

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA SALUD PÚBLICA**



**Tema:**

“Trastornos mentales comunes y su asociación con factores socioeconómicos en adultos de la parroquia Caracol, cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos, en el año 2023”

**Autoras:**

Md. Josmary Heredia Flores

Md. Griska Maritza Flores Delgado

**Director de tesis:**

Msc. Jorge Luis Peñaherrera Yáñez

QUITO, 2023

## **Agradecimiento**

Un eterno agradecimiento a la Universidad Católica del Ecuador y su equipo docente, por haber impartido sus conocimientos y experiencias que nos formaron en el campo de la salud pública.

Nuestro agradecimiento a nuestros padres por su guía y por siempre motivarnos a crecer siempre profesionalmente.

*Las Autoras*

**Dedicatoria**

Este trabajo de titulación lo dedicamos a nuestros padres por ser nuestro eje fundamental en nuestra vida, nuestro motor y más grande inspiración para seguir avanzando en este largo camino.

*Las Autoras*

## RESUMEN

**Título:** Trastornos mentales comunes y su asociación con factores socioeconómicos en adultos de la parroquia Caracol, cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos, en el año 2023.

**Introducción:** Los trastornos mentales comunes (TMC) son un grupo de enfermedades que agrupan estrés, ansiedad y depresión que afectan a la población en general a nivel mundial. El 12,5% de las personas presentarán algún tipo de enfermedad mental durante sus vidas. Se estima que más de 300 millones de personas sufren de depresión. Existen condiciones socioeconómicas asociadas a un aumento de TMC como la edad, el sexo, el estado civil, la educación, el nivel de ingresos, entre otros.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de los trastornos mentales comunes y factores socioeconómicos asociados en adultos de la parroquia Caracol del cantón Babahoyo, Provincia Los Ríos en el año 2023.

**Metodología:** Se realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal, de asociación cruzada. Se aplicó una prueba psicológica (DASS 21) para medir ansiedad, depresión y stress, además de un cuestionario de factores socioeconómicos. La muestra fue de 331 personas, muestreo no probabilístico de conveniencia. Se realizó un análisis descriptivo usando la razón de prevalencia. Para la presentación de la información descriptiva se empleó gráficos.

**Resultados:** Se encontró una asociación entre los factores socioeconómicos, ligados a la D2 sobre la influencia de características como el trabajo, rango de sueldo, estado de ánimo, familiares dependientes, es así como al aplicar la prueba DASS-21 se detectaron un 3% de casos de pacientes con estrés moderado, 44% con ansiedad moderada, 5% grave y 3% extremadamente grave y un 14% con depresión moderada.

**Palabras clave:** Trastornos mentales, depresión, ansiedad, estrés, factores socioeconómicos.

## ABSTRACT

**Title:** Common mental disorders and their association with socioeconomic factors in adults of Caracol parish, Babahoyo canton, Los Ríos province, in the year 2023.

**Introduction:** Common mental disorders (CMD) are a group of diseases that group stress, anxiety and depression that affect the general population worldwide. Some 12.5% of people will experience some form of mental illness during their lives. It is estimated that more than 300 million people suffer from depression. There are socioeconomic conditions associated with an increase in CMD such as age, sex, marital status, education, income level, among others.

**Objective:** To determine the prevalence of common mental disorders and associated socioeconomic factors in adults of the Caracol parish of Babahoyo canton, Los Ríos province in the year 2023.

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional, cross-association research was carried out. A psychological test (DASS 21) was applied to measure anxiety, depression and stress, in addition to a questionnaire of socioeconomic factors. The sample consisted of 331 people, a non-probabilistic convenience sample. A descriptive analysis was performed using the prevalence ratio. Graphs were used to present the descriptive information.

**Results:** An association was found between socioeconomic factors, linked to D2 on the influence of characteristics such as work, salary range, mood, dependent family members. Thus, when applying the DASS-21 test, 3% of patients with moderate stress, 44% with moderate anxiety, 5% severe and 3% extremely severe, and 14% with moderate depression were detected.

**Key words:** Mental disorders, depression, anxiety, stress, socioeconomic factors.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	iv
Abstract.....	v
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
1. Introducción.....	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Justificación.....	3
1.3. Problema de investigación.....	5
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>7</b>
2. Marco teórico.....	7
2.1. Enfermedades Mentales Comunes.....	7
2.2. Ansiedad.....	8
2.3. Depresión.....	9
2.4. Estrés (trastornos adaptativos).....	10
2.5. Factores socioeconómicos asociados a TMC.....	11
2.6. Escalas de valoración de los TMC.....	12
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>14</b>
3. Objetivos.....	14
3.1. Objetivo general.....	14
3.2. Objetivos específicos.....	14
3.3. Hipótesis.....	15

3.4. Operacionalización de variables .....	15
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>21</b>
4. Materiales y métodos .....	21
4.1. Tipo y Diseño de la Investigación .....	21
4.2. Población y muestra del estudio .....	21
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de muestra .....	22
4.4. Procedimientos de recolección de información .....	23
4.5. Aspectos bioéticos .....	25
4.6. Plan de análisis de los datos .....	26
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>27</b>
5. Resultados .....	27
<b>CAPÍTULO VI .....</b>	<b>34</b>
6. Discusión .....	34
<b>CAPÍTULO VII .....</b>	<b>36</b>
7. Conclusiones y recomendaciones del estudio .....	36
7.1. Conclusiones .....	36
7.2. Recomendaciones .....	38
Referencias Bibliográficas .....	50

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1</b> Operacionalización de variables .....	15
<b>Tabla 2</b> Características sociodemográficas de la población de estudio .....	27
<b>Tabla 3</b> Características habitacionales de la población de estudio .....	29
<b>Tabla 4</b> Características tecnológicas de la población de estudio .....	30
<b>Tabla 5</b> Características de la salud de la población de estudio.....	31
<b>Tabla 6</b> Resultados de la aplicación prueba DASS-21 en la población de estudio .....	32

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo No. 1:</b> Instrumento de investigación.....	40
<b>Anexo No. 2:</b> Consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación.....	48
<b>Anexo No. 3:</b> Aprobaciones para la realización del proyecto de investigación.....	49

## CAPÍTULO I

### 1. Introducción

#### 1.1. Antecedentes

En la actualidad el impacto que generan las enfermedades mentales, tiene una gran amplitud, es así que en el mundo existen alrededor de 450 millones de personas con algún tipo de trastorno mental (Martín, 2017), lo cual representa graves afectaciones económicas y sociales. Aproximadamente el 20% de la población alrededor del mundo ha presentado en alguna etapa de su vida algún trastorno mental (Ayuda en Acción, 2022).

La OMS, estima que el 12,5% de todos los problemas de salud tienen relación directa con algún tipo de trastorno mental, lo que inclusive supera a enfermedades catastróficas como las cardiovasculares y el cáncer. Además, como dato relevante se manifiesta que el 50% de los trastornos mentales inician su aparición en jóvenes entre los 14 a 15 años de los cuales entre el 35% y el 50% no recibe tratamiento alguno o el tratamiento es administrado de forma inadecuada (OMS, 2022).

Los “TMC” como también se denomina a los trastornos de salud mental más comunes, están relacionados con estrés, ansiedad y depresión; esta última tiene una prevalencia muy alta a nivel mundial, es así que según el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria 280 millones de personas tuvieron diagnóstico de depresión durante el año 2019.(THE INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, n.d.) En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública reportó que 50379 personas con diagnóstico

de depresión resultados estimados en el 2015, donde el porcentaje más amplio se encontró en mujeres, principalmente en el rango entre los 19 a 59 años (MSP, 2022). En el Ecuador la ansiedad es una patología que posee una cifra récord con relación al promedio mundial al tener un 8,3% de individuos que lo padecen significando el doble que la cifra mundial, además de ser uno de los indicadores que provoca más discapacidades (OPS, 2018).

Es importante mencionar el impacto de la pandemia de Covid-19 en el aspecto de salud mental de la población mundial, se reportó 20% de nuevos casos de ansiedad y depresión, patologías diagnosticadas durante el punto más crítico de la pandemia (CSME, 2021).

Además, como punto importante a resaltar existió un incremento entre el 8 y el 10% de pensamientos suicidas en jóvenes adultos entre los 12 a 15 años. Por su parte, en el Ecuador, el aumento de la atención a pacientes con crisis de ansiedad tuvo una curva ascendente en un 62%, siendo en su mayoría mujeres entre los 31 a 40 años quienes realizaron llamadas para solicitar ayuda psicológica teniendo como principales causas ansiedad, estrés y depresión (Ayuda en Acción, 2022). Una investigación realizada en la población general de Ecuador en época de pandemia respecto a la presentación de ansiedad, demostró que las mujeres presentaron con más frecuencia trastornos de ansiedad leves y moderados (Hermosa, 2020).

Según lo reportado por el Ministerio de Salud Pública en el 2023, se han realizado 4893 atenciones por intentos de suicidio, cifra que ha aumentado respecto al 2022 en el que se brindaron 3542 atenciones relacionadas con suicidio en jóvenes, lo que refleja un incremento en este tipo de atenciones. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023)

Existe una relación fuerte entre los factores socioeconómicos y el riesgo de presentar trastornos mentales como ansiedad, depresión, entre otros Ortiz-Hernández señala que mientras se pertenezca a estratos socioeconómicos más bajos existe mayor riesgo de presentar trastornos asociados al estado de ánimo.(Ortiz-Hernández et al., 2007)

La parroquia Caracol, no es ajena a esta realidad, donde los adultos afrontaron crisis social y económica por una pandemia que afectó a la población mundial, sin embargo, las afectaciones al estado de salud mental asociadas a esta crisis no han sido estudiadas y no se les ha brindado la importancia necesaria, además, es importante indicar que los factores socioeconómicos son los indicadores más empleados para el análisis del diario vivir de las personas, así como también sobre una problemática específica.

## **1.2. Justificación**

Actualmente a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud, existen dificultades para que en sectores rurales se incluyan todos los servicios que garanticen un buen vivir, entre los servicios que están haciendo falta se encuentra la implementación de un modelo de atención para brindar mejores servicios de salud mental, el mismo que continua siendo deficiente, además de las dificultades generadas por la baja capacidad relacionada a la detección oportuna, el médico de atención primaria no posee los conocimientos necesarios sobre el diagnóstico y tratamiento de TMC (Anchundia, 2022), y aun cuando este diagnóstico es identificado, los profesionales de la salud se enfrentan a una nueva problemática, el no contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado, razón por la cual los pacientes son referidos a un centro con mayor capacidad

resolutiva, lo que hace más lento el proceso de atención y no permite un acceso oportuno a los servicios de salud requeridos (Camas, 2018); por lo referido el estudio implica un compromiso de carácter social con la investigación actual.

En el estudio recientemente publicado por el INEC en el 2020, se reportaron 2370 casos relacionados a diagnósticos de depresión, ansiedad y estrés, de las cuales el 7% fueron realizados en el área rural y el 93% en la urbana (OR 1,91; IC 1,63 – 2,24) (INEC, 2022); estos datos difieren sobre la realidad del sector rural donde existe una carencia de un diagnóstico oportuno o la realidad socioeconómica de los paciente o el entorno médico donde se presentan carencias de insumos o recursos, siendo que en sectores aledaños al casco urbano existe un 26% menos de posibilidad para encontrar ayuda psicológica (Viapiana, 2018), por lo que la realidad de la falencia en la identificación oportuna de TMC refleja la necesidad de la realización de modelos adecuados para la detección oportuna de estos trastornos y de esta manera mejorar la atención brindada a la comunidad en general.

La presente investigación se realizó en una población rural en la cual existe mayor vulnerabilidad sobre características socioeconómicas, estudios indican que el sector rural tiene un menor acceso a servicios básicos, recolección de desechos e infraestructura vial (Tenesaca, 2019), adicionalmente, los sectores rurales presentan índices tres veces mayores de pobreza extrema (OIT, 2021), por lo tanto según lo mencionado anteriormente, estos sectores son más propensos a sufrir trastornos ansiedad, depresión, estrés, y es precisamente en estos sectores en los cuales los médicos de atención primaria presentan dificultades al momento de realizar el diagnóstico adecuado.

La investigación propuesta tiene una alta relevancia social, debido a que los trastornos mentales afectan la calidad de vida de las personas, especialmente en el contexto rural donde el acceso a profesionales de la salud mental es limitado. La enfermedad mental es una problemática real, muchas veces minimizada al no tener registros exactos que permitan tomar acciones de identificación, prevención y tratamiento adecuados. Los resultados de esta investigación proporcionarán datos que permitieran tener una mejor visión de esta problemática en el sector rural. Esta investigación permitirá hacer un análisis de los factores socioeconómicos asociados a estas enfermedades, teniendo así un efecto considerable en la prevención y tratamiento de estas patologías.

### **1.3. Problema de investigación**

Los TMC tienen una mayor presencia en comunidades urbanas, mientras que el suicidio, relacionado con depresión, fue más elevado en zonas rurales (Bellón, 2020). Estudios en India han identificado que en el área rural las mujeres presentaron casi el doble de TMC (22%), en comparación a las zonas urbanas (12%), y tuvieron factores socioeconómicos asociados como la edad de 30 – 49 años, menor nivel de educación, nivel socioeconómico bajo, violencia doméstica, cuidado del hogar, entre otras (Srinivasan, 2020). La vejez, como parte de las condiciones socioeconómicas en China, mostró que existe un mayor riesgo de depresión conforme avanza la edad (0,41, IC 95%: 0,36-0,46), especialmente cuando se asocian a factores como pobreza y de discapacidad (Hu, 2019). De modo que estas poblaciones requieren una mayor atención, debido al riesgo de tener TMC (Luo, 2019); en Brasil, en comunidades rurales se reporta una alta prevalencia de TMC de 35,7% y se asocian como factores de riesgo condiciones sociodemográficas como la baja escolaridad y conflictos matrimoniales (Parreira, 2017).

En Ecuador en el 2018 un estudio presentó 22% de trastornos depresivos, siendo un factor de riesgo el sexo femenino con un OR de 1,75 (1,28- 2,39) (Barba, 2021). Otra investigación reporta valores altos de síntomas de ansiedad e insomnio; así como depresión ( $t_{1159} = -2.632$ ;  $p = .009$ ), relacionados con áreas rurales y factores socioeconómicos de pobreza y baja escolaridad (Gutiérrez, 2022).

Además de lo expresado en el informe The Covid-19 Health Care Workers Study, se comprobó que de la muestra de participantes entre el 14% y el 22% el personal de salud presentó síntomas que permitieron sospechar de haber sufrido durante la pandemia de un episodio de depresión, además entre el 5% al 15% tuvo en su mente ideas suicidas, lo que también evidenció que el personal de salud tuvo un desgaste emocional al igual que los pacientes de los centros médicos así como la población en general (OPS, 2022).

Por lo planteado se puede discernir que existe un incremento considerable en los últimos años, que permiten determinar una relación sobre las condicionantes de características sociodemográficas y el aumento considerable sobre el riesgo a padecer patologías relacionadas a los TMC, es así como en zonas rurales como en la parroquia Caracol en el cantón Babahoyo, se presentan las condiciones para la exposición a la problemática relacionada, ante lo cual además de contar con un primer nivel de atención, no existe una atención completa que permita regular el proceso de tratamiento de aspectos psicológicos, donde la calidad de vida de las personas y el núcleo familiar puede verse afectado, por lo que se plantea la siguiente interrogante de problema: ¿Cuáles son los factores socioeconómicos asociados a trastornos mentales comunes en adultos de la parroquia Caracol del cantón Babahoyo de la Provincia de Los Ríos, durante el periodo 2023?.

## CAPÍTULO II

### 2. Marco teórico

#### 2.1. Enfermedades Mentales Comunes

Es importante considerar que dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles las enfermedades mentales se encuentran incluidas, esto debido principalmente por representar un reto y preocupación para los médicos quienes observan cómo generan repercusiones considerables para sus pacientes tanto en el bienestar físico como también para su nivel de relación social.

Estudios realizados a nivel mundial indican que entre el 20% y el 25% de la población en algún momento de su vida ha padecido de algún tipo de trastorno mental común, teniendo en consideración la población asciende a 322 millones de habitantes, esta cifra representa un rango entre los 32 a 50 millones de personas, pero así mismo en la pandemia Covid-19, la cifra relacionada tuvo un incremento exponencial del 18%, por motivos de una carga de inestabilidad emocional y factores socioeconómicos que afectaron el buen vivir de las personas (Montesó, 2014).

Considerando estas cifras los TMC o trastornos mentales comunes presentan una sintomatología de características de una enfermedad no psicóticas los cuales tienen una mayor relación con estados de ansiedad, depresivos o de estrés, estos últimos principalmente asociados a los (trastornos de adaptación); se considera que en la población adulta de mujeres entre los 18 – 59 años el TMC es mayor, los cuales se encuentran asociados a los factores socioeconómicos. La comprensión del estado de un

individuo que distingue características claves sobre su salud y los procesos críticos que pueden también generar un estado de salud mental perjudicial, el mismo que sería como una autocrítica sobre su salud, generando un deterioro mental conduciendo a condiciones de vida insalubres e inclusive a la invulnerabilidad (Viapiana, 2018).

## **2.2. Ansiedad**

Los trastornos de ansiedad representan una las afecciones mentales más prevalentes, caracterizadas por un conjunto de condiciones que comparten la presencia dominante de ansiedad extrema o patológica, que altera fundamentalmente el estado de ánimo y la tonalidad emocional. La ansiedad, considerada como la expresión patológica del temor convencional, se evidencia a través de modificaciones en el estado de ánimo, el proceso cognitivo, el comportamiento y la actividad fisiológica. Los trastornos de ansiedad que incluyen también el trastorno de pánico (con y sin antecedentes de agorafobia), agorafobia (con y sin antecedentes de trastorno de pánico), trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés traumático. Además, existen trastornos de adaptación con rasgos de ansiedad, y trastornos debidos a condiciones médicas generales y trastornos de ansiedad inducidos por sustancias. (Barnhill, 2023).

Los criterios que inciden principalmente en los factores de ansiedad son la preocupación excesiva la misma que suele durar por tiempos específicos o prolongados entre las dos semanas a los seis meses, donde el nivel de preocupación es alto, es así que la ansiedad está asociada al menos a estos seis síntomas donde se encuentra: la fatiga

fácil, dificultad para concentrarse o la mente se queda en blanco, irritabilidad, tensión muscular, sueño perturbación e irritabilidad (Sánchez, 2019).

### **2.3. Depresión**

La depresión constituye una vivencia humana habitual que conlleva riesgos significativos para el bienestar. Requiere una consideración seria y demanda una respuesta empática. Cada individuo experimenta esta condición de manera ligeramente distinta, al igual que las causas subyacentes varían. El presente informe focaliza su atención en los aspectos psicológicos vinculados a la depresión, y también propone ideas para abordar este problema tanto a nivel personal como en términos de la disminución de la incidencia. Aunque el informe se enfoca principalmente en la vivencia depresiva en adultos, se reconocen aspectos relevantes para los niños, debido a que las experiencias infantiles suelen ejercer una influencia significativa en el desarrollo de la depresión en etapas posteriores de la vida (Hermosa, 2021).

La magnitud de la discapacidad a nivel poblacional relacionada con los trastornos depresivos (como el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente, la depresión sub sindrómica y otras manifestaciones afines) está directamente vinculada a la intensidad y la persistencia crónica o recurrente de los síntomas, así como a la alta frecuencia de esta afección. A diferencia de otras condiciones crónicas, la aparición inicial del trastorno depresivo mayor suele tener lugar hacia el final de la adolescencia o el inicio de la edad adulta. En los Estados Unidos, un rango aproximado del 6,7% al 7,6% de los adultos reportan la vivencia de un episodio de depresión mayor en un lapso de 12 meses, siendo que las mujeres enfrentan alrededor de 1,7 veces más riesgo que los

hombres. En contextos de poblaciones marginadas y con menor estatus socioeconómico, es probable que las tasas de prevalencia sean notablemente más elevadas. (Montenegro Bolaños & Yumiseva Zuleta, 2016).

En la actualidad el estado depresivo de los adultos se sitúa en un 17,9%, afectando principalmente a la salud mental, a raíz de la pandemia este valor ha ido incrementando, el confinamiento, las muertes, pérdidas de familiares, y los factores socioeconómicos como la inestabilidad laboral, disminución del sueño, aumento de las adicciones, entre otras género que la población viese afectada su salud, pero la falta de control sobre la salud mental y el seguimiento en los hospitales a este tipo de trastorno no ha permitido establecer los verdaderos niveles de la realidad social y su afectación, además los familiares de personas con depresión también se ven afectadas por la disminución de la calidad de vida y el entorno social ante las críticas poco constructivas o el maltrato psicológico o verbal (Barba, 2021).

#### **2.4. Estrés (trastornos adaptativos)**

El trastorno de adaptación describe una respuesta emocional y/o conductual desadaptativa a un estresor psicosocial identificable, capturando a aquellos que experimentan dificultades para adaptarse después de un evento estresante en un nivel desproporcionado a la gravedad o intensidad del estresor. (Oliver, Tárraga López, & Tárraga Marcos, 2023)

Los síntomas se caracterizan por respuestas de estrés que están fuera de sintonía con las reacciones esperadas social o culturalmente al factor estresante y/o que causan angustia marcada y deterioro en el funcionamiento diario. A diferencia del trastorno de

estrés postraumático (TEPT) o el trastorno de estrés agudo (TEA), que tienen criterios claros de lo que constituye un evento traumático, los criterios del trastorno de adaptación no especifican ningún requisito de lo que puede considerarse un factor estresante. Sin embargo, la investigación ha identificado que los eventos estresantes pueden incluir tanto eventos traumáticos, como la exposición a la muerte real o amenazada, como eventos estresantes no traumáticos, como conflictos interpersonales, muerte de un ser querido, desempleo, dificultades financieras o enfermedad de un ser querido o de uno mismo. (Bellón, 2020)

Las estimaciones de prevalencia del trastorno de adaptación varían notablemente debido a diversos factores, incluido el proceso de muestreo, la población y la diversidad de medidas utilizadas para la evaluación y el diagnóstico. Los estudios basados en la población han encontrado tasas de prevalencia de menos del 1%, lo que puede deberse a las limitaciones de las herramientas de diagnóstico utilizadas. Por el contrario, estudios más recientes que utilizan herramientas de diagnóstico más nuevas han encontrado tasas de prevalencia del 2% en la investigación de la población general. Las tasas son mucho más altas en muestras específicas de alto riesgo, como personas recientemente desempleadas 27 %; y personas en duelo 18 %. (Bellón, 2020)

## **2.5. Factores socioeconómicos asociados a TMC**

Entre los factores socioeconómicos asociados a TMC se pueden identificar los siguientes:

- **Sexo/edad:** a las mujeres se les diagnostica TMC con el doble de frecuencia que a los hombres. Puede estar relacionado con las hormonas, las expectativas culturales

y una mayor disposición a visitar médicos y hablar sobre su ansiedad. Estudios sobre TMC han indicado porcentajes de 53,5% de depresión en mujeres ( $p < 0,001$ ). Con respecto a la edad, los hombres empiezan a tener mayores índices de depresión a partir de los 45 años ( $p < 0,001$ ); mientras que, las mujeres se mantienen estables en casi todas las edades (25).

- **Historia familiar:** cuando existen antecedentes familiares principalmente en cuadros clínicos de una madre con trastorno de ansiedad o depresivos, puede considerarse como un problema congénito (Sánchez, 2019).
- **Abuso de sustancias:** el consumo de tabaco, alcohol y drogas puede aumentar el riesgo de TMC. El 24 % de los pacientes con trastornos de ansiedad, padecen un TUS a lo largo de su vida según estos mismos resultados, el 19,4 % de pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol, desarrollan a lo largo de su vida un trastorno de ansiedad y la prevalencia de comorbilidad asciende al 28,3 % en el caso de diagnóstico de abuso o dependencia de otras drogas (Contreras, 2020).
- **Condiciones médicas:** las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de TMC, además de las ya mencionadas, pueden existir otras condiciones para el desarrollo de un trastorno o riesgo de padecer TMC como: un evento traumático, condiciones de abuso físico o emocional, divorcio, viudez o separación conyugal, discriminación por un nivel económico bajo, entre otras.

## **2.6. Escalas de valoración de los TMC**

Para valorar los TMC existen varias escalas, una de las más importantes es la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés llamada DASS-21, ésta escala de auto reporte

dimensional fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond,1995). Ésta escala tiene siete ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas, de 0 a 3 puntos. El puntaje se calcula con la suma de las respuestas y varía entre 0 y 21 puntos.

## CAPÍTULO III

### 3. Objetivos

#### 3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de los trastornos mentales comunes y factores socioeconómicos asociados en adultos de la parroquia Caracol del cantón Babahoyo de la Provincia de Los Ríos, durante el periodo 2023

#### 3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la población de estudio según los factores socioeconómicos en adultos de la parroquia Caracol del cantón Babahoyo de la Provincia de Los Ríos, durante el periodo 2023.
- Identificar la prevalencia de trastornos mentales comunes en adultos de la parroquia Caracol del cantón Babahoyo de la Provincia de Los Ríos, durante el periodo 2023.
- Establecer la asociación entre los factores socioeconómicos y los trastornos mentales comunes en adultos de la parroquia Caracol del cantón Babahoyo de la Provincia de Los Ríos, durante el periodo 2023.

### 3.3. Hipótesis

Los factores socioeconómicos asociados a trastornos mentales comunes en adultos de la parroquia Caracol del cantón Babahoyo de la Provincia Los Ríos son:

- Características de la vivienda, acceso a servicios básicos y hacinamiento.
- Acceso a tecnología.
- Nivel de educación.
- Actividad económica e ingresos.
- Estado civil.
- Número de dependientes en el hogar

### 3.4. Operacionalización de variables

*Tabla 1* Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
<b>Trastornos Mentales Comunes</b>					
Trastornos mentales comunes	Las enfermedades mentales se incluyen en el contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles y constituyen un reto y una preocupación para la salud mundial.	Depresión Ansiedad Estrés	Porcentaje de personas según la escala	Normal Leve Moderada Grave Extremadamente grave	Cualitativa ordinal
<b>Factores socioeconómicos asociados</b>					
Características de la vivienda, acceso a servicios	Condiciones de la vivienda en la que habitan las personas, acceso a los servicios	Tipo de vivienda	Porcentaje según escala de tipo de vivienda	Departamento Casas/ villa Mediagua Rancho	Cualitativa - ordinal

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo</b>
básicos y hacinamiento	básicos y hacinamiento de la población	Material predominante de exteriores	Porcentaje según escala de materiales predominantes	Choza Hormigón Ladrillo Caña revestida Caña no revestida	Cualitativa – ordinal
		Material predominante del piso	Porcentaje según escala de materiales predominantes	Cerámica Ladrillo /cemento Tabla sin tratar Tierra / caña	Cualitativa – ordinal
		Número de baños	Porcentaje según escala de cuartos de baño con ducha	No tiene 1 2 3 o más	Cualitativa – ordinal
		Tipo de servicio higiénico	Porcentaje según escala de Tipo de servicio higiénico del hogar	No tiene Letrina Descarga directa al mar Pozo ciego Pozo séptico Alcantarillado	Cualitativa – ordinal
		Energía eléctrica	Porcentaje según acceso a energía eléctrica	No tiene Generador eléctrico Red pública	Cualitativa – ordinal
		Agua potable	Porcentaje según acceso a agua potable	Pozo Río Red pública	Cualitativa – ordinal
		Número de personas que habitan en la casa	Medía de personas que habitan en el hogar	Número de personas	Cuantitativa discreta

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo</b>
Acceso a tecnología	Indica el acceso a tecnología que tienen las personas	Acceso a internet	Porcentaje de personas según escala	No Si	Cualitativa – nominal
		Computadora de escritorio	Porcentaje de personas según escala	No Si	Cualitativa – ordinal
		Computadora portátil	Porcentaje de personas según escala	No Si	Cualitativa – nominal
Nivel de escolaridad	El último grado académico completo.	Número de celulares activados	Porcentaje de personas según escala	No tiene 1 2 3 4 o más	Cualitativa – ordinal
		Escolaridad	Porcentaje de personas según la escala	Ninguna Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universitaria terminada	Cualitativa – ordinal
Actividad económica hogar e ingresos económicos	Indica las condiciones económicas de los pacientes y los ingresos percibidos	Afiliación a la seguridad social	Porcentaje de personas según escala	No Si	Cualitativa – dicotómica
		Afiliación a seguridad médica privada	Porcentaje de personas según escala	No Si	Cualitativa – dicotómica

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo</b>	
		Ocupación laboral	Porcentaje de personas según escala	Personal directivo de la Administración Pública y de empresas Profesionales científicos e intelectuales Técnicos y profesionales de nivel medio Empleados de oficina Trabajador de los servicios y comerciantes Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros Oficiales operarios y Artesanos Operadores de instalaciones y máquinas Trabajadores no calificados Fuerzas Armadas Desocupados Inactivos Ama de casa		Cualitativa nominal
		Ingresos económicos	Promedio de ingreso	Ingresos en dólares americanos	Cuantitativa razón	

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo</b>
			mensual		
			familiar		
Otros factores relacionados con condiciones de vida					
Estado civil	Condiciones sociodemográficas que son un riesgo para presentar Trastornos mentales comunes	Estado civil	Porcentaje de personas según la escala	Soltera(o). Casada(o). Viuda(o). Divorciada(o). Unión libre(o).	Cualitativa nominal
Conflictos familiares y maltrato	Condiciones sociodemográficas que son un riesgo para presentar Trastornos mentales comunes	Conflictos familiares	Porcentaje de personas según la escala	No Si	Cualitativa – dicotómica
		Alcohol	Porcentaje de personas según la escala	Nunca 1 vez al mes o esporádicamente 2 a 4 veces al mes 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana	Cualitativa ordinal
Consumo de sustancias tóxicas	Condiciones de salud que son un riesgo para Presentar Trastornos mentales comunes	Tabaco	Porcentaje de personas según la escala	Nunca 1 vez al mes o esporádicamente 2 a 4 veces al mes 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana	Cualitativa ordinal
		Drogas	Porcentaje de personas según la escala	Nunca 1 vez al mes o esporádicamente 2 a 4 veces al mes 2 a 3 veces a la semana	Cualitativa nominal

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo</b>
				4 o más veces a la semana	
Actividades de esparcimiento	Condiciones sociodemográficas que son un riesgo para presentar trastornos mentales comunes	Actividades de esparcimiento	Porcentaje de personas según la escala	No Si	Cualitativa Dicotómica
Otros factores relacionados					
Edad	Condiciones sociodemográficas que son un riesgo para presentar Trastornos mentales comunes	Edad de la población	Promedio de edad de las personas	de Años	Cuantitativa discreta
Sexo	Condiciones sociodemográficas que son un riesgo para presentar Trastornos mentales comunes	sexo	Porcentaje de personas según la escala	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Morbilidad por enfermedades no transmisibles	Condiciones de salud que son un riesgo para presentar Trastornos mentales comunes	Hipertensión Arterial. Diabetes Mellitus. Cáncer. Otra	Porcentaje de personas según la escala	No Si	Cualitativa Dicotómica

*Elaborado por: Heredia y Flores (2023)*

## CAPÍTULO IV

### 4. Materiales y métodos

#### 4.1. Tipo y Diseño de la Investigación

La investigación fue de tipo observacional, descriptiva, transversal, de asociación cruzada.

#### 4.2. Población y muestra del estudio

La presente investigación tomó una muestra de la población perteneciente a la parroquia Caracol, en donde habitan 2.342 adultos; se aplicó un cálculo muestral, usando la calculadora del programa Epi Info, el cual aplica la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Donde:

n = muestra esperada

p = porcentaje de ocurrencia (7%). En un estudio de Gómez, donde comparó poblaciones rurales y urbanas este fue el porcentaje de ansiedad y depresión (28)

q = 1-p

N = Población

Z = Nivel de confianza del 95%

e = error estimado esperado del 5%

Dando como resultado una muestra de 331 individuos de estudio.

### **Criterios de inclusión**

- Adulto que vive de manera permanente en la parroquia Caracol (al menos 6 meses en la parroquia Caracol).
- Adultos que firmaron su consentimiento. (consentimiento informado).

### **Criterios de exclusión**

- Personas que no deseen participar en la investigación (consentimiento informado)
- Persona con un alto deterioro cognitivo, que les impida participar en la investigación.

### **4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de muestra**

Se utilizaron dos instrumentos para recolectar información que se describen a continuación:

- Cuestionario Ad hoc (Anexo 1): diseñado especialmente para esta investigación, donde se recogieron los factores socioeconómicos de los pacientes (cuales), este instrumento tuvo una duración promedio de 30 minutos, y 45 en aquellos que requirieron asistencia. Este cuestionario adaptó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC permitiendo hacer una clasificación en grupos socioeconómicos A (alto), B (medio alto), C+ (medio típico), C- (medio bajo) y D (bajo). Antes de aplicarlo se ejecutó una prueba piloto con 10 pacientes para establecer el nivel de confiabilidad el cual fue del 95% (Alfa de Cronbach).

- DASS-21 (Anexo 2): fue diseñado para medir el nivel de estrés, depresión y ansiedad, el cual incluye siete ítems divididos en tres subescalas, en el cual, se lee presenta al evaluado una serie de posibles situaciones de malestar emocional y se le pide señalar con qué frecuencia experimentó cada una de ellas durante la última semana.

El instrumento brinda cuatro opciones de respuesta en formato Likert, ordenadas del 0 (No: describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana) al 3 (Sí: esto me pasó mucho, o casi siempre). Las escalas de depresión y estrés presentaron un alfa de 0.85 y 0.83 respectivamente, mientras que en la escala de ansiedad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.73. En conjunto, los ítems que componen el DASS - 21 presentaron un alfa de Cronbach de 0.91. El cuestionario tiene un tiempo estimado de duración de 30 minutos sin ayuda y 45 en pacientes que requieran asistencia.

#### **4.4. Procedimientos de recolección de información**

El contacto con los sujetos de estudio se realizó en el centro de salud, con aquellos que asistieron a su consulta programada y se les abordó de manera individual y grupal, de la siguiente manera:

- Se reunió a los pacientes en la sala de espera del Centro de Salud Caracol.
- Se les dio una charla de inducción sobre el estudio, su problemática, objetivos y resultados esperados.

- Las autoras fueron las responsables durante la investigación de informar cualquier duda o inquietud y de verificar que cumplan los criterios de inclusión.
- Se explicaron las partes del consentimiento informado y se les pidió que los que están de acuerdo en participar en la investigación firmen el documento.
- Una vez que los pacientes estuvieron de acuerdo en participar se procedió a explicar los instrumentos de investigación y se les proporcionó una copia y un bolígrafo, para que procedan a llenar la información.
- En el caso de que alguna persona no pudo responder las preguntas, las autoras de la investigación supieron brindar un soporte en la escritura del instrumento y la explicación de las preguntas.
- El proceso de recolección de datos se repitió cada día, hasta conseguir el tamaño de la muestra requerido, tomando un tiempo de cinco días.
- Los horarios de atención del Centro de Salud fueron de 8h00 a 17h00, se formaron 2 grupos de trabajo cada día, uno a las 10h00 y el otro a las 14h00; en horario de lunes a viernes.
- Para recoger la información se esperó a los pacientes que llegaron de forma espontánea al Centro de Salud, además se proporcionó información del estudio para que puedan compartir con otros miembros de la comunidad y se acerquen al Centro de Salud para participar.
- Ninguna persona que participó en la investigación recibió dinero u otro tipo de dádiva para proporcionar información, además, esta investigación tuvo carácter anónimo y confidencial.
- Los pacientes que desearon esperar por los resultados del instrumento DASS 21 (Anexo 1) se les sugirió que se queden en la sala de espera, luego de lo cual, se le brindó una pequeña retroalimentación y junto con el médico del Centro de Salud

Caracol, se anexó en el informe de la historia clínica, en el caso de que, el encuestado haya aceptado.

- Una vez que la información fue recogida se procedió a ingresarla en una base de datos preparada especialmente para el trabajo y las hojas físicas fueron almacenadas y custodiadas por los responsables de la investigación. El Centro de Salud Caracol, recibió un resumen de los resultados para su constancia e información, evitando la entrega de información que permita la identificación del paciente.
- Las únicas personas autorizadas para levantar la información de los pacientes fueron las autoras de la investigación, ninguna persona ajena a este trabajo tuvo acceso a la información de los pacientes. En caso de presentar los resultados a los pacientes y éstos autoricen se informará al médico del Centro de Salud para acciones de atención y seguimiento.

#### **4.5. Aspectos bioéticos**

Dentro del marco de las consideraciones éticas, en todo momento se mantuvo la confidencialidad de la información, es decir, ningún nombre fue divulgado en ninguna parte del proceso o documento alguno. Cada paciente que participó firmó el documento de consentimiento informado y se le explicó que en cualquier momento puede dejar la investigación en caso de requerirlo.

Sobre consideraciones de género, no se hizo ningún tipo de distinción de pacientes y los resultados fueron clasificados de acuerdo con el sexo (en el caso particular de esta variable) sin que afecte a la investigación o a la integridad del paciente.

#### **4.6. Plan de análisis de los datos**

Para el análisis de datos, se presenta la información descriptiva en tablas de frecuencias y gráficos estadísticos que permiten una mejor comprensión. La investigación fue levantada en bases de datos de Excel, donde también se tabularon, se analizó la información en el paquete estadístico Epi Info.

Se realizó la estadística descriptiva para la determinación de frecuencias, y posteriormente una estadística inferencial usando la razón de prevalencia para la determinación de asociación de variables; la razón de prevalencias es la medida de asociación que se puede calcular en los estudios transversales o de prevalencia. Se calcula dividiendo la prevalencia de enfermedad en expuestos entre la prevalencia de enfermedad en no expuestos. La interpretación cuantitativa numérica es muy similar al RR o la razón de tasa. Su interpretación cualitativa difiere de la del RR porque en un estudio transversal no se puede realizar ninguna afirmación sobre el riesgo de enfermar, sino solo sobre el riesgo de padecer la enfermedad (prevalencia) en el momento del estudio.

## CAPÍTULO V

### 5. Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 331 sujetos, en su mayoría pertenecientes al grupo de edad comprendido entre los 20 a 30 años (37.1%), de sexo femenino con un 52.2%, quienes completaron la secundaria (73.4%), de estado civil “unión libre” (74.6%), laboran como agrícolas en un 30.2 % y en varios empleos (38.3%). La mayor parte reciben ingresos entre los 201 y 300 dólares (52.5%), tienen entre 1 a 3 familiares que dependen de ellos (64%), y conviven con 3 personas (33.8%) en su residencia.

**Tabla 2**

Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Características	N
<b>Edad</b>	20-30	123
	31-40	64
	41-50	74
	51-60	54
	61-70	16
<b>Género</b>	Masculino	158
	Femenino	173
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios	15
	Primaria incompleta	10
	Primaria Completa	12
	Secundaria Incompleta	33
	Secundaria Completa	243
	Con postgrado	18
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	45
	Casado/a	22

<b>Variable</b>	<b>Características</b>	<b>N</b>
	Viudo/a	15
	Divorciado/a	2
	Unión Libre	247
<b>Trabajo</b>	Personal directivo de empresa pública	2
	Empleados de oficina	16
	Comerciante	20
	Agrícola	100
	Operario Artesano	14
	Varios	127
	Fuerzas Armadas	4
	Desocupados	22
	Inactivos por discapacidad	26
	<b>Ingresos (USD.)</b>	1-100
101-200		32
201-300		174
301-400		51
401-500		15
501-600		5
700-800		2
<b>Dependientes</b>	1 a 3	212
	4 a 6	102
	7 a 9	17
<b>Convivientes</b>	2	29
	3	112
	4	97
	5	63
	6	13
	7	8
	8	9

*Elaborador por: Autores*

*Fuente: Encuesta*

Con respecto a su vivienda en su mayoría viven en una casa/villa, de tipo ladrillo (80%), con piso de cerámica; cuentan con servicio eléctrico de la red pública, consumen

agua de pozo (65.8%), y tienen el servicio higiénico en el exterior de su vivienda (72.8%), tipo pozo séptico (78.8%).

**Tabla 3**

Características habitacionales de la población de estudio

<b>Variable</b>	<b>Característica</b>	<b>N</b>
<b>Tipo de vivienda</b>	Inquilino	5
	Departamento	12
	Casa/Villa	254
	Mediagua	26
	Rancho	13
	Choza/Covacha/Otro	21
	<b>Material de la vivienda</b>	Hormigón
Ladrillo		265
Adobe		4
Caña		35
Otros materiales		21
<b>Material del piso</b>	Cerámica	182
	Ladrillo	85
	Tabla	39
	Otros	25
<b>Servicio eléctrico</b>	No tiene	23
	Generador	25
	Red Pública	283
<b>Agua potable</b>	Pozo	218
	Rio	23
	Agua potable	90
<b>Servicio higiénico</b>	Red Pública	90
	Baño Exterior	241
	1	65
	2	15
	3	10

Variable	Característica	N
<b>Tipo de servicio higiénico</b>	No tiene	16
	Letrina	11
	Descarga Manual	11
	Pozo Ciego	18
	Pozo Séptico	261
	Red pública	14

*Elaborador por: Las Autoras*

*Fuente: Encuesta*

En lo que respecta a tecnología en su mayoría cuentan con internet “a veces” (55.8%), no tienen computadora y tiene 2 celulares (54%).

**Tabla 4**

Características tecnológicas de la población de estudio

Variable	Característica	N
<b>Internet</b>	No	113
	A Veces	185
	Siempre	33
<b>Computadoras</b>	0	249
	1	63
	2	18
	3	1
<b>Celulares</b>	1	134
	2	179
	3	18

*Elaborador por: Las Autoras*

*Fuente: encuesta*

La mayor parte no ha percibido maltrato intrafamiliar (70.3%), consume una vez al mes alcohol (62.2%), nunca han fumado ni han consumido drogas, para distraerse miran televisión y perciben su salud “bien” (57.7%).

**Tabla 5**

Características de la salud de la población de estudio

<b>Variable</b>	<b>Característica</b>	<b>N</b>
<b>Maltrato percibido</b>	Nunca	233
	Violencia Física	15
	Violencia Psicológica	14
	Violencia Verbal	69
<b>Consumo de bebidas alcohólicas</b>	Nunca	86
	1 vez al mes	206
	2 a 4 veces al mes	27
	2 a 3 veces a la semana	12
<b>Consumo de tabaco</b>	Nunca	232
	1 vez al mes	67
	2 a 4 veces al mes	17
	2 a 3 veces a la semana	15
<b>Consumo de drogas</b>	Nunca	310
	1 vez al mes	21
<b>Esparcimiento</b>	Ninguna	40
	Salir a Caminar	65
	Ver televisión	145
	Escuchar música	55
	Sociabilizar con amigos	26
<b>Autopercepción de salud</b>	Triste	42
	Bien	191
	Alegre	66
	Irritable	7
	Ansioso	25

*Elaborador por: Las autoras**Fuente: Encuesta*

Una vez aplicada la prueba DASS-21, se encontró que la mayor parte de los encuestados presentaron un nivel normal de estrés (92%) y de depresión con un 56%, así como, un nivel moderado de ansiedad (44%). Solo la ansiedad se presentó en niveles entre

grave y extremadamente grave con un 5 y 3 % respectivamente. Así mismo, al calcular la prevalencia de los trastornos mentales comunes encontramos que la del estrés es de 39.5%, de la ansiedad un 40.8% y de la depresión es del 39.5%.

**Tabla 6**

Resultados de la aplicación de la prueba DASS-21 en la población de estudio

Trastorno mental común	Nivel	Normal	Leve	Moderado	Grave	Extremadamente Grave
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Estrés</b>		121 (92)	6 (5)	4 (3)	0	0
<b>Ansiedad</b>		56 (43)	8 (6)	57 (44)	6 (5)	4 (3)
<b>Depresión</b>		74 (56)	39 (30)	18 (14)	0	0

(\*) *Habitantes de la parroquia Caracol*

*Elaborador por: Las Autoras*

*Fuente: encuesta*

Al realizar el cruce de variables entre las características sociodemográficas y los trastornos mentales comunes, utilizando el estadístico Chi Cuadrado, podemos observar las siguientes asociaciones estadísticamente significativas (p menor a 0,05):

- **Características sociodemográficas y estrés**

Las variables: secundaria incompleta, trabajo de comerciante, el número de individuos dependientes entre 1 a 3, unión libre, violencia, uso de drogas, el género masculino o femenino se asocian con estrés moderado; mientras que la violencia verbal, consumo de tabaco y tristeza con estrés grave.

- **Características sociodemográficas y ansiedad**

La variable “irritable” se asocia con ansiedad leve; el número de dependientes de 7 a 9 e ingresos de 301 a 400 dólares se asocian a una ansiedad moderada, y la ansiedad grave se asocia con ingresos de 501 a 600 dólares. Así mismo, la ansiedad muy grave se asocia con trabajo de “personal directivo de empresa pública”, ingresos de 1 a 100 dólares, ingresos de 201 a 300 dólares, ingresos de 701 a 800 dólares y a la autopercepción de sentirse “bien”.

- **Características sociodemográficas y depresión**

La depresión leve es la que tuvo la mayoría de asociaciones con: número de dependientes de 4 a 6, ingresos de 101 a 200 dólares, estado civil unión libre, violencia física, violencia verbal, consumo de bebidas alcohólicas una vez al mes, consumo de tabaco 2 a 4 veces al mes, tener la distracción de caminar, ver televisión, la autopercepción de sentirse “alegre”, padecer de diabetes, obesidad y discapacidad física.

## CAPÍTULO VI

### 6. Discusión

Eisenberg y Lazarsfeld (1938) han establecido para los años de la Gran Depresión las consecuencias negativas para la salud asociadas al alto desempleo: deterioro emocional, descenso de la autoestima, pérdida del sentido estructurante del tiempo vital y apatía e indolencia, con disminución de las actividades cotidianas y de la participación social y política (Eisenberg & Lazarsfeld, 1938).

Se calcula que un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En 2019, 301 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2023).

América Latina es la región con mayor polarización socioeconómica, es decir, donde la riqueza está más concentrada en una menor proporción de la población; además la inequidad socioeconómica se incrementó en los últimos años, lo que ha sido paralelo al aumento de la población en situación de pobreza; por lo que los trastornos mentales cada vez cobrarán mayor relevancia por lo que es indispensable estudiar el vínculo entre posición socioeconómica y salud mental. (Ortiz Hernández , López Moreno, & Borges, 2017).

Es así que estudios recientes revelan que el grado interno de igualdad o desigualdad económica que presenta un país condiciona directamente la salud mental de sus

ciudadanos. Por ello, Estados Unidos o Reino Unido presentan más problemas de salud mental que Suecia, Finlandia o los Países Bajos, por ejemplo, países con bajos niveles de desigualdad, concluyendo que *“La desigualdad económica favorece el aumento de los trastornos mentales y contribuye a crear una sociedad ansiógena, estresada y frágil”*. (Pérez, 2013).

Adicionalmente, en el caso de América Latina, la escolaridad se ha asociado con síntomas de depresión intento de suicidio y trastornos mentales del estado de ánimo y ansiedad y trastornos en general (Botega, Berti, Bosco, Dalgarrondo, & Marín León , 2005), tal como presenta el estudio realizado con un mayor porcentaje de secundaria completa,

Así también en un estudio realizado en España, se asemeja con los resultados presentados en el presente estudio, por cuanto padecen depresión un 6,7% de los adultos, y la ansiedad crónica que se declara cuenta con un porcentaje similar, destacando que, en ambos casos, los casos representan más del doble en mujeres que en hombres (Larramona Ballarín, 2020).

Así también, el estrés es una reacción ante las condiciones de vida a las que se enfrenta una persona, especialmente durante situaciones críticas. Lugares donde los niveles de desigualdad son altos y donde la inseguridad, la violencia y la falta de protección social se ven a diario, constituyen los espacios más amenazados y con mayor riesgo de tener ciudadanos estresados; razón por lo que resulta realmente importante realizar investigaciones similares a fin de poder establecer estrategias adecuadas en todo el contexto de la salud mental.

## CAPÍTULO VII

### 7. Conclusiones y recomendaciones del estudio

#### 7.1. Conclusiones

- La mayoría de la población de estudio está compuesta por individuos jóvenes, en su mayoría mujeres, con educación secundaria completa y que viven en unión libre. Además, muchos de ellos trabajan en el sector agrícola y tienen ingresos mensuales que oscilan entre 201 y 300 dólares.
- En términos de vivienda, la mayoría reside en casas o villas de ladrillo, con piso de cerámica. Además, cuentan con servicios eléctricos de la red pública y utilizan agua de pozo, siendo común que el servicio higiénico se encuentre en el exterior de la vivienda, con predominancia de pozos sépticos.
- La conexión a internet es intermitente para la mayoría de la población, y a pesar de que la mayoría no posee una computadora, la posesión de al menos dos teléfonos celulares es común.
- La mayoría de la población no ha experimentado maltrato intrafamiliar y muestra patrones de consumo de alcohol bajos. Además, son no fumadores y no consumen drogas. La distracción principal es ver televisión, y la autopercepción de salud es mayoritariamente positiva.

- La aplicación de la prueba DASS-21 reveló que la mayoría de los encuestados presentan niveles normales de estrés, con un porcentaje considerable que experimenta depresión y ansiedad en niveles moderados. La prevalencia de trastornos mentales comunes indica tasas significativas de estrés, ansiedad y depresión en la población.
- El análisis de las asociaciones entre características sociodemográficas y trastornos mentales comunes muestra diversas relaciones significativas. Por ejemplo, la secundaria incompleta, trabajar como comerciante, tener entre 1 y 3 dependientes, estar en unión libre, experimentar violencia verbal y el consumo de tabaco se asocian con niveles de estrés moderado o grave.
- Factores como la irritabilidad, el número de dependientes y los ingresos mensuales se asocian con diferentes niveles de ansiedad. Asimismo, ciertas variables, como el trabajo en el sector público, ingresos mensuales y la autopercepción de sentirse "bien", están relacionadas con niveles graves de ansiedad.
- La depresión leve está asociada con variables como tener de 4 a 6 dependientes, ingresos de 101 a 200 dólares, estado civil en unión libre, experimentar violencia física o verbal, consumir bebidas alcohólicas una vez al mes, consumir tabaco de 2 a 4 veces al mes, y tener distracciones como caminar o ver televisión.

En resumen, esta investigación proporciona una visión detallada de la población estudiada, destacando aspectos demográficos, de salud, tecnológicos y habitacionales.

Los hallazgos sobre la salud mental y las asociaciones estadísticas entre características sociodemográficas y trastornos mentales ofrecen información valiosa para el diseño de intervenciones y políticas de salud mental específicas para esta comunidad.

## **7.2. Recomendaciones**

- Implementar programas de salud mental que aborden los niveles moderados de estrés y ansiedad identificados en la población. Esto podría incluir sesiones de asesoramiento psicológico, talleres de gestión del estrés y estrategias de afrontamiento.
- Desarrollar programas educativos y de formación ocupacional dirigidos a la población con educación secundaria completa, especialmente aquellos que trabajan en el sector agrícola. Esto podría mejorar sus perspectivas de empleo y aumentar sus ingresos, contribuyendo así a la reducción de factores estresantes.
- Promover el acceso a la tecnología e internet, dado que la conexión es intermitente para muchos. Esto podría incluir iniciativas para mejorar la infraestructura de conectividad y programas de alfabetización digital para aprovechar los beneficios de la tecnología en términos de educación, empleo y salud.
- Reforzar y promover estilos de vida saludables, aprovechando los bajos patrones de consumo de alcohol y la ausencia de tabaquismo y consumo de drogas. Campañas de concientización podrían destacar la importancia de mantener estos comportamientos positivos para la salud.

- Desarrollar programas comunitarios que fomenten la interacción social y el apoyo entre individuos, especialmente aquellos en uniones libres. Esto podría contribuir a reducir la prevalencia de estrés y ansiedad, proporcionando un entorno de apoyo emocional.
- Facilitar el acceso a servicios de salud mental en la comunidad, teniendo en cuenta las asociaciones significativas encontradas. Esto podría incluir clínicas de salud mental locales y la capacitación de profesionales de la salud para identificar y abordar problemas de salud mental en las consultas regulares.
- Desarrollar programas de apoyo dirigidos a familias con 4 a 6 dependientes, con especial atención a aquellas en uniones libres. Estos programas podrían ofrecer recursos para mejorar la gestión del estrés y promover un ambiente familiar saludable.
- Establecer programas de monitoreo continuo de la salud mental en la comunidad, utilizando herramientas como la prueba DASS-21. Esto permitirá una intervención temprana y la adaptación de los servicios de salud mental a medida que evolucionen las necesidades de la población.

Al implementar estas recomendaciones, se puede mejorar la calidad de vida de la población estudiada y abordar los desafíos específicos identificados en términos de salud mental, condiciones de vida y acceso a recursos tecnológicos.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Instrumento de investigación

#### *Encuesta de factores asociados*

Se le agradece su participación en esta investigación, a continuación, sírvase a contestar las siguientes preguntas según la explicación del examinador. Le invitamos a ser lo más honesta/o posible con la información que presente

#### **D1. Factores sociodemográficos**

Características de la vivienda

##### 1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?

- Suite de lujo
- Cuarto(s) en casa de inquilinato
- Departamento en casa o edificio
- Casa/Villa
- Mediagua
- Rancho
- Choza/ Covacha/Otro

##### 2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

- Hormigón
- Ladrillo o bloque
- Adobe/ Tapia
- Caña revestida o bahareque/ Madera
- Caña no revestida/ Otros materiales

##### 3 El material predominante del piso de la vivienda es de:

- Duela, parquet, tablón o piso flotante
- Cerámica, baldosa, vinil o marmetón
- Ladrillo o cemento
- Tabla sin tratar
- Tierra/ Caña/ Otros materiales

### Acceso a servicios básicos

#### 4 Acceso a servicio eléctrico

- No tiene
- Generador eléctrico
- Red pública

#### 5 Acceso a agua potable

- Pozo
- Río
- Red pública

#### 6. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?

- No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar
- Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha
- Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha
- Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha

#### 7. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

- No tiene
- Letrina
- Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada
- Conectado a pozo ciego
- Conectado a pozo séptico
- Conectado a red pública de alcantarillado

### Hacinamiento

#### 8. Número de personas que habitan en el hogar

Número de personas

### Acceso a tecnología

#### 9. ¿Cuánta con servicio de internet?

- No
- A veces
- Siempre

#### 10. ¿Cuántas computadoras funcionales tiene en su hogar?

- 0
- 1
- 2
- 3 o +

11. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?

- No tiene celular nadie en el hogar
- Tiene 1 celular
- Tiene 2 celulares
- Tiene 3 celulares
- Tiene 4 ó más celulares

Nivel de educación

12. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?

- Sin estudios
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Hasta 3 años de educación superior
- 4 ó más años de educación superior (sin post grado)
- Post grado

Actividad económica, trabajo

13. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?

- Personal directivo de la Administración Pública y de empresas
- Profesionales científicos e intelectuales
- Técnicos y profesionales de nivel medio
- Empleados de oficina
- Trabajador de los servicios y comerciantes
- Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros
- Oficiales operarios y artesanos
- Operadores de instalaciones y máquinas
- Trabajadores no calificados

- Fuerzas Armadas
- Desocupados
- Inactivos

Número de dependientes

14. Indique el número de familiares que dependen de usted

Ingresos

15. Indique el promedio de ingresos familiares

## **D2. Otros factores relacionados con condiciones de vida**

Estado civil

16. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Soltera(o).
- Casada(o).
- Viuda(o).
- Divorciada(o).
- Unión libre(o).

Conflictos familiares y maltrato

17. ¿Ha padecido algún tipo de conflicto o maltrato como por ejemplo?

- Ninguna
- Violencia Física
- Violencia Psicológica
- Violencia Verbal

Consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias

18. ¿Con que frecuencia consume alcohol?

- Nunca
- 1 vez al mes o esporádicamente
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

19. ¿Con que frecuencia consume tabaco?

- Nunca
- 1 vez al mes o esporádicamente
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

20. ¿Con que frecuencia consume drogas?

- Nunca
- 1 vez al mes o esporádicamente
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

Actividades de esparcimiento

21. ¿Cuál de las siguientes actividades de esparcimiento realiza?

- Ninguna
- Salir a caminar
- Tiempo de recreación viendo la televisión
- Escuchar música
- Sociabilización con amigos

Autopercepción de la salud

22. ¿Cuál es su situación psicoemocional actual?

- Se siente triste
- Se siente bueno
- Se siente alegre
- Se siente irritable
- Se siente ansioso

### **D3. Otros factores relacionados**

Edad

23. ¿Cuántos años tiene actualmente?

- Sexo
24. ¿Defina su sexo?
- Masculino
  - Femenino

#### Enfermedades crónicas no transmisibles

25. ¿Presenta algún tipo de enfermedad catastrófica?
- Ninguna
  - Hipertensión arterial
  - Diabetes Mellitus
  - dislipidemia mixta
  - Obesidad
  - Cáncer

#### Personas con discapacidad en la familia

26. ¿Vive con algún familiar que presenta algunas de las siguientes discapacidades?
- Ninguna
  - Discapacidad física
  - Discapacidad mental
  - Discapacidad intelectual
  - Discapacidad visual
  - Discapacidad auditiva

### Escalas de Depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

Indicaciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0,1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta situación las dos semanas anteriores. La escala de calificación es la siguiente: 0= No me ha ocurrido, 1= Me ha ocurrido un poco, 2= Me ha ocurrido bastante/ durante buena parte del tiempo, 3= Me ha ocurrido mucho/ la mayor parte del tiempo

No.	Reactivos	0	1	2	3
1	Me resulta difícil relajarme				
2	Noté sequedad en mi boca				
3	Pareciera que no puedo experimentar ningún sentimiento positivo				
4	Tuve dificultades al respirar (rápida, dificultad sin realizar actividad física)				
5	Me resultó difícil tener iniciativa para hacer las cosas				
6	Tendía a reaccionar en exceso ante las situaciones				
7	Tuve temblores (por ejemplo, en las manos)				
8	Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa				
9	Estuve preocupado por situaciones en las que podía entrar en pánico y parecer tonto				
10	Sentí que no tenía nada que esperar				
11	Me encontré agitado				
12	Tuve dificultades para relajarme				
13	Me sentí abatido y triste				
14	No toleraba nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo				
15	Sentí que estaba cerca del pánico				

No.	Reactivos	0	1	2	3
16	No pude entusiasmarme con nada				
17	Sentí que no valía mucho como persona				
18	Sentí que estaba bastante susceptible				
19	Fui consciente del trabajo de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico				
20	Sentí miedo sin ninguna razón				
21	Sentí que la vida no valía nada				

### Interpretación

Cada pregunta recibe un puntaje de depresión, ansiedad o estrés. Los puntajes totales para cada categoría se deben multiplicar por 2 y comparar con la tabla que sigue.

Trastorno	Pregunta
Estrés	1,6, 8,11,12,14, 18
Ansiedad	2,4,7,9,15,19,20
Depresión	3,5,10,13,16,17,21

### Puntaje

Significado	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Extremadamente grave	28 +	20+	34+

**ANEXO 2:** Consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación.

**DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Declaro que he leído el documento de consentimiento, que he comprendido los riesgos y beneficios de participar, que han respondido a todas mis preguntas, que consciente voluntariamente accedo a participar en el estudio, además comprendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte las atenciones a las que tengo derecho.

Al firmar el documento de consentimiento informado, NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.

He sido informado que se me entregará una copia de este documento una vez suscrito el mismo por las partes.

Nombre del participante

Número de cédula

Fecha

Firma / huella digital

### ANEXO 3: Aprobaciones para la realización del proyecto de investigación



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**  
Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
CEISH - PUCE

Quito, 27 de octubre de 2023  
Oficio CEISH-815-2023

Señoras Doctores:  
**January Silvia Heredia Flores**  
**Griska Maritza Flores Delgado**  
Estudiantes de la Maestría Epidemiología para la Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Estimadas Dñas. Heredia y Flores:

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la PUCE, con fecha 26.10.2023 evaluó el protocolo titulado **TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DE LA PARROQUIA CARACOL, CANTÓN BABAHOVO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, EN EL AÑO 2023**, código IO-74-2023, V3. Recibido inicialmente el 28.04.2023 y evaluado el 16.06.2023. Recibido nuevamente con correcciones el 30.08.2023.

Después de una revisión **EXPEDITA** y tomando en cuenta que este proyecto cumple con los criterios éticos, metodológicos y jurídicos, los cuales fueron evaluados, se **APRUEBA** por el tiempo propuesto para su desarrollo que es de dos (2) meses. Del mismo modo deberá presentar un informe final de la investigación terminado el tiempo de ejecución.

Con esta aprobación no se podrán hacer cambios al estudio, salvo con el consentimiento específico del CEISH.

Igualmente, con el fin de dar seguimiento, se solicita:

- **Comunicar por escrito** al CEISH-PUCE el momento del inicio de la investigación (acta de inicio).
- **Solicitar al CEISH** la evaluación y aprobación de **enmiendas o cambios** al protocolo aprobado, consentimiento informado, en caso de que se realicen cambios.
- **Informar por escrito** cualquier situación o circunstancia grave no prevista, que se presente durante el desarrollo de la investigación.
- Entregar **informe parcial a la mitad** de la ejecución de la investigación y el **informe final** en un plazo máximo de **40 días hábiles** contados a partir de la finalización de la investigación.
- El CEISH **podrá solicitar** informes adicionales en caso de considerarlo necesario.
- **Solicitar la renovación** de la aprobación del estudio 30 días hábiles antes de que se cumpla el periodo de aprobación o al año de su desarrollo **(en caso de que dure más de un año)**.

Con nuestra consideración y estima,  
En nombre del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos.



**Galo Sánchez del Hierro, PhD**  
Presidente Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Dirección: Avenida 12 de Octubre 1076 y Vicerre Ramón Roca  
Código postal: 170521 - Teléfono: (593)-2-299 1790 Ext. 2417  
Quito - Ecuador / [www.puce.edu.ec](http://www.puce.edu.ec)



### Referencias Bibliográficas

- Anchundia E. Salud comunitaria en el contexto ecuatoriano: Un estudio de Revisión. Revista . Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social “Tejedora”. 2022; 5(10).
- Ayuda en Acción. Salud mental en Ecuador: consecuencias de la COVID-19.. [Online]. Acceso 5 de Mayo de 2022. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/proyectos/america/salud-mental-ecuador/>.
- C G. Housing Index, Urbanisation Level and Lifetime Prevalence of Depressive and Anxiety Disorders: a cross-sectional analysis of the Colombian national mental health survey. Pontificia Universidad Javeriana. 2017.
- Camas V. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de . Salud en Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42(e162).
- Confederación Salud Mental España. Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2021.
- Contreras Y. Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Rev Cub Med . Mil. 2020; 49(1).
- Franco W. Factores sociodemográficos asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia. Lima 2020 Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021.
- Gutiérrez J. La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los . salvadoreños. [Online].; 2022. Acceso Mayo de 5 de 2022. Disponible en:
- Hermosa C. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana . durante la pandemia por COVID-19.. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2021; 30(2).
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132l.pdf>.

- Hu Y. Rural-urban disparities in age trajectories of depression caseness in later life: The China health and Retirement Longitudinal Study. PLOS ONE. 2019; 14(4).
- INEC. Registro de Camas y Egresos Hospitalarios. [Online].; 2022. Acceso 5 de Mayo de 2022. . Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>.
- Luo Z. Gender-specific prevalence and associated factors of major depressive disorder and . generalized anxiety disorder in a Chinese rural population: the Henan rural cohort study. BMC Public Health. 2019; 19(1).
- Martín J. Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. Anales de Psicología. 2017; 34(1).
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Depresión Hablemos. [Online].; 2022. Acceso 5 de Mayo de 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-lasalud-con-el-tema-depresion-hablemos/#:~:text=Para%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,a%20los%20de%20los%20hombr>.
- Montesó P. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. Aten Primaria.. . 2014; 46(3).
- O'Connor R. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses . of adults in the UK COVID-19 Mental Health &. Wellbeing study. The British Journal of Psychiatry. 2020; 218(6).
- OIT. Extender la protección social a las poblaciones rurales: perspectivas para un enfoque . común de la FAO y la OIT Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2021.

Organización Mundial de la Salud. No hay salud sin salud mental. [Online].; 2022.

Acceso 5 de Mayo de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>.

Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas Washington D.C.: OPS; 2018.

Parreira B. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural . area.. Revista da Escola de Enfermagem da USP.. 2017; 51(2).

Salud OPdl. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas Washington, D.C.: : OPS; 2018.

Sánchez P. Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención Primaria. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2019; 7(2).

Srinivasan M. Depression, Anxiety, and Stress among Rural South Indian Women—Prevalence . and Correlates: A Community-Based Study. Journal of Neurosciences in Rural Practice.. 2020; 11(7).

Tenesaca N. Vulnerabilidades socioeconómicas en la Zona 6 Cuenca: Univeridad de Cuenca; . 2019.

Viapiana. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da . determinação social do processo saúde-doença.. [Online].; 2018..

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *MSP realizó más de 600 mil atenciones en salud mental en el primer semestre de 2023* . MSP Realizó Más de 600 Mil Atenciones En Salud Mental En El Primer Semestre de 2023 . <https://www.salud.gob.ec/msp-realizo-mas-de-600-mil-atenciones-en-salud-mental-en-el-primer-semester-de-2023/>

Ortiz-Hernández, C. L., Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., & Borges, G. (2007). *Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana* (Vol. 23, Issue 6).

THE INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. (n.d.). *Mental disorders are among the top 10 leading causes of health loss worldwide, with anxiety and depressive disorders ranked as the most common across all age groups and locations*. Retrieved December 15, 2023, from <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/mental-health>

Barba, V. (2021). Prevalencia de los trastornos depresivos y factores asociados en los habitantes de las parroquias rurales del cantón Cuenca. *Universidad del Azuay*.

Barnhill, J. (2023). Introducción a los trastornos de ansiedad. *Manual MSD*.

Bellón, J. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. *Informe SESPAS*, 20-26.

Botega, N., Berti, M., Bosco, H., Dalgarrondo, P., & Marín León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Bras Psiquiatría*.

Eisenberg, P., & Lazarsfeld, P. (1938). The Psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin*.

Larramona Ballarín, G. (2020). Factores socioeconómicos asociados a la depresión y ansiedad crónica dentro de la población española actual. *Universidad Zaragoza*.

Montenegro Bolaños, B., & Yumiseva Zuleta, A. (2016). APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA VALORAR DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN LOS MESES DE JULIO-AGOSTO DEL 2016.

Oliver, E. L., Tárraga López, P. J., & Tárraga Marcos, A. (2023). Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. *Journal*.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Trastornos de ansiedad.

Ortiz Hernández , L., López Moreno, S., & Borges, G. (2017). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600002> .

Pérez, F. (2013). La desigualdad económica favorece el aumento de trastornos mentales. *Ciencia contada en Español*.