

Prevalencia de Depresión y Ansiedad en Adultos Ecuatorianos: Una Revisión Sistemática Narrativa

Prevalence of Depression and Anxiety in Ecuadorian Adults: A Narrative Systematic Review

Alberth Muñoz-Gualan,¹ German Muñoz-Gualan²

Resumen

La presente revisión sistemática narrativa tiene como objetivo estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en la población adulta ecuatoriana, un campo poco explorado a pesar de la creciente carga global de estos trastornos mentales. La importancia de esta revisión radica en la necesidad de sintetizar la evidencia dispersa sobre la prevalencia de estos trastornos en Ecuador, donde no existe una revisión sistemática previa.

Los métodos incluyeron una búsqueda exhaustiva en cinco bases de datos electrónicas y fuentes complementarias, seleccionando 33 estudios observacionales. Los resultados revelan una amplia variabilidad en las tasas de prevalencia, influenciada por la heterogeneidad metodológica y las características de las poblaciones estudiadas. Las cifras de depresión reportadas en los estudios incluidos oscilaron entre 5,6% y 86,81%, mientras que la prevalencia de ansiedad mostró un rango aún más extremo, desde un 0,02% hasta un 77,1%. Se observan prevalencias consistentemente más elevadas en grupos vulnerables como profesionales de la salud, pacientes hospitalizados y estudiantes universitarios, lo que subraya la urgencia de estandarizar metodologías de investigación y fortalecer las políticas de salud mental en Ecuador, enfocándose en la detección temprana e intervenciones psicosociales.

Palabras clave: depresión, ansiedad, prevalencia, adultos, Ecuador

Abstract

The present narrative systematic review aims to estimate the prevalence of depression and anxiety in the Ecuadorian adult population, a field little explored despite the growing global burden of these mental disorders. The importance of this review lies in the need to synthesize scattered evidence on the prevalence of these disorders in Ecuador, where there is no previous systematic review.

The methods included an exhaustive search in five electronic databases and complementary sources, selecting 33 observational studies. The results reveal wide variability in prevalence rates, influenced by methodological heterogeneity and the characteristics of the studied populations. Depression figures reported in the included studies ranged from 5.6% to 86.81%, while the prevalence of anxiety showed an even more extreme range, from 0.02% to 77.1%. Consistently higher prevalences are observed in vulnerable groups such as health professionals, hospitalized patients, and university students, which underscores the urgency of standardizing research methodologies and strengthening mental health policies in Ecuador, focusing on early detection and psychosocial interventions.

Keywords: depression, anxiety, prevalence, adults, Ecuador

Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 34, N° 3, 2025

Introducción

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales comunes que afectan significativamente la calidad de vida de quienes los padecen. La depresión se caracteriza por una persistente sensación de tristeza, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, así como síntomas cognitivos, emocionales y físicos, tales como fatiga, dificultades para

concentrarse, alteraciones del sueño o del apetito, sentimientos de inutilidad e incluso pensamientos suicidas.^{1,2} A su vez, la ansiedad representa una respuesta emocional ante situaciones percibidas como amenazantes, pero cuando se manifiesta de manera persistente, excesiva y sin un peligro real aparente, puede constituir un trastorno.³

¹Universidad Miguel Hernandez de Elche. Alicante, España.

²Universidad de las Fuerzas Armadas del Ecuador – ESPE. Sangolquí, Ecuador.

Correspondencia:

Alberth Patricio Muñoz-Gualan, MD. MSc.

Sant Joan d'Alacant, Jaime I, 34, Alicante, España

E-mail: albm93@gmail.com

Ambos trastornos presentan una alta comorbilidad entre sí y con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno bipolar,⁴ y su prevalencia ha aumentado en diversos grupos de población, incluyendo adultos mayores.⁵ Además, se ha identificado que factores psicológicos, como presencia de ansiedad o depresión, influyen de manera decisiva en la eficacia de las estrategias de salud pública.⁶

La pandemia de COVID-19 ha agravado la situación de salud mental a nivel mundial, generando incrementos notables en los niveles de ansiedad y depresión tanto en la población general como en el personal sanitario.^{7,8} En particular, se ha observado que el aislamiento, la incertidumbre económica y los cambios en los hábitos de sueño han influido negativamente en la salud mental de los adultos durante y después de la pandemia.⁹ En Ecuador, la pandemia incrementó notablemente los síntomas de ansiedad y depresión, especialmente a mujeres jóvenes.¹⁰ Además, existe evidencia que vincula la cantidad de condiciones médicas con mayores niveles de ansiedad y depresión.¹¹

En el contexto latinoamericano, los profesionales de la salud han sido especialmente vulnerables, debido a la sobrecarga laboral y a las condiciones laborales precarias. En Colombia, por ejemplo, se ha reportado una prevalencia de síntomas de ansiedad del 28,9%.¹² En Ecuador, estudios poblacionales han estimado una prevalencia de trastorno depresivo mayor cercana al 8%, con mayor afectación en hombres jóvenes de zonas urbanas.¹³ Aunque algunos estudios han encontrado niveles similares de afectación entre personal sanitario y población general,¹⁴ otros destacan diferencias importantes según la carga horaria o el país.¹² Esta situación ha motivado la validación de herramientas para la detección de ansiedad en contextos sanitarios latinoamericanos.¹⁵

La relación entre salud mental y otras variables, como el consumo de sustancias, también ha sido objeto de estudio.¹⁶ Por ejemplo, dejar de fumar se ha asociado con una disminución de síntomas ansiosos y depresivos.¹⁷ Asimismo, en estudiantes universitarios, se ha observado una asociación negativa entre calidad de vida y síntomas de ansiedad y depresión, con prevalencias superiores al 50%.¹⁸

Pese a la importancia de estos datos, en Ecuador no existe hasta el momento una revisión sistemática que sintetice la evidencia disponible sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos. Por ello, esta revisión tiene como objetivo estimar la prevalencia de estos trastornos en la población adulta ecuatoriana, mediante la recopilación y análisis de estudios observacionales realizados en distintas regiones del país. Este esfuerzo permitirá identificar patrones, brechas y factores contextuales que puedan informar futuras políticas públicas y estrategias de intervención en salud mental.

Métodos

Criterios de selección y estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una revisión sistemática con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos residentes en Ecuador. Esta revisión se desarrolló conforme a las directrices PRISMA 2020,¹⁹ y fue registrada en PROSPERO (número de registro: CRD420251080454).

Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios observacionales con diseño transversal o de cohorte que reportan datos de prevalencia de depresión y/o ansiedad en adultos (18 años o más) residentes en Ecuador. Se aceptaron tanto estudios en población general como en subgrupos bien definidos (por ejemplo, estudiantes, trabajadores, personal sanitario), siempre que los resultados fueran representativos y aplicables a adultos ecuatorianos. Los estudios debían utilizar instrumentos psicométricos validados (como PHQ-9, GAD-7, BDI, HADS) o entrevistas diagnósticas estructuradas (como MINI o CIDI) para evaluar la presencia de síntomas o diagnósticos de depresión o ansiedad.

Se excluyeron estudios realizados fuera de Ecuador, investigaciones centradas exclusivamente en menores de 18 años o adultos mayores sin desagregación de datos por edad, así como aquellos que utilizaran herramientas no validadas o listas de verificación sin propiedades psicométricas establecidas. No se incluyeron ensayos clínicos, revisiones narrativas, estudios de caso, cartas al editor ni editoriales.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en cinco bases de datos electrónicas: PubMed, PsycINFO, LILACS, Scopus y el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL). Además, se consultaron fuentes complementarias como Google Scholar, repositorios institucionales y bases de datos nacionales para identificar literatura gris relevante, incluidas tesis de grado y publicaciones no indexadas. La búsqueda no tuvo restricciones por fecha de publicación, pero sí por idioma: se incluyeron únicamente estudios en español o inglés.

En PubMed (MEDLINE), se empleó la siguiente estrategia de búsqueda: (("Depression"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh]) AND ("Prevalence"[Mesh]) AND ("Ecuador"[Mesh] OR Ecuador) AND ("Adult"[Mesh] OR adult OR "18 years and older")). Este mismo criterio fue adaptado a las demás bases de datos, modificando la sintaxis y los descriptores controlados según las especificaciones de cada plataforma. La búsqueda se completó el 6 de julio de 2025, fecha establecida como punto de corte para la inclusión de estudios en esta revisión.

Proceso de selección de estudios

La selección de estudios fue realizada de manera independiente por dos revisores (GGMG, APMG), quienes evaluaron los títulos, resúmenes y posteriormente los textos completos de los artículos potencialmente elegibles. Las discrepancias fueron resueltas mediante consenso entre los revisores. El proceso de cribado se gestionó utilizando la plataforma Rayyan QCRI²⁰ y hojas de cálculo compartidas para asegurar la trazabilidad y transparencia del proceso.

Evaluación del riesgo de sesgo

La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada mediante la herramienta del Instituto Joanna Briggs (JBI) para estudios de prevalencia.²¹ Esta herramienta permite analizar aspectos clave como la representatividad de la muestra, la adecuación del proceso de muestreo, la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, la suficiencia del tamaño muestral y la claridad en la presentación de los resultados. Cada estudio fue evaluado de forma independiente por dos revisores, clasificando el riesgo de sesgo como bajo, moderado o alto según los criterios establecidos. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso. Esta evaluación permitió valorar la solidez de la evidencia reunida y contextualizar los hallazgos en función de la calidad de los estudios primarios.

Dado el alto grado de heterogeneidad tanto poblacional como metodológica entre los estudios incluidos, una revisión sistemática narrativa estructurada representa un enfoque metodológico más apropiado y científicamente sólido que la realización de un meta-análisis global no justificado.

Resultados

Selección y características de los estudios

La búsqueda sistemática realizada hasta el 6 de julio de 2025 identificó un total de 1.762 registros mediante las bases de datos electrónicas seleccionadas. Tras la eliminación de 147 duplicados, se evaluaron 1.615 registros únicos en la fase de cribado por título y resumen. De estos, 1.316 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión, principalmente por no ser pertinentes al enfoque del estudio (n = 1.258), tratar poblaciones no elegibles (n = 57) o tener un diseño metodológico inapropiado (n = 1).

Posteriormente, se revisaron en texto completo 299 artículos para una evaluación detallada de elegibilidad. En esta fase, se excluyeron 266 estudios, debido a: grupo etario incorrecto (n = 136), ausencia de datos cuantitativos de prevalencia (n = 77), población no ecuatoriana (n = 35), falta de pertinencia temática (n = 14) y duplicados no detectados previamente (n = 4).

En total, 33 estudios cumplieron con todos los criterios de inclusión y fueron incorporados en la síntesis narrativa final. El proceso completo de selección de estudios se presenta en la Figura 1, conforme al diagrama PRISMA 2020.

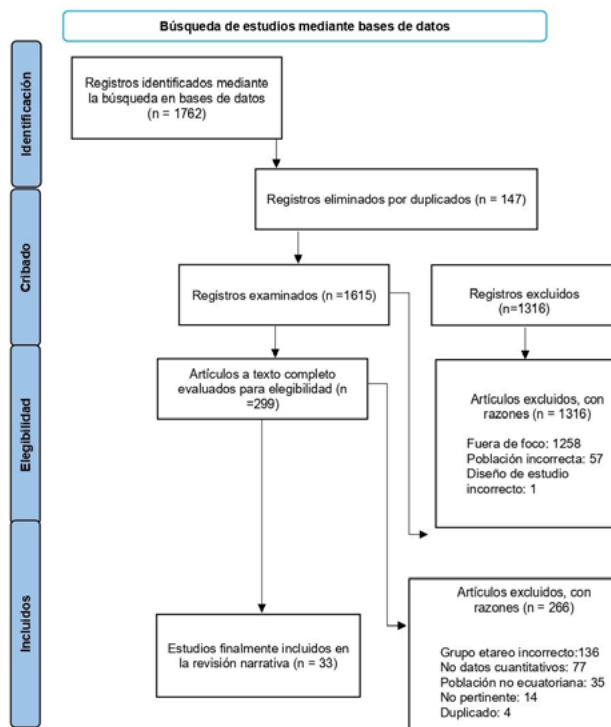


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 de selección de estudios.

Evaluación del riesgo de sesgo

La calidad metodológica de los 33 estudios incluidos fue evaluada utilizando la herramienta de evaluación crítica del Joanna Briggs Institute (JBI) para estudios de prevalencia (Tabla 1). De los estudios evaluados, aproximadamente la mitad presentaron un riesgo de sesgo alto, mientras que la otra mitad obtuvieron una evaluación baja, con un número menor clasificado como de riesgo moderado. Los estudios con mayor riesgo de sesgo compartieron deficiencias comunes, como la ausencia de muestreo probabilístico, tamaño de muestra no justificado, escasa descripción del contexto o los participantes, y falta de información sobre la confiabilidad de los instrumentos empleados para medir la ansiedad o la depresión.

Por el contrario, los estudios que obtuvieron evaluaciones bajas cumplieron consistentemente con los criterios metodológicos establecidos, incluyendo una descripción clara de la población y el entorno, métodos válidos y confiables para medir las condiciones, y análisis estadísticos adecuados con reportes completos de los resultados, como intervalos de confianza.

En general, el nivel de riesgo de sesgo fue heterogéneo, reflejando tanto avances metodológicos en estudios recientes como limitaciones en publicaciones anteriores. Esta variabilidad fue tenida en cuenta al interpretar los hallazgos, y se consideró en la decisión de no realizar un metaanálisis, priorizando en su lugar una síntesis narrativa estructurada.

Dado el alto grado de heterogeneidad metodológica entre los estudios incluidos, tanto en términos de diseño, poblaciones evaluadas, contextos geográficos, como en los instrumentos diagnósticos utilizados y puntos de corte aplicados, se consideró que la realización de un metaanálisis, incluso por subgrupos poblacionales, no resultaba metodológicamente apropiada ni científicamente robusta. La falta de estandarización en las herramientas de evaluación y la inconsistencia en la presentación de los resultados limitaron la posibilidad de una síntesis cuantitativa confiable. Por tanto, se optó por una síntesis narrativa estructurada que permite contextualizar mejor los hallazgos y resaltar las particularidades epidemiológicas y sociales de cada estudio, lo cual resulta más útil para orientar intervenciones en salud pública adaptadas a las realidades locales.

Síntesis de Resultados de los Estudios Incluidos

Los hallazgos clave de los 33 estudios incluidos se resumen en la Tabla 2, los cuales se clasificaron según seis grupos poblacionales: población general, pacientes hospitalizados, profesionales sanitarios, estudiantes universitarios, población laboral/ocupacional y grupos vulnerables por condición social o emocional. Esta categorización permitió una comparación más estructurada, dada la amplia heterogeneidad en los diseños, muestras e instrumentos utilizados.

Población general

Ocho estudios evaluaron la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en adultos sin condiciones clínicas específicas. La prevalencia de depresión varió considerablemente entre el 14% y el 55,2%, mientras que la ansiedad osciló entre 20% y 42,4%. La variabilidad puede atribuirse a las diferencias en instrumentos utilizados (MRS, DASS-21, PHQ-9, Inventario de Beck), características sociodemográficas, y regiones geográficas.

Pacientes hospitalizados

Siete estudios se centraron en poblaciones clínicas, incluyendo personas con VIH/SIDA, hipotiroidismo, o internadas por motivos diversos. La prevalencia de depresión fue alta, entre 34,9% y 66,3%. Los instrumentos aplicados incluyeron escalas clínicas validadas como la de Hamilton, Inventario de Beck y MINI. La ansiedad fue reportada en menor proporción, y no en todos los estudios.

Profesionales sanitarios

Cuatro estudios evaluaron a trabajadores del sector salud, revelando una carga significativa de sintomatología afectiva. La prevalencia de depresión fue de entre 18,92% y 86,81%, y la de ansiedad alcanzó hasta 76,40%. Se utilizaron instrumentos como GHQ-12, PHQ-9 y GAD-7.

Estudiantes universitarios

Ocho estudios abordaron a jóvenes en formación universitaria, con prevalencias de depresión que fueron desde el 6,2% hasta el 65,90%. La ansiedad se reportó con menos frecuencia, y en rangos variables. Se utilizaron múltiples escalas (Escala de Zung, Inventario de Beck, PHQ-9), y la heterogeneidad metodológica (puntos de corte, tamaño muestral, instituciones evaluadas) limita la comparabilidad directa.

Población laboral/ocupacional

Cinco estudios se enfocaron en trabajadores activos de distintas profesiones (docentes, periodistas, guardias de seguridad, comerciantes). Las tasas de depresión oscilaron entre 22% y 48%, mientras que la ansiedad se reportó en tres estudios con prevalencias de hasta 59%. Esta variabilidad responde tanto al tipo de ocupación como a los instrumentos empleados. Por ejemplo, los docentes universitarios presentaron una prevalencia del 36,3% utilizando una escala Likert, mientras que los guardias de seguridad alcanzaron un 22% con el PHQ-9.

Grupos vulnerables por condición social o emocional

Tres estudios examinaron a personas con mayor riesgo psicosocial: individuos LGBTI, embarazadas y adultos en duelo. La prevalencia de depresión varió entre 14,6% y 48,20%, siendo más alta en personas con duelo por ruptura de pareja. Los instrumentos usados fueron diversos, como la Escala de Zung, HSCL-25 e Inventario de Beck, lo que nuevamente limita comparaciones directas, pero señala la importancia de intervenciones focalizadas en estos grupos.

Síntesis General

Los hallazgos revelan una amplia variabilidad en las tasas de prevalencia de depresión y ansiedad reportadas, atribuible a diferencias metodológicas entre los estudios, como los instrumentos de evaluación utilizados, los puntos de corte aplicados y las características de las poblaciones analizadas. A pesar de esta heterogeneidad, se observan patrones comunes: las prevalencias más elevadas de depresión y ansiedad se presentan con mayor frecuencia en grupos clínicamente comprometidos o expuestos a condiciones laborales y sociales de alta demanda o vulnerabilidad emocional. Además, varios estudios no reportaron datos de ansiedad o no especificaron los puntos de corte utilizados, lo cual limita la posibilidad de una compara-

ción directa entre estudios o la realización de una síntesis cuantitativa. Por tanto, se justifica el enfoque narrativo adoptado en esta revisión para describir y organizar los resultados de manera contextualizada.

Discusión

La tabla 2 presenta un compendio de 33 estudios que investigan la prevalencia de la depresión y la ansiedad en distintas poblaciones de Ecuador. Un análisis detallado revela una notable variabilidad en las tasas de prevalencia, influenciada por factores como el tipo de población estudiada, el contexto geográfico y los instrumentos de medición utilizados. A continuación, se discuten estos hallazgos, agrupados por las características de cada población.

Población general

Los estudios realizados en la población general de Ecuador evidencian una amplia variabilidad en las tasas de prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos. En cuanto a la depresión, las cifras reportadas oscilan desde un 14% en Guayaquil, medida con la escala DASS-21,²² hasta un 55,20% en la misma población, evaluada mediante el instrumento MRS.²³ Otras investigaciones muestran tasas intermedias, como un 17,70%²⁴ y un 30,59%.²⁵ Estudios más recientes utilizando el PHQ-9 han reportado prevalencias del 25,90%²⁶ y del 39,50%,²⁷ lo que sugiere una persistente carga depresiva en distintos contextos del país.

En relación con la ansiedad, también se observa una notable variabilidad. Las tasas de prevalencia fluctúan entre el 20%²² y el 42,40%.²⁷ Asimismo, se han reportado prevalencias del 31% utilizando el MRS²³ y del 25,30% mediante el GAD-7.²⁶ Estas diferencias podrían atribuirse no solo a los instrumentos empleados, sino también a las características sociodemográficas y regionales de las muestras evaluadas.^{28,29}

De manera complementaria, un estudio nacional fuera de Ecuador, con una muestra de 1508 participantes reportó una prevalencia del 20,80% para síntomas de ansiedad y del 27,50% para síntomas depresivos,⁶ reafirmando la importancia de abordar ambos trastornos de forma conjunta en las estrategias de salud pública.

Pacientes hospitalarios

Como era previsible, la población de pacientes hospitalizados presenta prevalencias significativamente altas de síntomas depresivos. Los valores reportados oscilan entre un 44%²⁹ en Esmeraldas y un 66,30% en la ciudad de Quito, según medición con la Escala de Hamilton.³⁰ Esta tendencia se confirma en otros estudios que informan cifras elevadas, como un 34,90%,³¹ 42,30%³² en la ciudad de Cuenca. Aunque existen estudios que no reportan prevalencia de depresión,³³ otros presentan prevalencias muy elevadas para la población a la que representan.³⁴ La diver-

sidad de instrumentos empleados, como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Hamilton y el DASS-21, complica la comparación directa entre estudios, aunque todos coinciden en señalar una alta carga de síntomas depresivos en este grupo.

En cuanto a los síntomas de ansiedad, aunque los datos disponibles son más limitados, algunos resultados son particularmente alarmantes. Por ejemplo, una prevalencia del 54% fue detectada utilizando el DASS-21,²² mientras que otro estudio reportó una tasa del 41% mediante la entrevista estructurada MINI.³³ Estos resultados reflejan la intensa afectación emocional de los pacientes en contextos hospitalarios, posiblemente vinculada a la gravedad de su estado de salud, la incertidumbre del tratamiento y el ambiente clínico en sí.

Cabe destacar que incluso fuera del ámbito hospitalario, el impacto psicológico se extiende a los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. En el caso específico de cuidadores de pacientes con enfermedades cardíacas, se encontró una prevalencia de depresión del 8,40% y una elevada prevalencia de ansiedad del 77,95%,³⁵ lo cual enfatiza la necesidad de considerar no solo al paciente, sino también a su entorno inmediato, dentro de las estrategias de atención en salud mental.

Profesionales sanitarios

El personal de salud constituye un grupo especialmente vulnerable a trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad. Las tasas reportadas en Ecuador varían ampliamente, lo cual puede deberse tanto a diferencias metodológicas como a condiciones contextuales particulares. En el caso de la depresión, se ha informado una prevalencia extremadamente alta del 86,81% en Latacunga, medida con el GHQ-12.³⁶ Sin embargo, investigaciones que emplearon otros instrumentos, como el PHQ-9, reportaron prevalencias considerablemente menores: 27,30%.³⁷ Esta disparidad resalta la influencia del tipo de herramienta diagnóstica empleada y el momento en que se realizó la evaluación.

En lo que respecta a la ansiedad, las cifras también reflejan una elevada carga psicológica. Se ha reportado una prevalencia del 74,73% con el GHQ-12³⁶ en la población de Latacunga, mientras que estudios más recientes que usan el PHQ-9 y a escala nacional presenta una tasa similar del 76,40%.³⁸ Por el contrario, otros estudios muestran una prevalencia de 24,32%.³⁹ Estos valores sugieren un fuerte impacto emocional en los trabajadores sanitarios, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19, que ha exacerbado la sobrecarga laboral, la exposición constante al riesgo y la incertidumbre profesional.

Esta tendencia no es exclusiva de Ecuador. En Argentina, se encontró una prevalencia del 68% de ansiedad entre profesionales sanitarios de un hospital.⁷ En Brasil, se

reportó una tasa del 47,40% en personal de salud que realiza seguimiento en atención primaria.⁴⁰

Particularmente, los médicos parecen estar entre los más afectados, probablemente debido a las exigentes condiciones laborales en los hospitales, que incluyen una elevada carga horaria, exposición prolongada al estrés y responsabilidad clínica continua. Estas condiciones los hacen especialmente propensos a desarrollar síntomas de ansiedad, estrés y depresión, fenómeno también observado en otros sectores laborales bajo alta presión.⁴¹

Estudiantes universitarios

En la población de estudiantes universitarios, las prevalencias de síntomas depresivos y ansiosos muestran una gran heterogeneidad. En el caso de la depresión, las cifras oscilan desde valores bajos como el 6,20%⁴² en Loja y el 9,23% en Cuenca,⁴³ hasta valores extremadamente altos como el 65,90% reportado en Cuenca.⁴⁴ Otros estudios en esta misma ciudad informan prevalencias intermedias a los extremos, como el 18,30%⁴⁵ y el 57,90%.⁴⁶ En Loja, un estudio adicional reportó una prevalencia del 22,60% utilizando el Inventario de Depresión de Beck,⁴⁷ mientras que una investigación más reciente halló un 28,00% al aplicar el DASS-21.⁴⁸ Estas diferencias evidencian no solo la variabilidad regional, sino también la influencia de los instrumentos de medición empleados.

En cuanto a la ansiedad, se observa una de las mayores discrepancias dentro de toda la literatura revisada. En un extremo, se reportó una prevalencia de apenas el 0,02% utilizando el PHQ-A,⁴² mientras que otro estudio, en la ciudad de Cuenca, reportó un 77,10% al aplicar la Escala de Hamilton.⁴⁹ Esta disparidad subraya la importancia crítica del instrumento utilizado, así como del contexto académico y emocional en el que se encuentran los estudiantes.

Este fenómeno no se limita a Ecuador. En un estudio realizado en Perú con 1238 estudiantes de medicina, se encontró una prevalencia del 74% para síntomas depresivos y del 57% para ansiedad.⁵⁰ Asimismo, otro estudio en población universitaria reportó un 36,31% de ansiedad,⁵¹ lo cual confirma que los estudiantes universitarios, especialmente aquellos en carreras exigentes como la medicina, constituyen un grupo de alto riesgo en términos de salud mental.

Población laboral/ocupacional

En la población trabajadora y adulta en general, la prevalencia de depresión varía desde un 5,60%⁵² hasta un 48% en Ambato.⁵³ Estudios intermedios reportan tasas entre 24,90%,⁵⁴ 22% en Cayambe⁵⁵ y 36,63%⁵⁶ en Quito.

Para la ansiedad, las cifras van desde un 7,70%⁵² hasta un 59%.⁵³ Estudios intermedios reportan 40,10%.⁵⁶ La diversidad de ocupaciones y contextos laborales probablemente contribuye a esta variabilidad.

Población vulnerable

En las poblaciones consideradas vulnerables, como personas en situación de pobreza, mujeres embarazadas o individuos en contextos de exclusión social, la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos tiende a ser elevada, como era de esperarse. Por ejemplo, se han reportado tasas de depresión del 48,20%⁵⁷ y del 20,90%,⁵⁸ lo que refleja una afectación considerable dentro de estos grupos. Sin embargo, un estudio más reciente, que utilizó la escala HSCL-25, encontró una prevalencia más moderada del 14,60% tanto para síntomas depresivos como para ansiosos.⁵⁹ Esta diferencia puede atribuirse a la variabilidad metodológica, los instrumentos utilizados y las condiciones específicas de cada población.

En el caso de mujeres embarazadas, otro grupo especialmente sensible a alteraciones emocionales, los resultados también reflejan una presencia significativa de malestar psicológico. Un estudio reportó una prevalencia del 24,40% de depresión y del 15,90% de ansiedad durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.⁶⁰ Asimismo, se identificó una prevalencia de ansiedad del 26,80%, siendo más frecuente en el tercer trimestre, lo cual podría estar relacionado con factores hormonales, incertidumbre sobre el parto y la sobrecarga emocional propia de esta etapa.⁶¹

Aunque el enfoque de este estudio no son los adultos mayores, es relevante mencionar que la depresión en edades avanzadas mantiene una relación estrecha con aspectos funcionales, cognitivos y de estilo de vida, apoyando la naturaleza multifactorial de los síntomas afectivos descrita en otros contextos.⁶²

Estos hallazgos resaltan la importancia de desarrollar estrategias de detección temprana y apoyo psicosocial dirigidas específicamente a estas poblaciones, para mitigar los efectos adversos que los trastornos mentales pueden tener tanto a corto como a largo plazo.

Tabla 1. Evaluación del riesgo de sesgo (JBI) de los estudios de prevalencia incluidos en la revisión sistemática.

| Estudio | Muestra represent. | Reclutamiento adecuado | Tamaño muestra | Descripción adecuada | Método válido | Medición confiable | Análisis adecuado | Sub-grupos | Resultados reportados | Evaluación global | |
|---------|--|------------------------|----------------|----------------------|---------------|--------------------|-------------------|------------|-----------------------|-------------------|----------|
| 1 | Jiménez-Zambrano et al., 2020 ²⁰ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 2 | Chedraui et al., 2009 ²¹ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 3 | Mautong et al., 2021 ²² | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 4 | Lazo-Gonzalez PV., 2016 ²³ | No | Incierto | Incierto | Incierto | Sí | No | No | No | Incierto | Moderado |
| 5 | Caycho-Rodríguez et al., 2021 ²⁴ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 6 | Salas-Quijada et al., 2023 ²⁵ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 7 | Moya-Chacon & Salazar-Bustillos, 2024 ²⁶ | No | Incierto | Incierto | Incierto | Sí | No | No | No | Incierto | Moderado |
| 8 | Salazar-Buenaño et al., 2024 ²⁷ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 9 | Ordoñez-Gavilanez SE., 2017 ²⁸ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 10 | Dominguez-Villizhañay JD., 2014 ²⁹ | No | No | No | No | No | No | No | No | No | Alto |
| 11 | Koslowski & Lazo-Jara, 2018 ³⁰ | No | No | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 12 | Fernandez et al., 2019 ³¹ | No | No | No | No | No | No | No | No | No | Alto |
| 13 | Quito-Becerra & Rivas-Ullaguari, 2019 ³² | No | Incierto | Incierto | No | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 14 | Molina-Delgado JL., 2014 ³⁴ | No | No | No | No | No | No | No | No | No | Alto |
| 15 | Pazmiño-Eraza et al., 2021 ³⁵ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 16 | Caldichoury et al., 2023 ³⁶ | No | Incierto | Incierto | Incierto | No | No | No | No | Incierto | Alto |
| 17 | Figueroa-Pico et al., 2021 ³⁷ | No | Incierto | Incierto | No | No | No | Incierto | No | Incierto | Alto |
| 18 | Torres et al., 2017 ⁴⁰ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 19 | Maldonado-Lopez et al., 2009 ⁴¹ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 20 | Guamán-Alvarez & Nugra-Yáñez, 2023 ⁴² | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 21 | Torres-Ordoñez & Ugalde-Torres, 2013 ⁴³ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 22 | Santos-Morocho et al., 2017 ⁴⁴ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 23 | Jiménez-Gaona MA., 2015 ⁴⁵ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 24 | Aguirre-Quezada & Aranda-Ramírez., 2024 ⁴⁶ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 25 | Guzmán-Toapanta NC., 2017 ⁴⁷ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 26 | Bustamante-Granda et al., 2021 ⁵⁰ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 27 | Guamán-Guevara & Teneda., 2023 ⁵¹ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 28 | Rosero-Flores & Valarezo-Gutierrez, 2011 ⁵² | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 29 | Torres-Solis & Paz y Miño-Jacome, 2022 ⁵³ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 30 | Arias-Flores et al., 2022 ⁵⁴ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 31 | Puente-Andrade AF., 2017 ⁵⁵ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 32 | Vicuña-Arevalo JP., 2017 ⁵⁶ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |
| 33 | Ghahyazi al., 2024 ⁵⁷ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Bajo |

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó utilizando la herramienta del Joanna Briggs Institute (JBI) para estudios de prevalencia. Cada ítem representa un criterio metodológico clave. Las respuestas fueron clasificadas como "Sí", "No" o "Incierto" según la información disponible en cada estudio. La evaluación global se asignó con base en el cumplimiento general de los criterios.

Tabla 2. Características principales de los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos en Ecuador.

| N | Autores | Tipo de Población | Edad | Tamaño de muestra | Prevalencia Depresión | Instrumento Depresión | Prevalencia Ansiedad | Instrumento Ansiedad | Contexto geográfico |
|----|--|--|--|-------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | Jiménez-Zambrano et al., 2020 ²⁰ | Adultos población general | 41.9 (± 13.5) | 50 | 14% | DASS-21 | 20% | DASS-21 | Guayaquil |
| 2 | Chedraui et al., 2009 ²¹ | | 40 - 49 años | 409 | 55,20% | MRS | 31% | MRS | Guayaquil |
| 3 | Mautong et al., 2021 ²² | | 29.6 (± 11.7) | 626 | 17,70% | DASS-21 | 30,70% | DASS-21 | Ecuador |
| 4 | Lazo-Gonzalez PV., 2016 ²³ | | 20 a 65 años | 134 | 30,59% | Inventario de Beck | No reportado | No reportado | Cañar |
| 5 | Caycho-Rodríguez et al., 2021 ²⁴ | | 24.58 (± 7.76) | 790 | 25,90% | PHQ 9 | 25,30% | GAD 7 | Ecuador |
| 6 | Salas-Quijada et al., 2023 ²⁵ | | > 18 años | 2653 | 39,50% | PHQ-9 | 42,40% | GAD-7 | Ecuador |
| 7 | Moya-Chacon & Salazar-Bustillos, 2024 ²⁶ | | 27 a 50 años | 50 | 28% | Inventario de Beck | No reportado | No reportado | Quito |
| 8 | Salazar-Buenano et al., 2024 ²⁷ | | 37.6 (18-65) | 78 | 17% | DASS-21 | No reportado | DASS-21 | Esmeraldas |
| 1 | Jiménez-Zambrano et al., 2020 ²⁰ | Pacientes hospitalarios | 41.9 (± 13.5) | 50 | 38% | DASS-21 | 54% | DASS-21 | Guayaquil |
| 8 | Salazar-Buenano et al., 2024 ²⁷ | | 35.5 (18-65) | 102 | 44% | DASS-21 | No reportado | DASS-21 | Esmeraldas |
| 9 | Ordoñez-Gavilanez SE., 2017 ²⁸ | | 18 a 64 años | 80 | 66,30% | Escala de Hamilton | No reportado | No reportado | Quito |
| 10 | Dominguez-Villizhañay JD., 2014 ²⁹ | | 20 a 44 años | 370 | 34,90% | Escala de Hamilton | No reportado | No reportado | Cuenca |
| 11 | Koslowski & Lazo-Jara, 2018 ³⁰ | | > 18 años | 246 | 42,30% | Inventario de Beck | No reportado | No reportado | Cuenca |
| 12 | Fernandez et al., 2019 ³¹ | | 34.12 (17-66) | 85 | No reportado | MINI | 41% | MINI | Quito |
| 13 | Quito-Becerra & Rivas-Ullaguari, 2019 ³² | | 18 a 65 años | 133 | 62,40% | Escala de Hamilton | No reportado | No reportado | Cuenca |
| 14 | Molina-Delgado JL., 2014 ³⁴ | Profesionales sanitarios | > 18 años | 91 | 86,81% | GHQ-12 | 74,73% | GHQ-12 | Latacunga |
| 15 | Pazmiño-Erazo et al., 2021 ³⁵ | | > 18 años | 1028 | 27,30% | PHQ-9 | 39,20% | GAD-7 | Ecuador |
| 16 | Caldichoury et al., 2023 ³⁶ | | 40,19 (± 8,38) | 833 | 71,30% | PHQ-9 | 76,40% | GAD-7 | Ecuador |
| 17 | Figueroa-Pico et al., 2021 ³⁷ | | > 18 años | 74 | 18,92% | Cuestionario propio | 24,32% | Cuestionario propio | No reportado |
| 18 | Torres et al., 2017 ⁴⁰ | | 17 a 24 años | 1092 | 6,20% | PHQ-9 | 0,02% | PHQ-A | Loja |
| 19 | Maldonado-Lopez et al., 2009 ⁴¹ | | 17 a 29 años | 325 | 9,23% | Escala de Zung | No reportado | No reportado | Cuenca |
| 20 | Guamán-Alvarez & Nugra-Yáñez, 2023 ⁴² | | 18 a 30 años | 279 | 65,90% | Inventario de Beck | No reportado | No reportado | Cuenca |
| 21 | Torres-Ordoñez & Ugalde-Torres, 2013 ⁴³ | Estudiantes universitarios | 19 a 26 años | 334 | 18,30% | Escala de Hamilton | 39,80% | Escala de Hamilton | Cuenca |
| 22 | Santos-Morocho et al., 2017 ⁴⁴ | | > 18 años | 159 | 57,90% | Escala de Hamilton | No reportado | No reportado | Cuenca |
| 23 | Jiménez-Gaona MA., 2015 ⁴⁵ | | 21.49 años | 500 | 22,60% | Inventario de Beck | No reportado | No reportado | Loja |
| 24 | Aguirre-Quezada & Aranda-Ramírez., 2024 ⁴⁶ | | 18 a 29 años | 230 | 28% | DASS-21 | 28% | DASS-21 | Cuenca |
| 25 | Guzmán-Toapanta NC., 2017 ⁴⁷ | | 23 a 30 años | 293 | No reportado | No reportado | 77,10% | Escala de Hamilton | Cuenca |
| 26 | Bustamante-Granda et al., 2021 ⁵⁰ | | 33 (21-62) | 196 | 5,60% | GHQ-28 | 7,70% | GHQ-28 | Ecuador |
| 27 | Guamán-Guevara & Teneda., 2023 ⁵¹ | | Adultos población laboral/ ocupacional | > 18 años | 273 | 48% | Likert 5 puntos | 59% | Likert 5 puntos |
| 28 | Rosero-Flores & Valarezo-Gutiérrez, 2011 ⁵² | 18 a 65 años | | 273 | 24,90% | DSM-IV-TR | No reportado | No reportado | Quito |
| 29 | Torres-Solis & Paz y Miño-Jacome, 2022 ⁵³ | 18 a 60 años | | 117 | 22% | PHQ-9 | No reportado | No reportado | Cayambe |
| 30 | Arias-Flores et al., 2022 ⁵⁴ | 23 a 59 años | | 202 | 36,63% | DASS-21 | 40,10% | DASS-21 | Quito |
| 31 | Puente-Andrade AF., 2017 ⁵⁵ | 24 a 50 años | | 29 | 48,20% | Inventario de Beck | No reportado | No reportado | Quito |
| 32 | Vicuña-Arevalo JP., 2017 ⁵⁶ | Adultos de población vulnerable (duelo, LGBTI, embarazo) | 18 a 50 años | 201 | 20,90% | Escala de Zung | 34,30% | Escala de Zung | Quito |
| 33 | Ghahyazi al., 2024 ⁵⁷ | | 26 años | 508 | 14,6% | HSCL-25 | 14,6% | HSCL-25 | Esmeraldas |

La tabla presenta un resumen de los estudios incluidos, agrupados por tipo de población. Se reportan el tamaño de muestra, rangos de edad, prevalencia de depresión y ansiedad (cuando fue reportada), instrumentos de evaluación utilizados y el contexto geográfico. La variabilidad en los instrumentos y puntos de corte puede influir en la heterogeneidad observada en los resultados. Algunos estudios no reportaron información sobre ansiedad o no indicaron el punto de corte utilizado, lo que limita la comparabilidad directa.

DASS-21 Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 items; DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision; GAD-7 Generalized Anxiety Disorder – 7 items; GHQ-12 General Health Questionnaire – 12 items; GHQ-28 General Health Questionnaire – 28 items; HSCL-25 Hopkins Symptom Checklist – 25 items; MINI Mini International Neuropsychiatric Interview; MRS Menopause Rating Scale; PHQ-9 Patient Health Questionnaire – 9 items; PHQ-A Patient Health Questionnaire – Adolescent version

Diferencias regionales

Los estudios incluidos en esta revisión abarcan diversas regiones del Ecuador, permitiendo identificar variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos. En la ciudad de Guayaquil, por ejemplo, se reportaron tanto prevalencias altas como bajas. En un estudio se documentó una prevalencia de depresión del 55,2% y de ansiedad del 31% en mujeres de mediana edad utilizando el MRS;²³ mientras que en otro estudio se encontró solo un 14% de depresión y un 20% de ansiedad en adultos de la población general con el DASS-21.²² Estas diferencias pueden deberse tanto a los instrumentos utilizados como a los distintos contextos muestrales.

En la Sierra sur, Cuenca fue una de las ciudades con más estudios incluidos. Las cifras varían ampliamente: reportando una prevalencia de depresión elevada del 65,90%,⁴⁴ en contraste, otros estudios no reportan datos de depresión, pero sí una prevalencia de ansiedad del 77,1% usando la Escala de Hamilton.⁴⁹ En estudiantes universitarios de Cuenca, se reportaron cifras de depresión entre 9,23% y 57,9%,^{43,46} lo que sugiere un alto grado de afectación emocional entre los jóvenes. En la Sierra centro, en el ámbito ocupacional, se encontró una prevalencia de depresión del 48% en trabajadores de Ambato,⁵³ también se reportó prevalencias elevadas en pacientes hospitalizados, lo que refuerza la carga emocional en contextos vulnerables.^{32,34}

En la misma región, estudios en Loja también aportaron evidencia relevante. En un estudio, se reportó una prevalencia de depresión del 6,20% y de ansiedad casi nula del 0,02%, en estudiantes universitarios;⁴⁴ mientras que en otro se informó una prevalencia de depresión del 22,6% en la misma población,⁴⁷ lo que sugiere consistencia moderada entre investigaciones locales.

En Quito, los resultados también son dispares. Se encontró una prevalencia de depresión del 62,3% en pacientes hospitalizados.³⁰ En el ámbito laboral, se informó un 36,63% de depresión.⁵⁶ Estas cifras indican que Quito podría presentar un perfil de riesgo elevado, especialmente en ocupaciones exigentes emocionalmente.

En resumen, la región con mayor número de estudios y mayor variabilidad en las cifras fue la Sierra sur (Cuenca y Loja), mientras que las cifras más elevadas tienden a encontrarse en regiones urbanas y contextos clínicos o laborales vulnerables. La diversidad de instrumentos y puntos de corte también influye en esta variabilidad, pero los patrones regionales sugieren que las condiciones sociales, económicas y de salud pública locales son determinantes clave en la salud mental. En resumen, aunque emergen patrones geográficos tentativos, la heterogeneidad metodológica entre los estudios impide establecer conclusiones definitivas sobre qué regiones presentan un riesgo intrínsecamente mayor, subrayando la necesidad de futuras investigaciones estandarizadas.

A pesar de la amplia cantidad de estudios incluidos, los hallazgos de esta revisión deben interpretarse con cautela debido a la considerable heterogeneidad metodológica entre los trabajos. Las variaciones en las tasas de prevalencia observadas en las distintas poblaciones pueden atribuirse, en gran medida, a la diversidad de instrumentos diagnósticos utilizados (como el PHQ-9, DASS-21, Beck, entre otros), así como a las diferencias en los puntos de corte empleados, el contexto geográfico y las características sociodemográficas de las muestras. Esta falta de estandarización complica la comparación directa entre estudios y limita la posibilidad de realizar un metaanálisis cuantitativo, lo cual obligó a adoptar un enfoque de síntesis narrativa. Además, varios estudios carecían de detalles metodológicos clave, como la forma de muestreo o el control de factores de confusión, lo que puede afectar la validez interna de los resultados. Por tanto, aunque los datos sugieren una carga sustancial de síntomas ansiosos y depresivos en distintas regiones y subgrupos de la población ecuatoriana, se requieren investigaciones futuras con mayor rigor metodológico, tamaños muestrales más amplios y el uso de herramientas diagnósticas estandarizadas y validadas para poder estimar con mayor precisión la magnitud real del problema y permitir comparaciones válidas entre contextos.

Una limitación metodológica recurrente entre los estudios revisados fue la diversidad de instrumentos utilizados para evaluar síntomas depresivos y ansiosos, como el PHQ-9, DASS-21, Inventario de Beck, Escala de Zung, Escala de Hamilton, entre otros, cada uno con diferentes propiedades psicométricas y puntos de corte. Esta variabilidad obstaculiza la comparación entre estudios y limita la posibilidad de realizar síntesis cuantitativas robustas. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones en Ecuador utilicen de forma estandarizada herramientas validadas internacionalmente como el PHQ-9 para depresión y el GAD-7 para ansiedad, que han demostrado alta sensibilidad y especificidad, además de facilitar la comparabilidad regional y global de los resultados.

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, los hallazgos de esta revisión sistemática ponen de relieve la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas de tamizaje, prevención e intervención temprana para los trastornos depresivos y ansiosos en la población ecuatoriana. Las altas tasas de prevalencia observadas en poblaciones clave —como profesionales de la salud, estudiantes universitarios y personas hospitalizadas— sugieren que los servicios de salud mental deben ser fortalecidos en todos los niveles de atención, con especial énfasis en contextos laborales, educativos y hospitalarios. Asimismo, es indispensable que las instituciones de salud adopten instrumentos de evaluación estandarizados, culturalmente adaptados y con adecuada validez psicométrica, que per-

mitan una detección más precisa y comparable a lo largo del tiempo y entre regiones. Futuras investigaciones deberán enfocarse en estudios poblacionales de mayor alcance, con diseños metodológicos rigurosos y representatividad geográfica, que permitan establecer líneas base confiables para el monitoreo epidemiológico. Además, se recomienda promover la integración de la salud mental en políticas públicas multisectoriales, que consideren tanto los determinantes sociales como los contextos de vulnerabilidad que influyen en la aparición y mantenimiento de estos trastornos.

Conclusión

Esta revisión sistemática evidencia una alta y variable prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en distintas poblaciones adultas de Ecuador. Las cifras oscilan ampliamente según el grupo estudiado, el contexto regional y el instrumento de medición utilizado, lo que limita la posibilidad de comparaciones directas. No obstante, el patrón general indica una carga significativa de malestar psicológico, especialmente en poblaciones vulnerables como pacientes hospitalarios, estudiantes universitarios y profesionales de la salud. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una respuesta estructurada en salud mental, basada en la vigilancia epidemiológica, la prevención, y el acceso equitativo a servicios de atención psicológica y psiquiátrica.

Es imprescindible incorporar la salud mental como prioridad dentro de las políticas públicas ecuatorianas, garantizando el acceso equitativo a la detección temprana, atención especializada e intervenciones psicosociales basadas en evidencia, especialmente en poblaciones vulnerables y contextos de alta demanda emocional.

Referencias

- Lichtenberg P. A definition and analysis of depression. *AMA Arch Neurol Psychiatry* 1957;77:519–27. <https://doi.org/10.1001/archneuropsych.1957.02330350085013>
- Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry* 2018;40:105–9. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>
- Roy-Byrne P. Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17:191–206. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/proybyrne>
- Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. *Braz J Psychiatry* 2004;26 Suppl 3:31–6. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462004000700008>
- Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58:249–65. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>
- Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñiz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruiz G, Meneses-García A. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gac Med Mex* 2020;156:298–305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
- Novas SV, Nahmod M, Nespral M, Bori C, Zapata LM, Korin H, et al. Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* 2022;33:2535. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.133>
- Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Nahia Idoiaga-Mondragon. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saude Publica* 2020;36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Valiensi SM, Folgueira AL, Garay AD. Calidad del sueño, síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en Argentina. *Vertex* 2021;XXXII:6–14. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i151.3>
- Hermosa-Bosano C, Paz C, Hidalgo-Andrade P, et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Rev Ecuat Neurol.* 2021;30(2):40–4. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30200040>
- Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M, Pedraz-Petrozzi B. Medical conditions, symptoms of anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic in a population sample of Lima, Peru. *Rev Colomb Psiquiatr* 2024;53:175–83. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.004>
- Ruiz-Villa JO, Ochoa-Orozco SA, Gaviria-Mendoza A, Castrillón-Spitia JD, Echeverri-Cataño LF, Machado-Alba JE. Prevalence of Anxiety Symptoms Among Health Care Workers in Colombia During the COVID-19 Pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr* 2024;53:302–9. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2023.01.002>
- Montalvo-Herdoiza J, Perero M, Portalanza D, Camargo A, Siteneski A. Prevalence Of Major Depressive Disorder In Portoviejo, Ecuador. *Rev Ecuat Neurol.* 2021;30(1):57–63. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30100057>
- Lucas-Hernández A, González-Rodríguez VDR, López-Flores A, Kammar-García A, Mancilla-Galindo J, Vera-Lastra O, et al. Stress, anxiety, and depression in health workers during the COVID-19 pandemic. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2022;60:556–62.
- Camargo L, Herrera-Pino J, Shelach S, Soto-Añari M, Porto MF, Alonso M, et al. GAD-7 Generalised Anxiety Disorder scale in Colombian medical pro-

- professionals during the COVID-19 pandemic: Construct validity and reliability. *Rev Colomb Psiquiatr* 2023;52:245–50. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.06.011>
16. Sáiz PA, Flórez G, Arrojo M, Bernardo M, González-Pinto A, Goikolea JM, et al. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with an anxiety disorder and comorbid substance use. *Adicciones* 2022;34:157–67. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1548>
 17. Almadana-Pacheco V, Gómez-Bastero Fernández AP, Valido Morales A, Luque Crespo E, Monserrat S, Montemayor Rubio T. Anxiety, depression and tobacco abstinence. *Adicciones* 2017;29:233–44. <https://doi.org/10.20882/adicciones.761>
 18. Freitas PHB de, Meireles AL, Ribeiro IK da S, Abreu MNS, Paula W de, Cardoso CS. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes del área de la salud e impacto en la calidad de vida. *Rev Lat Am Enfermagem* 2023;31:e3884. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6315.3884>
 19. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
 20. Rayyan Systems Inc. Rayyan – Intelligent systematic review tool. <https://www.RayyanAi/> 2025.
 21. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc* 2015;13:147–53. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000054>
 22. Jiménez-Zambrano J, Zambrano-Llaguno K, Acuña-Chong MG. Social anxiety disorder among patients with multiple sclerosis: a population-based case-control study in Ecuador. *Rev Neurol* 2020;70:45–52. <https://doi.org/10.33588/rn.7002.2019213>
 23. Chedraui P, San Miguel G, Avila C. Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. *Gynecological Endocrinology* 2009;25:130–5. <https://doi.org/10.1080/09513590802617770>
 24. Mautong H, Gallardo-Rumbea JA, Alvarado-Villa GE, Fernández-Cadena JC, Andrade-Molina D, Orellana-Román CE, et al. Assessment of depression, anxiety and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021;21. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03214-1>
 25. Lazo-Gonzalez PV. Depresión en adultos y su relación con disfuncionalidad familiar, migración y alcoholismo. Chuguin Chico 2015. Universidad del Azuay, 2016.
 26. Caycho-Rodríguez T, Tomás JM, Vilca LW, Carbajal-León C, Cervigni M, Gallegos M, et al. Socio-Demographic Variables, Fear of COVID-19, Anxiety, and Depression: Prevalence, Relationships and Explanatory Model in the General Population of Seven Latin American Countries. *Front Psychol* 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695989>
 27. Salas-Quijada C, López-Contreras N, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, León-Gómez BB, Peralta A, et al. Social Inequalities in Mental Health and Self-Perceived Health in the First Wave of COVID-19 Lockdown in Latin America and Spain: Results of an Online Observational Study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095722>
 28. Moya-Chacón KA, Salazar-Bustillos SC. Factores de riesgo de depresión en adultos de entre 27 y 50 años en una comunidad del sur de Quito durante el año 2024. Universidad Politecnica Salesiana, 2024.
 29. Salazar-Buenaño JP, Zurita-Alvarado FA, Weyand I, Rosero-Montezuma T, Tapia B, Solis-Olive C, et al. Impact of dengue fever on depression, anxiety, and stress symptoms in Esmeraldas Province, Ecuador: a prospective cohort study. *Trop Med Health* 2024;52. <https://doi.org/10.1186/s41182-024-00625-0>
 30. Ordoñez-Gavilán SE. Prevalencia de síndrome depresivo y factores asociados en pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – junio 2017. Universidad Católica de Cuenca, 2017.
 31. Domínguez-Villizhañay JD. Prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2011. Facultad de Ciencias Médicas, 2014.
 32. Koslowski AM, Lazo-Jara VC. Prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/sida, atendidos en la consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017-2018. Universidad de Cuenca, 2018.
 33. Fernandez H, Cevallos A, Jimbo Sotomayor R, Naranjo-Saltos F, Mera Orces D, Basantes E. Mental disorders in systemic lupus erythematosus: a cohort study. *Rheumatol Int* 2019;39:1689–95. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04423-4>
 34. Quito-Becerra AX, Rivas-Ullaguari AB. Prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con hipotiroidismo que acuden a consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - 2018. Universidad de Cuenca, 2019.
 35. Lacerda MS, Cirelli MA, Barros ALBL de, Lopes J de L. Anxiety, stress and depression in family members of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03211. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016018903211>
 36. Molina-Delgado JL. Influencia del trabajo nocturno

- en la salud de médicos, enfermeras e internos del Hospital IESS –Latacunga. Universidad Regional Autonoma de los Andes, 2014.
37. Pazmiño Erazo EE, Alvear Velásquez MJ, Saltos Chávez IG, Pazmiño Pullas DE. Factors Associated With Psychiatric Adverse Effects in Healthcare Personnel During the COVID-19 Pandemic in Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr* 2021;50:166–75. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>
 38. Caldichoury N, García-Roncillo P, Saldías C, Zurita B, Castellanos C, Herrera-Pino J, et al. Impacto psicológico del COVID-19 en los trabajadores sanitarios durante el segundo año de pandemia en Latinoamérica: estudio de encuesta transversal. *Rev Colomb Psiquiatr* 2023. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.04.010>
 39. Figueroa-Pico C, Castillo-Morocho S, Carranza-Gómez FJ, Cerezo-Leal B, Montenegro-Sáenz CA. Psychosocial risks to the infectious threat in nursing personnel in a health center in Ecuador 2020. *Bol Malariol Salud Ambient* 2021;61(1):54–61.
 40. Silveira Barbosa M, Filipe Oliveira de Freitas J, Praes Filho FA, de Pinho L, Santos Figueiredo Brito MF, Rossi-Barbosa LAR. Sociodemographic and occupational factors associated with anxiety symptoms in Community Health Agents. *Cien Saude Colet* 2021; 26:5997–6004. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.15162021>
 41. Appiani FJ, Rodríguez Cairoli F, Sarotto L, Yaryour C, Basile ME, Duarte JM. Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. *Arch Argent Pediatr* 2021;119:317–24. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.317>
 42. Torres C, Otero P, Bustamante B, Blanco V, Díaz O, Vázquez FL. Mental health problems and related factors in ecuadorian college students. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14. <https://doi.org/10.3390/ijerph14050530>
 43. Maldonado-López CE, Muñoz-Vega PJ, Patiño-Alvarado JD. Detección de frecuencia de depresión y comportamiento suicida en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad de Cuenca durante 2008 -2009. Universidad de Cuenca, 2009.
 44. Guaman-Alvarez KV, Nugra-Yanez JM. Prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca, 2023.
 45. Torres-Ordoñez MG, Ugalde-Torres DP. Prevalencia de adicción a las tics y trastornos del estado del ánimo en estudiantes de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca, 2013.
 46. Santos-Morocho JL, Jaramillo-Oyervide JA, Morocho-Malla MI, Senín-Calderón MC, Rodríguez-Testal JF. Estudio Trasversal: Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes de Medicina y su Asociación con la Depresión. *Revista Médica Hospital Del José Carrasco Arteaga* 2017;9:255–60. <https://doi.org/10.14410/2017.9.3.ao.42>
 47. Jimenez-Gaona MA. Propuesta de intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad en base a la relación de depresión y personalidad en jóvenes universitarios. Universidad del Azuay, 2015.
 48. Aguirre-Quezada MA, Aranda-Ramírez MP. Irruption of Network Analysis to Explain Dietary, Psychological and Nutritional Patterns and Metabolic Health Status in Metabolically Healthy and Unhealthy Overweight and Obese University Students: Ecuadorian Case. *Nutrients* 2024;16. <https://doi.org/10.3390/nu16172924>
 49. Guzman-Toapanta NC. Prevalencia de trastornos de ansiedad y factores asociados en internos de pregrado de la carrera de medicina de la Universidad Católica de Cuenca. Enero – julio 2017. Universidad Católica de Cuenca, 2017.
 50. Huarcaya-Victoria J, Elera-Fitzcarrald C, Crisol-Deza D, Villanueva-Zúñiga L, Pacherras A, Torres A, et al. Factors associated with mental health in Peruvian medical students during the COVID-19 pandemic: a multicentre quantitative study. *Rev Colomb Psiquiatr* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.002>
 51. Robledo-Martín J, Acea-López L, Alcolea Cosín MT, Pérez Urdiales I, Bellon F, Oter Quintana C, et al. Stress and anxiety in nursing students during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Arch Prev Riesgos Labor* 2024;27:28–40. <https://doi.org/10.12961/aprl.2024.27.01.03>
 52. Bustamante-Granda BF, Rodríguez-Hidalgo C, Cisneros-Vidal MA, Rivera-Rogel D, Torres-Montesinos C. Ecuadorian journalists mental health influence on changing job desire: A cross sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910139>
 53. Guamán-Guevara MD, Teneda W. Teachers' mental health issues associated with the university reopening at the onset of the post-COVID-19 era in Ecuador. *Revista Venezolana de Gerencia* 2023;28:796–809. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.28.e9.49>
 54. Rosero-Flores AA, Valarezo-Gutierrez EE. Prevalencia de depresión y características socio demográficas en los vendedores informales de una zona del sector centro – norte de Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2011.
 55. Torres-Solis T del R, Paz y Miño-Jacome MH. Estudio de prevalencia de depresión asociado a los factores macrosociales en los guardias de seguridad de la empresa privada Invin en Cayambe, en el año 2022. Universidad de las Americas, 2022.
 56. Arias-Flores H, Guadalupe-Lanas J, Pérez-Vega D,

- Artola-Jarrín V, Cruz-Cárdenas J. Emotional State of Teachers and University Administrative Staff in the Return to Face-to-Face Mode. *Behavioral Sciences* 2022;12. <https://doi.org/10.3390/bs12110420>
57. Puente-Andrade AF. Prevalencia de depresión en pacientes adultos con duelo por ruptura de pareja en el Centro Especializado de Psicología Integral-CEPSI. Universidad Central del Ecuador, 2017.
 58. Vicuña-Arevalo JP. Prevalencia de ansiedad y depresión en la población no heterosexual del cantón Quito 2016. Universidad Central del Ecuador, 2017.
 59. Ghahyazi K, Familiar-Lopez I, Culbert O, Uru-chima J, Van Engen A, Cevallos W, et al. Correlates of maternal depression, anxiety and functioning across an urban-rural gradient in northern Ecuador. *Glob Public Health* 2023;19. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2291697>
 60. Pinto TM, Caldas F, Nogueira-Silva C, Figueiredo B. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *J Pediatr (Rio J)* 2017;93:452–9. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.005>
 61. Silva MM de J, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03253. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>
 62. Adana-Díaz L, Rodríguez-Lorenzana A, Mascialino G, Parra C, Jiménez Y. Depresión en adultos que asisten a centros de día en Ecuador: prevalencia y variables asociadas. *Rev Ecuat Neurol*. 2024;33(1):23–30. <https://doi.org/10.46997/revecuat-neurol33100023>

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses relacionado con la elaboración, análisis, interpretación de los datos o la redacción del presente manuscrito.

Contribución de los autores:

APMG: concepción del artículo, curación de datos, análisis de los resultados, redacción del texto.

GGMG: revisión del manuscrito final.