

Factores Sociodemográficos y Prevalencia de Trastornos Mentales en una Comunidad Rural de Ecuador

Sociodemographic Factors and Prevalence of Mental Disorders in a Rural Community in Ecuador

Janet Vaca Auz¹, Acosta Vinueza Yesenia², Ederson Stalin Remache³,
Bryan Danilo Chicaiza⁴

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Fecha de recepción: 09 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2025.

RESUMEN

La prevalencia de los trastornos mentales en comunidades rurales es alta, debido a factores como el acceso limitado a servicios de salud, el estigma social y las condiciones socioeconómicas adversas. Este estudio examinó la relación entre factores sociodemográficos y la prevalencia de trastornos mentales en una comunidad rural de Ecuador, empleando un enfoque cuantitativo, no experimental, observacional, descriptivo y de corte transversal. Se seleccionó una muestra de 184 individuos de entre 18 y 65 años en San Vicente de Pusir, Carchi, utilizando el GMHAT/PC, una herramienta altamente fiable y válida para el diagnóstico de trastornos mentales. Los resultados indicaron que el 58.6% de los participantes presentaron algún trastorno mental, siendo la depresión la más prevalente en adultos jóvenes (32.3%) y en personas con ingresos bajos (49.0%), con una relación significativa con el sexo ($p = 0.016$). La ansiedad fue más frecuente en mujeres (25.0%) y el riesgo suicida leve predominó en hombres (21.5%), mientras que el riesgo moderado fue mayor en mujeres (6.8%), mostrando una relación significativa con el sexo ($p = 0.009$). Además, el maltrato emocional (17.94%) y el duelo (26.09%) se asociaron con una mayor prevalencia de trastornos mentales, aunque no se encontraron relaciones significativas con antecedentes patológicos. Se concluye que factores como el sexo, la edad, los ingresos y las experiencias emocionales influyen en la prevalencia de trastornos mentales y el riesgo suicida, subrayando la necesidad de intervenciones preventivas adaptadas al contexto rural.

¹ Janet Vaca Auz
<https://orcid.org/0000-0001-8862-0252>
Universidad Técnica del Norte
ajvaca@utn.edu.ec

² Acosta Vinueza Yesenia
<https://orcid.org/0000-0001-5646-1832>
Universidad Técnica del Norte
lyacosta@utn.edu.ec

³ Ederson Stalin Remache
<https://orcid.org/0009-0005-5613-9575>
Universidad Técnica del Norte
Ederson-stalin29@hotmail.com

⁴ Bryan Danilo Chicaiza
<https://orcid.org/0009-0009-2097-915X>
Universidad Técnica del Norte
bdchicaizac@gmail.com

Palabras clave: factores sociodemográficos, salud mental, trastornos mentales, comunidad rural, atención primaria



ABSTRACT

The prevalence of mental disorders in rural communities is high due to factors such as limited access to healthcare services, social stigma, and adverse socioeconomic conditions. This study examined the relationship between sociodemographic factors and the prevalence of mental disorders in a rural community in Ecuador, using a quantitative, non-experimental, observational, descriptive, and cross-sectional approach. A sample of 184 individuals aged 18 to 65 years from San Vicente de Pusir, Carchi, was selected, employing the GMHAT/PC, a highly reliable and valid tool for the diagnosis of mental disorders. The results indicated that 58.6% of participants presented with some mental disorder, with depression being the most prevalent among young adults (32.3%) and individuals with low income (49.0%), showing a significant association with gender ($p = 0.016$). Anxiety was more frequent in women (25.0%), while mild suicide risk predominated in men (21.5%) and moderate risk was higher in women (6.8%), demonstrating a significant association with gender ($p = 0.009$). Additionally, emotional abuse (17.94%) and bereavement (26.09%) were associated with a higher prevalence of mental disorders, although no significant relationships were found with medical history. It is concluded that factors such as gender, age, income, and emotional experiences influence the prevalence of mental disorders and suicide risk, emphasizing the need for preventive interventions tailored to the rural context.

Keywords: sociodemographic factors, mental health, mental disorders, rural community, primary care

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales, incluyendo la depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, autismo, síndrome de Asperger y los trastornos de conducta infantil, constituyen una causa considerable de años vividos con discapacidad en la Región de las Américas (Panamerican Health Organization, 2019).

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 requiere que los casos y los servicios que actualmente se atienden en los hospitales psiquiátricos de larga estancia se trasladen a los servicios de atención primaria, aunque solo el 38% de los países que respondieron al cuestionario tienen disponibles intervenciones farmacológicas y el 32% intervenciones psicosociales en más del 75% de los centros de atención primaria en la región de las Américas (Panamerican Health Organization & World Health Organization, 2018).

Los recientes aumentos en la prevalencia de enfermedades mentales, como el trastorno de ansiedad y depresión episódica, en los últimos años, y especialmente después de la pandemia y el confinamiento, han tenido un impacto significativo en muchas áreas de la vida de las personas. La calidad de vida, además de los sistemas de salud y las economías de los países han sido afectados (Viteri & Ayala, 2024).

A pesar de los progresos realizados en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales, continúan existiendo brechas significativas en la identificación de los factores que afectan su prevalencia, así como en el acceso a tratamientos y la eficacia de las intervenciones. En diversas áreas de América Latina, las

restricciones en recursos y las políticas públicas relacionadas con la salud mental complican la provisión de una atención adecuada y justa. Asimismo, la escasez de investigación limita la formulación de políticas efectivas (Barrante et al., 2022).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS han subrayado la necesidad apremiante de promover investigaciones que aborden esta crisis de forma inclusiva y justa (Organización Panamericana de la Salud, 2019). La salud mental en América Latina enfrenta desafíos considerables debido a su escasa inclusión en las agendas gubernamentales, lo que restringe el acceso a servicios adecuados y repercute de manera adversa en el bienestar psicológico de la población.

Los factores socioculturales juegan un papel fundamental en la forma en que se perciben y abordan los problemas de salud mental. En este contexto, la estigmatización y las percepciones negativas complican la búsqueda de asistencia. Según Leiva-Peña et al. (2021), la salud mental está influenciada por determinantes sociales, como la pobreza y la desigualdad socioeconómica, que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos (Sapag et al., 2021).

Factores como el estatus socioeconómico, la composición familiar, la profesión y la escasez de acceso a servicios esenciales de salud mental se entrelazan con circunstancias de aislamiento social y deficiencias en la comunicación efectiva. De igual manera, situaciones como crisis de salud pública o económicas intensifican la vulnerabilidad psicológica. (Trujillo et al., 2021).

Asimismo, la discriminación étnica y la exclusión social desempeñan un papel fundamental en el incremento de los problemas de salud mental en estas comunidades, impactando negativamente la autoestima y provocando sensaciones de aislamiento. Estos elementos elevan el riesgo de padecer trastornos mentales y establecen barreras invisibles que complican el acceso a la asistencia necesaria (Lund et al., 2018).

En Ecuador, la Ley Orgánica de Salud Mental, promovida por la Asamblea Nacional en 2023, crea un marco regulatorio que asegura el acceso universal, oportuno y equitativo a los servicios de salud mental (Ministerio de Salud Pública, 2024). Esta legislación subraya la importancia de crear políticas públicas y programas orientados a disminuir la discriminación y el estigma vinculados a los trastornos mentales, impulsando un modelo de atención comunitaria inclusivo.

En este contexto, la salud mental comunitaria (SMC) se configura como una estrategia holística para prevenir trastornos y promover el bienestar en el primer nivel de atención. (Anchundia et al., 2022). Sin embargo, continúan existiendo obstáculos tales como la ausencia de redes de apoyo sólidas, la limitada implicación de la comunidad y la insuficiencia de recursos adecuados (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La conexión entre los factores sociodemográficos y la salud mental es esencial para analizar los patrones de riesgo y desarrollar estrategias de intervención efectivas. La discriminación racial y la exclusión social se han identificado como elementos clave que contribuyen al aumento de los problemas de salud mental, impactando negativamente la autoestima y creando una mayor vulnerabilidad psicológica (Lund et al., 2018).

Como señala Herrero Olarte, (2018), La marginalidad en el sector agrícola está vinculada a la falta de capacidad para generar ingresos sostenibles, lo que a su vez perpetúa ciclos de pobreza y exclusión social. De acuerdo con estadísticas regionales, el 76% de la población que habita en áreas marginales se encuentra en situaciones de aislamiento, ya sea medio, alto o extremo, lo que impacta a cerca de 43.3 millones de personas en América Latina.

En un marco en el que la susceptibilidad a trastornos de salud mental se ve afectada por elementos psicológicos, biológicos y estructurales, resulta fundamental evaluar cómo el entorno familiar, comunitario y económico influye en el bienestar psicológico de la población. Factores como la educación en el hogar, el bullying y la carencia de oportunidades son igualmente determinantes significativos (Panamerican Health Organization, 2023).

II. MARCO TEÓRICO

La investigación realizada adoptó un enfoque cuantitativo, empleando un diseño no experimental, observacional, descriptivo y de corte transversal. Su objetivo principal fue examinar los factores sociodemográficos y su asociación con la prevalencia de trastornos mentales en la parroquia de San Vicente de Pusir, ubicada en Carchi, Ecuador. El estudio se desarrolló en esta parroquia, abarcando una población total de 2224 individuos, con un enfoque particular en los residentes de entre 18 y 65 años, dado su significado en términos de participación tanto productiva como social (Gobierno Autónomo descentralizado San Vicente de Pusir, 2020).

Se realizó un cálculo muestral considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, con base en una población total de 894 habitantes. A partir de este cálculo, se seleccionó una muestra de 184 personas mediante un muestreo por conveniencia. Los participantes fueron residentes de la parroquia durante más de un año, con edades entre 18 y 65 años. Para minimizar el sesgo de selección, se procuró incluir participantes de diferentes sectores geográficos de la parroquia, así como una distribución equilibrada en cuanto a edad, género y adaptadas al contexto rural (Tamayo, 2000).

Se empleó la herramienta computarizada Global Mental Health Assessment Tool/ Primary Care (GMHAT/PC) para la recolección de datos, la cual fue diseñada específicamente para la evaluación y diagnóstico de trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria. Este software estructurado ha mostrado una notable fiabilidad, con coeficientes de Alfa de Cronbach que superan 0.7, y una validez del 86%, al concordar sus resultados con diagnósticos clínicos establecidos.

Con un tiempo medio de aplicación de 13 minutos por entrevista y una elevada aceptación por parte de los pacientes, esta herramienta facilitó la identificación de factores de riesgo relacionados con los trastornos mentales, proporcionando información crucial para el diseño de estrategias de intervención y prevención en la comunidad (Tejada et al., 2016).

El proceso abarcó la elección de los participantes de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión definidos con anterioridad, la implementación del instrumento en sesiones individuales y la posterior organización de los

datos. La aplicación del GMHAT/PC fue llevada a cabo por profesionales formados en el manejo del software, asegurando así la estandarización del procedimiento y la fiabilidad de los resultados obtenidos.

En el estudio de los datos, se aplicaron técnicas estadísticas tanto descriptivas como correlacionales con el objetivo de detectar patrones de relación entre los factores sociodemográficos y la incidencia de trastornos mentales. Para el análisis de la información, se utilizó la versión más actual del software estadístico SPSS, lo que facilitó un examen riguroso y fundamentado en evidencia.

La investigación se llevó a cabo respetando todas las normativas éticas necesarias para estudios que involucran a seres humanos. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos recolectados, lo que asegura el respeto a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia en el ámbito de la investigación.

III. RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo compuesta principalmente por hombres (52.17%) y mujeres (47.83%), con la mayoría en el rango de adultos jóvenes (59.24%). La población era mayoritariamente mestiza (50.54%) y afrodescendiente (47.83%), con un bajo porcentaje de indígenas (1.09%) y blancos (0.54%). En cuanto al estado civil, un 42.39% eran solteros, un 27.17% casados y un 16.30% en unión libre. En términos de escolaridad, el 46.20% tenía educación secundaria, seguido por el 34.78% con primaria y un 16.85% con educación superior.

La mayoría se dedicaba a labores de campo (40.22%), seguidos por los que realizaban labores del hogar (20.65%). Además, el 77.72% percibía ingresos inferiores a 460 dólares. Estos factores sociodemográficos, particularmente el bajo nivel educativo, los ingresos limitados y las ocupaciones rurales, parecen influir en la prevalencia de trastornos mentales, con una mayor prevalencia observada en los adultos jóvenes, personas con menor escolaridad e ingresos bajos.

Tabla 1
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Factor sociodemográfico	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	96	52,17
	Femenino	88	47,83
Edad	Adulto joven (18 a 44 años)	109	59,24
	Adulto medio (45 a 59 años)	47	25,54
	Adulto mayor (60 años en adelante)	28	15.22
Etnia	Mestizo	93	50,54
	Indígena	2	1.09
	Afro	88	47,83
	Blanco	1	0,54
Estado civil	Casado	50	27.17
	Soltero	78	42,39
	Divorciado	14	7.61
	Viudo	7	3.80
	Separado	5	2.72
	Unión libre	30	16.30
Escolaridad	Primaria	64	34,78
	Secundaria	85	46.20
	Superior	31	16,85
	Ninguna	4	2.17
Ocupación	No trabaja	23	12,50
	Labores de campo	74	40.22
	Labores del hogar	38	20,65
	Jubilado	3	1.63
	Comercio	21	11.41
	Empleado	25	13.59
Ingresos (< 460)	No	41	22.28
	Si	143	77,72

Elaborado por: Autores a partir del análisis realizado

En cuanto a los antecedentes patológicos, la mayoría de los participantes (88.04%) no reportó antecedentes familiares de enfermedades relevantes, mientras que solo el 9.78% indicó tenerlos. En cuanto a la depresión, un 11.41% de los participantes refirió haber tenido episodios depresivos, mientras que el 86.96% negó haberlos experimentado. Respecto al maltrato, el emocional fue el más reportado (17.94%), seguido por el físico (5.98%), y un bajo porcentaje mencionó abuso sexual (1.09%), con la mayoría (75.00%) sin haber sufrido ningún tipo de abuso.

En cuanto a experiencias de duelo, un 26.09% indicó haber atravesado por un proceso de duelo, mientras que el 73.37% no reportó esta experiencia. Finalmente, el consumo de alcohol fue bajo, con solo un 8.15% de los participantes consumiéndolo. Estos resultados sugieren que los antecedentes de maltrato emocional y duelo podrían estar asociados con la prevalencia de trastornos mentales en esta comunidad rural de Ecuador.

Tabla 2
Antecedentes patológicos

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antecedentes patológicos familiares	Sí	18	9.78
	No	162	88.04
Antecedentes de depresión	Sí	21	11.41
	No	160	86.96
Abuso / maltrato	Físico	11	5.98
	Emocional	33	17.94
	Sexual	2	1.09
	Ninguno	138	75.00
Duelo	Sí	48	26.09
	No	135	73.37
Consumo de alcohol	Sí	15	8.15
	No	169	91.85

Elaborado por: Autores a partir del análisis realizado

La depresión fue el trastorno más común, afectando al 19.57% de la población estudiada, seguida por la ansiedad (12.50%) y la psicosis con depresión (9.78%), lo que representa una carga significativa para la salud mental de la comunidad. Otros trastornos menos prevalentes incluyeron el trastorno de estrés postraumático (3.26%), trastornos de la conducta alimentaria (2.72%), trastorno obsesivo-compulsivo (1.63%) y problemas de personalidad (2.17%), junto con casos menores de trastorno mental orgánico, fobia y manía (1.09% cada uno).

También se registraron diagnósticos menos frecuentes como abuso de alcohol, trastorno dismórfico corporal y esquizofrenia (0.54% cada uno), indicando una prevalencia baja de estos trastornos en la muestra. El retardo mental estuvo presente en un 1.09%. Es relevante que el 41.30% de la población no presentó enfermedad mental, lo que podría reflejar un sub diagnóstico, falta de acceso a servicios de salud mental o diferencias en la percepción de los síntomas.

Tabla 3
Diagnósticos GM – HAT

Diagnóstico GM - HAT	Frecuencia	Porcentaje (%)
Depresión	36	19.57
Ansiedad	23	12.50
Psicosis con depresión	18	9.78
Trastorno mental orgánico	4	2.17
Problemas de personalidad	4	2.17
Fobia	2	1.09
Manía	2	1.09
Trastorno de estrés postraumático	6	3.26
Trastorno obsesivo-compulsivo	3	1.63
Trastorno de la conducta alimentaria	5	2.72
Abuso de alcohol	1	0.54
Trastorno dismórfico corporal	1	0.54
Sin enfermedad mental	76	41.30
Retardo mental	2	1.09
Esquizofrenia	1	0.54
Total	184	100.00

Elaborado por: Autores a partir del análisis realizado

La prevalencia de trastornos mentales mostró variaciones significativas según factores sociodemográficos. Los trastornos de depresión afectaron a hombres (29.2%) y mujeres (28.1%), siendo más comunes en adultos jóvenes (32.3%) y en mestizos (29.2%) y afrodescendientes (28.1%). Se observó una mayor prevalencia en solteros (27.1%), personas con educación primaria (23.9%), quienes trabajaban en labores de campo (30.2%) y aquellos con ingresos menores a 460 dólares (49.0%). Además, se encontró una relación significativa entre depresión y sexo ($p = 0.016$).

Los trastornos de ansiedad afectaron más a mujeres (25.0%), adultos jóvenes (20.8%), mestizos (18.8%) y quienes realizaban labores de hogar (12.5%), sin embargo, no se hallaron

relaciones significativas con las variables sociodemográficas ($p = 0.621$). La mayoría de los participantes sin enfermedades mentales eran hombres (51.0%), adultos jóvenes (52.1%), afrodescendientes (42.7%) y mestizos (35.4%), principalmente solteros (32.3%) con educación secundaria (37.5%) y empleados en labores de campo (31.3%).

En el grupo de otros trastornos, predominaban las mujeres (9.4%), adultos jóvenes (8.3%), mestizos (13.5%), solteros (9.4%) y aquellos con educación secundaria (9.4%), sin encontrar relaciones significativas con factores sociodemográficos ($p = 0.1069$). Solo se encontró una relación significativa entre depresión y sexo, sugiriendo que el género podría influir en la prevalencia de este trastorno

Tabla 4

Distribución de Diagnóstico GM - HAT por factores sociodemográficos

Variable	Categoría	Depresión y trastornos relacionados	Ansiedad y trastornos relacionados	Sin enfermedad mental	Otros trastornos	Total	p-valor
Sexo	Masculino	28	11	49	8	96	
	Femenino	27	24	28	9	88	0.016
Edad	Adulto joven (18-44)	31	20	50	8	109	
	Adulto medio (45-59)	17	10	14	6	47	
	Adulto mayor (60+)	7	5	13	3	28	0.621
Etnia	Mestizo	28	18	34	13	93	
	Indígena	0	0	2	0	2	
	Afro	27	16	41	4	88	
	Blanco	0	1	0	0	1	0.184

Elaborado por: Autores a partir del análisis realizado

Tabla 4 (continuación)

Estado civil	Casado	10	13	23	4	50	0.1069
	Soltero	26	12	31	9	78	
	Divorciado	8	2	2	2	14	
	Viudo	4	2	0	1	7	
	Separado	1	1	3	0	5	
	Unión libre	6	5	18	1	30	
Escolaridad	Primaria	23	9	26	6	64	0.799
	Secundaria	22	18	36	9	85	
	Superior	8	8	13	2	31	
	Ninguna	2	0	2	0	4	
Ocupación	No trabaja	6	5	12	0	23	0.150
	Labores de campo	29	8	30	7	74	
	Labores de hogar	12	12	11	3	38	
	Jubilado	0	1	2	0	3	
	Comercio	2	4	11	4	21	
	Empleado	6	5	11	3	25	
Ingresos (<460)	No	8	9	21	3	41	0.326
	Sí	47	26	56	14	143	

La prevalencia de trastornos mentales varió según los antecedentes personales y familiares. La depresión y trastornos relacionados fueron más comunes en quienes no tenían antecedentes personales patológicos (APP) (23.4%), aunque también afectaron a quienes los tenían (5.2%), sin relación estadísticamente significativa ($p = 0.276$). De manera similar, la depresión fue más prevalente en aquellos sin antecedentes familiares (APF) (24.5%) que en los que sí los tenían (9.4%), sin alcanzar significancia estadística ($p = 0.076$).

También se observó una mayor prevalencia de depresión en individuos sin antecedentes de depresión (23.9%) en comparación con aquellos que sí los presentaban (4.7%), sin relación significativa ($p = 0.280$). En cuanto al abuso, la depresión fue más común en quienes reportaron abuso emocional (6.8%) y físico (3.1%), mientras que aquellos sin antecedentes de abuso también mostraron una prevalencia considerable (17.7%), sin hallarse relaciones significativas ($p = 0.185$).

Respecto al duelo, la depresión fue más frecuente en quienes no habían experimentado duelo (36.5%) frente a quienes sí lo hicieron (20.8%), aunque sin significancia estadística ($p = 0.36$). En cuanto a ansiedad y otros trastornos, se observaron patrones similares, sin relaciones estadísticamente significativas con APP, APF, antecedentes de depresión, abuso o duelo. En resumen, no se encontraron relaciones significativas entre los antecedentes personales y familiares y la prevalencia de trastornos mentales en esta comunidad.

La principal motivación acerca de la aplicación de normas enfocadas en la sostenibilidad, se origina buscando que la práctica de divulgación de información no financiera se presente con el mismo grado o con la misma intensidad que la información financiera, esto con el objetivo de que las organizaciones consideren de igual importancia la rendición de cuentas habituales y la rendición de informes no financieros, permitiendo así una óptima función de sus actividades y visibilidad en el entorno, demostrando su responsabilidad social y ambiental. (Luque-Vilchez et al., 2023)

Tabla 5
Distribución de Diagnóstico GM - HAT por antecedentes patológicos

Variable	Categoría	Depresión y trastornos relacionados	Ansiedad y trastornos relacionados	Sin enfermedad mental	Otros trastornos	Total	P-valor
APP	Sí	10	8	8	4	30	0.276
	No	45	27	69	13	154	
APF	Sí	8	6	3	1	18	0.076
	No	47	29	74	16	166	
Ant. Depresión	Sí	9	4	5	3	21	0.280
	No	46	31	72	14	163	
Abuso	Físico	6	1	3	1	11	0.185
	Emocional	13	6	10	4	33	
	Sexual	2	0	0	0	2	
	Ninguno	34	28	64	12	138	
Duelo	No	35	23	63	15	136	0.36
	Sí	20	12	14	2	48	

Elaborado por: Autores a partir del análisis realizado

El riesgo suicida mostró variaciones según sexo, edad, ingresos y ocupación. En cuanto al riesgo leve, fue más prevalente en hombres (21.5%) que en mujeres (13.9%), aunque sin relación estadísticamente significativa ($p = 0.251$). Sin embargo, el riesgo moderado fue mayor en mujeres (6.8%) frente a hombres (0%), con una relación significativa ($p = 0.009$). No se encontraron diferencias significativas en el riesgo severo por sexo ($p = 0.510$). En relación con la edad, el riesgo leve fue más común en adultos jóvenes (20.5%), seguido por adultos medios (27.7%) y adultos mayores (28.6%), sin relación significativa ($p = 0.938$).

El riesgo severo fue más prevalente en adultos mayores (7.1%), con una relación significativa

($p = 0.028$). En cuanto a los ingresos, el riesgo suicida en todas sus categorías fue más frecuente en quienes percibían menos de 460 dólares, aunque sin relaciones significativas ($p > 0.05$). Respecto a la ocupación, el riesgo leve fue más común en trabajadores de campo (18.5%), mientras que el riesgo severo fue más prevalente en quienes realizaban labores de hogar (7.9%), con una relación significativa en el riesgo severo ($p = 0.039$).

En resumen, se encontraron relaciones significativas entre el riesgo moderado y el sexo, así como entre el riesgo severo, la edad y la ocupación, lo que sugiere que estos factores podrían influir en el riesgo suicida en esta comunidad.

Tabla 6
Distribución de Riesgo suicida con variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Riesgo Suicida Leve No	Riesgo Suicida Leve Sí	Riesgo Suicida Moderado No	Riesgo Suicida Moderado Sí	Riesgo Suicida Severo No	Riesgo Suicida Severo Sí
Sexo	Masculino	67	29	96	0	95	1
	Femenino	68	20	82	6	86	2
	Total	135	49	178	6	181	3
	p Valor	0.251	0.009	0.510			
Edad	Adulto joven (18 a 44 años)	81	28	105	4	109	0
	Adulto medio (45 a 59 años)	34	13	46	1	46	1
	Adulto mayor (≥ 60 años)	20	8	27	1	26	2
	Total	135	49	178	6	181	3
	p Valor	0.938	0.879	0.028			
Ingresos (< 460)	No	32	9	40	1	41	0
	Sí	103	40	138	5	140	3
	Total	135	49	178	6	181	3
	p Valor	0.442	0.737	0.350			

Elaborado por: Autores a partir del análisis realizado

Tabla 6 (continuación)

Ocupación	No trabaja	21	2	23	0	23	0
	Labores de campo	49	25	71	3	74	0
	Labores de hogar	31	7	37	1	35	3
	Jubilado	1	2	3	0	3	0
	Comercio	16	5	20	1	21	0
	Empleado	17	8	24	1	25	0
	Total	135	49	178	6	181	3
	p Valor	0.077	0.938	0.039			

La prevalencia de trastornos mentales varió según el riesgo suicida. En el riesgo suicida leve, se observó una mayor prevalencia de depresión y trastornos relacionados (34.7%) y otros trastornos (12.2%) en comparación con aquellos sin riesgo leve, aunque sin relación estadísticamente significativa ($p = 0.606$).

En el riesgo suicida moderado, aquellos con riesgo presentaron una alta prevalencia de depresión (66.7%) y ansiedad (33.3%), mientras que ninguno estuvo libre de enfermedad mental, a diferencia de aquellos sin riesgo moderado, de los cuales el 43.3% no presentó enfermedad mental, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0.084$).

En cuanto al riesgo suicida severo, se encontró una mayor prevalencia de depresión (33.3%), ansiedad (33.3%) y otros trastornos (33.3%), mientras que ninguno de los participantes con riesgo severo estuvo libre de enfermedad mental, en contraste con aquellos sin riesgo severo (42.5% sin enfermedad mental), sin una relación significativa ($p = 0.317$).

Aunque no se identificaron relaciones estadísticamente significativas, los datos sugieren que un mayor riesgo suicida podría estar asociado con una mayor prevalencia de trastornos mentales, especialmente depresión y ansiedad, lo que resalta la importancia de estrategias de intervención preventiva en esta comunidad.

Tabla 7
Distribución de diagnósticos GM- HAT y riesgo suicida

Variable	Categoría	Depresión y trastornos relacionados	Ansiedad y trastornos relacionados	Sin enfermedad mental	Otros trastornos	Total	P-valor
Riesgo suicida leve	No	38	27	59	11	135	0.606
	Sí	17	8	18	6	49	
Riesgo suicida moderado	No	51	33	77	17	178	0.084
	Sí	4	2	0	0	6	
Riesgo suicida severo	No	54	34	77	16	181	0.317
	Sí	1	1	0	1	3	

Elaborado por: Autores a partir del análisis realizado

IV. DISCUSIÓN

El estudio encontró que diversos factores sociodemográficos influyen significativamente en la prevalencia de trastornos mentales y en el riesgo suicida. Se observó que el sexo femenino está asociado con una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y tendencias suicidas, mientras que los hombres presentan una mayor incidencia de trastornos por consumo de (Rancans et al., 2020). Además, los adultos jóvenes y las personas sin pareja tienen un mayor riesgo de síntomas depresivos y altos niveles de estrés (Trujillo et al., 2021).

El nivel educativo y la situación económica desempeñan un papel crucial en la salud mental. Un bajo nivel educativo y la inactividad económica están vinculados con un mayor riesgo de trastornos mentales, especialmente de ansiedad y tendencias suicidas, mientras que un menor ingreso económico se asocia con una mayor vulnerabilidad a la ansiedad y el estrés (Charry Lozano et al., 2024).

En este sentido, se ha evidenciado que las personas con menor acceso a la educación y oportunidades laborales presentan dificultades para enfrentar el estrés y las presiones socioeconómicas, lo que agrava su estado de salud mental (Guevara A, 2024). La exposición a la violencia y el maltrato también se relacionan con un aumento en la incidencia de trastornos mentales.

Estudios han demostrado que las comunidades marginadas, donde la violencia y la falta de acceso a servicios de salud mental son frecuentes, presentan una mayor prevalencia de ansiedad, depresión e ideación suicida (Herrero S, 2018). Asimismo, la exposición a eventos traumáticos, como la violencia intrafamiliar y el conflicto armado, incrementa significativamente la prevalencia de trastornos de ansiedad (55,2%), depresión mayor (48,3%) y la ideación suicida (34,5%), siendo la violencia sexual un factor de alto impacto en este último (65,0%) (Orrego et al., 2020).

En cuanto al riesgo suicida, se ha identificado que el sexo, la edad, el estado civil y el nivel educativo son factores determinantes. Por ejemplo, un estudio en el departamento del Cauca reportó que el 72,8% de los casos de suicidio correspondían a hombres, con una alta incidencia en adultos con uniones maritales inestables y un nivel educativo bajo (Charry et al., 2024). Asimismo, en la población peruana, se encontró que los hombres con menor educación y las mujeres entre los 18 y 39 años tenían mayor riesgo de suicidio, influenciado por factores como el estrés urbano, la delincuencia y la presión académica (Guevara A, 2024).

V. CONCLUSIÓN

Este estudio muestra una alta prevalencia de trastornos mentales en comunidades rurales, vinculados a factores sociodemográficos como el sexo, la edad, el nivel de ingresos y las experiencias emocionales. La depresión y la ansiedad son las condiciones más comunes, afectando principalmente a mujeres y personas con ingresos bajos. Además, el maltrato emocional y la experiencia de duelos contribuyen significativamente a estos problemas de salud mental.

No se encontraron relaciones significativas entre los antecedentes patológicos familiares y la prevalencia de estos trastornos, lo que sugiere la necesidad de investigar otros factores de riesgo. Este hallazgo indica que, aunque los antecedentes familiares pueden ser un factor, no son determinantes en la aparición de trastornos mentales en estas comunidades.

El estudio subraya la importancia de fortalecer las políticas públicas de salud mental en comunidades rurales. Es esencial promover el acceso a atención primaria y desarrollar estrategias de intervención temprana para abordar estos problemas de manera efectiva. La implementación de programas de prevención, acompañamiento psicológico y educación en salud mental podría contribuir significativamente a reducir la carga de enfermedad mental en estas poblaciones vulnerables.

Finalmente, se recomienda realizar estudios longitudinales para evaluar la evolución de los trastornos mentales en estos entornos y la efectividad de las intervenciones implementadas. La inclusión de más variables contextuales permitirá una mejor comprensión de los determinantes de la salud mental y facilitará la formulación de políticas públicas más eficaces y equitativas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anchundia, E., Montes, A., & Rodríguez, A. (2022). *Salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano: Un estudio de revisión*. Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora, 5(10), 100–115. <https://doi.org/10.56124/tj.v5i10.0056>
- Barrante, J., Adrianzén, R., Carranza, B., & Bravo, K. (2022). *El desafío de la política de salud mental en Latinoamérica*. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, 6(3), 2613–2634. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2406
- Campos, M., Torres, T., & Alemán, R. (2021). *Identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida a través de personas con experiencias propias o cercanas al suicidio, del cantón de La Cruz, Guanacaste*. InterSedes, 22, 162–188. <https://doi.org/10.15517/isucr.v22i45.47105>
- Charry, L., Banguera, H., Illera, D., Vélez, R. A., Garzón, L. V., & Gaviria, J. D. (2024). *Factores de riesgo de suicidio asociados al sexo en el departamento del Cauca, Colombia, enero del 2018 - diciembre de 2021*. Revista Médica de Risaralda, 29(2), 95–108. <https://doi.org/10.22517/25395203.25257>
- Charry Lozano, L., Banguera Riascos, H., Illera Rivera, D., Vélez Tobar, R. A., Garzón Certuche, L. V., & Gaviria Segura, J. D. (2024). *Factores de riesgo de suicidio asociados al sexo en el departamento del Cauca, Colombia, enero del 2018 - diciembre de 2021*. Revista Médica de Risaralda, 29(2), 95–108. <https://doi.org/10.22517/25395203.25257>
- Gobierno Autónomo Decentralizado San Vicente de Pusir. (2020). *Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial*. Actualización Del Plan De Desarrollo Y Ordenamiento Territorial, 2, 382.
- Guevara, A. (2024). *Sociodemographic determinants of the suicidal act in the Peruvian population: a multivariate analysis*. Revista Medica Herediana, 35(4), 204–211. <https://doi.org/10.20453/rmh.v35i4.5020>
- Herrero Olarte, S. (2018). *Condiciones de salud en las comunidades marginadas y aisladas contactadas de América Latina*. Academo Revista de Investigación En Ciencias Sociales y Humanidades, 5(1), 13–34. <https://doi.org/10.30545/academo.2018.ene-jun.3>
- Herrero, S. (2018). *Condiciones de salud en las comunidades marginadas y aisladas contactadas de América Latina*. Academo Revista de Investigación En Ciencias Sociales y Humanidades, 5(1), 13–34. <https://doi.org/10.30545/academo.2018.ene-jun.3>
- Leiva- Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). *Social Determinants of Mental Health: Public Policies Based on the Biopsychosocial Model in Latin American Countries*. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, 45, 1–7. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

López, J., Amaya, M., Salamanca, Y., & Caro, J. (2020). *Relationship between psychopathologies and suicidal ideation in school adolescents in Colombia*. Psicogente, 23(44), 1–18. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3709>

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). *Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews*. The Lancet Psychiatry, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Ley Orgánica de Salud Mental. Liderando la información hasta el último rincón de la Patria*.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Atención primaria de salud*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. In *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. <https://doi.org/10.37774/9789275322642>

Orrego, S., Hincapié, G. M. S., & Restrepo, D. (2020). *Trastornos mentales desde la perspectiva del trauma y la violencia en un estudio poblacional*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 49(4), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.02.003>

Pan American Health Organization. (2019). *La carga de trastornos mentales - OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud*.

Pan American Health Organization. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. In *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>

Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2020*.

Rancans, E., Renemane, L., Kivite-Urtane, A., & Ziedonis, D. (2020). *Prevalence and associated factors of mental disorders in the nationwide primary care population in Latvia: A cross-sectional study*. Annals of General Psychiatry, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00276-5>

Sapag, J. C., Huenchulaf, C. Á., Campos, Á., Corona, F., Pereira, M., Véliz, V., Soto-Brandt, G., Irarrazaval, M., Gómez, M., & Abaakouk, Z. (2021). *Mental Health Global Action Programme (mhGAP) in Chile: Lessons Learned and Challenges for Latin America and the Caribbean*. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, 45, 1–11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.32>

Tamayo, G. (2000). *Diseños muestrales en la investigación*. Revista Científica : Semestre Económico, 4(7), 1–14.

Tejada, P., Jaramillo, L. E., García, J., & Sharma, V. (2016). *The Global Mental Health Assessment Tool Primary Care and General Health Setting Version (GMHAT/PC) – Spanish version: A validity and feasibility study*. European Journal of Psychiatry, 30(3), 195–204.

Trujillo, P. E., Gómez, D. A., Lara-Reyes, B. J., Medina, I. A., & Hernández-Martínez, E. K. (2021). *Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19*. Enfermería Global, 20(4), 1–25. <https://doi.org/10.6018/eglobal.471511>

Viteri, J., & Ayala, T. (2024). *Ánalisis integral del impacto postpandemia por el COVID-19 en los trastornos mentales: Depresión y ansiedad en Ecuador durante el año 2021 al 2023 y sus implicaciones para la Salud Pública (Tesis de maestría)*. Universidad de las Américas, Quito.