

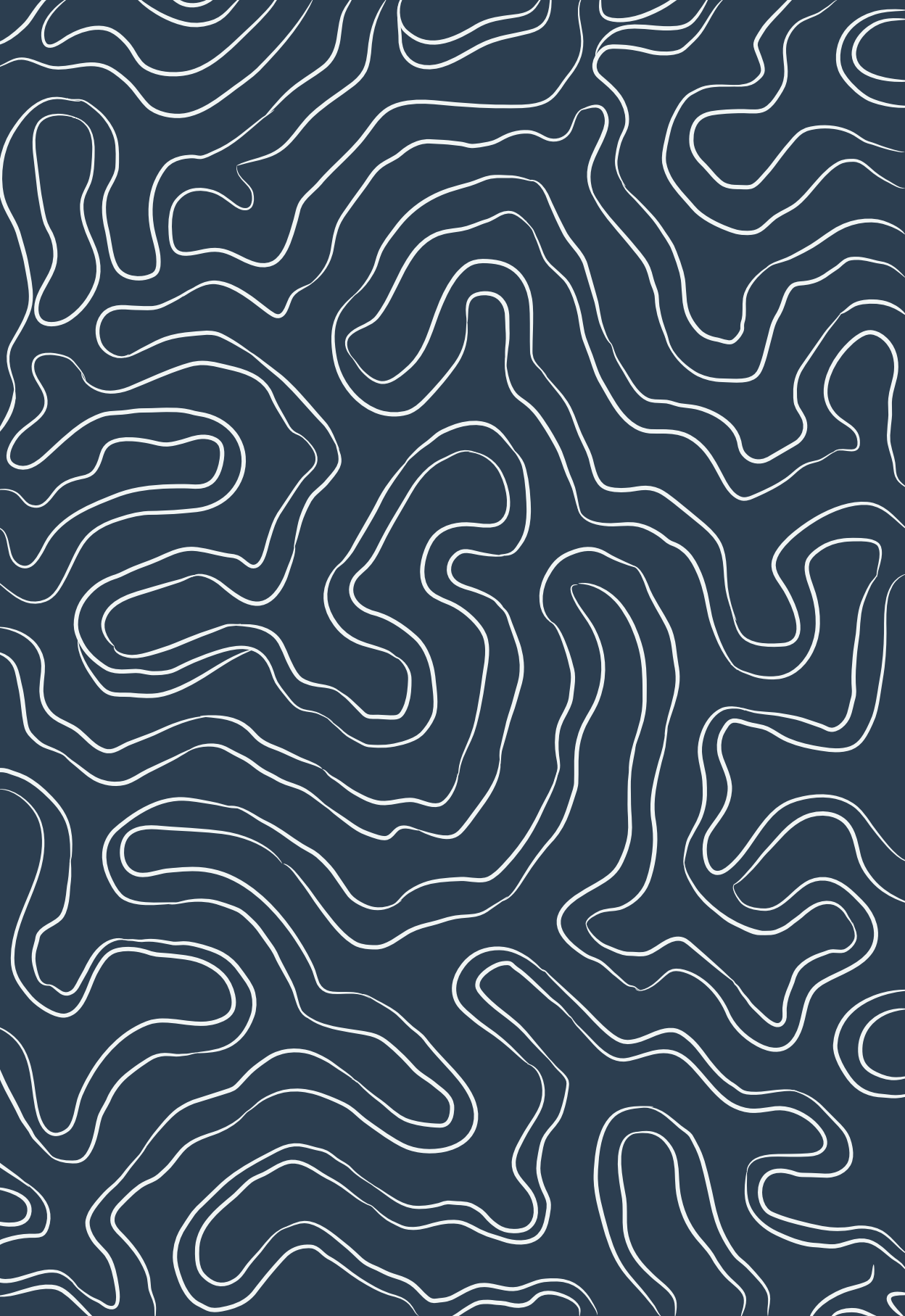
INTRODUCCIÓN A LA SALUD MENTAL PARA CIENCIAS DE LA SALUD

UNA VISIÓN INTEGRADORA DE LA SALUD MENTAL

Yesenia Acosta & Rodrigo Alvear



UTN



**INTRODUCCIÓN A LA SALUD MENTAL
PARA CIENCIAS DE LA SALUD**

INTRODUCCIÓN A LA SALUD MENTAL PARA CIENCIAS DE LA SALUD

UNA VISIÓN INTEGRADORA DE LA SALUD MENTAL

Rodrigo Alvear & Yesenia Acosta



Edita

Editorial Universidad Técnica del Norte
Av. 17 de Julio, 5-21. Campus Los Olivos
IBARRA - IMBABURA - REPÚBLICA DEL ECUADOR
www.utn.edu.ec
editorial@utn.edu.ec



Pares revisores académicos externos
Dra. Elba Rosana Brito Moina
Especialista en Psiquiatría - Docente tutora de Psiquiatría ESPE

Dr. Juan Ayala Yépez
Especialista en Psiquiatría - Director del Consejo del posgrado Facultad de Ciencias
Médicas UCE

Revisión de estilo
PhD(c). Virna Isabel Acosta, MSc.
Docente - Investigadora Universidad Técnica del Norte

*Ilustraciones

Las ilustraciones utilizadas en el presente libro fueron extraídas de la página web de stock gratuita: [frepick.es](https://www.frepick.es)

© de los textos e ilustraciones - Sus respectivos autores, 2026.
© de esta edición: Editorial Universidad Técnica del Norte, 2026.
1ª edición, digital: marzo de 2026/ e-ISBN: 978-9942-572-40-0
DOI: 10.53358/libfcss/GXQM6795

En el proceso de elaboración del presente libro se emplearon herramientas de inteligencia artificial como apoyo complementario en la mejora de la redacción y claridad de los textos.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin la previa autorización descrita de la Editorial Universidad Técnica del Norte.

Agradecimientos

Este libro nace gracias a la inspiración de los estudiantes; son ellos el motor invaluable de nuestro compromiso educativo y la razón principal para seguir cultivando el conocimiento y la innovación en el campo de las ciencias de la Salud Mental. Escuchar sus inquietudes y acompañar sus procesos de aprendizaje, nos recuerda cada día el valor de la docencia y el desafío constante de responder con rigor y empatía a las necesidades y los sueños de una nueva generación de profesionales.

Gracias también a nuestros hijos. Ellos son, en nuestro caminar personal y académico, fuente continua de alegría y verdadero impulso para sembrar semillas que florezcan en el futuro. Cada línea de este libro se escribe pensando en el futuro que les espera y en la responsabilidad que implica formar individuos capaces de transformar la sociedad y contribuir a la salud mental y el bienestar de todos.

Extendemos nuestra gratitud a los colegas, profesionales y amigos que han contribuido con sus aportes intelectuales y afectivos: el intercambio de ideas, la crítica constructiva y la colaboración interdisciplinaria han enriquecido y consolidado tanto el contenido como el espíritu de este trabajo.

Asimismo, agradecemos especialmente a las autoridades universitarias y a las instancias institucionales que, con su exigencia constante y apoyo, han hecho posible este trabajo.

El proceso de elaboración de este libro ha sido un viaje que va más allá de la simple transmisión de contenidos; ha sido una experiencia de aprendizaje compartido, de revisión constante y de crecimiento personal y colectivo. Si bien somos los autores quienes aportamos las palabras y los argumentos, la verdadera riqueza del texto se encuentra en los encuentros cotidianos con estudiantes, hijos, colegas y miembros de la comunidad.

Agradecemos también a todos aquellos que, de manera directa o indirecta, han influido en nuestra visión y pasión por la Salud Mental: pacientes, maestros, mentores y todos los que nos han acompañado en este camino profesional. Ojalá que los frutos de este esfuerzo contribuyan a la formación de generaciones capaces de enfrentar los retos de la Salud Mental con visión crítica, humana y comprometida.

SUMARIO

01_	PRÓLOGO
03_	Capítulo 1
05_	La importancia de la formación en salud mental para profesionales de la Salud
10_	Competencias necesarias para profesionales de la salud en el campo de la salud mental
11_	El rol del Médico General
12_	El rol del profesional en Enfermería
13_	El rol del Fisioterapeuta
14_	El rol del Nutricionista
15_	El rol del Psicólogo Clínico
17_	El equipo de Salud Mental
32_	Concepto de Salud Mental
35_	Estructura del sistema nacional de Salud en Ecuador
36_	Primer nivel de atención
37_	Segundo nivel de atención
39_	Tercer nivel de atención
41_	Capítulo 2
43_	Legislación y políticas de Salud Mental en Ecuador
44_	Plan nacional de Salud Mental en Ecuador
46_	Lineamientos estratégicos propuestos
53_	Ley orgánica de Salud Mental
54_	Ley Nacional de Salud Mental de Ecuador (2024–2030)
59_	Capítulo 3
61_	Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria.
64_	Breve historia de la epidemiología psiquiátrica.
69_	Trastornos mentales comunes en atención primaria
73_	Trastornos mentales comunes en atención primaria
77_	Somatizaciones en atención primaria
78_	Capítulo 4
80_	Factores determinantes de problemas de Salud Mental
82_	Entorno social y familiar
83_	Baja condición socioeconómica y desempleo
84_	Bajo nivel de educación
85_	Eventos de vida y situaciones estresantes
88_	Estilos de crianza inadecuados
90_	Estilos parentales
91_	Estilo paterno autoritativo o democrático
92_	Estilo paterno autoritario
92_	Estilo paterno permisivo
93_	Estilo paterno negligente

94_	Factores culturales
96_	Factores biológicos
97_	El papel de la microbiota en la Salud Mental
100_	Liberación de compuestos bioactivos mediados por microorganismos
101_	El papel del ejercicio físico en la Salud Mental
103	Factores relacionados al suicidio
106_	Bibliografía

PRÓLOGO

Dr. Pedro Batista Bello

Psiquiatra

Médico Tratante de la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de Guadalupe,
Quito, Ecuador.

Este libro, ha sido pensado en la formación de los estudiantes de diversas carreras afines a las ciencias de la salud, partiendo que no solo los psicólogos o psiquiatras necesitan adquirir conocimientos en el importante tema de la salud mental. En la agitada carrera de las ciencias de la salud, donde la dedicación a la curación de los demás puede agotar incluso al espíritu más resiliente, es imprescindible recordar que cuidar nuestra propia Salud Mental y emocional es esencial para brindar un apoyo efectivo a los demás, eso lo podemos lograr solo si conocemos nuestro propio funcionamiento, en ese sentido, me complace presentarles este libro sobre salud mental específicamente orientado a estudiantes de ciencias de la salud, como medicina, enfermería, fisioterapia, nutrición y psicología clínica. A lo largo de estas páginas, encontrarán que la salud mental es fundamental en cualquier área de la vida, pero cobra especial relevancia en el ámbito de la salud, donde el contacto con el dolor y el sufrimiento puede ser intenso y prolongado. El contenido de esta obra aborda no solo una fuente de conocimientos teóricos, temas básicos del conocimiento de la psicología, psicopatología y psiquiatría, si no también intervenciones en diferentes contextos clínicos desde el rol que cumple cada profesional del equipo de salud para enfrentar los desafíos únicos que enfrentan los seres humanos en condiciones de dolor y sufrimiento y proporciona herramientas prácticas para cuidar el bienestar mental. La obra, si bien está dirigida al ámbito



académico, puede ser consultada por cualquier profesional de la salud incluyendo a personal administrativo de distintos niveles de atención que deseen encontrar en un compendio, aspectos básicos y prácticos para aplicación del conocimiento en el ejercicio cotidiano. Algunos datos son producto de la investigación local y regional de los mismos autores pues se precisa actualizar en cierta forma y revitalizar el interés de los estudios de la salud mental con datos actuales y aplicarlos a la práctica del profesional de la salud ya que esto aportará un perfil objetivable y pertinente de formación académica. Creo que este libro permitirá abrir el interés de muchos profesionales que trabajarán por el bien de mejorar las condiciones actuales de salud desde un perfil más amplio en donde se encuentra incluido el componente psicosocial y no solo el biológico con el objetivo de proporcionar un abordaje holístico orientado a solucionar problemas prioritarios de salud como lo es la salud mental.



Capítulo 1





La importancia de la formación en salud mental para profesionales de la Salud

Dra. Yesenia Acosta Vinuesa

Importancia de la Salud Mental en la Atención Integral

Los problemas de salud mental acompañan de frecuentemente a la consulta médica general, se asocian a discapacidad, se manifiestan en diferentes edades afectando a la población general en una prevalencia de alrededor del 25% a nivel mundial.

En investigaciones locales la prevalencia comunitaria es algo más alta, y los casos que llegan a la atención primaria no se diagnostican, lo que se evidencia en los datos nacionales de morbilidad donde no hay problemas de salud mental pero que sin embargo están presentes y se lo demuestra con estudios epidemiológicos en donde la prevalencia se acerca es de 1 de cada 2 personas.

Por lo tanto, la formación en temas de salud mental se hace imprescindible en las carreras de educación en ciencias relacionadas a la salud (2).

La gran importancia que tienen los problemas de salud mental en la práctica diaria de los profesionales de atención primaria se evidencia, ya que la mitad de ellos considera que

al menos un 20% de las consultas están relacionadas con este tipo de trastornos, siendo los más frecuentes los de ansiedad, estado de ánimo y somatizaciones.

Esto supone un reto importante para los profesionales de atención primaria, que en muchos casos sienten que no pueden hacerse cargo adecuadamente de esta demanda, especialmente cuando tienen una alta presión asistencial.

Además, una proporción significativa considera que su formación en salud mental es insuficiente. Por otro lado, la coordinación con los servicios especializados de salud mental no parece ser todo lo fluida que sería deseable.

Muchos profesionales manifiestan dificultades para derivar pacientes a estos servicios y discrepancias en los criterios de mejoría clínica.

En este contexto, parece necesario reforzar la formación de los estudiantes, aspirantes a profesionales, que trabajarán en



distintas áreas de salud, en salud mental, tanto durante la carrera como posteriormente mediante formación continuada.

en el proceso de formación en lo que se debe hacer conciencia y preparar a los profesionales a enfrentarlos (4).

Esto les permitiría adquirir más conocimientos y habilidades para manejar estos problemas en su práctica diaria. Además, sería importante mejorar la coordinación entre atención primaria y los servicios especializados de Salud Mental, estableciendo protocolos de derivación claros y consensuados.

Así podrá darse una respuesta adecuada a una demanda asistencial que, como muestran los datos, tiene una gran magnitud e importancia y es



Los temas de salud mental incluyen conocimientos básicos de:

1. Psicología básica y aplicada a la salud.
2. Bases de neurociencia.
3. Psicopatología.
4. Psicofarmacología.
5. Psicoterapia, que pueden ser usada por varios profesionales, para mejorar el proceso de atención, ayudando a establecer una relación más efectiva y empática con los pacientes.

Los conocimientos de salud mental ayudan a comprender:

- El comportamiento humano en general, aplica para sí mismo y para la interacción con compañeros y pacientes.
- Facilita el desarrollo personal y el bienestar ayudando a desarrollar un mejor afrontamiento.
- Permite brindar una atención integral que va más allá del tratamiento físico de los pacientes. Esto se logra gracias a que el futuro profesional o el profesional no entrenado adquiera herramientas fundamentales tales como:

1. Escucha activa: es la habilidad de demostrar un interés genuino al expresar sus molestias, es decir que, al prestarle atención a sus preocupaciones o necesidades, se logrará ofrecer apoyo emocional más efectivo

2. La empatía: es la capacidad de sentir lo que el paciente está sintiendo, poniéndose en su lugar de sufrimiento. Esto ayuda a dar un cuidado más humano y personalizado y ayuda a crear una relación de confianza y respeto mutuo.

3. Comunicación efectiva: tan importante es escuchar como comunicarse y esto se logra con un entrenamiento en base a preguntas para promover la participación del paciente en su propio cuidado, facilita la comprensión de instrucciones y también mejora la relación profesional - paciente.



En fin, la formación en salud mental ayuda a proporcionar conocimientos sobre el desarrollo, funcionamiento y trastornos mentales, el entendimiento

profundo de los procesos psicológicos, sus bases biológicas y los factores que pueden afectar la salud mental.



Hay técnicas terapéuticas sencillas que se pueden aplicar luego de conocer las bases psicológicas de la comprensión de la conducta, una de ellas es la catarsis, consiste en dar un tiempo al paciente para expresar sentimientos y criterios que con miembros de su familia o amigos y no los puede hacer, a fin de entenderse o entender mejor la situación que vive. El uso de técnicas educativas como recreativas es fundamental para lograr nuevos aprendizajes y mejorar las condiciones de salud. La terapia cognitivo - conductual es un método aplicable que proporciona ayuda a corto plazo y ayuda a modificar tanto pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos que perjudican el bienestar del paciente. Si bien no se espera un nivel experto del uso de la psicoterapia, éstas y otras técnicas no solo ayudan a influir en los cambios de actitud del paciente, sino que apoyan a que éste tenga un mejor afrontamiento y una mejor adherencia.

El conocimiento de la salud mental apoya al profesional a gestionar su propio estrés previniendo problemas de salud mental provocados por el mismo agotamiento profesional, muchos profesionales dejan su carrera a los pocos años de haber tenido su título de habilitación por estar

expuestos constantemente al dolor, al sufrimiento y sobre todo a condiciones psicosociales como la doble presencia (padres y profesionales a la vez), el poco reconocimiento, estrés psicológico, la sobrecarga y relaciones laborales negativas (5).



Competencias necesarias para profesionales de la salud en el campo de la salud mental

El papel que debería cumplir cada profesional es distinto, primando el trabajo en equipo, nadie es considerado indispensable ni más ni menos que nadie, únicamente, que las funciones y el alcance que cada miembro del equipo tendrá dependerá de su formación.

El médico general, la enfermera, el fisioterapeuta, psicólogo clínico o de la salud, el nutricionista y el trabajador social; si bien comparten objetivos comunes como la prevención y la promoción, cada uno tiene funciones específicas para brindar una atención integral y multidisciplinaria a los pacientes. A continuación, se describe el papel de cada profesional (6):



El rol del Médico General

Desempeña un papel crucial en el equipo de salud mental al brindar evaluaciones médicas iniciales, diagnosticar y tratar trastornos mentales comunes.

Identifica con preguntas incluidas en su evaluación médica sobre síntomas cruciales de índole psicobiológico y social al igual que los antecedentes personales y familiares de dichos aspectos.

Aborda preguntas que nacen al momento de entablar una adecuada relación médico - paciente a través de:

1. La escucha cordial, empática y ordenada que aborde las verdaderas expectativas del paciente.
2. Datos del entorno.
3. Acontecimientos vitales, estrés y adaptación.
4. Afectividad y pensamientos.

- Coordina la atención médica de referencia de los pacientes.

- Puede remitir casos de difícil diagnóstico al especialista en salud

mental, pero debe seguir realizando el seguimiento y controles periódicos.

- Puede ofrecer educación y asesoramiento sobre la salud mental a sus paciente, sobre estrategias de afrontamiento y hábitos de vida saludables.



El rol del profesional en Enfermería

La evaluación de enfermería presenta diagnósticos específicos, de los cuales parten los planes de cuidado en problemas puntuales, decisiones que son tomadas independientemente de la indicación médica, condición necesaria para proporcionar cuidados integrales, individualizados y holísticos a los pacientes que presentan trastornos mentales a nivel comunitario y hospitalario.

El rol de la enfermería comunitaria es crucial en la promoción y prevención de la salud y el bienestar de las comunidades a nivel intramural o extramural.

Ambas categorías tienen funciones importantes como promover estilos de vida saludables, prevenir enfermedades mediante la educación y concientización, realizar exámenes de detección de enfermedades, administración de medicamentos, evaluaciones de riesgo, apoyo emocional y educación y ayudar en la coordinación de la atención.

Al proporcionar atención extramural a pacientes en sus hogares y

trabajar en colaboración con otros profesionales, es un componente clave de la atención médica y un importante agente de cambio en la promoción de la salud y el bienestar de las comunidades.

Uno de los roles fundamentales de enfermería en la salud mental en todos los niveles de atención es velar por los derechos del paciente, el profesional de enfermería se concentra más en cómo se ven afectadas las personas por la enfermedad, se concentran en la respuesta de los pacientes a las dolencias y gran parte de sus diagnósticos van orientados a problemas de tipo psicosocial (7, 8).



El rol del Fisioterapeuta

Los fisioterapeutas tienen un papel importante en el equipo de salud mental al abordar los aspectos físicos del bienestar de los pacientes.

Los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de discapacidad en el mundo, y el fisioterapeuta es un actor relevante facilitador y transformador de prácticas e intervenciones de salud mental en armonía con el movimiento corporal humano y la inclusión social real y efectiva.

Pueden ayudar a aliviar el estrés y la tensión corporal a través de técnicas de relajación, ejercicios de respiración y terapia física. Además, pueden aplicar técnicas de estimulación física que contribuyan al bienestar general y al tratamiento de síntomas relacionados con trastornos mentales.

Existen técnicas aplicadas a nivel de especialidad, como la fisioterapia noruega, terapia psicomotora y otras técnicas de gran éxito (1).



El rol del Nutricionista



El nutricionista desempeña un papel crucial en el equipo de salud mental al brindar orientación y apoyo nutricional a los pacientes. Una buena nutrición es fundamental para el bienestar mental, ya que una dieta equilibrada puede ayudar a regular el estado de ánimo y mejorar la salud.

El nutricionista puede proporcionar pautas dietéticas personalizadas, promueve hábitos alimentarios saludables y educa a los pacientes sobre la relación entre la alimentación y la salud mental.

Muchas de las enfermedades mentales requieren tratamientos que tienen como efectos secundarios aumento de peso lo que obliga al trabajo conjunto con un equilibrio nutricional (9).



El rol del Psicólogo Clínico

La psicología, al ser tan amplia, tiene muchas ramas y el psicólogo relacionado a las ciencias de la salud es el psicólogo clínico, o con formación en el campo de la psicología médica, disciplina que se encarga del abordaje de aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad y la salud desde un punto preventivo para mejorar los sistemas de atención médica.

El peso que tiene lo mental sobre lo físico tiene influencia más o menos relevante, de los procesos psicológicos sobre las alteraciones morbosas de ese organismo tan condicionado por el medio físico como por su entorno social.

El psicólogo clínico se encarga del diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico de la enfermedad mental. Ayuda a aliviar los síntomas a través de varias técnicas, principalmente es la cura a través de la palabra.

Cuando la persona enferma, experimenta respuestas afectivas y emocionales al dolor, a la incapacidad, a las reacciones de los otros ante su propia situación.



El equipo formado por médicos generales, psicólogos clínicos, enfermeras, fisioterapeutas y nutricionistas se complementa para brindar una atención integral y holística a los pacientes, en especial a nivel primario ya sea a los pacientes con trastornos de salud mental o a personas con factores de riesgo, buscando estrategias preventivas.

Cada uno aporta su experiencia y conocimientos específicos para

asegurar que se aborden tanto los aspectos médicos como los emocionales del bienestar mental.

Trabajando en colaboración, estos profesionales pueden ayudar a los pacientes a alcanzar y mantener una buena salud mental y emocional (6).

El psiquiatra es un médico que se especializan en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Tienen capacitación médica y psiquiátrica para tratar a niños, adolescentes y adultos individualmente, con la familia o en grupo. Pueden recetar medicamentos cuando es necesario y realizar intervenciones psicoterapéuticas al igual que el psicólogo clínico. La enfermería psiquiátrica ya tiene un grado de formación a nivel de maestría o especialidad y en algunos países, pueden también recetar medicamentos bajo supervisión médica. Pueden proporcionar psicoterapia (10). El trabajador social clínico trabaja con el paciente y su familia para alcanzar objetivos de tratamiento a corto y largo plazo. Realizan diversas formas de psicoterapia según sea necesario. Otros miembros del equipo pueden incluir psicólogos educativos, terapeutas ocupacionales, consejeros profesionales y terapeutas familiares que se enfocan en ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades de la vida que les permite funcionar mejor en su entorno diario, implementan programas de rehabilitación que promueven la independencia y el bienestar. El abordaje de la salud mental requiere un enfoque multidisciplinario para brindar una atención integral y de calidad. Los diferentes profesionales trabajan en conjunto, cada uno aportando sus conocimientos y habilidades específicas, para lograr los mejores resultados para el paciente.



El equipo de Salud Mental



El equipo estará conformado según el nivel de atención y complejidad de cada establecimiento de salud. Los profesionales y el número de estos estarán determinados por la normativa de la autoridad sanitaria a nivel nacional.

La prioridad del trabajo del equipo se centrará en el primer y segundo nivel de atención, es decir en el manejo ambulatorio de los pacientes.

A nivel hospitalario:

El equipo debe conformarse por al menos un médico psiquiatra, un psicólogo clínico, un trabajador social y el profesional de enfermería de salud mental para dar prestaciones

tanto en urgencias psiquiátricas y en casos de riesgo real de daño como en pacientes con intoxicaciones agudas por sustancias psicoactivas, usuarios con crisis de ansiedad que están en diversos servicios de tipo clínicos o quirúrgicos, usuarios con recaídas de patologías preexistentes, usuarios con efectos secundarios del uso de fármacos o que requieran reajuste de tratamientos, usuarios con trastornos de personalidad o adaptativos que interfieran con la recuperación de otras patologías y que requieran de apoyo para lograr un mejor afrontamiento a condiciones de enfermedad.



La psiquiatría de enlace y la medicina psicosomática es una subespecialidad que está adquiriendo relevancia en la práctica de la medicina hospitalaria, que tiene su foco en el cuidado colaborativo del paciente médicamente complejo, enfatizando el trabajo con otros especialistas y equipos, así como detectando la eventual fragilidad de nuestros pacientes.

El hospital general también brinda atención ambulatoria y funciona a mediante programas específicos como la atención del trastorno mental grave que se encuentran inestables para evitar el ingreso y enlazar la

continuidad del tratamiento con otros recursos de la red como en el primer nivel de atención.

Los programas de tratamiento a nivel hospitalario pueden incluir, manejo de anorexia y bulimia nerviosa, usuarios con intento de suicidio, desintoxicaciones.

La atención ambulatoria en hospital general (segundo nivel de atención) es un recurso específico para usuarios graves, inestables o que necesitan derivación a otros recursos como estudios de sueño, neuroimagen o terapias como la estimulación magnética transcranial o terapia electroconvulsiva (2).



A nivel primario: son básicamente las prestaciones de promoción y prevención tanto primaria, secundaria o terciaria. Esto les da a las acciones de los profesionales un enfoque positivo en el que, en lugar de dar énfasis a las enfermedades, se enfoca en la prevención, diagnóstico temprano y evitar complicaciones durante un seguimiento. Implica la creación de actividades individuales, sociales y ambientales para el buen desarrollo biológico, psicológico y social.

Actividades de promoción de la salud mental: Dentro de los planes de promoción se abordan temas con enfoques de derechos, interculturalidad y género de acuerdo con los ciclos de vida; algunos ejemplos enfocados al desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y de afrontamiento, se mencionan a continuación:

1. Actividades artísticas como cine, foros zonales, clubes de danza, teatro, música guiada con profesionales de la salud.
2. Actividades al aire libre que fortalezcan la salud física de acuerdo con los grupos de edad.
3. El desarrollo de espacios saludables como clubes de jardinería o de lectura, hace que se promueva la salud mental.
4. Implementación de espacios de uso saludable del tiempo libre y el apoyo escolar para el desarrollo de actividades sociales y fomento del buen trato.
5. Campañas comunicacionales con impacto social para romper mitos que están en torno al tema de salud mental.
6. Fomento de espacios para escuela para padres, tanto en comunidad como en los colegios.
7. Actividades comunitarias enfocadas en disminuir los determinantes de riesgo dentro de la población.



Actividades de prevención en problemas de salud mental:

Existen varios tipos de prevención a nivel general:

Prevención primaria: Son acciones que se aplican cuando la enfermedad está ausente, se pueden aplicar las estrategias de promoción de la salud mental como por ejemplo la educación emocional desde la primera infancia, la escuela para padres, espacios de desarrollo de habilidades sociales, comunicación asertiva, estrategias de afrontamiento eficaz, fomento de la sana diversión y el control de la accesibilidad a espacios de riesgo (11).

Prevención secundaria: Son acciones para llegar a un diagnóstico temprano y permitir identificar a tiempo la enfermedad mental de una persona que aún no ha aceptado o se ha dado cuenta que se encuentra enferma.

Un ejemplo de estas acciones es la aplicación de cuestionarios o



reactivos para detectar niveles de ansiedad o síntomas de depresión o de otras herramientas diagnósticas que puedan detectar trastornos mentales de manera rápida.

Por ejemplo, si voy a una comunidad puedo usar el GmHAT/PC, (Global Mental Health Assessment tool/ PrimaryCare) que es una herramienta que puede ser usada por cualquier profesional de la salud y puede dar un resultado con buena especificidad y sensibilidad diagnóstica, utiliza un software libre y que puede ser alimentado con la información que se va recabando a través de una entrevista semiestructurada



en donde prevalece el criterio del profesional que evalúa la intensidad de los síntomas (12).

Otras herramientas son El SRQ (self reporting questionnaire), cuestionario desarrollado por la OMS para detectar problemas de neurosis, psicosis y alcoholismo en su versión de 30 ítems, el PHQ9 para detectar problemas de depresión; el PRIME-MD para detectar 5 categorías de trastornos mentales: estado de ánimo, ansiedad, alcohol, trastornos somatomorfos y trastornos alimentarios; Escala de Goldberg que es una guía útil de entrevista para detectar trastornos de ansiedad y depresión; el GHQ-12 (General Health Questionnaire) usado para detección breve de ansiedad y depresión.

Y más cuestionarios para poblaciones específicas como adultos mayores o en contextos hospitalarios.

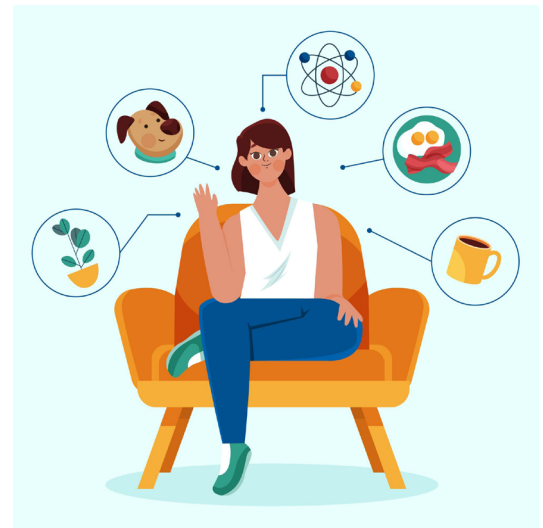
Prevención terciaria: se hacen acciones para que la enfermedad no desarrolle complicaciones (diagnóstico seguimiento-tratamiento y rehabilitación),

es intervenir con la persona que ya tiene diagnóstico de una enfermedad mental, se asegura de estar en tratamiento y hacemos un que la persona no deje su terapia.

Además, se enfoca en la rehabilitación y reinserción social tanto para evitar complicaciones como para minimizarlas.

Algunos ejemplos de acciones de prevención terciaria son:

- Asegurar adherencia a los tratamientos: para la mayoría de los casos en problemas de salud



mental, se tienen que hacer por períodos prolongados, con cambios terapéuticos ante la posibilidad de que el curso de la enfermedad varíe o prevenir episodios de descompensación.

Así, un paciente con esquizofrenia, que debe tomar de manera continua su medicación, la enfermera de su comunidad gestiona los controles médicos programados y se asegura de que asista y que tome el tratamiento tal y como está indicado, organiza grupos de apoyo o realiza actividades de psicoeducación tanto con el paciente como con la familia.

- Organizar servicios de intervención en crisis que ofrezcan apoyo inmediato a personas en situaciones de emergencia como líneas de apoyo, en educación del uso de aplicaciones o enlaces web para este tipo de intervenciones en crisis. O se puede optar por las visitas domiciliarias.

- Programas de manejo y gestión de medicamentos ya que tanto el desconocimiento del uso de los fármacos y la falta de recursos o provisiones del Estado hacen que

se discontinúen tratamientos y por ende se propicia una recaída, con costos tanto económicos como psicosociales.

- La rehabilitación psicosocial es una conducta necesaria para dar lugar a que la persona se mantenga funcional tanto física como psíquicamente; las personas con trastornos mentales sufren también de discapacidad, de hecho, hay estudios como el de “Carga Global de Enfermedad” que afirma que 7 de las 25 principales causas de años vividos con discapacidad eran debido a trastornos mentales, ocupando el trastorno depresivo mayor el segundo lugar y los trastornos de ansiedad el noveno, trastornos que son prevalentes y están muchas veces subdiagnosticados e inmersos en los problemas cotidianos.





El problema es más grave, ya que otro estudio encontró que los pacientes con trastornos mentales comunes mostraron una mayor discapacidad respecto a los pacientes con trastornos mentales graves, siendo esta diferencia significativa para los dominios de trabajo y participación en la sociedad.

Un estudio publicado en la revista JAMA psychiatry estima que uno de cada 10 niños/as y jóvenes de 5 a 24 años en todo el mundo, vive con un trastorno mental diagnosticable.

Además, alrededor de la quinta parte de todas las discapacidades relacionadas con enfermedades (considerando todas las causas) es atribuible a trastornos mentales entre esta población.

- Psicoeducación orientada al autocuidado y prevención de recaídas.

- Estrategias de afrontamiento y aceptación de la enfermedad tanto al paciente como a la familia.

- Estrategias de sensibilización social para disminuir el estigma hacia la persona con enfermedad mental.

- Seguimiento comunitario tras el alta hospitalaria.

Prevención cuaternaria: en salud mental busca evitar los daños que el mismo profesional de salud cause al paciente ya sea con el uso de tratamientos mal prescritos, poco éticos o con poca evidencia científica. Algunas acciones clave incluyen actividades para evitar la psiquiatrización y psicologización de la sociedad, es decir, evitar que las situaciones cotidianas de la vida



se las vea como una enfermedad mental. Por ejemplo:

- Acudir en exceso a consulta psicológica puede generar una fijación en los síntomas y problemas, dificultando la recuperación. A veces los padres llevan a los niños a los servicios de salud mental, cuando son ellos el problema que causa una disfunción en la dinámica familiar y solicitan solo ayuda terapéutica al niño provocando en él una culpa.

Es sabido que cada cambio de ciclo de vida trae consigo una crisis vital, la cual el ser humano debe afrontar y adaptarse. Si bien la línea divisoria entre lo normal y patológico no es clara, pues es necesario realizar una evaluación basada en la intensidad de los síntomas y la interferencia con la funcionalidad de las actividades de la vida cotidiana para definir quién mismo necesita tratamiento (13).

- También se debe evitar la sobremedicalización, no siempre un paciente requiere de procedimientos y terapias sobre todo aquellos que no cuentan con el respaldo científico. Un ejemplo de

ello es la prescripción indiscriminada de hipnóticos y sedantes sin tomar en cuenta el cuadro clínico de base, obviando tratamientos específicos y solo atacando síntomas que a la larga pueden provocar dependencia.

Se deben cumplir los protocolos necesarios con el nivel de evidencia adecuado de respaldo para garantizar la recuperación del paciente y devolverle su funcionalidad sin causarle más daño. Como, por ejemplo: recomendar al paciente, dejar una terapia o medicación sin tener conocimiento del padecimiento del paciente y basado en mitos:

- El paciente debe estar loco para referirle al psiquiatra. Este mito es incorrecto. Si bien la esquizofrenia es un trastorno que atienden los psiquiatras, los casos más frecuentes en consulta son problemas de



ansiedad y depresión, que afectan aproximadamente al 20% de la población. Muchas personas desconocen que pueden acudir al psiquiatra por estos motivos.

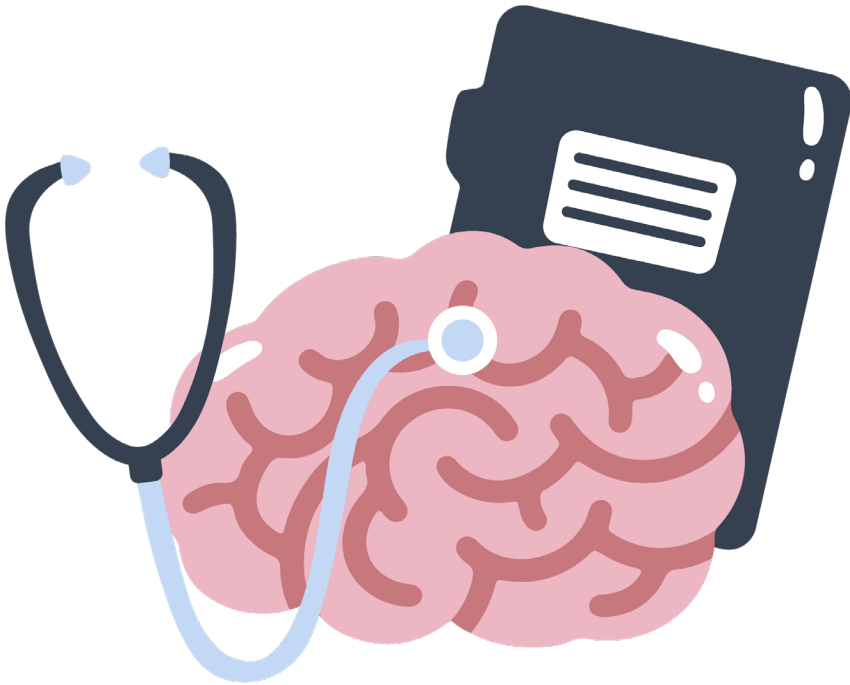
- Todos los problemas emocionales requieren el uso de fármacos. Se utiliza medicación solo en casos puntuales, cuando la persona cumpla criterios clínicos de un trastorno mental y que no es susceptible a psicoterapia o que la misma no está dando resultados.

- La terapia psicológica es para pacientes con síntomas leves, y la terapia psiquiátrica es para los casos más graves. Este mito es muy frecuente e impide que muchas personas reciban un diagnóstico correcto a tiempo, es el caso de pacientes con hipotiroidismo, que revelan que han estado experimentando un cansancio extremo, dificultad para concentrarse, tristeza y cambios en su apetito, síntomas que pueden confundirse con un cuadro depresivo o que incluso puede ser concomitante y solo reciben terapia psicológica.

En estos casos el diagnóstico médico es necesario. “Alguna vez fui recibida por el director de un hospital provincial

como profesional y este me dijo que no necesitaba psiquiatra ya que tenía en su equipo de trabajo un psicólogo”; definitivamente las funciones de uno y otro son complementarias. Este caso ilustra cómo un paciente puede estar lidiando con una enfermedad médica no diagnosticada que se manifiesta a través de síntomas psiquiátricos, pero solo recibe atención psicológica sin la intervención adecuada de un psiquiatra o médico general.





A continuación, se hace una lista de enfermedades médicas que pueden confundirse con un trastorno de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales:

i. El hipotiroidismo puede causar síntomas como fatiga, depresión y dificultades de concentración, que a menudo se malinterpretan como trastornos del estado de ánimo.

ii. La diabetes, especialmente cuando no está controlada, puede provocar cambios en el estado de ánimo, irritabilidad y síntomas de ansiedad o depresión.

iii. Los pacientes con enfermedades cardíacas pueden experimentar ansiedad y depresión debido a la preocupación por su salud, así como síntomas físicos que pueden ser confundidos con crisis de pánico.

iv. El diagnóstico de cáncer y el tratamiento asociado pueden generar ansiedad y depresión significativas, que pueden ser malinterpretadas como trastornos psicológicos independientes; incluso, en ocasiones, la primera manifestación de un tumor cerebral son síntomas psicológicos o psiquiátricos.



v. Enfermedades como la hepatitis o infecciones virales pueden causar fatiga y cambios en el estado de ánimo, lo que puede llevar a confusiones diagnósticas.

vi. El síndrome de fatiga crónica se caracteriza por una fatiga persistente que no mejora con el descanso y puede incluir síntomas psicológicos como depresión y ansiedad.

vii. Trastornos como la esclerosis múltiple o el Parkinson pueden presentar síntomas psiquiátricos incluso al inicio de la manifestación de

la enfermedad, incluyendo depresión y ansiedad, debido a la afectación del sistema nervioso central.

viii. La falta de ciertas vitaminas, como la B12, ácido fólico o la D, puede provocar síntomas de depresión y confusión mental, especialmente en ancianos y pueden ser confundidos con cuadros depresivos o psicóticos.

ix. Alteraciones en los niveles hormonales (como en el síndrome premenstrual o durante la menopausia) pueden causar cambios en el estado de ánimo que se



asemejan a trastornos psiquiátricos.

x. Alteraciones en los niveles hormonales (como en el síndrome premenstrual o durante la menopausia) pueden causar cambios en el estado de ánimo que se asemejan a trastornos psiquiátricos.

xi. El uso o la abstinencia de drogas y alcohol puede dar lugar a síntomas psiquiátricos. Algunos consideran que deben ser soportados

o pueden ser confundidos con trastornos mentales. Es fundamental realizar una evaluación médica completa para descartar estas condiciones antes de establecer un diagnóstico psiquiátrico definitivo.

xii. Los niños con síndrome de X frágil pueden tener dificultades para hablar y comunicarse, similares a las observadas en trastornos del espectro autista (TEA).



Estos son algunos ejemplos de enfermedades que se diagnostican cuando la persona que valora tiene conocimientos de medicina por lo que se requiere necesariamente que la valoración completa de un paciente la realice el médico.

No obstante, es común cometer el error de entender que tal labor queda supeditada al personal de psicología clínica de los centros de atención primaria, este, a pesar de sus conocimientos, no tiene la misma visión que un médico por lo que puede pasar mucho tiempo realizando técnicas terapéuticas y retardando los diagnósticos médicos que ayudan a enfocar la terapéutica integral.

Por tanto, la labor de diagnóstico, tratamiento integral y referencia la tiene que realizar el médico. Es un error pensar que las referencias de los pacientes que tienen problemas de salud mental recaigan en el psicólogo clínico.

Los psicólogos atienden a personas con trastornos mentales.

Otro mito es pensar que cualquier profesional psicólogo pueda hacer

el tratamiento clínico. Aquellos que se dedican a la psicología clínica o sanitaria han recibido una formación específica para evaluar y tratar problemas emocionales y conductuales.

Sin embargo, otros psicólogos pueden especializarse en áreas como la psicología educativa, organizacional o del deporte, donde su enfoque no está centrado en los trastornos mentales. Incluso entre los psicólogos clínicos existen diferencias, unos pueden tener una formación en cierto tipo de enfoque terapéutico y experiencia.

Por ejemplo, un psicólogo clínico con enfoque familiar sistémico trabaja con la familia como un sistema, su paciente es la familia, identificando patrones relacionales disfuncionales y promoviendo cambios en la estructura y comunicación para mejorar el bienestar de todos sus miembros.

Un psicólogo con enfoque cognitivo-conductual busca empoderar a los pacientes para que tomen el control sobre sus pensamientos y comportamientos, promoviendo así una mejor salud mental y calidad de vida.



Un psicólogo clínico puede especializarse en terapia infantil, terapia de parejas, terapias psicodinámicas que exploran el inconsciente con técnicas de libre asociación de ideas y análisis de sueños.

En fin, al igual que las especialidades médicas, en la psicología clínica se puede optar por enfoques específicos que se apliquen dependiendo de la necesidad del paciente.



Concepto de Salud Mental

La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad». Los individuos mentalmente sanos tienen ciertas características comunes:

1. Interpretan exactamente la realidad
2. Tienen un autoconcepto saludable
3. Se pueden relacionar con los demás
4. Alcanzan un sentido de significado en la vida
5. Demuestran creatividad /productividad.
6. Tiene control sobre su conducta.
7. Se adaptan a los cambios y conflictos.



En sí, cuando hablamos de salud mental, nos referimos a la enfermedad mental, pero este término abarca de manera genérica a todas las ciencias implicadas en el prefijo PSI. (Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia, Psicofarmacología etc..) y de esta manera necesariamente, así la Salud Mental, abarca también los aspectos psicosociales de los seres humanos en condición de normalidad y en proceso de recuperación.

La Salud Mental, al igual que la salud física y el funcionamiento social son componentes esenciales de la vida humana y están estrechamente relacionados, sin embargo, aún es subestimada y se cree que está supeditada a una atención manicomial de manera exclusiva, desconociendo, los mismos profesionales de la salud el rol que tienen sobre la responsabilidad de atender a los problemas de salud mental en todo nivel de atención.



Al hablar del concepto de salud, es necesario identificarlo como un proceso vital del ser humano y esta conceptualización ha ido cambiando a través del tiempo y las transformaciones del pensamiento y es así que, en 1946 surge la definición enunciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Con relación a esta definición, se han propuesto modelos que consideran a la salud como un continuo comprendido entre un estado óptimo de bienestar y un estado de completa enfermedad y para su cuantificación se han utilizado escalas de bienestar psico- lógico, de bienestar social y de satisfacción con la vida; esto nos indica que la salud, es mucho más que la ausencia de la enfermedad ya que el bienestar del ser humano y su calidad de vida también forman parte de ella. Uno de los principales objetivos en el campo de la salud consiste en manejar las enfermedades desde un enfoque biopsicosocial.

Tras el boom de la pandemia en el 2021, la OMS, trabajó bajo el lema de campaña: “Atención de salud mental para todos: hagámosla realidad” promoviendo cómo cuidar la propia salud mental y, asimismo, proporcionar apoyo a otras personas.

Pese a que organismos de Salud internacional como la Asamblea Mundial de la Salud declaren que los gobiernos de todo el mundo reconocieron la necesidad de ampliar los servicios de salud mental de calidad a todos los niveles, no se ven

resultados de dichos programas, son pocos los profesionales capacitados, y no existen en nuestro país programas comunitarios de atención de salud mental, tan necesarios para llegar a todos los pacientes a través de un equipo multidisciplinario formado en temas de promoción y prevención.

En países en vías de desarrollo como el Ecuador, la pobreza, la corrupción política, la carencia de servicios, el desempleo, la falta de educación de calidad, de un sistema jurídico



y penal deficientes, son temas que no aportan a mejorarla, sino que al contrario dejan un legado de frustración al sentir que a diario no funcionan.

Durante varios años, los tratamientos a personas afectadas de problemas mentales solo requieren un adecuado manejo ambulatorio en la misma comunidad, lo que ha demandado la formación de profesionales de distintas ramas: médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales que estén capacitados para resolver los problemas en la misma localidad donde el individuo reside tal cual lo harían con cualquier otra patología física.

Sin embargo, se sigue sub diagnosticando estos problemas, se priorizan los equivalentes somáticos que son los que acercan al paciente a los servicios de salud gubernamental y se obvian las condiciones psicosociales haciendo que los servicios de salud se congestionen cada vez con problemas psicosomáticos no resueltos que demandan inmensurables gastos públicos sin beneficio sobre la salud de toda una sociedad.



Estructura del sistema nacional de Salud en Ecuador

La organización de los servicios de salud en niveles de atención que se muestra a continuación sirve para proporcionar atención y promoción también en temas de la Salud Mental.



Primer nivel de atención

La atención de Salud Mental en el primer nivel de atención es fundamental para reducir la brecha de tratamiento y mejorar el acceso, garantizando la continuidad en los cuidados, mediante equipos de Atención Primaria de Salud capacitados, teniendo la experticia de aplicar protocolos basados en la evidencia, manteniendo una adecuada articulación con los servicios de atención especializada.

Se ha documentado que el manejo colaborativo de pacientes con trastornos mentales, entre los distintos niveles de atención mejora los síntomas y los resultados del tratamiento.

La Atención Primaria de salud es el nivel más importante, porque es la puerta de entrada, donde deben resolver el 80% de necesidades de problemas de salud de la población. Aproximadamente entre un 7 y 15 % de la población presenta necesidades de atención psiquiátrica explícita, y uno de cada dos usuarios de los servicios de atención en el primer

nivel, tiene al menos un problema de salud mental, muchas veces oculto o enmascarado con sintomatología somática.

En este nivel, se encuentra inmerso un sistema de referencia y contrarreferencia, recibiendo de vuelta a los pacientes que egresan tanto del segundo como del tercer nivel; aquí los usuarios de la comunidad acceden oportunamente y es aquí donde se deben detectar no solo los problemas de salud evidentes sino los que se encuentran solapados en los equivalentes somáticos.

Los problemas psicosociales que afectan a la comunidad inciden de manera proporcional en la prevalencia de la morbilidad psiquiátrica y en otros problemas de salud estrechamente relacionados.





Segundo nivel de atención

El segundo nivel, está conformado por unidades que atienden en régimen de hospitalización y ambulatorio a la población que requiera prestación de Salud Mental por problemas de mayor complejidad, especialmente problemas que no han podido resolverse en atención primaria de salud.

Suelen requerir se períodos de internamiento corto para contención de crisis psicopatológicas o de la reagudización de sus cuadros clínicos; enfermedades como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos representan la mayoría de los casos, los intentos autolíticos, los trastornos afectivos y los problemas derivados de los trastornos de personalidad alimentan a diario el número de hospitalizaciones.



Se incluyen también los cuadros de intoxicación aguda por consumo de drogas.

Las unidades de salud mental hospitalarias cuentan con recursos especiales que las hacen diferentes de otros recursos (camas hospitalarias, profesionales de otras especialidades, atención 24 horas, acceso a pruebas diagnósticas complejas, etc).

Dentro del equipo en este nivel, cuenta con médico psiquiatra, psicólogo,

trabajador social y enfermera capacitada en salud mental y dentro de las prestaciones que brinda el segundo nivel de atención, son las siguientes: emergencias/urgencias de salud mental, hospitalización, salud mental de enlace, atención ambulatoria.



Tercer nivel de atención

Corresponde a los establecimientos de salud, que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados en salud mental.

Estos centros hospitalarios se constituyen en unidades de referencia nacional, ya que resuelven los problemas de salud de alta complejidad (Ministerio de Salud Pública, 2018) (Vásquez Barquero, 1998); con relación a la salud mental, son hospitales en donde se realizan compensaciones de cuadros psiquiátricos agudos, así como el manejo de patologías que requieren hospitalizaciones más prolongadas y además se cuenta con personal de enfermería entrenado y formado en el manejo de este tipo de patologías.

Dentro de las prestaciones que deberían ofrecerse en los hospitales de tercer nivel, se encuentran: brindar atención especializada a la problemática relacionada al consumo/dependencia a sustancias psicoactivas, tratamiento residencial,

tratamiento ambulatorio intensivo, desintoxicación no hospitalaria, farmacoterapia (en caso de requerirlo), psicoterapia individual, psicoterapia grupal, grupos de autoayuda, psicoterapia familiar y terapia ocupacional.

Se debe considerar a este nivel, como de atención a personas con cuadros agudos y crónicos, con la posibilidad de internamiento de corto a mediano plazo, para que es ideal contar con estrategias de reinserción familiar y social, donde se evite a toda costa el abandono de los usuarios en la institución hospitalaria, farmacoterapia (en caso de requerirlo), psicoterapia individual, psicoterapia grupal, grupos de autoayuda, psicoterapia familiar y terapia ocupacional.

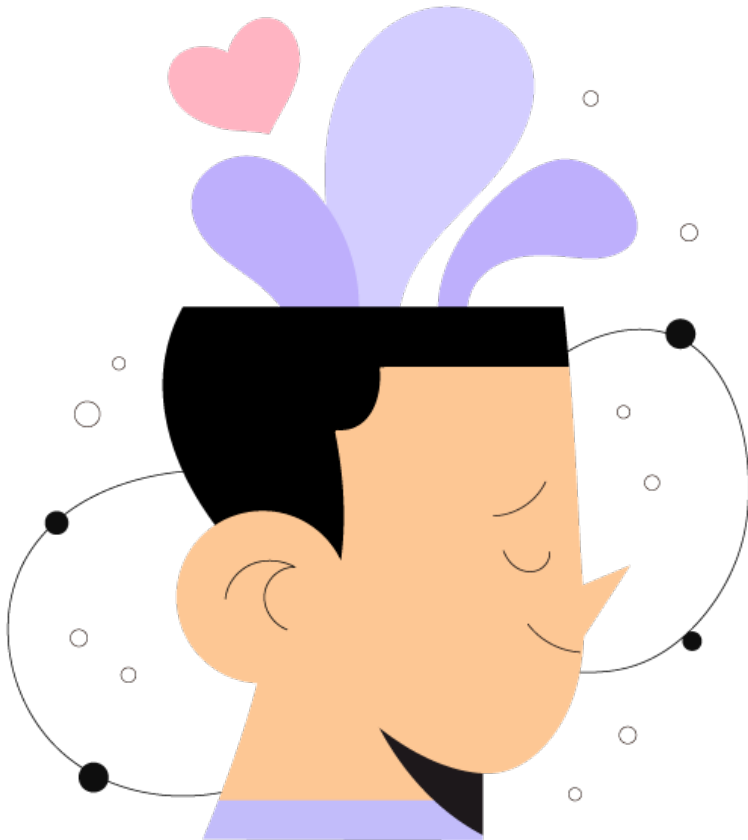
Se debe tomar en cuenta a este nivel, como de atención a personas con cuadros agudos y crónicos, con la posibilidad de internamiento de corto a mediano plazo, para lo cual, es ideal contar con estrategias de



reinserción familiar y social, en donde se evite a toda costa el abandono de los usuarios en la institución.

Se busca, además, alternativas de desinstitucionalización para los usuarios que han estado en el hospital psiquiátrico por períodos prolongados debido al abandono familiar o dificultades en la reinserción familiar y social.

En primer lugar, se deberá buscar la reinserción familiar y, de no ser posible o de no estar disponible la familia, entonces se articulará con el dispositivo de las Residencias Terapéuticas, como herramienta primordial para la desinstitucionalización.



Capítulo 2





Legislación y políticas de Salud Mental en Ecuador

Dr. Rodrigo Alvear Reascos

La legislación y las políticas de salud mental son fundamentales para garantizar el bienestar de las personas y la protección de sus derechos.

En el contexto global, se reconoce que la salud mental es un derecho humano esencial, vital para el desarrollo personal y comunitario.

Sin embargo, a pesar de su importancia, se estima que alrededor del 31% de la población mundial vive en países sin una legislación adecuada en esta área, lo que limita el acceso a servicios de salud mental de calidad (14).

“Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental.

Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier

tipo de discriminación o tratamiento inhumano.”

En Ecuador, la Constitución de 2008 y la Ley Orgánica de Salud reconocen la importancia de la salud mental, pero está muy lejos de poder cumplirla lo que es un desafío significativo.

A pesar de contar con políticas como el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que busca integrar la salud mental en los servicios comunitarios, el acceso a atención adecuada sigue siendo limitado, especialmente en áreas rurales y en contextos socioeconómicos desfavorables (15).



Plan nacional de Salud Mental en Ecuador

El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental se propuso para los años 2015 - 2017 en Ecuador y reconoció que la atención a la salud mental y al consumo problemático de alcohol, cigarrillo y otras drogas debe ser abordada de manera integral, con un enfoque en la atención primaria, la promoción, la prevención, y en la transformación de los determinantes sociales; garantizando no solo la atención en los establecimientos de salud, sino también la promoción de entornos de vida saludables, el desarrollo de habilidades sociales y personales, y la promoción de la salud en general (17).

Se propuso fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud sobre el componente de salud mental y establecer un Modelo de Atención de la Salud Mental que complementa el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Es cierto que la salud mental ha sido históricamente relegada en comparación con la salud física, lo que ha llevado a una falta de atención

y recursos adecuados para abordar los trastornos mentales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la importancia de prestar atención a la salud mental como un elemento fundamental para el bienestar general de los individuos y las sociedades.

A pesar de los avances en nuevos tratamientos, como el apoyo psicológico, social médico, muchas personas con trastornos y mentales aún no reciben la atención apropiada que necesitan.

La falta de tratamiento adecuado puede llevar a una mayor discapacidad y sufrimiento para las personas afectadas, y también puede tener un impacto negativo en la sociedad y la economía en general (16).

En el plan nacional propuesto en el año 2014, se resaltó que dentro de las primeras 7 causas de muerte en la población de 15 a 29 años, en nuestro país para el año 2011, fueron



los accidentes de transporte terrestre (1160 casos), agresiones, homicidios (921 casos), lesiones autoinfligidas intencionalmente, suicidio (459 casos), VIH(181) y causas relacionadas con el consumo de alcohol.

El análisis situacional de la situación de la atención de salud mental identificó problemas a nivel macro (políticas públicas y estrategias a nivel nacional o institucional), meso (nivel intermedio, gestión de instituciones específicas, como hospitales) y micro (nivel individual o de equipo), dentro de los factores macro se encontró: la ausencia de una estrategia de salud mental, asignación presupuestaria apoyando al modelo hospitalario, formación de profesionales que privilegia el enfoque biomédico y hospitalario y falta de estrategias intersectoriales articuladas.

En el nivel meso se identificó: ausencia de normativas para la atención integral de salud mental, limitado acceso a servicios y profesionales de salud mental, primer nivel de atención con escasos recursos, congestión de pacientes en hospital psiquiátrico de referencia nacional, escasa articulación entre

los niveles de atención, sistema de información inadecuado, falta de registro de actividades de promoción y prevención, falta de información sobre criterios de calidad de la atención en salud mental, insuficiente número de personal de salud mental en las unidades operativas de los tres niveles de atención, falta de personal capacitado y finalmente falta de trabajo intersectorial.

A nivel micro destacaron: la escasa participación del componente familiar y comunitario, limitada formación de pregrado en salud mental, poco enfoque en los determinantes sociales y finalmente la estigmatización (17).



Lineamientos estratégicos propuestos

1. Implementar un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los determinantes sociales de la salud que influyen en la salud mental, mediante las siguientes acciones:

- Generar estrategias de participación de la población general, mediante alianzas intersectoriales.
- Impulsar estrategias públicas para promover la salud mental y disminuir el consumo de drogas.
- Impulsar el desarrollo de entornos laborales saludables.
- Desarrollo de habilidades sociales, personales y de afrontamiento, sobre todo en la niñez y la adolescencia.
- Reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud, con el uso de metodologías innovadoras basadas en evidencia.
- Impulsar la participación social y comunitaria en salud mental.
- Desarrollar sistemas de información, registro, monitoreo y evaluación de las actividades de promoción.
- Implementar estrategias de prevención primaria de los problemas de salud mental.
- Promoción de derechos humanos en salud mental: enfoque de igualdad, disminución del estigma y discriminación, favorecer la denuncia de violación de derechos.



2. Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la atención mediante las siguientes acciones: Primaria de Salud, fomentando el proceso de desinstitucionalización.

- Desarrollo de servicios comunitarios de atención ambulatoria.
- Implementar sistemas de monitoreo y evaluación sobre uso y consumo de drogas en el Sistema Nacional de Salud.
- Asegurar el presupuesto y talento humano suficiente y oportuno para la creación y fortalecimiento de servicios de salud mental en todos los niveles, con énfasis en APS. Disponibilidad de medicamentos, de acuerdo con el cuadro básico basados en la evidencia científica.
- Educación médica continua al personal de salud.
- Promover la participación de familiares y grupos de apoyo en el tratamiento de personas con trastornos mentales.
- Formación de quipos de salud mental para apoyo técnico al primer nivel.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario e interinstitucional.
- Desarrollo de un sistema de referencia y contrarreferencia en salud mental.
- Promover intersectorialidad entre educación, justicia, inclusión social, GADS, entre otros.
- Facilitar la atención integral en salud mental y respecto a los usos y consumo de drogas.
- Propiciar la reconversión de los recursos destinados a camas hospitalarias de internación psiquiátrica para sostener los servicios de la red de salud mental comunitaria y la reinserción de los usuarios a la comunidad.

3. Atención integral en salud a las personas que usan o consumen drogas:



- Atención integral de salud mental en el ámbito laboral.

- Supervisión y cumplimiento del marco regulatorio para los servicios especializados.

- Implementación de programas de reducción de riesgos y daños en el modelo de gestión de salud mental y

5. Rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el Sistema Nacional de Salud en el componente de salud mental.

- Propiciar y elaborar un cuerpo legal para salud mental.

- Diseñar y verificar el establecimiento de la red de servicios de salud mental con enfoque de APS en la Red Pública y Complementaria.

- Crear una Dirección de Salud Mental dentro de la estructura del MSP.

- Desarrollar la normativa técnica para la atención integral de los servicios de salud mental, basada en evidencia científica.

- Coordinar con otros sectores del SNS la provisión de servicios de salud mental, así como la implementación de campañas de promoción y

usos y consumo de drogas.

- Prevención primaria de usos y consumo de drogas, con énfasis en los grupos prioritarios.

- Impulsar acciones intersectoriales para la implementación de programas preventivos.

prevención.

- Regular y vigilar el funcionamiento, así como las técnicas psicoterapéuticas que utilizan en servicios de salud mental privados y públicos.

- Promover el proceso de desinstitucionalización de pacientes con trastornos mentales graves, asilados y abandonados en servicios alta complejidad.

- Regular la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud para que estén en concordancia con el MAIS, vigilando el cumplimiento de los derechos humanos.

- Incidir en el sector académico acerca de las necesidades de formación de



talento humano en salud mental que requiere el MSP.

- Reorientar la inversión en salud mental hacia el nuevo modelo de gestión orientado hacia la desinstitucionalización.

6. Promover la investigación en temas relacionados con la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque de Salud Mental Comunitaria.

- Impulsar el desarrollo de la investigación.

- Desarrollar líneas de investigación prioritarias para levantar líneas de base para conocer con detalle los mayores problemas de salud mental en la población ecuatoriana, y qué determinantes sociales de la salud mental están asociados.

- Coordinar con universidades para el fortalecimiento del componente de investigación en salud mental desde la formación de pregrado y postgrado.

- Convocar a estudios de postgrado en salud mental a profesionales de los tres niveles de atención.

- Apoyar jornadas nacionales e internacionales de exposición, intercambio y discusión de proyectos

- Fomentar el desarrollo de las capacidades y respuesta institucional frente a las necesidades de salud mental que involucran las otras instituciones del estado según su competencia.

de investigación en salud mental.

- Incidir en la malla curricular de las universidades para la formación de profesionales en pregrado y postgrado, con enfoque de APS en salud mental.

- Fomentar las prácticas preprofesionales, pasantes y estudiantiles en los servicios de salud comunitaria, de acuerdo con lo que establecen los reglamentos de medicatura rural.



Varias investigaciones han concluido que existe un aumento de trastornos psiquiátricos, para esto han incidido distintos aspectos que van desde los efectos negativos que ha tenido sobre la salud mental en la población general, la pandemia de COVID 19 hasta los efectos de aspectos sociales en nuestro país al encontrarse inmerso dentro de una ola de inseguridad y violencia sin precedentes (18).

Esto nos obliga a reflexionar sobre la importancia de tener una visión orientada a la priorización de la salud mental en distintos niveles como es el académico, gobierno local y nacional. La propuesta del plan de nacional de salud mental menciona la necesidad de trabajar en la prevención del uso y consumo de alcohol y otras drogas, dejando de lado la necesidad de trabajar en aspectos básicos como es el de conocer de cerca la problemática nacional, no olvidemos que también la depresión, la ansiedad, entre otras patologías, también tienen elevada prevalencia.

En nuestro país no se cuentan con investigaciones epidemiológicas a gran escala a fin de conocer cuáles son las principales patologías psiquiátricas presentes a nivel poblacional. Aspectos que varios países de la región ya lo han realizado, de ahí que uno de los retos es realizar investigación epidemiológica inicial.

Uno de los principales desafíos que enfrenta la salud mental en Ecuador es el estigma y la discriminación que rodea a las personas con trastornos mentales.

El estigma puede impedir que las personas busquen ayuda y se sientan aisladas, lo que puede empeorar su salud mental. Además, la falta de recursos para la atención de la salud mental también representa un gran problema en Ecuador.

Muchas personas no tienen acceso a servicios de salud mental adecuados, ya sea por falta de servicios disponibles o por barreras financieras. Otro desafío importante es la falta de atención a la salud mental en los sistemas de salud del país. En muchos casos, la atención a la salud mental se ha dejado en segundo plano en comparación con otras áreas de la salud, como la atención a enfermedades físicas.



En el año 2022, se realizó un informe de evaluación del Plan Nacional de Salud Mental que se propuso en el periodo 2014 - 2017, en el cual el gobierno ecuatoriano concluyó varios aspectos, entre los que se destaca (19):

Persiste un bajo número de profesionales de salud mental, pues para el año 2019, la cantidad de personal fue de 759 psicólogos y 73 psiquiatras, considerándose una brecha significativa estimada en 390 psicólogos, 137 psiquiatras, 168 trabajadores/as sociales y 47 terapeutas ocupacionales.

No se cuenta con una ley específica de salud mental, así como con una dirección nacional de salud mental, a eso sumado un presupuesto anual cada vez menor en comparación con otros países de la región y el desabastecimiento de psicofármacos en hospitales públicos para el tratamiento de las principales patologías psiquiátricas.

Se necesita un fortalecimiento de la atención primaria de salud, orientada a la prevención y a la detección temprana de patologías específicas puesto que en los servicios básicos

de atención ambulatoria no cuentan con servicios de urgencias de salud mental. En el sector público se cuenta con hospitales psiquiátricos contados y varios centros en el sector privado, sumado a eso la carencia de servicios de salud mental infanto-juvenil.

Se cuenta con un mayor número de centros especializados para el tratamiento de adicciones.

El Ecuador no cuenta con sistemas de información exclusivos en salud mental, así como de investigaciones a escala nacional, sobre epidemiología psiquiátrica y las pocas investigaciones que se han realizado al respecto, probablemente no han sido tomadas en cuenta para la formulación de planes o programas preventivos de salud mental (20, 21).

En base a las conclusiones anteriores que se realizaron en el informe sobre el plan nacional propuesto en el 2014, se han realizado varias recomendaciones, entre ellas:



-
1. Realizar un trabajo mancomunado entre la autoridad sanitaria nacional, universidades y gremios profesionales, con la finalidad de generar estrategias para la incorporación en la agenda política de una ley de salud mental.
 2. Generar un plan nacional de salud mental, con presupuesto, objetivos y metas con plazos de evaluación de al menos cuatro años.
 3. Elaboración de un manual de gestión de servicios de salud mental en los distintos niveles de atención, de manera especial en el nivel comunitario.
 4. Fortalecimiento de la salud mental a nivel de Atención Primaria de Salud, mediante promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental.
 5. Inclusión de contenidos de salud mental en las mallas curriculares de pregrado desde los primeros semestres de la formación.
 6. Creación de un sistema de información exclusivo de salud mental, mediante un plan piloto en la zona de mayor población y capacidad instalada de servicios de salud mental (22).
-



Ley orgánica de Salud Mental

La presente ley fue publicada el 04 de enero de 2024, la cual tiene como objeto garantizar el derecho a la salud mental, de todas las personas en el Ecuador y establece las responsabilidades del Estado en la promoción, prevención, atención integral y rehabilitación en salud mental bajo los principios de:

1. Universalidad, equidad e inclusión en el acceso a servicios de salud mental.
2. Enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad.
3. Participación social y comunitaria.
4. Integralidad, continuidad y calidad en la atención.

Se encuentra amparada en la Constitución de la República dentro del derecho que tiene la población, a recibir atención integral, digna y de calidad en salud mental, derecho a la confidencialidad y el consentimiento informado; derecho a no ser

discriminado por motivos de salud mental y derecho a la participación en la formulación de políticas públicas (23, 24).

Se hace referencia al consentimiento libre e informado, ya que toda persona tiene derecho a otorgar, negar o revocar su consentimiento libre y voluntario en cada procedimiento o intervención, relacionada con su salud mental.

En el caso de adultos o adolescentes que no estén en capacidad de otorgar su consentimiento de atenciones de salud mental, podrá hacerse a través de su representante legal; en caso de su ausencia, también lo pueden realizar: el cónyuge o conviviente en unidad de hecho, los hijos mayores de edad, los padres y los hermanos mayores de edad.

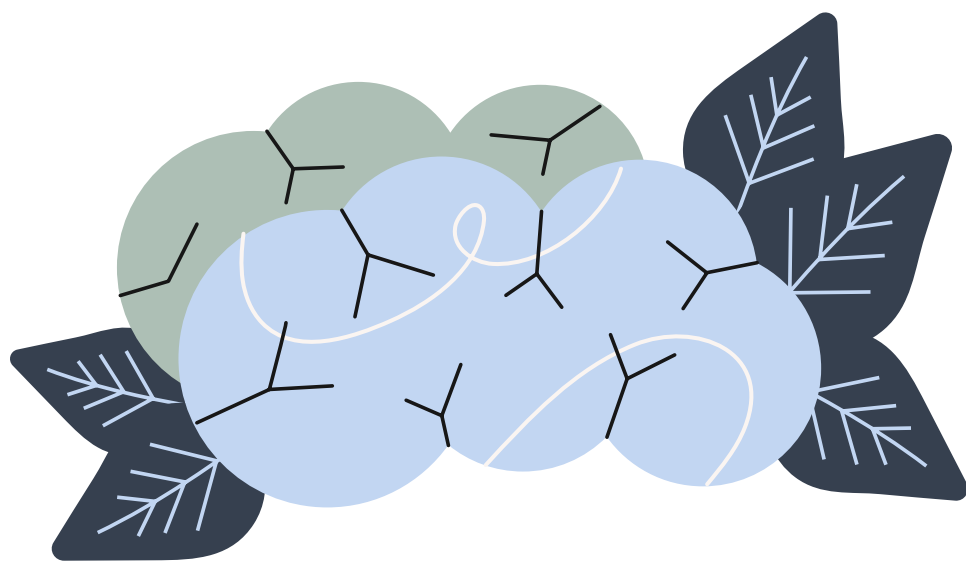
No se requerirá consentimiento cuando la condición de salud o cuadro clínico implique riesgo vital o pueda causar una secuela funcional grave si no recibe atención médica inmediata, tampoco se requiere consentimiento



cuando sea necesaria la intervención para salvaguardar la vida o integridad física de la persona o de terceros.

manejo integral, interdisciplinario e intersectorial, enfatizando la promoción.

Dentro del capítulo de atención integral y procedimientos en salud mental, se reconoce a los trastornos mentales como problemas de salud pública, para los cuales se propone un



Política Nacional de Salud Mental de Ecuador (2024–2030)

La “Política Nacional de Salud Mental 2024–2030” del Ministerio de Salud Pública surge como una actualización y mejora del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental de 2014, respondiendo a una evaluación exhaustiva y a la necesidad de un enfoque más integral y participativo.

En su fase de preparación se identificaron y mapearon actores clave del sector público y privado, como universidades, gremios profesionales, organizaciones de usuarios y familiares para establecer tres equipos: político, técnico y académico.



El diagnóstico se basó en la revisión de los pocos datos publicados de investigaciones locales para poder definir el problema central de la salud mental en Ecuador y de ahí proponer objetivos, líneas estratégicas, acciones, indicadores y metas de la política, basándose en evidencia de políticas nacionales e internacionales y recomendaciones de expertos.

La política se sustenta en la Ley Orgánica de Salud Mental, aprobada en diciembre de 2023, que establece un marco legal para promover, regular y garantizar el derecho a la salud mental en todo el ciclo de vida. Esta ley abarca aspectos como la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional, la creación de

una red de servicios de salud mental, la articulación intersectorial, la regulación de la atención integral, y la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Toda política tiene el potencial de transformar el sistema de salud mental y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias, pero dista mucho la implementación exitosa de esta política ya que enfrenta varios desafíos, incluyendo la necesidad de asignar recursos adecuados, fortalecer la capacidad del personal de salud, garantizar la coordinación intersectorial, y superar el estigma y la discriminación asociados a la salud mental.



El 19 de diciembre de 2025, se publica mediante registro oficial la nueva “Política Nacional de Salud Mental 2025–2030”, instrumento que orienta al estado a disminuir la carga de los trastornos mentales, con un modelo comunitario, intersectorial y centrado en derechos; colocando al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema nacional de salud y busca sustituir progresivamente el enfoque hospitalocéntrico por redes de servicios cercanos al territorio y a la vida cotidiana de las personas.

Esta ley se apoya en la Constitución, leyes sectoriales, la Ley de Salud Mental 2024 y en marcos internacionales (OMS, Convención sobre Discapacidad, Plan Andino), lo que obliga a garantizar acceso, calidad, trato digno y no discriminación en salud mental durante todo el curso de vida.

Conceptualmente entiende la salud mental como derecho humano y parte esencial de la salud, ligada a los determinantes sociales, la atención primaria, la desinstitucionalización y la salud mental comunitaria.

Identifica un aumento de la morbilidad y mortalidad (incluido el suicidio), violencia, consumo de sustancias, fuerte estigma, falta de servicios en primer nivel, escasez de talento humano y debilidad de sistemas de información, especialmente en zonas rurales.

Señala barreras críticas: limitada disponibilidad de servicios públicos de salud mental, sobre todo en primer nivel; sistemas de información débiles; y rutas de referencia y contrarreferencia poco efectivas, insuficiencia de equipos especializados y de personal capacitado; oferta restringida de intervenciones basadas en evidencia y de psicofármacos.

La evaluación del plan de salud mental previo recomendó fortalecer promoción y prevención con enfoque de determinantes sociales, derechos humanos, género y generacional, y ampliar la capacidad del primer y segundo nivel mediante detección e intervención temprana, formación de talento humano y sistemas de información robustos.



Para ello, el plan de salud mental vigente plantea tres grandes objetivos:

1) fortalecer la promoción y prevención con acciones intersectoriales y participación comunitaria;

2) ampliar el acceso a servicios de calidad (más capacidad en primer y segundo nivel, telemedicina, personal capacitado, medicamentos disponibles, regulación y control de servicios);

3) promover recuperación e inclusión social mediante vivienda, trabajo, educación y redes comunitarias de apoyo.

Metas e indicadores clave

La política se articula alrededor de la reducción de la tasa de mortalidad por suicidio como indicador de impacto central, coherente con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Decenal de Salud. Entre los indicadores y metas cuantitativas se incluyen, entre otros:

- Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,36 en 2024 a 5,95 por 100.000 habitantes para 2030.

- Reducir el porcentaje de adolescentes de 13-15 años que fuman cigarrillos de 7,85% (2024) a 7,69% (2028).

- Incrementar atenciones por trastornos mentales en primer nivel de atención de 60,78% (2025) a 67,01% (2030).

- Aumentar establecimientos con abastecimiento de medicamentos de la lista de salud mental de 80% (2025) a 90% (2030).

- Alcanzar que 37,28% de personas tamizadas en salud mental tengan atención adecuada en 2030, partiendo de 0% en 2025.

- Lograr controles sanitarios al 10% de establecimientos de salud mental habilitados para 2030, partiendo de 0%.

- Incrementar investigaciones sobre salud mental publicadas en bases de datos de acceso libre de 1,39 por año (2024) a 2,51 (2030).

- Aumentar ejecución del plan de capacitación continua en salud mental de 0% (2025) a 75% (2030)



y mejorar satisfacción de usuarios de teleasistencia de 93,35% (2024) a 95,52% (2030).

- Elevar la cobertura de planes de atención psicosocial y de restitución de derechos para estudiantes con riesgo psicosocial en el Sistema Nacional de Educación por encima de 90%, y establecer redes de salud mental comunitaria al menos en 37,53% de provincias para 2030. (81)



“Haremos la diferencia el día que llevemos la redacción a la acción”.



Capítulo 3





Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria.

Dra. Yesenia Acosta Vinueza

La Atención Primaria de Salud (APS), es el ámbito idóneo para realizar un abordaje oportuno de los problemas de salud mental, por lo que es muy importante que el médico general y cualquier otro profesional de la salud mental a nivel comunitario, tenga el conocimiento y la experticia suficiente para realizar el diagnóstico de las principales patologías psiquiátricas.

Se considera que la APS es el ámbito idóneo para el manejo de problemas psicosociales porque es en este nivel de atención a donde acude la mayor parte de la población a lo largo del año. Los pacientes con trastornos mentales o con conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida los servicios de APS y los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución; de ahí la importancia de que los profesionales de la salud tengan una

visión holística de cada uno de sus pacientes, independientemente de su motivo de consulta, puesto que muchas de las personas que acuden a los servicios de salud suelen enmascarar patologías mentales con molestias de tipo somático (25, 26).

Los trastornos mentales son afecciones comunes, que afectan la calidad de vida de las personas y en el contexto de APS, es fundamental comprender la prevalencia y los factores de riesgo asociados.

El problema de los trastornos mentales es multifacético y complejo, ya que implica alteraciones significativas en la cognición, la regulación emocional y el comportamiento de una persona.

Estas alteraciones no solo generan angustia emocional, sino que también limitan la capacidad funcional del individuo, interfiriendo



con su habilidad para llevar a cabo actividades cotidianas de manera efectiva.

Al igual que la salud física, la salud mental es esencial para la vida, como determinante de la existencia social, bienestar, felicidad, capacidad de trabajo y espíritu de supervivencia.

Además, la diversidad de trastornos mentales constituye una amplia variedad de afecciones que influyen en el comportamiento, pensamiento y estado de ánimo de las personas abarcando una amplia gama de severidades y duraciones, desde episodios temporales hasta condiciones crónicas, lo que agrava aún más el impacto en la calidad de vida de quienes los padecen (27).

La situación actual exige un cambio de paradigma desde un control curativo en salud mental a un modelo integral de base epidemiológica y comunitario mediante la participación universal de todos en la construcción de espacios y relaciones de bienestar, generadas desde la comunidad como ya lo mencionó la OPS en el año 2009 (28).

Una de las características en todo el mundo, es la presencia de síntomas somáticos como forma dominante de presentación de la mayor parte de trastornos mentales, siendo la ansiedad y la depresión, los problemas más frecuentes en Atención Primaria, aunque muchas veces, estas patologías se encuentran enmascaradas por una serie de síntomas de tipo general e inespecíficos como: cansancio o sensación de debilidad, cefalea, humor deprimido, dolor de espalda, insomnio, vértigo, dolor en miembros superiores e inferiores.

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe (29) y de ellos, un gran porcentaje de las personas no recibe una detección oportuna y atención apropiada a pesar de los avances en nuevos tratamientos para las enfermedades mentales, a esto sumado el estigma y la discriminación que siempre ha rodeado a la enfermedad mental.

Se considera que la depresión y la ansiedad son los principales problemas de salud mental en



Latinoamérica y las causas estarían relacionadas con las formas de vida, traumas infantiles y disposiciones biológicas, siendo el consumo de alcohol, la violencia doméstica, la edad, aspectos socioeconómicos, genéticos, psicológicos y cognitivos, los principales factores de riesgo (26).



Breve historia de la epidemiología psiquiátrica.

La historia de la epidemiología psiquiátrica se ha desarrollado en tres etapas: el primero, previo a la segunda guerra mundial, mediante el procesamiento de registros de salud e informantes clave; el segundo, a partir de la segunda guerra mundial mediante el empleo de herramientas de tamizaje y clasificaciones diagnósticas como la CIE y el DSM.

La tercera generación, en la década de 1970, estuvo marcada por el estudio transversal del Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos, que estimó la prevalencia de trastornos mentales utilizando la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) y análisis estadísticos avanzados, con el uso del DSM-III (30, 31).

Este enfoque fue adoptado en estudios posteriores en América Latina, como en Argentina (1979) con la herramienta PSE (Examen del Estado Actual) y la Clasificación internacional de enfermedades en su versión 9 (CIE- 9), y en Perú, Puerto Rico y México durante los años ochenta, utilizando las

mismas herramientas diagnósticas y sistemas de clasificación.

En la década de los noventa, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) de la OMS se convirtió en el principal instrumento para estudios internacionales en países como Brasil, Chile, Colombia y México, aplicando las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV.

Finalmente, en el siglo XXI, se realizaron encuestas nacionales en países como Chile, Brasil y Colombia, utilizando principalmente el CIDI y DSM-IV, aunque en Perú se optó por la Entrevista Diagnóstica Internacional (MINI).

Desde la segunda mitad del siglo XX, en países de América Latina como Perú, México, Costa Rica, Colombia y Argentina, se llevaron a cabo estudios sobre la prevalencia de problemas de salud mental, como neurosis, psicosis, alcoholismo y retraso mental.

Estos estudios, realizados en poblaciones generales y grupos



específicos, presentaron resultados dispares debido a la falta de estandarización en los instrumentos y criterios diagnósticos utilizados.

A partir de la década de 1970, se comenzaron a desarrollar instrumentos de tamizaje estandarizados para facilitar la detección de trastornos psiquiátricos en los servicios de atención primaria.

Se destacan el Cuestionario de Auto Reporte (SRQ) y el Cuestionario General de Salud (GHQ), diseñados para identificar morbilidad psicológica y trastornos psiquiátricos menores; el Test para Identificar Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), orientado a reducir o eliminar el consumo de alcohol; y el Mini Examen Cognoscitivo (MEC), empleado en la evaluación neuropsicológica para detectar posibles casos de deterioro cognitivo (27, 29, 31).

También se han realizado estudios con el Global Mental Health Assessment Tool Primary Care (GMHAT/PC)”, es una herramienta computarizada, de entrevista clínica semiestructurada desarrollada para evaluar e identificar los problemas de salud mental en Atención Primaria de Salud.

El principal diagnóstico deriva del uso de un modelo jerárquico basado en el sistema de clasificación internacional de Enfermedades CIE-10.

El programa de diagnóstico toma en cuenta la gravedad de los síntomas (moderada a severa).

También genera diagnósticos alternativos y estados de comorbilidad con base en la presencia de síntomas de otros trastornos. Además, incluye una evaluación de riesgo de suicidio (32).

En Ecuador, los estudios de prevalencia psiquiátrica, documentados desde la última década del siglo XX y registrados en el Atlas de Salud Mental de la OMS, presentan diversidad metodológica.

Dos de estos estudios se centraron en el consumo de alcohol y tabaco.

El primero se realizó en una muestra de 6000 personas de entre 10 y 65 años, utilizando una entrevista no estandarizada, y reportó una prevalencia del 75% en el consumo de alcohol y del 58% en el de tabaco.

El segundo estudio, en adolescentes escolarizados de 9 a 15 años, con una muestra de 2625 participantes,



reveló que el 38.9% consumía tabaco, aunque en ambos casos no se especificaron las clasificaciones diagnósticas utilizadas.

Otro estudio relevante fue en 1987, tras un desastre natural, donde se evaluó a 150 personas atendidas en centros de atención primaria.

Se aplicó el instrumento de tamizaje SRQ, una entrevista psiquiátrica confirmatoria y el DSM-III como referencia diagnóstica.

Los resultados mostraron que el 40% presentaba posibles trastornos mentales, y de estos, el 48% sufría de estrés postraumático. Además, desde 1994 se han realizado diversas encuestas sobre consumo de drogas.

Con esta diversidad metodológica: el objetivo de los estudios recientes ha sido analizar las diferencias en los métodos utilizados para

determinar la prevalencia de trastornos mentales en la población ecuatoriana, considerando cómo los instrumentos empleados podrían influir en el sobrediagnóstico o subregistro de trastornos mentales graves (31).

Tabla 1. Estudios de epidemiología psiquiátrica realizados en el Ecuador.

Tipo	Autor	Año	Lugar	Edad	Ciudad/ centros	Muestra	Instrumento	Clasificación Dg.
Encuesta de consumo	CONSEP	2002	Quito	13-17 años	400 colegios	6980	SIDUC	NR
Encuesta de consumo	CONSEP	2005	Ecuador	13-17 años	31 ciudades	13.912	SIDUC	NR
Estudio Nacional	CONSEP	2007	Ecuador	12-65 años	20 ciudades	10.610	SIDUC	NR
Encuesta de consumo	CONSEP	2008	Ecuador	13-17 años	211 colegios	23.033	SIDUC	NR
Encuesta de consumo	CONSEP	2012	Ecuador	12-17 años	170 colegios	32.010	SIDUC	NR
Estudio nacional	CONSEP	2013	Ecuador	12-65 años	53 ciudades	10.976	SIDUC	NR
Tamizaje	Gadelho A, et al.	2016	Manabí	18-50	5 parroquias	83	SRQ PSS	NR
Tamizaje	Acosta Vinuesa y, et al.	2017	Imbabura	18-65	1 parroquia urbana	310	SRQ	NR
Tamizaje	Torres C, et al.	2017	Loja	18,3 años media	1 unidad educativa	1.092	PHQ	DSM-IV
Tamizaje	Burneo-Garcés C, Pérez-García M.	2018	Guayas	18-75	2 CPL	675	PAI	DSM-IV
Tamizaje	Cevallos Reyna EH, et al.	2017	Manabí	18 años y más	1 albergue	83	ASSS	DSM-IV CIE-10
Prevalencia	Benavides A, et al.	2019	Guayas	18 y 75 años	1 CPL	309	MINI	DSM-IV
Tamizaje	Acosta Hernández R, et al.	2019	Manabí	10-14 años	3 unidades educativas	271	SCAS CPSS	DSM-IV

Tomado de: Edison C, Benjamín P. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gaceta Médica Esprituana*. 2021;23(2):53-65.





La investigación de trastornos psiquiátricos en atención primaria tuvo sus inicios en el año de 1960 con Shepherd y su grupo de trabajo en Londres, en donde ya se denotaba la preocupación por los problemas de salud mental.

En estudios subsiguientes se ha encontrado que aproximadamente un 14% de la población acude al médico general por sintomatología de naturaleza psiquiátrica (25, 35, 36).

Los trastornos mentales representan una carga significativa a nivel mundial, afectando a cerca de 450 millones de personas y

constituyéndose como una de las principales causas de discapacidad, (OMS).

Un gran porcentaje de las personas con trastornos mentales no recibe una detección oportuna y atención apropiada a pesar de los avances en nuevos tratamientos para las enfermedades mentales.

En el Atlas de Salud Mental de las Américas (2020), se destaca que, a nivel mundial, el 71% de las personas con trastornos mentales no recibe atención adecuada.

En los países de ingresos bajos, solo el 12% de los afectados recibe



tratamiento, mientras que, en los países de altos ingresos, esta cifra asciende al 70% (37, 38).

En un informe proporcionado por la OMS en 2020 (39), se menciona que los trastornos mentales, neurológicos y el consumo de sustancias representan el 10% de la carga mundial de morbi-mortalidad y el 30% de las enfermedades no mortales.

Se estima además que 1 de cada 5 niños y adolescentes es diagnosticado con un trastorno mental, tomando a la depresión como uno de los principales trastornos que afecta a la población mundial, siendo una de las causas más importantes de discapacidad.

Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; y en la Región de las Américas alcanzan alrededor de 63.000.

La OMS, ya en 2001 realizó varias recomendaciones que pueden ser adoptadas y adaptadas por todos los países de acuerdo con

sus características específicas: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades y las familias; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar los recursos humanos necesarios; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; y apoyar nuevas investigaciones (29).



Trastornos mentales comunes en atención primaria

Una de las características de los trastornos mentales es la universalidad, es decir que se encuentran presentes en todas las zonas geográficas y no distinguen, edad, género y estatus social.

La Organización Mundial de la Salud, estima que 322 millones de personas en el mundo sufren depresión y 264 millones padecen ansiedad.

Entre 2007 y 2017, la carga de enfermedad de la depresión, medida en años vividos con discapacidad, se incrementó un 14,1% en las mujeres y un 14,8% en los hombres, ocupando respectivamente el tercero y el quinto puesto en el mundo de 354 enfermedades.

Con respecto a la ansiedad, el incremento fue del 12,4% en las mujeres y del 13,6% en los hombres, ocupando respectivamente el octavo y decimotercer puesto.

Dentro de las enfermedades

crónicas como bronquitis, diabetes, enfermedades cardiovasculares, solo el dolor crónico supera a los trastornos de depresión y ansiedad, y más del 70% de los pacientes con trastornos mentales comunes consultan a sus médicos de atención primaria (39).

En una revisión sistemática sobre incidencia global, regional y nacional de discapacidad, encontró que los trastornos como el dolor lumbar, los dolores de cabeza y los trastornos depresivos fueron las principales causas globales de prevalencia de años con discapacidad desde 1990 a 2017 (40).

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, aún más con la pandemia de COVID-19. En 2020 se produjo un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año, lo que generó efectos de gran alcance en la salud pública y graves consecuencias socioeconómicas y



los derechos humanos en todos los países.

La pandemia de COVID exacerbó desigualdades sociales, afectando desproporcionadamente a grupos vulnerables como ancianos, personas en situación precaria y comunidades marginadas (41, 42).

El confinamiento y el distanciamiento social interrumpieron relaciones fundamentales para el bienestar emocional, aumentando casos de ansiedad, depresión, insomnio y estrés postraumático.

La pandemia multiplicó por tres la prevalencia de depresión (15,97% vs 4,4%), por cuatro la de ansiedad (15,15% vs. 3,6%) y por cinco la de trastorno por estrés postraumático (21,94% vs. 4%), pues un estudio realizado sobre 69,8 millones de personas mostró que esta patología aumentó casi al doble, el riesgo de un primer diagnóstico psiquiátrico comparado con el diagnóstico de otras enfermedades comunes (43).

La patología psiquiátrica y los problemas psicosociales generan

una carga significativa para el sistema de salud, lo que debería influir en la creación de políticas y programas.

La atención primaria, que es la entrada principal al sistema de salud, se juega un papel crucial en la atención de problemas de salud mental, debido a su accesibilidad y capacidad para ofrecer un enfoque integral, mencionándose los siguientes roles: detección temprana y diagnóstico, tratamiento integral, prevención y promoción de la salud mental, reducción del estigma y coordinación con servicios especializados (44).

Los trastornos mentales que destacan en los usuarios de atención primaria son la depresión, los trastornos de ansiedad y el abuso de alcohol con más de 350 millones de personas afectadas globalmente.

Estudios multicéntricos, como el auspiciado por la OMS, muestran que entre el 24% y el 52% de los pacientes atendidos en estos centros tienen un trastorno



mental activo. Factores como las características sociodemográficas y las condiciones urbanas contribuyen a estas cifras.

A pesar de la alta prevalencia, muchos casos no son diagnosticados o tratados adecuadamente. Los médicos generales identifican solo una parte de los trastornos mentales debido a limitaciones en formación y recursos.

Además, el tratamiento suele ser insuficiente o inadecuado: se recetan más sedantes que antidepresivos, y una proporción significativa de pacientes no recibe ningún tipo de intervención (29).

Los trastornos mentales son una causa relevante de enfermedad y muerte a nivel mundial, afectando a una de cada cuatro personas en algún momento de su vida.

Representan el 14% de la carga mundial de enfermedad y un alto porcentaje de años de vida perdidos por discapacidad, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

Además, las personas con trastornos mentales graves presentan mayor riesgo de enfermedades crónicas y problemas cardiovasculares.

Cada año, alrededor de un millón de personas mueren por suicidio, siendo esta la principal causa de muerte externa en algunos países.

Existe la creencia errónea de que la atención en salud mental solo puede ser proporcionada por especialistas altamente capacitados.



No obstante, la OMS destaca que personal de APS con formación adecuada puede ofrecer tratamientos farmacológicos y psicológicos eficaces.

La clave está en capacitar a los profesionales en el uso de fármacos accesibles y en habilidades de apoyo psicológico dentro de la comunidad, promoviendo un enfoque preventivo y holístico de la salud mental (45).

El Ecuador no es ajeno a esta problemática, en un estudio realizado en la ciudad de Quito se mencionó que en el género femenino los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos ocupan el primer lugar con el 30,4%, sobre todo el trastorno mixto ansioso depresivo con el 18,8% y el trastorno de ansiedad generalizada con el 14,6%; En segundo lugar, se encontraron los trastornos afectivos con 23,3%, específicamente el trastorno depresivo leve con el 14,9%, una enfermedad más frecuente entre el género femenino (46).



Trastornos mentales comunes en atención primaria



En atención primaria, los trastornos de depresión y ansiedad son de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por calidad, solo superados por el dolor crónico entre las enfermedades físicas.

Un estudio en el Reino Unido reveló que el 14% de la población sufre enfermedades mentales comunes y que el 73% de estos pacientes consulta a su médico de familia por

esta razón.

Sin embargo, los diagnósticos en este ámbito presentan limitaciones: un metaanálisis indicó que los médicos de familia solo detectan la mitad de los casos de depresión, encontrando por lo tanto un 50% de falsos negativos.

Del total de los otros 90 pacientes que no tienen depresión o ansiedad,

se menciona que el médico de atención primaria las diagnostica en 19 pacientes, generando un 19% con diagnósticos falsos positivos.

Las dificultades para precisar diagnósticos psiquiátricos generan consecuencias preocupantes: los falsos negativos implican la falta de tratamiento adecuado, mientras que los falsos positivos pueden llevar a la prescripción innecesaria de fármacos, aumentando efectos adversos y favoreciendo la medicalización de emociones cotidianas.

En ambos casos, se incrementan las consultas innecesarias, derivaciones y costos sanitarios (39).

La depresión es una condición frecuente durante la adolescencia, una etapa caracterizada por una elevada vulnerabilidad tanto psicológica como biológica.

Su prevalencia anual se estima en aproximadamente un 5%, mientras que a lo largo de toda la adolescencia puede alcanzar hasta

un 11%.

Sin embargo, este trastorno está subdiagnosticado, principalmente debido a la diversidad de manifestaciones clínicas en los adolescentes y a la falta de capacitación específica de los profesionales de la salud.

La importancia de abordar este problema radica en los riesgos asociados.

A corto plazo, la depresión puede derivar en intentos autolíticos, dificultades académicas y problemas sociales.

A mediano y largo plazo, incrementa el riesgo de recaídas en la adultez.

Los factores de riesgo son múltiples y abarcan aspectos socioeconómicos, ambientales y genéticos.

Estos interactúan con un funcionamiento psicológico marcado por reorganizaciones internas propias de esta etapa, que en algunos casos generan conflictos intensos en los adolescentes (47).



Se ha estudiado también la prevalencia de trastornos depresivos en adultos muy mayores entre 2000 y 2017 en Europa, mostrando que la prevalencia de la depresión aumenta significativamente con la edad, alcanzando un 53.6% en adultos mayores conforme avanza la edad el período 2015-2017.

Este incremento fue especialmente notable en aquellos con demencia (65.1%), en comparación con un 20.3% en quienes no presentaban esta condición.

No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres ni entre áreas rurales y urbanas.

Sin embargo, factores como la demencia, la disminución en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria y la soledad, se asociaron con una mayor probabilidad de presentar depresión (48, 49).

Con relación a la ansiedad, Domínguez J., afirma que las mujeres son más propensas a experimentar

trastornos de ansiedad comparadas con los hombres.

Además, estos trastornos a menudo coexisten con enfermedades crónicas y están asociados con un nivel socioeconómico más bajo.

En el contexto de la atención primaria, donde se gestiona la mayoría de los casos de ansiedad y depresión, se observa una prevalencia considerable de problemas de salud mental en las consultas.

Sin embargo, existe una falta de reconocimiento y tratamiento adecuado de estos trastornos (50).

La ansiedad puede considerarse como una respuesta adaptativa frente a alguna amenaza, pero esta respuesta puede volverse disfuncional, la diferencia entre una reacción normal y anormal radica en su desproporción respecto al nivel de amenaza o en la presencia de síntomas incapacitantes, como ataques de pánico recurrentes, síntomas físicos graves y creencias irracionales, como el miedo a una muerte repentina o inminente.



Los trastornos de ansiedad representan más del 50% de las afecciones diagnosticables en estudios de prevalencia internacional y en atención primaria, se ha descrito que hasta el 20% de los pacientes presentan un trastorno de ansiedad.

puede llegar al 35%, mientras que en mujeres mayores es del 8% (51).

En el primer nivel de atención, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres (26%) que en hombres (12%) y predominan en jóvenes de entre 25 y 44 años en comparación con adultos mayores de 65 años.

En mujeres jóvenes, la prevalencia



Somatizaciones en atención primaria

Se las define a una serie de síntomas somáticos que son médicamente inexplicables, se refieren a pacientes que acuden al primer nivel de atención con síntomas físicos que no pueden ser atribuidos a una causa orgánica una vez que se ha realizado una anamnesis y exploración física completos, así como la realización de las pruebas complementarias pertinentes.

Se ha estimado que esta sintomatología médicamente inexplicable tiene una prevalencia

de 1 a 20% en atención primaria de salud.

El 80% de pacientes con esta sintomatología, manifiestan algunas pistas de problemas psicosociales, para lo cual el médico y personal de salud deben tener la experticia de abordar para su correcto diagnóstico y tratamiento (39).



Capítulo 4





Factores determinantes de problemas de Salud Mental

Dr. Rodrigo Alvear Reascos

Se considera que la Atención Primaria de Salud (APS) es el ámbito idóneo para el manejo de problemas psicosociales porque es en este nivel de atención a donde acude la mayor parte de la población a lo largo del año.

Los pacientes con trastornos mentales o con conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida los servicios de APS y los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución; de ahí la importancia de que los profesionales tengan una visión holística de cada uno de sus pacientes, independientemente de su motivo de consulta, puesto que muchas de las personas que acuden a los servicios de salud suelen enmascarar patologías mentales con molestias de tipo somático (52).

El bienestar mental no depende únicamente de características

individuales (como la genética o rasgos de personalidad), sino también del entorno socioeconómico y comunitario donde las personas viven y trabajan.

Es decir, tanto las circunstancias individuales como las colectivas (barrios, condiciones laborales, acceso a servicios) influyen en la salud mental (53).

1. Entorno social y familiar:

a. Bajo estatus económico y desempleo.

b. Nivel educativo bajo,

c. Eventos de la vida y situaciones estresantes,

d. Estilos de crianza inadecuados.

2. Factores culturales.

3. Factores biológicos.



4. Factores asociados al suicidio:

Se ha propuesto que las relaciones sociales pueden proteger la salud mental de la población, al disminuir el impacto que produce el estrés, promoviendo conductas saludables y regulando los procesos fisiológicos.

A su vez, la depresión puede dificultar la interacción social, aumentando el aislamiento. Sin embargo, estudios previos han abordado esta relación de manera unidireccional, sin establecer causalidad.

Estudios recientes, sugieren que el aislamiento social sería un factor que estaría relacionado con la salud mental, particularmente depresión, por lo cual se destaca la importancia de desarrollar intervenciones que mejoren tanto la salud mental como la conexión social, especialmente en adultos mayores (54).

Estos factores psicosociales también incluyen otras condiciones que afectan el bienestar mental de una persona. Algunos de los factores más influyentes son:



Entorno social y familiar

Diversos estudios destacan la importancia de los factores sociales y ambientales en la aparición y mantenimiento de problemas de salud mental.

Entre los determinantes sociales más relevantes se encuentran el bajo estatus socioeconómico, bajo nivel de educación, la falta de apoyo social, experiencias de adversidad social, discriminación, desempleo, vivir sin pareja, y la percepción de problemas en el entorno residencial como crimen, violencia, ruido o contaminación.

Estos se asocian consistentemente con mayores síntomas de ansiedad, depresión y otros trastornos psiquiátricos, tanto a nivel individual como comunitario.

Además, la satisfacción con la vivienda y el entorno social protector pueden actuar como factores de protección.

Las relaciones interpersonales, el apoyo social, la calidad de las

amistades y el entorno familiar influyen significativamente en la salud mental. Un entorno social negativo puede aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de trastornos mentales.

Las habilidades de cognición social (reconocimiento de emociones y empatía) y los determinantes sociales de la salud (experiencias de adversidades sociales y factores protectores), así como los factores psicofísicos clásicos (antecedentes psiquiátricos, enfermedades crónicas y funciones cognitivas) predicen síntomas de enfermedades mentales como ansiedad y depresión (55).

Uno de los aspectos que mide la capacidad de una comunidad para anticipar, enfrentar y recuperarse de factores externos de estrés es el índice de vulnerabilidad social, es decir, cuando las comunidades son socialmente vulnerables, carecen de los recursos necesarios para responder a eventos adversos que



afectan su salud y bienestar y se ha despertado un interés creciente debido a su estrecha relación con los determinantes sociales de la salud.

Recientemente, la vulnerabilidad social, se ha utilizado para estudiar la salud mental y los trastornos por uso de sustancias a nivel comunitario (56).

Baja condición socioeconómica y desempleo

Yasehamencionadoanteriormente que la pobreza, el desempleo y la inseguridad financiera pueden llevar a estrés crónico, lo que a su vez puede desencadenar o exacerbar problemas de salud mental.

Los principales hallazgos en varios estudios indican que, las dificultades económicas producen un empeoramiento significativo

de la salud mental, especialmente entre los varones.

Factores como el desempleo, los bajos salarios, la inestabilidad laboral y la precariedad emergen como los principales canales que deterioran la salud mental (57).



Bajo nivel de educación

El nivel educativo y el acceso a recursos de salud y asistencia social son determinantes críticos.

La falta de educación puede limitar el acceso a empleos bien remunerados y a sistemas de apoyo, así como aumentar significativamente la probabilidad de presentar síntomas de depresión y estrés, con un odds ratio de 1,5 a 3.

Es bien conocido, que los problemas de salud mental aumentan en individuos de menor escolaridad, debido a que este factor se asocia a un menor apoyo social y estilos de vida menos saludables, pues por cada año de escolaridad, disminuye un 11.3% en síntomas depresivos y 9.8% en ansiedad.

Un entorno educativo positivo, puede proteger y promover la salud mental

disminuyendo la vulnerabilidad a los factores de riesgo social, como la exclusión, la discriminación y la falta de acceso a servicios de salud, tanto preventivos como curativos.

Una adecuada educación ayuda a los individuos a afrontar situaciones y resolver problemas, ya que les proporciona herramientas y habilidades para hacer frente a las desigualdades económicas y conseguir su propio bienestar (58).



Eventos de vida y situaciones estresantes

Edad y sexo: Algunos factores sociodemográficos como la edad y el sexo han sido descritos como factores determinantes en la salud mental,

Por ejemplo, trastornos como los del estado de ánimo, la ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos son más comunes en personas jóvenes.

A partir de los 65-70 años, se observa un pequeño aumento en la incidencia de algunos trastornos, como los trastornos del estado de ánimo.

Las mujeres mostraron tasas de incidencia más altas para varios trastornos mentales, como la esquizofrenia y los trastornos de personalidad en edades más jóvenes (59).

Así mismo experimentan tasas más altas de depresión y la ansiedad, con una prevalencia de problemas de salud mental de 23.4% en mujeres frente a 15.6%

en hombres y la hipótesis de una mayor vulnerabilidad biológica no está totalmente comprobada sino más bien, los factores sociales, como las condiciones de vida desiguales y las normas de género (masculinidad y feminidad hegemónicas), juegan un papel crucial en estas disparidades.

Sin embargo, también se ha documentado que los hombres enfrentan un infra diagnóstico y tratamiento insuficiente, especialmente cuando se trata de depresión y ansiedad (60).

Situaciones estresantes:

Diversos estudios muestran que los cambios vitales significativos y las crisis programáticas están fuertemente relacionados con la aparición o agravamiento de trastornos mentales.

Eventos como mudanzas, cambios de trabajo, pérdidas familiares o crisis sociales pueden precipitar el inicio agudo o la recaída de enfermedades como la



esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos.

La frecuencia y el tipo de eventos vividos en el año previo se asocian directamente con el nivel de deterioro psicológico: a mayor número de eventos, mayor probabilidad de presentar síntomas graves.

Las crisis vitales no solo que propician los trastornos mentales, sino que agravan la evolución de los preexistentes (61).

Experiencias como pérdidas personales, conflictos y traumas, especialmente en la infancia, pueden tener efectos duraderos en la salud mental.

Los eventos traumáticos son comunes en la vida cotidiana y se reconocen como contribuyentes importantes a los problemas de salud mental, siendo las mujeres quienes tienen un mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático.

Violencia: En un estudio realizado en 28.199 mujeres de entre 18 y 69 años, encontró

que aproximadamente el 40% de mujeres han sido víctimas de agresión sexual o física a lo largo de su vida y que la edad temprana de exposición al trauma sexual, la cronicidad del abuso y la proximidad temporal a la exposición estarían asociados con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por estrés postraumático (62).

Se ha examinado la relación entre el trauma sexual, la predisposición genética a los trastornos mentales y los diagnósticos clínicos de varias patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor, con la finalidad de evaluar cómo estos factores, tanto genéticos como ambientales, interactúan y contribuyen al riesgo de desarrollarlos.

Se evidenció que tanto el trauma sexual como la predisposición genética desempeñan papeles importantes en el riesgo de trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar y la depresión mayor; sin embargo, la presencia de trauma sexual no



parece tener influencia sobre los factores genéticos, lo que subraya la importancia de los factores ambientales en el desarrollo de estos trastornos.

epidemiológica, sobre el trauma infantil en general y el trauma sexual específicamente como factores de riesgo para trastornos psiquiátricos (63).

El trauma de origen sexual incluye abuso sexual, agresión y violación, es una preocupación importante de salud pública con consecuencias físicas y mentales de amplio alcance, afectando entre el 25% y el 58% de las personas; existiendo evidencia



Estilos de crianza inadecuados

La familia y la forma en la que esta funciona, se espera que sea un factor protector para el desarrollo de las futuras generaciones, pero en ocasiones puede convertirse en un riesgo para la salud mental.

Es en este núcleo de la sociedad en donde se le ofrece al nuevo individuo, seguridad, cuidado, se le apoya en el desarrollo físico, social, emocional, espiritual y mental de un niño desde las primeras etapas hasta la adultez.

De esa manera se garantiza que el individuo no desarrolle comportamientos irregulares que lo aparten de las normas de su cultura y sociedad.

La familia requiere de un equilibrio que se balancee entre el amor y el orden, generando un estilo de crianza que fluctúa entre la calidez del hogar y el control, que de forma natural deben ejercer los padres.

Toda familia necesita de la exigencia parental, pero ésta va de la mano de una respuesta

oportuna que ofrezca resolver las necesidades y las dudas que surgen día a día.

Con padres ausentes ya sea por abandono o por trabajo, se tiende a la carencia de la satisfacción de las necesidades básicas y las inquietudes que surgen durante el proceso de crianza.

También el excesivo control en el hogar ejerce un sesgo en la educación de los niños, este estilo parental tiene un carácter autoritario que impone reglas estrictas y bajo nivel de apoyo emocional o la condescendencia o permisividad extrema sin límites claros entre los padres y los hijos provocan efectos negativos en el desarrollo.

El ser padres implica entonces una responsabilidad importante que debe ser asumida con un nivel de compromiso activo, pero ¿cómo aprendemos a ser padres? Por lo general no lo hacemos de una manera formal en una escuela, lo hacemos a lo largo de nuestro



propio desarrollo, en base a los errores y aciertos de nuestros padres y en base a nuestra propia reflexión.

Nuestros padres hicieron lo mismo, nos dieron lo que ellos recibieron, tratando de corregir lo que no les gustó y repitiendo patrones de manera inconsciente que, aunque no siempre hayan sido buenos, marcaron el desarrollo de su identidad, siendo fieles a tradiciones o costumbres que se mantienen como un legado histórico familiar, a veces positivo, pero a veces disfuncional.

Este inconsciente colectivo familiar no solo se basa en el aprendizaje sino también en los cambios estructurales que se asientan en el material genético que luego es transmitido a las siguientes generaciones de manera automática.

La tendencia al divorcio, la dependencia emocional, la sumisión, creencias y valores son transmitidos sin que nos percatemos de ello, no importa

si las rechazamos o criticamos ciertas conductas, muchas veces esos patrones de comportamiento están integrados lo queramos o no porque forman parte de ese legado.

Cuando entendemos lo importante que es para nosotros y para las futuras generaciones trabajar en resolver en el presente ciertos patrones de conducta disfuncional, también entendemos la responsabilidad que como individuos y personal de salud tenemos con respecto a un cambio trascendental en la historia de una familia ya que como personal de salud cuando se ayuda a una persona no solo lo estás haciendo con ella sino con sus futuras generaciones.





Estilos parentales

Se definen como una tendencia o patrón estable de actitudes, creencias y comportamientos que forman el marco donde ocurren las interacciones educativas dentro de la crianza de los hijos.

Este patrón se manifiesta por conductas o acciones como supervisar, castigar, normatizar etc. Son una muestra clara de las dificultades con las que se encuentran los adultos a la hora de

relacionarse con sus hijos y nosotros como profesionales en el trabajo con ellos.

Conocer sus características y saber cómo orientar a conseguir un mejor estilo va a ayudar a los padres y madres a encontrar una forma adecuada de relacionarse y educar a sus hijos, teniendo como parte central del modelo el ser afectuoso, respetuoso, tolerante, posibilitando el diálogo que aporte a la



construcción, sin dejar de considerar la importancia que tienen los límites en la constitución del individuo y de las relaciones familiares/sociales.

basados en dimensiones como el afecto/comunicación y el control/establecimiento de límites, estos son:

Existen cuatro estilos parentales

Estilo paterno autoritativo o democrático

Los padres ejercen un control firme y tienen expectativas altas sobre el comportamiento de sus hijos, pero al mismo tiempo son afectuosos, receptivos y consideran el punto de vista del niño, es decir exigen a sus hijos y están dispuestos a responder.

Fomentan el diálogo abierto y la negociación, explican las razones detrás de las normas y castigos, y utilizan el razonamiento y el refuerzo positivo en lugar de castigos severos o arbitrarios.

Los padres establecen normas claras, vigilan su cumplimiento y promueven la responsabilidad y la madurez, pero permiten que sus hijos desarrollen autonomía y tomen decisiones basadas en su propio juicio.

Son cariñosos, atentos a las necesidades y emociones de sus hijos, y enseñan a manejar los sentimientos de forma adecuada. También reconocen sus propios errores y pueden pedir perdón cuando es necesario.

No son excesivamente controladores ni permisivos, sino que mantienen un equilibrio que favorece el desarrollo de la independencia y la autoestima. Los estudios muestran que los niños de padres autoritarios, tienden a involucrarse en menos conductas de riesgo, debido a un estado emocional estable, alta autoestima, autocontrol y menos conflictividad interpersonal.



Estilo paterno autoritario

Se caracteriza por un elevado control firme y altas expectativas sobre el comportamiento de los hijos, pero con poca comunicación afectiva y escasa receptividad hacia las opiniones o sentimientos del niño o adolescente.

Existen normas, pero estas son rígidas, inflexibles no sujetas a cuestionamientos ni explicaciones y al momento de ser transgredidas se exponen a un castigo arbitrario sin negociación alguna.

La figura de autoridad está aumentada y deja una brecha amplia que imposibilita el diálogo con los hijos.

Las consecuencias en los hijos están alrededor de una identidad insegura, a menudo con autopercepción negativa, poca creatividad y falta de iniciativa, tienen problemas de comunicación y de relación social generando características de sumisión y retraimiento, pero también pueden copiar conductas rígidas tendiendo a la agresividad.

Son propensos a sufrir de depresión o ansiedad por excesiva culpa y seguridad.

Estilo paterno permisivo

Este patrón de actitudes tiene un bajo nivel de exigencia por parte de los padres hacia los niños sin ejercer prácticamente ningún control y permitiendo el mayor grado de autonomía.

Se acompaña a la vez de un excesivo apoyo, aprobación y aceptación, sin

importar que los actos no sean positivos, cediendo a las demandas de los hijos.

Podría verse a simple vista como un estilo favorable ya que la falta de limitaciones les hace libres para expresarse y aprender de la experiencia, pero la falta de



disciplina y normas hace que se inviertan los roles y sean los chicos los que terminan imponiéndose sobre los padres.

Esta conducta hace que los niños tengan problemas para controlar sus impulsos, les cueste manejar la frustración al no poder persistir en alcanzar un objetivo propuesto.

También puede dar lugar a conductas soberbias, rebeldes y poco empáticas.

El bajorendimiento escolar también es una de las consecuencias observadas en los estudios.

Estilo paterno negligente

Este último estilo toma un patrón de conductas en donde se pierde el interés en muchos de los aspectos de la crianza de los hijos, tanto en lo afectivo como en lo disciplinario.

Como su nombre lo indica, los padres descuidan por completo aspectos del cuidado, incluyendo aspectos físicos como aseo, nutrición educación y afecto.

Cada vez es más frecuente este estilo de crianza ya que la sociedad ha impuesto la necesidad de que ambos padres salgan a trabajar y ocupen varias horas para hacerlo.

Estos padres sobrecargados de responsabilidades laborales no tienen tiempo ni la energía necesaria para dar tiempo y preocuparse de los aspectos de la vida del niño.

También se ve este estilo parental en familias con múltiples problemas conyugales en donde los conflictos de pareja se llevan toda la atención, o en casos en donde los padres tengan problemas de salud mental como adicciones, discapacidad intelectual o alguna enfermedad afectiva y/o psicótica.





Factores culturales

El desarrollo de la personalidad de los individuos es un reflejo de la sociedad en la que se desarrolla, los valores, las ideas, las costumbres que lo rodean, determinarán de alguna manera su comportamiento.

Los trastornos mentales cambian de una sociedad a otra y a través del tiempo a medida que se van modificando las condiciones que influyen en el desarrollo, más aún con la influencia de los sistemas de comunicación masiva, como redes sociales, las cuales transforman la manera en que especialmente los jóvenes se comunican y construyen

su identidad.

Estas plataformas han dado lugar a cambios profundos en la cultura, haciendo que cada generación muestre diferencias significativas con tan solo pocos años de diferencia.

Anteriormente, los cambios generacionales no eran un tema que ocupara un gran interés, sin embargo, ahora se habla mucho de las generaciones “Z”, “milenials”, “generación X”, incluso se ha llegado a hablar de la generación de cristal, término que describe a



las personas nacidas a partir del año 2000 y 2010, que se caracteriza por una supuesta fragilidad emocional y una elevada sensibilidad, debido a que ha crecido en un entorno de sobreprotección, pero que a diferencia de las generaciones anteriores, pueden expresar sentimientos y pensamientos con mayor libertad, cayendo frecuentemente en la victimización, de ahí su nombre.

Dentro de estas generaciones existen grupos que pueden ser considerados una subcultura y que están altamente influenciados por la tecnologías comunicacionales del momento, como lo son el caso denominado grupos Emo, que son una subcultura juvenil originada en la música y que tienden a tener una expresión intensa de emociones como tristeza y angustia, mostrando una estética particular.

Los subgrupos o culturas de los Punks, que se caracterizan por una estética llamativa, una conducta rebelde, y una crítica social.

Los góticos, una subcultura que comparte intereses en lo misterioso y lo melancólico.

Los incels, cuyas principales características son el resentimiento, la misoginia, el aislamiento social y respuestas hostiles hacia la sociedad, llegando incluso a actos de violencia con desenlace fatal.

Los curadores caóticos que tienden a buscar experiencias visuales creativas con mezcla de estilos, por lo general coloridos. Los frikis (otakus, gamers y geeks), influenciados por la cultura japonesa, muy activos en comunidades digitales interesados y hábiles con intereses en la informática y la robótica.

Los Hipsters, jóvenes bohemios de clase social media alta, con intereses por la música, moda y cultura vintage.





Factores biológicos

Son múltiples los factores biológicos que terminan la salud mental, los últimos años, se ha dado énfasis en el estudio de la compleja interacción entre el medio ambiente, esos factores psicológicos y sociales y el funcionamiento biológico del sistema nervioso humano.

Sin duda la genética ha sido el tema más relevante y lo seguirá siendo en los siguientes años; no solo para explicar las enfermedades mentales heredables sino para explicar también la conducta social.

La epigenética y el ambiente, han sido un tema que ha cobrado

evidencia científica y ha logrado explicar en parte el cómo el medio ambiente, factores estresantes, dieta y exposición a toxinas, influyen en la función cerebral.

La neuroquímica ha dado lugar al conocimiento, no solo del funcionamiento, sino también de mecanismos terapéuticos, junto con la neuroendocrinología y la inmunología, se ha logrado explicar las asociaciones entre el bienestar psicológico y los biomarcadores proteicos relacionados con la inflamación.



Las alteraciones estructurales como defectos congénitos, traumatismos, los factores que provocan alteraciones durante el embarazo y el parto, así como enfermedades metabólicas, son temas que sin discusión alguna se asocian con la pérdida de la salud mental. Estos temas se ampliarán más adelante y nos centraremos en hábitos de vida como la mala alimentación,

el sueño insuficiente y la falta del ejercicio físico, factores, que, pese a estar asociados desde hace mucho tiempo con la salud mental, solo en los últimos años han cobrado mayor relevancia en el ámbito científico ya que se ha comenzado a investigar en profundidad cómo y por qué influyen en el bienestar psicológico.



El papel de la microbiota en la Salud Mental

El ecosistema intestinal posee una variedad de microorganismos, incluyendo levaduras, arqueas, parásitos, helmintos, virus y protozoos y su contribución a la salud humana y a las enfermedades no puede subestimarse, pues juegan roles importantes en varias funciones como el metabolismo, la saciedad,

la regulación inmune, y más recientemente se ha demostrado que tienen un papel en el estado de ánimo y el comportamiento.

Aunque nuestro genoma heredado es relativamente estable a lo largo de la vida, el genoma microbiano es muy diverso, dinámico y sensible a



factores externos como la dieta, el ejercicio, el estrés, la medicación y la edad.

La composición de las bacterias en el tracto gastrointestinal se establece durante los primeros años de vida y es especialmente susceptible a diversos factores como el tipo de parto (ya sea por vía vaginal o cesárea), la lactancia, la dieta, el uso de antibióticos y las infecciones.

El parto vaginal expone al bebé a la microbiota materna del canal de parto, favoreciendo la colonización por bacterias beneficiosas como *Bifidobacterium* y *Bacteroidetes*, mientras que en los bebés que nacen por cesárea, disminuye la exposición a estas bacterias y favorece la colonización por microorganismos de la piel y del ambiente hospitalario, lo que puede alterar la diversidad y composición de la microbiota (64).

La leche materna contiene oligosacáridos y bacterias que promueven el crecimiento de bifidobacterias y una microbiota más equilibrada, en tanto que la alimentación con fórmula o la alimentación mixta se asocia con una microbiota menos similar

a la de los bebés amamantados exclusivamente. La dieta posterior (introducción de sólidos, tipo de alimentos) sigue modulando la microbiota a lo largo del tiempo (65).

Este proceso de formación inicial de la microbiota intestinal, coincide con el crecimiento y desarrollo de las neuronas en el cerebro, y un patrón similar se observa en la vejez, donde una disminución en la diversidad microbiana se asocia con una pérdida de complejidad neuronal, lo que podría contribuir a la aparición o empeoramiento de trastornos del estado de ánimo.

La microbiota intestinal influye en la maduración, función y activación de los astrocitos, impactando el desarrollo cerebral y la respuesta inflamatoria.

La microbiota produce compuestos como el butirato y derivados del triptófano que pueden cruzar la barrera hematoencefálica y modular la actividad de los astrocitos, promoviendo efectos antiinflamatorios y neuroprotectores (66).

El eje microbiota-intestino-cerebro es parte de una red compleja



que también incluye el sistema nervioso autónomo (SNA), el sistema nervioso entérico (SNE) y componentes neuroendocrinos y neuro inmunológicos del sistema nervioso central; la comunicación en este eje estaría controlada mediante mecanismos neuronales, respuestas inmunológicas, liberación de neurotransmisores, neuropéptidos y subproductos microbianos.

Aunque los microbios intestinales cumplen muchas funciones beneficiosas, el cuerpo debe mantener una barrera física para prevenir infecciones.

El revestimiento epitelial del intestino contiene células secretoras, enterocitos y tejido linfoide asociado al intestino, además de proteínas de unión estrecha que ayudan a evitar que el intestino se vuelva permeable.

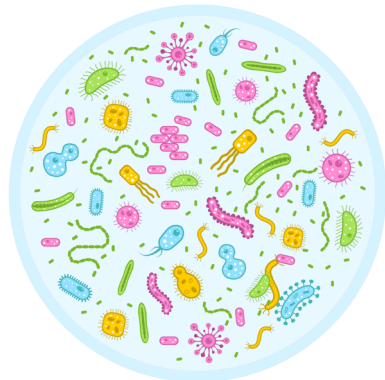
Una de las funciones clave de esta capa epitelial es limitar el contacto directo de los microbios con los tejidos internos, lo que se logra a través de la secreción de una capa viscosa de moco que recubre la pared intestinal.

Esta interfaz entre el espacio luminal

intestinal y la mucosa es donde la mayoría de las interacciones entre el huésped y los microbios ocurren, y las moléculas que pasan a través de esta capa de moco facilitan la comunicación entre la microbiota, el intestino, el sistema inmune y el cerebro (67).

El sistema inmune en la mucosa intestinal juega un papel importante en la protección del organismo. La colonización bacteriana se mantiene bajo control gracias a péptidos antimicrobianos producidos por las células secretoras de Paneth en el intestino delgado.

Además, la capa de moco, las defensinas y las lectinas antibacterianas protegen al epitelio del contacto directo con los microbios, mientras que el sistema inmune innato y adaptativo ayuda a proteger aún más al organismo.



Liberación de compuestos bioactivos mediados por microorganismos

Además de su participación en el sistema inmunitario, los gérmenes comensales pueden secretar otros compuestos bioactivos, como neurotransmisores, neuromoduladores, bacteriocinas, ácidos biliares, colina y ácidos grasos de cadena corta, que son fundamentales para la salud del huésped.

El Proyecto Microbioma Humano (HMP) y MetaHIT, han sido clave para investigar y describir la microbiota intestinal, estiman que hay al menos 2,776 especies que se han aislado de las heces humanas, clasificadas en 11 filos diferentes, de las cuales, la especies: proteobacteria, firmicutes, actinobacteria y bacteroidetes, representarían más del 90% de la microbiota.

Los filos fusobacteria y verrucomicrobia están presentes en menor proporción.

Se ha descrito que las especies

de Lactobacillus y Bifidobacterium pueden producir ácido gammaaminobutírico (GABA); escherichia, bacillus y saccharomyces spp. pueden producir dopamina; los lactobacillus secretan acetilcolina; y las especies de candida, streptococcus, escherichia y enterococcus spp. pueden producir serotonina.

La serotonina es un neurotransmisor clave implicado en muchos trastornos psiquiátricos. Se estima que aproximadamente el 95% de la serotonina en el cuerpo se encuentra en el intestino, principalmente en las células enterocrómicas de la mucosa y en las terminaciones nerviosas del sistema nervioso entérico (SNE).

Se han encontrado diferencias en la composición de la microbiota intestinal entre individuos sanos y pacientes con trastornos neuropsiquiátricos como la enfermedad de Alzheimer, trastorno depresivo mayor y la esquizofrenia;



pues la microbiota podría influir en la función cerebral a través de vías neuronales.

Algunas investigaciones han analizado la relación entre la alteración de la microbiota intestinal y un mayor riesgo de desarrollar depresión y ansiedad, así como el efecto de un tratamiento probiótico sobre la actividad cerebral en voluntarios sanos, encontrando evidencias en

estudios de imagen, de que el córtex frontal y cingulado tanto en estado de reposo como después del estrés social, y los cambios observados durante el estado de reposo se asoció con una mayor vitalidad auto referida y menor fatiga mental (67) (69) (70).

El papel del ejercicio físico en la Salud Mental



Una de las recomendaciones realizadas por los profesionales de la salud, es la actividad física recreativa en el tiempo libre, pero la asociación entre el movimiento corporal humano y la influencia de este en el funcionamiento psicobiológico, no siempre se explica ni se especifica qué tipo de movimiento está relacionado con la salud mental.

Se sugiere además que la actividad física desvía la atención de los individuos, de eventos estresantes de la vida, lo que conduce a un mayor bienestar mental.

Existe evidencia científica de que la actividad física se asocia con mejoras en diversos aspectos de la salud mental, especialmente a personas mayores, principiantes o con trastornos psiquiátricos, pues reduce significativamente los síntomas de depresión y ansiedad (71) (72).

La actividad física es el despliegue de un sistema complejo y adaptativo y se da gracias al funcionamiento de estructuras comandadas por el cerebro, lo que conlleva a un movimiento de energía molecular masiva.

Los beneficios, van a depender del contexto. Los estudios revelan que las actividades físicas relacionadas con la recreación durante el uso del tiempo son las que mejor beneficio tienen, no así una actividad física impuesta dentro de una jornada laboral, ya que no tiene la misma repercusión ni los mismos beneficios psicológicos que una actividad física que empieza con la autodeterminación y en un ambiente que proporcione los beneficios del deporte (73) (74).

Al prescribir ejercicio físico debe hacérselo tomando en cuenta la motivación y las capacidades del paciente y debe hacerse de manera guiada, de tal manera que el paciente sienta que entra a un proceso de aprendizaje, empezando por la postura, ya que esta no solo refleja el estado emocional, sino que puede modificarlo, hasta un entrenamiento debidamente diseñado para cada paciente (75).

Se han descrito varios mecanismos biológicos sobre el beneficio de la actividad física en la actividad neurocognitiva, dentro de los que se mencionan: liberación de factores de crecimiento esenciales para el



desarrollo y crecimiento de neuronas, así como para la neurogénesis y angiogénesis; producción de lactato que proporciona energía al cerebro y está involucrada en la síntesis de glutamato y el mantenimiento de la potenciación a largo plazo; liberación de citoquinas antiinflamatorias que reducen la neuro inflamación; aumento de la biogénesis mitocondrial y la

actividad de enzimas antioxidantes que reducen el estrés oxidativo y liberación de neurotransmisores como la dopamina y la serotonina (5-HT) que regulan la neurogénesis y modulan la cognición (76).

Factores relacionados al suicidio



El suicidio se considera un problema de salud pública y una principales causas de mortalidad en todo el mundo, en él se puede encontrar asociada una compleja interacción de factores como trastornos mentales y situaciones socio familiares, los cuales es necesario conocer para su prevención.

Un metaanálisis realizado en el 2025 encontró que existen determinantes sociales de la salud mental con efectos consistentemente fuertes sobre la mortalidad por suicidio, intentos autolíticos e ideación suicida:

a. Factores relacionados con la mortalidad:

- Individuos involucrados en el sistema de justicia: Las personas involucradas en el sistema de justicia (incluso en la comunidad), mostraron una fuerte relación con la mortalidad por suicidio.

La exposición a suicidios de otros o de padres también incrementa de manera significativa el riesgo.

- Acceso a armas de fuego: Se encontró una relación media a alta

entre el acceso a armas de fuego y el aumento en la mortalidad por suicidio.

- Divorcio y desempleo en la mediana edad: Las personas divorciadas o desempleadas en la mediana edad (de 35 a 65 años) tuvieron un aumento significativo en el riesgo de suicidio.

b. Determinantes sociales relacionados con los intentos autolíticos:

- Abuso infantil y abuso sexual: La experiencia de abuso infantil repetido y el abuso sexual fueron los factores de riesgo más fuertes asociados con los intentos de suicidio.

- Identificación como minoría sexual o de género: La identificación como parte de una minoría sexual o de género también fue un factor de riesgo importante.

- Mortalidad por suicidio en los padres: La mortalidad por suicidio en los padres se asoció con un riesgo mayor de intento de suicidio.



c. Factores sociales determinantes de la salud, con efectos sobre la ideación suicida:

- Identificación sexual: Se encontró un gran aumento en las probabilidades de ideación suicida en personas que se identifican como bisexuales.

- Violencia de pareja íntima en mujeres: La violencia física o emocional de pareja mostró una fuerte relación con la ideación suicida en mujeres.

- Experiencias de abuso sexual y cibernético:

La experiencia de abuso sexual y cibernético también se asoció con un aumento en los pensamientos suicidas, especialmente en adolescentes y jóvenes adultos (77).



Bibliografía

1. Cuervo CE, Vargas LA. Competencias Interprofesionales o colaborativas en profesionales o equipos de salud. Revisión de alcance. *Salud & Sociedad Uptc.* 2020;4(1 y 2):47-59.
2. Szydlo Kon DB, Schnaas Arrieta F. El ABC de la psiquiatría de enlace: Editorial Alfil, S. A. de C. V.; 2022. 325 p.
3. Organización Mundial de la S. Consideraciones de salud pública relativas a las elecciones y actividades conexas en el contexto de la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 10 de diciembre de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Contract No.: WHO/2019-nCoV/elections/2020.1.
4. Rose N. Nuestro futuro psiquiátrico: las políticas de la salud mental: Ediciones Morata, S. L.; 2020. 575 p.
5. Bravo OA. Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos: Editorial Universidad Icesi; 2016. 229 p.
6. Álvarez-García C, López-Medina IM, Sanz-Martos S, Álvarez-Nieto C. Salud planetaria: educación para una atención sanitaria sostenible. *Educación Médica.* 2021;22(6):352-7.
7. Regalado Chamorro M, Medina Gámero A. [The role of nurses in mental health care]. *Aten Primaria.* 2023;55(2):102530.
8. Espinosa Rojas HG, Contreras Briceño IOJ, Elizalde Ordóñez H, Ordóñez Sigcho MI. Rol de Enfermería en la atención de salud pública. *Pro Ciencias: Revista de Producción, Ciencias e Investigación.* 2022;6(44 (esp)):9-22.
9. Zamora Zamora GE, Robayo Zurita VA. Obesidad y alimentación emocional: una revisión de literatura. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS.* 2024;6(6):314-32.
10. Jorge R. Salud Mental en la comunidad. Segunda ed. Salud OPdl, editor 2009.
11. Flores Bassino J. 6-Salud Mental en la Comunidad. 2020. p. 61.
12. Sharma VK, Lepping P, Cummins AG, Copeland JR, Parhee R, Mottram P. The Global Mental Health Assessment Tool--Primary Care Version (GMHAT/PC). Development, reliability and validity. *World Psychiatry.* 2004;3(2):115-9.
13. Indira BP. Prevención cuaternaria: de



- la medicina clínica a la medicina social.2020; 45.
14. Ecuador MdSPd. Plan estratégico nacional de Salud Mental 2015 - 2017Julio 2014, Quito Ecuador. 92 p.
 15. Salud OPdl. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador2015.
 16. Salud OPdl. Ecuador trabaja por lograr un modelo de salud mental de base comunitaria, centrado en las personas y basado en los derechos, que promueva la desinstitucionalización. Septiembre 2022.
 17. Quito DMd. Plan de Salud Mental con atención en el riesgo de suicidio de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios de primera línea en la emergencia sanitaria del DMQ. 2020.
 18. Morales S. Análisis crítico del Plan estratégico de atención de Salud Mental Vigente en el Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana; 2022.
 19. Ecuador MdSPd. Informe técnico de evaluación Plan Nacional Estratégico de Salud Mental. In: salud SNdpdsd, editor. 2021.
 20. Ecuador SNdlVdlSMdSPd. Informe de reporte de avances Mesa técnica para proponer la política de la salud mental. 2023.
 21. Ecuador ANd. Ley orgánica de Salud Mental 2024.
 22. Ruiz MS, Almeida JMCd, Basauri VA, Minoletti A, Schechtman A. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos 2003.
 23. Organización Mundial de la S. Consideraciones de salud pública relativas a las elecciones y actividades conexas en el contexto de la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 10 de diciembre de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Contract No.: WHO/2019-nCoV/elections/2020.1.
 24. Ecuador MdSPd. Plan estratégico nacional de Salud Mental 2015 - 2017Julio 2014, Quito Ecuador. 92 p.
 25. Salud OPdl. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador2015.
 26. Ecuador SNdlVdlSMdSPd. Informe de reporte de avances Mesa técnica para proponer la política de la salud mental. 2023.
 27. Quito DMd. Plan de Salud Mental con atención en el riesgo de suicidio de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios de primera línea en la emergencia sanitaria del DMQ. 2020.
 28. Morales S. Análisis crítico del Plan estratégico de atención de Salud Mental



- Vigente en el Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana; 2022.
29. Ecuador MdSPd. Informe técnico de evaluación Plan Nacional Estratégico de Salud Mental. In: salud SNdpdsd, editor. 2021.
 28. Ecuador ANd. Ley orgánica de Salud Mental 2024
 29. Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Médica BA, editor. Madrid España 1998. 895 p.
 30. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MdC, Tizón García JL. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Atención Primaria*. 2020;52:93-113.
 31. Tuarez Sosa GK, Mero Véliz GY, Saldarriaga Alcívar MF, Castro Jalca JE. Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica. *Higía de la Salud*. 2022;7(2).
 32. Jorge R. Salud Mental en la comunidad. Segunda ed. Salud OPdl, editor 2009.
 33. Jorge R, Robert K, Sergio A-G. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Salud OPdl, editor. Washington, DC 2009.
 34. Aderibigbe YA. Psychiatric epidemiology in cross-cultural perspective: a review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;246(1):37-46.
 35. Edison C, Benjamín P. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gaceta Médica Espirituana*. 2021;23(2):53-65.
 36. Sharma VK, Lepping P, Cummins AG, Copeland JR, Parhee R, Mottram P. The Global Mental Health Assessment Tool--Primary Care Version (GMHAT/PC). Development, reliability and validity. *World Psychiatry*. 2004;3(2):115-9.
 37. Yesenia A, Rodrigo A. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí - Imbabura. *Bionatura*. 2017;2(3).
 38. Acosta Y, Alvear R. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí - Imbabura. *Bionatura*. 2017;2(3).
 39. Robert D, Leon E, Byron G, Arthur K. Salud Mental en el Mundo. Salud OPdl, editor 1997.
 40. Goldberg D, Jackson G, Gater R, Campbell M, Jennett N. The treatment of common mental disorders by a community team based in primary care: a cost-effectiveness study. *Psychol Med*. 1996;26(3):487-92.



41. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858.
42. Plana-Ripoll O, Lasgaard M, Mneimneh ZN, McGrath JJ. The Evolution of Psychiatric Epidemiology: Where to Next? *Can J Psychiatry*. 2021;66(9):774–7.
43. 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. Gaceta Sanitaria*. 2020;34:20–6.
44. Christopher M. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2018;392(1474–547X (Electronic)):1789–858.
45. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MdC, Tizón García JL. Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. *Reflexiones y propuestas. Atención Primaria*. 2021;53(7):102143.
46. Miao R, Liu C, Zhang J, Jin H. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*. 2023;340:914–22.
47. Torres-Cantero AM, Álvarez León EE, Morán-Sánchez I, San Lázaro Campillo I, Bernal Morell E, Hernández Pereña M, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud. *Informe SESPAS 2022. Gaceta Sanitaria*. 2022;36:S4–S12.
48. Yomara G-C, Lorena L-A, Katherine V-M, María CS. Impacto de la atención primaria en la salud mental de pacientes con trastornos de ansiedad *Revista arbitrada interdisciplinaria de ciencias de la salud Salud y vida*. 2024;8(16).
49. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MdC, García Campayo J, Montón Franco C, et al. [Recommendations for the prevention of mental disorders in primary care]. *Atención primaria*. 2014;46(1578–1275 (Electronic)):59–74.
50. Cristian G. Prevalencia de Trastor-



- nos Mentales y del Comportamiento en el Primer Nivel de Atención de la Coordinación Zonal 9-Salud: Universidad Central del Ecuador; 2018.
51. Bonnot O, Buchoul H, Saddiki S. Estados depresivos en la adolescencia. *EMC - Tratado de Medicina*. 2022;26(2):1-7.
 52. Corneliusson L, Gustafson Y, Olofsson B. Prevalence of depressive disorders among the very old in the 21st century. *Journal of Affective Disorders*. 2024;362:706-15.
 53. Edwards N, Walker S, Paddick SM, Prina AM, Chinnasamy M, Reddy N, et al. Prevalence of depression and anxiety in older people in low- and middle-income countries in Africa, Asia and South America: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023;325:656-74.
 54. Domínguez Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*. 2024;6(2):100194.
 55. Linda G, Tony K, Robert P. *Primary Care Mental Health*. Press CU, editor 2018 University Press.
 56. Wittchen HU, Mühlhig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(2):115-28.
 57. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: A review of the evidence. *European Journal of Psychiatry*. 2016;30:259-92.
 58. Zhu S, Kong X, Han F, Tian H, Sun S, Sun Y, et al. Association between social isolation and depression: Evidence from longitudinal and Mendelian randomization analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2024;350:182-7.
 59. Santamaría-García H, Baez S, Gómez C, Rodríguez-Villagra O, Huepe D, Portela M, et al. The role of social cognition skills and social determinants of health in predicting symptoms of mental illness. *Translational Psychiatry*. 2020;10.
 60. Gibbons RD, Olfson M, Saulsberry L, Edlund MJ, Zangeneh S, Bareis N, et al. Social Vulnerability and Prevalence and Treatment for Mental Health and Substance Use Disorders. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(10):976-84.
 61. Oliva J, López-Varcárcel BG, Pérez PB, Peña-Longobardo LM, Garrido RMU, González NZ. El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. *Informe SESPAS 2020*. *Gaceta Sanitaria*. 2020;34:48-53.
 62. Jiang W, Lu Y, Xie H. Education and mental health: Evidence and mechanisms. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2020.

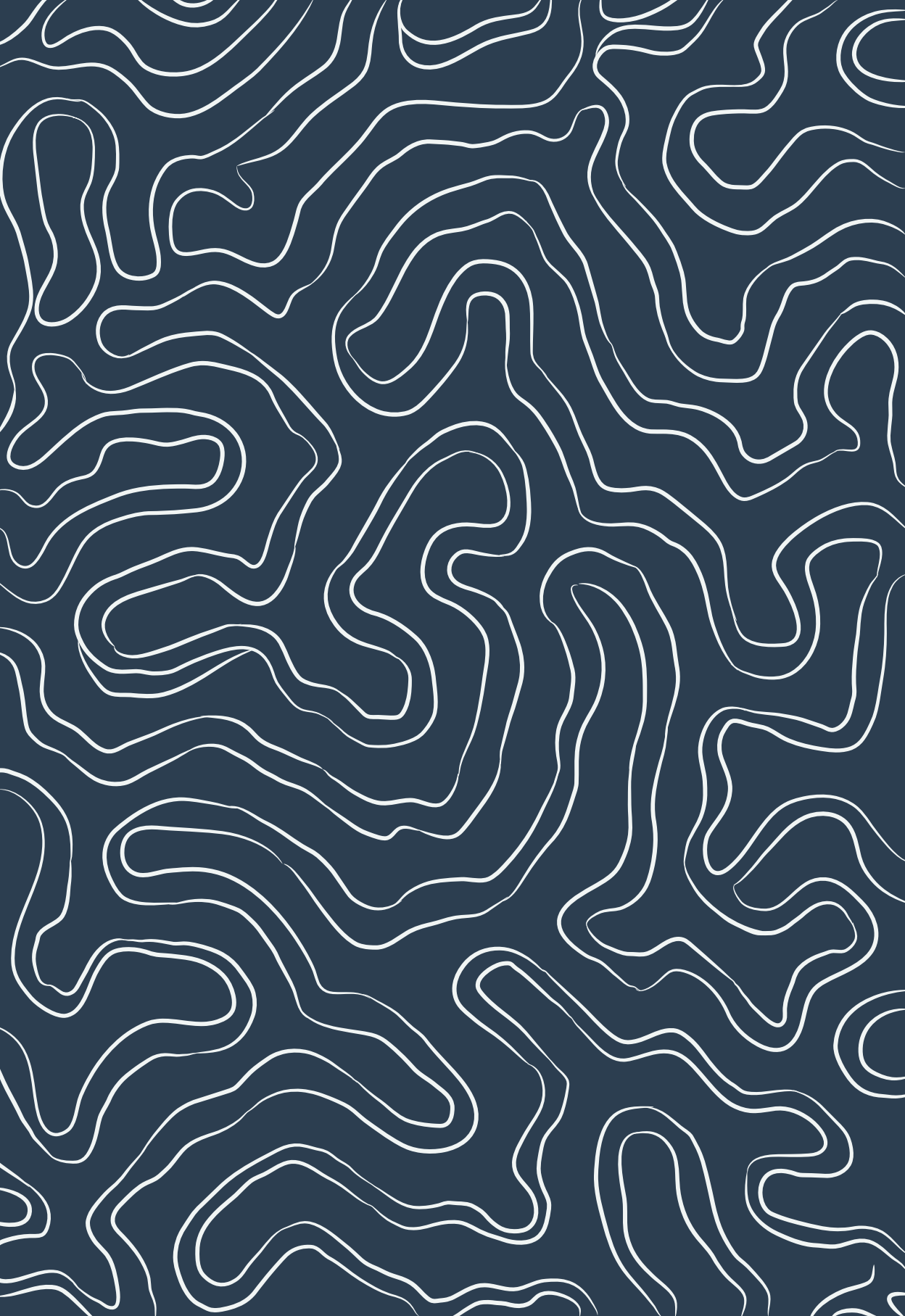


63. Momen NC, Beck C, Lousdal ML, Agerbo E, McGrath JJ, Pedersen CB, et al. Mental Health Disorder Trends in Denmark According to Age, Calendar Period, and Birth Cohort. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(2):161-70.
64. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*. 2020;34:61-7.
65. Birley B, Brown G. Crises and Life Changes preceding the Onset or Relapse of Acute Schizophrenia: Clinical Aspects. *British Journal of Psychiatry*. 1970;116:327-33.
66. Barzilay R. Trauma and Risk of Adverse Mental Health Outcomes in Women. *JAMA Network Open*. 2024;7(12):e2449436-e.
67. Lake AM, Zhou Y, Wang B, Actkins KEV, Zhang Y, Shelley JP, et al. Sexual Trauma, Polygenic Scores, and Mental Health Diagnoses and Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(1):75-84.
68. Collado MC, Selma-Royo M, Calatayud M, García-Mantrana I, Parra-Llorca A, Escuriet R, et al. Perinatal environment shapes microbiota colonization and infant growth: impact on host response and intestinal function. *Microbiome*. 2020;8.
69. Vandenplas Y, Carnielli V, Ksiazzyk J, Luna M, Migacheva N, Mosselmans J, et al. Factors affecting early-life intestinal microbiota development. *Nutrition*. 2020;78:110812.
70. Xu F, Chen H, Gao Y, Yang X, Zhang C, Ni X. Sodium Butyrate Ameliorates Postoperative Delirium by Regulating Gut Microbiota Dysbiosis to Inhibit Astrocyte Activation in Aged Mice. *Neurochemical research*. 2024.
71. Järbrink-Sehgal E, Andreasson A. The gut microbiota and mental health in adults. *Current Opinion in Neurobiology*. 2020;62:102-14.
72. Rea K, Dinan T, Cryan J. Gut Microbiota: A Perspective for Psychiatrists. *Neuropsychobiology*. 2019;79:50-62.
73. Leung CY, Weiss SJ. The gut microbiome of youth who have behavioral and mental health problems: A scoping review. *Mental Health & Prevention*. 2023;31:200288.
74. Hayes CL, Peters BJ, Foster JA. Microbes and mental health: Can the microbiome help explain clinical heterogeneity in psychiatry? *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2020;58:100849.
75. Biddle S. Physical activity and mental health: evidence is growing. *World Psychiatry*. 2016;15.



76. Pascoe M, Bailey A, Craike M, Carter T, Patten R, Stepto N, et al. Physical activity and exercise in youth mental health promotion: a scoping review. *BMJ Open Sport — Exercise Medicine*. 2020;6.
77. White R, Babic M, Parker P, Lubans D, Astell-Burt T, Lonsdale C. Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *American journal of preventive medicine*. 2017;52 5:653-66.
78. Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, et al. Association between physical exercise and mental health in 12 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):739-46.
77. Vella S, Aidman E, Teychenne M, Smith J, Swann C, Rosenbaum S, et al. Optimising the effects of physical activity on mental health and well-being: A joint consensus statement from Sports Medicine Australia and the Australian Psychological Society. *Journal of science and medicine in sport*. 2023.
79. Chen C, Nakagawa S. Physical activity for cognitive health promotion: An overview of the underlying neurobiological mechanisms. *Ageing Research Reviews*. 2023;86.
80. Na PJ, Shin J, Kwak HR, Lee J, Jester DJ, Bandara P, et al. Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry*. 2025.
81. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “Política Nacional de Salud Mental. 2025-2030”. Quito: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud; 2025. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.





UNA VISIÓN INTEGRADORA DE LA SALUD MENTAL

Introducción a la Salud Mental para Ciencias de la Salud es el primer volumen de una serie pensada para estudiantes y profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y todos quienes integran el equipo de salud.

Desde una mirada integral, la obra muestra por qué la salud mental no es responsabilidad exclusiva del psiquiatra o del psicólogo, sino una tarea compartida en la que el rol de cada profesión resulta clave al momento de intervenir.

El libro aborda varios aspectos, desde la importancia de la formación en salud mental para profesionales de la Salud, la legislación y políticas de Salud Mental en Ecuador, datos epidemiológicos de los trastornos mentales en atención primaria y finaliza con una revisión de los factores determinantes de problemas de Salud Mental, para entender mejor el comportamiento del ser humano con el que trabajamos.

Su propósito no es solo aportar, desde el pregrado, a la formación de nuevos profesionales, sino que busca constituir a la Salud Mental en eje del desarrollo humano, familiar y productivo especialmente en el Ecuador, donde este tema ha estado rezagado. Más que aumentar servicios en salud mental, este texto invita a cambiar la cultura: pasar del silencio y el estigma a la solidaridad y la acción.

Cada lector encontrará aquí razones y herramientas para asumir su responsabilidad en una red de cuidado que salva vidas, protege la dignidad y abre oportunidades para las personas y sus comunidades.