: las que se encaminan al manejo del problema o las que se encaminan al control de las emociones y las que se dirigen al foco del afrontamiento o al método empleado (Moos, 1988, 1993 y 2005).

A partir de esto, es que existen diferentes instrumentos para evaluar las estrategias de afrontamiento ante el estrés, en su mayoría derivados de la teoría de Lazarus y Folkman (1984). Por ejemplo; el WCI, el COPE, el CSI, el Coping, el ACS y el CRI-A. cuenta con un baremo que categoriza según el sexo de los individuos

Confiabilidad y validez. Se ha realizado un estudio con una muestra de 805 sujetos para comprobar la fiabilidad y validez del instrumento, del cual se obtuvieron resultados satisfactorios con un coeficiente de cronbach de 0,85.

El análisis factorial identificó dos factores principales: aproximación y evitación, agrupándose las escalas como lo plantea el autor, con excepción de la escala Búsqueda de Gratificaciones Alternativas que satura el factor contrario al postulado teóricamente, coincidiendo esto con otros estudios. Estos resultados confirman que esta versión reúne condiciones psicométricas, adecuadas, para evaluar el afrontamiento en nuestro contexto.

Procedimiento de aplicación y corrección. La aplicación del CRI-A tiene dos formas de aplicar: el formato autoaplicado y el formato de entrevista estructurada, la modalidad va a depender de la naturaleza de la evaluación. Este instrumento es autocorregible, las respuestas del sujeto a los ítems de la prueba se copian en la página de corrección situada bajo el propio ejemplar, se cuenta con un tiempo de diez a quince minutos y está diseñado para adultos.

El CRI-A consta de dos partes, en la primera parte el sujeto debe describir el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Tras ello, se debe puntuar diez preguntas relacionadas con la valoración primaria de la situación estresante, en una escala Likert de cuatro puntos ('seguro que no', 'generalmente no', 'generalmente si' o 'seguro que si'). En la segunda parte, el sujeto debe contestar a 48 ítems en una escala Likert de cuatro puntos ('no, nunca', 'una o dos veces', 'bastantes veces' o 'si, casi siempre').

Para corregir la segunda parte de la prueba se debe sumar de acuerdo con los ítems, que corresponden a cada estrategia, como puede verse tanto en la hoja de respuestas como en la página de autocorrección, los ítems están distribuidos en 8 columnas. El valor mínimo para cada estrategia es de 0 y como valor máximo de 18. En caso, de que el sujeto considere que una pregunta no se aplica a su caso, se debe señalara con un NA (no aplicable) junto al número del ítem, siendo el caso, a la hora de sumar se debe corregir los valores tomando en cuenta el siguiente criterio:

- Si se ha dejado un ítem por responder, se multiplicará el sumario obtenido en la escala por 1,2.
- Si se ha dejado dos ítems por responder, se multiplicará el sumario obtenido en la escala por 1,5.
- Si se ha dejado tres o más ítems por responder, dicha escala no es evaluable.

Cuando ya se ha obtenido las puntuaciones directas de la parte dos de la prueba, para cada estrategia de afrontamiento se sacan los percentiles (PC) y las puntuaciones típicas (T) correspondientes. Para ello, en primer lugar, se escoge el baremo de acuerdo al género del sujeto evaluado, como se muestra en la tabla 1 y 2, y se marca con un círculo las puntuaciones directas obtenidas en cada escala, en el extremo izquierdo de la fila donde haya marcado la puntuación directa encontrará el percentil, y en el extremo derecho de la fila se encuentra la puntuación típica. Finalmente, deberá unir todas las marcas para representar el perfil del sujeto evaluado. Para la interpretación de los resultados del CRI-A en la primera parte se interpreta de forma cualitativa, y el evaluador debe valorar si el sujeto estaba preparado ante este problema, si tuvo tiempo para hacerle frente, si lo percibe como una amenaza o como un reto, si se atribuye la responsabilidad a sí mismo o a otros, etc.

En la segunda parte se analizan las estrategias utilizadas por el sujeto, y si estas son adaptativas o no en función al problema explicado, aquí se emplean las puntuaciones típicas y los percentiles obtenidos durante la corrección de la prueba, en base a la consigna de Moos (1993) que se muestra en la tabla 3

Tabla 1

PERFIL VARONES									
PC	PUNTUACIONES DIRECTAS								T
	AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE	
>99								18	>80
>99			18		18	18	18		80
>99			17		17	17	17	17	79
>99						16		16	78
>99			16		16		16		77
>99								15	76
>99							15	14	75
99	18	18	15	18	15	15	14	13	73
98	17	17	14		14	14	13	11-12	70
95	16	16	13		13	13	12	10	66
90	15	15	12	17	12	12	11	9	63
85				16	11	11			61
84	14	14					10	8	60
80			11	15		10			58
75	13	13	10	14	10		9	7	57
70		12				9	8		55
65	12		9	13	9			6	54
60		11				8	7		53
55	11			12	8			5	51
50	10	10	8		7	7	6		50
45				11				4	49
40		9	7			6	5		47
35				10	6				46
30	9	8	6		5	5	4	3	45
25		7		9		4			43
20	8		5	8	4		3	2	42
16	7	6							40
15		5	4	7	3	3	2	1	39
10	6	4	3	6	2	2	1	0	37
7	5								35
5	4	3	2	5	1	1			34
3	3	2		4					31
2	2	1	1	3					29
1	01	0	0	02	0	0	0		27

Fuente: CRI-A Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos

Tabla 2

PERFIL MUJERES V									
PC	PUNTUACIONES DIRECTAS								T
	AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE	
>99					18		18	18	>80
>99						18		17	80
>99					17	17		16	79
>99			18			16	16-17		78
>99									77
>99									76
>99									75
99	18	18	17	18	16	15	15	15	73
98	17	17	16		15	14	14	14	70
95	16	16	15	17	14	13	13	13	66
90	15	15	14	16	13	12	12	12	63
85			13		12	11	11	11	61
84	14	14							60
80			12	15			10	10	58
75		13			11	10			57
70	13	12	11	14	10		9	9	55
65						9		8	54
60	12	11	10	13			8		53
55					9	8			51
50	11	10	9	12	8	7	7	7	50
45									49
40		9	8	11	7		6	6	47
35	10					6			46
30	9	8	7	10	6	5	5	5	45
25		7		9					43
20	8		6		5	4	4	4	42
16	7			8					40
15		6	5	7	4				39
10	6	5	4	6		3	3	3	37
7	5			5				2	35
5	4	4	3	4	3	2	2		34
3	3	3		3		1	1	1	31
2	2	2	2		2				29
1	01	01	01	02	01	0	0	0	27

Fuente: CRI-A Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos

Tabla 3

Puntaje T	Descripción
66	Considerablemente por encima del promedio
60-65	Bastante por encima del promedio
55-59	Algo por encima del promedio
46-54	Promedio
41-45	Algo por debajo del promedio
35-40	Bastante por debajo del promedio
£ 34	Considerablemente por debajo del promedio

Fuente: CRI-A Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos

Descripción de los materiales. El instrumento cuenta con 58 ítems que se dividen en dos partes la primera en los diez primeros ítems y la segunda conformada por los 48 restantes que contienen las estrategias cognitivas y conductuales

Factor 1	Análisis lógico	Intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuentes
Factor 2	Reevaluación positiva	Intentos cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que se acepta la realidad de la situación.
Factor 3	Búsqueda de guía y soporte	Intentos conductuales para buscar información, guía o soporte
Factor 4	Solución de problemas	Intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema
Factor 5	Evitación cognitiva	Intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema
Factor 6	Aceptación o resignación	Intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se ve la solución.
Factor 7	Búsqueda de recompensas alternativas	Intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
Factor 8	Descarga emocional	Intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos

Fuente: CRI-A Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos

Escala. Las opciones de respuesta están basadas en una escala Likert. Para la interpretación se valora de forma cualitativa haciendo énfasis en la percepción del problema (un reto, una amenaza, responsabilidad propia, responsabilidad de otros). De esta forma se interpretará el grado de estrés percibido frente al problema.

La parte II de la prueba se interpreta teniendo en cuenta qué estrategia usa la persona evaluada con mayor preferencia y siestas son adaptativas en función del problema explicado. Para esto se utilizarán las puntuaciones directas y los percentiles de la prueba

Escala de bienestar psicológico de Ryff

Autor: Carol Ryff

Objetivo del test: el objetivo de esta escala es medir el nivel de bienestar general de una persona a partir de su satisfacción en diferentes áreas de su vida

Historia de creación y baremación. La escala de bienestar psicológico fue creada por Carol Ryff en 1995.

Confiabilidad y validez. Esta escala fue traducida por Díaz en 2006, en el análisis estadístico obtuvo una buena consistencia interna con valores de coeficiente de cronbach mayores o iguales que 0,70. Además altas correlaciones entre las escalas de ambas versiones autoaceptación 0,94 relaciones positivas 0,98 autonomía 0,96 dominio 0,98 crecimiento personal 0,92 propósito en la vida 0,98

Procedimiento de aplicación y corrección. El instrumento puede ser aplicado de manera individual o colectiva, su duración es de 20 minutos, la prueba está dirigida a adolescentes y adultos de ambos sexos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados de la escala. El evaluado cuenta con las instrucciones básicas para responder de manera acertada cada enunciado donde se presenta el modo cómo se comporta siente y actúa. Para esto no existen respuestas correctas o incorrectas; una vez que el evaluado haya concluido con la prueba se confirma que todos los enunciados han sido contestados para poder continuar

con la calificación. esta calificación se clasifica según las seis alternativas asignadas en todos los ítems correspondientes a cada dimensión. Se deben invertir los siguientes ítems: 17, 23, 15, 26 y 21 siguiendo la pauta de 1=6 2=5 3=4 4=3 5=2 6=1.

Descripción de los materiales. El cuestionario consta de 39 ítems que se reparten en 8 dimensiones, las cuales están representadas en el siguiente cuadro

Autoaceptación	Satisfacción y aceptación de uno mismo, sus logros y vida que mantiene
Dominio del entorno	Habilidad para crear ambientes agradables y de óptimas condiciones
Relaciones positivas	Capacidad de establecer vínculos interpersonales cálidos y confiables
Crecimiento personal	Búsqueda de un continuo desarrollo y mejora de su persona
Autonomía	Capacidad de expresar y hacer respetar sus opiniones y decisiones
Propósito en la vista	Objetivos claros y consolidados acerca de su futuro.

Fuente: Escala de bienestar psicológico de Ryff

Escala. Las opciones de respuestas son en base a un formato de escala Likert que van de uno a seis, en una categoría de: totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, muy de acuerdo, moderadamente de acuerdo, poco de acuerdo y totalmente en desacuerdo. La interpretación se hace de acuerdo al puntaje total basándose en la siguiente tabla que contiene un rango lo que indica si el bienestar psicológico es elevado, alto, moderado o bajo.

Puntuaciones mayores de 176 en el total señalan un BP elevado; entre 141 y 175 BP alto; entre 117 y 140 puntos BP moderado; e inferiores a 116 puntos BP bajo. Además del puntaje global es posible efectuar análisis en cada dimensión para considerar la predominancia de los afectos positivos sobre los afectos negativos, por cuanto el bienestar psicológico es un constructo multidimensional que comprende diferentes elementos de orden emocional y cognitivo.

GRADO DE BIENESTAR PSICOLOGICO	
Rango	Nivel BP
>176 pts.	BP Elevado
141-175 pts.	BP Alto
117 y 140 pts.	BP Moderado
<116 pts.	BP Bajo
Puntaje máximo total: 234 pts.	

Fuente: escala de bienestar psicológico de Ryff

Escala de ideación suicida de Beck (SSI)

Autor: Aarón Temkin Beck.

Objetivo del test: evalúa los pensamientos suicidas, mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir entre otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo

Historia de creación y baremación. La escala de ideación suicida de Beck (SSI), fue creada por Aarón Temkin Beck en colaboración con Kovacs y Weissman, esta prueba fue creada por la necesidad de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida. Este instrumento fue desarrollado en Estados Unidos a finales de 1970 debido a que fue en la década de los 70 fue de mayor interés para la psicología clínica desarrollar herramientas para evaluar trastornos mentales que estaban relacionados con el suicidio, aunque al principio fue desarrollado para pacientes adultos. Sin embargo, en 1991 se ha demostrado que también se puede aplicar en pacientes psiquiátricos adolescentes. La prueba identifica el riesgo suicida a través de cuatro dimensiones actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseo suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado.

Según la revisión de la literatura, el SSI, es el producto de años de investigación de manera que el instrumento fue desarrollado de manera gradual a partir de la observación de patrones comunes en los casos de suicidio, por el psiquiatra y profesor Aarón T. Beck junto a Kovacs y Weissman, crearon este instrumento que fue sometido a distintas pruebas en diferentes grupos. La prueba ha sido validada y revisada, y para poder utilizarla en otros países ha sido adaptada en 2006.

Confiabilidad y validez.- En el estudio sobre la fiabilidad realizado por los autores sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta con un coeficiente de 0.89-0.96 y una fiabilidad ínter examinador de 0,83. En cuanto a la validez, la correlación del ISS con el BDI es de 0.25-0.75. En un estudio prospectivo de cuatro años de duración, con 3700 pacientes en tratamiento psiquiátrico, la ideación suicida en el momento peor o de mayor crisis en la vida del paciente identificó mejor el riesgo suicida, que la ideación suicida en el momento actual y que la Escala de Desesperanza de Beck.

Procedimiento de aplicación y corrección.- La administración puede ser aplicada de forma individual o colectiva, la aplicación dura aproximadamente entre cinco a diez minutos para ser completada, solo es para personas a partir de los 17 años en adelante, mujeres y hombres de diferentes niveles educativos y profesionales, existen dos formas de aplicar la escala, una referida al momento de la crisis o al peor momento de la vida del paciente

Descripción de los materiales. El SSI es un instrumento heteroaplicado, se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de cero a dos puntos, los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados: Actitud hacia la vida y la muerte (ítems uno a cinco), las características de la ideación o del deseo de muerte (ítems seis a once), las características del intento planeado (ítems doce a quince) y la actualización de la tentativa (ítems dieciséis a diecinueve).

Actitud hacia la vida y la muerte	Deseo de vivir
	Deseo de morir
	Razones para vivir/morir
	Deseo de realizar un intento activo de suicidio
	Intento pasivo de suicidio
Pensamientos o deseos suicidas	Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)
	Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)
	Actitud hacia la ideación/deseo
	Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out
	Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)
Proyecto de intento suicida	Método (especificidad/planificación del intento contemplado)
	Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)
	Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento
	Expectativas/espera del intento actual
Realización del intento proyectado	Preparación actual para el intento contemplado
	Nota suicida
	Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)
	Engaño/encubrimiento del intento contemplado

Fuente elaboración propia

Escala. Cada uno de los diferentes factores se expresa en una escala de 0 a 2. La interpretación de la escala se realiza identificando el ítem que más refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no es necesario continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total. El rango de la puntuación total es de 0-38, la interpretación se hace en base a la siguiente tabla:

Puntuación	Interpretación
Igual o mayor a 1	Riesgo de suicidio
Puntuación total (máx.38):	

Fuente: Escala de ideación suicida

4.5 Procedimiento.

Las fases por las que atravesará la investigación son las siguientes:

4.4.4. Primera Fase: Revisión Bibliográfica y contactos con las instituciones y personas

vinculadas al estudio. Corriente psicológica adoptada. En esta fase se revisó la bibliografía existente referente al tema para poder sustentarlo. La investigación no tiene inclinación hacia una corriente psicológica determinada, es más un estudio con una posición ecléctica ya que se está empleando diferentes instrumentos, que son complementarios entre sí y no contradictorios.

4.4.5. Segunda Fase: Selección de los Instrumentos.

A cada variable se le asignó un instrumento con una validez y confiabilidad suficiente para utilizarlo, en relación con los objetivos planteados para el estudio. Los instrumentos seleccionados son los siguientes:

- a) Escala de necesidades básicas
- b) Inventario de depresión de Beck
- c) Inventario de estrategias de afrontamiento
- d) Escala de bienestar psicológico
- e) Escala de ideación suicida de Beck

4.4.6. Tercera Fase: Prueba piloto.

En esta fase se aplicó una prueba piloto con los instrumentos que se han seleccionado, se optó por una muestra reducida (cinco casos) para corroborar que los tests seleccionados respondan a los objetivos planteados.

4.4.7. Cuarta Fase: Selección de la Muestra.

En esta fase se empleó un muestreo intencional no aleatorio, seleccionado de manera estratégica para garantizar que los participantes cumplan con criterios específicos relevantes al objetivo del estudio. Para esto se identificó informantes clave que, por su conocimiento y experiencia, pudieron proporcionar

información profunda y detallada sobre la población de estudio. Estos informantes fueron seleccionados considerando su relación con el fenómeno investigado y su capacidad para aportar perspectivas significativas. Se tomó en cuenta a todos aquellos participantes que tuvieron la predisposición, interés en colaborar con el estudio y disponibilidad de tiempo suficiente para cumplir con las actividades programadas.

Además de los criterios previos, se tomó en cuenta a aquellos participantes que cumplieron con las características de inclusión (personas que viven en la ciudad de Tarija, personas que hayan sido despedidas de su fuente laboral hace un año o que hayan renunciado, personas mayores de 18 años).

4.4.8. Quinta Fase: Recojo de la información. En esta etapa para iniciar la recolección de la información, para ello todos los individuos debían comprender los objetivos, procedimientos, y alcances de la investigación, luego firmaron un consentimiento informado para asegurar un proceso ético y transparente, a continuación, se procedió con la aplicación de los diferentes instrumentos que ya se han seleccionado con anticipación y se organizó a cada uno según el orden de las variables inclusión. Se trabajó en un lugar con espacio suficiente, de manera que esto no influyera en sus respuestas tomando en cuenta la privacidad, accesibilidad y comodidad, se estableció un horario que se ajustaba a la disponibilidad de los participantes para recoger información lo más certera posible y suficientes a manera de cumplir con los objetivos que se han planteado.

4.4.9. Sexta Fase: Procesamiento de la Información. Una vez obtenidos los resultados se sistematizó la información a través de la tabulación en el programa SPSS para Windows, debido a que todos los instrumentos previstos son de naturaleza numérica. Los datos se expresaron en porcentajes y frecuencias, posteriormente, fueron interpretados en base a las teorías expuestas en el marco teórico, lo que posibilitó aceptar y rechazar las hipótesis planteadas.

4.4.10. Séptima Fase: Redacción del Informe Final. Al momento de concluir la investigación se procedió con la redacción del informe final donde se expuso de manera cuantitativa los datos obtenidos, con sus respectivos cálculos estadísticos, y su debida interpretación. El análisis y discusión de los datos está en estrecha relación con la información presentada en el marco teórico.

4.5. Cronograma

ACTIVIDA D	GESTIÓN 2024					GESTIÓN 2025									
	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	
Revisión Bibliográfica	X	X													
Prueba Piloto						X									
Selección de los instrumentos		X	X												
Selección de la Muestra				X	X										
Recojo de la información							X	X							
Procesamien to de la Información									X	X	X	X			
Redacción del informe final													X	X	

5. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado se analiza e interpreta los resultados obtenidos, a partir de la aplicación de los instrumentos utilizados durante el proceso investigativo, para responder a cada objetivo. La información se presenta en cuadros y gráficos, organizados según los objetivos establecidos en la investigación, los cuales incluyen variables como crisis económica, depresión, afrontamiento, bienestar psicológico e ideación suicida. Así mismo, se tomó en cuenta las características sociodemográficas de los jóvenes en relación con los datos obtenidos de dichas variables.

Con todos los datos recopilados, se pudo identificar el nivel de crisis económica, depresión, bienestar psicológico e ideación suicida y las estrategias de afrontamiento. Después de cada cuadro, se incluye una interpretación que describe los datos más relevantes. Finalmente, se contrastó los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas inicialmente, con el objetivo de confirmar o rechazarlas evaluando así la validez de lo propuesto en la investigación.

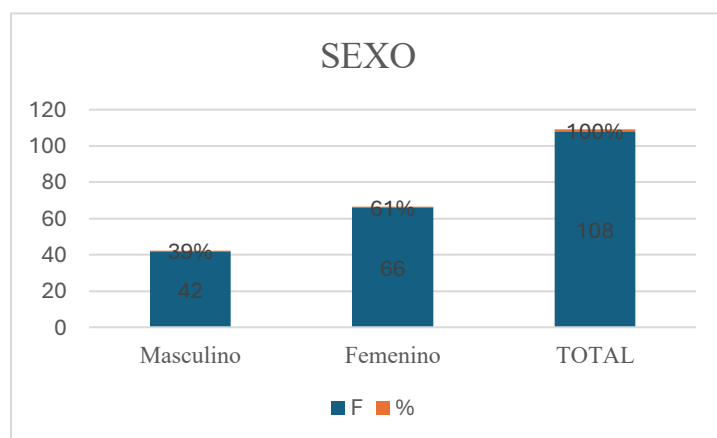
5.1. Variables sociodemográficas

Cuadro N°1

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	42	39%
MUJER	66	61%
TOTAL	108	100%

Fuente: elaboración propia

GRÁFICA N°1



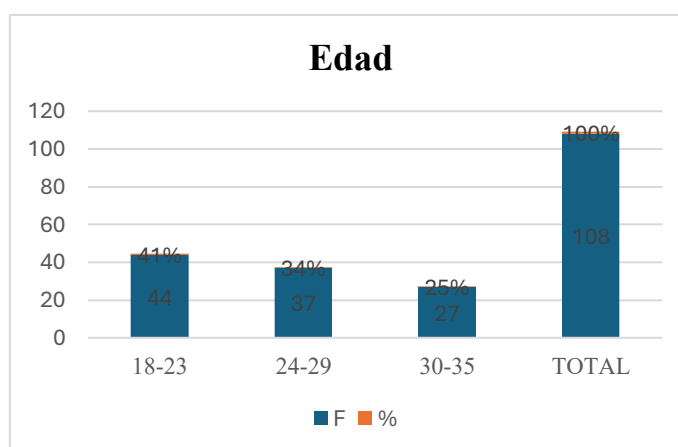
Fuente: elaboración propia

Una de las características sociodemográficas es el sexo, para dar respuesta a esta característica se muestra en el Gráfico N°1, donde existe una mayor predominancia sobre el sexo femenino (61%) y una menor predominancia por el sexo masculino (39%). Se puede observar que se tomó en cuenta como muestra poblacional a 108 personas que cumplían con los criterios de selección de la investigación.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-23	44	41%
24-29	37	34%
30-35	27	25%
Total	108	100%

Fuente: elaboración propia

GRÁFICA N°2



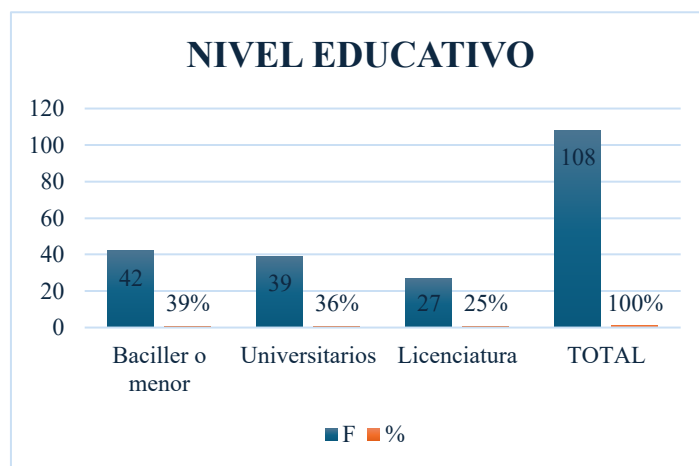
Fuente: elaboración propia

De acuerdo con los datos arrojados en este estudio existe mayor predominancia entre adultos con un rango de edad de 18 a 23 años (42%).

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Bachiller	42	39%
Universitario	39	36%
Licenciatura	27	25%
Total	108	100%

Fuente: elaboración propia

GRÁFICA N°3



Fuente: elaboración propia

En cuanto al nivel educativo los datos demuestran que el 39% de la muestra son bachilleres, seguido de un 36% a nivel universitario y finalmente un 25% a nivel licenciatura.

5.2. Primer objetivo específico

Determinar los niveles de afectación por la crisis económica

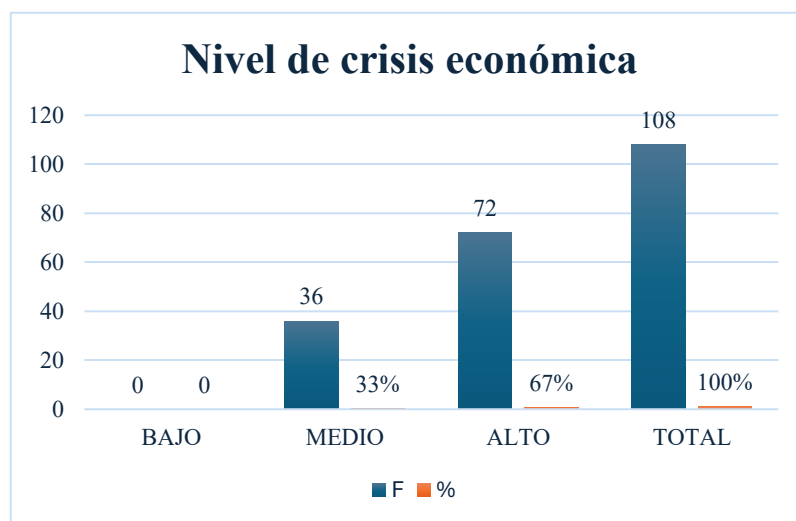
Cuadro N°4

Nivel de crisis económica	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Medio	36	33%
Alto	72	67%
Total	108	100%

Fuente: elaboración propia

GRÁFICA N°4. Cuestionario de necesidades básicas

Variable: crisis económica



Fuente: elaboración propia

Los datos presentados corresponden a la variable nivel de crisis económica, entendida como “*el punto de inflexión de un ciclo, el momento en que de la prosperidad se pasa a la recesión. Pero este fenómeno también implica una perturbación dramática de la vida de una sociedad*” (Rapport, 2010; p. 9).

Según los resultados, la mayoría de los participantes (67%) se encuentra en un nivel alto de crisis económica. Esto significa que enfrentan serias limitaciones para cubrir necesidades esenciales como alimentación, vivienda, salud o educación. Este nivel refleja una alta presión económica que puede generar estrés, ansiedad y afectar de manera significativa la salud mental y el bienestar general. Además, suele estar asociado a la falta de empleo estable, ingresos insuficientes o endeudamiento elevado.

En segundo lugar, el 33% de las personas presentan un nivel medio de crisis económica. Este grupo, aunque no enfrenta carencias extremas, pero si experimenta dificultades económicas moderadas que pueden afectar su calidad de vida, obligando a priorizar gastos y restringir ciertos bienes o servicios. Las personas en este nivel pueden sentirse vulnerables a un empeoramiento de su situación económica ante cualquier imprevisto, como pérdida de empleo o aumento en el costo de vida.

Por último, los resultados indican que no se identificaron adultos con niveles bajos de crisis económica en la muestra estudiada. Estos resultados muestran una realidad preocupante, ya que la totalidad de la población evaluada presenta algún grado de afectación económica, siendo mayoritario el grupo que vive en condiciones de crisis severa. Esto resalta la necesidad de implementar medidas de apoyo económico y programas que fortalezcan las oportunidades de empleo y la estabilidad financiera.

5.3. Segundo objetivo específico

Medir los factores de vulnerabilidad psicológica: depresión, afrontamiento y bienestar psicológico

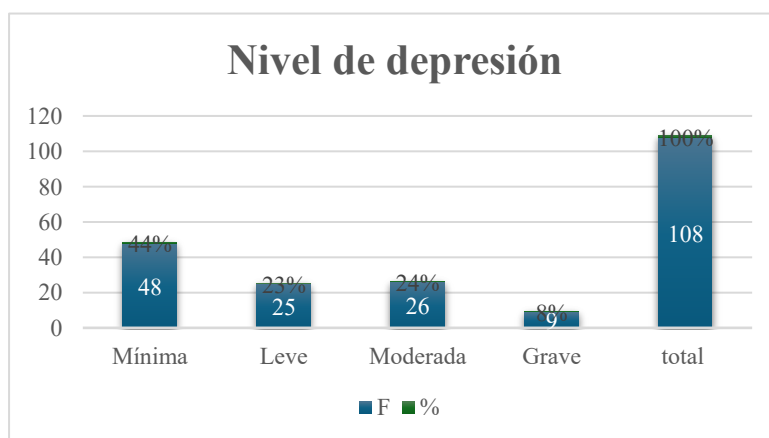
Cuadro N°5

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	48	44%
Leve	25	23%
Moderada	26	24%
Grave	9	8%
Total	108	100%

Fuente: elaboración propia

GRÁFICA N°5. Cuestionario de depresión de Beck

Variable: depresión



Fuente: elaboración propia

Los datos presentados corresponden a la variable Grado de Depresión, definida como:

“Errores cognitivos, producto de un procesamiento de información inadecuado que generan pensamientos negativos, y estos se encuentran apoyados por unas creencias centrales, por lo general, de minusvalía e indefensión, permitiendo la presencia de un proceso en donde el individuo desarrolla una visión negativa de sí mismo, de los demás y del futuro, que él denominó triada cognitiva” (Hernández, 2018, p.82 cita a Beck, 1967).

Según los resultados obtenidos, 44% de la población presenta un nivel mínimo de depresión. Este grupo no manifiesta síntomas significativos o estos son muy leves, sin repercusión importante en la vida diaria. Las personas en este nivel suelen contar con un equilibrio emocional adecuado y con recursos internos y externos (familia, amigos, actividades gratificantes) que les permiten enfrentar las dificultades sin un impacto considerable en su bienestar psicológico.

En segundo lugar, 24% personas presentan un nivel leve de depresión. Este grupo puede experimentar episodios ocasionales de tristeza, desánimo o fatiga, aunque sin llegar a una interferencia severa en la vida cotidiana. No obstante, la persistencia de estos síntomas puede aumentar el riesgo de progresión hacia niveles más altos de depresión si no se abordan a tiempo con estrategias de apoyo y autocuidado.

Por otra parte, un 23% se encuentran en un nivel moderado de depresión. Este nivel se caracteriza por la presencia de síntomas más notorios, como tristeza frecuente, pérdida de motivación o dificultades para disfrutar de actividades antes placenteras. Si bien las personas mantienen cierto grado de funcionamiento, los síntomas pueden interferir en su vida social, laboral o académica. Es importante considerar intervenciones tempranas para prevenir un agravamiento de la condición.

El 8% de las personas se ubican en un nivel grave de depresión, lo que implica la presencia de síntomas intensos y persistentes que afectan de forma marcada la vida diaria. Estas personas pueden experimentar sentimientos de desesperanza profunda, alteraciones importantes del

sueño y del apetito, pensamientos autodestructivos o pérdida casi total de interés por las actividades. Este nivel requiere atención clínica inmediata y un abordaje multidisciplinario que incluya tratamiento psicológico y, de ser necesario, farmacológico.

En conjunto, los resultados muestran que, aunque la mayor parte de la muestra presenta niveles mínimos o leves de depresión, existe un porcentaje significativo con síntomas moderados y graves, aquí resalta la importancia de implementar estrategias de detección temprana, prevención y tratamiento oportuno.

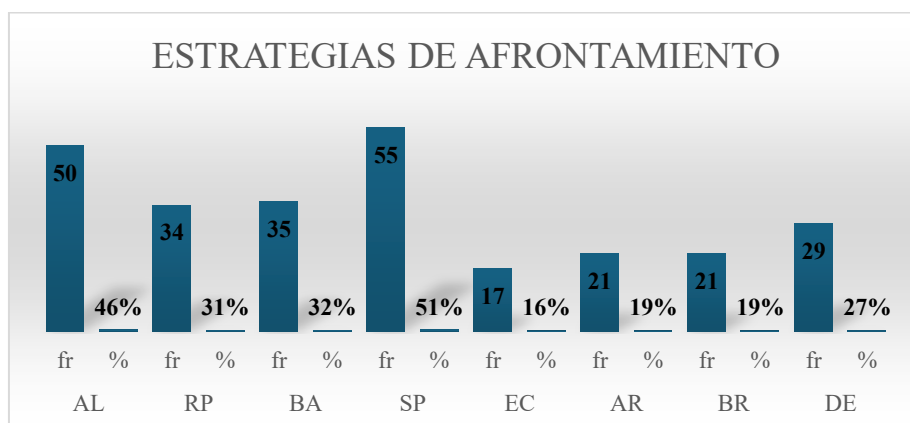
Cuadro N°6

Estrategias predominantes	Frecuencia	Porcentaje
AL	50	46%
RP	34	31%
BG	34	32%
SP	55	51%
EC	17	16%
AR	21	19%
BR	21	19%
DE	29	27%

Fuente: elaboración propia

GRAFICA N°6. Cuestionario de estrategias de afrontamiento CRI-A

Variable: afrontamiento



Fuente: elaboración propia

El gráfico presentado corresponde a la variable estrategias de afrontamiento, entendidas como los esfuerzos cognitivos y conductuales que las personas realizan para manejar demandas externas o internas que son valoradas como desbordantes o estresantes (Lazarus y Folkman, 1986).

De acuerdo con los resultados, la estrategia más utilizada es la solución de problemas (SP) con 55 participantes (51%). Esta estrategia hace referencia a los intentos conductuales para ejecutar acciones que lleven a la solución directa del problema y está dirigida a resolver el conflicto, analizándolo. Su predominancia refleja la capacidad de actuar como agente de cambio sobre su propia realidad.

En segundo lugar, se resalta el análisis lógico (AL) con 39 participantes (46%). Esta estrategia implica examinar de manera racional y ordenada la situación estresante, identificando causas y posibles consecuencias antes de actuar. Su predominancia refleja que la mayoría de los sujetos recurre a un afrontamiento reflexivo y orientado a la comprensión de los problemas, lo cual se considera un recurso adaptativo y protector frente al malestar psicológico.

En tercer lugar, encontramos a la búsqueda de guía y soporte (BG) con 35 personas (32%), reevaluación positiva (RP) con 34 personas (31%). Estas estrategias también se consideran adaptativas: la reevaluación positiva permite resignificar la experiencia estresante como una oportunidad de crecimiento personal, mientras que la búsqueda de apoyo favorece la construcción de redes sociales y emocionales para compartir la carga del problema.

Otras estrategias presentes son la descarga emocional (DE) con 29 personas (27%), la búsqueda de recompensas alternativas (BR) con 22 personas (19%) y la aceptación o resignación (AR) también con 22 personas (19%). Este hallazgo indica que el estrés impacta en la afectividad de un sub grupo de participantes, como también, que si persiste el problema o supera las capacidades de acción inmediata se activa una red de seguridad a través de la catarsis, la sustitución de objetivos o la resignación.

Los resultados muestran una tendencia clara hacia el uso de estrategias adaptativas y centradas en la resolución, tales como la solución de problemas, el análisis lógico, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo. No obstante, también se observa la presencia de mecanismos de evitación y descarga emocional, que, si bien alivian de forma inmediata, pueden generar

vulnerabilidad si no se acompañan de recursos más constructivos. Estos hallazgos evidencian la importancia de fortalecer programas de intervención que potencien las estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, a la vez que orienten a los individuos a reducir el uso de mecanismos de evasión.

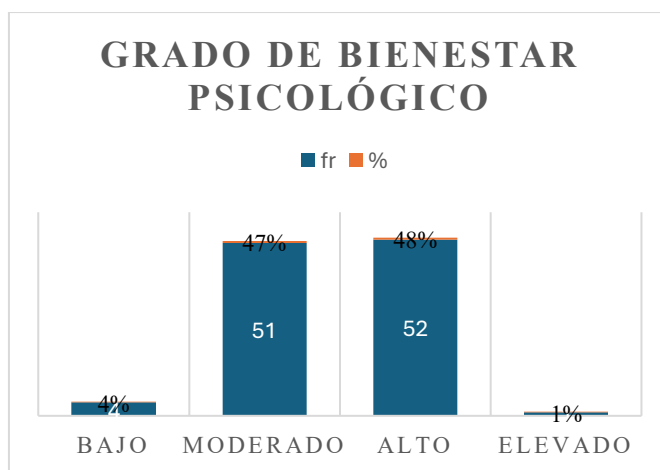
Cuadro N° 7

Nivel de bienestar psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	4%
Moderado	51	47%
Alto	52	48%
Elevado	1	1%
Total	108	100%

Fuente: elaboración propia

GRAFICO N°7. Cuestionario de bienestar psicológico de Ryff

Variable: bienestar psicológico



Fuente: elaboración propia

Los datos presentados corresponden a la variable bienestar psicológico, entendida como “El producto de una evaluación valorativa por parte el sujeto con respecto a cómo ha vivido. Además, sostiene que el bienestar psicológico es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo” (Ryff, 1995 como se citó en Del Valle, 2015, p.7)

Según los resultados obtenidos, la mayoría de los participantes presentan un nivel alto de bienestar psicológico, alcanzando un total de 48%. Este nivel se caracteriza por un adecuado manejo de las emociones, una visión positiva de sí mismos y de su entorno, así como la presencia de metas y propósitos claros. Las personas en este rango suelen contar con redes de apoyo sólidas, buena autoestima y estrategias de afrontamiento eficaces para enfrentar las dificultades cotidianas.

Se observa que 47% personas están ubicados en un nivel moderado de bienestar psicológico. En este nivel, los individuos mantienen un equilibrio emocional aceptable y una percepción generalmente positiva de su vida, aunque pueden experimentar momentos de estrés, insatisfacción o incertidumbre. Si bien poseen habilidades para sobrellevar las adversidades, estas no siempre son consistentes, por lo que podrían beneficiarse de un fortalecimiento de los factores protectores, como el autocuidado, las relaciones interpersonales y el manejo adaptativo de emociones.

Por otro lado, solo un 4% de los participantes se encuentran en un nivel bajo de bienestar psicológico. Este grupo presenta señales de menor satisfacción con la vida, dificultades para regular sus emociones y posiblemente una percepción negativa sobre su situación personal. Pueden carecer de redes de apoyo efectivas y mostrar sentimientos de desmotivación o aislamiento, lo cual representa un área de atención prioritaria para prevenir un deterioro mayor en su salud mental.

Finalmente, se identifica que un 1% se ubica en un nivel elevado de bienestar psicológico. Este nivel refleja un estado óptimo de equilibrio emocional y satisfacción con la vida, con un sentido profundo de propósito, una autoestima muy sólida y una excelente capacidad de adaptación ante las dificultades. Aunque este resultado es positivo, también es relevante indagar en los factores

que han favorecido este alto nivel de bienestar, para fortalecerlos y, en la medida de lo posible, promoverlos en el resto de la población evaluada.

5.4. Tercer objetivo específico

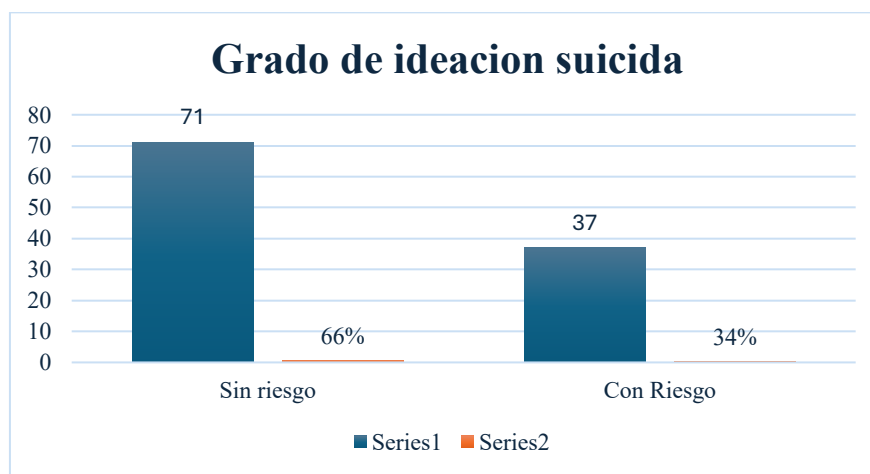
Analizar la ideación suicida de los adultos afectados por la crisis económica

Cuadro N°8

Grado de ideación suicida	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	71	66%
Con riesgo	37	34%
Total	108	100%

Fuente: elaboración propia

GRAFICA N°8. Cuestionario de ideación suicida de Beck



Fuente: elaboración propia

Los datos presentados través del grafico N° corresponden a la variable ideación suicida, la cual Beck la define como:

“Ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio, pero no ha hecho evidente el intento” (Pérez, 2016, p.254 cita a Beck, et al. 1979).

Según los resultados obtenidos, el 66% de las personas no presentan ideación suicida y esto indica que este grupo se encuentra libre de pensamientos autodestructivos, también cuenta con un adecuado nivel de estabilidad emocional, así como con factores protectores relevantes, apoyo familiar y social, un sentido de propósito vital y estrategias de afrontamiento saludables frente a las dificultades. La ausencia de ideación suicida en este segmento de la muestra refleja un menor riesgo inmediato de conductas autolesivas.

Por otro lado, el 34% personas sí presentan ideación suicida, este grupo representa un sector importante de la población evaluada y requiere atención, ya que la presencia de pensamientos suicidas, incluso sin una planificación concreta, puede ser un indicador de malestar emocional significativo. En estos casos, los individuos pueden experimentar sentimientos de desesperanza, pérdida de sentido vital, aislamiento social o dificultades para manejar situaciones estresantes. La ideación suicida puede variar desde pensamientos pasajeros hasta planes más elaborados, por lo que resulta fundamental identificar su intensidad, frecuencia y factores asociados para prevenir la posible progresión hacia intentos suicidas.

Si bien el porcentaje de personas sin riesgo es mayor, el número de individuos con ideación suicida no es despreciable y debe ser abordado con estrategias de prevención, intervención psicológica y fortalecimiento de redes de apoyo, con especial énfasis en la detección temprana y el acompañamiento emocional.

Al comparar los resultados de la Gráfica N° 4 y N°5 sugieren que existe una relación directa entre la crisis económica y la depresión por la alta prevalencia de síntomas depresivos (un tercio en niveles moderados a graves) y la dificultad para afrontar las necesidades básicas, la incertidumbre financiera y la falta de estabilidad laboral o de ingresos, son factores estresantes conocidos que contribuyen al desarrollo de la depresión, al generar sentimientos negativos, desesperanza y afectar el bienestar psicológico.

Por otro lado, al comparar las Gráficas N°4 y la N°8 es evidencia que hay una estrecha relación entre la crisis económica y la ideación suicida, aunque la mayoría se mantiene en riesgo hay una pequeña cifra con ideación suicida que no debes pasar por alto la crisis económica no solo genera estrés y depresión, sino que para este sector se convierte en un detonante de malestar severo, manifestándose en direcciones visitas.

5.5. Análisis de las hipótesis

De acuerdo a los resultados encontrados, se presenta el siguiente análisis de las hipótesis que fueron planteadas en una etapa inicial del trabajo de investigación:

Primera hipótesis: “Los niveles de afectación por la crisis económica son altos” De acuerdo a los datos mostrados en el Gráfico N°4 la mayoría de los participantes (67%) se encuentran en un nivel alto de crisis económica, de esta manera se confirma esta hipótesis.

Segunda hipótesis:

“El nivel de depresión más frecuente en los adultos afectados por la crisis económica, es moderado” Según los resultados del Gráfico N°5, el 44% de la población presenta un nivel mínimo de depresión, de esta forma se rechaza la hipótesis planteada.

“Las estrategias de afrontamiento que más predominan en los adultos afectados por la crisis económica, son: la evitación cognitiva y la aceptación o resignación” Tomando en cuenta el Gráfico N°6 la estrategia más utilizada es el análisis lógico (AL) con un 46% seguido de la reevaluación positiva (RP) con un 32%, por lo tanto, la hipótesis presentada se rechazada.

“El nivel de bienestar psicológico de los adultos afectados por la crisis económica, es significativamente bajo” Según los resultados reflejados en el Gráfico N°7, la mayoría de los

participantes presentan un nivel alto de bienestar psicológico, alcanzando un total de 48% por consiguiente esta hipótesis es rechazada.

Tercera hipótesis: “El nivel de ideación suicida de los adultos afectados por la crisis económica, no es de riesgo” Según los resultados obtenidos, 66% de las personas no presentan ideación suicida, por lo que se confirma la hipótesis planteada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Después de hacer un exhaustivo análisis de los resultados obtenidos, las conclusiones de la investigación son las siguientes:

- Con respecto al primer objetivo: “Determinar los niveles de afectación por la crisis económica a partir de las necesidades básicas”.

Se concluye que los niveles de afectación por la crisis económica en los adultos evaluados son predominantemente altos, pero también hay niveles medios. Esto evidencia que la totalidad de la población investigada experimenta algún grado de dificultad económica, afectando su acceso a recursos básicos y generando implicaciones directas en su calidad de vida y salud mental.

- Para el segundo objetivo “Medir los factores de vulnerabilidad psicológica: depresión, afrontamiento y bienestar psicológico”.

Se tomó en cuenta como primer factor al nivel de depresión en los adultos afectados por la crisis económica, los niveles con mayor frecuencia están en un rango mínimo, también se encontraron niveles moderados leves y graves; lo que constituye un hallazgo significativo ya que revela la existencia de una población en riesgo que requiere intervención clínica especializada y estrategias de prevención comunitaria. Esto permite afirmar que si bien la mayoría logra mantener un equilibrio emocional básico existe un sector que podría evolucionar hacia cuadros más complejos y no se implementan medidas de apoyo oportuno.

Por otro lado, los resultados de las estrategias de afrontamiento muestran una tendencia favorable hacia el uso de recursos adaptativos como el análisis lógico, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo, lo cual refleja capacidad de resiliencia frente a la adversidad. No obstante, la utilización de estrategias menos funcionales como la evitación cognitiva y la resignación pone en evidencia la coexistencia de respuestas que a largo plazo pueden incrementar la vulnerabilidad psicológica y limitar los procesos de adaptación.

En cuanto al bienestar psicológico, se observa una predominancia de niveles moderados y altos, lo cual constituye un factor protector frente a la crisis. Sin embargo, los casos con bajo bienestar psicológico señalan la existencia de un subgrupo particularmente frágil que podría presentar

mayores dificultades para sobreponerse a los efectos de la crisis económica. La escasa representación de niveles muy elevados de bienestar sugiere además que, si bien la mayoría logra cierto equilibrio, existe un techo limitado en el desarrollo de este recurso, lo cual abre la necesidad de fortalecer políticas y programas de promoción del bienestar integral.

- Finalmente, con respecto al objetivo 3: “Analizar la ideación suicida de los adultos afectados por la crisis económica”.

A pesar de qué más de la mitad de los afectados por la crisis económica no manifiestan pensamientos ni conductas de riesgo, la ideación suicida sí representa un riesgo de suicidio en un porcentaje considerable de la muestra. Si bien la mayoría no se encuentra en riesgo, este pequeño subgrupo que lo presenta refleja el impacto emocional generado por la inestabilidad laboral la incertidumbre financiera y la falta de recursos para cubrir necesidades básicas, por lo que se hace evidente la necesidad de implementar estrategias de prevención e intervención temprana.

- En relación al objetivo general: “Determinar los factores de vulnerabilidad psicológica: depresión, afrontamiento, bienestar e ideación suicida en adultos afectados por la crisis económica de Tarija”

La investigación indica que los factores de vulnerabilidad psicológica se expresan principalmente en altos niveles de afectación económica, presencia de síntomas depresivos de diversa intensidad, un uso combinado de estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas, variabilidad en los niveles de bienestar psicológico y una proporción considerable de ideación suicida. Esto refleja qué si bien una parte de la población logra sostener recursos de resiliencia y equilibrio emocional existe un sector significativo de adultos cuya vulnerabilidad se ve incrementada por la presencia de depresión moderada y grave. La utilización de mecanismos de afrontamiento es poco funcional, existe bajo bienestar psicológico y una tendencia baja hacia pensamientos suicidas.

6.2. RECOMENDACIONES

A nivel de políticas públicas y autoridades:

- Promover programas de apoyo económico y social dirigidos a poblaciones en situación de crisis, priorizando la creación de fuentes de empleo estables y el acceso a recursos básicos como alimentación, salud y educación, a fin de reducir el impacto directo de la crisis económica en la salud mental.
- Incorporar la salud mental como una prioridad en la agenda pública, destinando recursos para la prevención, detección temprana y atención integral de la depresión, el malestar emocional y la ideación suicida.
- Implementar campañas comunitarias de sensibilización sobre la importancia del bienestar psicológico, con el fin de disminuir el estigma y favorecer la búsqueda de ayuda profesional.

A nivel preventivo:

- Establecer sistemas de detección temprana de síntomas de depresión e ideación suicida en contextos educativos, laborales y comunitarios, facilitando la derivación a servicios de salud mental oportunos.
- Desarrollar talleres de manejo del estrés y fortalecimiento de habilidades de afrontamiento en adultos expuestos a situaciones de vulnerabilidad económica.

A futuros investigadores:

- Profundizar en el análisis de la relación entre crisis económica y vulnerabilidad psicológica incorporando variables psicosociales como apoyo familiar, autoestima, resiliencia y funcionamiento de las redes de apoyo.
- Ampliar el alcance de futuras investigaciones mediante el uso de muestras más grandes y representativas, incluyendo diferentes contextos geográficos y socioeconómicos, a fin de generar resultados más generalizables.
- Desarrollar investigaciones de tipo cualitativo o mixto que permitan comprender en mayor profundidad las experiencias subjetivas de los adultos afectados por la crisis económica, dando voz a los participantes y enriqueciendo el análisis más allá de los indicadores estadísticos.