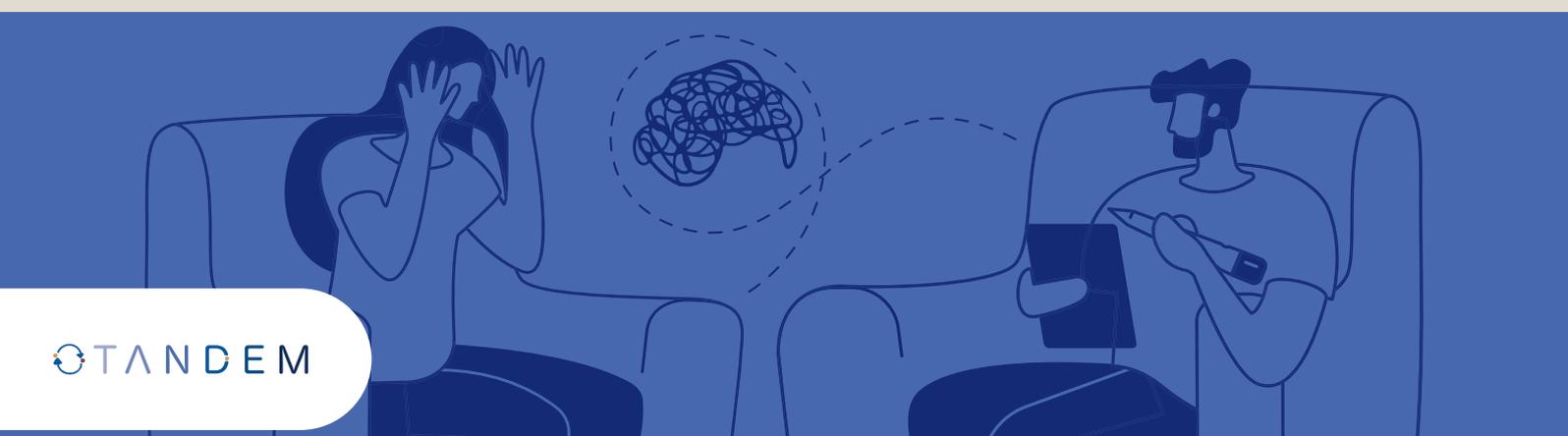
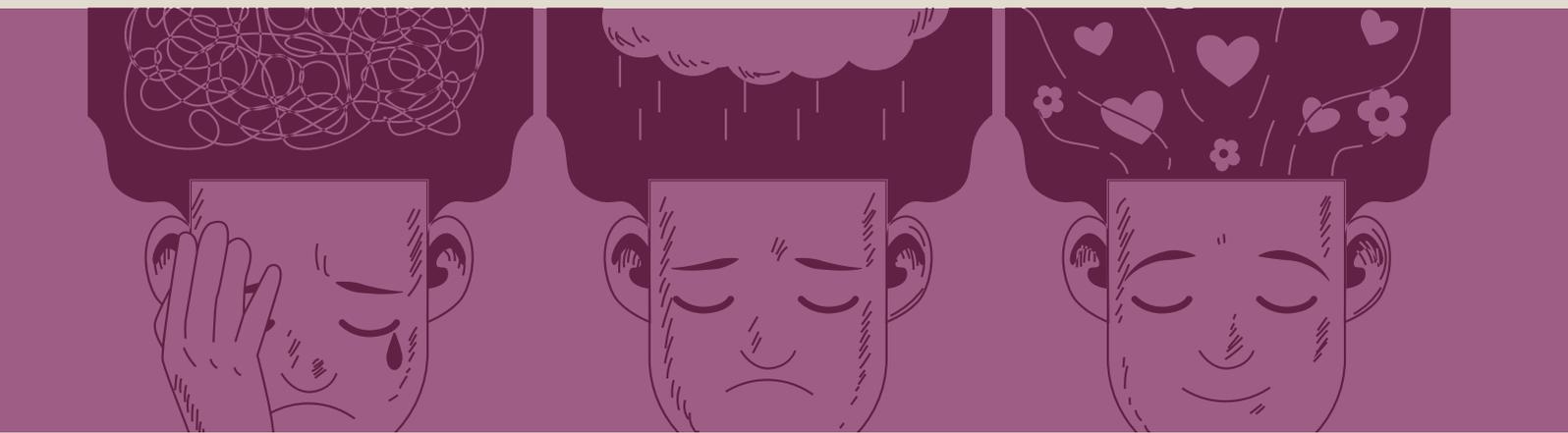




ENCUESTA DE SALUD MENTAL

DISTRITO METROPOLITANO
DE QUITO



Encuesta de Salud Mental Distrito Metropolitano de Quito 2023

Este documento fue elaborado por la Fundación TANDEM y PLURAL y el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.



Quito
Alcaldía Metropolitana

TANDEM

plural 
un tejido de derechos

Publicado por:

Fundación TANDEM. La Fundación TANDEM es una organización de la sociedad civil dedicada a impulsar la transformación de las ciudades promoviendo que la ciudadanía y los gobiernos colaboren para la solución de los problemas de sus comunidades, creando sentido de corresponsabilidad ciudadana, formando liderazgos comunitarios innovadores y fortaleciendo la confianza interpersonal, la cohesión social y por ende las democracias locales.

www.fundaciontandem.com

PLURAL. Firma ecuatoriana dedicada a la investigación social, construcción de política pública y desarrollo de proyectos de intervención psicosocial y participación ciudadana en los ámbitos de educación, salud, desarrollo urbano y cultura, desde los enfoques de derechos humanos, género, inclusión social y sostenibilidad.

Esta publicación ha sido elaborada con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones de los autores expresadas en este informe no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni del Gobierno de los Estados Unidos.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Autoría

María Elena Rodríguez Yáñez, PLURAL
Juan Redrobán Herrera, PLURAL

Asesoría técnica

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito participó como asesor técnico del proyecto.

Karen Sofía Rodríguez Abendaño, Secretaría General de Seguridad y Gestión de Riesgos

Anibal Josueth Aguilar Poveda, Secretaría General de Seguridad y Gestión de Riesgos

Pablo Francisco Analuisa Aguilar, Secretaría de Salud

Hugo Alfredo Jiménez Taco, Secretaría de Salud

Vanessa Josefina Osejos Cadena, Secretaría de Salud

Paulina Anabel Santacruz Campoverde, Secretaría de Inclusión Social

Reina Cleopatra Mestanza Páez, Secretaría de Educación, Recreación y Deporte

Dr. Esteban Laso Ortiz
UDG-CA-1011 (Universidad de Guadalajara, México)

El cuerpo académico UDG-CA-1011 del Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, participó como asesor técnico del proyecto.

Diseño y diagramación

Katherine Villegas Báez

Edición

Daniela Chacón Arias, Fundación TANDEM

Forma de citar: *Encuesta de Salud Mental Distrito Metropolitano de Quito 2023. Fundación TANDEM, PLURAL. Quito, Ecuador. 2023.*



Reconocer autoría de la Fundación TANDEM, Plural. No se permite el uso comercial de la obra original ni de posibles obras derivadas. Distribución bajo licencia de la Fundación TANDEM.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Antecedentes y justificación	5
Enfoque en la salud mental comunitaria	6
Ficha técnica estudio	7
Principales resultados	8
Dimensión sociodemográfica	9
Dimensión contexto urbano	14
Dimensión salud mental y bienestar	22
Dimensión relaciones sociales	41
Dimensión acceso y atención en salud mental	49
Principales resultados del estudio	58
Conclusiones y recomendaciones	65
Bibliografía	71

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La Fundación TANDEM suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con la Secretaría General de Seguridad Ciudadana y Gestión de Riesgos del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito para la creación de un marco de colaboración en materia de seguridad y convivencia ciudadana en Quito. Este convenio tiene como uno de sus objetivos específicos el levantamiento de una encuesta sobre salud mental en la población adolescente y adulta del Distrito.

En el contexto actual, la salud mental ha emergido como una preocupación apremiante y creciente en la sociedad quiteña, en gran medida acentuada por la pandemia que ha arrojado luz sobre la fragilidad emocional de la población, la necesidad de contar con más espacios para la identificación y abordaje de problemas de salud mental y responder a la demanda de servicios. Particularmente, datos respecto al aumento de los intentos de suicidio y de la tasa de suicidios en Quito han despertado la inquietud pública y la necesidad de abordar esta problemática de manera integral.

Este informe presenta los principales resultados de la primera Encuesta de Salud Mental llevada a cabo a escala del Distrito Metropolitano de Quito, en tanto estudio exploratorio que describe aspectos de su situación actual y establece posibles articulaciones con fenómenos psicosociales y sociourbanos. El déficit de información específica disponible sobre salud mental en Quito hace que esta iniciativa sea esencial para orientar las políticas públicas municipales, informar a la opinión pública y contribuir al desarrollo de estrategias efectivas para mejorar la salud integral de la población quiteña. Este estudio pionero se erige también como una contribución fundamental hacia la prevención y promoción de entornos más saludable y resilientes en nuestra querida ciudad.

ENFOQUE EN LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Una de las definiciones más extendidas de salud mental y promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”¹. Sin duda, esta visión ha contribuido a superar una mirada tradicional -biomédica o de orientación individual- que, durante largo tiempo redujo la noción de salud mental a la mera “ausencia de trastornos mentales” o como el resultado exclusivo de procesos biológicos individuales.

Con los años, conceptualizaciones y enfoques más integradores han posicionado un abordaje comunitario, que comprende la estrategia que “permite mejorar paulatinamente las condiciones de vida y la salud mental de la comunidad, así como trabajar en la prevención de problemas sociales y en la reparación y recuperación de vínculos afectados por estos problemas, para ello es fundamental la participación activa de la comunidad; desde estas acciones se busca promover cambios, afianzando el agenciamiento y el sentido de comunidad”².

Desde esta visión, se pone acento en que la salud mental forma parte esencial de una visión integral de la salud humana y el bienestar subjetivo, constituyendo además una dimensión fundamental para el desarrollo humano en todas sus escalas (personal, comunitario, socioeconómico y cultural). La salud mental es, además, un derecho humano, que debe ser garantizado por el Estado y que a nivel de los Gobiernos Autónomos Descentralizados apunta al fortalecimiento de la prevención y su promoción a nivel de territorio.

-
1. Organización Mundial de la Salud (2022). Salud Mental: Fortalecer Nuestra Respuesta. Notas Descriptivas. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 2. Proyecto AMARES -Ministerio de Salud de Perú (2006) Salud Mental Comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.

FICHA TÉCNICA ESTUDIO

Objetivo específico	Levantar información acerca de las percepciones de la población respecto a la salud mental, determinantes psicosociales y condiciones de acceso a los servicios de salud mental en el DMQ.
Tipo de estudio	Cuantitativo, descriptivo, exploratorio.
Método de recolección de la información	Encuestas en hogares cara a cara.
Técnica de recolección	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario estructurado, compuesto por preguntas cerradas. • Duración del cuestionario: 45 minutos. • Número de encuestas aplicadas: 1392.
Grupo objetivo	Hombres y mujeres de 12 años y más del DMQ.
Cubrimiento geográfico	Distrito Metropolitano de Quito.
Ponderación	Los totales fueron ponderados de acuerdo con los estratos del marco de muestreo del Distrito Metropolitano de Quito.
Nivel de confianza	95%
Error absoluto	+/- 5%
Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de aplicación: 18 de septiembre al 10 de octubre de 2023. • Número de días en terreno: 22 días calendario. • Número de encuestas levantadas diariamente (meta): 8 encuestas.
Método de supervisión	Se realizó supervisión directa y digital.
Encuesta realizada por	PLURAL Dirección del estudio: María Elena Rodríguez Yáñez Coordinación técnica: Juan Redrobán Herrera Diseño muestral: Francisco Céspedes Navas

PRINCIPALES RESULTADOS

La Encuesta Distrital de Salud Mental estableció las siguientes dimensiones para el levantamiento de información y desarrollo del estudio:

DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	Recoge datos sociodemográficos generales y establece una caracterización de la población encuestada.
DIMENSIÓN CONTEXTO URBANO	Analiza la relación de las personas con su barrio, entorno urbano y la ciudad, calificación de aspectos del espacio público y servicios urbanos.
DIMENSIÓN SALUD MENTAL Y BIENESTAR	Levanta información sobre las percepciones de la población respecto a las condiciones de salud física y mental, estrés, problemas de salud mental, ideación e intento suicida, bienestar subjetivo y felicidad.
DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES	Indaga respecto a las relaciones interpersonales, nivel de confianza hacia las/los demás, situaciones de violencia, y redes de apoyo social disponibles.
DIMENSIÓN ACCESO Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	Consulta respecto a las condiciones de acceso y calificación de los servicios de salud mental disponibles.

A continuación, se entregan los principales resultados para cada una de las dimensiones descritas.

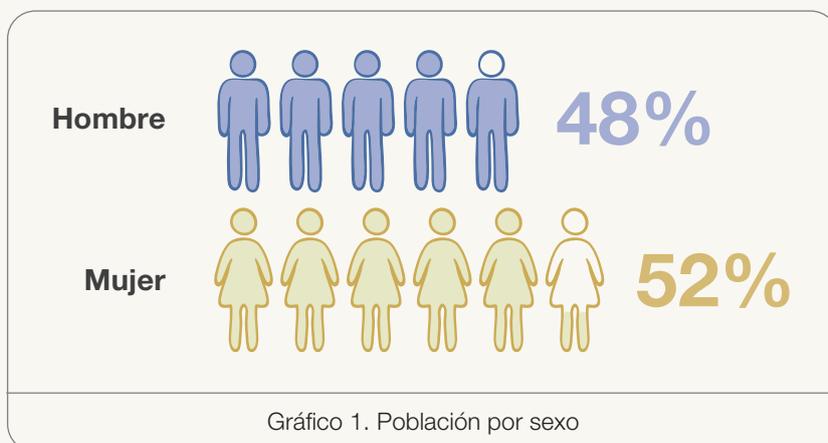


DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

La Encuesta Distrital de Salud Mental parte por una descripción sociodemográfica de la población del Distrito Metropolitano de Quito, la cual presenta los siguientes resultados:

Sexo/Género

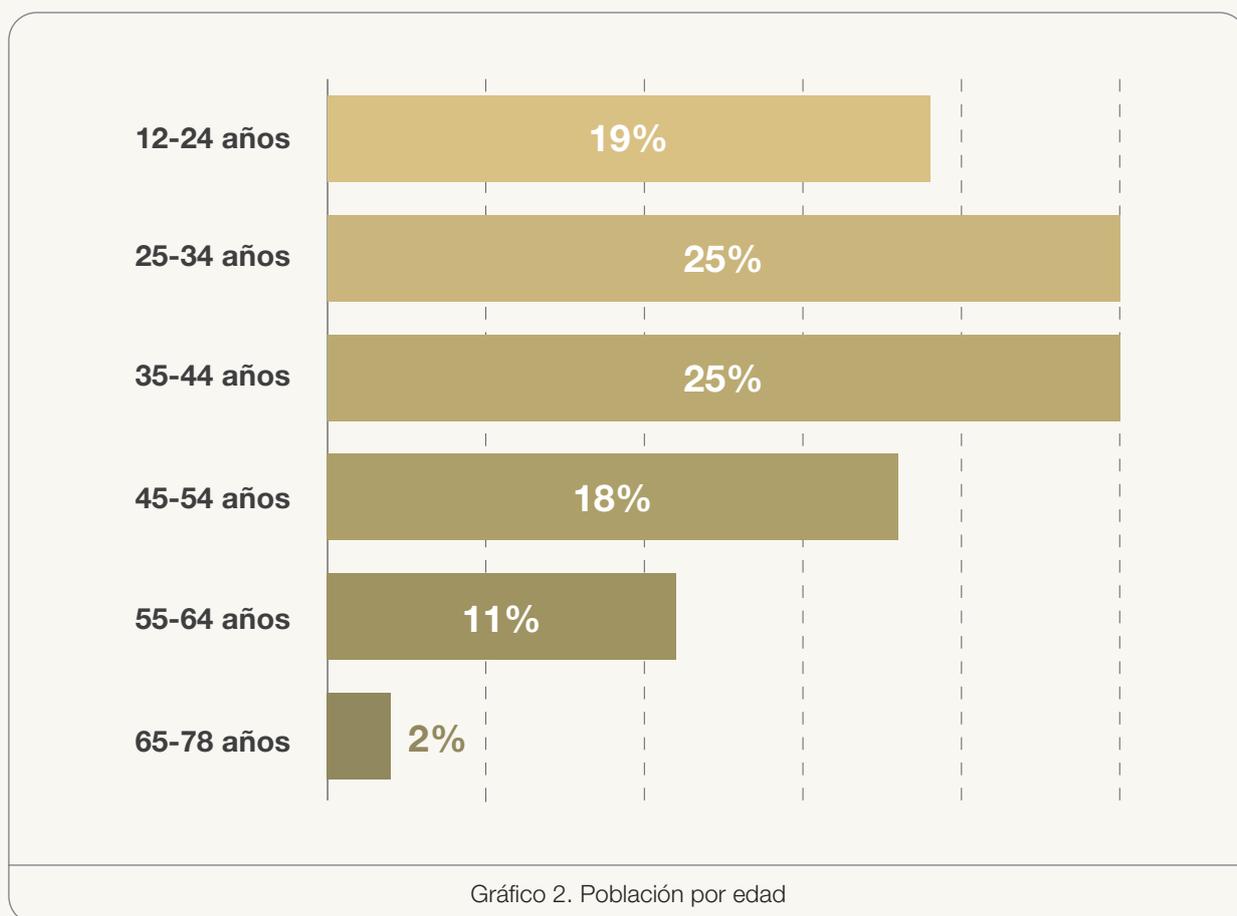
El porcentaje de hombres y mujeres en el Distrito es muy parejo, con un leve incremento en el caso de las mujeres (52%) frente a los hombres (48%). Estos resultados reproducen la distribución real por sexo del último Censo de Población y Vivienda del 2022 (INEC):



Edad

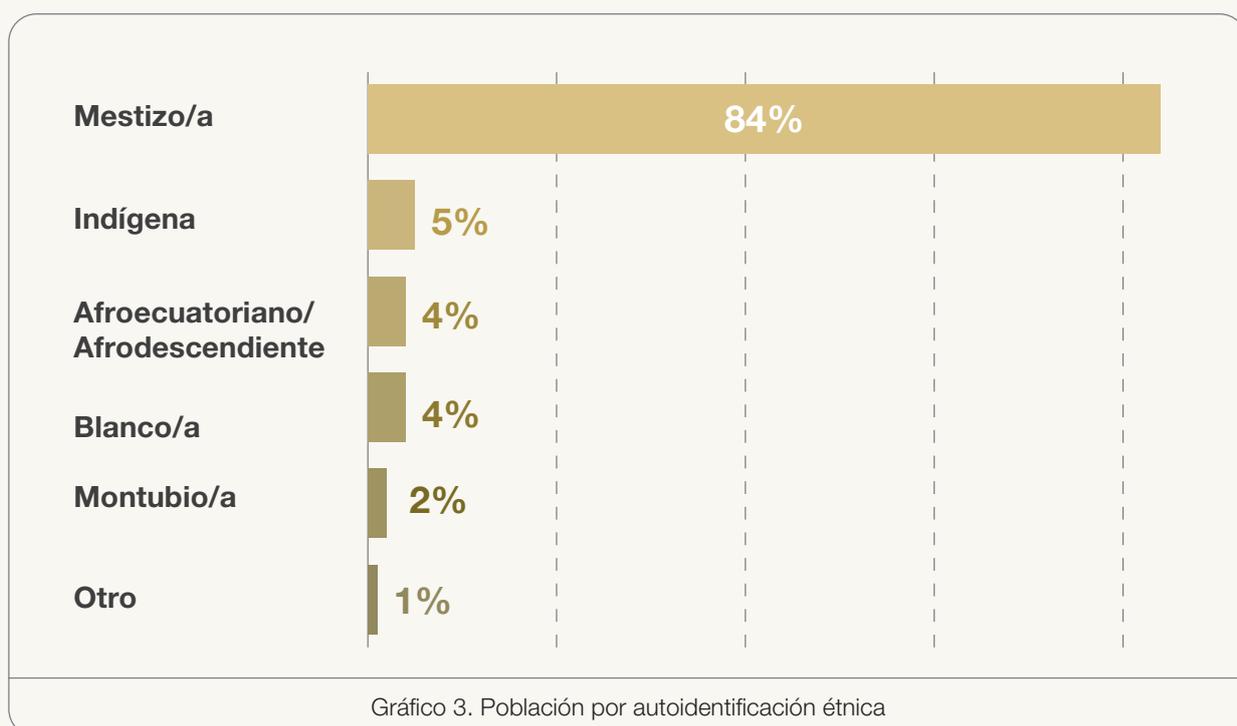
La población encuestada se distribuye, acorde a los grupos de edad establecidos por el INEC, en los diferentes segmentos etarios: 19% son adolescentes y jóvenes, 25% son personas jóvenes (25-34 años), 25% son adultos medios (35 a 44 años), 25% son personas adultas (45 a 54 años), 11% son personas adultas maduras (55-64 años) y 2% son personas adultas mayores (65 años o más). Esta proporción guarda relación con la distribución de la población según la pirámide poblacional de Quito:

3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). 2022.



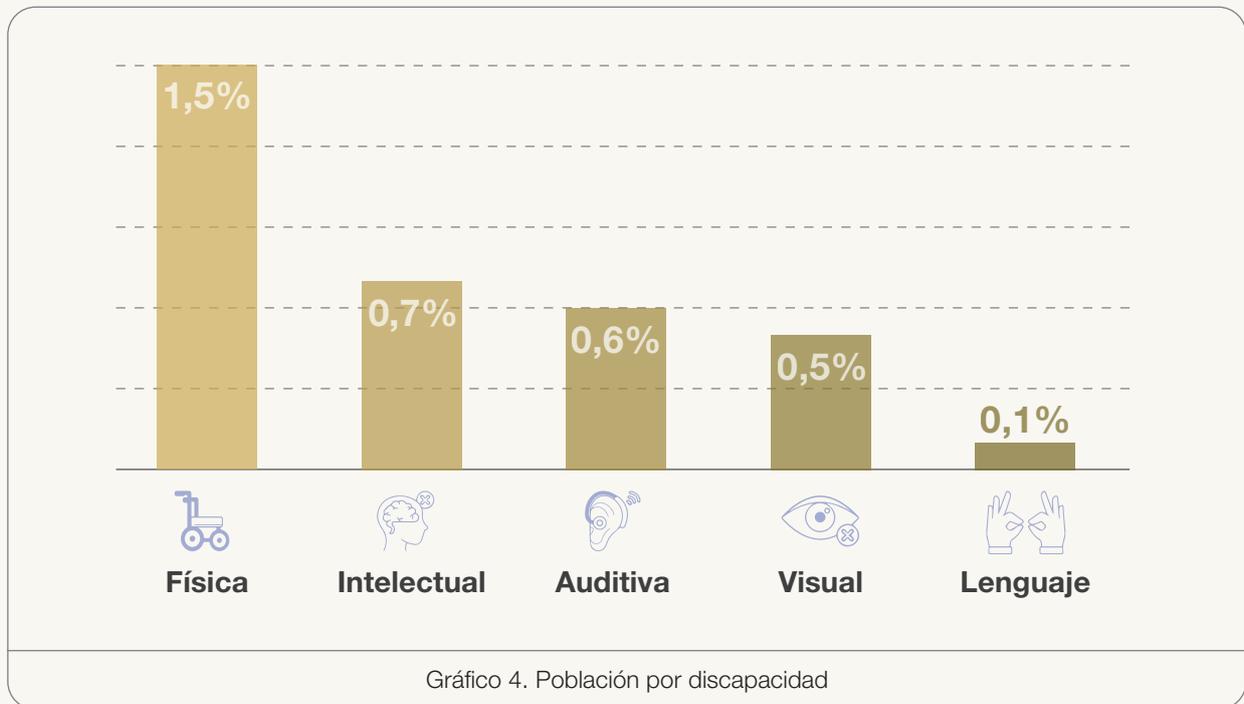
Autoidentificación étnica

Según su autoidentificación, las personas se reconocen como mestizos en un 84%, indígenas en un 5%, afrodescendientes en un 4%, blancos en un 4% y montubios en un 2%:



Población por discapacidad

En el Distrito, el 3,4% de la población afirma poseer algún tipo de discapacidad (avalada por un carné CONADIS), cuyos tipos principales fueron los siguientes:

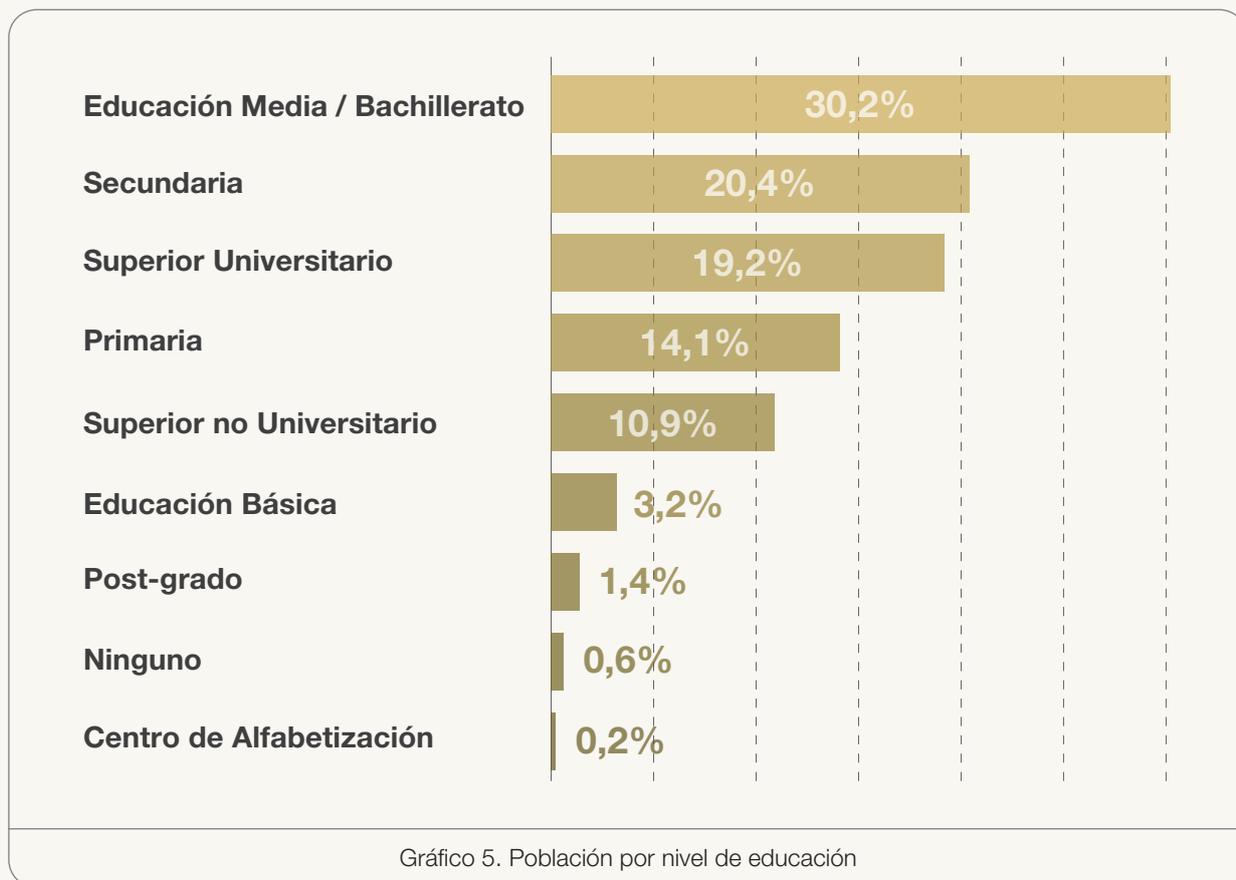


A este dato se añade la indagación a las personas sobre la presencia de alguna enfermedad de tipo catastrófico, rara o huérfana (enfermedades crónicas y graves con un alto costo económico y un impacto social significativo). Los resultados revelan que, un 4,7% de la población del Distrito manifiesta padecer este tipo de enfermedades.

Sumados los porcentajes de personas con discapacidad global y los porcentajes de personas con enfermedades catastróficas, considerando a ambas como poblaciones en condición de dependencia o que requieren del cuidado por parte de otras personas, se obtuvo un porcentaje distrital de 8,1%.

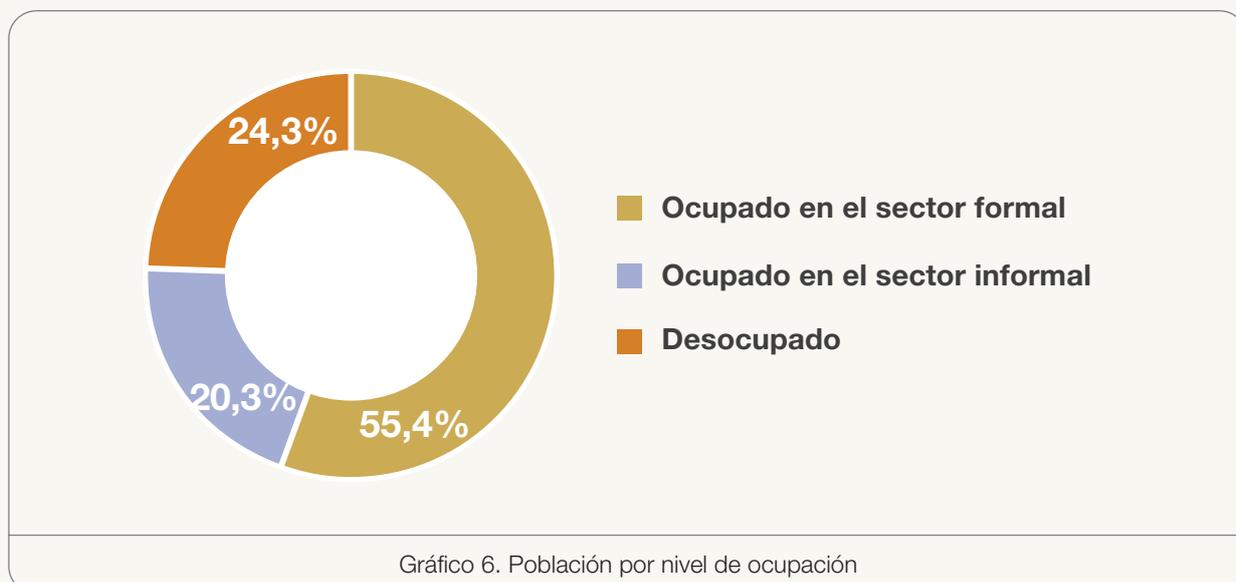
Nivel de educación

Respecto al nivel de educación, el 50,6% ha realizado sus estudios intermedios (bachillerato o secundaria), el 20,6% ha efectuado estudios universitarios o de posgrado, el 17,3% únicamente ha finalizado la educación primaria (primaria o básica) y el 10,9% ha culminado una carrera técnica/tecnológica (superior no universitario):



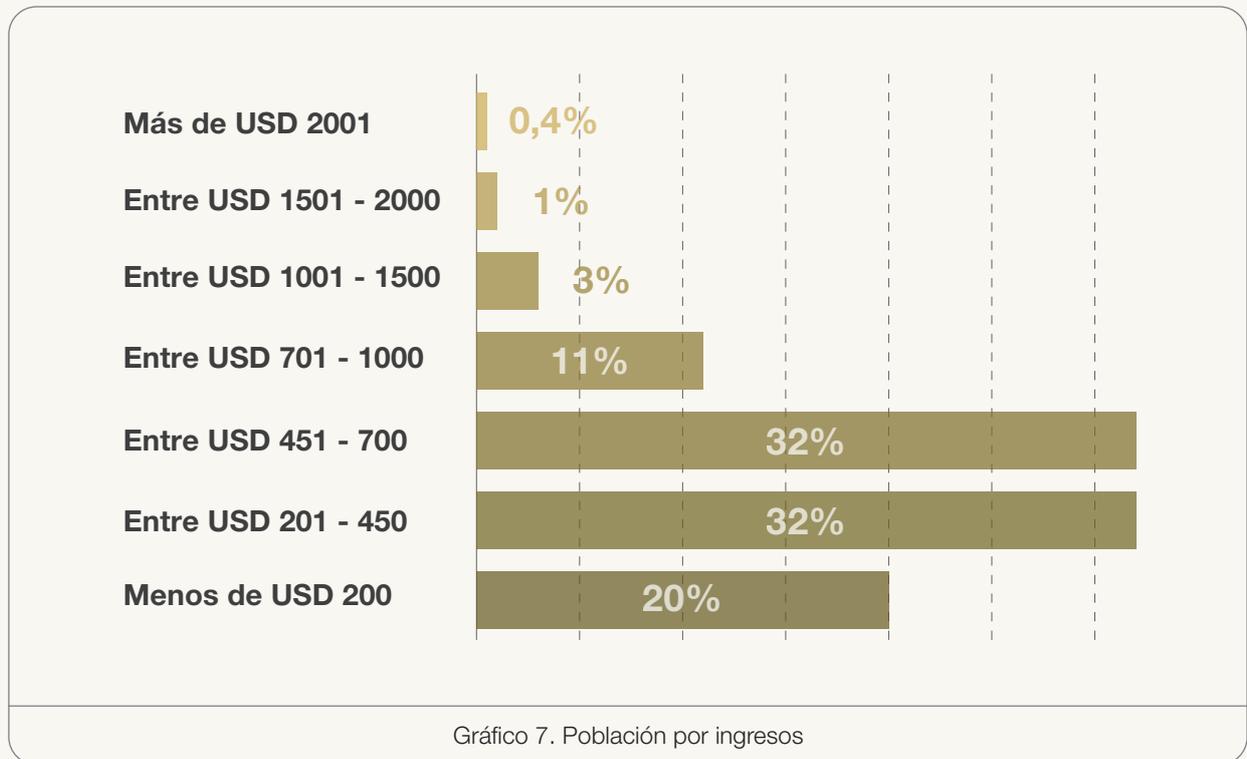
Ocupación

Respecto al nivel de ocupación, se puede apreciar que la mitad de la población se encuentra ocupada en el sector formal (55,4%); mientras que 1 de cada 4 (24,3%) no está ocupado/a y 1 de cada 5 de las personas (20,3%) se ocupan en el sector informal:



Nivel de ingresos

A continuación, se presenta el porcentaje de distribución de la población de Quito, según sus niveles de ingresos ordenados del más alto al más bajo. Se observa que, cerca del 85% de la población vive con ingresos menores a la canasta básica:





DIMENSIÓN CONTEXTO URBANO

La salud mental no solamente depende de factores individuales o de las relaciones de las personas con su contexto más próximo (familia, pareja, red de amistades, etc.), sino que se gesta en un entorno determinado. Por este motivo, el presente estudio planteó la inclusión de un apartado específico destinado a recoger información sobre la relación de la población de Quito con su entorno urbano, con las condiciones del espacio público, con una valoración de los servicios y la satisfacción de vivir en la ciudad. Esto, en miras de contar con indicios que permitan identificar factores sociourbanos y ambientales que inciden en la subjetividad y en el estado emocional de las personas.

Origen natal

Se consultó a las personas sobre su lugar de nacimiento, en miras de determinar cómo se compone la población actual del Distrito Metropolitano de Quito en relación con su origen natal. Se obtiene que la población actual del Distrito está conformada en un 60% por personas nacidas en Quito; el 36% proviene de otras localidades del país, sobre todo de ciudades intermedias y también de la ruralidad; el 4% de la población restante es extranjera, principalmente de países como Venezuela, Colombia, México y Estados Unidos:

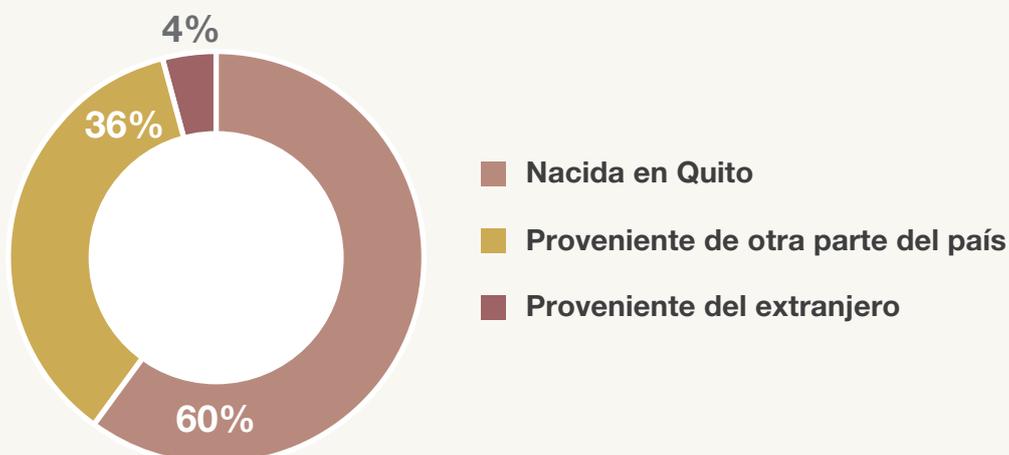


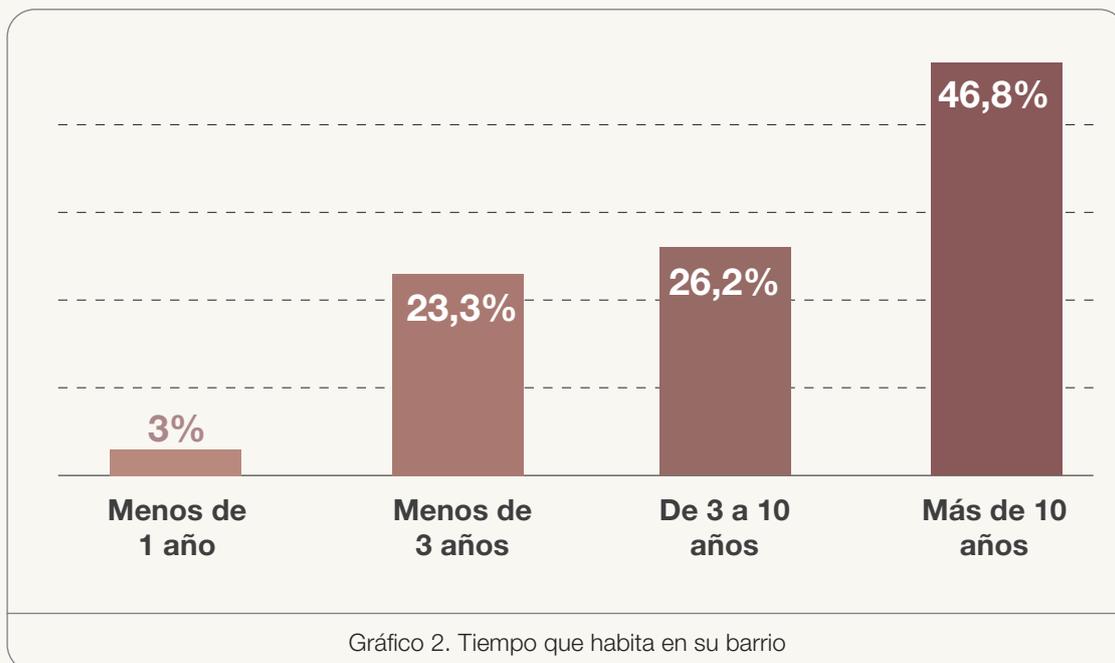
Gráfico 1. Origen natal de la población en el DMQ

Estos resultados, por una parte, permiten visibilizar y consolidar a Quito como una ciudad de acogida; la capital ofrece servicios urbanos que atraen importantes flujos migratorios de personas provenientes de otras ciudades y países, que encuentran en esta ciudad su nuevo lugar de vida.

Por otra parte, los resultados perfilan a Quito como una ciudad cada vez más diversa, compuesta por una heterogeneidad de habitantes y donde se fusiona lo “propio” con otras costumbres y manifestaciones socioculturales -nacionales y extranjeras- que, en conjunto, inciden en la construcción de su identidad colectiva urbana.

Tiempo de residencia en el barrio

Se preguntó hace cuánto tiempo habitan las personas en su barrio, obteniéndose como resultado que la población del DMQ vive mayoritariamente por tiempos prolongados en el mismo entorno barrial: el 46.8% vive en su barrio hace más de 10 años; 26.2% entre 3 y 10 años. Quienes residen en su barrio hace 1-3 años conforman casi la cuarta parte de la población con un 23,3%. Solo el 3% de la población habita en su barrio hace menos de 1 año:

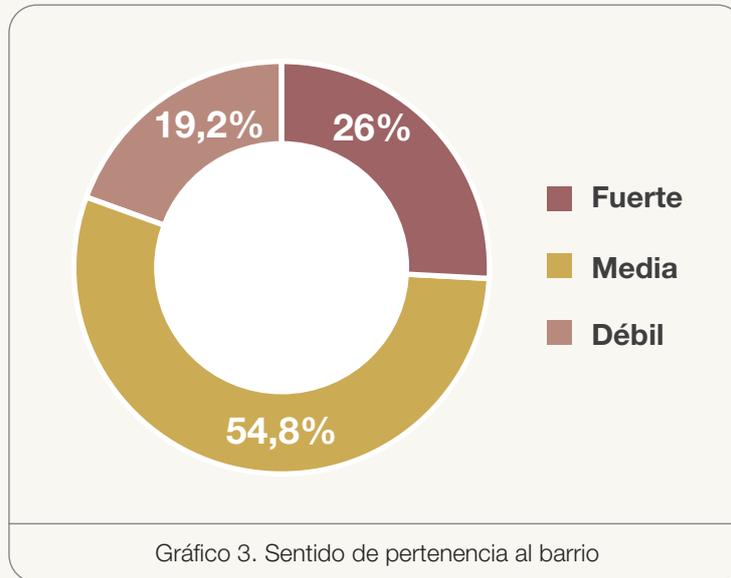


Este resultado pone de manifiesto que hay alta estabilidad respecto a la mantención del lugar de residencia a lo largo del tiempo, así como poca movilidad residencial intraurbana en la ciudad, resultados que pueden explicarse más allá de factores como la expansión o contracción de la pirámide demográfica urbana.

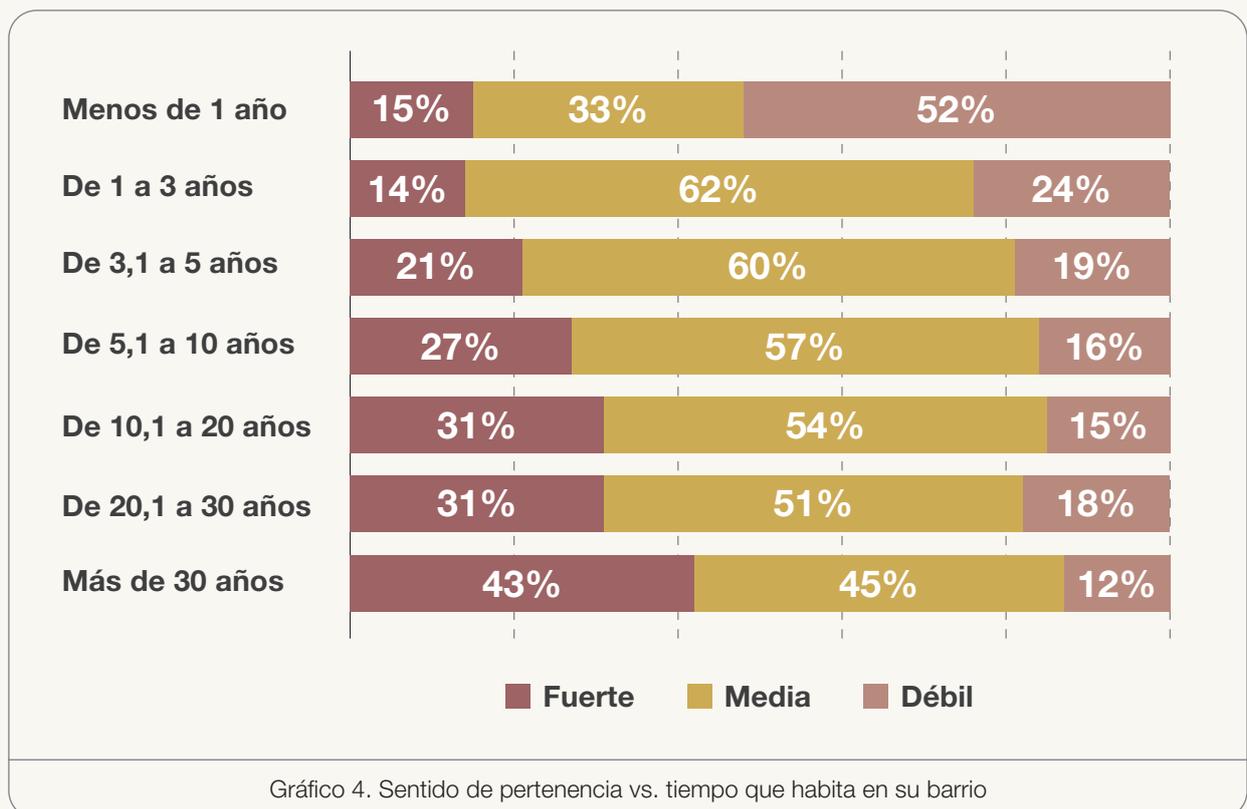
Desde un análisis psicosocial, el obtener un resultado de elevado y prolongado tiempo de residencia en un barrio determinado puede relacionarse efectivamente con un mayor sentido de identidad, apropiación y pertenencia al mismo, como se corrobora en la siguiente pregunta.

Sentido de pertenencia al barrio

Cuando se pregunta de manera directa respecto al sentido de pertenencia que se tiene hacia el barrio donde se vive, la respuesta mayoritaria de las personas se ubica en un punto intermedio de pertenencia, con un 54,8%; le sigue la opción de “fuerte sentido de pertenencia” con un 26% y la opción “débil sentido de pertenencia al barrio” con un 19,2%:



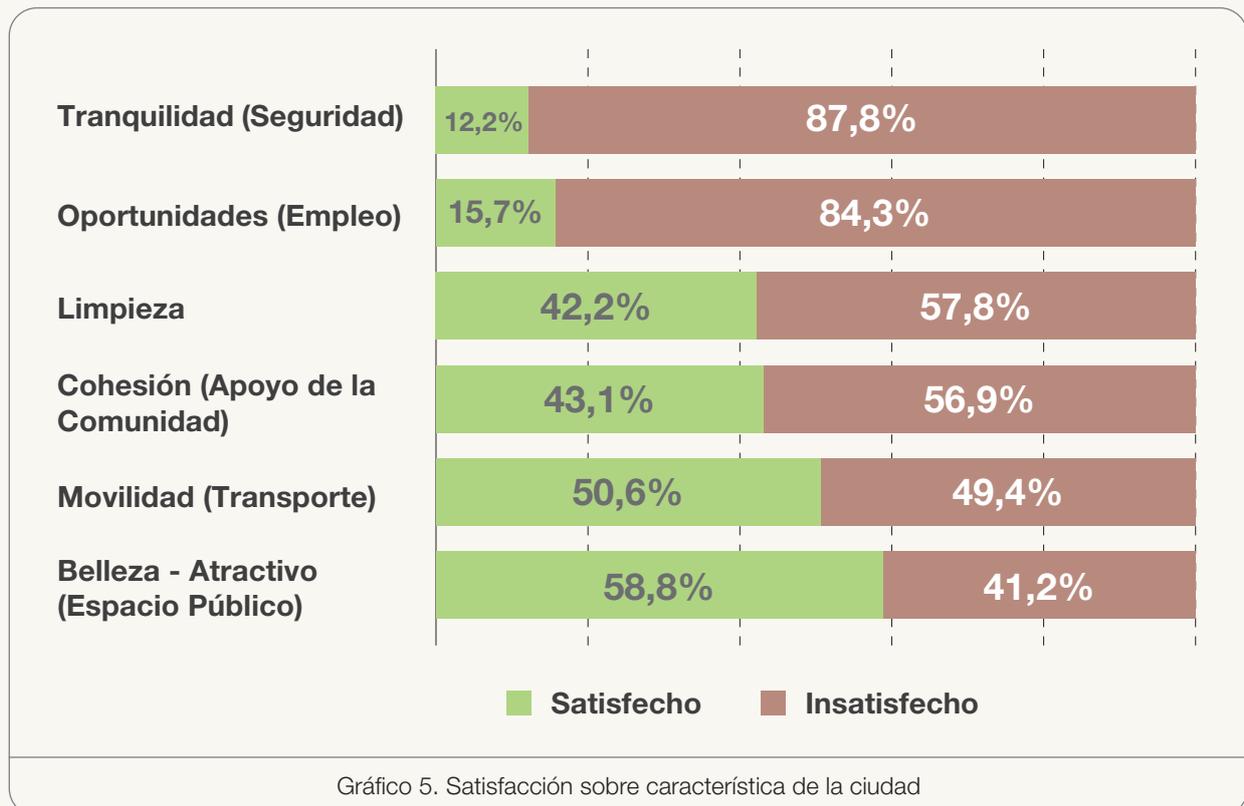
En relación con este aspecto, se encontró una correlación positiva entre la variable sentido de pertenencia y la variable de tiempo que habita en el barrio, reconociendo que, en Quito, a mayor tiempo de habitar un barrio mayor es el sentido de pertenencia hacia él, tal como se constata en el siguiente gráfico:



Valoración de aspectos generales de la ciudad

Se solicitó a las personas calificar, con base a una escala Likert, diferentes aspectos generales de la ciudad, con el fin de conocer su grado de satisfacción con los mismos.

El aspecto de la ciudad mejor calificado por la población es su belleza o atractivo del espacio público, con un nivel de satisfacción que corresponde a un 58,8% de la población, seguido por la movilidad (transporte) con un 50,6% de satisfacción. Por el contrario, los aspectos de la ciudad que obtienen la calificación de mayor insatisfacción son tranquilidad/seguridad (87,8%) y las oportunidades de empleo (84,3%), respectivamente:

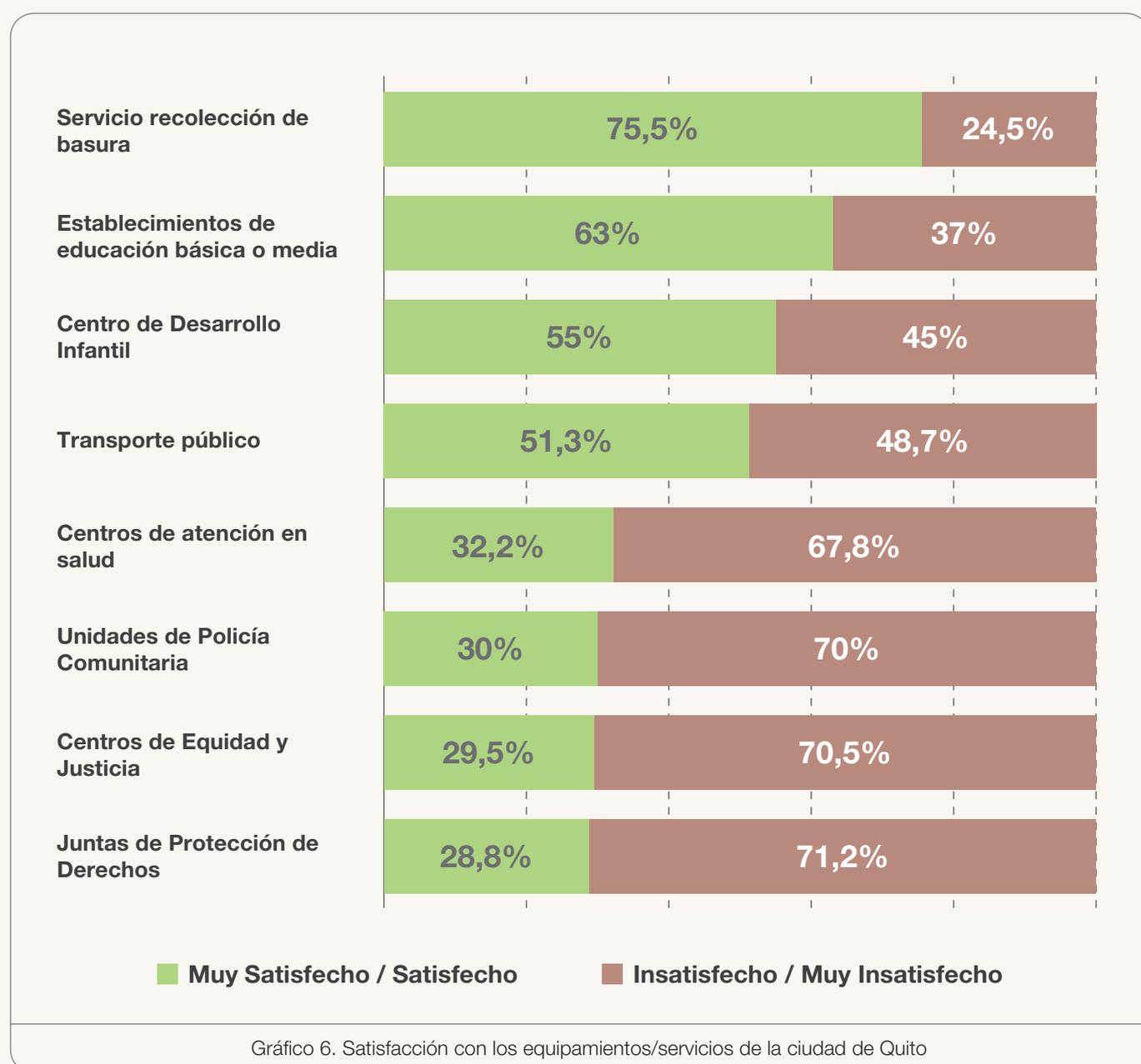


La escalada de violencia e inseguridad que experimenta el Ecuador en los últimos años, particularmente desde el 2021, explica la alta percepción de insatisfacción de la población respecto a la seguridad en la ciudad. La crisis de seguridad que vive actualmente el país ha permeado progresivamente en el Distrito, con mayor presencia de hechos de violencia criminal por encima de la violencia interpersonal. Por su parte, la insatisfacción frente a aspectos de la ciudad como la falta de oportunidades de empleo guardan relación con las cifras nacionales de empleo donde, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, Quito es la ciudad con los mayores porcentajes de desempleo en el país, con una tasa oficial de 8,3%.⁴

Ambos fenómenos, desempleo e inseguridad (delincuencia), están altamente correlacionados acorde a varias teorías sociales y forman parte del proceso cíclico de la insuficiencia económica, pobreza, desigualdad, donde “el desempleo genera pobreza y la pobreza, a su vez, produce inseguridad económica y social”⁵, tratándose de aspectos estructurales que merman el desarrollo socioeconómico de la ciudad y el país.

4. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Documento metodológico de la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU).

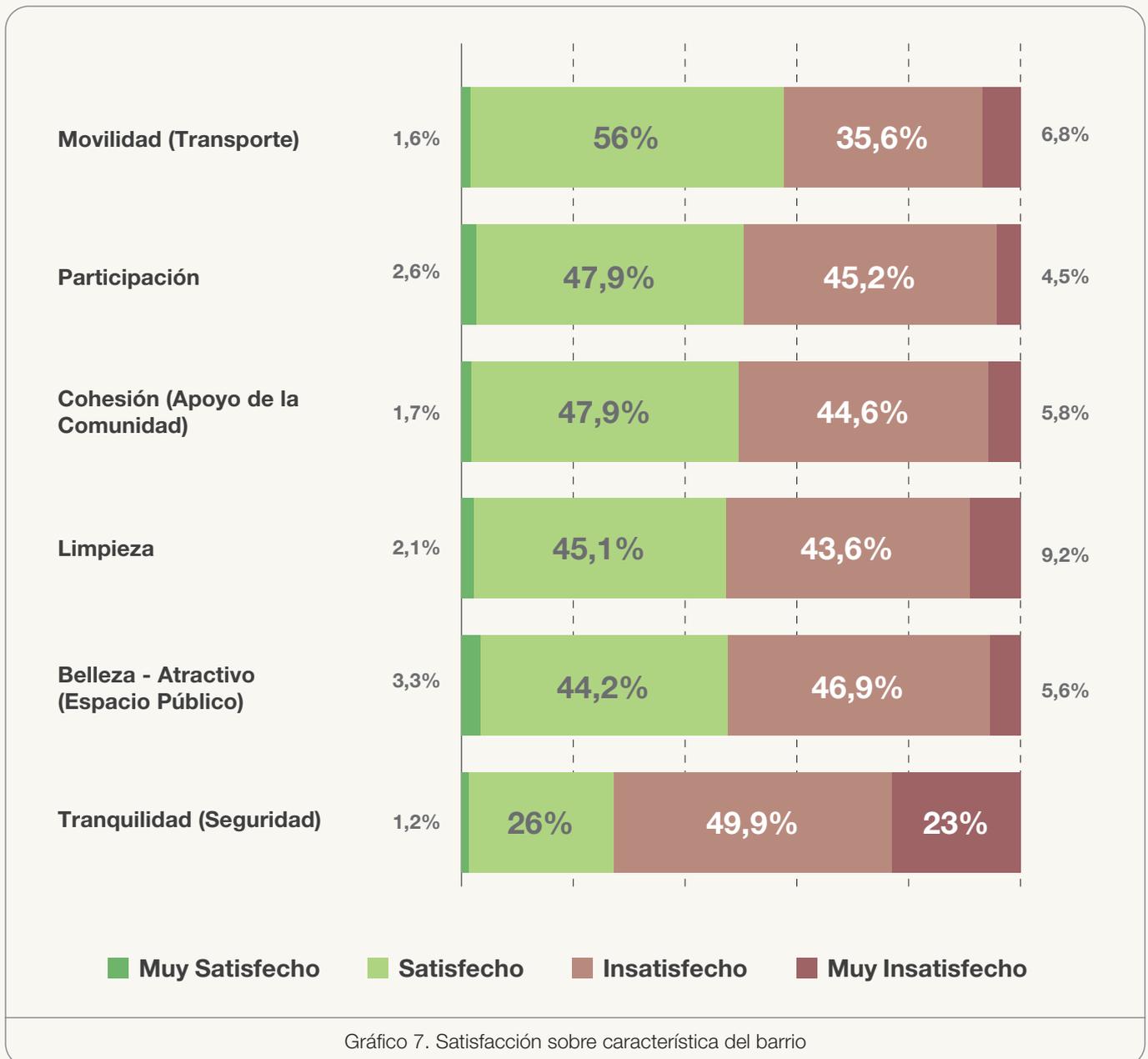
En segundo lugar, se indagó respecto a la satisfacción en torno a los principales servicios urbanos y equipamiento en Quito. El servicio mejor calificado es la recolección de basura, con un 75,5%, seguido por educación, con un 63% de satisfacción. Por otra parte, siete de cada diez personas (70%) están insatisfechas con las Unidades de Policía Comunitaria (UPC), con los Centros de Equidad y Justicia (70,5%) y con las Juntas de Protección de Derechos (71,2%), los cuales obtienen las calificaciones más bajas en relación con el resto de los servicios públicos:



Cabe resaltar que los 3 servicios/equipamientos de la ciudad que obtienen el nivel más bajo de satisfacción por parte de la ciudadanía funcionan, en la práctica, de manera articulada y de forma intersectorial en materia de seguridad ciudadana y como parte del Sistema de Protección Integral.

Valoración de servicios y equipamiento urbano a nivel de barrio

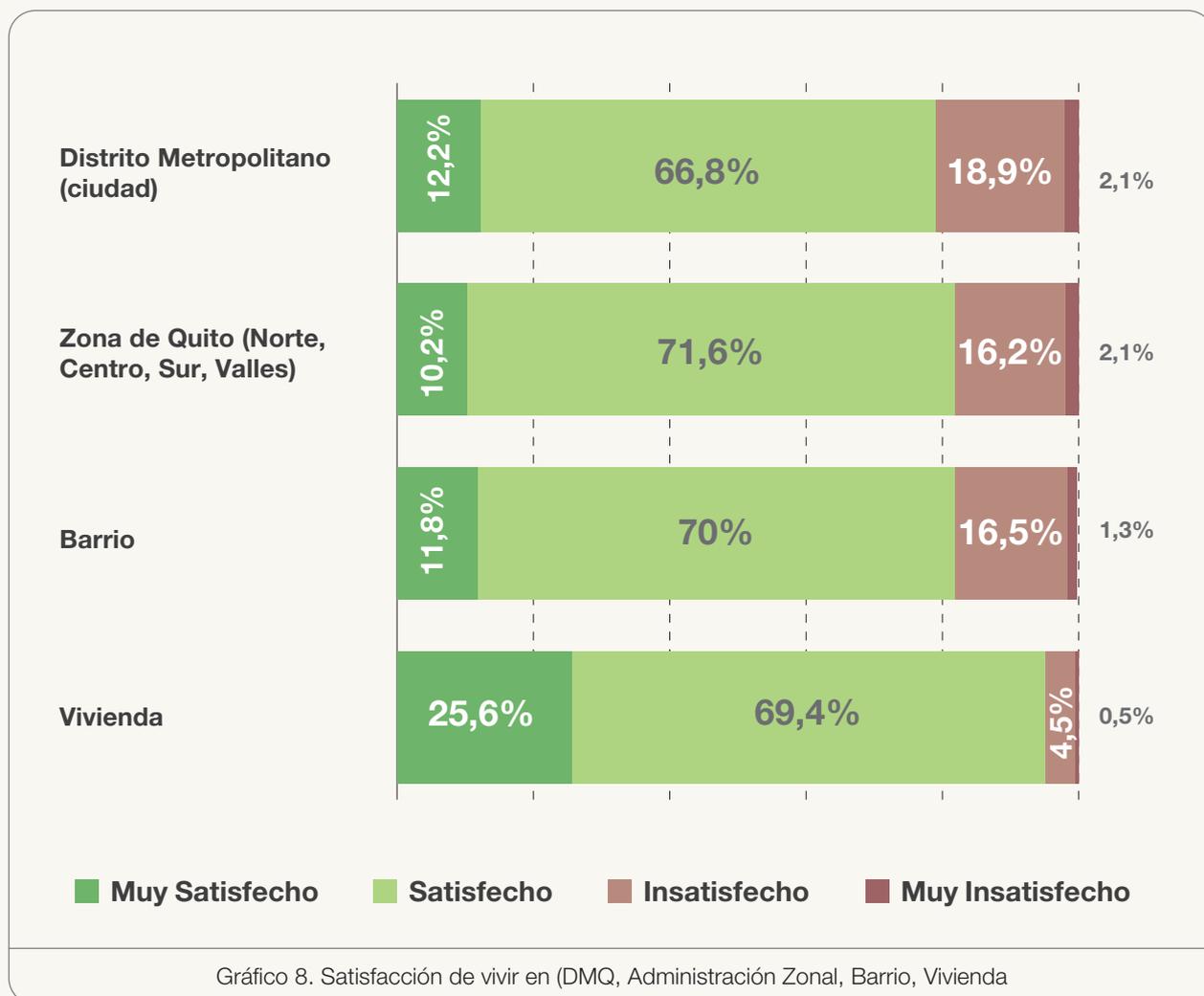
El estudio extendió el ejercicio de valoración de aspectos/servicios urbanos anterior a su análisis a nivel de barrio. Se evidencia que la movilidad/transporte es el aspecto a nivel de barrio que genera el mayor nivel de satisfacción en la población, con un 57,5%. No obstante, en función de la insatisfacción de la población, en los resultados aparece nuevamente el aspecto seguridad/tranquilidad como el peor evaluado en el contexto barrial, con un nivel (acumulado) de 75,9% de insatisfacción:



Este resultado evidencia que la inseguridad no solo representa la principal problemática reportada a nivel de Distrito, sino que también es la más presente en escalas territoriales menores como son los barrios de la ciudad. Por otra parte, la valoración predominantemente positiva hacia la movilidad y el servicio de transporte puede analizarse desde el acceso del servicio de transporte formal a lo largo del Distrito Metropolitano de Quito, en términos de cobertura, que incluye al sector urbano y rural y las diferentes modalidades de transporte (interparroquial, intraprovincial e interprovincial).

Satisfacción de vivir en la ciudad, zona, barrio y vivienda

A continuación, se consultó sobre la satisfacción de las personas de vivir en la ciudad, zona, barrio y vivienda. Se obtienen calificaciones distritales muy altas de satisfacción en general que, no obstante, tienden a disminuir en nivel de satisfacción en la medida que la escala de territorialidad/residencialidad aumente: el 95% se encuentra satisfecho/feliz con respecto a su vivienda, el 81,8% está satisfecho/a de vivir en su barrio, el 81,8% con la zona de Quito (norte, centro, sur, valles) donde reside, y el 79% con vivir en la ciudad:



Equipamiento/servicios urbanos que inciden en el bienestar

En relación con los tipos de obras urbanas que se considera podrían promover o mejorar el bienestar y la salud mental de la población, la mayoría de las personas optan como primeras opciones las alternativas: “más parques” (23,7%), “más árboles” (23,2%) y “más intervenciones en el espacio público” (19,5%). Como segunda opción, el 11% siente que puede mejorar el tener “menos autos particulares” y el 10,8% estima que la solución es tener “más transporte público”, tal como se presenta a continuación:

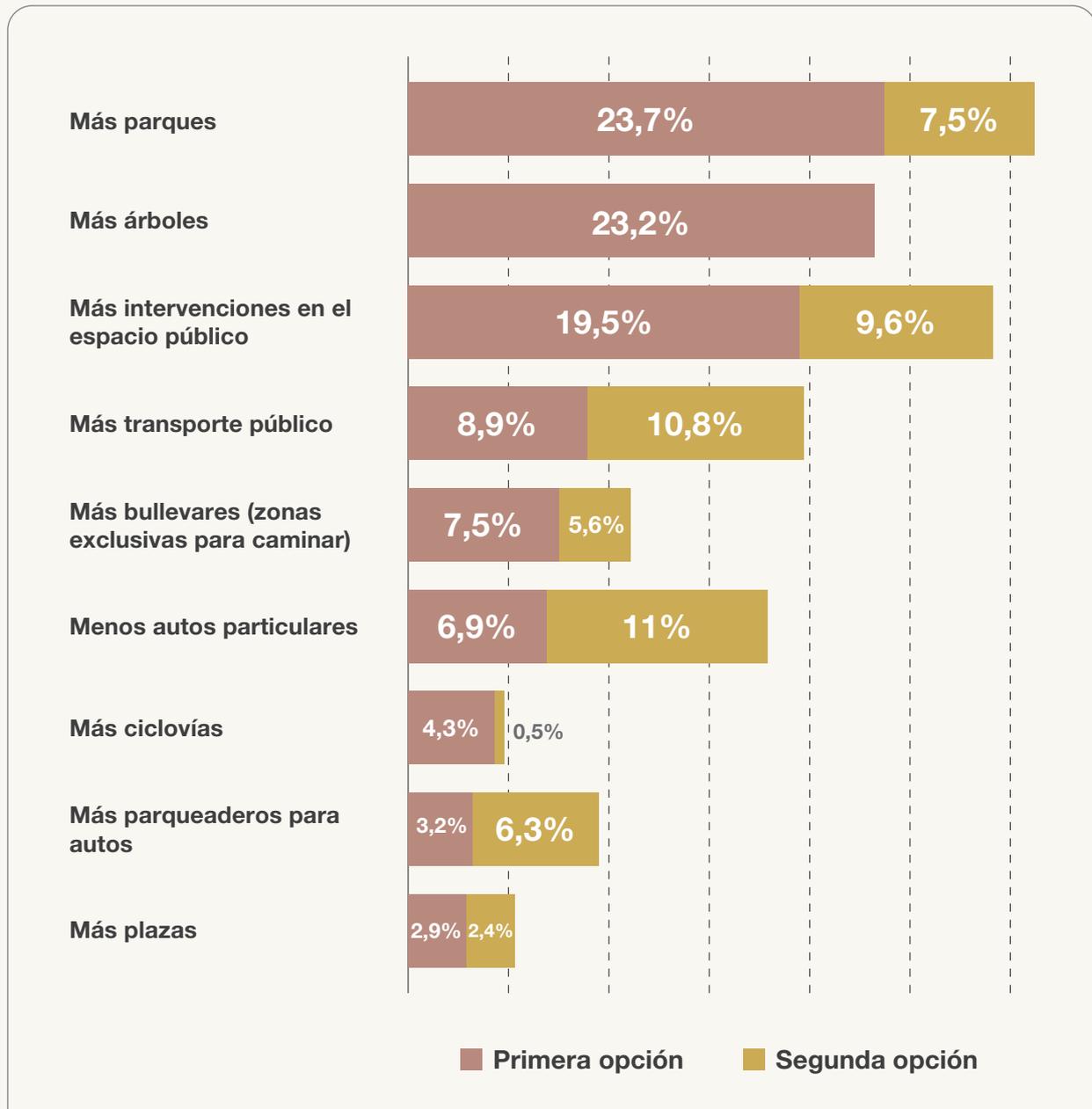


Gráfico 9. Obras en la ciudad pueden mejorar el bienestar de las personas

Sobre estos resultados, se consultó adicionalmente si consideran que estas alternativas de intervención mejoran la salud mental y el bienestar de las personas, obteniéndose una respuesta afirmativa (“sí mejoran el bienestar/salud mental”) en 99,4% de la población del DMQ.



DIMENSIÓN SALUD MENTAL Y BIENESTAR

La presente sección del estudio se adentra en investigar e identificar las percepciones que mantiene la población del Distrito Metropolitano de Quito sobre la salud mental.

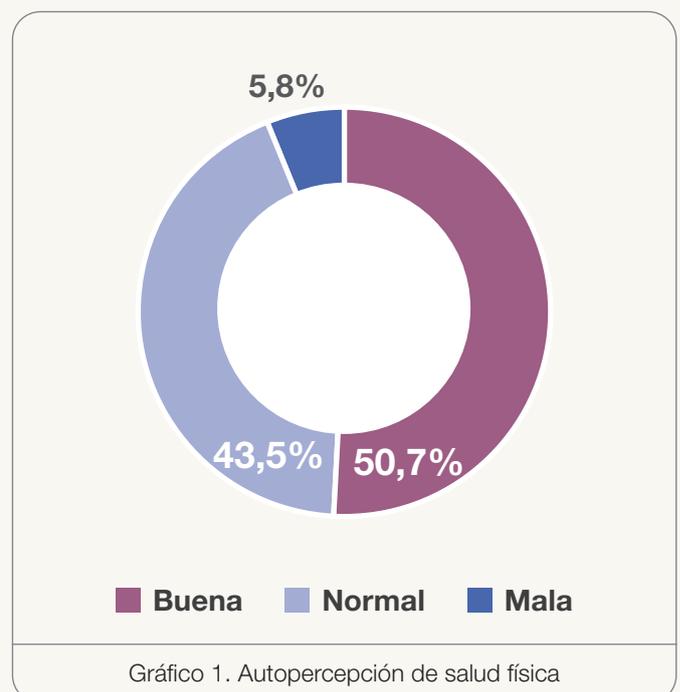
En este sentido, se consultó respecto a la autovaloración de la salud física y su relación con aspectos y consecuencias de salud mental. A su vez, mediante el uso de preguntas variadas, se consultó sobre las preocupaciones vitales, estrés y ocurrencia de circunstancias provocadoras de estrés en la vida.

La Encuesta indaga las percepciones de la población respecto a la presencia de problemas de salud mental, así como su tipología, consecuencias y afectación en diferentes esferas de la vida. Se hace hincapié en la valoración de la ideación suicida e intento autolítico. Finalmente, se pregunta por el sentimiento de felicidad y satisfacción de la población, en miras de explorar y caracterizar cómo se expresa el estado de ánimo general del Distrito.

Percepciones sobre la salud física

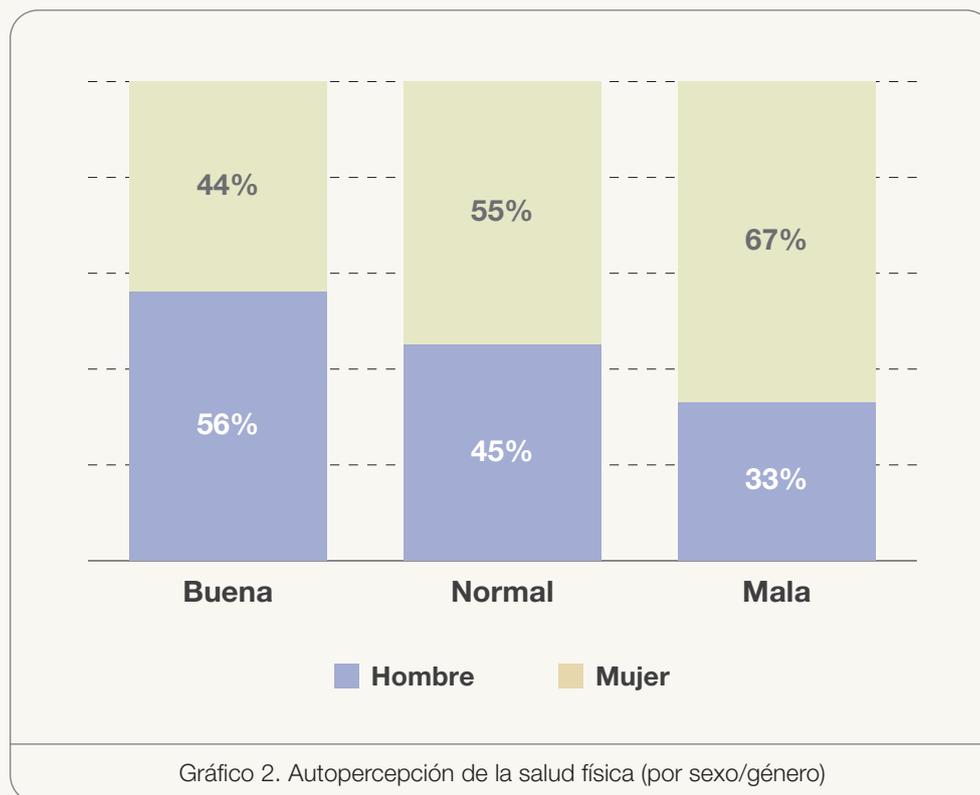
Se partió por conocer la calificación que las personas otorgan a su salud física, sobre la presencia general de dolencias físicas en sus vidas, con énfasis en la manifestación de síntomas, su severidad y las principales respuestas emocionales o afectivas que suscitan, con el fin de llevar a cabo un ejercicio de articulación entre salud física y mental de la población del Distrito.

La salud física obtiene una apreciación mayoritariamente favorable por parte de la población, con un 50,7% de personas que la califica como “buena” o “muy buena”, el 43,5% como “normal” y solamente un 5,8% la considera “mala” o “muy mala”.



Hallazgos complementarios sobre salud física y salud mental asociados:

- El 81,6% de la población del Distrito no reporta problemas físicos diagnosticados. Del 18,4% restantes que afirma tener problemas físicos, los principales corresponden a dolor de espalda crónico, artritis, diabetes, hipertensión, migraña y úlceras.
- Desde una revisión de los resultados por género, aparece una valoración con tendencia inversa de la percepción de salud física entre hombres y mujeres, en donde la mayoría de hombres califica su salud física como buena, mientras que en las mujeres predomina la valoración negativa de la salud física, duplicando dicha calificación frente a los hombres:



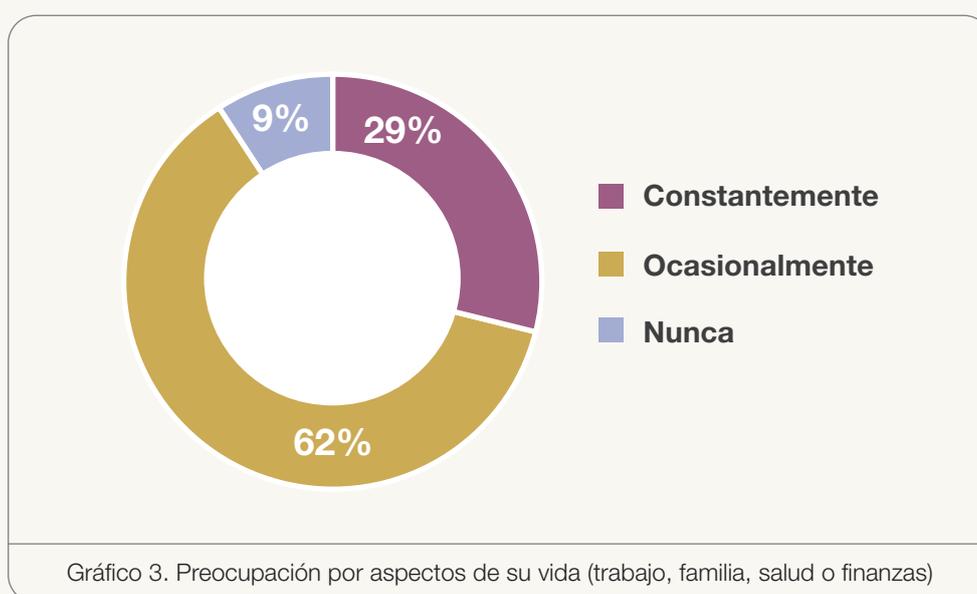
- La severidad de los síntomas producto de un problema físico diagnosticado es calificada por 50,9% como “moderada”, el 29% como “severa” o “muy severa” y el 20,1% como “tenue” o “mínima”
- Las respuestas emocionales o afectivas más frecuentes asociadas a los problemas de salud físicos fueron:
 - “Irritabilidad” (“todo el tiempo” o “muy seguido”), con un 26,3%, (1 de cada 4 personas del DMQ con dolencias físicas).
 - “Fácilmente sensible” (“todo el tiempo” o “muy seguido”), con una frecuencia de 16,8%.
 - “Bajoneado”⁶ (“todo el tiempo” o “muy seguido”), con una frecuencia de 14,5%.

6. Del verbo bajonear, tal como lo define la Real Academia de la Lengua Española: “1. tr. coloq. Arg., Chile y Ur. Producir desánimo o depresión a una persona. U. t. c. prnl.”

Preocupaciones personales

Los temas de salud mental que aborda la Encuesta parten por la consideración respecto al nivel de preocupación de las personas sobre aspectos de su vida, la frecuencia con la que se suscitan preocupaciones en la vida y su capacidad de controlarlas, considerando como periodo de tiempo de consulta el último año.

Como resultado, el 29% de población del Distrito expresa sentir preocupación constante por temas personales (trabajo, familia, salud o finanzas) en sus vidas, seguido por un 62% que indica sentir preocupación “ocasionalmente” y un 9% que señalan nunca sentir preocupación:



A partir de otras preguntas complementarias en torno a la misma temática, se obtuvo que el 14,7% de la población mantiene un nivel permanente (“casi todo el tiempo” o “todo el tiempo”) de ansiedad frente a estas preocupaciones.

Adicionalmente, desde una desagregación de datos por género, se obtuvo que las mujeres presentan un porcentaje mayor -el doble- de dificultad para controlar sus preocupaciones que los hombres.

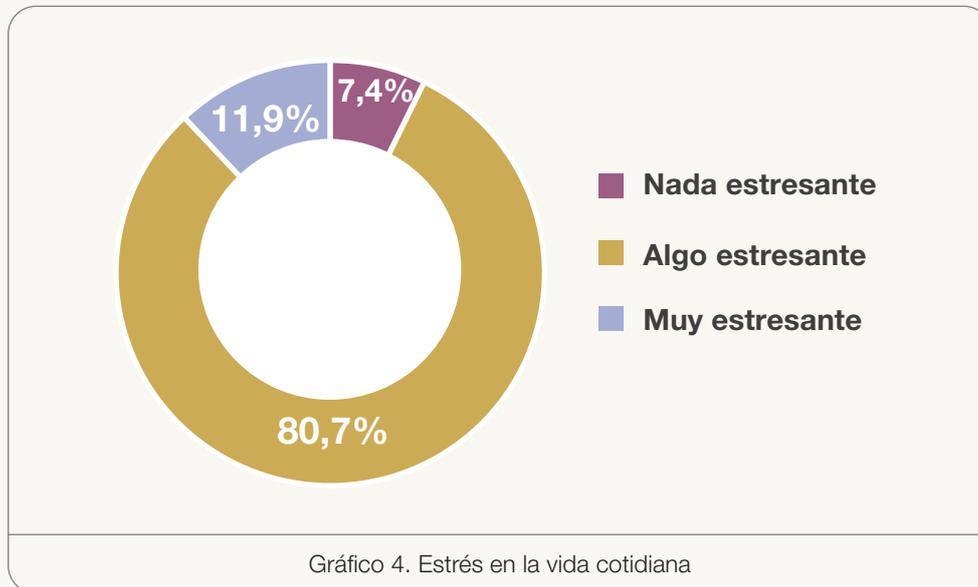
Estrés y estrategias de respuesta

Acorde a la Organización Mundial de la Salud, se define el estrés como “un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil”⁷. El estrés engloba un conjunto de procesos y respuestas frente a una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica.⁸

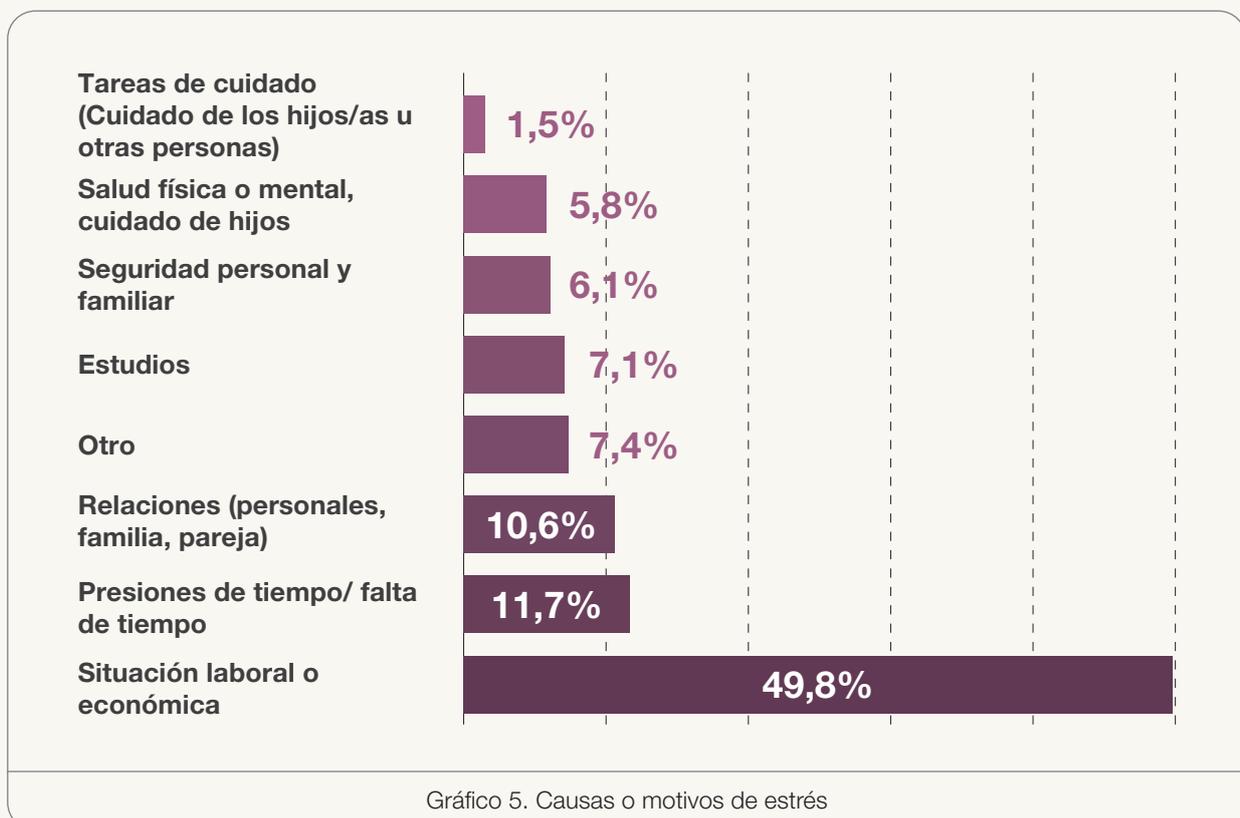
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de Estrés. Centro de Prensa OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

8. TRUCCO, Marcelo. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. [2002, vol.40, suppl.2 Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600002&lng=es&rm=iso>. ISSN 0717-9227. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>.

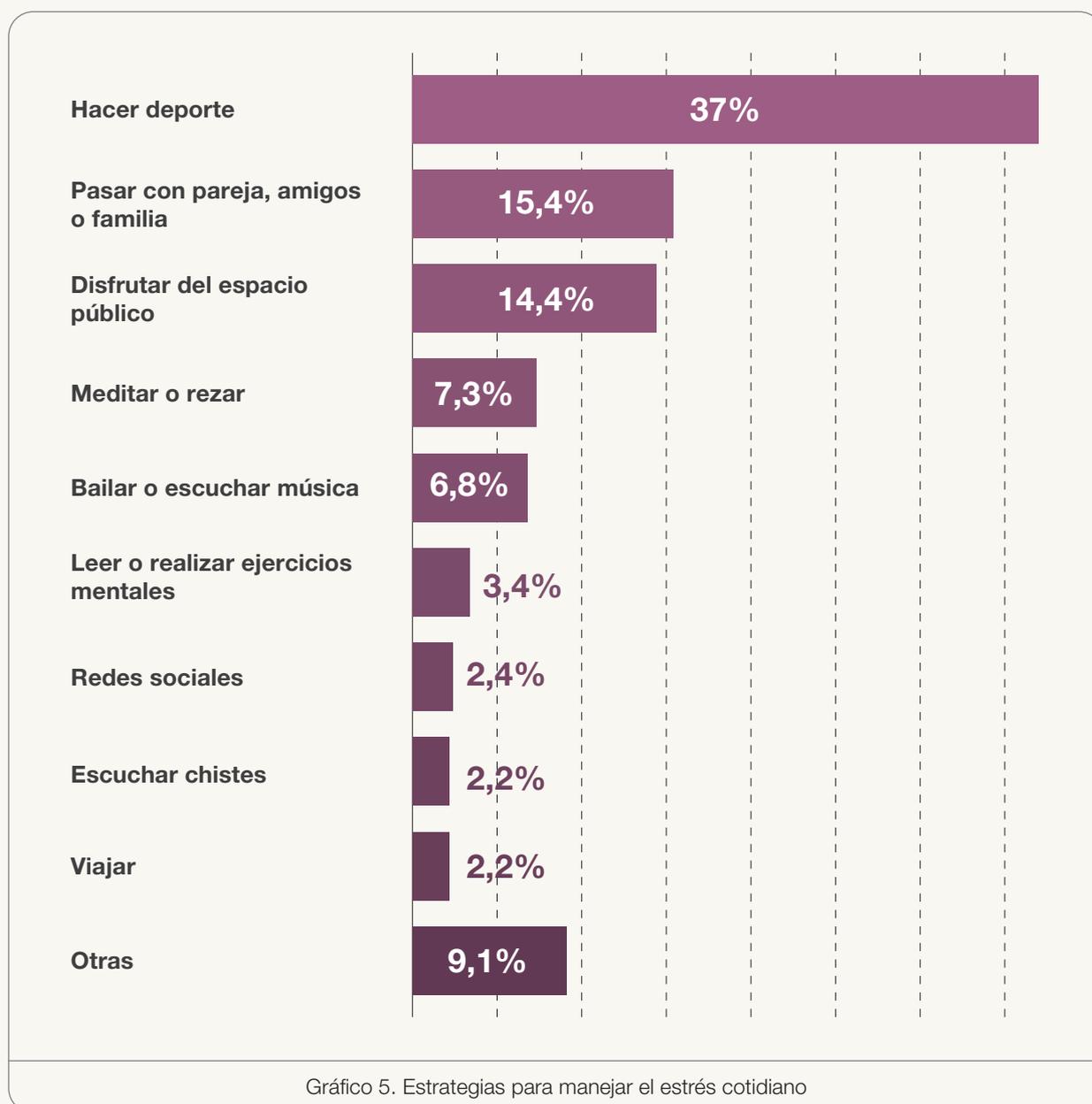
En este sentido, si bien todas las personas experimentan algún grado de estrés, éste puede causar o exacerbar problemas de salud mental. Se consultó a las personas respecto a su valoración del nivel de estrés presente en sus vidas. Como resultado, se obtiene que a nivel de Distrito 8 de cada 10 personas (80,7%) reconocen un nivel “algo estresante” en sus vidas y un 11,9% un nivel “muy/ extremadamente estresante”; solamente el 7,4% percibe un nivel “nada estresante”:



Al respecto, la principal causa de estrés para la mitad de la población encuestada es “la situación económica/laboral” (49,8%), seguido por “presiones/falta de tiempo” con el 11,7% y “relaciones interpersonales” con un 10,6%:



Como estrategia para manejar el estrés cotidiano, se observa que el 37% de la población opta por “hacer deporte o actividad física”; el 15,4% se “distrae o pasa tiempo con su pareja, sus amigos o familiares”, el 14,4% de la población “pasea por el parque, camina cerca de casa o disfruta del espacio público”:



Exposición a situaciones estresantes y altamente estresantes

La Encuesta aplicó varias preguntas relacionadas con la exposición de personas a circunstancias estresantes y altamente estresantes en sus vidas, en un periodo de tiempo referido al último año, obteniéndose los siguientes resultados:

- El “haber presenciado alguna vez como alguien resultaba gravemente herido o muerto, o haber presenciado un cadáver de forma inesperada”, con un 30% de prevalencia en la población, seguido por 15,9% relacionado con “presenciar siniestros/accidentes en donde otras personas resulten heridas” y un 12,9% en donde la misma persona encuestada “sufrió lesiones graves en un siniestro/accidente”.

- De igual forma, el 41,9% de las personas han “acompañado procesos sostenidos de enfermedad u otro padecimiento a alguien muy cercano”; el 21,3% de la población tuvo “experiencias estresantes que le afectaron por alguien muy cercano que murió inesperadamente a causa de una enfermedad”.

Adicionalmente, se exploró la exposición de la población a situaciones altamente estresantes y/o marcadas por la violencia en diversas formas durante el último año. A continuación los resultados obtenidos:

- En el Distrito Metropolitano de Quito, el 43,9% de la población ha sido “alguna vez víctima de un robo a mano armada”; el 40,5% alguna vez ha sido “testigo de un intento de robo, intento de secuestro o balacera”; el 36,3% “ha sido estafado o han intentado estafarle” y el 22,7% “víctima de violencia física” a manos de otra persona. De igual forma, aparece la categoría de “extorsión”, comúnmente referida como “vacuna”, con un 8,3% de ocurrencia:

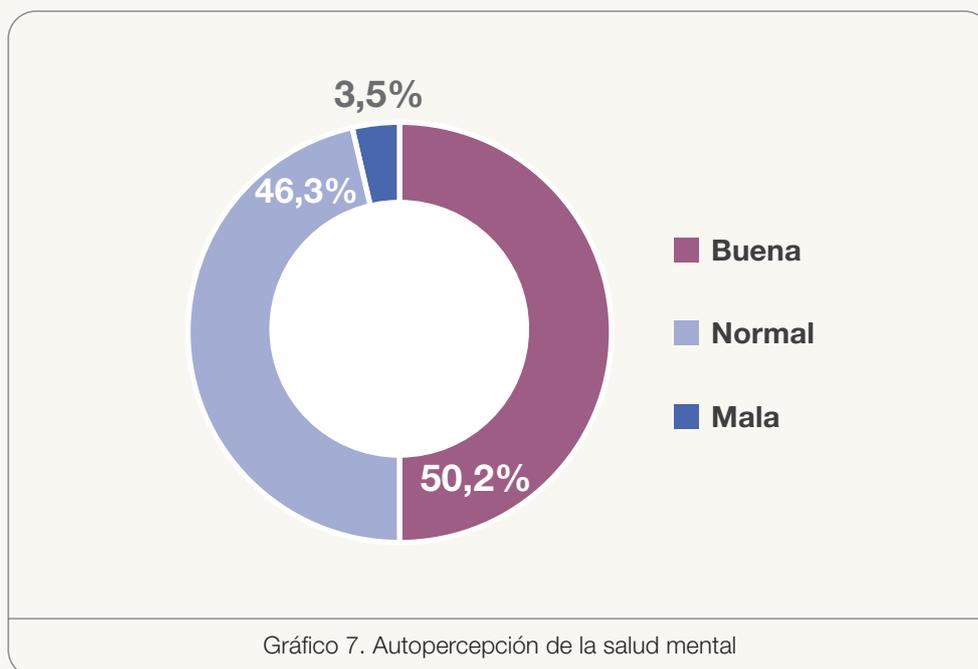


Estos resultados ponen de manifiesto un elevado grado de exposición de la población del Distrito a sucesos de violencia criminal que amenazan la integridad y la vida, y cuya vivencia sin duda implica condiciones de fuerte impacto y desequilibrio subjetivo.

Al respecto, la evidencia recoge las múltiples consecuencias producto de la vivencia de este nivel de violencia en materia de salud mental, incluyendo trastornos severos como la depresión mayor, la ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático. Otras manifestaciones incluyen problemas en el funcionamiento social, síntomas somáticos y problemas psicosociales que pueden persistir durante muchos años y afectar la calidad de vida de las personas, sin que llegue a manifestarse un síndrome de estrés postraumático.⁹

Valoración de la salud mental

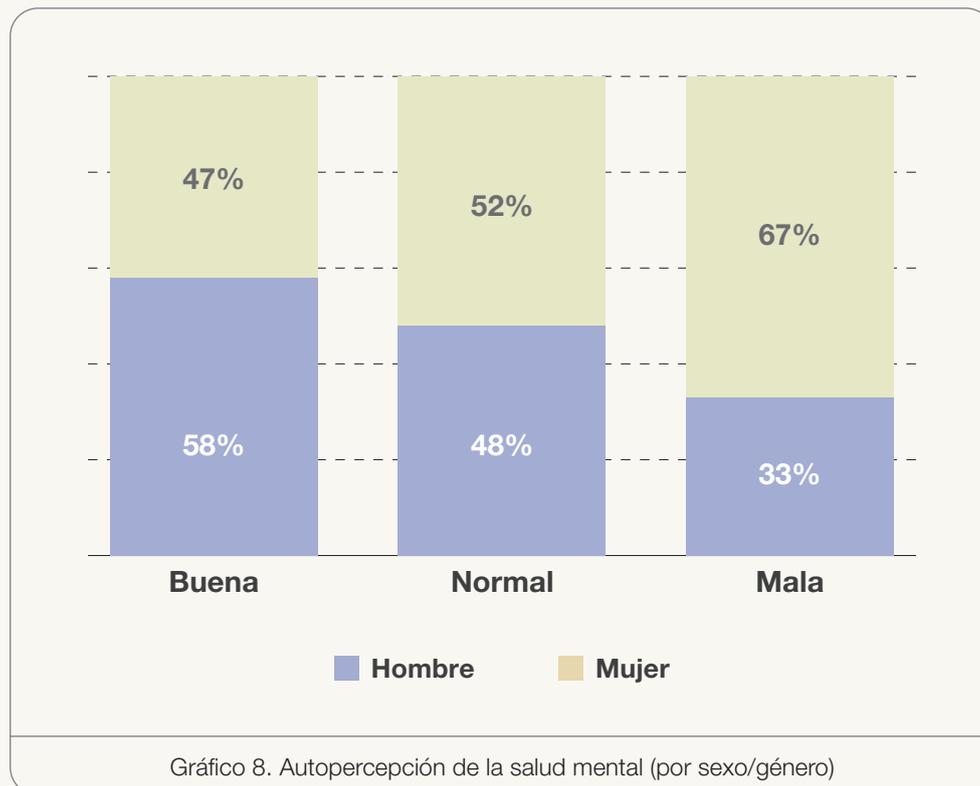
En lo que respecta a salud mental, se solicitó una valoración de las personas del Distrito respecto a la misma. A partir de una consigna de autopercepción sobre su estado de salud mental, un poco más de la mitad de la población (50,2%) le atribuye una calificación de “buena”, seguida por 46,3% que la considera “normal”; solamente el 3,5% señala que su salud mental es “mala”:



9. US Department of Health and Human Services Mental Health. A report of the Surgeon General. United States, Rockville (MD): National Center for Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health (1999). En: Medina Mora, Ma. Elena et al. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud pública Méx (2005) Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634

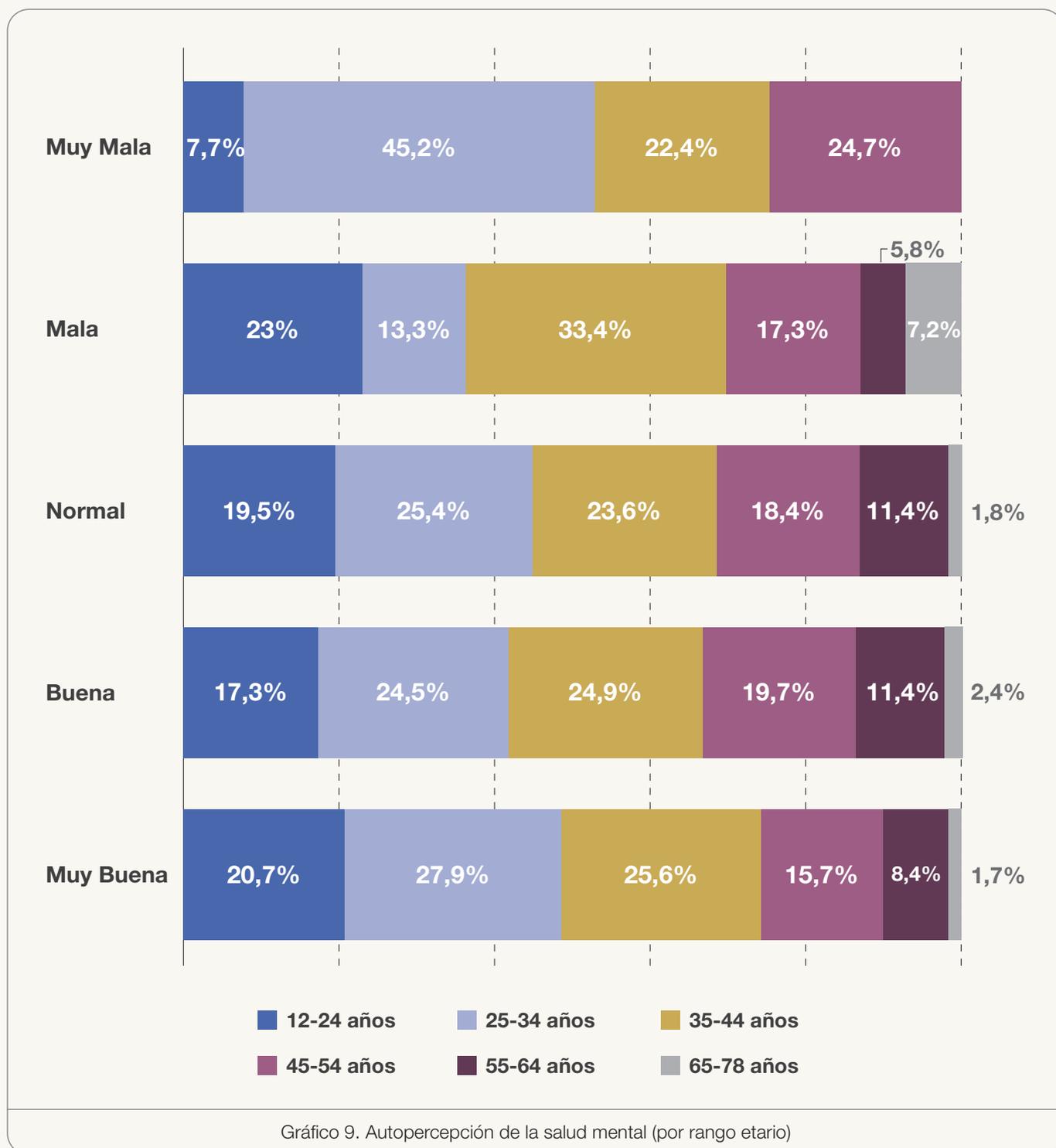
Hallazgos complementarios sobre valoración de la salud mental:

- Desde una revisión de los resultados a partir de la perspectiva de género, sobresale una valoración inversa respecto a la salud mental entre hombres y mujeres, en donde los primeros presentan una clara inclinación a calificarla positivamente, mientras que las mujeres tienden a calificarla de manera predominantemente negativa:



- Estos resultados pueden ser asociados con la evidencia científica acumulada disponible sobre salud mental y género, que constatan una mayor tasa de reporte de problemas de salud mental por parte de mujeres.¹⁰
- Por otro lado, una revisión de este resultado desde la variable etaria, demuestra la mayor valoración negativa de la salud mental en personas jóvenes (25-34 años), en donde se concentra el 45% de las respuestas de autovaloración como “muy mala”, seguida por la valoración de su salud mental como “mala” en el rango etario de 35-44 años con un 33%. En personas adultas del rango etario de 54-64 años y población de adultos mayores (65 años en adelante) no aparecen valoraciones extremadamente negativas de su salud mental:

10. M. Sáenz-Herrero. Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. Springer, New York (2015).



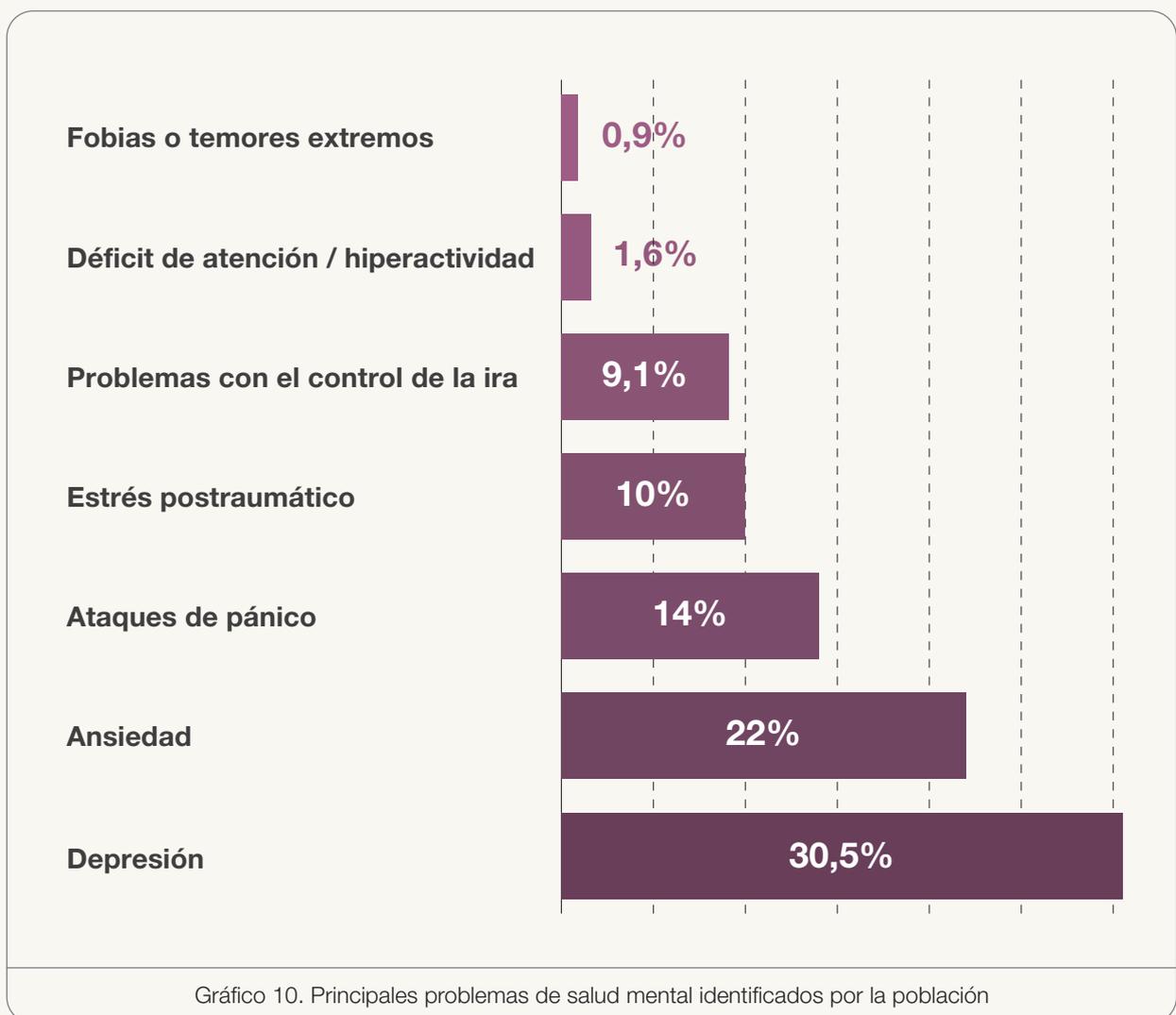
Identificación de problemas de salud mental

Uno de los propósitos centrales de la presente Encuesta radicó en indagar sobre la percepción de las personas respecto a la presencia de problemas de salud mental en sus vidas. En esta línea, el estudio no planteó como objetivo el establecer prevalencias de problemáticas o trastornos de salud mental en la población con base a parámetros de diagnóstico o escalas valorativas estandarizados, sino que, se remitió a indagar sobre la percepción de las personas respecto a la presencia de algún problema de salud mental específico.

Como hallazgo principal, se obtiene que 1 de cada 4 habitantes del Distrito (24,7%) considera que tiene algún problema de salud mental.

De este 24,7%, el 75,3% de personas mencionan tener algún problema de salud mental con base a una autovaloración (autopercepción), mientras que solo la cuarta parte de la población (24,7%) cuenta con un diagnóstico entregado por parte de un profesional de salud mental, en donde el 65% son mujeres.

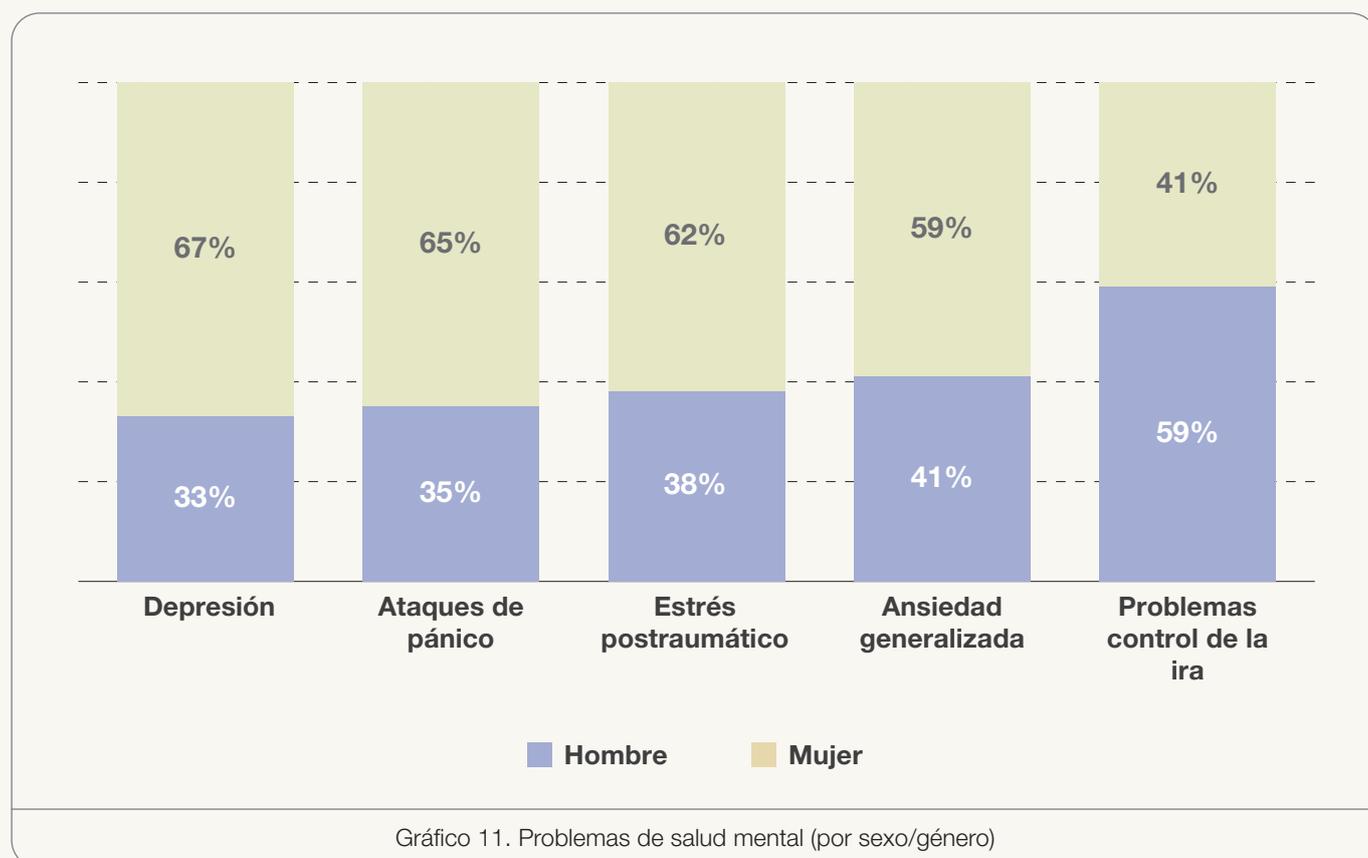
En esta línea, los problemas de salud mental identificados se distribuyen en la población de la siguiente manera:



La población que considera tener un problema de salud mental identifica a la depresión como la principal problemática, con una prevalencia de 30,5%, seguida por ansiedad (22%), ataques de pánico (14%), estrés postraumático (10%) y problemas de control de la ira, con un 9,1%.

Hallazgos complementarios:

- A partir de una desagregación de estos resultados por género, la depresión es referida como el principal problema de salud mental identificado por las mujeres (duplicando la prevalencia en comparación a hombres) con un 67%, seguida por “ataques de pánico” (65%), “desorden de estrés postraumático” (62%) y “ansiedad” (59%), todos estos también con mayor prevalencia en comparación a los varones; solamente la respuesta “problemas de control de ira” aparece como un problema de salud mental reportado con mayor prevalencia en hombres que en mujeres:



- A partir de una desagregación por rangos etarios, se aprecia que el principal problema de salud mental en el rango etario de 12-24 años es el “ataque de pánico” con un 27%; en el rango etario de 35-44 años el principal problema es la ansiedad, con 34% así como los “problemas de control de ira”, con un 26%; el “estrés postraumático” y la “depresión” con un 28% son los más frecuentes en el rango de edad de 35-44 años; en personas de 45-54 años sobresale la depresión con un 21%; los problemas de control de ira en personas adultas mayores con un 7%:

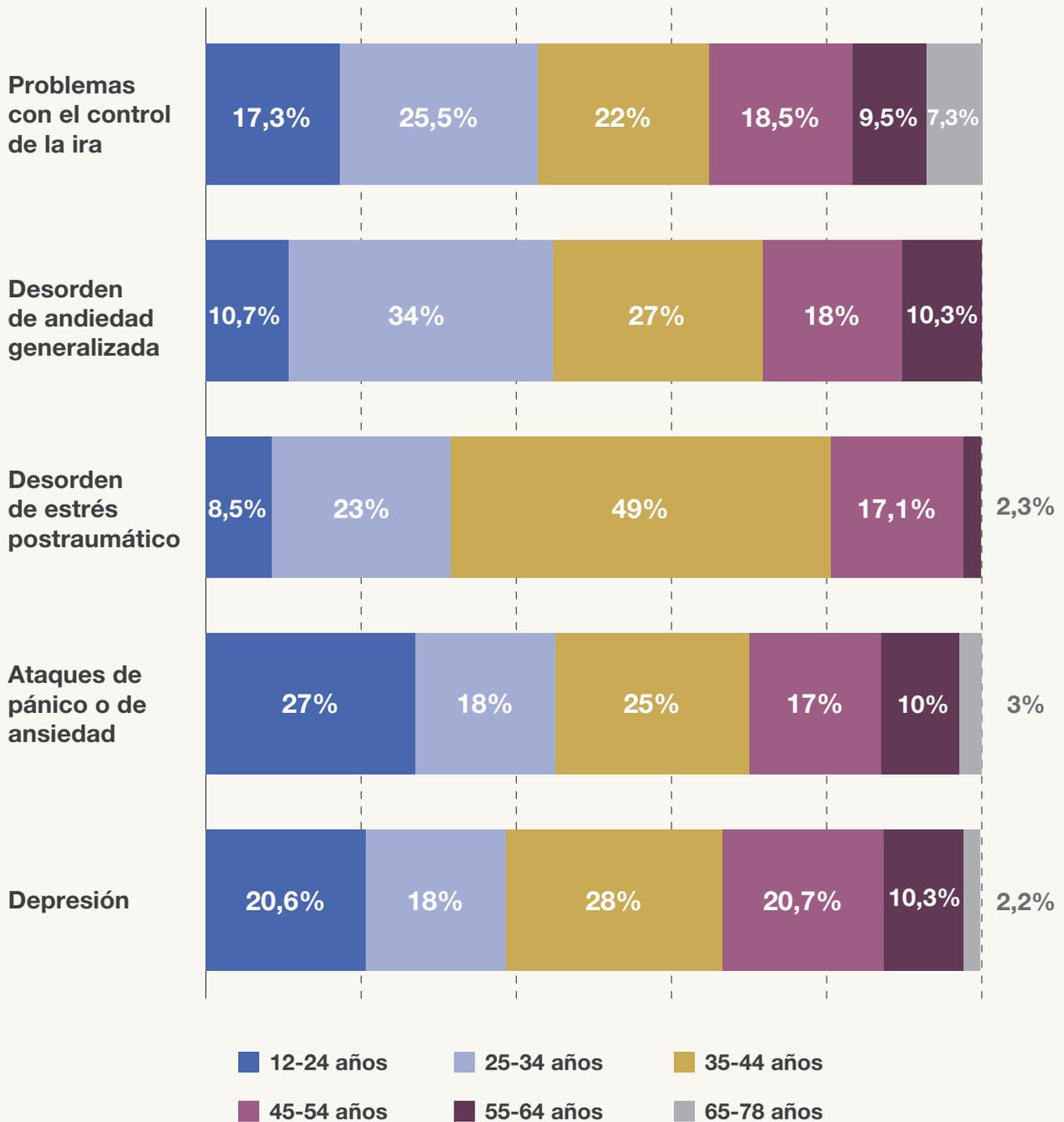
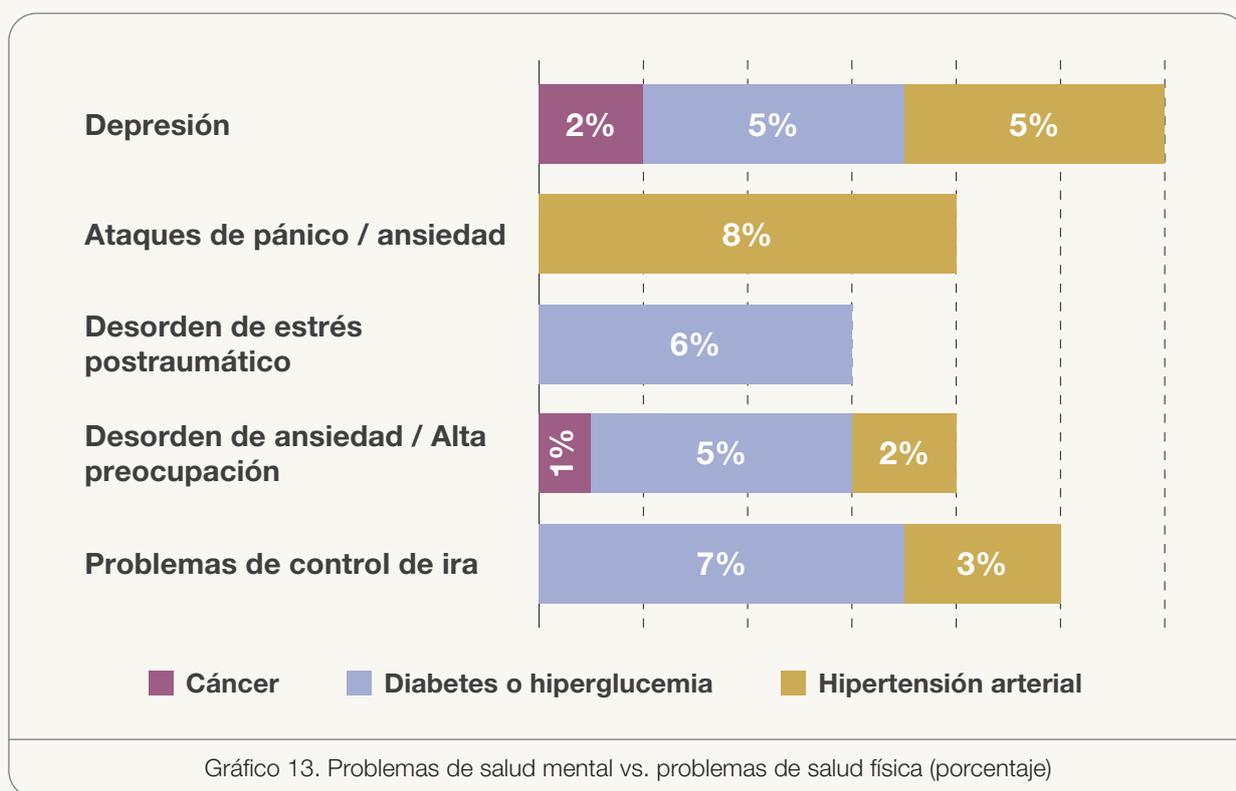
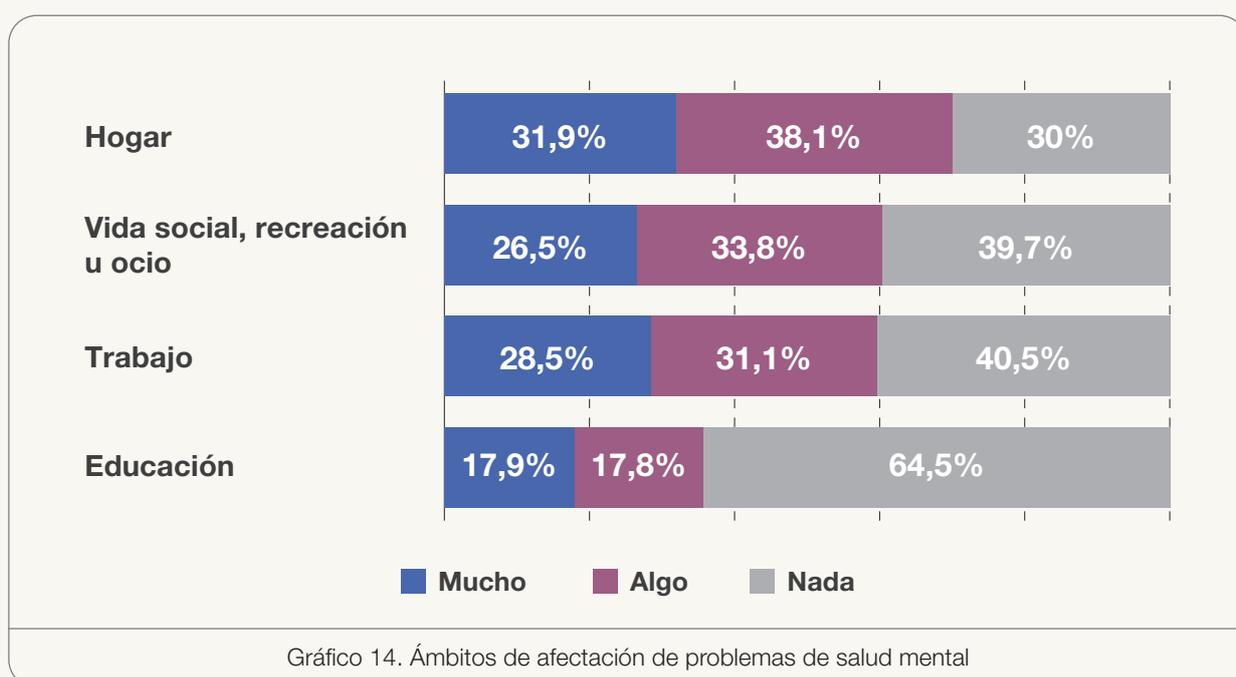


Gráfico 12. Problemas de salud mental (por edad)

- Los resultados encontrados muestran la existencia de comorbilidad entre determinadas problemáticas de salud mental (depresión, ataques de pánico, estrés postraumático, ansiedad o control de ira) respecto a enfermedades específicas como cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares (hipertensión, otras):



Finalmente, se aplicó una pregunta respecto al grado de afectación de los problemas de salud mental en diferentes esferas de la vida, donde se obtuvo que el contexto del “hogar” representa el ámbito más afectado para 7 de cada 10 personas, seguido por la afectación a la “vida social, recreación u ocio”, con un 60,3% (26,5% “mucho” y 33,8% “algo”) y el ámbito del “trabajo” con 59,6% (28,5% “mucho” y 31,1% “algo”). El ámbito educativo, por el contrario, representa el menos afectado, con un 64,3%:



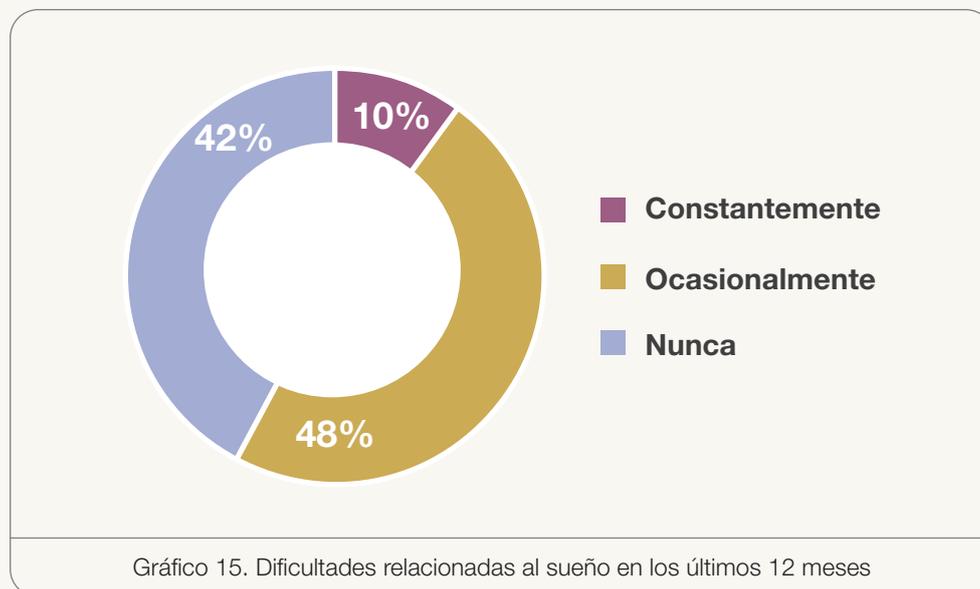
Otros aspectos de salud mental

La Encuesta consultó adicionalmente respecto a la frecuencia, durante el último año, de ciertos signos, síntomas y/o condiciones de salud mental presentes en la población de la ciudad y que pueden ser considerados como indicadores de riesgo en materia de salud mental: problemas para dormir, cansancio, capacidad de concentración, distanciamiento emocional, problemas con el apetito, exaltación, irritabilidad, enojo, desánimo/apatía, hipersensibilidad, reacciones exageradas y desconexión con el cuerpo.

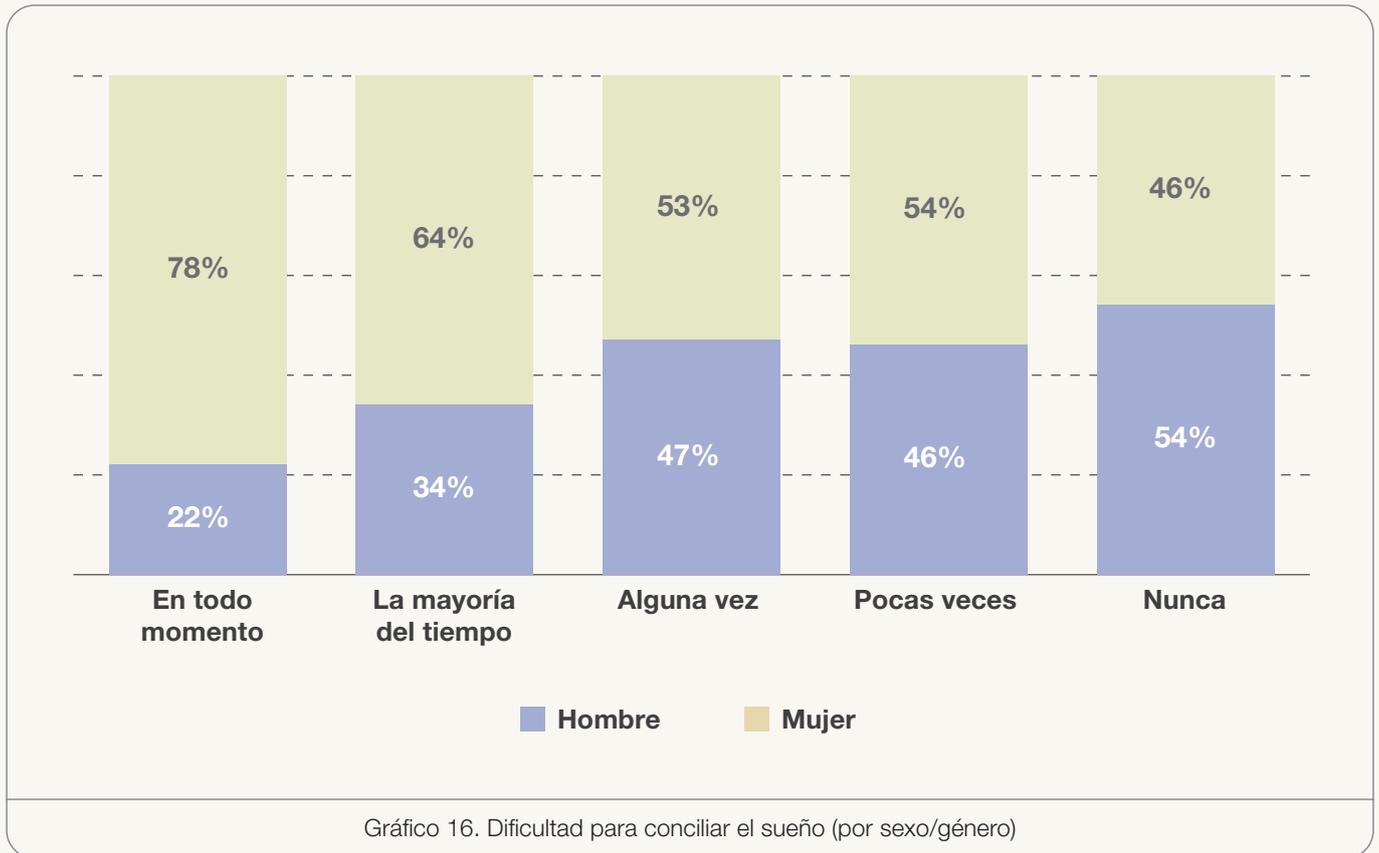
De entre todos estos temas de consulta, a continuación se destacan los que presentaron las ocurrencias con mayor frecuencia y prevalencia:

Dentro de los aspectos de análisis de la Encuesta, se consultó sobre la presencia de problemas relacionados con el sueño en el último año, considerando que las deficiencias o alteraciones relacionadas con el sueño influyen en el estado emocional de las personas e interfieren con varios aspectos cognitivos, de aprendizaje, comportamentales o de desempeño social.

Al respecto, se obtuvo que un 10% de la población del Distrito manifiesta tener problemas constantes para dormir (mantenerse despierto/a, despertarse temprano o dormir demasiado), sea “casi todo el tiempo” o “todo el tiempo”, seguido por un 48% que identifica esta dificultad ocasionalmente (“alguna vez”) y 42% “nunca”:

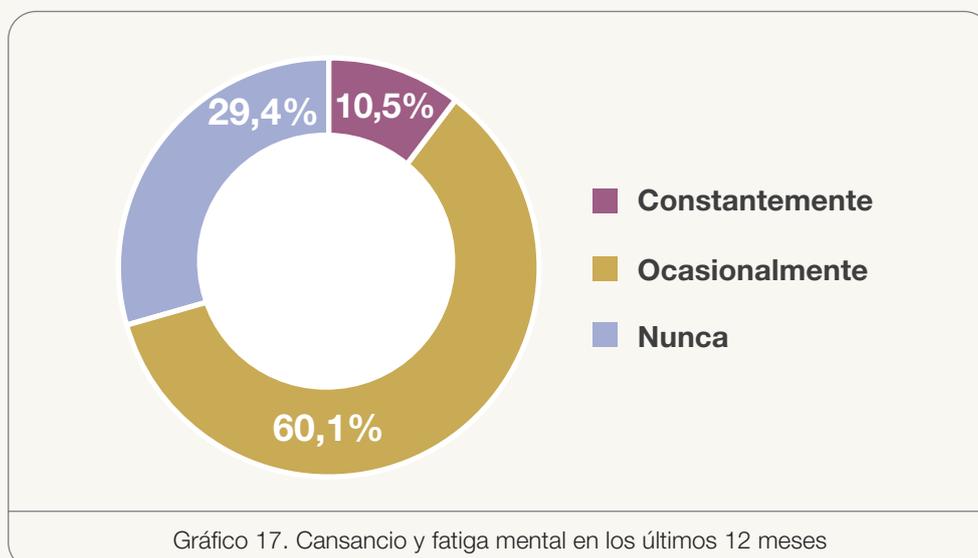


A su vez, desde un análisis de los datos por sexo/género, se aprecia que las mujeres presentan tres veces mayor prevalencia de dificultades para conciliar el sueño que los hombres:



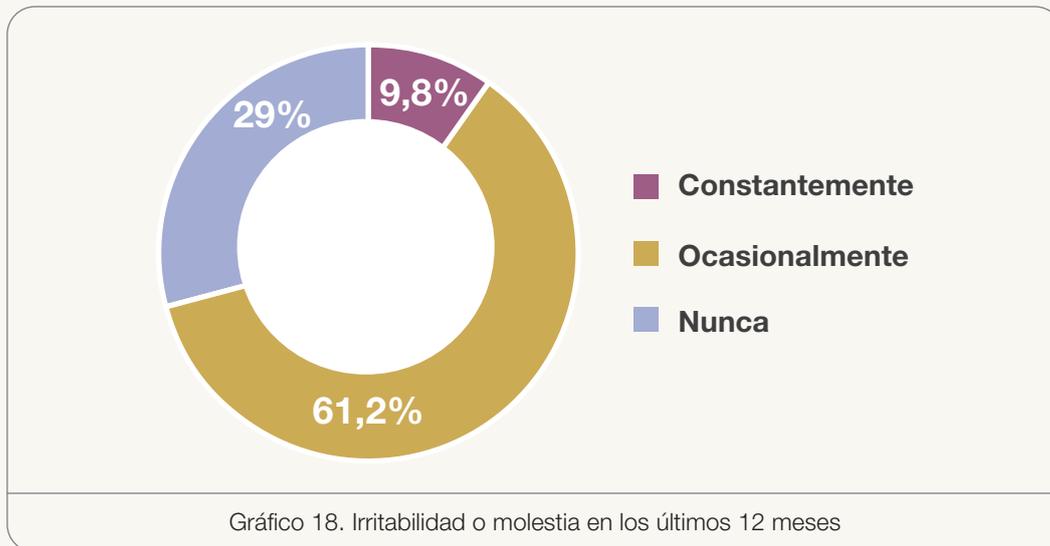
Otro aspecto de salud mental consultado en la Encuesta que obtuvo las mayores prevalencias y frecuencias en la población del Distrito tuvo que ver con el cansancio mental, baja energía y/o fatiga mental, considerando que esta condición representa una alteración que afecta la función mental y física, incluyendo la capacidad de respuesta frente a esfuerzos cognitivos y eficiencia funcional, entre otros.

Al respecto, el 10,5% de la población manifiesta experimentar cansancio, baja energía o fatiga de manera muy frecuente (“muchas veces” y “casi todo el tiempo”); seguido por un 60,1% que identifica esta dificultad ocasionalmente (“alguna vez” o “pocas veces”) y 29,4% “nunca”:



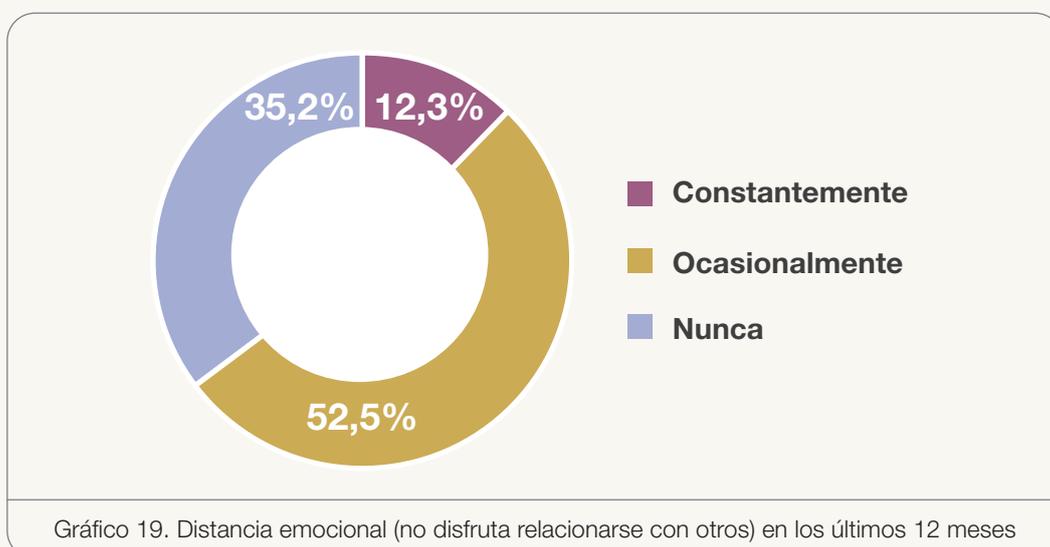
A continuación, al preguntar sobre la presencia de irritabilidad (sentirse “irritable, molesto/a o gruñón/a”) también obtuvo frecuencias relevantes, tomando en consideración que este estado emocional tiene relación con la presencia de emociones más intensas como la ira o respuestas comportamentales como descontrol, ataques de ira, actos agresivos o violencia.

La Encuesta obtuvo que un 9,8% de la población manifiesta sentirse irritable “en todo momento” o “la mayoría del tiempo”, seguido por un 61,2% que identifica esta dificultad “ocasionalmente” y un 29% “nunca”:



Cabe indicar que, como resultado complementario, se consultó a las personas cuántos ataques de ira en donde “perdió el control y gritó mucho, discutió acaloradamente o amenazó a alguien (pero sin herir físicamente a nadie, romper nada)” ha tenido en los últimos 12 meses, obteniéndose como resultado que el 30% de la población del Distrito tuvo entre 1- 10 ataques de ira en el último año.

Finalmente, en la consulta de la Encuesta respecto a distanciamiento social, entendiéndolo como el mecanismo por el cual se coloca una barrera o distancia psicológica con las otras personas, también se obtuvo resultados de frecuencia significativos. Es así que el 12,3% de la población manifiesta sentirse “emocionalmente distante de las otras personas o incapaz de disfrutar el relacionarse con ellos/as” de manera constante, seguido por un 35,2% que experimenta este sentimiento “ocasionalmente” y un 52,5% que expresa no sentirse así “nunca”:

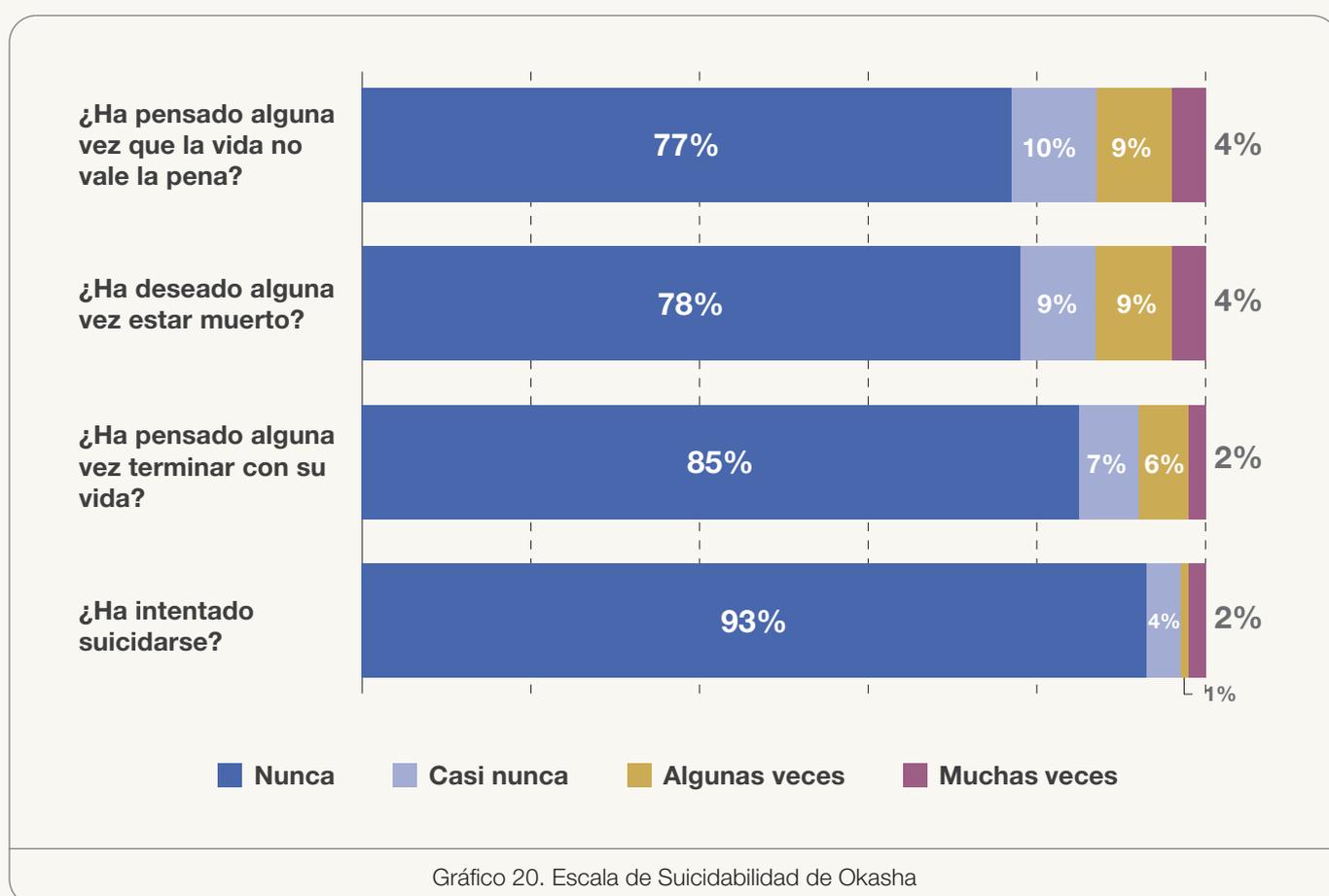


Suicidabilidad e intento autolítico

Esta sección del estudio partió por consultar respecto a la experimentación de emociones y pensamientos relativos a la muerte, para proseguir hacia consultas directas relacionadas con la ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio¹¹, comportamiento auto-lesivo e intentos suicidas en la población del Distrito Metropolitano de Quito, con el fin de obtener un contexto valorativo más amplio sobre este fenómeno particular de salud mental.

Al respecto, la presencia de pensamientos respecto a “la muerte propia, de alguien más o la muerte en general” se presenta con alta frecuencia (“en muchas ocasiones” o “todo el tiempo”) en 11,8% de la población. Por su parte, la presencia de pensamientos recurrentes (“en muchas ocasiones” o “todo el tiempo”) respecto a que “algo terrible podría pasar” son prevalentes en el 13,3% de la población, mientras que el 37,4% no piensa “para nada” que algo terrible puede pasar.

A continuación, se incorporó al cuestionario de la Encuesta la Escala de Suicidabilidad de Okasha, que es un instrumento de valoración que permite identificar la prevalencia del fenómeno, desde la ideación y/o deseo suicida, planificación suicida, hasta la constatación de un efectivo intento autolítico. Esta escala funciona de manera autoadministrada y tiene la ventaja de evaluar el riesgo suicida, sin la necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico, a través de cuatro preguntas clave:



11. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2019), la tasa de suicidios de Ecuador se ubicaba en la media superior de América Latina: Venezuela 2,05; Perú 2,78; Colombia 3,9; [México 5,31]; Paraguay 6,03; Bolivia 6,21; Brasil 6,89; Ecuador 7,63; Argentina 8,37; Chile 8,97; Uruguay 21,24. Tomado de: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/suicide-mortality-rate-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/suicide-mortality-rate-(per-100-000-population)). Vale considerar que la media a nivel mundial es de 10,5 por 100.000 habitantes. Tomado de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?sequence=1>

Como resultado de la aplicación de la escala, se identificó que:

- En la pregunta inicial ¿Ha pensado que la vida no vale la pena?, se obtiene que 1 de cada 4 personas (23,3%) del Distrito presenta pensamientos suicidas, variando en términos de frecuencia: 10% “casi nunca”, 9% “algunas veces” y 4,2% “muchas veces”;
- La pregunta sobre la presencia del “deseo de estar muerto/a” es respondida afirmativamente por 22,2%, variando en términos de frecuencia: 9,1% “casi nunca”, 9% “algunas veces” y 4,1% “muchas veces”;
- En cuanto a ideación o planificación suicida, su presencia se presenta en el 14,6% de la población, variando en frecuencias de 6,8% “casi nunca”, 5,5% “algunas veces” y 2,3% “muchas veces”;
- La prevalencia de reportes de intentos autolíticos en el Distrito es del 7,4%, variando en frecuencia: 4,2% “casi nunca”, 1,3% “algunas veces” y 1,9% “muchas veces”.

Estos resultados confirman que un 7,4% de la población se encuentra en una situación de alto riesgo de suicidio. A su vez, una desagregación de los resultados por género evidencia una mayor prevalencia de intentos de suicidio en hombres (60%) en comparación a mujeres (40%). En cuanto a la temporalidad asociada con el intento de suicidio reportado, se tiene que el 34,8% de las personas que responden haber intentado suicidarse lo hicieron en los últimos 12 meses.

En las personas que presentan intento autolítico, se consultó los motivos asociados al mismo. Las principales razones tienen que ver con las relaciones interpersonales, en donde “problemas familiares” alcanza un 43,4%, seguido por “problemas de pareja” con 26,2%; los “problemas existenciales” son atribuidos a 9,7% de la población, “otros” (8,5%) y “problemas económicos” (7,2%):



Las motivaciones de la ideación o intento de suicidio distan considerablemente en función del sexo/género; en hombres se relacionan mayoritariamente con situaciones de índole intrapersonal (familiares o de pareja); sin embargo, en las mujeres obedecen mayormente a problemas existenciales y económicos.

Felicidad, satisfacción y contribución a la sociedad

La felicidad constituye un estado emocional subjetivo, que comprende un sentimiento de plenitud, satisfacción y realización personal en la vida, que puede ser efímero o relativamente duradero. Su estudio suele articularse con conceptos cercanos como el bienestar o la calidad de vida.

Respecto a la vivencia de felicidad, se consultó a las personas qué tan frecuentemente se sienten felices, satisfechas con sus vidas y con la sensación de contribuir a la sociedad. La respuesta mayoritaria muestra que, en Quito, las personas se sienten felices muy a menudo. Casi la mitad de la población encuestada afirma sentir felicidad “casi todos los días” (48%), seguido por un 20,5% que siente felicidad “todos los días de su vida” y un 21,9% que la experimenta al menos “2 o 3 veces a la semana”. De hecho, quienes expresan sentir felicidad “pocas veces a la semana” o de manera mensual o anual no llegan al 5%.

Pasa algo similar con la realización frente a la vida, donde el 46,6% de la población afirma sentirse satisfecho con su vida “casi todos los días”, un 35,9% al menos “2 o 3 veces a la semana” y 11,9% al menos “2 o 3 veces a la semana”. De hecho, quienes expresan sentir satisfacción pocas veces a la semana o de manera mensual o anual no llegan al 3%.

Por último, la percepción de contribuir a la sociedad se manifiesta de manera similar, con un 41,5% en la respuesta “casi todos los días”. En el mismo sentido, existe una respuesta del 28,3% “2 ó 3 veces a la semana” y 16,7% al menos “2 ó 3 veces a la semana”:

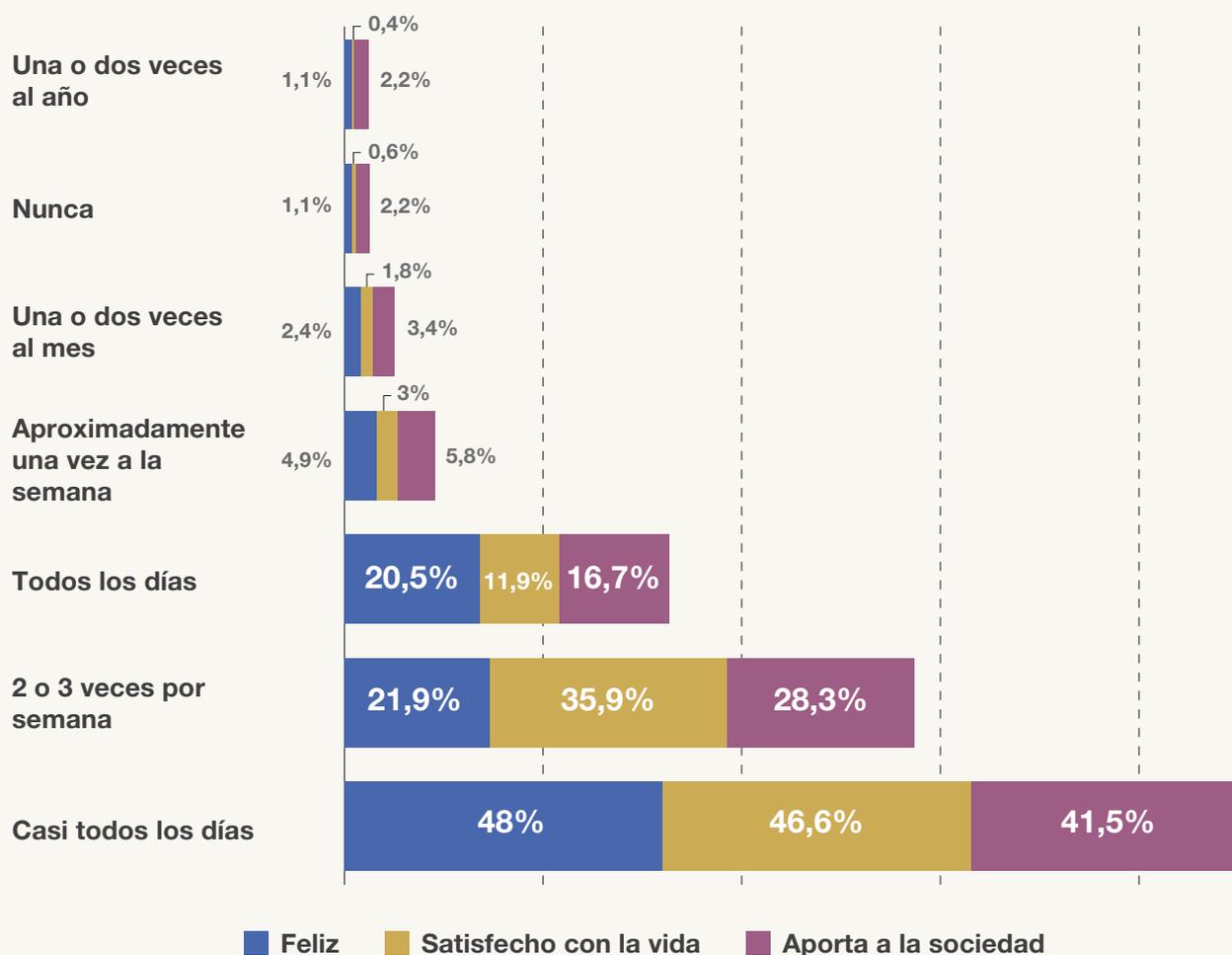


Gráfico 22. Frecuencia de sensación de felicidad, satisfacción en la vida y sentido de aporte a la sociedad



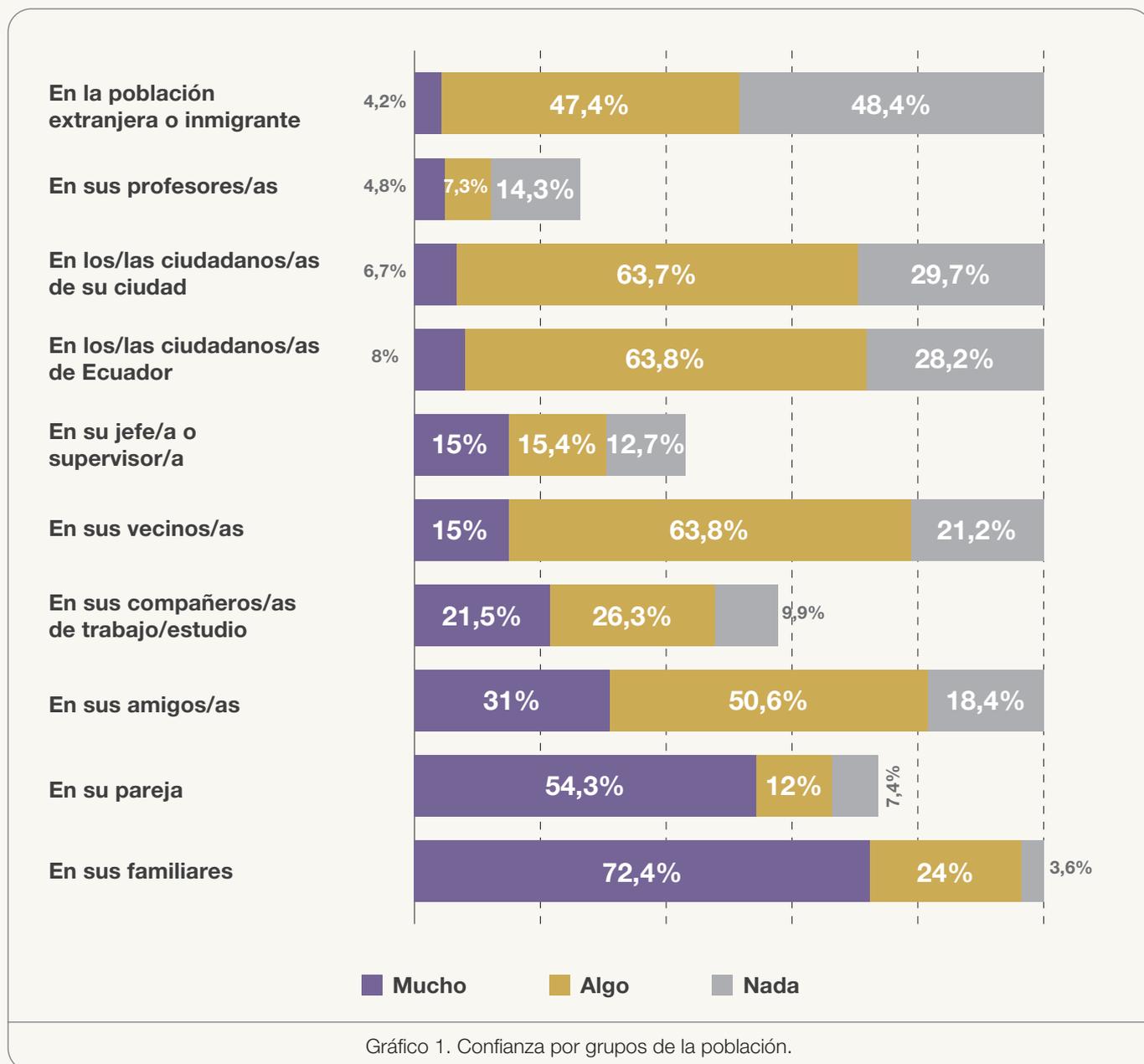
DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES

La salud mental también se vincula con todo un sistema de relaciones interpersonales que manejan las personas con otros sujetos de su entorno. La presente sección analiza las relaciones de confianza, asociatividad que se ejercen con y hacia otras personas, así como producto de relaciones de poder como es el caso de la violencia y redes de apoyo social disponibles.

Confianza

Se presentó a las personas encuestadas una matriz de evaluación del grado de confianza respecto a otras personas y actores sociales de la ciudad, con base a una escala Likert de 4 niveles. Se obtiene como resultado relaciones de “muchísima confianza” de la población con “sus familiares” (72,4%), seguido por el 54,3% en “su pareja” y “amigos/as” con el 31%.

Por el contrario, la mitad de la población de Quito desconfía de “las personas extranjeras/inmigrantes” (48,4%), y 3 de cada 10 personas desconfía en los “ciudadanos/as de su ciudad” (29,7%) y 28,2% desconfía de las/los “ciudadanos/as de Ecuador”:



Asociatividad

El estudio consultó, en materia de participación ciudadana y cultura cívica, respecto a las prácticas de asociatividad de las personas en diversidad de modalidades de agrupación, organizaciones comunitarias o asociaciones sociales, forjadas con base a determinados intereses comunes. Esta indagación permitió caracterizar el grado de organicidad, capacidad de reunión y hábitos de participación social de la población del Distrito.

De partida, se tiene que la mitad de la población (50,6%) se encuentra involucrada en algún tipo de espacio de asociatividad. En esta línea, la modalidad de agrupación de la mayor parte de la población encuestada se da predominantemente en “asociaciones o clubes deportivos” (12,8%), seguida por organizaciones religiosas (9,45%). A continuación, se presenta una lista variada de temas de agrupación adicionales, con porcentajes no significativos:

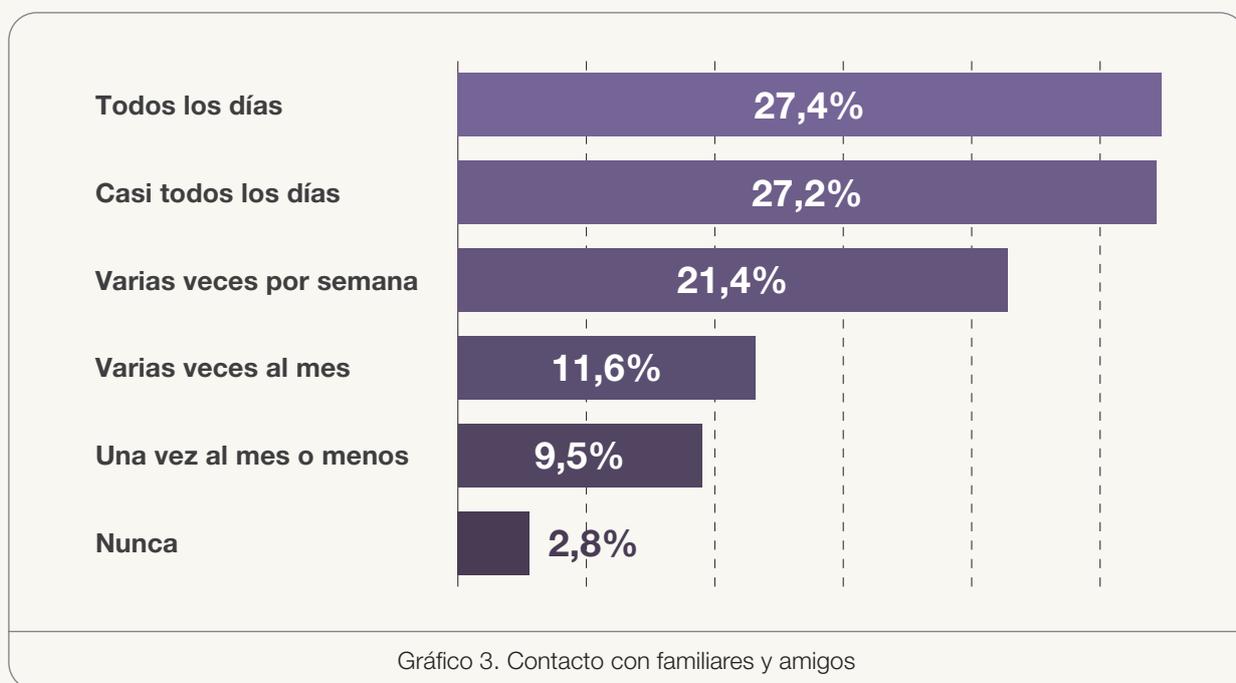


Adicionalmente, se consultó respecto a la frecuencia de participación en estos espacios, en donde la respuesta mayoritaria fue de “una vez al mes” (12,7%), seguida por “varias veces al mes” (8,1%) y “varias veces por semana” (8,5%).

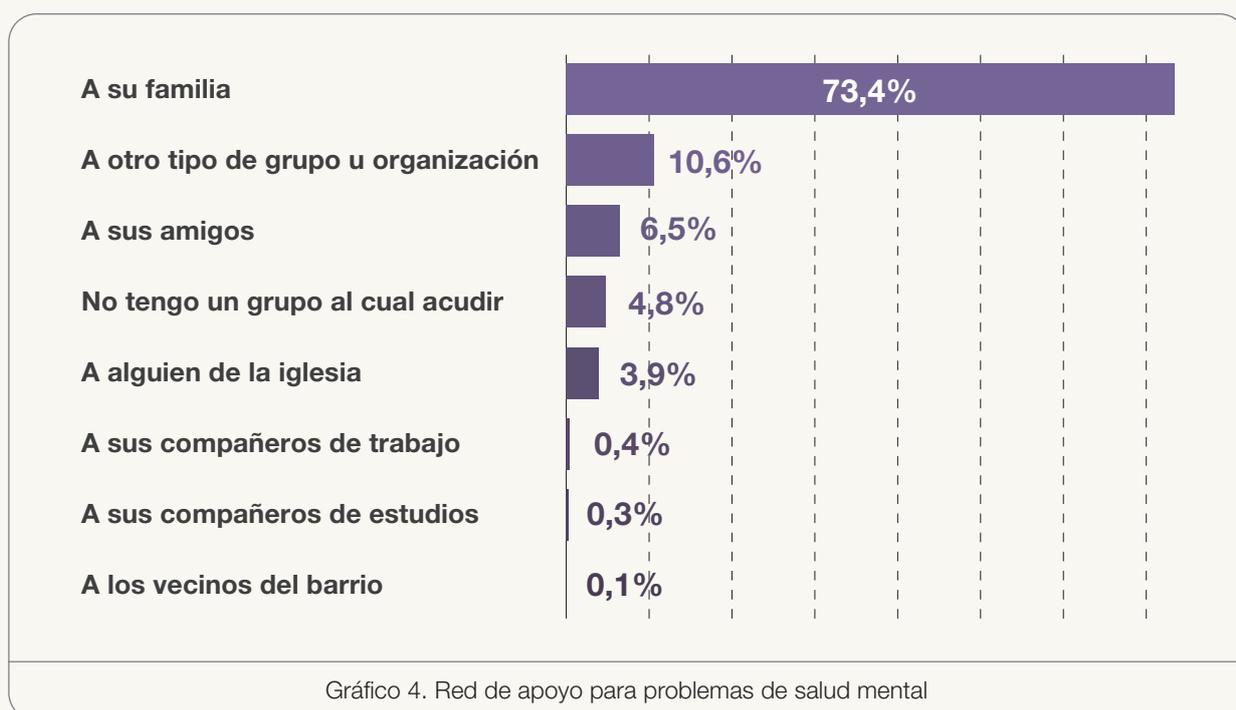
Desde una mirada de género, la desagregación de datos por sexo entrega que los tipos de organizaciones con mayor participación hombres son las “asociaciones profesionales /gremiales” (81% participación de hombres), “organizaciones políticas” (80% participación de hombres) y “asociaciones de barrio” (70% participación de hombres); el único tipo de organización con mayor participación de mujeres que de hombres son las “organizaciones religiosas” (61% participación de mujeres).

Redes sociales de apoyo para la salud mental

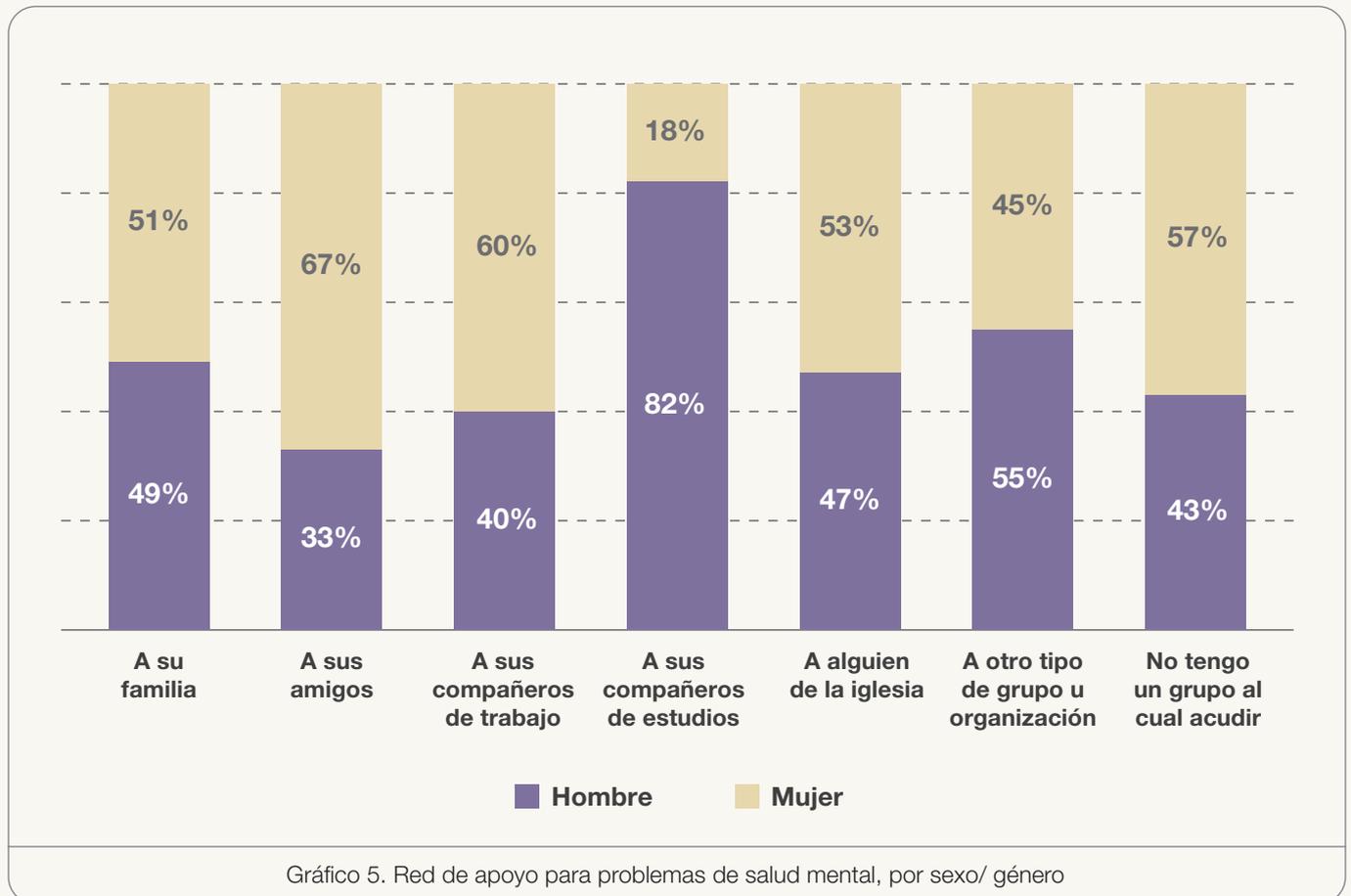
En Quito, las personas mantienen un nivel de contacto muy seguido y frecuente con la familiares y amigos. La mitad de la población del Distrito (54,6%) mantiene contacto “todos” o “casi todos los días” con algún familiar/amigo/a, seguido por “varias veces por semana” (21,4%). Tan solo un 2,8% nunca mantiene contacto alguno con familiares o amigos/as:



En caso de presentarse un problema de salud mental que requiera apoyo de otras personas, se ubica predominantemente a la “familia” como la primera opción (73,4%) para responder frente a la situación, seguida muy por debajo por “algún otro tipo de organización” (10,6%), en un menor porcentaje a amigos (6,5%), seguido de no tener un grupo a quién acudir (4,8%):



Si bien la familia destaca como la instancia predominante en tanto red de apoyo frente a necesidades de salud mental, aparecen diferencias significativas al desagregar la información por género. Es así que en el caso de la población de mujeres, se toman surgen otros actores/instancias como opciones de soporte social o emocional frente a la presencia de problemas de salud mental, como son sus “amigos/as” (67%) y “compañeros/as de trabajo” (60%); en el caso de los hombres, sobresale principalmente la opción “compañeros/as de estudios” (82%)



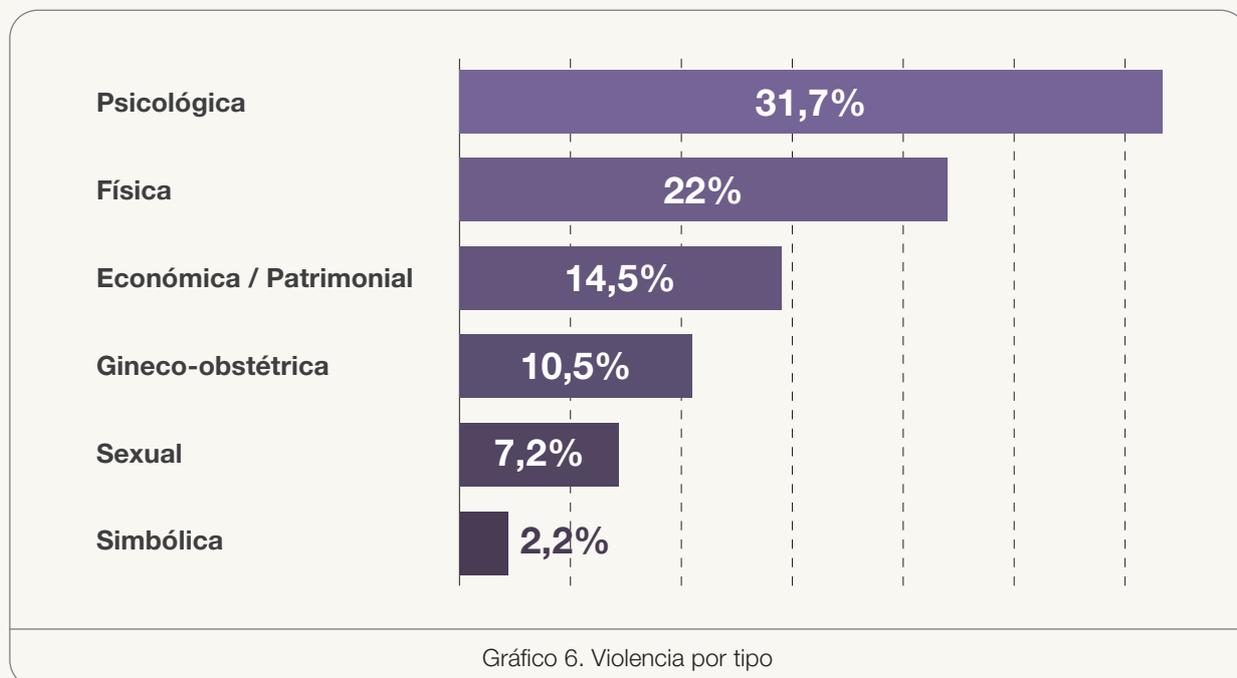
Violencia

La encuesta levantó datos respecto a la prevalencia de tipos y modalidades de violencia de género a la que están expuestas o vivencian las personas en el Distrito, con énfasis en las respuestas por parte de las mujeres.

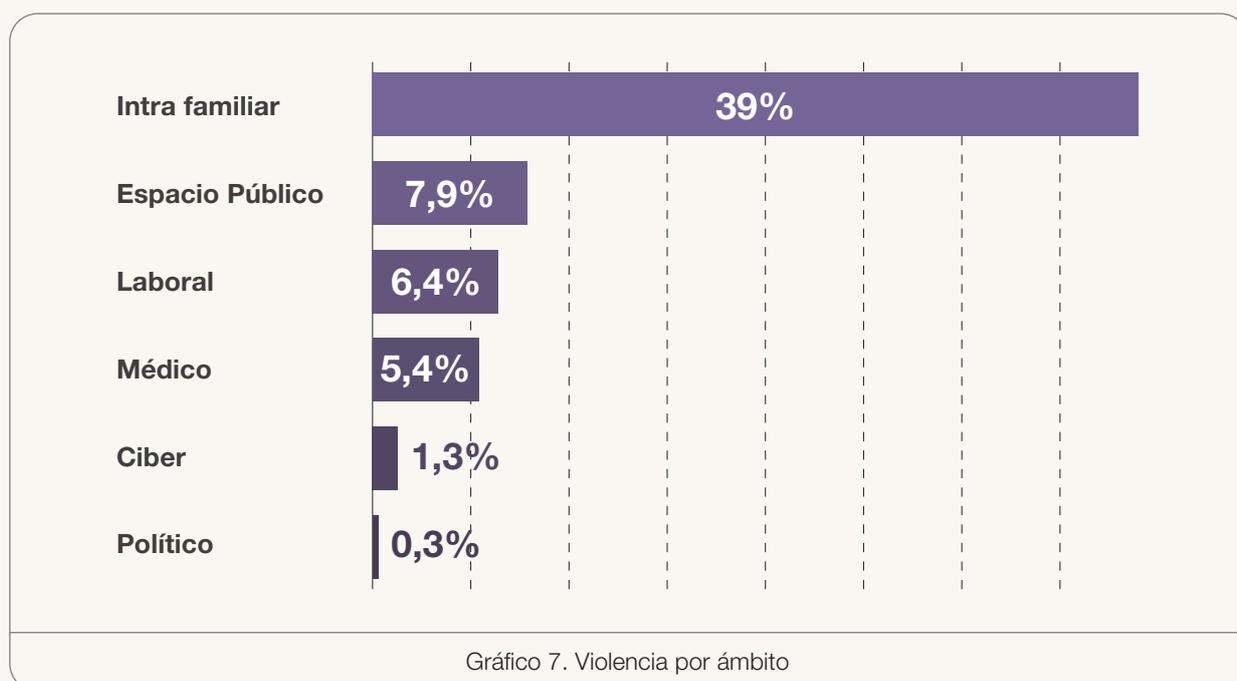
En términos de prevalencia, considerando la presencia de hechos de violencia en el último año, se observa que el 19% de las mujeres reportan haber sido víctimas de algún tipo de violencia:



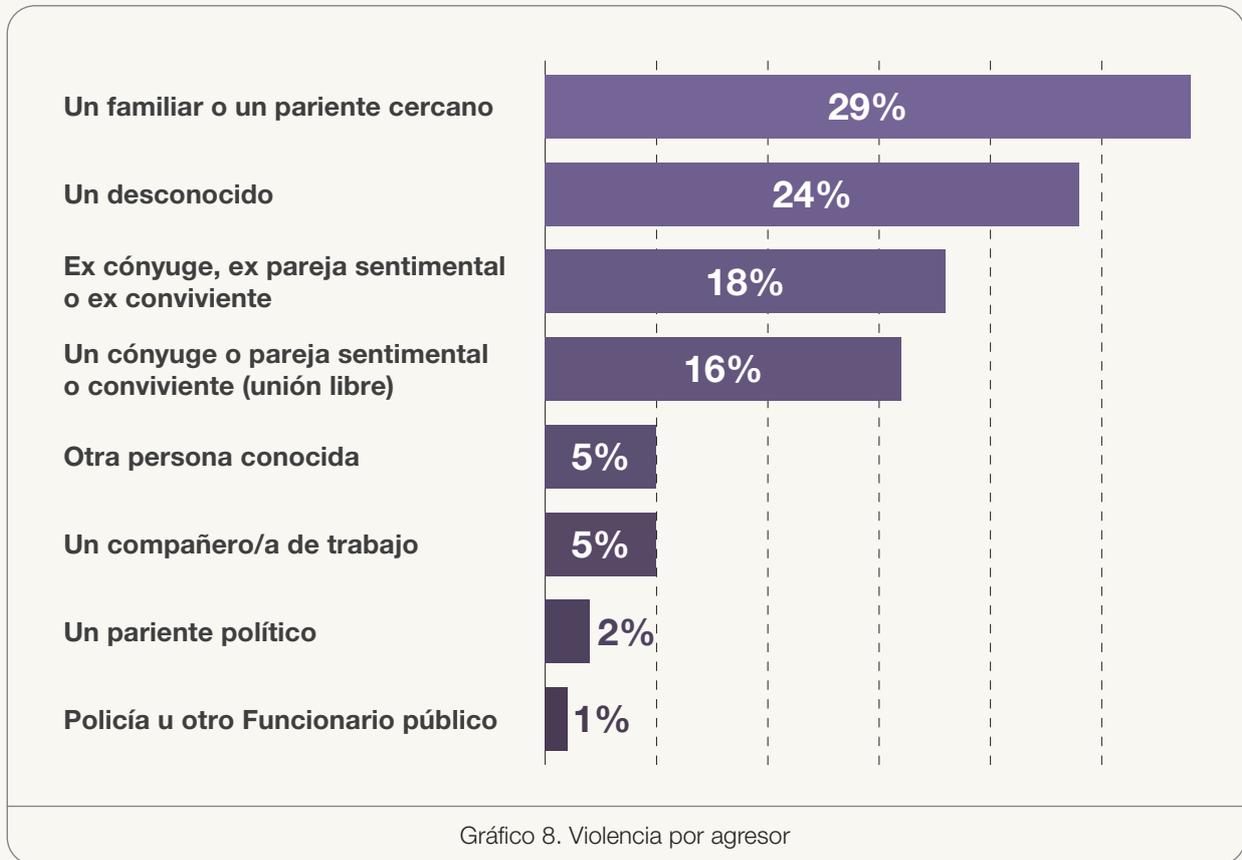
En relación a los hechos de violencia de género ocurridos, aquellos de mayor prevalencia son la violencia psicológica en un 31,7% de la población, seguida por la violencia física en 1 de cada 4 mujeres (22%), le sigue la violencia económica patrimonial con un 14,5%, la violencia gineco-obstétrica en 10,5% y la violencia sexual en el 7,2% de la población:



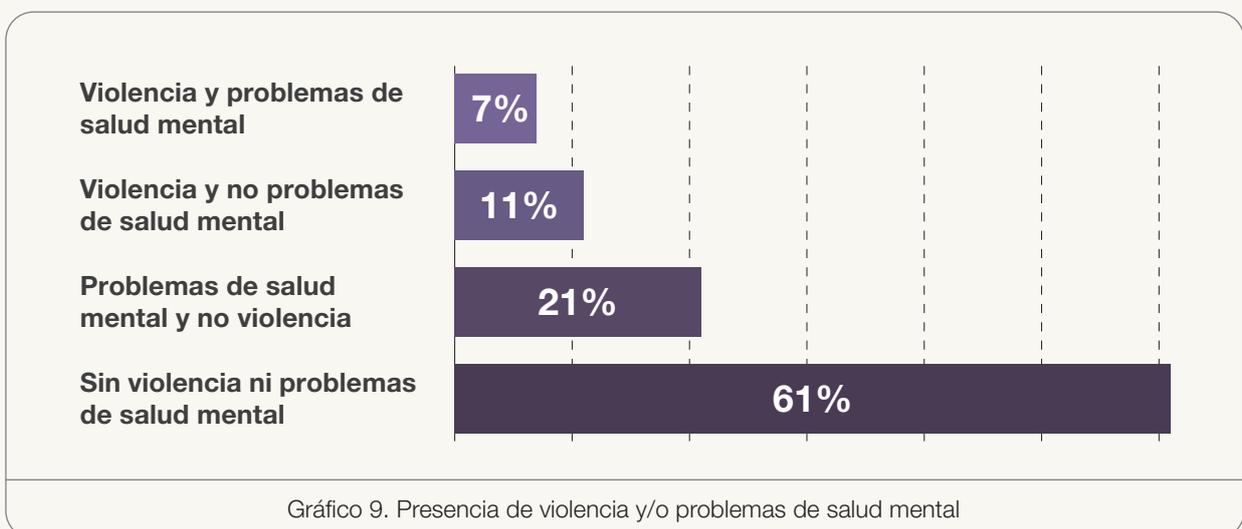
En cuanto a los ámbitos de manifestación de la violencia, en el espacio intrafamiliar es donde más ocurre afectando al 39% de la población, seguida por la afectación en el espacio público con el 7,9% de las personas, el ámbito laboral con un 6,4% y el ámbito médico 5,4%:



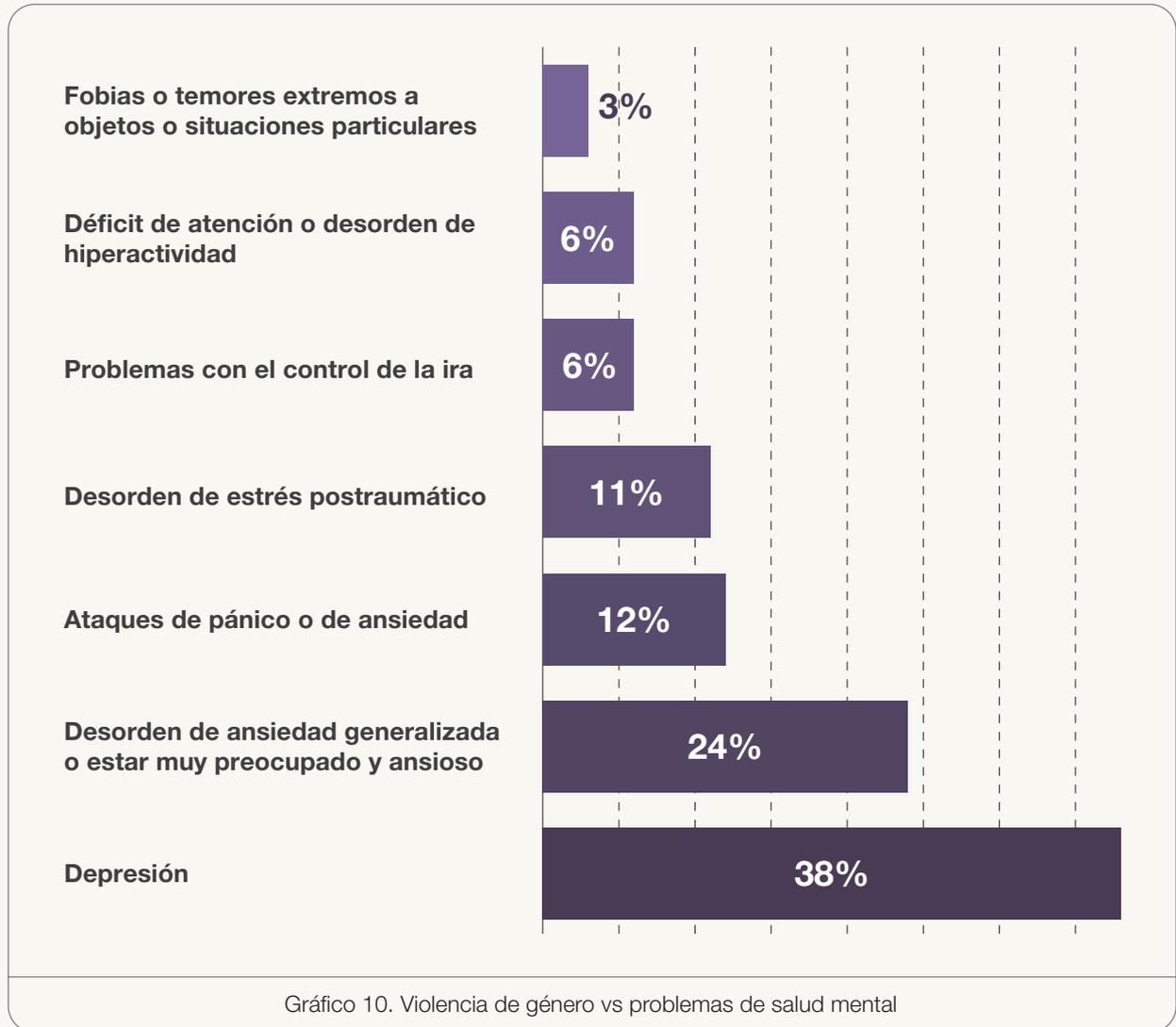
En relación con el agresor identificado por quienes han experimentado una situación de violencia, se observa a un “familiar o pariente cercano” con el mayor porcentaje (29%), seguido por un “desconocido” con 24%, la “expareja” con un 18%, en un porcentaje cercano a la “actual pareja” (16%):



Finalmente, indagando respecto a la afectación que puede provocar la violencia de género en la salud mental de las mujeres, se identificó que el 61% de las mujeres no sufren de violencia de género ni padecen problemas de salud mental, el 21% de las mujeres padecen problemas de salud mental y no han experimentado violencia de género, el 11% de mujeres han sufrido violencia pero no logran reconocer problemas de salud mental y el 7% sufren de violencia de género y han podido identificar problemas en su salud mental.



Respecto a las diferentes problemáticas identificadas por las mujeres que sufren de violencia, se distribuye de la siguiente manera: 38% poseen depresión, 24% desorden de ansiedad, 12% ataques de pánico; 11% estrés postraumático, 6% problemas de control de ira, 6% déficit de atención o hiperactividad y el 3% fobias o temores extremos:



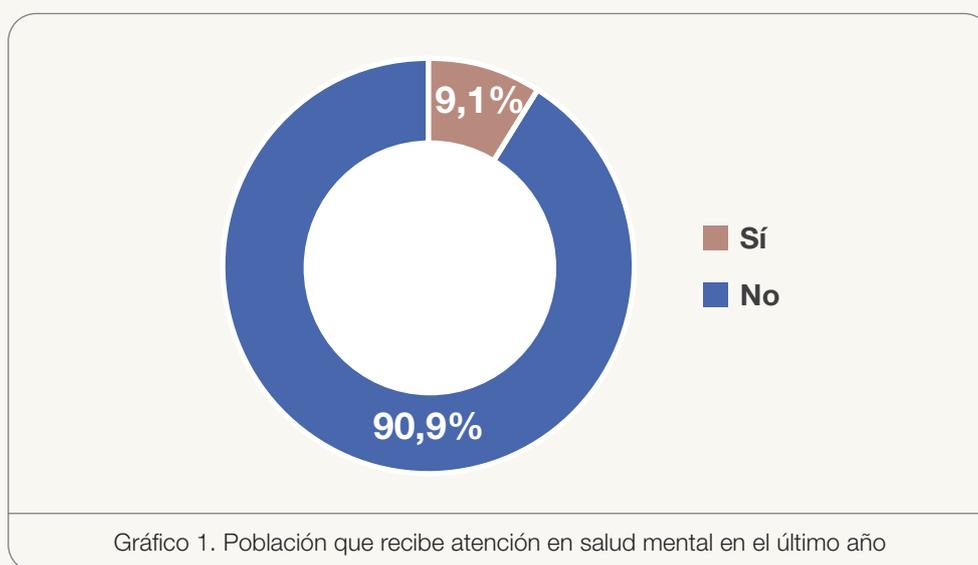


DIMENSIÓN ACCESO Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Esta última sección del presente estudio entrega resultados respecto a las condiciones de acceso a los servicios de salud mental provistos en la ciudad, así como la calificación de estos desde la visión de la ciudadanía receptora de servicios en términos de calidad, cercanía y flexibilidad.

Caracterización de la atención en salud mental en el DMQ

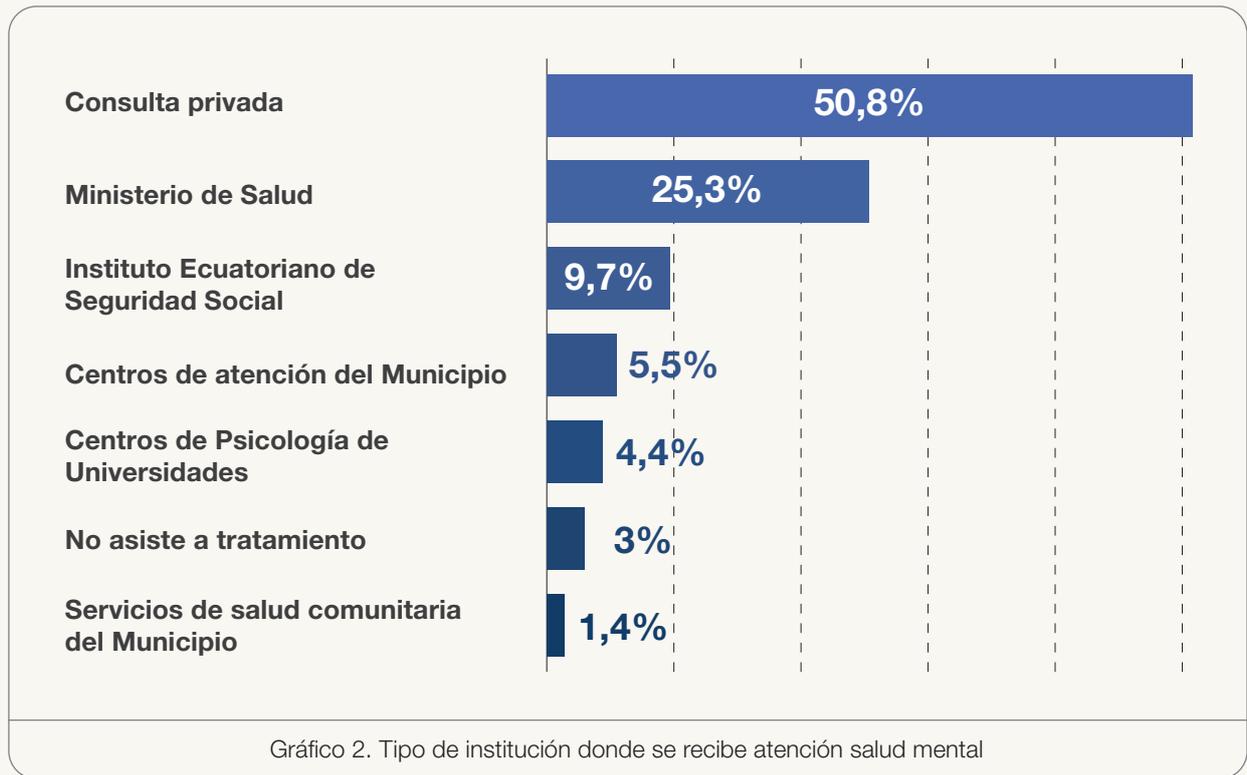
En la ciudad de Quito, menos del 10% de la población ha recibido algún tipo de atención en materia de salud mental en el último año:



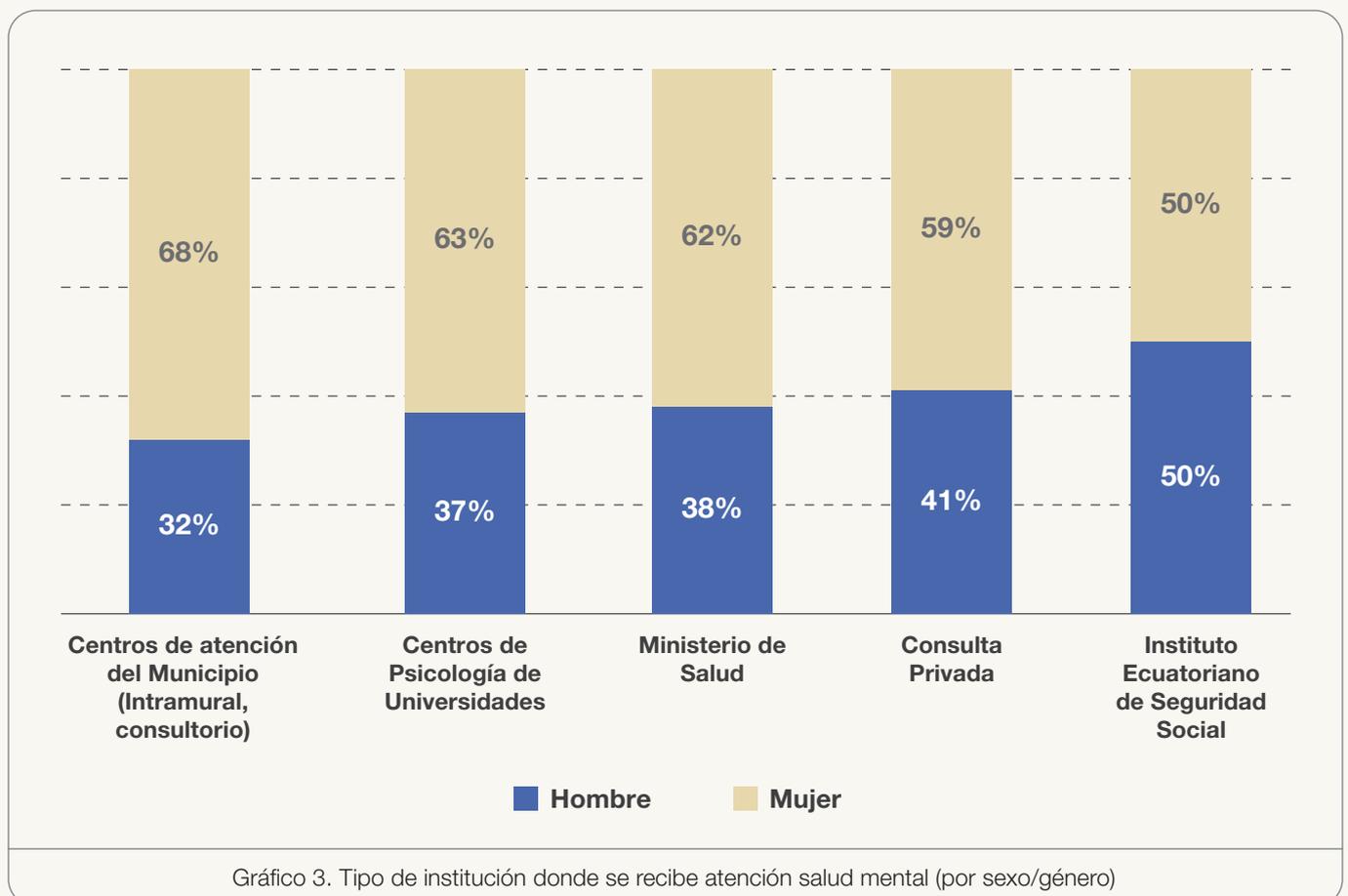
Al respecto es conveniente señalar:

- De quienes sí han asistido a servicios de salud mental en el último año (9,1%), el 7,6% han asistido entre 1-5 veces, mientras que el 1% ha recibido entre 6-12 consultas como máximo.
- Existe una mayor demanda y asistencia a servicios de salud mental por parte de mujeres (62%) que hombres (38%)

Más de la mitad de los servicios de salud mental recibidos por la ciudadanía en la ciudad de Quito corresponden a “servicios privados” (50,8%), la cuarta parte (25,3%), a “servicios del Ministerio de Salud Pública” y 9,7% del “IESS”, el Municipio de Quito solamente cubre el 5,5% de la atención y las universidades satisfacen un 4,4% de la demanda:



Sobre los resultados en torno al tipo de institución donde se recibe la atención, se evidencia un mayor uso por parte de mujeres de los diversos servicios de atención en salud mental disponibles, sobre todo los que brinda el Municipio de Quito:

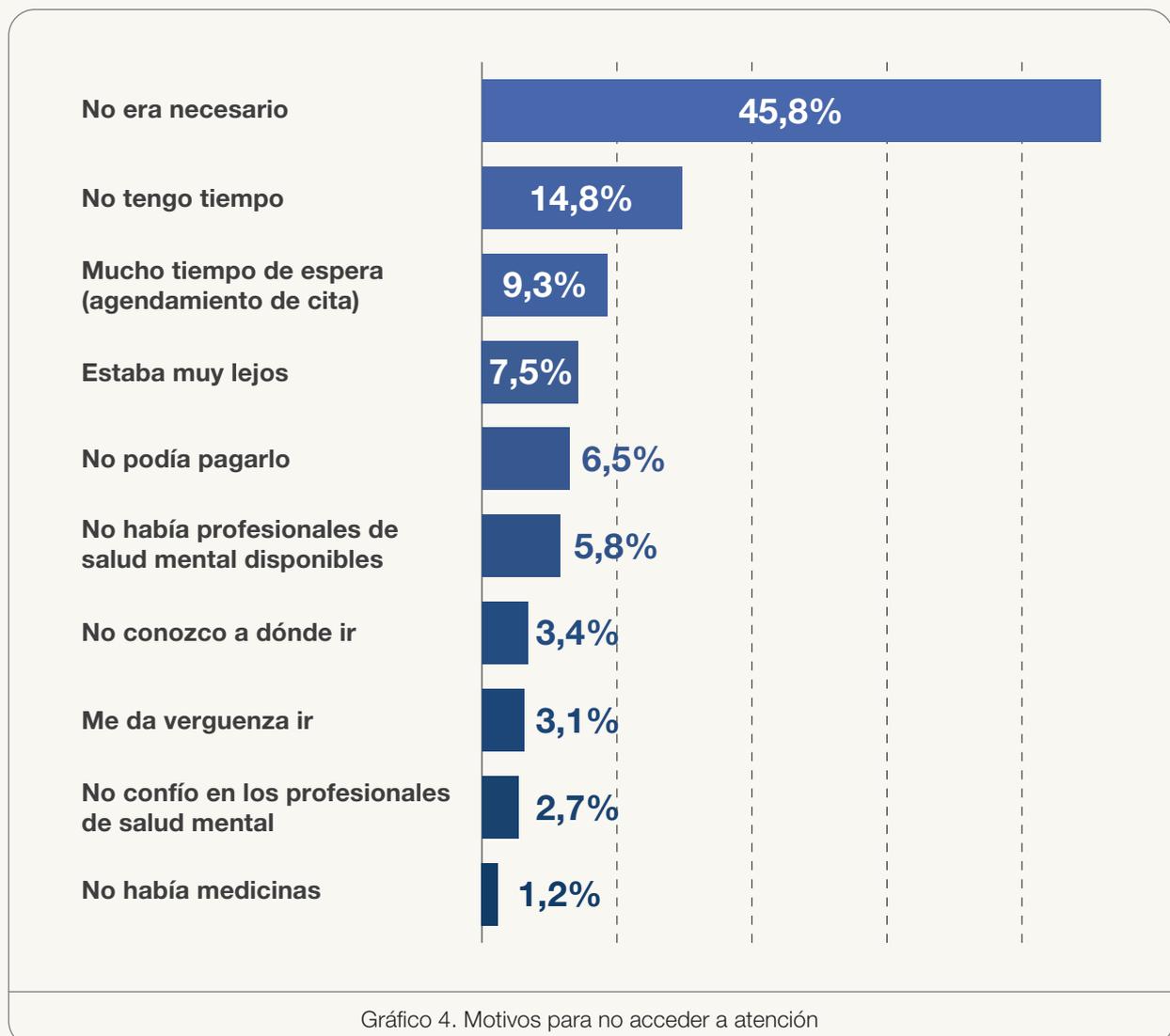


Hallazgos complementarios:

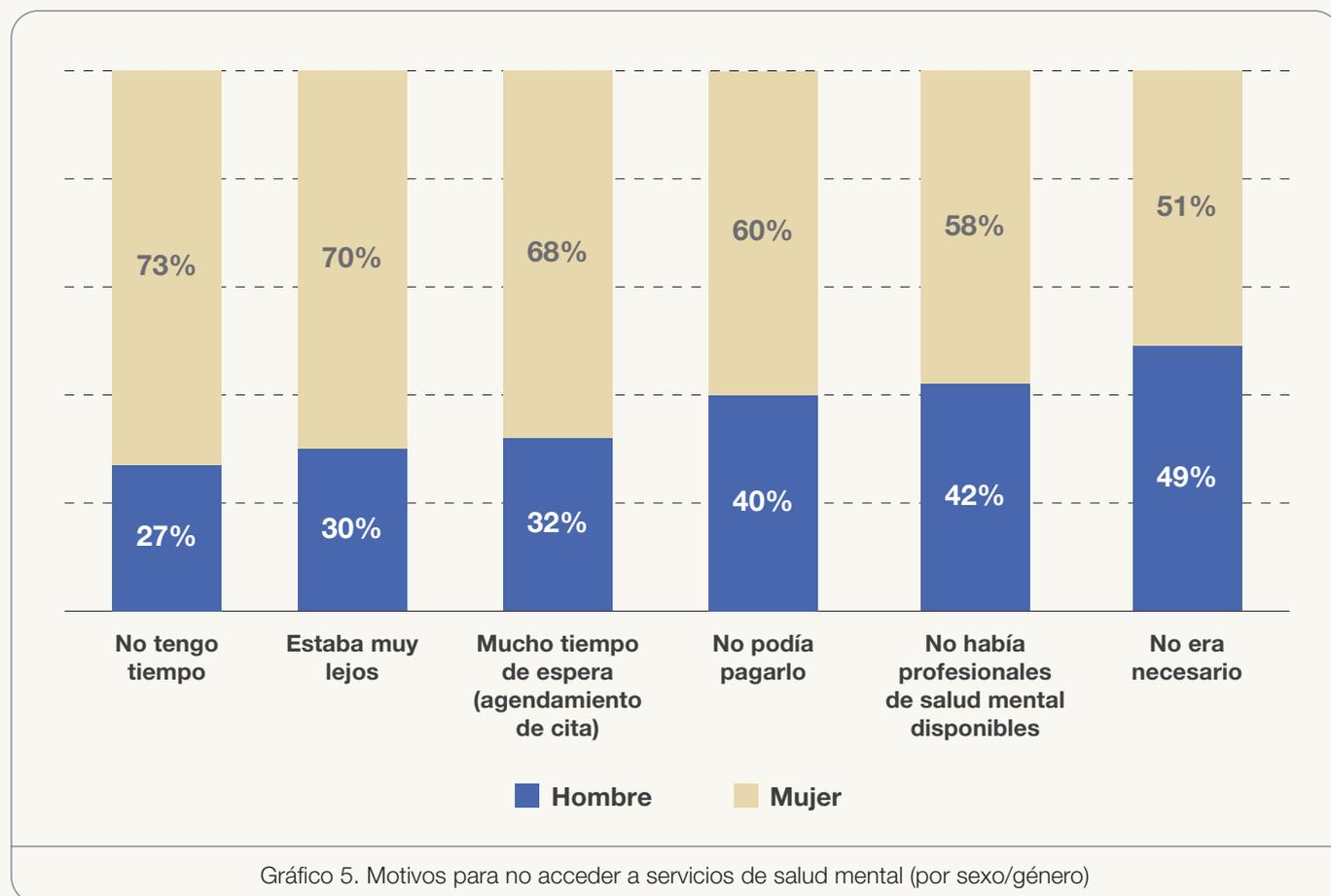
- En cuanto a modalidad de atención, en el 88,9% fue de tipo presencial, frente a porcentajes mucho menores como videollamada (5,2%), terapia comunitaria (3,5%), telefónica (1,5%). Como segunda opción, el 41,6% se refieren a la llamada telefónica, (37,7%), seguido por la terapia grupal (37,7%).
- El tipo de tratamiento de salud mental recibido fue principalmente psicoterapia individual (86,5%), seguido de terapia grupal, con tan solo el 7,3%. La atención con “apoyo psiquiátrico” (que incluya prescripción de medicamentos) fue tan solo del 5,7%, y la modalidad de atención comunitaria no pasa del 1%.

Barreras de acceso y/o abandono servicios de salud mental

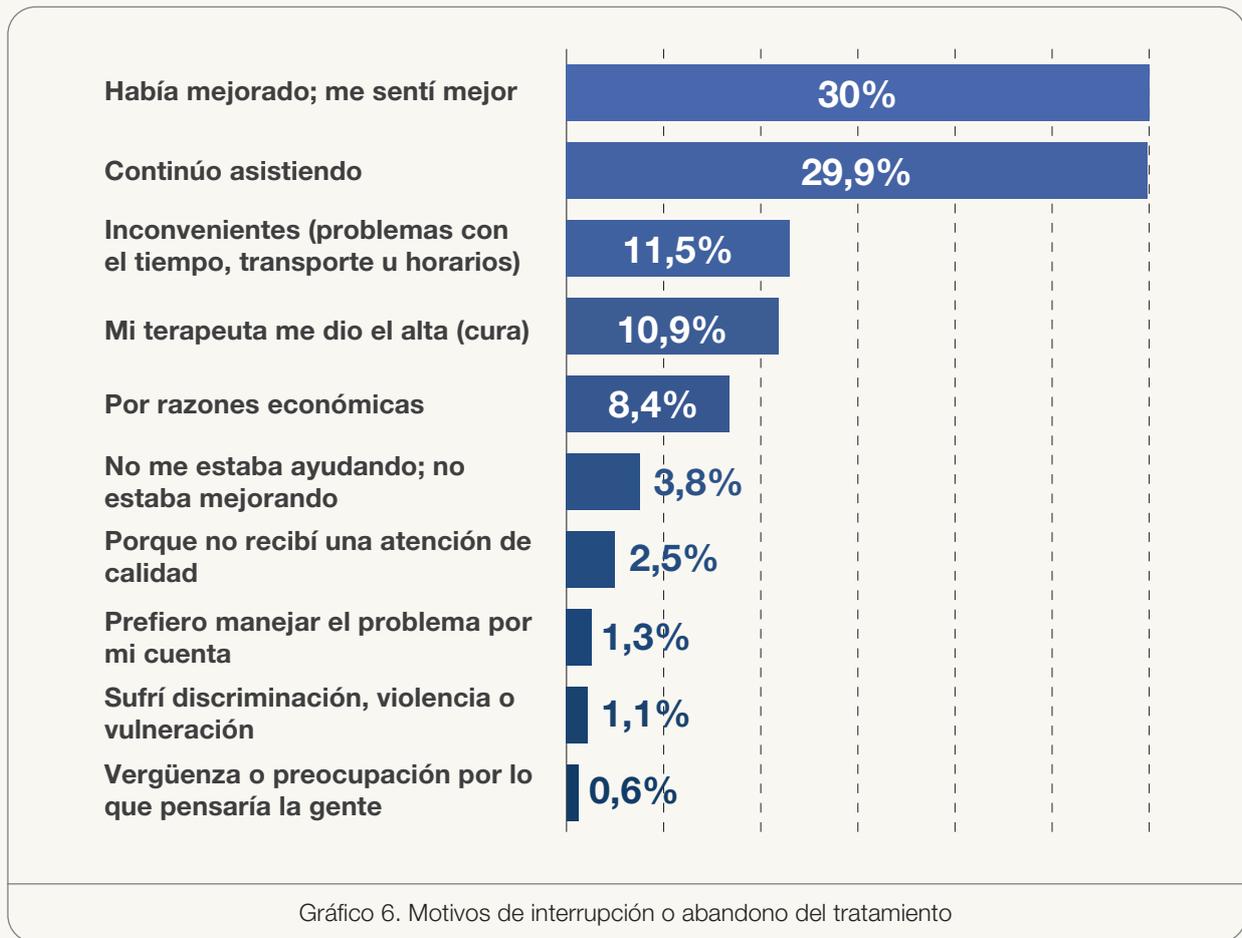
Entre las razones de la mayoría de las personas para no acudir a los servicios de salud mental disponibles, figura la “no necesidad” del servicio (45,8%). Muy por debajo se encuentra la “falta de tiempo” para disponerlo a temas de salud mental con 14,8%, los largos tiempos de espera (9,3%), la distancia o lejanía (7,5%), y la incapacidad de pago (6,5%):



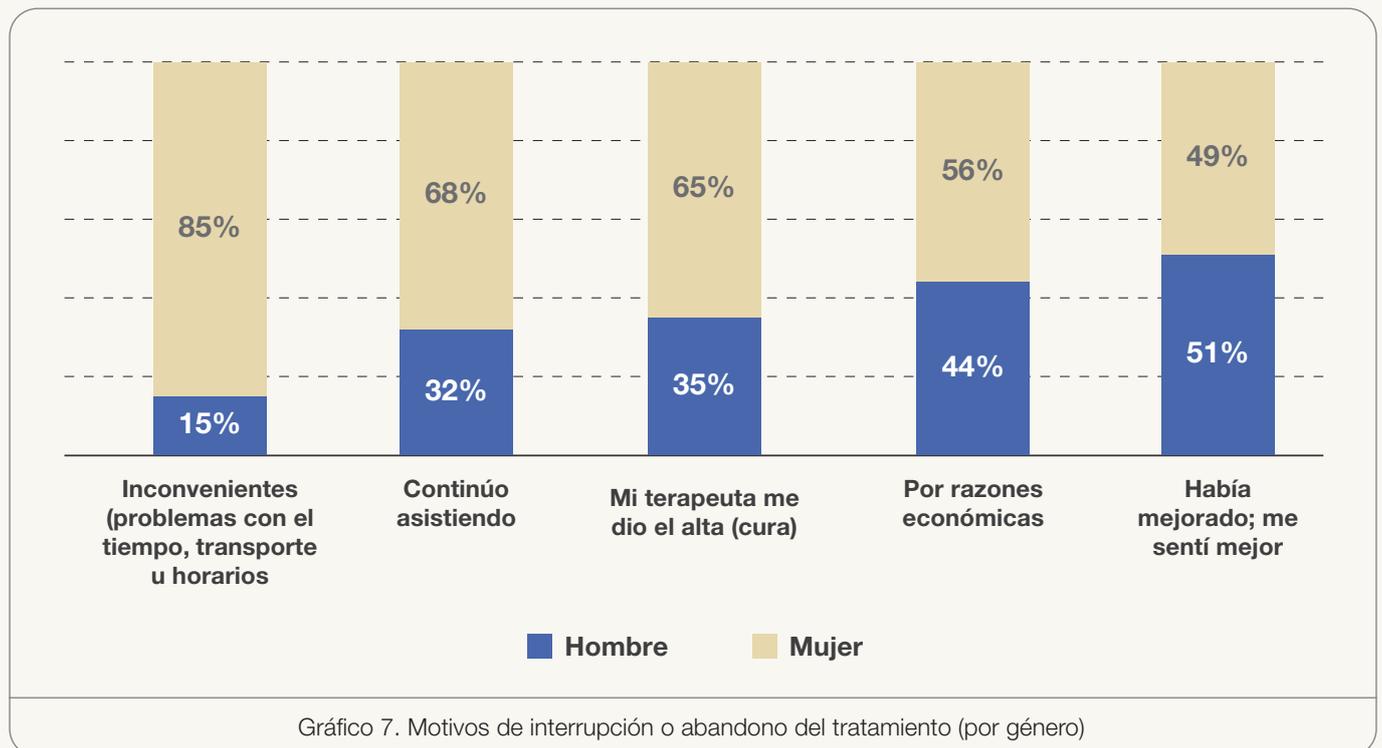
Existen importantes diferencias en estos resultados si se los revisa desde una perspectiva de género. En las mujeres, los motivos de no acceso a los servicios de salud mental tiene que ver principalmente con la presencia de barreras físicas y socioeconómicas que limitan su posibilidad de acceder a servicios en mayor proporción que los hombres: la falta de tiempo (73%), el tiempo de espera (68%), la distancia a los servicios (70%) así como la incapacidad de sostener económicamente un proceso de atención (60%) son todas condiciones que inciden con mayor peso en su posibilidad de acceder a los servicios:



Por otro lado, cuando se indagan las razones para tomar la decisión de abandonar los servicios de atención en salud mental, el 30% afirma que fue por notar una “mejora de su salud”; otro 29,9% afirma que sigue/continúa actualmente en el proceso psicoterapéutico y 11,5% abandona por inconvenientes variados: económicos, falta de atención oportuna, etc:

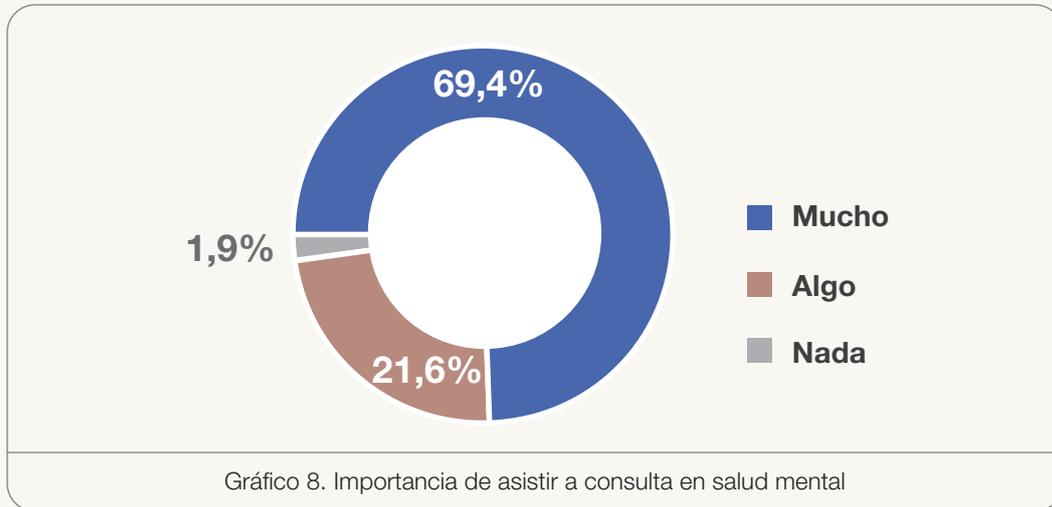


Nuevamente, emergen consideraciones diferenciadas desde la inclusión de un análisis desagregado por género, donde el 85% de las mujeres que abandonan el proceso por inconvenientes como la no disponibilidad de tiempo, los horarios y la movilidad hacia los puntos de atención:



Percepción de bienestar/satisfacción con servicios salud mental

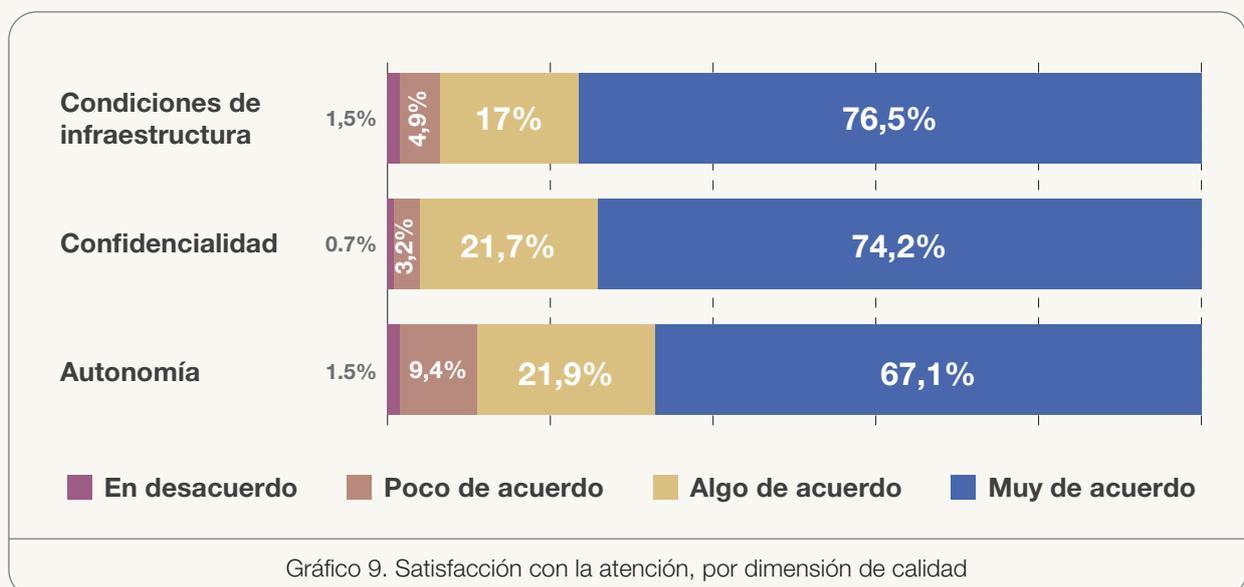
En cuanto a la percepción respecto a los beneficios de recibir atención en salud mental, 7 de cada 10 personas encuestadas (69,4%) consideran que asistir a una consulta con un profesional de salud mental les permitiría sentirse mucho mejor y resolver sus problemas, prácticamente nadie (menos del 2%) considera que no existirían beneficios asociados:



Calidad de la atención en salud mental

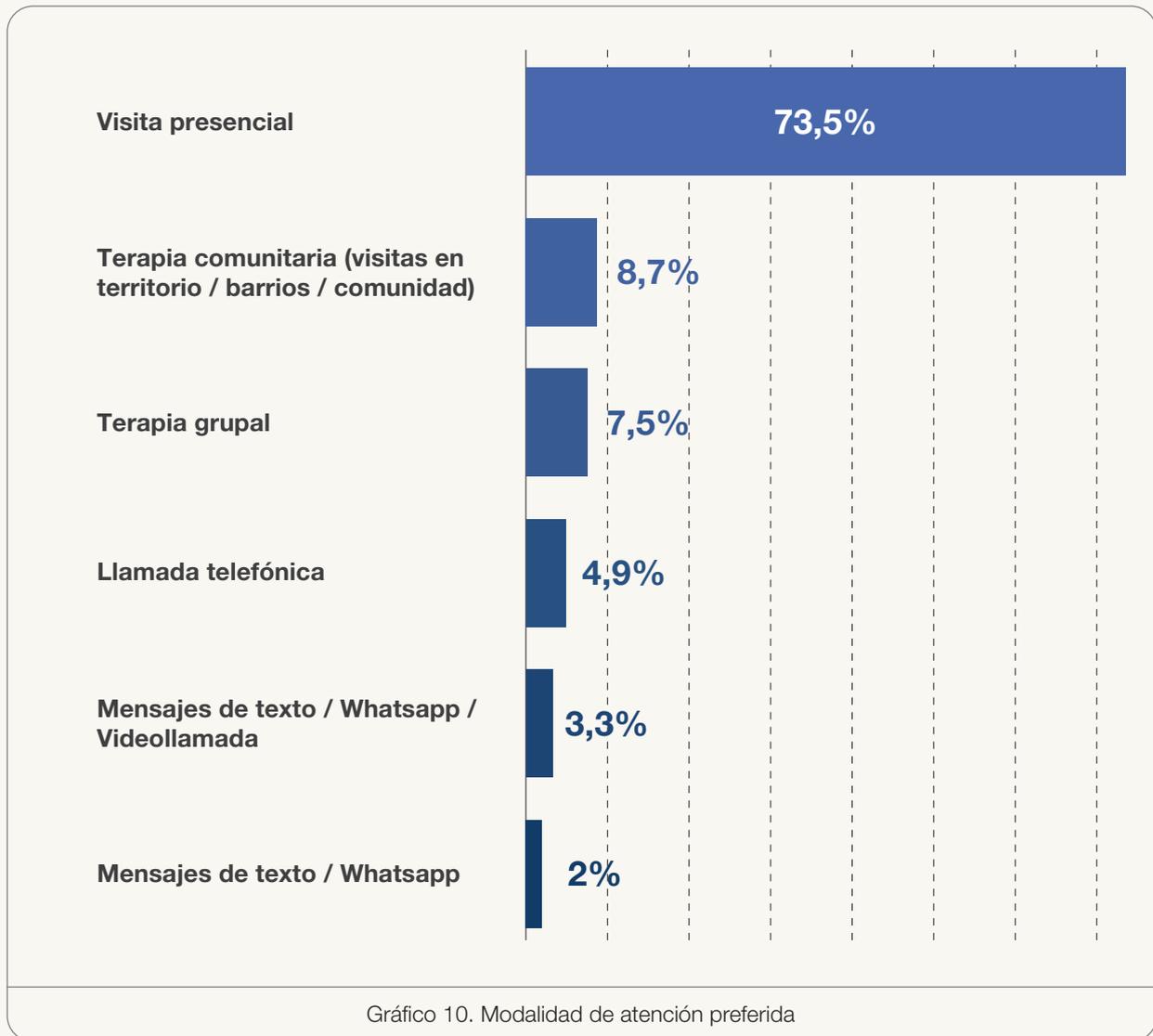
El 71,2% de la población encuestada que recibió atención de salud mental menciona que está muy de acuerdo con la calidad de la atención recibida.

Se planteó a las personas entrevistadas evaluar tres condiciones asociadas a la atención psicoterapéutica o de salud mental, midiendo su importancia como parte de la atención recibida. A partir de los resultados, se tiene que 7 de cada 10 personas están muy de acuerdo en que la infraestructura física (76,5%), la confidencialidad (74,2%) y la autonomía (67,1%) constituyen los aspectos de la atención más valorados:



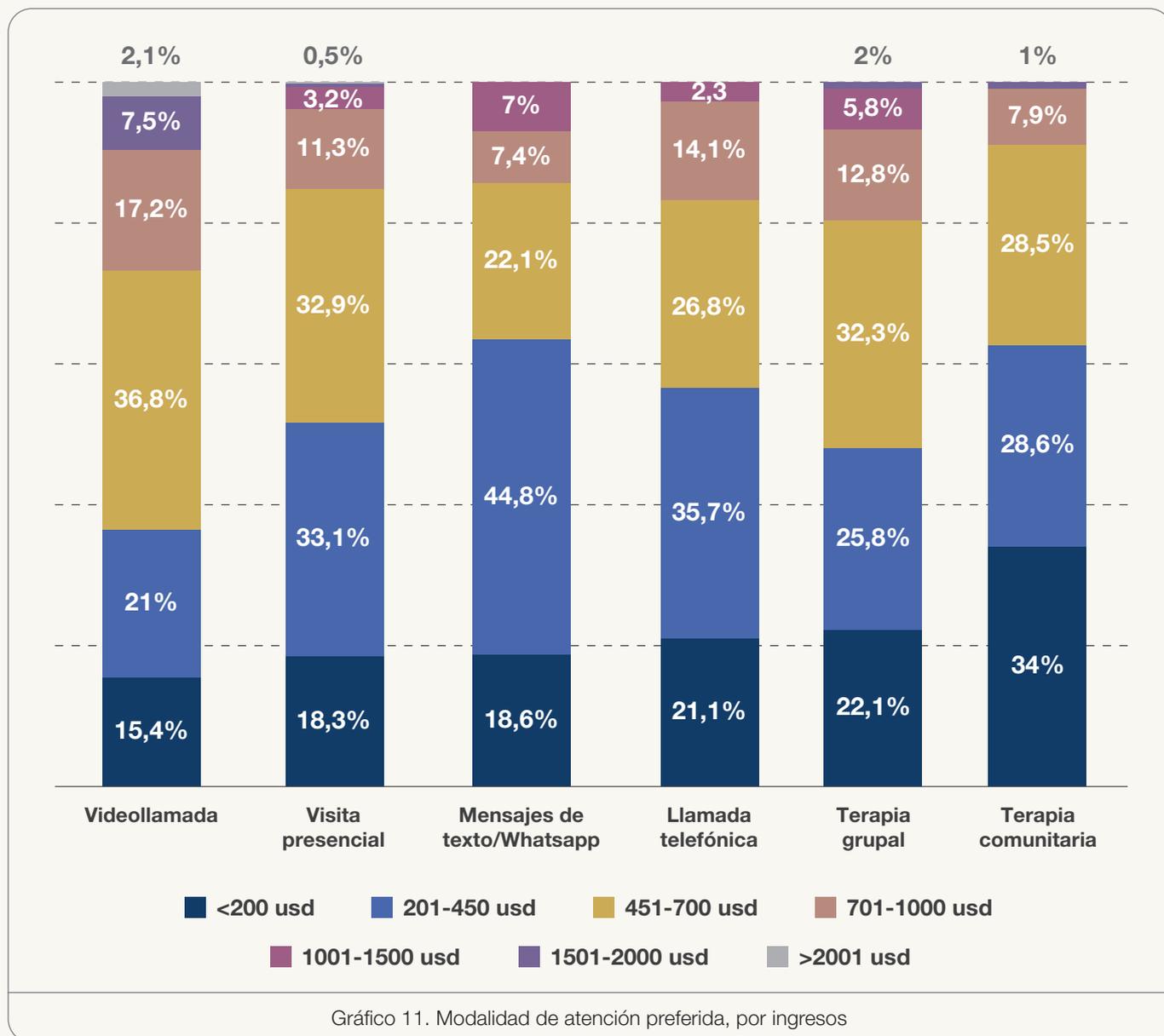
Modalidad de atención preferida

Se consultó qué modalidad de atención es preferida por parte de las y los usuarios/as de los servicios de salud mental en el Distrito, frente a lo cual 7 de cada 10 personas consideran que la mejor opción para recibir servicios es la consulta provista bajo la modalidad “presencial” (73,5%), seguida muy por debajo por modalidades de “atención comunitarias” (8,7%) y “terapia grupal” (7,5%):



Si se compara este resultado con los obtenidos previamente (Gráfico 2, Dimensión Acceso y Atención en Salud Mental) respecto a modalidades de atención en salud mental recibidas en el último año, es posible constatar que la terapia comunitaria asciende, desde el último lugar (como opción de tratamiento recibida), a un segundo lugar en las preferencias de atención actualmente demandadas por la ciudadanía.

A partir de un análisis de la demanda de servicios desde la variable de ingresos, podemos apreciar que existe una mayor preferencia por una modalidad de atención comunitaria en grupos de bajos ingresos (<700 USD), una mayor preferencia por atención mediante videollamadas en población de ingresos medios (701-1000 USD), y un alto interés por la atención mediante mensajería en un grupo específico de bajos ingresos (201-450 USD):



Así también, si se analiza la demanda de servicios a partir de la variable etaria, se distingue una demanda homogénea por servicios “presenciales” y “terapia grupal” en todos los segmentos etarios, donde esta modalidad supera el 72% de interés en todos los casos; una leve tendencia de auge de demanda de servicios de tipo comunitario en la medida que la edad aumenta; una demanda decreciente por modalidades relacionadas con servicios digitales (“Whatsapp” o “videollamada”) pero un aumento de demanda de la opción de atención por llamada telefónica convencional en adultos mayores:

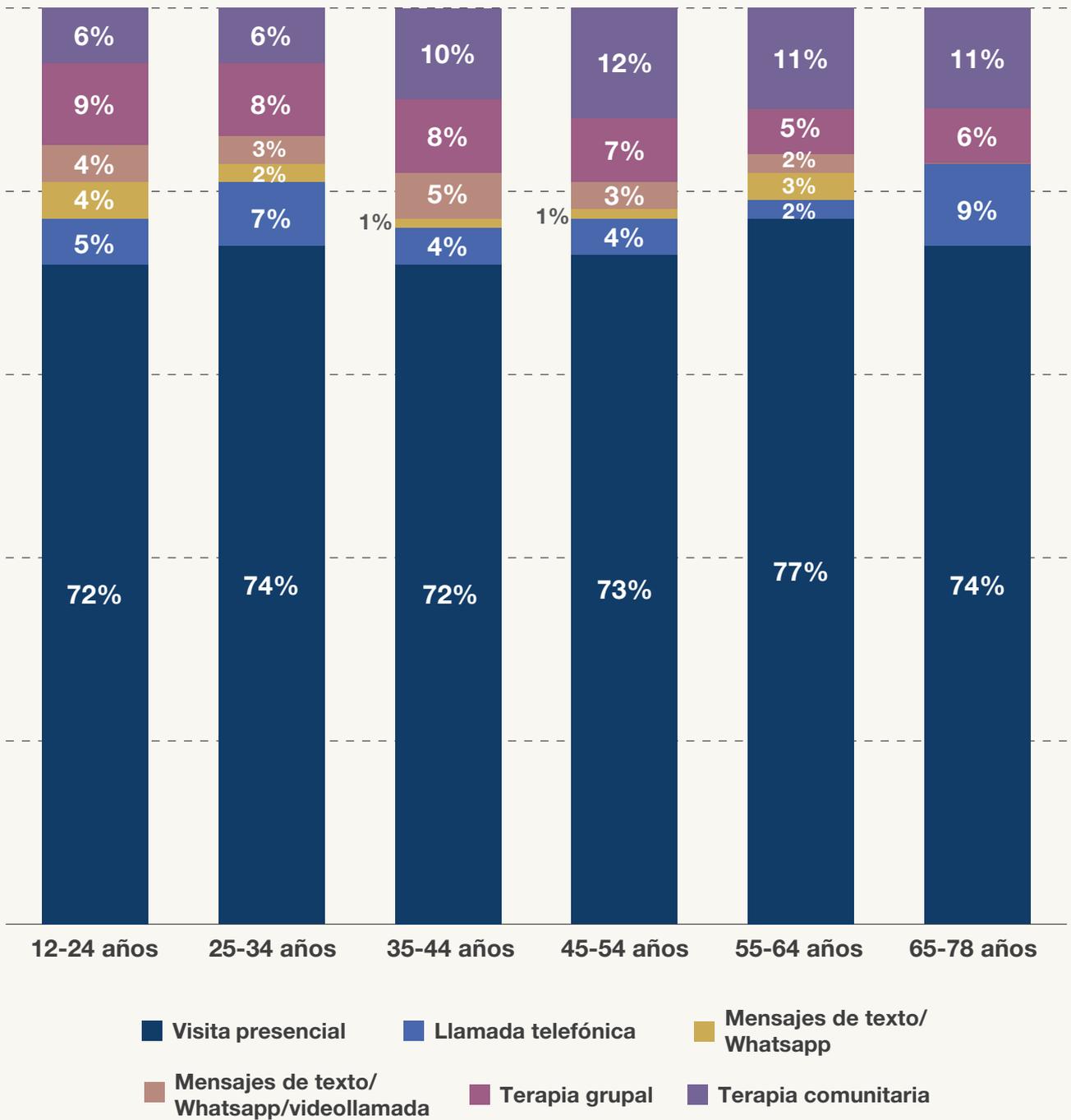


Gráfico 12. Modalidad de atención preferida, por edad

PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO

SÍNTESIS DIMENSIÓN CONTEXTO URBANO

- En cuanto a origen natal, Quito es una ciudad de conformación poblacional diversa y heterogénea, constituida históricamente como una ciudad de acogida y tránsito de numerosos flujos migratorios. Si bien el grueso de la población está conformado por personas nacidas en el Distrito, 4 de cada 10 habitantes de la ciudad provienen de una extensa y variada lista de localidades, ciudades y países, tanto a escala nacional como internacional. Sin duda, los fenómenos migratorios en el Distrito han incidido y continuarán permeando en la construcción colectiva de la identidad urbana de la ciudad, pues inevitablemente funden el sentido de “lo propio” con nuevas formas de intercambio y relacionamiento social y cultural.
- En Quito, las personas suelen quedarse o mantenerse en su mismo lugar de residencia por períodos prolongados de tiempo. Este aspecto es relevante porque evidencia una fuerte relación de pertenencia de las personas con su barrio, aspecto que también puede asociarse con un alto sentido de identidad o apropiación barrial, como parte de la construcción de una subjetividad comunitaria y urbana. Se constata, además, una relación directamente proporcional entre sentido de pertenencia hacia el barrio con tiempo de residencia en el barrio, en donde, mientras más alto es el tiempo de permanencia en el barrio mayor es el sentido de apropiamiento con el mismo.
- Por otra parte, los resultados obtenidos sobre tiempo de residencia en Quito pueden conectarse con otros aspectos de análisis como las dinámicas de movilidad intraurbana. El mantener la residencia en el mismo barrio implicaría una menor probabilidad de comportamientos como, por ejemplo, mudarse a otro sector de la ciudad para acercar su hogar a su lugar de trabajo o cambiarse de barrio debido a cuestiones como la inseguridad o el deterioro de las condiciones del entorno. Bajo esta misma lógica, el conservar la residencia barrial a lo largo del tiempo significa también asumir -cotidianamente- los costos de desplazamiento, distancia y desplazamiento que se llevan a cabo desde el hogar hacia diferentes destinos de la ciudad, como el trabajo, estudios o tareas de cuidado.
- En cuanto a la calificación de aspectos generales y servicios urbanos específicos que provee la ciudad, el aspecto general que obtiene la valoración de mayor insatisfacción por parte de la ciudadanía es la seguridad, seguida por la falta de empleo. Estas dos dimensiones representan, en conjunto, una necesidad y demanda por promover políticas de fomento laboral, productividad y crecimiento económico inmediato y rápido para la ciudad, que apunten a disminuir la pobreza y mejorar las condiciones de vida de la población del Distrito.
- De igual forma, los tres servicios urbanos relacionados con la seguridad y la protección integral, esto es, las Unidades de Policía Comunitaria (UPC),

los Centros de Equidad y Justicia y las Juntas de Protección de Derechos, obtienen las valoraciones más bajas de satisfacción en la ciudadanía, siendo que se trata de instancias clave encargadas de brindar seguridad y garantizar el ejercicio de derechos a través de una respuesta integral frente a su vulneración, como ocurre frente a hechos de violencia.

- En el ejercicio de asociar bienestar subjetivo -un componente fundamental de la salud mental- con la necesidad de obras o equipamientos sociourbanos, surge una alta valoración y demanda por obras específicas de infraestructura verde para Quito: “más parques” y “más árboles” son las primeras opciones de obra pública solicitadas por la ciudadanía. Sobre estos resultados, al medir adicionalmente cuánto cree que aportaría el implementar “más parques” y “más árboles” a la salud mental, el 99% de la población corrobora afirmativamente la relación entre estos aspectos con el bienestar de las personas. Como segunda opción de respuesta, la población demanda “menos vehículos” y “más transporte público”, ambas respuestas relacionadas con soluciones de movilidad sostenible para la ciudad.
- Cuando se mide el nivel de satisfacción de las personas en relación a vivir en su casa, su barrio, la zona de la ciudad y la ciudad en general, se obtiene que existe una mayor satisfacción en función del contexto más próximo y de menor escala de residencia (vivienda), mismo que va disminuyendo progresivamente en función de ir de lo micro hasta la escala más amplia o macro (ciudad).

SÍNTESIS DIMENSIÓN SALUD MENTAL Y BIENESTAR

- En la consulta respecto a la autovaloración de la salud física, la mayoría de la población del Distrito la calificó positivamente. No obstante, a partir de una desagregación por género, dicha apreciación favorable proviene principalmente de parte de los hombres y contrasta con una valoración predominantemente negativa de las mujeres sobre la misma.
- La exploración del cuadro sintomatológico afectivo/emocional relacionado con la salud física representa un ejercicio frecuentemente omitido en los estudios de salud mental, razón por la cual se interroga sobre las respuestas emocionales o afectivas más frecuentes asociadas a los problemas de salud física que tiene la población de Distrito. La “irritabilidad” y “alta sensibilidad” figuran como las consecuencias emocionales más frecuentes frente al atravesamiento de una dolencia física; de hecho, una de cada cuatro personas del Distrito con dolencias físicas experimenta irritabilidad “casi todo el tiempo” o “todo el tiempo”.
- La encuesta indaga respecto al nivel de preocupación de las personas sobre aspectos de su vida, en donde casi la tercera parte de la población del Distrito expresa sentir preocupación constantemente por temas personales como el trabajo, familia, salud o finanzas, y donde un 14,7% mantiene niveles de ansiedad frente a sus preocupaciones. Las mujeres presentan un porcentaje mayor -el doble- de dificultad para controlar sus preocupaciones que los hombres.

- Respecto a los niveles de estrés percibidos por la población, en donde las personas identifican un nivel intermedio de estrés en sus vidas, cuyo motivo principal para la mitad de la población es “la situación económico-laboral”. La principal estrategia para aplacar el estrés cotidiano es el ejercicio y la actividad física y actividades familiares que toman lugar en espacios públicos.
- Sobre la exposición de las personas a situaciones estresantes y altamente estresantes en un periodo de tiempo referido al último año, se obtiene un elevado porcentaje de vivencias altamente estresantes relacionadas con delincuencia y violencia criminal por parte de las y los habitantes del Distrito que, sin embargo, no se condicen con otros resultados de la presente encuesta que indagan respecto a la valoración del nivel de estrés cotidiano o con la prevalencia de problemas de salud mental asociados a experiencias subjetivas desequilibrantes, como es el caso de estrés postraumático. Cabe la consideración respecto a una posible respuesta de naturalización de la violencia en la población frente a estos hechos, en un contexto de aumento de la percepción de inseguridad y ocurrencia de situaciones delictivas en la ciudad y el país. Alrededor del 30% de la población del Distrito presenta porcentajes significativos de preocupación en relación a aspectos generales de la vida (trabajo, familia, salud, finanzas) y el 14,7% ansiedad constante vinculada a sus preocupaciones.
- La autovaloración de la salud mental de la población se presenta como “normal” o “buena” acorde a la percepción general de las personas, pero muestra una valoración inversa al momento de desagregar los datos en variables interseccionales como es el género. En general las mujeres califican más bajo el estado de su salud mental en comparación a los hombres y reportan mayor presencia -el doble o triple- de problemas de salud mental, a excepción de los problemas de control de la ira, más frecuente en varones y culturalmente atribuibles a roles y estereotipos propios de construcciones sociales de dominación masculina y violencia.
- El dato más relevante del estudio sea el de identificación (autopercepción) de tener un problema de salud mental, donde el 24,7% (1 de cada 4 personas) de la población del Distrito afirma tenerlo, ya sea por autovaloración (75%) o porque lo ha obtenido por parte de un profesional de la salud mental (24,7%). De hecho, estos resultados mostrarían que existe mayor reconocimiento por parte de las personas respecto a atravesar por problemas de salud mental que por problemas de salud física. Los principales problemas de salud mental identificados -con mayores prevalencias- son depresión, ataques de pánico, ansiedad y estrés postraumático que, a su vez, son mayormente experimentados por mujeres que por hombres.
- En cuanto a la aplicación de varias preguntas respecto a la frecuencia, durante el último año, de ciertos signos, síntomas y/o condiciones de salud mental presentes en la población de la ciudad (problemas para dormir, cansancio, capacidad de concentración, problemas con el apetito, exaltación, irritabilidad, enojo, desánimo, apatía, sensibilidad, reacciones exageradas y desconexión con el cuerpo) y que pueden ser considerados en tanto indicadores de riesgo en materia de salud mental presentes en la población del Distrito, los que obtuvieron la mayor prevalencia como problemáticas “constantes” en la población son, respectivamente: distanciamiento emocional, problemas para dormir, cansancio y fatiga mental.

- La encuesta establece que un 7,4% de la población del Distrito se encuentra en una situación de alto riesgo de intento autolítico, pues han intentado suicidarse “al menos una vez”, “algunas veces” o muchas veces” en el último año, con mayor prevalencia en hombres que en mujeres. Este dato llama la atención en relación a datos disponibles de Latinoamérica. Si se compara con el caso de México -a nivel país-, éste presenta una prevalencia de 3.1% en adolescentes y 0.6% en adultos para los últimos 12 meses, la mitad que Quito.¹² Las principales motivaciones relacionadas al suicidio distan en función del género; en hombres se relacionan mayoritariamente con situaciones de índole intrapersonal (familiares o de pareja); sin embargo, en las mujeres obedece mayormente a problemas existenciales y económicos.
- Al preguntar sobre la felicidad, este estado de ánimo es experimentado con alta frecuencia por parte de la población de la ciudad de Quito. Estos resultados pueden ser analizados desde diversas ópticas, acorde a la evidencia y conceptualizaciones teóricas disponibles. Por una parte, el presentar un nivel alto de felicidad y satisfacción puede ser asociado con mayores niveles de autoestima, capacidad de interiorizar emociones positivas, control personal, optimismo y resiliencia. Por otro lado, existen otros abordajes que refieren a la comparación social como el marco de referencia a partir del cual las personas construyen una percepción particular respecto a la felicidad. Finalmente, al presentarse estas aparentes disonancias entre datos como la percepción de felicidad en comparación a datos como autopercepción de depresión y/o suicidabilidad, los resultados surgidos en el presente estudio plantean cuestionamiento sobre posibles mecanismos -personales o culturales- de negación, evitación o defensa frente al malestar subjetivo, caracterizados por un no reconocimiento de la insatisfacción así como la presencia de ciertas dificultades y barreras para demandar ayuda. En todos los casos, los resultados presentados merecen profundización en el análisis a través de estudios teóricos y prácticos complementarios.

12. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez-García A. (2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Publica Mex.* 2023; 65 (supl 1): S110-S116. <https://doi.org/10.21149/14815>

SÍNTESIS DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES

- En Quito, las personas tienen relaciones de mucha confianza con su familia (7 de cada 10), la mitad en su pareja y la tercera parte en sus amigos/as. Estos datos, al igual que otros indagados en la encuesta, acentúan la consideración de la familia como la instancia social de mayor certidumbre y seguridad para las personas en sus relaciones sociales, muy por encima de otros sujetos o grupos sociales. La alta referencialidad a la familia como vínculo relacional prioritario para todas las personas también la ubica como actor primordial de apoyo vital. En caso de presentarse un problema de salud mental, que requiera apoyo de otras personas, la familia aparece en casi todas las circunstancias como la primera opción. En el caso de las mujeres, el abanico de actores sociales disponible para apoyo en casos de necesidad por situaciones de salud mental es más amplio y variado y toma en cuenta a “amigos/as” o “compañeros/as de trabajo”, mientras que el de los hombres es más estrecho y se centra en la familia. A su vez, las personas mantienen un nivel de contacto muy seguido y frecuente con la familia, seguido por las/los amigos; la mitad de la población del Distrito mantiene contacto “casi todos los días” con algún familiar/amigos/a o “varias veces por semana”.
- Más de la mitad de la población del Distrito manifiesta sentir “alta desconfianza” hacia la población inmigrante y extranjera, seguida por una generalizada desconfianza hacia los/las ciudadanas de su ciudad y del país. Estos resultados invitan a profundizar el análisis en torno a los aspectos que configuran el sentimiento generalizado de rechazo, discriminación y/o xenofobia de la población del Distrito hacia la población migrante en la ciudad, en miras de superar prejuicios o brechas que impidan su integración local y el disfrute del derecho a la ciudad, considerando además que se trata de una población en situación de vulnerabilidad social. Pero también la población evidencia un relevante y generalizado sentir de desconfianza hacia los otros, que se expresa en lo local y en lo nacional.
- La participación de la ciudadanía en espacios de organización o asociatividad se da solamente en la mitad de la población quiteña, principalmente en espacios deportivos, organizaciones religiosas, con una frecuencia de asistencia mayoritariamente mensual y/o semanal. La participación de las personas en todo el resto de opciones de asociatividad posibles es bajo, mostrándose un déficit de asociatividad en otros ámbitos sociales relevantes como son el artístico y cultural, barrial, por segmentos etarios, etc. Los tipos de organizaciones con mayor participación de hombres son las asociaciones profesionales y gremiales, organizaciones políticas y asociaciones de barrio; el único tipo de organización con mayor participación de mujeres que de hombres son las organizaciones religiosas.
- Los resultados obtenidos ante la consulta respecto a vivencias de violencia de género en el último año, que presentan un porcentaje de prevalencia de aproximadamente 20% (2 de cada 10 mujeres), son cercanos aunque más bajos que los datos nacionales de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres realizada por el Instituto

Nacional de Estadística y Censos (INEC) del 2019, en donde se plantea una prevalencia de 3 hechos de violencia por cada 10 mujeres en los últimos 12 meses. En cuanto a los tipos de violencia experimentados, se presenta una prevalencia mayor de violencia psicológica (tendencia equivalente a los datos nacionales), seguida por violencia física y patrimonial; la violencia sexual presenta menor prevalencia que los datos país. En relación a los ámbitos en donde se suscita la violencia, el más frecuente es el intrafamiliar/pareja, que ocurre en 4 de cada 10 personas, seguido por el espacio público, en semejanza con los datos nacionales. Cuando se consulta sobre el agresor que ejerce el acto de violencia, aparece como primera opción “un familiar o pariente cercano”, seguido por “ex pareja” y después “el cónyuge, la pareja o conviviente” actual. Estos datos evidencian cómo el ejercicio de la violencia se suscita principalmente en el marco de relaciones interpersonales, donde los agresores son personas conocidas y cercanas. Por el contrario, es justamente en el caso de la violencia experimentada en el espacio público en donde la figura e identificación del agresor es mayormente anónima.

- Por último, al analizar respecto a la afectación que puede provocar la violencia de género en la salud mental de las mujeres o la comorbilidad entre situaciones de violencia y problemas de salud mental, se obtiene que el 61% de las mujeres afirman no ser víctimas de violencia de género y no padecer problemas de salud mental; sólo el 7% presenta ambas condiciones conjuntamente. De igual forma, los principales problemas de salud mental asociados con la presencia de hechos de violencia de género fueron depresión, ansiedad, ataques de pánico y estrés postraumático.

SÍNTESIS DIMENSIÓN ACCESO Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

- A partir de una caracterización de los servicios de salud mental que recibe la población del Distrito, en donde solo 1 de cada 10 personas ha recibido algún tipo de atención en salud mental en el último año, en su mayoría mujeres. Del porcentaje que recibe atención, su principal modalidad de servicio corresponde a la terapia individual y en la gran mayoría de casos es de tipo presencial.
- Entre toda la oferta de servicios de salud mental disponibles en Quito, la mitad de la población asiste a servicios de consulta privada. Las personas con menor nivel de ingresos recurren principalmente a los servicios de salud mental del Municipio, estatales (Ministerio de Salud) y centros de psicología aplicada, sobre todo las mujeres. Las personas con mayor nivel de ingresos muestran una mayor tendencia a recurrir a servicios psiquiátricos y que incluyen medicación farmacológica.
- En relación a la satisfacción frente a los servicios de salud mental, 7 de cada 10 personas del Distrito que los recibió menciona sentirse satisfecha con la atención recibida. Los aspectos que más se valoran en relación a la calidad

de atención son “infraestructura física”, “la confidencialidad” y “la autonomía”.

- La principal razón para no acceder a servicios de salud mental en la ciudad, para la mitad de la población del Distrito, tiene que ver con la idea prevaleciente de que “no son necesarios”, resultado que podría relacionarse con una resistencia sociocultural a aceptar la necesidad de atención en materia de salud mental, así como sentimientos de vergüenza o la desconfianza en las y los profesionales de salud mental, que también aparecen como respuestas significativas en la encuesta; estos resultados, además, fueron más frecuentes en hombres que en mujeres. Del lado de las mujeres, persiste una amplia gama de barreras que condicionan su acceso a los servicios de salud mental en la ciudad de Quito. La falta de tiempo, tiempos de demora muy largos, la lejanía de los servicios, la incapacidad económica para costear o mantener la atención en salud mental durante tiempos más prolongados son determinantes socioeconómicos que limitan su acceso a los servicios, sobre todo en mujeres pertenecientes a los segmentos socioeconómicos más bajos y que experimentan mayor precariedad en sus condiciones de vida.
- Si bien la demanda de servicios de salud mental de corte comunitario es actualmente muy baja a nivel de Distrito frente a otras modalidades de atención como la psicoterapia individual, grupal o de apoyo psiquiátrico, constituye una de las alternativas de atención que más generan interés y potencial demanda en el futuro, en tanto opción de tratamiento que le gustaría recibir a las personas, sobre todo de segmentos de ingresos más bajos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio tiene un carácter exploratorio y permite recoger las principales cifras obtenidas por la Encuesta Distrital de Salud Mental, desde un abordaje multidimensional.

Por este motivo, es fundamental profundizar varias de las problemáticas expuestas, mediante estudios cualitativos, complementarios y comparados con la región, aplicables para cada una de las dimensiones propuestas, prestando especial atención entre otros, a temas tales como:

- Determinantes socio ambientales y sociourbanos de la salud mental;
- Estrés y manejo de la ira;
- Felicidad y satisfacción con la vida; bienestar subjetivo;
- Depresión;
- Suicidio;
- Percepciones e imaginarios sobre la salud mental;
- Comorbilidades entre salud física y salud mental;
- Barreras y condiciones de acceso a los servicios de salud mental.

Todo lo descrito anteriormente, debe ser puesto en el contexto de la necesidad de contar con datos oficiales a nivel país de una Encuesta Nacional de Salud Mental, en tanto esta es la escala de análisis predominante que se aplica en la región.

A continuación, se plantean recomendaciones y propuestas adicionales para diferentes aspectos identificados en el presente estudio.

ARTICULAR LA SALUD MENTAL CON OTRAS ÁREAS PRIORITARIAS DE LA SALUD

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud mental es un tema transversal que exige poner en articulación áreas dedicadas a la salud física y otras que permitan promover la salud mental, mejorando la prevención y el acceso a la atención. Los resultados encontrados muestran la existencia de comorbilidad entre determinadas problemáticas de salud mental, respecto a enfermedades específicas. Por tal motivo, es fundamental el trabajo articulado e interdisciplinario, el cual puede mejorar el tratamiento y reducir los comportamientos de riesgo y el estrés, y contribuir de esta forma a un mejor manejo y a la consecución de mejores resultados tanto para los problemas físicos como para los problemas mentales.¹³

13. Organización Panamericana de la Salud (2023) Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS.

INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS DE OTROS SECTORES

La multicausalidad de los problemas de salud mental exige abordar sus determinantes sociales de manera amplia. El enfoque multisectorial es la forma más adecuada para incorporar la promoción, la prevención y el tratamiento tanto en las políticas, programas y servicios de atención.

Muchas son las temáticas y varios los sectores que pueden vincularse a la salud mental. Intervenciones urbanas en el espacio público, más áreas verdes, accesibles, seguras e inclusivas, mejoramiento del arbolado o propuestas que mejoren la caminabilidad y movilidad activa (ciclovías), aportarán a una mejor salud, tanto física como mental. Otros sectores pueden fomentar y promover estrategias de cuidado como los entornos de trabajo, educativo, la generación de empleo o de oportunidades, en tanto preocupaciones latentes identificadas (49,8% de la población).¹⁴

FOMENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL A NIVEL COMUNITARIO

Los servicios de salud mental a nivel comunitario se han convertido en el modelo más humanitario, eficaz y eficiente de prestación de servicios, señala la OPS.¹⁵ Se busca entonces un modelo centrado en la atención y orientada a la persona y la recuperación, con un enfoque de derechos y, de preferencia, no institucionalizada.

Los servicios comunitarios presentan beneficios que permitirán afianzar un nuevo modelo, ampliando la cobertura al eliminar barreras territoriales, socioculturales y económicas. En este sentido, si bien el acceso al servicio se distribuye de manera relativamente equitativa entre proveedores públicos (45,9%) y privados (55,1%), la modalidad de salud comunitaria acoge con énfasis a una población con menores ingresos (ingreso menor a 200 USD).¹⁶

Los resultados del estudio justifican la importancia de conducir la orientación de la política pública de salud mental hacia su enfoque comunitario, considerándose no solamente intervenciones psicosociales a escala territorial barrial, sino desde enfoques de intervención colectivos y comunitarios. El barrio, en este sentido, constituye un espacio de oportunidad para potenciar las acciones y la incidencia de la política y gestión municipal, para acercarse a los barrios y usar su equipamiento más desagregado (Casa Somos, casas barriales, espacios públicos de escala barrial, entre otros) como punto de confluencia, reunión y organización comunitaria. Desde la lógica de servicios, potenciar la terapia comunitaria que actualmente promueve la Secretaría de Salud.

14. Idem.

15. Ibid.

16. Ibid.

TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO Y NUEVAS MASCULINIDADES

Muchos de los resultados del presente estudio evidencian importantes diferencias cuando son analizados a partir de una desagregación por género y representan un aporte, en diversos sentidos, a la comprensión de la compleja articulación entre el género y la salud mental. En definitiva, la salud física y mental de los hombres y las mujeres es distinta y estas diferencias no son solo biológicas, sino que se encuentran determinadas por factores de riesgo psicosociales y por el peso de los determinantes sociales en la salud.

En el caso de las mujeres, la evidencia enlista varios determinantes sociales de la salud que se asocian a una mayor prevalencia de problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad o el estrés y las preocupaciones de la vida, tales como el ser jefa de hogar, la sobrecarga mental en la ejecución de tareas de cuidado de otras personas dependientes, el pertenecer a segmentos socioeconómicos bajos, la precariedad en las condiciones de vida o el atravesar experiencias de violencia. Los resultados de la aplicación de la presente encuesta sugieren una aparente condición de mayor vulnerabilidad en las mujeres a que su salud mental resulte afectada por muchos de estos factores socioculturales.

En el caso de los hombres, y tomando en cuenta los aportes de estudios sobre nuevas masculinidades, existe variada evidencia respecto a la influencia de un modelo de masculinidad hegemónico en las actitudes y decisiones de los hombres respecto al cuidado de su salud física y mental, a través de patrones aprendidos desde edades tempranas que explican una tendencia a que minimicen la aflicción psicológica o supriman la expresión de sus emociones. Esto pone de manifiesto la presencia de un déficit en sus conductas de autocuidado, una mayor prevalencia de conductas de riesgo tales consumo de sustancias, siniestralidad o respuestas violentas así como en su dificultad de admitir la vulnerabilidad o la fragilidad subjetiva humana.

El presente estudio corrobora estos planteamientos, tanto desde una sobrevaloración positiva respecto a su salud como en una menor demanda de servicios de salud mental por parte de varones. Especial atención merece el tema de la suicidabilidad, en donde, aunque los hombres reportan menos depresión que las mujeres, ejecutan el suicidio a tasas mucho más altas.

Con estos antecedentes, un abordaje de política pública en torno a la salud mental desde el Distrito Metropolitano de Quito exige contemplar estas implicaciones de género en cómo y en cuáles deben ser las intervenciones sanitarias y comunitarias adecuadas para responder a las necesidades específicas de ambos subgrupos¹⁷. De lado de las mujeres, por ejemplo, que reduzcan las brechas de acceso a los servicios de salud mental reconociendo sus necesidades de apoyo integral desde un sistema urbano de cuidados. Del lado de los hombres, que incluyan espacios de concientización emocional y de reconocimiento del universo afectivo y la vulnerabilidad como características

17. De Keijzer B, Cuellar AC, Valenzuela Mayorga A, Hommes C, Caffé S, Mendoza F, et al. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e93. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>

presentes en todas personas, así como medidas que alienten su participación en acciones de prevención, autocontrol y autocuidado.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LO COTIDIANO

En la encuesta se identifica cierto nivel de estrés en el 92,6% de la población (de poco a extremadamente estresante). Tanto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como la OMS han elaborado orientaciones respecto a diversas medidas para mejorar la salud mental en espacios cotidianos como el entorno laboral, el uso del espacio público y transporte, etc.

Las diferentes medidas pueden conllevar desde jornadas de trabajo más flexibles, horarios de trabajo que permitan armonizar vida laboral y personal, hasta pensar en espacios para el ocio, actividades extracurriculares, entre otras. Incluir aspectos de seguridad laboral orientados a disminuir el nivel de afectación emocional, ha sido destacado como un aspecto de gran importancia tanto para la salud de la población cuanto para el rendimiento de las instituciones. Tales medidas pueden abarcar procesos de capacitación a personal de todos los grados en técnicas de autocuidado, mayores niveles de autopercepción, conciencia plena y manejo del estrés.¹⁸

Dicho manejo cotidiano permitiría que la sintomatología no se agudice, que los problemas sean tratados de manera temprana y no escalen a mayores niveles de pérdida de control, complejizando los cuadros y la interacción en espacios sociales.

APROVECHAR EL POTENCIAL DE NUEVOS CANALES Y TECNOLOGÍA DIGITAL

El período de pandemia enseñó mucho sobre nuevos usos de las tecnologías de la información, entre otros, el desarrollo de los servicios de telesalud mental y la distribución de aplicaciones móviles de salud. Para la OPS, la tecnología digital posee un gran potencial para mejorar coberturas y acelerar la expansión de los servicios comunitarios de salud mental (2023).

La encuesta pone en evidencia una demanda no satisfecha de servicios de salud mental. Ante la pregunta sobre la importancia de asistir a una consulta con un/a profesional de salud mental para mejorar su estado subjetivo en el mundo y atenuar malestares, el 91% de la población responde que sí le permitiría sentirse mejor o resolver mejor sus problemas (extremadamente, mucho o algo).

Pensando en cubrir el segmento adolescente y joven de la población del Distrito, afectado con mayor prevalencia de forma progresiva y enfrentados a nuevos problemas en diversidad y complejidad, la atención digital de la salud mental, en diferentes modalidades, podría abordar barreras culturales como

18. Ibid

la vergüenza y el estigma, así como promover acciones de intervención más interactivas, lúdicas y que aprovechen redes sociales.

EMPODERAR A LAS PERSONAS QUE USAN LOS SERVICIOS Y A SUS FAMILIAS

Existe una continua referencia a la familia en gran parte de las respuestas obtenidas a lo largo de la presente encuesta, sobresaliendo en casi todos los ámbitos de análisis de relaciones sociales y salud mental indagados. Es posible afirmar que, en la subjetividad social, la familia constituya no solamente el núcleo de vinculación y relacionamiento vital para las personas, sino que, representa el espacio primordial de soporte vital frente al malestar subjetivo; es así que en preguntas sobre usos del tiempo de las personas, la confianza interpersonal o redes de apoyo evidencian la importancia concedida a la familia. De igual forma, la familia es la instancia más afectada frente a la presencia de un problema de salud mental y las relaciones familiares constan como uno de los principales factores relacionados con la motivaciones en el intento suicida.

Un elemento central del diseño de servicios comunitarios de salud mental es el empoderamiento de las personas que usan los servicios, en articulación con sus familias. A lo largo de la historia, las personas con problemas de salud mental no han tenido suficiente voz ni han participado en la toma de decisiones sobre los servicios que reciben, lo cual refuerza su experiencia de discriminación y exclusión. El empoderamiento se refiere al grado de decisión, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer sobre los sucesos de su vida. La clave para el empoderamiento es la eliminación de las barreras formales o informales y la transformación de las relaciones de poder entre personas, comunidades, servicios y gobiernos.”¹⁹

El rol protector de la familia es fundamental para ampliar tanto la cobertura, como la incidencia de los servicios de salud. Es importante otorgarle un mayor miramiento en tanto oportunidad de mejoramiento de las intervenciones en materia de salud mental, sobre todo a escala comunitaria que es en donde se articulan directamente con la atención.

En esta línea, considerando la importancia de pensar en servicios de salud mental orientados y adaptados a población de niños, niñas y adolescentes, es fundamental considerar el núcleo familiar como un espacio incluyente en materia de socialización primaria, modelamiento y trasmisión de información relevante en materia de salud mental, que a su vez se articule con acciones de intervención a escala barrial y comunitaria y que articulen con sus espacios de formación y psicoeducación en el contexto educativo (como es el caso de los DECEs), con una mirada puesta en el desarrollo de su autonomía.

FORMULAR ESTRATEGIAS NACIONALES DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

El estudio realizado evidencia a la suicidabilidad como una problemática compleja

19. Ibid

que requiere ser contemplada superando la respuesta reactiva y desde el abordaje institucional. El enfoque en salud mental comunitaria justamente, asigna un papel distinto a las instituciones que tradicionalmente han manejado los procesos de salud mental y demuestra la eficacia a la aplicación de modelos psico comunitarios de atención a la conducta suicida, que permitan construir prácticas comunitarias más humanizadoras, que identifiquen las situaciones de riesgo y se valgan de redes de apoyo comunitarias para sostener buenas prácticas y un estado de salud enfocado en el bienestar de la comunidad.

También es fundamental que la política considere elementos y contextos sociales que aumentan el riesgo del suicidio más allá del ámbito estrictamente individual o personal, como por ejemplo, articular con otras políticas de prevención del consumo problemático de sustancias o políticas de seguridad y/o ambientales, para limitar el acceso a los medios de suicidio (armas, plaguicidas, etc.) en tanto prácticas probadas de intervención universal basada en la evidencia para prevenir el suicidio.

MEJORAR LOS DATOS Y LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL

Para tomar decisiones es fundamental generar datos confiables y actualizados, con levantamiento de información con representatividad territorial, para tomar decisiones es fundamental generar datos confiables y actualizados, a través de levantamientos de información con representatividad territorial, para generar políticas situadas y adecuadas a las condiciones particulares de cada comunidad y barrio. La comparabilidad es un aspecto fundamental para identificar tendencias y variaciones en función de variables secundarias.

De igual manera, se requiere generar investigaciones permanentes y procesos de generación de conocimiento para comprender problemáticas interrelacionadas a diferentes determinantes y factores externos que inciden en el ámbito de la salud en su integralidad. En esta línea, el estudio presenta las variantes de resultados en donde ciertos segmentos de población muestran datos significativos y diferenciados, como es la desagregación de género, rangos etarios e ingresos. A partir de los mismos, es fundamental seguir levantando más estudios -de corte cualitativo, por ejemplo-, que permitan conocer más sobre las necesidades específicas de ciertas poblacionales, con énfasis en grupos de atención prioritaria como es el caso de población de niños niñas y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, diversidades sexuales, entre otros.

Mediante la generación de mayor conocimiento y la comprensión profunda de cada problemática, se puede abordar de mejor manera grupos priorizados o en condiciones de mayor vulnerabilidad como adolescentes, jóvenes o adultos mayores, diseñando estrategias específicas de atención para dichos grupos, en función de sus intereses, expectativas, necesidades, ciclo y espacios de vida, construcción de sentidos, vínculos de convivencia y lógicas de pertenencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, B.; Ducat, L.; Philipson, L. (2014) *The Mental Health Comorbidities of Diabetes* JAMA. August. 2014;312(7):691-692. doi:10.1001/jama.2014.8040
- Báscolo, E.; Houghton, N.; Del Riego A. (2020). *Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas*. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>.
- Composite International Diagnostic Interview 5.0. (Preliminary) <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>
- Darby, C.; Valentine, N.; Ji, C.; Amala, M.; Silva, D. World Health Organization (WHO): *Strategy on Measuring Responsiveness Table of Contents Page*.
- De Keijzer B, Cuellar AC, Valenzuela Mayorga A, Hommes C, Caffé S, Mendoza F, et al. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. Revista Panamericana de Salud Publica. 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- Euskal Estatistika Erakundea (2017) *Encuesta sobre Capital Social*. País Vasco.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Documento%20metodologico%20ENVIGMU.pdf
- Larsen, B.; Christenfeld N. (2009) *Cardiovascular Disease and Psychiatric Comorbidity: The Potential Role of Perseverative Cognition* Cardiovasc Psychiatry Neurol. Jul 22. doi: 10.1155/2009/791017
- Ministerio de Salud (2022) *Encuesta Nacional Especializada de Salud Mental*. Perú.
- Ministerio de Salud (2015) *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Colombia.
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo (2018) *Encuesta de Percepción de Calidad de Vida Urbana*. Chile.
- Organización Panamericana de la Salud (2023) *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS.
- Patel V.; Chatterji S. (2015) *Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: An imperative for person centered care*. Health Affaire 2015;34(9):1498-1505. doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0791
- Statistics Canada (2022) *Mental Health and Access to Care Survey (MHACS)*. Canada.
- Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez-García A. (2023). *Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta*. Salud Publica Mex. 2023; 65 (supl 1): S110-S116. <https://doi.org/10.21149/14815>
- World Health Organization (WHO) (2018) *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization.
- Ziafati Bafarasat, A.; Cheshmehzangi A.; Ankowska, A. (2023) A set of 99 healthy city indicators for application in urban planning and design. Sustainable Development, John Wiley & Sons, Ltd., vol. 31(3), pages 1978-1989, June.

