



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

MODALIDAD: TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**Tema:** “Prevalencia De Trastornos Mentales En Pacientes Atendidos En El Sub-Centro De Salud De Alpachaca, Ibarra 2022”

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: **Licenciatura en Enfermería**

**Línea de Investigación:** Salud y Bienestar

**Sublínea:** Enfermería en el contexto social

**Autor:** Jean Carlos Borja Borja

**Tutor:** Dra. Lola Yesenia Acosta Vinuesa

**Ibarra-2024**

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada “PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE ALPACHACA, IBARRA 2022” de autoría Jean Carlos Borja, para obtener el Título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de junio del 2024

Lo certifico



.....  
Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C: 0401046800

**DIRECTORA DE TESIS**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

### IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del norte dentro del Repositorio Digital Institucional, determino la necesidad, de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de de apoyar procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información.

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	<b>DE</b>	1004743512	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	<b>Y</b>	Jean Carlos Borja Borja	
<b>DIRECCIÓN:</b>		Imbabura-Ibarra-Valle del chota	
<b>EMAIL:</b>		jcborjab@utn.edu.ec	
<b>TELÉFONO FIJO:</b>		06-2637022	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b> 0985521891

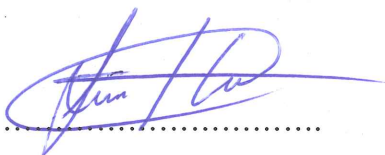
<b>Datos de la Obra</b>	
<b>Título:</b>	“Prevalencia De Trastornos Mentales En Pacientes Atendidos En El Sub-Centro De Salud De Alpachaca, Ibarra 2022”
<b>Autor (es):</b>	Jean Carlos Borja Borja
<b>Fecha: (a-m-d)</b>	12/06/2024
<b>Solo para Trabajos de Titulación</b>	
<b>Programa:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
<b>Título por el que opta:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>Director:</b>	Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
<b>Asesor</b>	

## AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Borja Borja Jean Carlos** con cédula de identidad Nro. **1004743512**, en calidad de autor(es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de integración curricular descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad de material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

Ibarra, a los 12 días del mes de junio de 2024

**El Autor:**



Borja Borja Jean Carlos

## CONSTANCIAS

El (los) autor (es), manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de junio de 2024

EL AUTOR



Borja Borja Jean Carlos

C.I.: 1004743512

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de junio del 2024

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

DIRECTORSR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo a su presentación para los fines legales pertinentes.

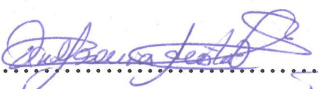
(f).....

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

CC: 0401046800

## APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular titulado: **“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE ALPACHACA, IBARRA 2022”** Elaborado por **Borja Borja Jean Carlos** previo a la obtención del título de LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f).....

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza - **DIRECTOR**

CC: 0401046800

## DEDICATORIA

*“Reconócelo en todos tus caminos, y Él enderezará tus sendas”.*

*Proverbios 3:6*

*“Los envió a predicar el reino de Dios, y que sanasen a los enfermos”.*

*Lucas 9:2*

A Dios, esa fuerza espiritual que guía mis pasos, me guiaste por el buen camino y nunca me abandonaste en los peores momentos, gracias por una familia maravillosa, buenos docentes y llenar mi corazón con la luz de tu Espíritu para permíteme lograr la tan ansiada meta.

Sin duda a la Prestigiosa e Ilustre Carrera de Enfermería, he de decirte que puedo culminar mis estudios hasta aquí, pero no dejare de amarte Esplendorosa Enfermería. *“Enamorado me voy de la Carrera de Enfermería y Enamorado me quedo de la profesión de Enfermería.”*

A mi hija Rose, ella la razón por la que tuve que sacar este título, definitivamente es la luz en mis pasos, mis oportunidades y mis sacrificios, y aunque actualmente no cuenta conmigo, le dedicaré este trabajo como parte de mi gratitud. Gracias por brindarme esa oportunidad de ser tu padre.

A mi Padre, los abrazos que quiero darte son tan fuertes que estoy seguro de que puedes sentirlos. Aunque ya no estas ahora para verme cumplir mi meta, donde quiera que me estes mirando espero que te sientas feliz de verme cumplir este anhelado objetivo.

Para todos aquellos que viven con un trastorno mental, que lamentablemente es estigmatizada sin un tratamiento y prevención oportuna, mi compromiso con este trabajo es ayudar a cerrar la brecha que existe en la desestigmatización de los trastornos mentales.



## AGRADECIMIENTO

*“Somos arquitectos de nuestro propio destino”*

*Albert Einstein*

A la Docente Janeth Vaca, quien ha demostrado total paciencia para ayudarme a reflejar los errores que he cometido dentro del tiempo que pudo impartir sus conocimientos de la investigación.

A la Docente Susana Meneses Dávila, quien ya no está en la carrera, pero depositó toda la confianza en mí, siendo un pilar para seguir caminando y construyendo la meta tan esperada

A la Coordinadora de la carrera de Enfermería MSc. Viviana Espinel, quien ha demostrado total constancia y paciencia con todos mis compañeros, me permito decirle que siempre debería ser el pilar de esta prestigiosa carrera.

A los docentes y profesionales de la carrera de Enfermería, especialmente todas aquellas que fueron mis docentes de enfermería durante todos los semestres son quienes han depositado en mi la semilla del conocimiento, dejando su pequeña gota de esfuerzo y saber para que pueda ser uno de los mejores profesionales a futuro.

A la gloriosa Universidad Técnica del Norte, quien me acogió durante mi andar académico, guiándome con buenas enseñanzas de aprendizaje, y me dio la oportunidad de perseguir mayores ambiciones a futuro.

A mi familia, pero especialmente a mi abuelita, quien ha sido mi madre y padre en todo este proceso desde el primer momento que empecé a estudiar, y no me ha dejado caer en ninguna de las ocasiones que he desistido, ha sido parte de mis problemas y enredos en los que he estado, de los cuales ha caminado junto a mí, a pesar de todos sus problemas de salud.

*Jean Carlos Borja*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.....	2
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA .....	3
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD .....	4
CONSTANCIAS .....	5
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.....	6
APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR .....	7
DEDICATORIA.....	8
AGRADECIMIENTO .....	9
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	10
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS .....	13
RESUMEN EJECUTIVO.....	14
ABSTRACT .....	15
INTRODUCCIÓN.....	16
Motivaciones para la investigación.....	16
El Problema de la investigación.....	16
Justificación .....	20
Impactos de la investigación.....	21
Objetivos.....	22
Objetivo General .....	22
Objetivos Específicos .....	22
CAPÍTULO I.....	23
1. Marco Teórico .....	23
1.1 Marco Referencial.....	23
1.1.1 Indicadores de salud mental en la atención primaria de salud: evaluando la calidad del acceso a través de la capacidad de detección de casos (Alves, Correia, 2021) .....	23
1.1.2 Impacto de diferentes enfoques de atención primaria de la salud mental en la prevalencia de los trastornos mentales. (Moscovici, et al., 2018).....	24
1.1.3 El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. (Gómez, et al., 2019).....	25

1.1.4	Impacto en la salud mental tras la colaboración entre atención primaria y servicios de salud mental (Gálvez et. al, 2021) .....	25
1.1.4	Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile (Sapag, Velasco, 2019) .....	26
1.1.5	The Global Mental Health Assessment Tool Primary Care and General Health Setting Version (GMHAT/PC) - Versión en español: un estudio de validez y factibilidad (Tejada, Jaramillo, García, Sharma, 2017) .....	26
1.2	Fundamentación Teórica .....	28
1.2.1	Prevalencia .....	28
1.2.2	Salud mental .....	28
1.2.3	Factores que influyen en la salud mental .....	28
1.2.4	Atención a la Salud Mental .....	29
1.2.6	Trastornos mentales más comunes en atención primaria .....	30
	Características del proceso de atención de enfermería .....	35
	<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>39</b>
2.	Materiales y métodos.....	39
2.1	Técnicas e instrumentos de investigación .....	39
2.2	Tipo de Investigación.....	39
2.3	Hipótesis.....	40
2.4	Matriz de operacionalización de variables .....	41
2.5	Participantes .....	51
2.6	Procedimiento y Análisis de datos.....	51
	<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>52</b>
3.	Resultados y discusión.....	52
3.1	Características sociodemográficas de la población de estudio .....	52
3.2	Identificar los trastornos mentales prevalentes en los usuarios del centro de salud de Alpachaca mediante el uso de GMHAT-PC .....	54
3.3	Clasificar los Diagnósticos de enfermería en la población de estudio, Según la Taxonomía NANDA.....	58

3.4 Ejecutar un plan de cuidados de enfermería según el principal diagnóstico de enfermería identificado .....	62
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	68
ANEXOS .....	74
Consentimiento Informado .....	74
Archivo Fotográfico .....	75
Herramienta .....	76
Autorización .....	87
Revisión de Abstract .....	89

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Características Sociodemográficas .....	52
Tabla 2. Frecuencia de trastornos mentales en los usuarios del Centro de Salud de Alpachaca...	54
Tabla 3. Frecuencia del consumo de sustancias en los usuarios del centro de salud de Alpachaca .....	56
Tabla 4. Distribución según el nivel de riesgo de suicidio de la población de estudio.....	57
Tabla 5. Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería según los usuarios de la población de estudio .....	58
Tabla 6. Distribución de los diagnósticos de enfermería más frecuentes por dominios .....	61

## RESUMEN EJECUTIVO

### “PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALPACHACA, IBARRA 2022”

Los problemas de salud mental a menudo son comunes en la atención primaria, pero muchos no se tratan de manera efectiva. Por lo tanto, siempre son derivados a otros niveles de atención más especializados. Actualmente, en atención primaria existe un infradiagnóstico con respecto a los trastornos mentales, Esto es un problema porque a futuro pueden surgir problemas psicosociales graves e irreversibles. El objetivo principal fue determinar la prevalencia de los trastornos mentales en usuarios atendidos en el Subcentro de salud de Alpachaca. Investigación con enfoque cuantitativo-no experimental, de alcance descriptivo-transversal. La información se recopiló utilizando la herramienta diagnóstica Global Mental Health Assesment Tool - Primary Care, clínicamente validada; Se aplicó a los usuarios que acudieron por morbilidad; se excluyeron aquellos con discapacidad mental; Se considero el grupo etario entre 18–65 años; En total se recogieron 229 encuestas; Fueron procesados en la base datos SPSS; El porcentaje global de pacientes con algún trastorno mental por consulta de morbilidad fue de 65,1%; Concluyendo que, más de la mitad de los usuarios que acuden por otras causas de tipo somático al centro de salud presentan algún tipo de trastorno mental oculto. El grupo poblacional fue mayoritariamente femenino con 69%; La ansiedad es el trastorno más prevalente con 47,7%; El análisis determinó que los Diagnósticos de Enfermería más comunes de este estudio coinciden con los trastornos mentales identificadas con la herramienta de diagnóstico. Es imprescindible de los profesionales de atención primaria estar capacitados en la promoción, prevención y tratamiento oportuno de los trastornos mentales.

**Palabras Claves:** Prevalencia, Salud Mental, Trastornos Mentales, Atención Primaria, Usuarios de atención primaria

## ABSTRACT

### "PREVALET MENTAL DISORDERS IN PATIENTS TREATED AT THE HEALTH SUB-CENTER OF ALPACHACA PARISH, IBARRA CITY, 2022"

Mental health problems are often common in primary health care, but many are not treated effectively. They are always referred to other more specialized levels of care. Currently, in primary care there is a case of underdiagnosis with regard to mental disorders. This is a problem because serious and irreversible psychosocial issues may arise in the future. The main objective was to determine the prevalence of mental disorders in users treated at the Health Sub-Center of Alpachaca Parish. This research used a quantitative-non-experimental approach; descriptive transversal scope was held. The information was collected through the clinically validated Global Mental Health Assessment Tool - Primary Care which was applied to users who came for morbidity. Those with mental disabilities were excluded. A total of 229 surveys were collected from a population between 18 to 65 years old. The population group was mostly female with 69%; data was processed in the SPSS database. The overall percentage of patients with some sort of mental disorder due to morbidity consultation was 65.1% concluding that more than half of the users who come from other causes of somatic type to the health care center have some type of hidden mental disorder. Anxiety is the most prevalent disorder with 47.7%. The analysis determined that the most common nursing diagnoses of this study coincide with the psychiatric pathologies identified with the diagnostic tool. It is imperative for primary health care professionals to be trained in the promotion, prevention, and timely treatment of mental disorders.

**Keywords:** Prevalence, Mental Health, Mental Disorders, Primary Care, Primary Care Users

**TEMA:**

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
CENTRO DE SALUD DE ALPACHACA, IBARRA 2022



## INTRODUCCIÓN

### **Motivaciones para la investigación**

Los argumentos previamente descritos motivan el interés del presente autor incentivar la atención integral al individuo, la familia y comunitaria en salud aplicando un método clínico con versatilidad y aplicabilidad en el entorno sanitario, con la finalidad de proporcionar esta información a los profesionales de atención primaria en los centros de salud Tipo A, B y C; Universidades y principalmente este proyecto se realizó con el objetivo de mitigar el problema encontrado en la atención primaria de salud.

### **El Problema de la investigación**

Los trastornos mentales constituyen un problema de salud mundial, dada su alta prevalencia, el impacto sobre la calidad de vida y los costes sociosanitarios que generan frecuente en estos tiempos. Se cree que los problemas de salud mental son muy comunes en atención primaria en todo el mundo, pero muchos de estos problemas no se abordan eficazmente, por lo que siempre se derivan a otros niveles de atención más especializados. No obstante, se considera que el personal de atención primaria de salud juega un papel muy fundamental en la prevención y promoción de los trastornos mentales. Sin embargo, esto sigue siendo muy insuficiente en todo el mundo, ya que muchos de estos problemas no se solucionan oportunamente, lo que derivan en problemas psicosociales graves e irreversibles a futuro (1).

Galiana mencionó que, en un metaanálisis reciente de 174 estudios de prevalencia de 63 países de todo el mundo se pone en manifiesto que una de cada cinco personas sufrió un trastorno mental en el último año, y que casi un tercio de la población mundial sufrirá uno a lo largo de sus vidas. También el autor menciona que, en dicho estudio los trastornos más prevalentes son los del estado de ánimo y de ansiedad entre las mujeres, y los relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias en hombres, siendo los trastornos mentales más comunes en mujeres, en personas que viven solas y en las que sufren alguna enfermedad crónica o discapacidad (2).

La Organización mundial de la salud recomendó la descentralización sistemática de la atención de salud mental a los entornos comunitarios, y muestra que solo el 25% de los países que respondieron cumplían todos los criterios para la integración de la salud mental en la atención primaria. Se estima que a nivel mundial las personas que reciben atención para afecciones específicas de salud mental se mantuvieron por debajo del 50%, con una mediana mundial del 40% de las personas con depresión y solo del 29% de las personas con psicosis que reciben atención (3).

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud está de acuerdo en que los trastornos mentales aumentan el riesgo de otras enfermedades y causan daños intencionales y no intencionales (4). Se estima que los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan el 10 % de la carga mundial de morbilidad y mortalidad, siendo la depresión uno de los principales trastornos que afectan a la población mundial (5).

En un informe proporcionado por la OMS en 2022 destaca que, en 2019 una de cada ocho personas en el mundo padecía un trastorno mental. Evidenciando a la ansiedad y los trastornos depresivos como los principales problemas a nivel mundial, siendo estos los que en 2020 aumentaron significativamente debido a la pandemia de COVID-19. En solo un año, la prevalencia de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos graves aumentó en un 26 % y un 28 %, respectivamente, según las estimaciones que se muestran en el informe (6). En atención primaria, los trastornos de depresión y ansiedad ocupan el segundo y el tercer puesto en pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (7).

Así pues, haciendo énfasis a lo mencionado anteriormente, el mismo reporte demuestra que los sistemas de salud aún no satisfacen adecuadamente a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales, lo que sugiere que carecen de los recursos necesarios para hacerlo. Se cree que existe una divergencia considerable a nivel mundial entre la necesidad de un tratamiento y su prestación, que cuando se oferta a los pacientes suele ser de mala calidad (6).

Con este propósito, Sapag, Álvarez, Campos y varios autores en su estudio, declaran que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

plantean la necesidad de integrar la salud mental en todas las esferas de la salud y la política social, aun así mencionan que a pesar del creciente cuerpo de información validada científicamente sobre lo que se necesita para lograr los resultados deseados en salud mental, aún existen brechas significativas en términos de acceso al tratamiento y la calidad de los servicios prestados. De hecho, el mismo estudio cuestiona que muchas personas no reciben tratamiento, y que esta situación es aún más visible en los llamados países en desarrollo (8).

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga de morbilidad en América Latina y el Caribe. La prevalencia de trastornos mentales en esta región alcanza el 5% para la depresión, 3,4% para los trastornos de ansiedad, 1,7% para la distimia, 1,4% para el trastorno obsesivo compulsivo, el 1% trastorno de pánico y psicosis no afectivas, y 0,8% para el trastorno bipolar. La depresión es el trastorno mental más frecuente y, por tanto, el que más afecta a la población. Además, se ha cuestionado que en América Latina y el Caribe entre el 60% y 65% de las personas que necesitan atención para la depresión no la reciben (6)

Un estudio analizado en América Latina con la participación de varios autores sugiere que la prevalencia de los trastornos mentales crea una necesidad desproporcionada de atención de salud mental en comparación con la cantidad de profesionales en el sistema de atención médica. Así, se ha sugerido en varios países de ALC, que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales y aquellos con trastornos mentales comunes, deben ser manejados por profesionales de atención primaria de salud no especialistas, especialmente médicos de atención primaria sin formación formal o especialización en dicho entorno. De acuerdo, a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en muchos países de América Latina y el Caribe, es posible que no se disponga de la atención adecuada y que las personas con trastornos mentales no puedan asegurar el acceso a la atención de la salud mental (9).

Es fundamental destacar el papel esencial de las enfermeras de salud mental en la prestación de servicios en los hospitales, la atención primaria u otros entornos, lo cual se supone que en muchos países de América latina y el Caribe su número sigue siendo muy bajo. Se cree que hay alrededor de 12 enfermeras de salud mental por cada 100.000 habitantes en 18 países de la

región en promedio, en comparación con menos de uno en Ecuador, Granada y Haití, lo que una vez más apunta a la necesidad de contar con personal especializado en salud mental adecuado para garantizar el acceso a los servicios (9).

Ecuador no es ajeno a toda la problemática vista anteriormente, pues si bien el modelo de salud mental comunitario está integrado a los servicios de atención primaria de salud, se cuestiona que su implementación no parece tener el efecto deseado, debido a varias limitantes que dificultan el acceso a los servicios de salud mental, tales como la insuficiente dotación presupuestaria, la escasez de profesionales y centros de Atención primaria de salud para cubrir las necesidades de los usuarios, y la falta de recursos, competencias y experticia en salud mental, sin mencionar en salud mental comunitaria, por lo que resulta extremadamente complicado cumplir con las demandas de los usuarios (10).

Se cuestiona que, en el sistema de salud mental ecuatoriano aún está muy extendido el uso de un modelo biomédico para evaluar, diagnosticar e intervenir, sin considerar el componente familiar y comunitario. Debido a esta limitación, la atención en salud mental tiende a enfocarse en el alivio de los síntomas de los individuos, lo cual es una de las razones por las cuales el número de casos en los centros de salud y los problemas psicosociales en la comunidad está incrementando (10).

Baena por su parte, agrega un punto sumamente significativo; ya que declara que ni la formación académica ni la formación profesional permiten el cumplimiento de las normas sobre salud mental comunitaria y su acoplamiento en la atención primaria de salud. En concreto, una gran proporción de profesionales de la salud en el Ecuador no cuentan con la formalización especializada en salud mental, añadiendo de que las prácticas profesionales de las carreras de ciencia de la salud están orientadas al modelo hospitalario (10).

Por otro lado, varios autores de un estudio hecho en Ecuador refieren que la prevalencia por diagnóstico en el país alcanza el 8,3% para depresión, 1,6% para esquizofrenia y 1,5% para trastorno bipolar, similar a otros países sudamericanos (11). Otra investigación de prevalencia de trastornos mentales en Ecuador data que mediante una prueba de tamizaje en una población

específica, la cual solo identifica síntomas generales de malestar patológico; se evidenció que el 6.2 % corresponde a episodios depresivos, 0.02 % trastornos de ansiedad, 2.2 % trastornos de pánico, 32.0 % trastornos alimentarios, 13.1 % riesgo suicida (12).

A esto, se hace mención un dato importante que refiere el autor del mismo estudio, puesto que actualmente contamos con instrumentos de tamizaje diseñados para detectar posibles casos de trastornos mentales menores, como lo es el Cuestionario de Auto Reporte (SRQ) el cual fue utilizado en dicha investigación en el país (13). Herramientas de evaluación clínica, tales como Global Mental Health Assessment Tool, la cual sirve para evaluar e identificar problemas de salud mental en la atención primaria. Sin embargo, a pesar de ser un instrumento de alta validez y confiabilidad según la OMS, no se han reportado estudios en el Ecuador que comprueben su utilidad en dicho servicio. (14)

## **Justificación**

La alta prevalencia de los trastornos mentales representa una carga global significativa, que de manera absoluta se encuentra exacerbada por su infradiagnóstico; puesto que, la escasez de recursos apropiados que incluyen los gastos que suponen la implementación de la salud mental en el contexto comunitario, la falta de profesionales capacitados especialmente en atención primaria, y la estigmatización social, son algunos de los obstáculos para el acceso a una atención adecuada. En este sentido, los índices de trastornos mentales continúan aumentando y constituyen un problema prioritario para la salud pública, debido a los altos niveles de comorbilidad y discapacidad, que imponen una carga a las familias e instituciones de salud.

En consecuencia, surge la necesidad de determinar la prevalencia de los trastornos mentales en unidades de atención primaria de salud, teniendo en cuenta de que los argumentos anteriores se reafirman en algunos estudios a nivel mundial. Además de que no se cuenta con estadísticas sobre la salud mental a nivel local. Por lo tanto, resulta de especial interés comprender cuales trastornos mentales son más preponderantes en nuestro entorno, y tomar todas las medidas necesarias para su prevención e intervención oportuna. Por ello, la misión como estudiantes de

enfermería es aportar conocimientos técnicos y científicos contrastados social y psicológicamente para sustentar la calidad de la atención en los sistemas de salud.

Por otro lado, los beneficiados indirectos de este estudio serán quienes reciban atención en el Centro de Salud de Alpachaca, (la comunidad y los profesionales de salud) debido a que se contará con un diagnóstico oportuno de los trastornos de salud mental; el cual nos permitirá brindar asistencia y educación desde una perspectiva humanística, satisfaciendo la necesidad del individuo, familia y comunidad en un campo poco explorado dentro de la práctica de enfermería.

Los beneficiarios directos serán los profesionales de atención primaria, especialmente en la enfermería; ya que dotará de habilidades, capacidades y destrezas tanto en la utilización de herramientas tecnológicas referente a los pacientes con trastornos de salud mental en atención primaria, como en el manejo de pacientes con dichos problemas.

La investigación es viable realizar dado que se cuenta con todos los recursos necesarios, además del apoyo de los profesionales del subcentro de salud de Alpachaca y las autoridades pertenecientes a la Universidad Técnica del norte involucrados en el proyecto. Además, se realizó en un tiempo y lugar específico, por lo que la contribución en este proyecto es especialmente intrigante para la población en general. Como tal, ciertos datos allanarán el camino para mejorar la salud mental en atención primaria.

### **Impactos de la investigación**

el presente estudio pretende aportar científicamente en el ámbito de la investigación, puesto que abarca la educación y el cuidado asistencial dentro de un área poco frecuente para el personal de enfermería. De manera que, metodológicamente se afianzará el uso de Global Mental Health Assesment Tool – Primary Care que permitirá el correcto diagnóstico de las personas con trastornos mentales en atención primaria. De acuerdo a los resultados y posteriormente análisis de la investigación, estos servirán como insumo para la nueva generación y por consiguiente a futuras investigaciones relacionadas al tema conjuntamente.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- ✓ Determinar la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes atendidos en el centro de salud de Alpachaca.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.
- ✓ Identificar los trastornos mentales prevalentes en los usuarios del centro de salud de Alpachaca mediante el uso de la herramienta Global Mental Health Assesment Tool – Primary Care.
- ✓ Clasificar los Diagnósticos de enfermería en la población de estudio, Según la Taxonomía NANDA.
- ✓ Ejecutar un plan de cuidados de enfermería según el principal diagnóstico de enfermería identificado.

## CAPÍTULO I

### 1. Marco Teórico

#### 1.1 Marco Referencial

Con el fin de profundizar los esfuerzos de esta investigación se hizo una revisión específica sobre temas que actualmente se están demostrando a nivel mundial, regional y nacional. Los siguientes artículos están estrechamente relacionados con el tema de investigación actual, ya que destacan el impacto de los trastornos mentales en las personas, las familias y las comunidades cuando no se diagnostican y tratan adecuadamente.

##### **1.1.1 Indicadores de salud mental en la atención primaria de salud: evaluando la calidad del acceso a través de la capacidad de detección de casos (Alves, Correia, 2021)**

Para tener un panorama con mucha más claridad acerca de esta investigación, se toma como referencia un estudio por un grupo de especialistas realizado en Brasil el cual tiene como objetivo principal demostrar la frecuencia de detección de trastornos mentales en unidades de atención primaria como marcador de acceso e indicador de atención en salud mental.

Se realizó un estudio de caso comparativo sobre los registros médicos electrónicos de pacientes adultos atendidos en dos unidades de atención primaria vecinas en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, entre 2015-2016 y 2016-2017. Se utilizó la clasificación internacional de enfermedades (CIE) para extraer los diagnósticos mentales, que se dividió en tres grupos: trastornos mentales generales (CMD: F32; F33; excepto F40-45-F42- y R45), trastornos mentales graves (GMT: F20 -F29 ; F31-F39) y abuso de alcohol y drogas (AD: F10-F19 y Z72).



Los resultados de este estudio fueron comparados con la prevalencia de trastornos mentales en la comunidad encontrada en la literatura. Además del análisis cualitativo de los escenarios de cada unidad, se utilizó el análisis estadístico y la prueba de chi-cuadrado. Se detectaron cambios en las unidades. La diferencia en las tasas de detección se utilizó como indicadores para el análisis de la atención de la salud mental, lo que permitió explorar los factores que pueden estar asociados con estas variaciones que afectan el acceso a la atención.(15)

### **1.1.2 Impacto de diferentes enfoques de atención primaria de la salud mental en la prevalencia de los trastornos mentales. (Moscovici, et al., 2018)**

Los autores de este estudio brasileño buscaron comparar los efectos de tres enfoques diferentes de atención primaria de salud mental en la prevalencia de los trastornos mentales. Como punto de partida del sistema de salud, la atención primaria juega un papel importante en la prevención y el tratamiento de la salud mental. En este sentido, para la determinación de la problemática se seleccionó una muestra aleatoria de hogares en tres áreas diferentes de la ciudad de Ribeirão Preto (estado de São Paulo, Brasil), y 20 estudiantes de medicina capacitados realizaron entrevistas utilizando un instrumento de detección de salud mental, el Mini- Detección de Trastornos Mentales y un socio. ficha demográfica. La atención primaria de salud mental se brindó en cada área a través de un enfoque específico.

Se menciona que los efectos de las áreas residenciales y las variables sociodemográficas sobre la prevalencia de los trastornos mentales se examinaron y analizaron con regresión logística binaria univariante y luego con modelos de regresión logística multivariante. Se entrevistó a un total de 1545 sujetos. La comparación entre las tres áreas mostró que el área cubierta por el equipo de atención primaria no contaba con médicos con formación específica en salud mental de atención primaria, por lo que un número significativamente mayor de personas presentaban trastornos mentales. Los hallazgos de este estudio sugieren que vivir en un área con un médico de cabecera capacitado en salud mental se asocia con una menor prevalencia de trastornos mentales (16).

### **1.1.3 El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. (Gómez, et al., 2019)**

Gómez y varios autores proponen desarrollar canales de comunicación e integración entre el primer y segundo nivel asistencial relacionada con la atención de la salud mental según el modelo de atención primaria integral y bajo los principios de continuidad asistencial. Se presenta la experiencia innovadora adquirida en el sistema sanitario de Lanzarote, donde se ha trasladado la presencia de psicólogos clínicos a los centros de salud para desarrollar un programa conjunto y comunitario desde la atención primaria. La dirección de la actividad se centra en el trabajo directo con los pacientes, así como con el personal, tanto de forma individual como en equipo. El objetivo es sensibilizar y estandarizar el tratamiento de los trastornos mentales en los centros de salud. La obra ha sido valorada positivamente por los pacientes y empleados del centro, que también han solicitado una mayor accesibilidad, siguiendo un modelo integral de colaboración, centrado en la promoción, prevención, detección y tratamiento de la salud mental (17).

### **1.1.4 Impacto en la salud mental tras la colaboración entre atención primaria y servicios de salud mental (Gálvez et. al, 2021)**

Varios autores en este estudio el cual tuvo como objetivo determinar si la colaboración entre APS y servicios de salud mental resulta en un uso más eficiente de los recursos limitados en salud mental, señalaron que los médicos de atención primaria son los primeros y más frecuentes especialistas que se encuentran con pacientes con trastornos mentales. Por lo tanto, una buena coordinación entre la atención primaria de salud (APS) y la salud mental (SM) es fundamental para garantizar la mejor atención a los pacientes y optimizar los recursos limitados de este servicio. (18).

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, en espejo, el cual recogió una muestra total de 135 pacientes mayores de 16 años o más remitidos por primera vez desde APS a Psiquiatría. Se compararon los resultados 6 meses antes de la colaboración entre APS y salud mental (grupo POST) con los resultados 6 meses antes de la intervención (grupo PRE). (18).

Tras la reunión colaborativa, la proporción de pacientes que fueron dados de alta tras la primera visita mentales disminuyó (32,2% vs. 16%) y aumentó en seguimiento mentales. Además, disminuyó el porcentaje de pacientes que no asistieron a la primera visita (23,3% vs. 13,7%). Se concluyó que, la colaboración entre APS y salud mental mejoró la eficiencia y la funcionalidad de los servicios de salud mental (18).

#### **1.1.4 Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile (Sapag, Velasco, 2019)**

Por otro lado, Sapag y Velasco mencionaron que es de suma importancia promover la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria. Uno de los retos para garantizar la disponibilidad y calidad de los servicios en este sentido es la posible estigmatización de las personas con trastornos mentales y/o adicciones (TMA) por parte de los propios profesionales sanitarios. El estigma es un proceso con componentes como el etiquetado, los estereotipos, la segregación, la pérdida de estatus y la discriminación. Uno de los conceptos de estigma más utilizados es la "distancia social", que mide la disposición a interactuar con una persona que presenta una enfermedad.

Hay evidencia de actitudes y comportamientos estigmatizantes de los profesionales de la salud hacia los pacientes con trastornos mentales en la atención primaria. Este estigma se visualizará de manera diferente dependiendo de las circunstancias específicas que presente el usuario. Este estudio evidencia que trastornos como la esquizofrenia y la dependencia de sustancias conllevan un estigma significativo. (19).

#### **1.1.5 The Global Mental Health Assessment Tool Primary Care and General Health Setting Version (GMHAT/PC) - Versión en español: un estudio de validez y factibilidad (Tejada, Jaramillo, García, Sharma, 2017)**

El estudio actual, realizado por varios autores, tuvo como objetivo evaluar la viabilidad y el nivel de acuerdo entre la versión en español del diagnóstico GMHAT/PC y el diagnóstico clínico basado en la CIE-10 psiquiatras. El estudio abarcó desde pacientes en remisión hasta otros con

una variedad de trastornos mentales. Fueron reclutados de centros de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Todos los pacientes consecutivos fueron entrevistados utilizando la versión en español del GMHAT/PC y evaluados de forma independiente por un psiquiatra para el diagnóstico según la CIE-10.

Como resultado primario, 299 pacientes participaron en el estudio. La duración media de las entrevistas fue de 12,5 minutos. Hubo una concordancia de regular a buena entre los diagnósticos del médico de cabecera (GMHAT/PC) y los diagnósticos del psiquiatra (clínicos) para cualquier trastorno mental, Kappa 0,58 IC del 95% (0,46, 0,72). La sensibilidad (81 %) y la especificidad (92 %) fueron altas, y los médicos identificaron correctamente a 242 de 250 participantes diagnosticados con un trastorno mental y 27 de 35 participantes sin trastorno mental (20).

Finalmente, se interpreta que los resultados muestran que la versión en español del GMHAT/PC utilizada por los médicos generales detecta con precisión los trastornos mentales y que el uso del GMHAT/PC (versión en español) es factible en centros médicos en Latino América.

## **1.2 Fundamentación Teórica**

### **1.2.1 Prevalencia**

Es una medida de la prevalencia de enfermedades u otros eventos de salud en una población. También se denomina como la medida del número total de casos de una enfermedad en un punto (prevalencia puntual) o durante un período de tiempo (prevalencia de período) en una población determinada, denominados casos epidémicos, sin distinguir si se trata de un caso nuevo (22).

### **1.2.2 Salud mental**

La OMS define la salud mental como "un estado de bienestar en el que cada individuo puede desarrollar su potencial para hacer frente a los factores estresantes de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su sociedad". Es la combinación de un elemento fundamental de salud y bienestar que respalda la capacidad individual y colectiva para tomar decisiones, entablar relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental también es un derecho humano relacionado y un elemento esencial del desarrollo individual, social y socioeconómico (23).

Las condiciones de salud mental incluyen trastornos psiquiátricos, disfunción psicosocial y otras condiciones mentales asociadas con altos niveles de angustia, discapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo. Las personas con estos trastornos tienen más probabilidades de experimentar niveles más bajos de salud mental, aunque no siempre es así (23).

### **1.2.3 Factores que influyen en la salud mental**

En el transcurso de la vida, una serie de determinantes personales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o amenazar la salud mental, como:

- ✓ Factores psicológicos y biológicos individuales, como la competencia emocional, el uso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más susceptibles a los trastornos mentales.
- ✓ La exposición a condiciones sociales, económicas, geopolíticas y ambientales adversas como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación ambiental también aumentan el riesgo de trastornos mentales.
- ✓ Los factores protectores se dan también durante toda la vida y aumentan la resiliencia. Estos incluyen, habilidades y cualidades sociales y emocionales personales, así como interacciones sociales positivas, educación de calidad, trabajos decentes, comunidades seguras y cohesión social.
- ✓ La crianza severa y el castigo físico dañan la salud de los niños, y la intimidación es un factor de riesgo importante para los trastornos mentales.

Cada factor de riesgo o de protección tiene un poder predictivo limitado. La mayoría de las personas no desarrollan problemas de salud mental incluso cuando están expuestas a factores de riesgo, mientras que muchas personas sin factores de riesgo conocidos desarrollan problemas de salud mental. Independientemente, los determinantes interrelacionados de la salud mental pueden contribuir o socavar la salud mental. (23)

#### **1.2.4 Atención a la Salud Mental**

Esto debe lograrse a través de la atención de salud mental basada en la comunidad que sea más accesible y asequible que la atención institucional, que ayude a prevenir los abusos de los derechos humanos y asegure mejores resultados de salud para quienes viven con estas condiciones. La atención de salud mental basada en la comunidad debe proporcionarse a través de una red de servicios interconectados, que incluya:

- ✓ Servicios de salud mental están integrados en los servicios generales de salud que normalmente se prestan en hospitales generales y en colaboración con personal de atención primaria no especializado.

- ✓ Servicios comunitarios de salud mental a nivel comunitario, que pueden incluir centros y equipos locales de salud mental, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo entre pares y servicios de atención residencial.
- ✓ Servicios que brindan atención de salud mental en entornos sociales y no sanitarios, como bienestar infantil, servicios de salud escolar y prisiones (23).

### 1.2.5 Trastornos mentales

Según el DSM-5, un trastorno mental es un síndrome caracterizado por cambios clínicamente significativos en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que reflejan una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen a su funcionamiento mental. Los trastornos mentales a menudo se asocian con estrés significativo o discapacidad en actividades sociales, laborales u otras actividades importantes (24).

### 1.2.6 Trastornos mentales más comunes en atención primaria

- **Ansiedad.** - Es un estado emocional que genera una situación de alerta y activación ante situaciones consideradas amenazantes. Este aumento de la percepción, debido a una necesidad del organismo, se convierte en un problema de salud cuando sobrepasa determinados límites, impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales. La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas como respuesta a la amenaza, miedo, frustración, estrés, tensión (24).
- **Trastorno de pánico.** - El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición espontánea e inesperada de crisis recurrentes de ansiedad que pueden no estar desencadenadas por ninguna circunstancia en particular, en ausencia de peligro real (24).
- **Agorafobia.** - Se caracteriza por miedo o ansiedad por dos o más de los siguientes: utilizar el transporte público, estar al aire libre, en interiores, en colas o en aglomeraciones, y en otras situaciones solo fuera del hogar (24).

- ***fobia específica.*** - Se caracteriza por el miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. A diferencia de otros trastornos de ansiedad, las cogniciones específicas no son una característica de este trastorno.
- ***Fobia social.*** - Se caracteriza por el miedo o la ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que pueden posibilidad de ser examinado, o evitadas
- ***Trastorno de ansiedad generalizada.*** - Ansiedad persistente que se acompaña de una permanente sensación de tensión. Tiene una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (24).
- ***Depresión.*** - Es uno de los trastornos mentales más comunes, caracterizado por la desregulación del estado de ánimo y otras alteraciones como la disfunción cognitiva, las alteraciones del sueño y del apetito, la fatiga y otras alteraciones metabólicas, endocrinas e inflamatorias. Su elevada prevalencia y la resistencia al tratamiento contribuyen significativamente a la carga de la enfermedad (24).
- ***Trastorno Obsesivo – Compulsivo.*** - Trastornos caracterizados por obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes repetitivos y persistentes que se perciben como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son comportamientos mentales o repetitivos en el que un individuo se siente obligada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben seguirse estrictamente (24).
- ***Los trastornos de la conducta alimentaria.*** - Se caracteriza por trastornos alimentarios persistentes o conductas relacionadas con la alimentación que reducen la ingesta o absorción de alimentos y provocan un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (24).
- ***Trastorno por estrés postraumático.*** - Consiste en la aparición de miedo y ansiedad intensa después de haber vivido una experiencia traumática con experimentación repetida de la misma en forma de imágenes (flashes). aparece con síntomas característicos (reexperimentación, evitación, aumento de la activación) que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y que se prolongan más de un mes (24).
- ***Trastornos de la personalidad.*** - Patrón permanente de comportamiento y de experiencias internas que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del



individuo; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, es estable a lo largo del tiempo, comporta malestar o deterioro, y se manifiesta al menos en dos de las cuatro áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos (24).

- **Trastornos psicóticos.** - Pérdida del sentido de realidad y el deterioro del funcionamiento mental manifestado por ideas delirantes, alucinaciones, confusión y deterioro de la memoria. En el uso psiquiátrico, psicótico es sinónimo de deterioro importante del funcionamiento social y personal, que se caracteriza por retraimiento social e incapacidad para desempeñar los papeles domésticos y profesionales usuales (24).
- **Manía.** - Estado mental de ánimo elevado, expansivo o irritable y aumento persistente del nivel de actividad o energía (24).
- **Hipocondría.** - Se caracteriza por un miedo generalizado y delirante de desarrollar una enfermedad grave basado en una mala interpretación de los síntomas físicos. Esta preocupación puede causar malestar y disfunción significativos en la vida de una persona que no pueden explicarse por la presencia de otro trastorno mental o médico, y algunas personas con este trastorno tienen poca conciencia o comprensión de sí mismos (24).
- **Trastorno mental orgánico.** - Amplio conjunto de desórdenes psicológicos y conductuales que tienen en común una causa demostrable de disfunción del tejido cerebral. Esta causa puede ser primaria, en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afecten al cerebro de modo directo, o secundaria, cuando otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas determinen el mal funcionamiento cerebral (24).

### 1.2.7 Principales modelos de Enfermería en salud mental

La práctica profesional de la enfermería requiere un método sistemático centrado en el paciente y en las diferentes perspectivas teóricas de la profesión. Las teorías y modelos de práctica profesional guían el pensamiento y la acción en sus actividades de cuidado. A continuación, se detallan los modelos más relacionados a lo que refiere salud mental.

- **Dorothy E. Johnson (Modelo del sistema conductual de Johnson):** Se basó principalmente en la teoría general de sistemas, considerando un sistema como un

conjunto de partes interrelacionadas que funciona como un todo, y en las teorías conductuales procedentes de la psicología, la sociología o la etnografía. Para Johnson, la persona es un sistema conductual, cuyo funcionamiento conjunto se ve reflejado en la conducta observada. La persona como sistema conductual es, por tanto, un conjunto de partes entre las que existe una organización, interacción, interdependencia e integración de todas ellas para formar el todo (2).

- **Betty Neuman (Modelo de sistemas):** El modelo de sistemas de Neuman parte de la teoría general de sistemas al considerar a la persona como un sistema abierto que establece un intercambio constante de energía, información y materia con el entorno, utilizando sus recursos para conseguir la integración y la estabilidad. La persona-sistema estaría así constituida por cinco variables interconectadas: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual (2).
- **Callista Roy (Modelo de la adaptación):** Callista Roy integró en su modelo de enfermería los conceptos provenientes de la teoría general de sistemas y de la teoría de la adaptación. Así, para Roy la persona es un sistema abierto que recibe estímulos del entorno ante los que responde con una respuesta determinada. La persona se encontrará sana si sus respuestas a los estímulos son de adaptación, y enferma si estas respuestas no consiguen dicha adaptación al entorno (2).
- **Dorothea Orem Teoría general del autocuidado:** La teoría general del autocuidado está a su vez compuesta por tres teorías: la teoría del autocuidado, que explica cómo y por qué las personas cuidan de sí mismas y de otras personas; la teoría del déficit de autocuidado, que explica la aparición de la enfermedad y las condiciones de actuación de la enfermera profesional, y la teoría de los sistemas de enfermería, que se centra en las relaciones que se deben mantener entre la enfermera y la persona durante el proceso de cuidado (2).
  - Universales: necesarios para cubrir las necesidades fisiológicas y psicosociales básicas.

- De desarrollo: necesarios para el desarrollo normal de la persona.
  - Derivados de desviaciones en el estado de salud: referidos a las necesidades de la persona durante procesos de desviación de la salud.
- **Hildegard Peplau (Teoría de las relaciones interpersonales):** La teoría de Hildegard de Peplau fue muy importante para la práctica clínica de la enfermería psiquiátrica, ya que fue probablemente la primera teoría de enfermería que se desarrolló a partir de las ciencias de la conducta. Se centra en las relaciones interpersonales que se establecen entre la enfermera y el paciente, Según Peplau, la enfermera debe ayudar a la persona a desarrollar su propia personalidad para ser productiva e independiente a través de una relación interpersonal que se establece en cuatro fases:
- *Fase de orientación:* en la que la persona busca amparo para una necesidad percibida y la enfermera le ayuda a reconocer y entender su problema. En esta fase ambos se encuentran como extraños y deben aclarar el rol de cada uno en la relación.
  - *Fase de identificación:* durante la cual la enfermera ayuda a la persona a explorar y expresar sus sentimientos y a corregir o aclarar conceptos sobre su proceso de salud-enfermedad. Ambos comienzan a experimentarse uno a otro como individuos, y la persona comienza a tener sentimientos de aceptación y a confiar en la enfermera.
  - *Fase de aprovechamiento o explotación:* en la que el paciente toma conciencia del potencial beneficioso de su relación con la enfermera, y ésta a su vez empieza a formular objetivos para el futuro y ayuda al paciente a probar nuevas formas de afrontamiento de su proceso.
  - *Fase de resolución:* que no siempre tiene que coincidir con la curación o la resolución definitiva del proceso de enfermedad. En esta fase el paciente ya ha mostrado una mayor habilidad en la resolución de los problemas asociados a su proceso, y, por tanto, camina hacia la independencia, acordando con la enfermera la finalización de su relación (2).

Desde esta teoría, la salud se describe como el extremo de un continuo salud-enfermedad, encontrándose la persona en un entorno dinámico y cambiante, por lo que la función de la enfermera es establecer una relación de interdependencia con el paciente que permita un proceso educativo que ayude a éste a dirigirse hacia el extremo de la salud del continuo salud-enfermedad. La enfermera ayuda así a la persona a mantener su salud, conseguir la recuperación o tener una muerte tranquila (2).

### **1.2.8 Proceso de atención de enfermería**

PAE (Proceso de Enfermería) se define como un método racional, sistemático y organizado aplicado a la práctica de enfermería que permite al profesional en dicho entorno brindar atención centrada en el paciente, familia y comunidad de forma estructurada, lógica e individualizada para determinar el estado de salud e identificar problemas reales y potenciales; garantizar que se satisfagan las necesidades; desarrollar planes e implementar intervenciones con un enfoque en lograr los resultados deseados de manera efectiva y eficiente.

#### **Características del proceso de atención de enfermería**

- ✓ Tiene una finalidad: Se orienta a un objetivo.
- ✓ Es sistemático: Parte de un planteamiento organizado para lograr una meta.
- ✓ Es dinámico: Responde a un cambio persistente.
- ✓ Es interactivo: Se basa en las relaciones mutuas que se establecen entre la enfermera, el paciente y su familia, incluyendo otros profesionales sanitarios.
- ✓ Es flexible: Puede adaptarse a cualquier práctica de enfermería que trate con individuos, grupos o comunidades en cualquier entorno o especialidad.
- ✓ Tiene una base teórica: Se extrae de una amplia gama de conocimientos, incluidas las ciencias y las humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

#### **Etapas del Proceso de Atención de Enfermería**

El proceso de enfermería comprende de 5 pasos los cuales son:

➤ **Valoración**

Es la primera fase del proceso de atención de enfermería, se centra en la anamnesis o recogida de información, objetiva y subjetiva, referente a la actividad del enfermero en el individuo, la familia y la comunidad con el objetivo de identificar sus problemas, necesidades o preocupaciones. Para la valoración se deben recoger datos subjetivos y datos objetivos

**Datos subjetivos.** - Obtenidos en la entrevista clínica directa con el paciente permiten conocer la visión y la perspectiva de este sobre su propio problema, sus sentimientos y sus percepciones sobre sí mismo y sobre su estado de salud, expresados con sus propias palabras. En la historia clínica deben recogerse las citas textuales de las palabras del paciente que permitan captar la importancia que le da a su problema y su visión sobre éste.

**Datos objetivos.** - Los datos objetivos se obtienen a partir de las observaciones del profesional, signos y datos de laboratorio, así como de otras pruebas diagnósticas complementarias y de la exploración física (2).

➤ **Diagnóstico (Taxonomía NANDA)**

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico de la respuesta de una persona a una condición de salud/proceso de vida, o la susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, cuidador, familia, sociedad o comunidad. El lenguaje estandarizado más utilizado es el North American Nursing Diagnosis Association –NANDA, que se utiliza para poner mayor énfasis en el desarrollo y clasificación de los diagnósticos de enfermería (27).

➤ **Taxonomía NANDA**

La taxonomía NANDA-I se considera la parte más importante del proceso de enfermería y brinda a las enfermeras una forma de clasificar y categorizar áreas de suma interés; contiene 267

diagnósticos organizados en 13 dominios y 47 categorías; cada diagnóstico tiene una etiqueta, una definición y un indicador de diagnóstico. Puede centrarse en un problema, un riesgo potencial o un beneficio (27).

- Diagnóstico centrado en el problema – Juicio clínico sobre una respuesta adversa de una persona a una condición de salud/proceso de vida en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.
- Diagnóstico de riesgo – Juicio clínico de la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad local a condiciones adversas de salud/procesos de vida.
- Diagnóstico de promoción de la salud – Juicio clínico de la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y alcanzar el potencial de salud. Estas respuestas expresan un deseo de mejorar comportamientos de salud específicos y se pueden aplicar a cualquier condición de salud (27).

#### ➤ **Planificación/Implementación (Taxonomías NOC, NIC)**

Una vez que se identifican los diagnósticos, se debe priorizar los diagnósticos de enfermería seleccionados para determinar las prioridades de atención. El NOC es un ejemplo de lenguaje de enfermería estandarizado que se puede utilizar al planificar la atención, para representar medidas de resultado relacionadas con un diagnóstico de enfermería. Es necesario identificar los resultados antes de determinar las intervenciones. Por otro lado, el NIC es un ejemplo de un lenguaje de intervención de enfermería estandarizado que las enfermeras pueden utilizar en varios entornos de atención. Utilizando los conocimientos de enfermería, las enfermeras realizan intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias (27).

#### ➤ **Ejecución**

La ejecución es el inicio y terminación de las actividades planificadas para lograr los resultados esperados definidos en la planificación. Durante esta fase, la enfermera debe comunicar el plan de cuidados a todas las personas implicadas en él, ya sean otros profesionales, la propia persona o su familia. El plan de cuidados se convierte en orientativo y la enfermera sigue recogiendo

datos sobre la evolución del paciente, lo que permite modificar de manera flexible la planificación inicial en función de los resultados obtenidos (2).

### ➤ **Evaluación**

La efectividad de las intervenciones y el logro de los resultados identificados se evalúan continuamente a medida que se evalúa el estado del cliente. La evaluación debe ocurrir en última instancia en cada paso del proceso de enfermería, así como una vez que se haya implementado el plan de atención. Las enfermeras se moverán entre la evaluación y el diagnóstico de enfermería cuando se recopilan datos adicionales en patrones significativos y se evalúa la precisión del diagnóstico de enfermería (27).

#### **1.2.9 Global Mental Health Assessment Tool – Primary Care**

El GMHAT es una herramienta de evaluación clínicamente validada computarizada, desarrollada para evaluar e identificar problemas de salud mental en una variedad de entornos. El GMHAT ofrece una serie de preguntas que se centran secuencialmente en los siguientes síntomas: preocupaciones, ansiedad y ataques de pánico, concentración, baja autoestima, sueño, apetito, trastornos de la alimentación, hipocondría, obsesiones y compulsiones, fobia, manía/hipomanía, trastorno del pensamiento, psicosis síntomas, desorientación, deterioro de la memoria, abuso de alcohol y drogas, problemas de personalidad y estrés (28).

Con base en las respuestas a estas preguntas, el GMHAT producirá una evaluación final que describe cualquier problema de salud mental, puntúa contra una variedad de trastornos mentales y una evaluación de la gravedad de los síntomas. La herramienta tarda aproximadamente de 15 a 20 minutos en completarse (28).

## **CAPÍTULO II**

### **2. Materiales y métodos**

A continuación, se detallan todos los implementos usados en el transcurso de la investigación

#### **2.1 Técnicas e instrumentos de investigación**

- Encuesta: La técnica de encuesta ha sido ejecutada mediante un instrumento de valoración clínica con un sistema de preguntas abiertas dirigido a los participantes con el propósito de valorar la salud mental de los mismos
- Observación: mediante la técnica de observación se logró determinar el problema existente en el marco de la atención primaria de salud con respecto a los trastornos de salud mental
- Revisión Bibliográfica: se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos de relevancia académica con un alto contenido analítico y sintético, existentes en la Biblioteca Virtual de la Universidad Técnica del Norte, con bases de datos bibliográficos (Science Direct, El Libro-Libros Español, Lilacs, PubMed) que permitirán así el sustento científico de la investigación desarrollada.

#### **2.2 Tipo de Investigación**

- Descriptivo. – La investigación es de tipo descriptivo ya que busca describir las características sociodemográficas en un conjunto de sujetos (35). Permite describir las variables sociodemográficas de los usuarios del Centro de salud de Alpachaca facilitando la obtención de datos como la edad, el género y el estado civil.



- Epidemiológico. – Observación de los fenómenos de salud y enfermedad en la población; cuantificación de éstos en frecuencias y distribuciones; análisis de las frecuencias y distribuciones de salud y de sus determinantes (22).
- Transversal. – Se recolectan datos en un solo momento. Su propósito es describir variables y analizar su ocurrencia e interrelaciones en un tiempo determinado (35). Por ello la presente investigación se realizó en un cierto periodo de tiempo y fue por una sola ocasión.

### **2.3 Hipótesis**

- ✓ ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ✓ ¿Qué trastornos mentales son identificables en la población de estudio mediante la herramienta GMHAT-PC?
- ✓ ¿Qué diagnósticos de enfermería NANDA se pueden clasificar según la población de estudio?

## 2.4 Matriz de operacionalización de variables

**Objetivo 1.-** Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones Operacionales	Definición operacional	Indicador	Escala	Tipo de variable	Técnica	Instrumento
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, sociales y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio,	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos	18-26 27-59 60-65 (37)	Cuantitativa/Ordinal	Encuesta	Herramienta global mental Health Assessment Tool – Primary Care
		Sexo	Conjunto de características biológicas comunes que comparten un mismo grupo de individuos.	Características sexuales	1= Hombre 2= Mujer	Cuantitativa/nominal		

	tomando aquellas que puedan ser medibles (36).	Estado Civil	Clase o condición a la cual está sujeta la vida de cada persona	Situación de la persona en relación con su pareja.	1=Soltero 2=Casado/a 3=Divorciado/a 4=Unión Libre 5=Viudo/a 6=Separado/a	Cuantitativa/nominal		
--	--	--------------	---	--	---	----------------------	--	--

**Fuente:** Elaboración propia

**Objetivo 2.-** Identificar los trastornos mentales más comunes prevalentes en el Centro de Salud de Alpachaca mediante el uso de la herramienta Global Mental Health Assesment Tool – Primary care

Variable	Definición conceptual	Dimensiones operacionales	Definición operacional	Indicador	Escala	Tipo de variable	Técnica	Instrumento
Prevalencia de trastornos mentales	Cantidad de personas de un grupo o una población, que presentan alguna característica de trastorno mental (24).	Trastornos mentales	Afecciones caracterizadas por cambios clínicamente significativos en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo.	Ansiedad	1= Si 2= No	Cuantitativa nominal	Encuesta	Herramienta Global mental Health Assesment
				Trastorno Obsesivo-compulsivo				
				Fobia				
				Estrés				
				Depresión				
				Hipocondriasis				
				Trastorno de la conducta alimentaria				
				Manía				
				Psicosis				
				Trastorno mental orgánico				
				Estrés Postraumático				
				Abuso de sustancias				
Riesgo de suicidio								

**Fuente:** Elaboración propia 2023

**Objetivo 3.** - Clasificar los Diagnósticos de enfermería en la población de estudio, Según la Taxonomía NANDA

Variable	Definición	Dimensiones operacionales	Definición operacional	Indicador	Escala	Tipo de variable	Técnica	Instrumento
Diagnósticos de enfermería	Es el juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones	(00146) Ansiedad	Inquietud, impaciencia, nerviosismo, voz temblorosa, confusión.	Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Características definitorias</li> <li>✓ Factores relacionados</li> </ul>	Cuantitativa/nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterio propio del investigador mediante datos subjetivos y observación</li> <li>- Diagnóstico de la herramienta GMHAT-PC</li> </ul>	Diagnósticos Enfermeros NANDA 12 edición 2021-2023
		(00148) Temor	Estímulos fóbicos	Fobia				
		(00241) Regulación alterada del estado de ánimo	Ánimo deprimido o enojado interiorizado	Depresión				
		(00175) Angustia moral						
		(00119) Baja						

<p>ones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (27).</p>	<p>autoestima crónica (00224) Riesgo de baja autoestima crónica (00301) Duelo inadaptado (00120) Baja autoestima situacional</p>					
	<p>(00222) Control ineficaz de impulsos (00063) Procesos familiares disfunciona</p>	<p>Expresa sentimientos de disgusto en relación con el cuerpo o</p>	<p>Trastorno de la personalidad</p>			

	les (00225) Riesgo de alteración de la identidad personal (00055) Desempeño ineficaz de roles (00052) Interacción social deteriorada (00225) Riesgo de alteración de la identidad personal (00223)	parte del cuerpo			
--	---	---------------------	--	--	--

	Relación ineficaz (00223) Relación ineficaz				
	(00129) Confusión crónica (00251) Control emocional lábil	Alucinaciones	Psicosis Psicosis con depresión		
	(00163) Preparación para una nutrición mejorada (00002) Nutrición desequilibrada: menos que los	Anorexia o negación a comer	Trastorno de la conducta alimentaria		



	requisitos corporales (00118)				
	Imagen corporal alterada				
	(00118) Imagen corporal alterada	Ideas, pensamientos o imágenes indeseables, inoportunas, impertinentes que causan marcada ansiedad o angustia.	TOC		
	(00141)	Recuerdos	Estrés		

	Síndrome postraumático	repentinos , pesadillas, obsesión con experiencias Traumáticas	postraumático				
	(00289) Riesgo de comportamiento suicida	Suicidio	Riesgo de suicidio				
	(00177) Sobrecarga por estrés (00069) Afrontamiento ineficaz	Situaciones estresantes	Estrés				
	(00293) Disponibilidad para		Sin Trastorno mental				

		mejorar autogestión de la salud (00185) Disponibilidad para una mayor esperanza (00183) Preparación para una mayor comodidad						
		(00276) Autogestión ineficaz de la salud		Trastorno Mental Orgánico				
		(00279) Proceso de pensamiento perturbado		Manía				

Fuente: Elaboración propia 202

## **2.5 Participantes**

Los participantes en esta investigación son todos los usuarios que acuden por morbilidad y síntomas somáticos al Centro de Salud de Alpachaca en la edad de 18 a 65 años, calculada por mes en base al número de atenciones obtenidos de registros previos durante los meses de noviembre 2022 - enero 2023. El muestreo con el que se desarrolló esta investigación es de tipo no probabilístico por conveniencia, el cual quedo determinada en 229 personas.

## **2.6 Procedimiento y Análisis de datos**

El análisis de datos se presentará mediante tablas y gráficos mismas que se tabulará con el programa Spss.

## CAPÍTULO III

### 3. Resultados y discusión

Una vez aplicado el instrumento de investigación y realizada la respectiva tabla de datos, a continuación, se presentan los resultados del estudio con sus respectivos análisis.

#### 3.1 Características sociodemográficas de la población de estudio

*Tabla 1. Características Sociodemográficas*

Variables Sociodemográficas	Edad	Frecuencia	%
	18 - 26	65	28,40%
	27 - 59	140	61,10%
	60 - 65	24	10,50%
	<b>Género</b>		
	Masculino	71	31%
	Femenino	158	69%
	<b>Estado Civil</b>		
	Soltero	105	45,90%
	Casado/a	62	27,10%
	Divorciado/a	17	7,40%
	Unión Libre	33	14,40%
	Viudo	5	2,20%
	Separado	7	3,10%
<b>N</b>		<b>229</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia 2023

**Nota:** En la presenta tabla se presentan las características sociodemográficas de la población de estudio

Análisis, La muestra total quedó conformada por 229 sujetos; de la cual esta población es relativamente joven, con una edad media de 37 años; el grupo más representativo es el de 27 – 59 años, mayoritariamente son mujeres con 69%; por lo que quiere decir que la asistencia al centro de salud predomina más en el grupo femenino que en el masculino; En cuanto al estado civil la mayoría es soltero, frente a una mínima cantidad de personas las cuales son casadas y en unión libre.

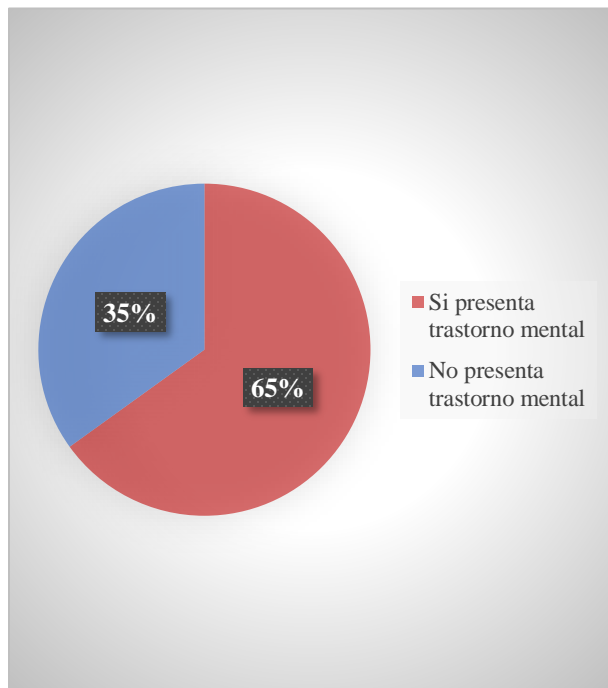
En comparación con un estudio realizado de “Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura”, aplicando mediante los instrumentos Self Reporting Questionnaire (SRQ), cuestionario autoaplicado de APGAR Familiar y el genograma, a un total de 310 habitantes comprendidos entre las edades de 18 - 65 años; la mayor proporción de género se encontró en el grupo femenino con un 67,42% por encima del masculino; En cuanto a los rangos de edades se expresa que un grupo poblacional relativamente joven; de igual manera en el estado civil se obtiene que la categoría de casados comprende mayor porcentaje a diferencia de las demás categoría (38).

Los datos sociodemográficos encontrados en esta investigación comprenden similitudes con el estudio antes mencionado en cuanto a los resultados obtenidos. Para el género se obtiene que el grupo femenino es mayoritario en ambos estudios, el grupo de edad es relativamente joven en ambos estudios; en el estado civil se obtienen resultados diferentes con respecto a la variable con más porcentaje.

### 3.2 Identificar los trastornos mentales prevalentes en los usuarios del centro de salud de Alpachaca mediante el uso de GMHAT-PC

**Tabla 2. Frecuencia de trastornos mentales en los usuarios del Centro de Salud de Alpachaca**

	Frecuencia	%
<b>TRASTORNOS MENTALES</b>		
Ansiedad	108	47,2
Toc	83	36,2
Estrés	75	32,8
Fobia, Agorafobia y Fobias Sociales	71	31,0
Depresión	70	30,6
Hipocondría	48	21,0
Trastornos de la Conducta alimentaria	29	12,7
Trastornos de la personalidad	24	10,5
Manía	24	10,5
Psicosis	22	9,6
Trastorno Mental Orgánico	21	9,2
Estrés postraumático	11	4,8



*Gráfico 1. Porcentaje total de usuarios con trastornos mentales en la población de estudio*

**N=229**

**Fuente:** Elaboración propia 2023

**Nota:** en la presente tabla se puede observar la prevalencia de los trastornos mentales de acuerdo al diagnóstico de GMHAT-PC

El análisis realizado mediante la aplicación de la herramienta diagnóstica, el 65% presenta algún tipo de trastornos mental y el 35% no presenta ningún tipo de trastorno mental. Los resultados se ordenaron de acuerdo a los trastornos más frecuentes, siendo la ansiedad y trastornos relacionados (TOC, Estrés, Fobias) los trastornos más prevalentes; seguido de la depresión, problemas somatomorfos como la hipocondría y los trastornos de la conducta alimentaria. Los trastornos de la personalidad y trastornos psiquiátricos mayores como la psicosis y manía están presentes con un porcentaje similar a los del trastorno mental orgánico. Un estudio de tipo

descriptivo transversal en el que se pretendía determinar la prevalencia de trastornos mentales en población peruana atendida vía llamadas telefónica en el programa “Te cuida Perú” en el contexto de la pandemia por COVID-19. presento que el 82% de la población presentaron algún trastorno mental, donde se evidenciaron que los trastornos más prevalentes fueron en primer lugar, ansiedad (34.15%), seguido de depresión (25.22%), estrés agudo (13.81%) y trastorno de pánico (3.24%) (39).

En ambos estudios la ansiedad demuestra ser el trastorno mental más prevalente de la población después de la pandemia; el estrés parece ser otro problema frecuente en la sociedad, ya que abarca todas aquellas situaciones estresantes que pueden hacer manifiesto al trastorno; pese a que ambos estudios la metodología de recolección de datos fue distinta (Online vs presencial) se encuentran coincidencias ya que fueron realizados tras la pandemia y el porcentaje de prevalencia es igualmente alto en ambos estudios.



**Tabla 3. Frecuencia del consumo de sustancias en los usuarios del centro de salud de Alpachaca**

			<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Consumo de sustancias</b>	<b>Abuso de Alcohol</b>	Si	3	1,3
	<b>y Drogas</b>	No	226	98,7
<b>N=229</b>				

**Fuente:** Elaboración propia 2023

**Nota:** en la presente tabla se observa la frecuencia de consumo de sustancias en la población de estudio

El análisis revela que, considerando el lugar donde se realiza la investigación, se encontró un porcentaje de consumo de alcohol y drogas pequeño con el 1,3% datos que no tienen similitud con los hallazgos de López et al. estudio realizado en Madrid, que tuvo como objetivo estimar la prevalencia de consumos de drogas y alcohol en atención primaria a través de la herramienta ASSIST revelando que el consumo de alcohol fue de 34,4% (40).

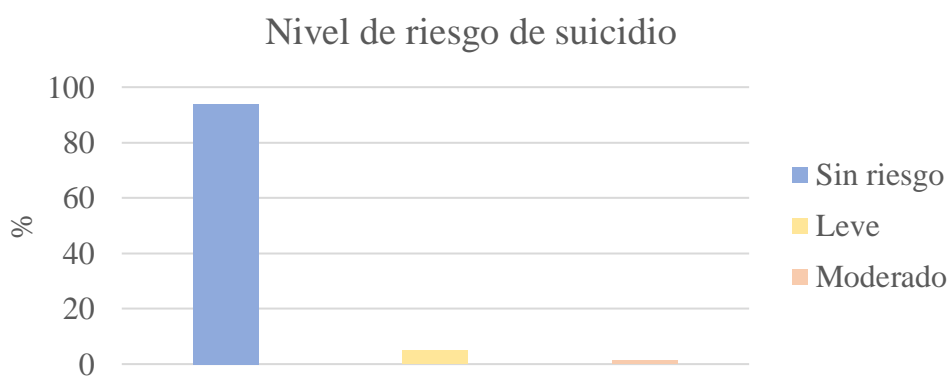
**Tabla 4. Distribución según el nivel de riesgo de suicidio de la población de estudio**

		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Riesgo de Suicidio</b>	Sin Riesgo	215	93,9
	Leve	11	4,8
	Moderado	3	1,3
	Alto	0	0,0

**N=229**

**Fuente:** Elaboración propia 2023

**Nota:** en la presente tabla se puede observar el nivel de riesgo de suicidio de la población de estudio



*Gráfico 2. Distribución del nivel de riesgo de suicidio en la población de estudio*

Análisis, en lo que corresponde al riesgo de suicidio dentro de la población de estudio. El 6.1% de pacientes atendidos en atención primaria en el centro de salud de Alpachaca presentaron un riesgo de suicidio entre leve y moderado. Es importante considerar que los pensamientos suicidas en la población de estudio todavía deben considerarse como un problema común en salud pública. Un estudio transversal que tuvo como objetivo identificar los síntomas de los trastornos alimentarios y las posibles asociaciones con el riesgo de suicidio y los síntomas depresivos entre estudiantes de profesiones relacionadas con la salud, donde se utilizó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en una población de 271 participantes para determinar el riesgo de suicidio, encontró que el 86,3 % se creía sin riesgo de suicidio; el 7,4 % se consideraba de bajo riesgo; el 0,7 % de riesgo moderado; y el 5,5 % de alto riesgo (41). En comparación, se puede observar que la población no fue la misma en los dos estudios; pero la prevalencia de riesgo de suicidio es similar en ambos estudios.

### 3.3 Clasificar los Diagnósticos de enfermería en la población de estudio, Según la Taxonomía NANDA

*Tabla 5. Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería según los usuarios de la población de estudio*

		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>	(00146) Ansiedad	41	17,9%
	(00293) Disponibilidad para mejorar autogestión de la salud	36	15,7%
	(00148) Temor	25	10,9%
	(00224) Riesgo de baja autoestima crónica	16	7,0%
	(00222) Control ineficaz de impulsos	9	3,9%
	(00161) Disponibilidad para mejorar el conocimiento	7	3,1%
	(00163) Preparación para una nutrición mejorada	6	2,6%
	(00276) Autogestión ineficaz de la salud	6	2,6%
	(00185) Disponibilidad para una mayor esperanza	6	2,6%
	(00119) Baja autoestima crónica	6	2,6%
	(00055) Desempeño ineficaz de roles	6	2,6%
	(00183) Preparación para una mayor comodidad	6	2,6%
	(00069) Afrontamiento ineficaz	5	2,2%
	(00129) Confusión crónica	5	2,2%
	(00279) Proceso de pensamiento perturbado	4	1,7%
	(00118) Imagen corporal alterada	4	1,7%
	(00120) Baja autoestima situacional	4	1,7%
	(00141) Síndrome postraumático	4	1,7%
	(00289) Riesgo de comportamiento suicida	3	1,3%
	(00126) Conocimiento deficiente	3	1,3%
	(00241) Regulación alterada del estado de ánimo	2	0,9%
	(00223) Relación ineficaz	2	0,9%
	(00251) Control emocional lábil	2	0,9%
	(00301) Duelo inadaptado	2	0,9%
	(00211) Riesgo de deterioro de la resiliencia	2	0,9%
	(00159) Preparación para procesos familiares mejorados	2	0,9%

(00225) Riesgo de alteración de la identidad personal	2	0,9%
(00063) Procesos familiares disfuncionales	2	0,9%
(00177) Sobrecarga por estrés	2	0,9%
(00074) Afrontamiento familiar comprometido	1	0,4%
(00128) Confusión aguda	1	0,4%
(00157) Preparación para una comunicación mejorada	1	0,4%
(00052) Interacción social deteriorada	1	0,4%
(00175) Angustia moral	1	0,4%
(00198) Patrón de sueño perturbado	1	0,4%
(00095) Insomnio	1	0,4%
(00260) Riesgo de una transición migratoria complicada	1	0,4%
(00002) Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales	1	0,4%

---

**N=229**

---

**Fuente:** Elaboración propia 2023

**Nota:** en la presente tabla se observa el análisis descriptivo de los diagnósticos de enfermería NANDA

El análisis revela la clasificación de un total de 38 Diagnósticos según la Taxonomía NANDA, detectados por el investigador, obtenidos en base criterio del investigador y basados en el diagnóstico médico obtenido a través de la herramienta GMHAT-PC. El diagnóstico enfermero más frecuente fue la (00146) Ansiedad; seguido de (00293) Disponibilidad para mejorar autogestión de la salud; (00148) Temor; (00224) Riesgo de baja autoestima crónica; (00222) Control ineficaz de impulsos. Un estudio realizado en un Hospital de Día en Barcelona, España cuyo objetivo era identificar los Diagnósticos Enfermeros (DE) a partir de los diagnósticos médicos en pacientes con trastornos mentales, el diagnóstico enfermero más frecuente también fue la ansiedad. Otros diagnósticos fueron el mantenimiento inefectivo de la salud, la baja autoestima crónica, el déficit de actividades recreativas y el afrontamiento inefectivo (42). Son pocos los estudios en los que se ha intentado correlacionar diagnósticos médicos con diagnósticos enfermeros en cuanto a salud mental. En contraste, ambos estudios produjeron resultados consistentes y es claro que no comparten la misma metodología descrita en este estudio; en el mencionado estudio utilizaron la Taxonomía II NANDA 2007-2008, mientras que en este estudio utilizaron los Diagnósticos de Enfermería NANDA 12ª edición 2021-2023, lo cual es un factor relevante porque en la edición actual se agregaron o eliminaron varios

diagnósticos. los DE más destacados en dicho estudio fueron la ansiedad, disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud, y baja autoestima crónica.

**Tabla 6. Distribución de los diagnósticos de enfermería más frecuentes por dominios**

		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Dominios de Enfermería</b>	Dominio 1. Promoción de la salud	42	18,3%
	Dominio 2. Nutrición	7	3,1%
	Dominio 3. Eliminación e intercambio	0	0,0%
	Dominio 4. Actividad / descanso	2	0,9%
	Dominio 5. Percepción / cognición	32	14,0%
	Dominio 6. Auto percepción	47	20,5%
	Dominio 7. Relación de roles	4	1,7%
	Dominio 8. Sexualidad	0	0,0%
	Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	85	37,1%
	Dominio 10. Principios de vida	1	0,4%
	Dominio 11. Medida de seguridad	3	1,3%
	Dominio 12. Comodidad	6	2,6%
	Dominio 13. Desarrollo del crecimiento	0	0,0%

---

**N=229**

**Fuente:** Elaboración propia 2023

**Nota:** en la presente tabla se observa la distribución de los diagnósticos de enfermería en base a los dominios de la taxonomía NANDA

Análisis, con respecto a la distribución de los diagnósticos NANDA por dominios se observa que, los dominios que se presentan con mayor frecuencia son Afrontamiento / tolerancia al estrés 37,1%; Auto percepción 20,5%; Promoción de la salud 18,3%; Percepción / cognición 14,0%. En el estudio analizado anteriormente se determina que los dominios donde hay un número mayor de Diagnósticos de Enfermería son el dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés (n:11) 18,64 %; el dominio 4: Actividad/reposo (n:10) 16,64 % y; el dominio 5: Percepción/cognición (n:6) 10,16 %; comparando a este estudio se observa que el Dominio de Afrontamiento / tolerancia al estrés y Percepción / cognición son los que más alto se presentan en ambos estudios. (42)

### 3.4 Ejecutar un plan de cuidados de enfermería según el principal diagnóstico de enfermería identificado

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS (NOC)			
Tipo /diagnóstico	Focalizado en el problema	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
<b>Dominio:</b>	Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	<b>Dominio 03:</b> Salud psicosocial	Impaciencia	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a 3 Aumentar a 5
<b>Clase:</b>	Clase 2. Respuestas de afrontamiento				
<b>Código:</b>	00146	<b>Clase M:</b> Bienestar psicológico	Irritabilidad		Mantener a 2 Aumentar en 4
<b>Definición:</b> Una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.					
<b>Etiqueta:</b> Ansiedad		<b>Código:</b> 1211	Ataque de pánico		Mantener a 2 Aumentar a 4
<b>Factores relacionados:</b> Factores estresantes; Desórdenes mentales; Dolor, Necesidades no satisfechas; Conflicto sobre los objetivos de la vida		<b>Resultado:</b> Nivel de ansiedad	Sudoración	Mantener a 2 Aumentar a 4	
<b>Características definitorias:</b> Temblores; Estado de ánimo irritable; Expresa preocupación; Expresa tensión; Aumento de la sudoración; Informa palpitations del corazón; Reporta hormigueo en las extremidades			Preocupación exagerada por eventos de la vida	Mantener a 3 Aumentar a 5	
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)					
<b>Dominio:</b> 03 Conductual		<b>Clase:</b> T-Fomento de la comodidad psicológica	<b>Dominio:</b> 03 Conductual		<b>Clase:</b> Ayuda para el afrontamiento
<b>Tipo de intervención:</b>		<b>Código:</b> 5820	<b>Tipo de Intervención:</b>		<b>Código:</b> 5270

Interdisciplinaria			
<b>Intervención:</b> Disminución de la ansiedad		<b>Intervención:</b> Apoyo emocional	
<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> Estas acciones ayudan al individuo a establecer una comprensión de la naturaleza y las causas de la ansiedad. Cuando se comprende con precisión el estrés, la ansiedad disminuye y las personas pueden identificar más fácilmente las estrategias de afrontamiento (2).		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> Es muy importante recibir apoyo emocional porque de esta manera el individuo se siente más seguro y comprendido. El objetivo central del apoyo emocional es lograr el paciente asuma una posición activa ante su afrontamiento (2).	
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>ACTIVIDADES</b>	
1.- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad		1.- Comente la experiencia emocional con el paciente	
2.- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente		2.- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo	
3.- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante		3.- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza	
4.- Crear un ambiente que facilite la confianza		4.- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones	
5.- Animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos		5.- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo	

<b>CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>Dominio:</b> 03 Conductual	<b>Clase:</b>	<b>Dominio:</b> 03 Conductual	<b>Clase:</b> R-ayuda para el afrontamiento
<b>Tipo de Intervención:</b>	<b>Código:</b> T-Fomento de la comodidad psicológica	<b>Tipo de Intervención:</b>	<b>Código:</b> 5230
<b>Intervención:</b> Terapia de relajación		<b>Intervención:</b> Mejorar el afrontamiento	
<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> Utilizar terapia de relajación es una base importante para sobrellevar diferentes momentos de estrés cotidiano, afrontamiento ineficaz y ansiedad. Se puede utilizar técnicas de distracción, por ejemplo: leer un libro, escuchar música, masajes, socializar con personas		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO:</b> El objetivo central de mejorar el afrontamiento es permitir al individuo afrontar la capacidad de la gestión de las emociones y del estrés delante de la situación-problema mediante habilidades de afrontamiento que mejoraran el bienestar y equilibrio de la persona	



de un tema o interés específico, con fin de que el individuo maneje su afrontamiento de la manera correcta (2).	conduciendo a una mejora de la calidad de vida (2).
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
1.- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios y tipos de relajación disponibles (música meditación, respiración rítmica, relajación mandibular, y relajación muscular progresiva).	1.- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo
2.- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.	2.- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos
3.- Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.	3.- Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad
4.- Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones que sucedan espontáneamente	4.- Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador
5.- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente	5.- Proporcionar un ambiente de aceptación

Fuente: Elaboración propia 2023

Nota: Plan de cuidado de acuerdo al principal diagnóstico identificado

**Análisis,**

Se realizó un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el formato PLACE, dentro de los principales diagnósticos identificados en la clasificación encontramos a la Ansiedad 00146 el cual cumple con sus características y factores relacionados, dentro de los resultados NOC tenemos un resultado con 5 diferentes indicadores y cada uno con su respectiva puntuación Diana. Dentro de las intervenciones NIC, se encuentran 4 cuidados de enfermería de acuerdo al diagnóstico utilizado cada una con las actividades necesarias a realizar.

## CONCLUSIONES

- Población de estudio relativamente joven, con una edad media de 37 años, grupo mayoritariamente femenino, y las tres cuartas partes eran solteros.
- En base identificación de los trastornos mentales mediante la herramienta GMHAT-PC, se demostró que más de la mitad de la población de estudio presentaba trastornos mentales ocultos por atención de morbilidad y síntomas somáticos. Los trastornos relacionados a la ansiedad fueron los más prevalentes en la población de estudio.
- En base a los Diagnósticos de enfermería se llegó a la clasificación de 38 Diagnósticos de los 188 totales de la taxonomía II NANDA, entre ellos se destaca los más frecuentes (00146) Ansiedad, (00293) Disponibilidad para mejorar autogestión de la salud, (00148) Temor, (00224) Riesgo de baja autoestima crónica.

## RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la salud con tal de que los profesionales del Centro de Salud de Alpachaca reciban capacitación y herramientas para priorizar la detección y el tratamiento o la derivación de los trastornos mentales para cada grupo de edad y género.
- Al personal de enfermería de atención primaria para que socialice e integre a su trabajo cotidiano el uso de los diagnósticos de enfermería NANDA en salud mental, con el fin de intervenir de manera oportuna e interdependientemente.
- A la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte con tal de que se introduzca a la malla curricular la asignatura Enfermería en Salud Mental para así formar estudiantes con experticia en promoción, prevención, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales.
- Es aconsejable que, en un futuro el personal de enfermería capacitado en salud mental cuente con un consultorio en atención primaria en el que se aborden los trastornos de salud mental más comunes para el diagnóstico e intervención oportuna de los mismos evitando daños permanentes y gastos innecesarios.
- Es necesario realizar más investigaciones con un mayor alcance sobre los problemas de salud mental de los usuarios que asisten a la atención primaria, basadas en evidencia científica que respalde la efectividad de la atención.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Izaguirre-Riesgo A, Menéndez-González L, Alonso Pérez F. Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y mindfulness, para el abordaje del trastorno mental común, en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Jan 14];52(6):400. Available from: [/pmc/articles/PMC7256806/](#)
2. José Luis Galiana Roch. *Enfermería Psiquiátrica*. Elsevier, editor. Vol. 1. Barcelona; 2016.
3. OMS. Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
4. Organización Panamericana de la Salud. *Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
5. OPS/OMS. “No hay salud sin salud mental” - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
6. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. *Informe SESPAS 2020. Gac Sanit.* 2020 Jan 1;34:20–6.
8. Sapag JC, Huenchulaf CÁ, Campos Á, Corona F, Pereira M, Véliz V, et al. Mental Health Global Action Programme (mhGAP) in Chile: Lessons Learned and Challenges for Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health.* 2021;45.

9. OECD/The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. Paris: OECD; 2020. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020\\_740f9640-es](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es)
10. Baena VC. Community mental health, primary health care and health promoting universities in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2018;42.
11. Gamboa-Proañó M, Castro-Alzate ES, Bustos C, Grandón F P, Saldivia S, Gamboa-Proañó M, et al. Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador). *Revista Ciencias de la Salud* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 11];19(1):32–52. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732021000100032&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732021000100032&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
12. Cárdenas E, Vicente B. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Scielo* [Internet]. 2021 Oct 2 [cited 2023 Jan 14];23:59–61. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212021000200053](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212021000200053)
13. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador [Internet]. [cited 2023 Jan 14]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212021000200053](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212021000200053)
14. Majgi SM, Mal NM, Krishna M, Suresh H, Ebuenyi ID, Jones S. Screening for mental illness using GMHAT App of patients with Type 2 diabetes mellitus at a teaching institute hospital in India – A cross sectional study. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 14];11(10):5924. Available from: [/pmc/articles/PMC9810936/](http://pmc/articles/PMC9810936/)
15. Salgado MA, Lima Fortes SLC. Indicadores de salud mental en la atención primaria de salud: evaluando la calidad del acceso a través de la capacidad de detección de casos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 Oct 15 [cited 2023 Jan 17];37(9). Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/5b6TwpghJyXQvPxfgLnnSgF/?lang=pt>

16. Moscovici L, de Azevedo-Marques JM, Bolsoni LM, Rodrigues-Junior AL, Zuardi AW. Impact of different approaches of primary care mental health on the prevalence of mental disorders. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 Jan 17];19(3):256–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202891/>
17. Alonso Gómez R, Lorenzo Reina L, Flores Méndez I, Martín García J, García Briñol L. El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Jan 17];51(5):310. Available from: </pmc/articles/PMC6836879/>
18. Galvez-Llompart AM, Valor Gisbert M, Perez-Almarcha M, Ballester-Gracia I, Canete-Nicolas C, Reig-Cebria MJ, et al. Impacto en la asistencia en salud mental tras la colaboración entre atención primaria y salud mental. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2021 Sep 1;47(6):385–93.
19. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019 Feb 15;17(1).
20. Tejada P, Jaramillo LE, García J, Sharma V. The Global Mental Health Assessment Tool Primary Care and General Health Setting Version (GMHAT/PC)-Spanish version: A validity and feasibility study. *Eur J Psychiat*. 2017;30:195–204.
21. Andrea M, Carrasco S. ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL DEL CANTÓN IBARRA [Internet]. Ibarra; 2020 [cited 2023 Feb 7]. Available from: [https://www.ibarra.gob.ec/site/docs/estrategico/PDYOT\\_2020.pdf](https://www.ibarra.gob.ec/site/docs/estrategico/PDYOT_2020.pdf)
22. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Tercera edición. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares No 26., editor. Washington, D.C.: OPS; 2017.
23. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

24. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a Ed. Panamericana, editor. Arlington, VA; 2014.
25. Peres MA de A, Aperibense PGG de S, Dios-Aguado M de LM de, Gómez-Cantarino S, Queirós PJP. The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of knowledge. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2021 Mar 26 [cited 2023 Jan 31];42(spe):e20200228. Available from: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/FCtdhW9CT3k47gJS9KTSXkk/?lang=en>
26. Ydalsys Naranjo-Hernández C. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Arch Med Camagüey* [Internet]. 2019;23. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-2476-1731>
27. NANDA. International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo C, editors. Nueva York: Georg Thieme Verlag Stuttgart; 2021.
28. Hough C, O'neill E, Dyer F, Beaney K. The Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT) pilot evaluation: Final report Research report 108. 2019.
29. Decreto Legislativo. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR [Internet]. Vol. 449, Registro Oficial. 2008 [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.cosedec.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf>
30. Poder Legislativo. Ley Orgánica de Salud 2006. Poder Legislativo [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 7]; Available from: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/112108/139933/F-878849362/LEY%2067%20ECU.pdf>
31. Secretaria Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 [Internet]. Quito; 2021 [cited 2023 Feb 7]. Available from: [https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado\\_compressed.pdf](https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf)



32. Consejo Internacional de Enfermeras. CÓDIGO DE ÉTICA DEL CIE PARA LAS ENFERMERAS [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 7]. Available from: [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_SP\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf)
33. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
34. CONGRESO NACIONAL. LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE. 2006 [cited 2023 Feb 7]; Available from: [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)
35. Sampieri R, Collado C, Lucio P, Sergio V, Torres C. Metodología de la Investigación . McGRAW-HILL. 2014.
36. Guachamín M, Guevara-Rosero C, Ramírez J, Parreño C, Orbea V, Burbano R. Efectos socioeconómicos y financieros de la crisis sanitaria en los trabajadores ecuatorianos [Internet]. Quito; 2021 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2022/01/Efectos-Socioecono%CC%81micos.pdf>
37. Páginas - Ciclo de Vida [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
38. Acosta Vinuesa Y, Alvear Reascos R, González Pardo S, Reascos Paredes YL, Monroy G. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura. Bionatura [Internet]. 2017 Aug 15 [cited 2023 Jan 24];2(3):369–75. Available from: <http://revistabionatura.com/2017.02.03.6.html>
39. Pacheco-Vásquez DR, Guerrero-Alcedo JM. Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú.” 2021 Dec 12 [cited 2023 Feb 8]; Available from: <https://zenodo.org/record/5834712>
40. López-Rodríguez JA, Rigabert A, Nieves M, Llano G, Rubio G, Grupo Y, et al. Cribado de riesgos derivados del consumo de drogas utilizando la herramienta ASSIST (Alcohol, smoking and substances involvement screening test) en pacientes de atención primaria:

estudio transversal. *Aten Primaria* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 25];51(4):200–7. Available from: [www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)

41. Nascimento VS do, Santos AV dos, Arruda SB, Silva GA da, Cintra JD arc de S, Pinto TCC, et al. Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses. *einstein (São Paulo)* [Internet]. 2019 Dec 20 [cited 2023 Feb 12];18:eAO4908. Available from: <http://www.scielo.br/j/eins/a/cskxXS75mBGzqHhYXhQjtcf/?lang=en>
42. Moreno Arroyo C, Linares Riera E, Homet Mir G, Agusti Bassa V, Soler Ruiz N, Puig Llobet M. Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental en el hospital de día de Malgrat de Mar: Nursing Diagnoses in Patients with Mental Disorders Treated in the Day Unit at Hospital Malgrat de Mar. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, ISSN-e 2530-6707, N° 4, 2018 [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 21];(4):1. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7586267&info=resumen&idioma=ENG>

## ANEXOS

### Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL  
NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título:** “PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE ALPACHACA”.

**Investigador:** Jean Carlos Borja

Yo: \_\_\_\_\_ con CI \_\_\_\_\_

Declaro que he sido informado/a he invitado/a participar en el proyecto de investigación por parte del estudiante **Jean Carlos Borja** con C.I. **1004743512**. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar al respecto y he contestado satisfactoriamente a las preguntas que me han realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

La información registrada será manejada con absoluta confidencialidad y se la realizará de manera anónima.

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

(Día/mes/año)

### Archivo Fotográfico



## Herramienta

## GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE

Nº de registro	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>		
Motivo de consulta / diagnóstico	<input type="text"/>				
Dirección	<input type="text"/>				
Provincia	<input type="text"/>				
Teléfono	<input type="text"/>				
Correo-e	<input type="text"/>				
Grupo étnico	Mestizo <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Afro <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>	
Estado civil	Casado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>
Residencia	Sólo <input type="checkbox"/>	Con familia <input type="checkbox"/>	Con amigos <input type="checkbox"/>	Protegido <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>
Médico APS	<input type="text"/>				

**Instrucciones para el examen del estado mental:**

Este instrumento de evaluación ha sido desarrollado para ayudarle a realizar una valoración de la salud mental en Atención Primaria/Medicina General.

Es una entrevista semi-estructurada para evaluar el estado mental del paciente.

Use su juicio profesional a la hora de puntuar el síntoma que el paciente ha experimentado en el mes previo.

Si existe alguna duda, puede que tenga que preguntar cualquier cuestión suplementaria para establecer la presencia y la severidad del síntoma.

Al final de la entrevista, el programa dispone de la opción de añadir detalles descriptivos de los problemas del paciente.

Si cualquier información es introducida aquí, será incorporada en el volante de remisión.

Preséntese por su nombre:..... Pregunte: ¿le gustaría responder algunas preguntas para evaluar su salud mental?, dígame al paciente que no se preocupe si algunas preguntas parecen un poco extrañas; algunas no serán aplicables a usted, pero debemos realizar a todo el mundo el mismo tipo de preguntas.

- 1 ¿Cómo se ha sentido últimamente?, ¿Tiene algún problema? (en caso afirmativo) ¿Hace cuánto tiempo?

Duración #  Días Semanas Meses Años

- 2 ¿Ha tenido alguna vez en el pasado problemas de salud mental?

- 3 ¿Ha sufrido alguien de su familia, alguna clase de problema mental?

- 4 ¿Por favor, cuénteme si hay algo en su vida personal o social, incluyendo hogar, trabajo o dinero, que considere estresante; Ha sufrido de alguna forma de trauma o abuso,

Físico  Emocional  Sexual  ?

## GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE

5 ¿Ha sufrido de: Epilepsia? Si  No

6 Retardo mental?

¿Tuvo problemas en el desarrollo?, ejemplo: ¿Se demoró en sentarse, en caminar, hablar o aprender en el colegio (Si la respuesta es positiva), según usted, cuál es la edad mental de él/ella?

Leve o moderado  Severo  No

7 Preocupaciones?

¿Se preocupa mucho? (si responde afirmativamente:)

¿Qué tipo de cosas son las que le preocupan?

¿Suele preocuparse por el dinero, los problemas familiares, su propia salud o la de otra persona?

¿Alguna cosa más le preocupa?

¿Qué tanto le preocupa?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


¿Le incomoda mucho esta preocupación, es desagradable, puede dejar de preocuparse?, vuelven a aparecer los pensamientos?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


8 Ansiedad?

¿Se suele asustar o ponerse nervioso/a? (Si responde afirmativamente:)

Si

¿Suele tener / sentir con frecuencia:

Palpitaciones

Sudoración

Temblores o sacudidas

Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


Crisis de pánico

¿Ha tenido ataques de miedo o pánico y ha tenido que hacer algo para que terminen?

¿Puede describir lo que ocurre?

Con qué frecuencia tien estas crisis?

**GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE**

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

**9 Concentración**

¿Cómo está su concentración?

¿Puede concentrarse cuando está hablando con alguien, oyendo radio, viendo televisión o leyendo?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

**10 Ánimo depresivo**

¿Se ha sentido triste, deprimido recientemente?

¿Ha llorado en algún momento o ha sentido ganas de llorar?

¿Se siente deprimido durante la mayor parte del tiempo o tan solo unas pocas horas cada vez?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

**11 Pérdida de interés**

¿Tiene interés por las cosas?

¿Ha perdido el interés por las cosas?

¿Con qué disfruta recientemente?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

**Falta de energía**

¿Se siente agotado/a, exhausto/a y sin energía (para hacer las cosas que quiere hacer)?

¿Se siente así la mayor parte de los días?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

## GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE

### Sentimientos de culpa

¿Tiende a echarse la culpa o se siente culpable de algo?

(¿ Se siente en ocasiones inútil?)

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

### Retraso / agitación psicomotriz

Retraso  
Agitación

¿ ha enlentecido sus actividades?

¿Se agita en ocasiones?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

### Desesperanza

¿Cómo ve el futuro?

¿Se siente desesperanzado/a?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

### Ideación suicida reciente

¿Ha sentido que no vale la pena vivir?

¿Ha pensado en acabar con todo?

¿Ha hecho algo para hacerse daño?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |

### Ideación suicida actual

¿Sigue pensando de la misma manera?

¿Tiene algún plan para acabar con su vida?

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |



**GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE**

12

**Sueño**

¿Ha tenido problemas para dormir recientemente? (Si responde afirmativamente:)

Si

¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

¿Se despierta más temprano por las mañanas?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


**Apetito**

¿Cómo ha estado su apetito?

¿Disfruta lo que come?

¿Ha estado comiendo mucho más o menos de lo habitual?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


**Pérdida / ganancia de peso**

¿Ha perdido (o ganado) peso durante los últimos tres meses?

¿Cuánto ha sido más o menos?

Cuánto en el último mes?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


**Libido**

¿Ha perdido recientemente interés por el sexo?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


13

**Trastornos de alimentación**

¿Cuáles son sus hábitos alimenticios?

¿Está EXCESIVAMENTE preocupado/a por comer alimentos que engorden?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


**GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE**

14 Cree que está gordo/a, incluso cuando otras personas le dicen que está demasiado delgado/a?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


¿Está preocupado / a porque no tiene control de la cantidad que come?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


¿Diría que la comida domina su vida?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


¿Se provoca el vómito cuando se encuentra lleno / a?

O usa fármacos como laxantes, diuréticos u otros para reducir su llenura?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


**SOLO MUJERES:**

¿Se ha interrumpido su menstruación?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


15

**Hipocondría**

¿Cómo está su salud física?

¿Le preocupa su salud o alguna enfermedad?

¿Hay algo en relación a su cuerpo que le moleste o le preocupe?

¿Tiene algún dolor?

¿Hay alguna parte de su cuerpo que no funcione adecuadamente?

(¿Diría que está en buenas condiciones físicas?)

## GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


## 16 Obsesiones / compulsiones

¿Tiene que comprobar las cosas una y otra vez, por ejemplo, si ha cerrado los grifos, o el gas, o apagado las luces?  
Si responde afirmativamente:  
¿Lo comprueba aunque sepa que ya lo ha hecho? ¿Cuántas veces?  
¿Se lava mucho las manos? ¿Cuántas veces?  
¿Le vienen a la cabeza algunos pensamientos absurdos que no se van cuando intenta librarse de ellos?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


## 17 Fobias / agorafobia

A veces las personas tienen temores que saben que no tienen ningún sentido, como tener miedo de las multitudes o de salir solo a la calle. ¿Tiene usted estos o cualquier otro miedo? (Agorafobia)

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


## Fobias / fobia específica

¿O a estar en una habitación pequeña, o se asusta con algunos tipos de animales, o con las alturas, los lugares oscuros, etc?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


## Fobias - Fobia social

¿O a ser el centro de la atención, como por ejemplo salir a comer afuera, hablar en público, etc.?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


## GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE

- 18 **Manía**  
¿Se ha sentido con demasiada energía (lleno/a de energía) recientemente?
- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |
- 19 ¿Últimamente se ha sentido muy feliz sin ninguna razón aparente?
- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |
- 20 **Trastornos del pensamiento**  
¿Se le mezclan (confunden) sus pensamientos?  
(¿De forma que no los puede organizar?)  
(¿Puede pensar con claridad/orden?)
- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |
- 21 **Trastornos del pensamiento / Ideas de referencia**  
¿Cree que la gente habla de usted (se ríe de usted)?  
¿O que la tv/radio/periódicos hablan de usted?  
¿Tiene otras ideas o creencias inusuales(extrañas)(ej alguien quiere hacerle daño) (Explore si la persona tiene otras ideas delirantes)  
¿Piensa que esto es cierto o quizás es tan solo algo que usted siente?  
(¿está seguro?)
- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  | <input type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="text"/> |
- 22 **Síntomas psicóticos / alucinaciones auditivas**  
¿Ha tenido sensaciones extrañas?  
¿Oye usted cosas que otras personas no pueden oír?  
(¿Qué es lo que oye?)  
(¿Y voces?)  
(¿Cuándo no hay nadie alrededor?)  
(¿Qué dicen?)

**GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE**

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


- 23 **Síntomas psicóticos / alucinaciones visuales**  
¿Tiene visiones o ve cosas que son invisibles para el resto de la gente?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


- 24 **Desorientación en tiempo**  
¿Algunas personas cuando se sienten mal o están disgustadas pierden la noción del tiempo  
Puedo preguntarle ¿Cuál es la fecha de hoy?  
¿Puede decirme qué día de la semana es?  
(¿Qué mes?) (¿Qué año?)

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


- Desorientación en el lugar**  
¿Cuál es el nombre de este lugar?  
¿Dónde está situado?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


- Desorientación en persona**  
¿Me había visto antes?  
¿Tiene dificultad para reconocer a sus familiares y amigos cercanos?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado


## GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE

25

**Pérdida de memoria**

¿Ha tenido algún problema con la memoria?

(Si responde afirmativamente:)

¿Qué tan grave es esto para usted?

¿Últimamente acostumbra a olvidar las cosas?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  |  |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    |  |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  |  |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    |  |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma |  |
| 9 | No aplicable o no preguntado  |  |

¿Qué tipo de cosas?

¿Los nombres de sus familiares o amigos cercanos?

(¿Dónde ha puesto las cosas?)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma  |  |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    |  |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  |  |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    |  |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma |  |
| 9 | No aplicable o no preguntado  |  |

26

**Abuso de alcohol**

¿Le importa que le pregunte sobre sus hábitos con el alcohol (bebida)? ¿Cuánto suele tomar?

Si se sospecha un consumo excesivo, preguntar:

¿Siente un fuerte deseo de tomar alcohol a diario?

¿Puede normalmente parar de tomar tras beber una o dos copas?

¿Ha aumentado la cantidad que toma durante algún periodo de tiempo?

¿Ha sufrido alguna vez síntomas de abstinencia (cuando deja de tomar) como temblores, amnesia, confusión, visiones, convulsiones, etc?

¿Ha abandonado sus aficiones a causa de la bebida?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 0 | No bebe o bebe únicamente de forma social ocasionalmente                                    |  |
| 1 | Bebedor social habitual   |  |
| 2 | Clara evidencia de consumo excesivo con efectos nocivos                                     |  |
| 3 | Problema significativo de consumo con dependencia o efectos nocivos a nivel físico o social |  |

27

**Abuso de drogas**

¿Suele consumir drogas (drogas ilegales)?

Si responde afirmativamente ¿Cuánto consume?

¿Sufre algún síntoma de abstinencia?

¿Es el abuso de drogas un problema para usted?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 0 | Sin evidencia de consumo de drogas   |  |
| 1 | Uso ocasional de drogas ilícitas   |  |
| 2 | Uso frecuente de drogas ilícitas   |  |
| 3 | Uso significativo de drogas ilícitas con dependencias y complicaciones asociadas |  |



## GLOBAL MENTAL HEALTH ASSESSMENT, PRIMARE CARE

28

**Problemas de personalidad**

¿Ha tenido problemas por su forma/manera de ser?

¿Siempre ha sido así?

¿Ha continuado esto a lo largo de su vida, sin ir significativamente a mejor o a peor?

(No incluir los problemas emocionales/psicológicos secundarios a estrés, enfermedad física o mental)

- 0 Sin problemas
- 1 Problemas ocasionales (rasgo de personalidad)
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Problemas frecuentes de grado moderado


¿Le ha causado esto problemas en las relaciones con los demás en el trabajo?

¿Es usted una persona con un carácter fuerte?

(Tener en cuenta cualquier tipo de patrón maladaptativo, por ejemplo, autolesiones recurrentes, actividades antisociales, etc)

- 0 No
- 1 Si


29

**Estresantes**

¿Ha pasado por algún tipo de situación estresante antes de que sus problemas comenzaran?

Por ejemplo, ¿alguien cercano a usted murió, rompió alguna relación o cualquier otro tipo de situación estresante?

- 0 Sin estrés
- 1 Estrés en grado leve
- 2 Estrés en grado moderado
- 3 Estrés en grado severo


**Trastorno de estrés posttraumático**

¿Qué ha pasado después (del evento estresante)? ¿Tiene pesadillas sobre lo que pasó ?

¿Ha tenido momentos en los que ve lo que sucedió de nuevo, como si estuviera en frente de sus ojos?

¿Cómo se siente en situaciones que le recuerdan lo que pasó? ¿Las evita?

¿Se ha vuelto más irritable y nervioso desde lo que pasó ?

- 0 No
- 1 Si


DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL ENTREVISTADOR

--

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

--

TELÉFONO

--

CURSO Y CARRERA/PROFESIÓN

--

## Autorización



Ministerio de Salud Pública  
Coordinación Zonal 1 - Salud

Oficio Nro. MSP-CZONALI-2022-1866-O

Ibarra, 15 de julio de 2022

**Asunto:** AUTORIZACION PARA APLICAR ENCUESTA DIAGNÓSTICA QUE PERMITA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN "PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL CANTÓN IBARRA"

Señor  
Widmark Enrique Baez Morales  
**Decano Facultad Ciencias de la Salud**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Oficio N. 1042-D-FCS-UTN, de fecha 11 de julio de 2022, documento en el cual solicita:

*"(...) en atención a Oficio Nro. MSP-CZONALI-2022-1716-O, me permito remitir la información requerida referente a número de estudiantes que llevarán a cabo la encuesta, además los establecimientos de salud del cantón Ibarra donde realizarán la actividad, clasificado por carrera, referente a la aplicación de una encuesta diagnóstica de principales trastornos de salud mental como parte de investigación: "PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL CANTÓN IBARRA. (...)"*

Debo mencionar:

El Ministerio de Salud Pública aporta en la formación académica de los futuros profesionales de la salud y por tratarse de un tema de investigación de interés Institucional, se emite la respectiva AUTORIZACIÓN para la aplicación del instrumento de investigación, con fundamento en los lineamientos establecidos en el Acuerdo Ministerial 5216 publicado en el Registro Oficial Suplemento 427 de fecha 29 de enero de 2015 - REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Solicito la Coordinación respectiva con la Lic. Lillian Vilca, Líder de los Establecimientos de Salud Ibarra, Pimampiro, San Miguel de Urcoquí y los correspondientes Directores Distritales.

Es importante mencionar que la información recopilada debe ser utilizada para fines académicos y de investigación y aplicando el principio de confidencialidad en el manejo de los datos obtenidos, adicionalmente es importante que los estudiantes socialicen los

Dirección: Oviedo 5-77 y Sucre Código Postal: 100105 / Ibarra - Ecuador  
Teléfono: 593-8-2994-400 - [www.saludzona1.gob.ec](http://www.saludzona1.gob.ec)

\* Documento firmado electrónicamente por Guipuz



1/2





Ministerio de Salud Pública  
Coordinación Zonal 1 - Salud

Oficio Nro. MSP-CZONAL1-2022-1866-O

Ibarra, 15 de julio de 2022

resultados de la investigación a los respectivos Directores Distritales como un aporte relevante para conocimiento, análisis y toma de decisiones institucionales.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Dr. Carlos Fernando Villalba Sevilla  
**COORDINADOR ZONAL 1 - SALUD**

Referencias:

- MSP-CZ1-DZAF-SG-2022-2492-E

Anexos:

- 2492-e0552395001657723516.pdf

Copia:

Señora Licenciada  
Lillian Janeth Vilca Salazar  
**Líder de Establecimientos de Salud Zona 1 - Salud**

Señora Licenciada  
Tatiana Miño Valenzuela  
**Responsable Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios Zona 1 - Salud**

Señor Médico  
Luis Pirula Ruz  
**Responsable Zonal de Gobernanza de la Salud Zona 1 - Salud**

lp



Firmado electrónicamente por:  
CARLOS FERNANDO  
VILLALBA SEVILLA

Dirección: Oviedo 5-77 y Sucre Código Postal: 100105 / Ibarra - Ecuador  
Teléfono: 593-6-2994-400 - [www.saludzona1.gob.ec](http://www.saludzona1.gob.ec)

\* Documento firmado electrónicamente por Copia:



## Revisión de Abstract

### ABSTRACT

#### "PREVALENT MENTAL DISORDERS IN PATIENTS TREATED AT THE HEALTH SUB-CENTER OF ALPACHACA PARISH, IBARRA CITY, 2022"

**Author:** Jean Carlos Borja

**Director:** Dr. Yesenia Acosta

[jcborja@utn.edu.ec](mailto:jcborja@utn.edu.ec)

Mental health problems are often common in primary health care, but many are not treated effectively. They are always referred to other more specialized levels of care. Currently, in primary care there is a case of underdiagnosis with regard to mental disorders. This is a problem because serious and irreversible psychosocial issues may arise in the future. The main objective was to determine the prevalence of mental disorders in users treated at the Health Sub-Center of Alpachaca Parish. This research used a quantitative-non-experimental approach; descriptive-transversal scope was held. The information was collected through the clinically validated Global Mental Health Assessment Tool - Primary Care which was applied to users who came for morbidity. Those with mental disabilities were excluded. A total of 229 surveys were collected from a population between 18 to 65 years old. The population group was mostly female with 69%; data was processed in the SPSS database. The overall percentage of patients with some sort of mental disorder due to morbidity consultation was 65.1 concluding that more than half of the users who come from other causes of somatic type to the health care center have some type of hidden mental disorder. Anxiety is the most prevalent disorder with 47.7%. The analysis determined that the most common nursing diagnoses of this study coincide with the psychiatric pathologies identified with the diagnostic tool. It is imperative for primary health care professionals to be trained in the promotion, prevention, and timely treatment of mental disorders.

**Keywords:** Prevalence, Mental Health, Mental Disorders, Primary Care, Primary Care Users

LUIS ALFONSO  
PASPUEZAN  
SOTO

Firmado digitalmente  
por LUIS ALFONSO  
PASPUEZAN SOTO  
Fecha: 2023.03.14  
12:48:03 -05'00'

Reviewed by:

**REGISTRO BIBLIOGRÁFICO**

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra 14 de junio del 2024

Jean Carlos Borja "TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA APORBACIÓN DE LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR" TRABAJO DE GRADO. Licenciado en enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 2023

**DIRECTORA:** Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

**El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes atendidos en el centro de salud de Alpachaca.**

**Entre los objetivos específicos se encuentran:**

Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.

Identificar los trastornos mentales prevalentes en los usuarios del centro de salud de Alpachaca mediante el uso de la herramienta Global Mental Health Assesment Tool – Primary Care.

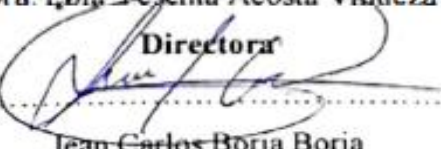
Clasificar los Diagnósticos de enfermería relacionados a los trastornos mentales en la población de estudio, Según la Taxonomía NANDA.

Ejecutar un plan de cuidados de enfermería según el principal diagnóstico de enfermería identificado.

**Fecha: Ibarra 14 de junio del 2024**

  
.....  
Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

**Directora**

  
.....  
Jean Carlos Borja Borja

**Autor**