The background features a stylized, painterly illustration of a person's face, primarily in shades of green and white. The face is partially obscured by a large, vibrant red splatter on the left side. A red rectangular box is superimposed over the center of the face, containing white text. The overall aesthetic is expressive and artistic.

**Estudio exploratorio de
salud mental y stress en la
población de la provincia
de Manabí, Ecuador**

RESUMEN

La concepción actual de salud mental se relaciona con la disfunción y perturbación de la vida cotidiana del individuo, así como su bienestar y productividad. En el contexto latinoamericano, y específicamente en el Ecuador, son escasos los estudios realizados sobre salud mental, principalmente en población no hospitalaria. El presente estudio exploratorio descriptivo tiene como principal objetivo un acercamiento a variables relativas a la salud mental de la población ecuatoriana supuestamente sana. Los participantes respondieron a una entrevista individual construida sobre la base de un conjunto de instrumentos que evaluaron diferentes variables relacionadas con la salud mental: psicopatología, stress y variables sociodemográficas. Se verificó que un 35% de la población encuestada supera el nivel esperado y normativo de percepción de síntomas psicopatológicos, con mayor incidencia de síntomas relacionados a su estado de ánimo y ansiedad. Variables como la percepción de stress y el desempleo femenino se verificaron positivamente correlacionadas con la autopercepción de psicopatología, y se encontró que el stress percibido puede incluso predecir positivamente la presencia de indicadores de autopercepción de psicopatología. Los resultados de esta investigación preliminar corroboran una creciente importancia de la afirmación de la salud mental y su inclusión como prioridad en la salud pública.

PALABRAS-CLAVE: Latinoamérica; psicopatología; salud mental; stress percibido; variables sociodemográficas.

ABSTRACT

“EXPLORATORY STUDY OF MENTAL HEALTH AND STRESS IN THE POPULATION OF THE PROVINCE OF MANABI, ECUADOR.”

The current concept of mental health is associated with dysfunction and disruption of daily life of the individual and their well-being and productivity. In the Latin American context, and specifically in Ecuador, there are few studies on mental health, especially in non-hospital population. The present study – an exploratory descriptive study - has as main objective an approach to variables relating to the mental health of the Ecuadorian population supposedly healthy. Participants responded to an individual interview, based on a set of instruments that assess different mental health related variables - perception of psychopathology, perceived stress and socio demographic variables. It was found that 35% of the surveyed population exceeds the expected level of perception of psychopathological symptoms, with related increased incidence of mood and anxiety symptoms. Variables such as perceived stress and female unemployment were verified to be positively correlated with the self-perception of psychopathology and found that stress may even positively predict the presence of indicators of self-perception of psychopathology. The results of this preliminary investigation corroborate a growing recognition of the importance of mental health claim and its inclusion as a priority in public health.

KEY-WORDS: Latin America; mental health; perceived stress; psychopathology; socio demographic variables.

 **ANA RITA GADELHO TAVARES DA ANUNCIACÃO BARREIROS**
 Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, Ecuador
 anaritabarreiros.a@gmail.com

 **YUSEL IRAKLYS SALAZAR GUERRA**
 Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, Ecuador
 iraklyss@gmail.com

 **DAMIAN MARILU MENDOZA ZAMBRANO**
 Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, Ecuador
 damiamendoza@gmail.com

 **ERICK IVÉN FIALLOS HERRERA**
 Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, Ecuador
 ivanfiallos.psi@hotmail.com

 **ANDREA NOHELY CEVALLOS VÉLIZ**
 Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, Ecuador
 nohely2506_@hotmail.com

ARTÍCULO RECIBIDO: 20 ENERO DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 3 DE MARZO DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE JUNIO DE 2016

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud mental está en constante evolución, a la par del concepto de enfermedad, y se relaciona íntimamente con los sistemas sociales y culturales (INSM, 2015). La Organización Mundial de Salud² define a la salud mental como “La condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio” (WHO, 2001). Según esta perspectiva, la concepción actual de salud mental incluye diversas variables a nivel psicológico y social como causa de disfunción y perturbación de la vida cotidiana del individuo, así como su bienestar y productividad. Estas variables llevan a aspectos relacionales, emocionales, comportamientos desadaptados, psicopatología, calidad de vida, stress o el estado de salud, sin que necesariamente sean consideradas como categorías de diagnóstico psiquiátrico (Perales, Sogi, Sánchez & Salas, 1995).

Enfocando el contexto Latinoamericano, la realidad actual evidencia escasez de estudios sobre salud mental en la población supuestamente sana. En la década de 80 se afirmaba que las políticas latinoamericanas hacia la prevención de la salud mental no eran substanciales y que estas sociedades vivían el stress de cambio y frustración después de siglos de indiferencia apática (Aradoña & Kiev, 1972). Recientemente, se corrobora la consecuencia de esta realidad, describiéndose una discrepancia entre necesidades en el contexto de salud mental en Latinoamérica e inversión para modificar la situación actual en ese sentido (10/90) (Gallo & Tohen, 2010). Esta escasez se verifica en estudios como el de Vicente y colaboradores (Vicente et al., 2012) que hacen referencia a investigaciones sobre la

prevalencia de alteraciones psicopatológicas, solamente en Brasil, Puerto Rico y México. En un artículo sobre las necesidades y prioridades en investigación sobre salud mental en Latinoamérica, Khandelwal afirma que las enfermedades neuropsiquiátricas contribuyen aproximadamente con el 13% para el panorama general de enfermedades, en 2001 (Khandelwal, 2010) – pero no se deben considerar solamente las enfermedades neuropsiquiátricas, sino todos los cuadros clínicos que impliquen alteraciones de salud mental y bienestar. Actualmente hay una significativa cantidad de conocimiento sobre este tema en la población de países desarrollados, lo que permite la aplicación de programas de intervención en salud mental basados en evidencia. En los países en desarrollo, esto todavía no es una realidad (Khandelwal, 2010). En este mismo sentido, surge la necesidad de avanzar con nuevos estudios para optimizar el conocimiento de la realidad de la población latinoamericana en el ámbito de salud mental.

En Ecuador, el Ministerio de Salud, en su reporte sobre datos esenciales de salud en la década 2000-2010, reporta varias estadísticas sobre el comportamiento de la morbilidad, sin considerar específicamente la salud mental (MSPE, 2012). Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) refieren y analizan datos sobre salud (y salud mental) de la población referidos a estadísticas descriptivas de camas y egresos hospitalarios – sin considerar el estado de salud de la población no hospitalaria – que, por sí solo, no reflejan la realidad de la población supuestamente sana en relación a su salud mental (INEC, 2015). Por consiguiente, se verifica la escasez de investigaciones sobre salud mental realizadas en el contexto ecuatoriano, especialmente, en la provincia de Manabí.

En este sentido, y enfocando la perspectiva intraindividual de salud mental, con este estudio de carácter exploratorio, se objetiva el acercamiento a indicadores de autopercepción de psicopatologías y experiencia de stress, en población adulta ecuatoriana supuestamente sana, así como la determinación de las características sociodemográficas que pueden estar relacionadas con estos indicadores. Por consiguiente, se pretende también verificar la eficacia del diseño metodológico utilizado, para posibles replicaciones, testando la

adecuación instrumental y el punto de partida para ampliar sus alcances.

MÉTODO

1.1. DISEÑO DEL ESTUDIO Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

Los resultados que se presentan responden a la primera fase de una investigación aplicada exploratoria, de tipo descriptivo prospectivo (Sampieri, Fernández & Baptista, 2010) con el propósito de acercamiento a posibles relaciones entre salud mental y stress en la población de la provincia de Manabí, en el Ecuador. A la muestra seleccionada fue aplicado un conjunto de instrumentos que evalúan diferentes variables relacionadas con la salud mental: autopercepción de psicopatología, stress percibido y variables sociodemográficas de interés. El análisis y discusión de estos resultados se basa en un enfoque mixto, recurriendo a los beneficios que ofrece la triangulación metodológica.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

La población-objetivo de la investigación comprende, de manera general, a los habitantes de todos los cantones urbanos de la ciudad de Manta (provincia de Manabí, Ecuador). Cada uno de estos cantones constituye un estrato y, de acuerdo a los criterios de inclusión de población establecidos, los participantes considerados son adultos (entre 18 y 50 años), de género femenino y masculino y sin problemas que impidan la comunicación. La muestra se distribuyó tomando en cuenta el tamaño poblacional de las 5 parroquias urbanas de la ciudad de Manta, asegurando que la representación considerara los diferentes niveles socioeconómicos de las poblaciones encuestadas.

En el presente estudio fue utilizado un método de muestreo no probabilístico por conveniencia. De los 100 sujetos entrevistados, fueron excluidos 7 por no haber terminado el proceso de entrevista y 10 por superar el límite de edad considerado para inclusión. La muestra final considera 83 participantes.

1.3. MEDICIONES

A la muestra seleccionada fueron aplicados los siguientes instrumentos, que evalúan

dimensiones relacionadas con diferentes vertientes de salud mental: un cuestionario de datos sociodemográficos y ocupacionales, construido por los autores y validado por consulta de expertos; la versión española del Self Reporting Questionnaire – 25” de la Organización Mundial de Salud – el “Cuestionario de Síntomas”, para acceder a datos de autopercepción de psicopatología; la versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) - “Escala de Estrés Percibido” - de Cohen, S., Kamarck, T. & Mermeistein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor – Versión completa – 14 ítems (Remor, 2006), para acceder a datos sobre la experiencia y percepción de stress.

1.4. PROCEDIMIENTOS

Para la recolección de la información se procedió a partir de la siguiente lógica: (1) elaboración y desarrollo de estrategias de acceso a la población, segundo estratos definidos por los autores; (2) se empleó el método de entrevista directa a cada participante de forma individual, con personal debidamente capacitado y entrenado para tal fin, visitando los locales designados durante el periodo de recolección de información; (3) recopilación de los datos en una base de datos estructurada para el efecto; (4) análisis estadístico de los datos, realizado con recurso al software SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences – Versión 21.0), sobre la base de los estadígrafos que ofrecen métodos descriptivos e inferenciales; Se hizo una redigitación de 100% de los cuestionarios para eliminar los errores de digitación.

1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó un consentimiento informado antes del inicio de la encuesta en cada una de las unidades de análisis.

1.6. ANÁLISIS DE DATOS

En primera instancia, fue realizado un análisis de consistencia interna, a través del coeficiente Alpha de Cronbach, para determinar la homogeneidad del instrumento utilizado a partir de su variabilidad.

Se determinaron las características generales de la muestra en cuanto a las variables: género, ocupación, parroquia donde viven y consumo de sustancias, a través de

análisis estadísticos descriptivos (análisis de valores de tendencia central y distribución de frecuencias).

Para análisis de la variable stress percibido, primero se invirtieron las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9 y 13. En seguida fueron aplicados los procedimientos estadísticos necesarios para convertir los datos brutos en puntuaciones típicas – puntuaciones t (test T de Student), considerando los valores normativos $M = 25,0$ ($SD = 9,1$) (Remor, 2006). De este modo, serán considerados para análisis los valores expresados en una escala de 0 a 100. Se considera un nivel significativamente elevado de stress percibido en los participantes que obtengan una puntuación inferior a 40 puntos.

Para el análisis de la variable de auto percepción de psicopatología, fueron consideradas las respuestas positivas a los diferentes ítems del Cuestionario de Síntomas. En su manual de utilización (Beusenberg & Orley, 1994) se considera que hay una clara discriminación entre la escala neurótica (ítems 1-20) y la escala psicótica (21-24), y que dentro de la escala neurótica se pueden distinguir entre ítems cognitivos (ítems 8, 12 y 13), de ansiedad y depresión (4, 9, 10 y 16) y somáticos (1, 2, 3 y 7). Fueron, en primera instancia, determinados los valores de tendencia central y otras medidas descriptivas de los datos y, en segundo momento, analizados en profundidad los resultados diferenciales de los conjuntos de ítems. Se consideró una escala de clasificación de síntomas según diferentes categorías de intensidad: ausencia de síntoma (0 respuestas positivas en el conjunto de ítems considerado), presencia del síntoma con intensidad leve (1 respuesta positiva en el conjunto de ítems considerado), presencia del síntoma con intensidad moderada (2 respuestas positivas), intensidad grave (3 respuestas positivas) y muy grave (todos los ítems correspondientes a ese síntoma están presentes).

Fueron realizados análisis inferenciales para verificar posibles correlaciones entre las variables en estudio. Se analizó el coeficiente de Pearson, para las variables stress percibido y auto percepción de patología (la intensidad de la correlación se analizó de acuerdo a la escala de intensidad propuesta por Bryman y Cramer (Bryman & Cramer, 2003), y el test de χ^2 , para comparación con las variables

género, ocupación y parroquia. Para todos los análisis se consideró el valor de significancia inferior a 0,01.

Con el objetivo de analizar la influencia y la relación de la variable stress percibido con la auto percepción de psicopatología, se procedió a un análisis de regresión lineal simple. Análisis preliminares fueron efectuados para asegurar la no violación de presupuestos de normalidad, linealidad, homocedasticidad e independencia de errores, violando solamente el presupuesto de normalidad para la variable auto percepción de psicopatología.

RESULTADOS

Considerando el análisis de consistencia interna de los instrumentos aplicados, se obtienen coeficientes Alpha de Cronbach definitivos oscilando entre 0,71 (PSS), 0,81 (SQR).

En cuanto a los datos socio demográficos, tenemos una muestra que cuenta con 71 mujeres (85,7%) y 12 hombres (14,2%). Se verifica una distribución heterogénea de participantes de la muestra por parroquia (cf. Tabla 1). En cuanto a ocupación, se verifica que más de la mitad de los participantes (55,4%) no tienen ocupación (cf. Tabla 1) (Anexos).

Considerando la pregunta sobre consumos, 21 participantes (25,3%) afirma consumir alguna sustancia, mientras 63 participantes (74,7%) afirman no consumir ningún tipo de sustancia. Los participantes que respondieron que si a la pregunta anterior fueron cuestionados sobre cuál la sustancia que consume, siendo que 71% de ellos ha afirmado consumir solamente alcohol.

En la variable stress percibido se verificó que 7,3% de la muestra total obtuvo una puntuación inferior a 40 puntos t ¹. Se verificó una media de 51,41 con desviación típica de 8,41 en la puntuación general de la prueba para mujeres, y una media de 51,67, con desviación típica de 5,48, para hombres. Las cifras sobre los promedios y desviación estándar de la variable stress percibido son presentadas en la Tabla 1, considerando las varias categorías de las variables género, parroquia y ocupación.

La prueba t para comparación de promedios de muestras independientes demuestra que no se verifican diferencias significativas entre

(1) Escala de puntuación t .

las diferentes categorías de la variable género, cuanto a la percepción de stress ($t = -0,102$, $df = 81$, $p > 0,05$). El análisis de variancia con un factor (ANOVA between-groups) demuestra que tampoco hay diferencias significativas entre las categorías de las variables parroquia ($F(4, 178) = 1,99$, $p > 0,05$) o ocupación ($F(4, 178) = 1,42$, $p > 0,05$), en cuanto a stress percibido.

Considerando la variable auto percepción de psicopatología, se obtuvo una media de 8,04, con desviación típica de 4,53. Recurriendo al punto de corte de 9/10 considerado por Salleh y colaboradores (Beusenberg & Orley, 1994), tenemos que 34,9% de los participantes presentan un resultado general en este instrumento que supera este valor de corte.

Analizando las diferentes categorías de la escala neurótica, se verifica que 68,67% de los participantes presentan síntomas cognitivos, 72,2% presentan síntomas de ansiedad y depresión y 69,8% presentan síntomas somáticos. 93,9% de los participantes presentan respuestas positivas a los ítems considerados en la escala psicótica.

En relación a los síntomas neuróticos cognitivos se evidencia que el 33,7% de la muestra presenta síntomas leves, seguidos de la población asintomática con el 31,3% del total de la muestra estudiada. Las dificultades para pensar (53,6%) seguido de las dificultades para tomar decisiones (39,3%) son las alteraciones cognitivas más frecuentes.

En relación a los síntomas neuróticos afectivos, un 27,7% se encuentra asintomático en el momento del estudio. En los estados moderado y grave se concentra el 42,1% de la muestra con problemas afectivos. Los síntomas afectivos más frecuentes son la tristeza con el 38,5% del total de personas en las categorías de moderadas y graves, seguidos de los que presentan sustos con facilidad, síntoma presente en el 34,9% del total de personas en la categoría de moderado y grave.

La mayoría de las personas con síntomas somáticos lo presentan de forma leve (31,3%). Los síntomas somáticos más frecuentes fueron la cefalea (53,4%) y los problemas del sueño (42,1%), de la población con síntomas somáticos.

Considerando la escala psicótica, el ítem "¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?" es el ítem más representativo, presente en el 91,4% del total de los participantes con respuestas positivas en esta escala.

En la búsqueda de relaciones entre las variables clínicas estudiadas, se verificó una correlación positiva de intensidad moderada entre las variables stress percibido y auto percepción de psicopatología ($r = 0,544$; $p < 0,01$). La variable stress percibido no se verificó correlacionada con ninguna de las variables género ($\chi^2(27) = 45,26$; $p = 0,015$) o parroquia ($\chi^2(108) = 114,78$; $p = 0,310$), pero si con la variable ocupación ($\chi^2(108) = 149,09$; $p < 0,01$). La variable auto percepción de psicopatología no se verificó correlacionada con ninguna de las variables género ($\chi^2(17) = 27,92$; $p = 0,046$), ocupación ($\chi^2(68) = 59,67$; $p = 0,754$) o parroquia ($\chi^2(68) = 58,10$; $p = 0,798$).

Se constató que el stress percibido predice significativamente la auto percepción de psicopatología ($F(1,81) = 34,09$; $p < 0,01$). Se verificó que estas variables se relacionan de forma positiva ($\beta = 0,373$; $p < 0,01$), es decir, niveles más elevados de stress percibido corresponden a niveles más elevados de auto percepción de psicopatología.

DISCUSIÓN

La complejidad del escenario social al que asistimos en la actualidad, está estrechamente relacionada con el incremento de desordenes de salud mental. El aumento del consumo de sustancias psicoactivas, el aumento de los desordenes del estado de ánimo y el suicidio, entre otros, justifican esta afirmación. En tal sentido, el análisis de indicadores relacionados con el estado de salud mental, en el contexto poblacional supuestamente sano, constituye una prioridad. Los resultados de esta investigación preliminar contribuyen para la visualización de estos fenómenos en el contexto ecuatoriano.

En la muestra estudiada existe un predominio del género femenino. Esta proporción puede estar relacionada con la estrategia de muestreo utilizada, la cual favoreció el acceso a este estrato de la población. En este sentido, el diseño del estudio pudo haber condicionado el acceso a una muestra representativa de la población.

Esta situación debe ser tomada en cuenta en estudios posteriores.

Más de la mitad de la muestra estudiada declaró, en el momento de la entrevista, no estar incorporado laboral ni académicamente, o sea, sin ocupación. Este resultado puede estar directamente condicionado por la distribución en cuanto a género. Los datos del reporte de Economía Laboral del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2015) indican que a nivel nacional existen diferencias significativas entre géneros en cuanto a la empleabilidad, siendo que la tasa de empleo global es menor para mujeres. Específicamente en la provincia de Manabí, se verifica que más del doble de la población femenina está sin empleo, comparando con la población masculina – lo cual coincide con los resultados presentes.

Como parte de las variables analizadas, se tomó en cuenta las referencias sobre el consumo de algún tipo de sustancia. En este sentido se aprecia que de entre la población que asume consumir, la sustancia más referenciada es el alcohol. Este resultado parece corresponder a las características socioculturales del contexto analizado, donde el consumo alcohol constituye una práctica frecuente.

El stress percibido y el auto percepción de psicopatología son las variables clínicas estudiadas, una vez que las alteraciones en el orden psicológico constituyen una problemática de salud común en las sociedades actuales. Los resultados demuestran niveles considerables de stress percibido en la población estudiada, sin embargo, el promedio obtenido no supera los valores normativos y tampoco se identificaron diferencias significativas en cuanto a las diferentes categorías de las variables género, ocupación o parroquia de residencia. En cuanto a la variable auto percepción de psicopatología, el promedio obtenido para la muestra estudiada, no supera el punto de corte considerado (Beusenberg & Orley, 1994). Sin embargo, 35% de la población estudiada demuestra un resultado general que supera el referido punto de corte. Estos resultados traducen un comportamiento similar a la tendencia actual. De este modo, se justifica la necesidad de estudiar esta variable con más profundidad y detalle.

Los valores de auto percepción de psicopatología demuestran diferencias significativas entre las distintas categorías ocupacionales, sobre las cuales se observa que – a diferencia de lo esperado – el grupo que se declara sin ocupación, reporta niveles de auto percepción de psicopatología más elevados. Este resultado puede estar relacionado con el hecho de que las personas en la categoría de desocupado constituyen un número significativo dentro de la muestra estudiada. Además, también pudiera estar relacionado con el hecho de que se trata, mayoritariamente, de mujeres con actividades de tipo doméstico, lo cual se supone podrían constituir factores de riesgo para el estructuración de desordenes psíquicos. Tomando en cuenta la agrupación asociada a categorías sintomáticas sugerida por los autores del instrumento, se evidencia que de entre los participantes que presentan síntomas neuróticos, más de la mitad presenta afectaciones de tipo neurótico cognitivo, de estado de ánimo y ansiedad, y somáticos. De entre estos conjuntos de afectaciones el más representativo es el de alteraciones del estado de ánimo y ansiedad. La revisión de la literatura científica indica la existencia de una relación positiva entre aspectos psicológicos como ansiedad y depresión y variables asociadas a la demografía y la cultura (Salazar, Caballero, Carballero & Mendoza, 2014). Los estudios de evidencia coinciden en plantear que el perfil de riesgo en mujeres con alteraciones en el estado de ánimo está matizado por variables sociodemográficas como edad, nivel de estudios, ocupación e hijos; así como aspectos socioculturales como el tipo de actividad que realizan, los vínculos y relacionen que establecen, entre otros.


El 93,9% de la muestra entrevistada respondió positivamente en el conjunto de ítems considerados por los autores de la prueba como correspondiente a nivel de funcionamiento psicótico. La fiabilidad de este elevado resultado es cuestionable, porque algunos de los ítems considerados en esta categoría (como la pregunta “Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?”) no son suficientemente consistentes para plantear la presencia de percepción de alteraciones de carácter psicótico, comprometiendo la interpretación de estos resultados.

Por último, se verificó que la percepción de stress puede predecir positivamente la

presencia de indicadores de auto percepción de psicopatología, lo que es importante para el planteamiento de estrategias de prevención del desarrollo de desordenes psicológicas, a través de la detección precoz de percepción y experiencia de stress.

CONCLUSIONES

A pesar de los relevantes datos obtenidos, la validación de constructo de una investigación macro necesita la revisión de varios aspectos metodológicos. El método de muestreo no probabilístico por conveniencia que fue aplicado en este estudio tiene inconvenientes y limita a la extrapolación y generalización de resultados. En estudios posteriores se propone la aplicación de un método de muestreo probabilístico estratificado, para evitar la parcialidad y oblicuidad en los resultados obtenidos. En tal sentido, se recomienda la realización de estudios de adaptación de los instrumentos a la población ecuatoriana, así como la replicación del estudio en otros cantones de la provincia de Manabí y otras provincias del Ecuador. Además, se propone la utilización los valores de tendencia central encontrados en la muestra de este estudio, como punto de corte para estudios posteriores.

A través de este estudio exploratorio, se obtuvo información relevante que permite un acercamiento a la caracterización de indicadores relacionados con salud mental en la población de Manabí, Ecuador. Los resultados de esta investigación preliminar corroboran el reconocimiento de una creciente importancia de la afirmación de la salud mental entre diferentes profesionales y servicios de salud y su inclusión como prioridad en la salud pública (WHO, 2001; Chrisholm et al., 2007). La generación de nuevas políticas publicas en este tema implican la ampliación de este estudio, con los adecuados ajustes metodológicos. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argandoña M. & Kiev A. (1972). *Mental Health in the Developing World: A Case Study in Latin America*. New York: Free Press; 1972.
- Beusenbergh M. & Orley J. (1994). *A user's guide to the self reporting questionnaire (SQR)*. Geneva: World Health Organization.
- Bryman A. & Cramer D. (2003). *Análise de dados em Ciências Sociais, Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Chisholm, D. et al. (2007). *Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action*, *Lancet*, 370, 1175-1185.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. "Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo, Subempleo – Indicadores Laborales". www.ecuadorencifras.gob.ec (12-07-2015).
- Gallo, C. & Tohen, M. (2010). *Current status and future perspectives for psychiatry/mental health research in Latin America*. *International Review of Psychiatry*, 22(4), 382-393.
- Instituto Nacional de Salud Mental – Perú (2010). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006 - Informe General*. Lima: Anales de Salud Mental Vol. XXIII.
- Khandelwal, S. (2010). *Mental and neurological health research priorities setting in developing countries*. *Society of Psychiatric Epidemiology*, 45, 487-495.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSPE) (2012). *Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Datos de salud: una mirada hacia la década 2000-2010*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Perales, A., Sogi, C., Sánchez, E. & Salas, E. (1995). *Salud mental de una población urbana marginal de Lima in Monografías de Investigación*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.
- Remor, E. (2006). *Psychometric properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS)*. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Salazar, I., Caballero, M.A.J., Carballoso, A.M.R. & Mendoza, C. (2014). *Patología dual: trastornos del estado de ánimo y ansiedad en mujeres drogodependientes*. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(2).
- Sampieri, R, Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw Hill.
- Vicente, B. et al. (2012). *Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1026-1035.
- WHO (2001). *World Health Report 2001 - Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland.



ANEXOS

GÉNERO	Frecuencia	Stress Percibido	Auto percepción de psicopatología*	
	Ponderado	(%)	P(DE)	P(DE)
Femenino	71	85,7	25,27 (6,84)	8,52 (4,60)
Masculino	12	14,2	22,17 (4,23)	5,17 (2,76)
PARROQUIA				
Los Esteros	21	25,3	24,29 (7,51)	7,29 (3,22)
Manta	26	31,3	24,85 (5,69)	8,12 (3,83)
San Mateo	11	13,3	31,67 (6,02)	7,00 (4,58)
Eloy Alfaro	3	3,6	21,73 (8,32)	6,09 (5,04)
Tarqui	22	26,5	25,91 (5,32)	9,77 (5,72)
OCUPACIÓN				
Estudiante	11	13,3	24,45 (5,04)	7,91 (4,90)
Trabajador sector privado	17	20,5	23,59 (4,81)	6,29 (4,23)
Trabajador sector público	8	9,6	18,88 (6,89)	4,63 (2,50)
Sin ocupación	46	55,4	26,57 (6,84)	9,33 (4,44)
Estudiante y trabajador	1	1,2	17,00	7,00
TOTAL	83	100	24,82 (6,60)	8,04 (4,53)

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de variables socio demográficas de género, parroquia de residencia y ocupación y de las variables stress percibido y auto percepción de patología, en análisis diferencial de acuerdo a las variables socio demográficas.
Fuente: Elaboración propia.
(*) Puntuación bruta.

INTENSIDAD	LEVE		MODERADO		GRAVE		MUY GRAVE	
	P1	%	P1	%	P1	%	P1	%
Escala Neurótica								
Síntomas cognitivos								
No puede pensar con claridad?	15	53.6	25	100	4	100	-	-
Tienen dificultad para tomar decisiones?	11	39.3	21	84	4	100	-	-
Tiene dificultad en hacer su trabajo?	2	7.1	4	16	4	100	-	-
TOTAL	28		25		4		-	-
Síntomas de ansiedad y depresión								
Se asusta con facilidad?	14	58.3	12	66.7	17	100	1	100
Se siente triste?	7	29.2	15	83.3	17	100	1	100
Llora con frecuencia?	2	8.3	9	50	15	88.2	1	100
Siente que es una persona inútil?	1	4.2	0	0	2	11.8	1	100
TOTAL	2		18		17		1	
Síntomas somáticos								
Tiene frecuentes dolores de cabeza?	1	38.5	16	88.9	12	100	2	100
Tiene mal apetito?	2	7.7	9	50.0	8	66.7	2	100
Duerme mal?	7	26.9	6	33.3	10	83.3	2	100
Sufre de mala digestión?	7	26.9	5	27.8	6	50	2	100
TOTAL	26		18		12		2	
Escala Psicótica								
Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?	1	3.6	29	87.9	12	100	4	100
Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	27	96.4	32	97	12	100	4	100
Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?	0	0	4	12.1	12	0	4	100
Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	0	0	0	0	6	0	4	100
TOTAL	28		32		12		4	

Tabla 2. Frecuencias absolutas y relativas de las respuestas positivas en los ítems correspondientes a las diferentes categorías de la escala neurótica (síntomas cognitivos, de ansiedad y depresión y somáticos) y de la escala psicótica, en relación a la intensidad de percepción del síntoma.
Fuente: Elaboración propia.