



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE
TRASTORNOS MENTALES EN LA CUENCA DEL RÍO CHOTA”**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título en Médico General

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Dana Pamela Quiroz Taboada

DIRECTOR:

Lola Yesenia Acosta Vinueza

Ibarra – Ecuador 2026



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO | |
|-----------------------------|----------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | DANA PAMELA QUIROZ TABOADA |

| DATOS DE LA OBRA | |
|--------------------------------|--|
| TÍTULO: | “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES EN LA CUENCA DEL RÍO CHOTA” |
| AUTOR (ES): | DANA PAMELA QUIROZ TABOADA |
| FECHA: DD/MM/AAAA | 23/06/2026 |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO | |
| PROGRAMA: | <input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO |
| TITULO POR EL QUE OPTA: | MEDICO GENERAL |
| DIRECTOR /ASESOR: | Lola Yesenia Acosta Vinueza Rodrigo Roberto Alvear Reascos |

CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 23 días del mes de junio de 2026

EL AUTOR:

Nombre:

DANA PAMELA QUIROZ TABOADA

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, a los 22 días del mes de junio de 2026

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

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

(f)

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C.: 0401046800

APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular “Factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en la Cuenca del Río Chota ” elaborado por Dana Pamela Quiroz Taboada, previo a la obtención del título de Médico General aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f):

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C 0401046800

(f):

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

C.C: 1712583986

DEDICATORIA

A Martha y Sandro, que han sido mi raíz y mi refugio a lo largo de este camino. Gracias por sostenerme incluso en los días en los que sentía que no podía más, por acompañarme en silencio, por sus palabras llenas de aliento y por su amor incondicional. Cada sacrificio, cada abrazo y cada gesto suyo han sido el impulso que me permitió seguir adelante. Este logro no es solo mío, también les pertenece a ustedes, porque sin su apoyo incondicional nada de esto habría sido posible.

A Isaac, mi hermano y compañero de vida, por ser mucho más que un apoyo: por ser una inspiración constante en mi vida. En ti encontré la razón que me impulsó a elegir este camino, el sentido más profundo de lo que significa cuidar, acompañar y no rendirse. Gracias por enseñarme, con tu ejemplo, a ser fuerte incluso en medio de la adversidad, a levantarme en los momentos difíciles y a seguir adelante cuando el camino parecía volverse más difícil cada día. Gran parte de lo que hoy soy y de lo que he logrado nace de lo que aprendí a tu lado.

A Canela y Sigui mis compañeras fieles en las noches largas de estudio y en los momentos de cansancio. Ya que en su presencia tranquila encontré consuelo, y en su compañía una forma de seguir cuando todo parecía abrumador. Fueron, sin saberlo ni comprenderlo, parte importante de este proceso.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mis asesores y todo el grupo docente, quienes fueron guías fundamentales en mi formación. Gracias por compartir no solo sus conocimientos, sino también sus experiencias, su criterio y su vocación. De ustedes aprendí a mirar al paciente más allá de la enfermedad, a cuestionar, a mantener un aprendizaje constante y a comprender que la medicina es un compromiso permanente con la vida y la dignidad humana.

Agradezco también a todas las personas que formaron parte de mi aprendizaje, dentro y fuera de las aulas: familia, pacientes, compañeros, amigos, y a cada persona que dejó una enseñanza en mi camino. Cada historia, cada experiencia y cada desafío aportaron a mi crecimiento y contribuyeron a formar la médica que hoy soy y la que continuaré construyendo con responsabilidad, sensibilidad y vocación de servicio.

RESUMEN EJECUTIVO

Los trastornos mentales constituyen un importante problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, impacto en la calidad de vida, repercusiones sociales y carga para los sistemas de salud. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en la población de la Cuenca del Río Chota durante el año 2024, considerando las condiciones de vulnerabilidad social, ruralidad y limitaciones en el acceso oportuno a servicios especializados de salud mental.

Se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por habitantes mayores de 18 años de las comunidades de Pusir, Tumbatú, Caldera, San Vicente de Pusir, Piquiucho y Carpuela. La muestra incluyó 485 participantes. Para la recolección de información se empleó el Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT), instrumento utilizado para la identificación de trastornos mentales con base en criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Los datos fueron procesados y analizados mediante Microsoft Excel.

Los resultados sociodemográficos evidenciaron predominio de población femenina, adultos y adultos mayores, con una alta representación de población afrodescendiente residente principalmente en la provincia del Carchi. Entre los factores de riesgo más frecuentes se identificaron baja escolaridad, ocupaciones vinculadas a labores del hogar y labores de campo, hábitos alimenticios no balanceados, antecedentes familiares de trastornos mentales, consumo de sustancias y exposición a situaciones de abuso o maltrato.

Mediante la aplicación del GMHAT se identificó que el 64,1% de los participantes presentó algún trastorno mental, mientras que el 35,9% no presentó enfermedad mental. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos depresivos y cuadros mixtos con depresión, con el 26,6%, seguidos por los trastornos de ansiedad y relacionados, con el 16,1%. También se identificaron trastornos orgánicos, neurocognitivos y del desarrollo intelectual, trastornos psicóticos y esquizofrénicos, trastornos de la conducta alimentaria, problemas de personalidad y trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

El análisis cruzado entre factores de riesgo y presencia de trastornos mentales evidenció asociación estadísticamente significativa con la historia familiar de trastornos mentales ($p = 0,028$), el consumo de sustancias ($p = 0,041$) y la exposición a abuso o maltrato ($p < 0,001$). La exposición a abuso o maltrato fue el factor con mayor significancia estadística, lo que resalta la importancia de considerar las experiencias de violencia física, sexual y emocional dentro del abordaje integral de la salud mental. Variables como escolaridad, ocupación, tipo de familia, hábitos alimenticios y actividad física no mostraron asociación estadísticamente significativa en este análisis.

Se concluye que la población de la Cuenca del Río Chota presenta una elevada frecuencia de trastornos mentales, principalmente trastornos depresivos y de ansiedad, en un contexto de vulnerabilidad social, familiar y psicosocial. Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la detección temprana en el primer nivel de atención, incorporar el tamizaje en salud mental mediante herramientas estandarizadas como el GMHAT, y desarrollar intervenciones comunitarias orientadas a la prevención de violencia, reducción del estigma, abordaje del consumo de sustancias y atención integral de la salud mental en poblaciones rurales y afroecuatorianas.

Palabras clave: salud mental, factores de riesgo, diagnóstico precoz, GMHAT, trastornos mentales, atención primaria, Cuenca del Río Chota.

ABSTRACT

Mental disorders constitute an important public health problem due to their high prevalence, impact on quality of life, social consequences, and burden on health systems. In this context, the present study aimed to determine the risk factors associated with the early diagnosis of mental disorders in the population of the Chota River Basin during 2024, considering conditions of social vulnerability, rurality, and limitations in timely access to specialized mental health services.

A quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted. The study population consisted of residents aged 18 years and older from the communities of Pusir, Tumbatú, Caldera, San Vicente de Pusir, Piquiucho, and Carpuela. The sample included 485 participants. Data were collected using the Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT), an instrument used to identify mental disorders based on diagnostic criteria from the International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10). The data were processed and analyzed using Microsoft Excel.

The sociodemographic results showed a predominance of female participants, adults and older adults, with a high representation of Afro-descendant population residing mainly in the province of Carchi. The most frequent risk factors identified included low educational attainment, occupations related to household and agricultural work, unbalanced eating habits, family history of mental disorders, substance use, and exposure to abuse or maltreatment.

Through the application of the GMHAT, 64.1% of participants were identified as having a mental disorder, while 35.9% did not present any mental illness. The most frequent disorders were depressive disorders and mixed conditions with depression, accounting for 26.6%,

followed by anxiety and related disorders, accounting for 16.1%. Organic, neurocognitive, and intellectual development disorders; psychotic and schizophrenic disorders; eating behavior disorders; personality problems; and substance-related disorders were also identified.

The cross-analysis between risk factors and the presence of mental disorders showed statistically significant associations with family history of mental disorders ($p = 0.028$), substance use ($p = 0.041$), and exposure to abuse or maltreatment ($p < 0.001$). Exposure to abuse or maltreatment was the factor with the highest statistical significance, highlighting the importance of considering experiences of physical, sexual, and emotional violence within a comprehensive approach to mental health. Variables such as educational level, occupation, family type, eating habits, and physical activity did not show statistically significant associations in this analysis.

It is concluded that the population of the Chota River Basin presents a high frequency of mental disorders, mainly depressive and anxiety disorders, within a context of social, family, and psychosocial vulnerability. The findings demonstrate the need to strengthen early detection at the primary care level, incorporate mental health screening using standardized tools such as the GMHAT, and develop community-based interventions aimed at preventing violence, reducing stigma, addressing substance use, and providing comprehensive mental health care for rural and Afro-descendant populations.

Keywords: mental health, risk factors, early diagnosis, GMHAT, mental disorders, primary care, Chota River Basin..

LISTA DE SIGLAS

1. **ACE:** Experiencias Adversas en la Infancia (Adverse Childhood Experiences)
2. **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición
3. **DALYs:** Años de vida ajustados por discapacidad (Disability-Adjusted Life Years)
4. **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición
5. **GMHAT:** Global Mental Health Assessment Tool (Instrumento Global de Evaluación de Salud Mental)
6. **GAD:** Gobierno Autónomo Descentralizado
7. **MSP:** Ministerio de Salud Pública
8. **OMS:** Organización Mundial de la Salud
9. **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
10. **UTN:** Universidad Técnica del Norte

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUCCIÓN..... | 18 |
| 1.1 | Problema de investigación. | 20 |
| 1.2 | Justificación..... | 23 |
| 1.3 | Objetivos | 26 |
| 1.3.1 | Objetivo General | 26 |
| 1.3.2 | Objetivos Específicos..... | 26 |
| 1.4 | Pregunta de investigación..... | 26 |
| 2 | CAPÍTULO II..... | 27 |
| 2.1 | MARCO TEÓRICO..... | 27 |
| 2.2 | INTRODUCCIÓN | 27 |
| 2.3 | MARCO CONCEPTUAL..... | 29 |
| 2.3.1 | Trastornos Mentales..... | 29 |
| 2.3.2 | Diagnóstico Precoz | 30 |
| 2.3.3 | Factores de Riesgo Asociados. | 30 |
| 2.3.4 | Salud Mental Comunitaria | 31 |
| 2.3.5 | Contexto Geográfico y Socioeconómico | 32 |
| 2.3.6 | Acceso a Servicios de Salud Mental..... | 33 |
| 2.4 | MARCO REFERENCIAL | 34 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.4.1 | Estudios sobre diagnóstico precoz de trastornos mentales | 34 |
| 2.4.2 | Estudios sobre factores de riesgo asociados a los trastornos mentales | 35 |
| 2.4.3 | Estudios sobre carga global de enfermedad mental | 36 |
| 2.4.4 | Antecedentes nacionales | 37 |
| 3 | CAPÍTULO III | 40 |
| 3.1 | MATERIALES Y MÉTODOS | 40 |
| 3.1.1 | Definición de la población | 40 |
| 3.1.2 | Muestra | 40 |
| 3.1.3 | Criterios de selección | 40 |
| 3.1.4 | Clasificación del estudio | 41 |
| 3.1.5 | Técnicas y procedimientos de recolección de la información | 41 |
| 3.1.6 | Procesamiento estadístico de la información | 42 |
| 3.1.7 | Aspectos éticos..... | 43 |
| 3.1.8 | Productos..... | 44 |
| | Informe de investigación | 44 |
| 3.1.9 | Impactos..... | 44 |
| 4 | CAPÍTULO IV | 47 |
| 4.1 | RESULTADOS Y ANÁLISIS..... | 47 |
| 4.1.1 | FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA POBLACIÓN | 47 |
| 4.1.2 | FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN SELECCIONADA | 52 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1.3 | TRASTORNOS MENTALES MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL GMHAT | |
| | 58 | |
| 4.1.4 | RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN GMHAT | 62 |
| 4.2 | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 69 |
| 4.2.1 | Conclusiones | 69 |
| 4.2.2 | Recomendaciones | 70 |
| 5 | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 73 |
| 6 | ANEXOS | 79 |
| 6.1 | ENCUESTA APLICADA GMHAT | 79 |
| 6.2 | ANEXO FOTOGRAFICO..... | 93 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Factores sociodemográficos en la población | 47 |
| Tabla 2. Factores de riesgo de trastornos mentales en la población. | 52 |
| Tabla 3. Trastornos mentales mediante la aplicación del GMHAT | 58 |
| Tabla 4. Relación entre factores de riesgo y presencia de trastornos mentales según GMHAT | 62 |

1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son alteraciones que afectan el pensamiento, las emociones, el estado de ánimo y el comportamiento de las personas. Estas condiciones pueden presentarse de forma transitoria o persistente, interfiriendo en la capacidad para relacionarse con los demás, desempeñar actividades cotidianas y mantener una adecuada calidad de vida (1).

Uno de los principales desafíos en el abordaje de los trastornos mentales es su diagnóstico tardío. Con frecuencia, las personas acceden a atención especializada cuando la enfermedad ya se encuentra en etapas avanzadas, lo que repercute negativamente en el pronóstico, disminuye la calidad de vida y afecta el entorno familiar, laboral y social. En este sentido, la detección temprana constituye una estrategia fundamental para mejorar los resultados clínicos, reducir la discapacidad asociada y favorecer intervenciones oportunas que disminuyan las consecuencias individuales y colectivas de estas enfermedades (2).

Los trastornos mentales son el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los principales determinantes de riesgo destacan la pobreza, la marginación social, la migración forzada, el bajo nivel educativo, la exposición a la violencia, la inestabilidad laboral y las condiciones desfavorables del entorno familiar y comunitario. Estos factores generan vulnerabilidad psicosocial y aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos como depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático. Si bien tradicionalmente algunas enfermedades mentales se han considerado consecuencia de una predisposición biológica, investigaciones recientes han demostrado que los determinantes sociales de la salud mental ejercen una influencia significativa tanto en su aparición como en su evolución clínica (3).

En Ecuador, las poblaciones rurales y afrodescendientes pueden enfrentar condiciones particulares que incrementan su vulnerabilidad frente a los trastornos mentales. Factores como las desigualdades socioeconómicas, las limitaciones en el acceso a servicios de salud especializados, la menor disponibilidad de recursos comunitarios y las barreras geográficas pueden influir tanto en la aparición de trastornos o problemas de salud mental como en la búsqueda oportuna de atención profesional. Estas circunstancias adquieren especial relevancia en territorios históricamente vulnerables, donde convergen determinantes sociales que afectan el bienestar físico y emocional de la población (4,5).

La Cuenca del Río Chota, ubicada entre las provincias de Imbabura y Carchi, se caracteriza por una importante presencia de población afroecuatoriana (6) y por condiciones sociodemográficas particulares que pueden influir en la salud mental de sus habitantes (4). A pesar de los avances alcanzados en materia de salud pública, persisten desafíos relacionados con el acceso a servicios de salud mental (7), la detección temprana de trastornos mentales y la identificación de factores de riesgo asociados. En este contexto, resulta necesario generar evidencia científica que permita comprender mejor esta problemática y contribuir al diseño de estrategias de prevención, detección oportuna e intervención adaptadas a las características de la población (8).

Por lo expuesto, la presente investigación tiene como finalidad determinar los factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en la población de la Cuenca del Río Chota, aportando información relevante para fortalecer la atención primaria de salud, mejorar las estrategias de detección temprana y promover intervenciones orientadas a reducir la carga de enfermedad mental en esta población (9).

1.1 Problema de investigación.

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, impacto sobre la calidad de vida y contribución a la discapacidad. Se estima que una de cada ocho personas en el mundo vive con algún trastorno mental, equivalente a aproximadamente 970 millones de personas (10). Los trastornos más frecuentes son la ansiedad y la depresión, cuya incidencia aumentó significativamente durante la pandemia por COVID-19, registrándose incrementos del 26% y 28% (10), respectivamente. Asimismo, los trastornos mentales afectan de manera importante a la población joven, estimándose que uno de cada cinco niños y adolescentes presenta algún problema de salud mental (11). El suicidio representa más del 1% de todas las muertes a nivel mundial y constituye una de las principales causas de muerte prematura, especialmente en personas menores de 50 años (10). Estas enfermedades son además responsables de una importante carga de discapacidad y se asocian con una reducción de entre 10 y 20 años en la esperanza de vida de quienes las padecen (12).

El diagnóstico precoz de los trastornos mentales constituye una herramienta fundamental para mejorar el pronóstico clínico, reducir la discapacidad y favorecer una intervención oportuna (9). La identificación temprana de síntomas permite implementar estrategias terapéuticas que disminuyen las complicaciones y mejoran la calidad de vida de las personas afectadas (13).

Sin embargo, en numerosos contextos el diagnóstico continúa realizándose en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando ya existen repercusiones importantes sobre el funcionamiento personal, familiar, laboral y social de los individuos (13).

A pesar de los avances científicos y tecnológicos alcanzados durante las últimas décadas, persisten importantes dificultades para la detección temprana de los trastornos mentales,

particularmente en poblaciones vulnerables y en zonas rurales. La limitada disponibilidad de programas de tamizaje, la escasa capacitación específica del personal de salud y la persistencia del estigma asociado a las enfermedades mentales (14) continúan representando barreras para la identificación oportuna de los casos.

La Cuenca del Río Chota, ubicada entre las provincias de Imbabura y Carchi, constituye una región con una importante presencia de población afroecuatoriana y características socioculturales particulares (15). A pesar de su riqueza histórica y cultural, esta población enfrenta diversas condiciones de vulnerabilidad social relacionadas con limitaciones económicas, oportunidades educativas reducidas y desigualdades históricas que pueden influir sobre su estado de salud (16). Estas circunstancias pueden repercutir también en la salud mental de sus habitantes y en la posibilidad de acceder oportunamente a servicios especializados para el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales (16).

El sistema de salud mental continúa enfrentando importantes desafíos a nivel mundial. Se estima que aproximadamente el 71% de las personas con trastornos mentales no recibe atención especializada (17). Mientras que en los países de altos ingresos cerca del 70% de los pacientes accede a tratamiento, en los países de bajos ingresos esta cifra apenas alcanza el 12% (17). Asimismo, existen importantes diferencias en la cobertura de atención para trastornos específicos como la depresión y los trastornos psicóticos. Estas desigualdades se reflejan también en la inversión destinada a salud mental, ya que los países de bajos ingresos asignan alrededor del 0,5% de su presupuesto sanitario a esta área, en comparación con el 5,1% destinado por los países de altos ingresos (17).

En Ecuador, aunque se han desarrollado estrategias orientadas a fortalecer la salud mental comunitaria e integrar estos servicios en la atención primaria (7), todavía persisten brechas

relacionadas con la disponibilidad de profesionales especializados (7), la accesibilidad geográfica y la continuidad de la atención, especialmente en poblaciones rurales y grupos históricamente vulnerables.

Diversos estudios han demostrado que los trastornos mentales se encuentran estrechamente relacionados con determinantes sociales, económicos y familiares (4). Entre los principales factores de riesgo descritos se encuentran la pobreza, el bajo nivel educativo, el desempleo o empleo informal, la exposición a situaciones de violencia, los antecedentes familiares de trastornos mentales (18), los hábitos de vida poco saludables y las dificultades para acceder a servicios de salud. Estos factores generan condiciones de vulnerabilidad que favorecen la aparición, progresión y cronificación de los trastornos mentales, especialmente cuando no existe una detección temprana ni acceso oportuno a atención especializada (19).

A pesar de la relevancia de estos factores, existe información limitada sobre los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales en poblaciones afroecuatorianas rurales del Ecuador, particularmente en la Cuenca del Río Chota. La ausencia de evidencia local dificulta la planificación de estrategias de prevención, detección precoz e intervención adaptadas a las características socioculturales de la población. En este contexto, surge la necesidad de determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en la población de la Cuenca del Río Chota durante el año 2024 (6,9).

1.2 Justificación

La presente investigación aporta evidencia científica sobre los factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en una población afroecuatoriana rural poco estudiada, como es la Cuenca del Río Chota. La generación de información local permite ampliar el conocimiento existente sobre la influencia de los determinantes sociales, económicos y familiares en la salud mental, contribuyendo al desarrollo de futuras investigaciones y fortaleciendo la comprensión de esta problemática en contextos con características socioculturales particulares. Asimismo, los resultados podrán servir como referencia para estudios similares en otras poblaciones vulnerables del país y de la región.

La escasez de investigaciones enfocadas específicamente en salud mental dentro de comunidades afrodescendientes ecuatorianas resalta la importancia de generar evidencia que contribuya a disminuir las brechas de conocimiento existentes y favorezca la formulación de políticas basadas en evidencia científica (22,23).

Implicaciones prácticas

Los trastornos mentales representan una importante carga para la salud pública debido a su elevada prevalencia, impacto funcional y repercusiones sociales y económicas. En este contexto, la identificación temprana de los trastornos mentales y de los factores que condicionan su aparición permite orientar acciones preventivas y fortalecer las estrategias de intervención en los servicios de salud. Los hallazgos obtenidos podrán contribuir al diseño de programas de tamizaje, promoción de la salud mental y fortalecimiento de la atención

primaria, favoreciendo la detección oportuna de personas en riesgo y la derivación temprana hacia servicios especializados cuando sea necesario (8,9).

Conveniencia

La ejecución de esta investigación resulta factible debido a la disponibilidad de recursos humanos, el acceso a la población de estudio y la colaboración de las autoridades y líderes comunitarios de la Cuenca del Río Chota. Además, la problemática abordada posee una relevancia directa para la comunidad, ya que la detección temprana de los trastornos mentales puede contribuir a prevenir complicaciones clínicas, disminuir la discapacidad asociada, mejorar la calidad de vida de los individuos afectados y reducir los costos económicos y sociales derivados de la atención tardía o insuficiente. La información generada permitirá disponer de una línea base que facilite la planificación de futuras intervenciones en salud mental adaptadas a las necesidades locales (7).

Relevancia social

La investigación posee una alta relevancia social debido a que aborda una problemática que afecta el bienestar individual, familiar y comunitario. La detección precoz de los trastornos mentales favorece la implementación de intervenciones oportunas que pueden prevenir el deterioro funcional, reducir el riesgo de discapacidad y mejorar la integración social de las personas afectadas. En poblaciones vulnerables como las comunidades afroecuatorianas de la Cuenca del Río Chota, el fortalecimiento de las estrategias de salud mental puede contribuir significativamente a disminuir desigualdades en salud y promover mejores oportunidades de desarrollo humano y bienestar colectivo. Adicionalmente, los resultados podrán sensibilizar a

las instituciones y actores comunitarios sobre la importancia de la salud mental como componente fundamental del desarrollo social (4).

Beneficiarios directos e indirectos

Los beneficiarios directos de esta investigación son los habitantes de la Cuenca del Río Chota, particularmente aquellas personas con factores de riesgo o manifestaciones tempranas de trastornos mentales, así como los profesionales de salud encargados de su atención. Los beneficiarios indirectos incluyen a las familias de los individuos afectados, las comunidades locales, los gestores de políticas públicas y el sistema de salud en general, que podrán utilizar la información obtenida para fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico precoz y atención integral en salud mental. Asimismo, los resultados podrán constituir un insumo para el desarrollo de programas comunitarios orientados a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud mental en poblaciones vulnerables (7,9).

1.3 **Objetivos**

1.3.1 **Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en la Cuenca del Río Chota

1.3.2 **Objetivos Específicos**

1. Caracterizar factores sociodemográficos en la población.
2. Clasificar los factores de riesgo de trastornos mentales en la población seleccionada.
3. Identificar los trastornos mentales mediante la aplicación del Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT).

1.4 **Pregunta de investigación.**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en la población de la cuenca del Río Chota?

2 CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.2 INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen un importante problema de salud pública (24), debido a su elevada prevalencia, impacto sobre la calidad de vida y contribución a la discapacidad a nivel mundial (12). Estas condiciones afectan el bienestar emocional, cognitivo y social de las personas, generando repercusiones que trascienden el ámbito individual e involucran a las familias, comunidades y sistemas de salud. La creciente carga de enfermedad asociada (12), a los trastornos mentales ha impulsado el desarrollo de estrategias orientadas a mejorar su prevención, detección y tratamiento oportuno.

En este contexto, el diagnóstico precoz se ha convertido en un componente fundamental para la atención integral de la salud mental (9). La identificación temprana de signos y síntomas permite implementar intervenciones oportunas, mejorar el pronóstico clínico, disminuir la discapacidad asociada y reducir el impacto social y económico de estas enfermedades. Sin embargo, diversos factores individuales, familiares, sociales y estructurales pueden influir en la detección temprana de los trastornos mentales, especialmente en poblaciones que enfrentan condiciones de vulnerabilidad (8).

La Cuenca del Río Chota constituye un escenario de particular interés para el estudio de la salud mental debido a sus características socioculturales y demográficas. Esta región alberga una importante población afroecuatoriana y presenta condiciones socioeconómicas que pueden influir tanto en la aparición de trastornos mentales como en el acceso oportuno a

servicios de salud especializados (6). La comprensión de estas particularidades resulta esencial para el desarrollo de estrategias de atención adaptadas a las necesidades locales (4).

Asimismo, el acceso a los servicios de salud mental continúa representando un desafío en numerosas comunidades rurales. Factores como las limitaciones geográficas (12), la disponibilidad de recursos humanos especializados, el estigma asociado a las enfermedades mentales y las desigualdades sociales pueden dificultar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas patologías. Estas barreras adquieren especial relevancia en contextos donde los determinantes sociales de la salud condicionan significativamente el bienestar de la población (23).

La identificación de los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales constituye un elemento clave para el desarrollo de estrategias preventivas y de promoción de la salud mental. El conocimiento de estos factores permite reconocer grupos poblacionales vulnerables, orientar la toma de decisiones en salud pública y diseñar intervenciones dirigidas a reducir la incidencia y las consecuencias de los trastornos mentales (25). En comunidades con características particulares, como la población afroecuatoriana de la Cuenca del Río Chota, el análisis de estos factores adquiere especial relevancia debido a la influencia de los determinantes sociales (4), económicos y culturales sobre la salud mental.

Por lo expuesto, el presente marco teórico aborda los principales conceptos relacionados con los trastornos mentales, el diagnóstico precoz, el contexto de la población afroecuatoriana de la Cuenca del Río Chota, las características del sistema de salud mental y los factores de riesgo asociados, con el propósito de proporcionar el sustento científico necesario para el desarrollo de la investigación.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Trastornos Mentales

Un trastorno mental es una alteración que afecta el pensamiento, las emociones, el estado de ánimo o el comportamiento de una persona, interfiriendo en su funcionamiento cotidiano y en su capacidad para relacionarse con los demás. Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales comprenden una amplia gama de afecciones que incluyen trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos psicóticos, trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos del neurodesarrollo (20).

Los trastornos mentales constituyen alteraciones clínicamente significativas de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento, asociadas generalmente con malestar psicológico o deterioro del funcionamiento social, laboral o familiar. Estas afecciones representan una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y generan importantes repercusiones para los individuos, sus familias y los sistemas de salud.

Los trastornos mentales se clasifican mediante manuales diagnósticos como el DSM-5 y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), los cuales establecen criterios específicos para facilitar su identificación y diagnóstico (20).

2.3.2 Diagnóstico Precoz

El diagnóstico precoz se refiere a la identificación de los trastornos mentales en etapas tempranas de su desarrollo, permitiendo implementar intervenciones oportunas y eficaces. La detección temprana es esencial porque los trastornos mentales pueden provocar complicaciones importantes cuando no reciben tratamiento adecuado (26).

La identificación temprana de signos y síntomas permite disminuir la duración de la enfermedad no tratada, mejorar el pronóstico clínico, reducir el riesgo de discapacidad y favorecer una mejor integración social y familiar. Asimismo, facilita el acceso oportuno a intervenciones terapéuticas basadas en evidencia científica.

Los profesionales sanitarios deben estar capacitados para reconocer los síntomas y utilizar herramientas estandarizadas de evaluación para lograr un diagnóstico adecuado. La educación de la población sobre salud mental constituye una estrategia fundamental para favorecer el reconocimiento temprano de síntomas y promover la búsqueda oportuna de ayuda profesional (26).

2.3.3 Factores de Riesgo Asociados.

Los factores de riesgo son características o circunstancias que aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno mental. Estos factores pueden clasificarse en biológicos, psicológicos y sociales.

La genética desempeña un papel importante en la susceptibilidad a los trastornos mentales, observándose un mayor riesgo en personas con antecedentes familiares de enfermedad mental (27).

También influyen factores psicológicos como el estrés crónico, los acontecimientos traumáticos y las experiencias adversas durante la infancia. La teoría del apego plantea que la calidad de las relaciones tempranas puede influir significativamente en el bienestar psicológico a lo largo de la vida (26).

Entre los factores sociales más importantes se encuentran la pobreza, el desempleo, el bajo nivel educativo, la violencia, la discriminación, la exclusión social y las dificultades para acceder a servicios de salud. Estos determinantes sociales pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas frente al desarrollo de trastornos mentales.

Estigma

El estigma relacionado con los trastornos mentales constituye una barrera importante para la búsqueda de ayuda profesional. La discriminación, los prejuicios y la falta de información pueden provocar que las personas oculten sus síntomas o minimicen la gravedad de su situación (26).

La educación y la sensibilización comunitaria son estrategias fundamentales para disminuir el estigma, promover una mejor comprensión de la salud mental y facilitar el acceso oportuno a los servicios de atención (26).

2.3.4 Salud Mental Comunitaria

La salud mental comunitaria se enfoca en la promoción, prevención y atención de la salud mental dentro de la comunidad, abordando factores de riesgo como el aislamiento social, la pobreza y la falta de recursos. Este modelo integra los servicios de salud mental en la atención primaria y fomenta la creación de redes de apoyo comunitarias (33).

El modelo de salud mental comunitaria prioriza la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, promoviendo la participación activa de los actores locales y favoreciendo la detección temprana de trastornos mentales, especialmente en poblaciones vulnerables.

La resiliencia en salud mental corresponde a la capacidad de una persona o comunidad para afrontar situaciones adversas y recuperarse de ellas de manera positiva. El fortalecimiento de la resiliencia mediante el apoyo social, la educación y la cohesión comunitaria puede actuar como un importante factor protector frente a los trastornos mentales (34).

2.3.5 Contexto Geográfico y Socioeconómico

La Cuenca del Río Chota se localiza en el norte del Ecuador, principalmente en las provincias de Imbabura y Carchi. Esta región se caracteriza por una importante presencia de población afroecuatoriana y una rica herencia cultural expresada en manifestaciones como la música bomba y diversas tradiciones comunitarias (15).

A pesar de su riqueza cultural, la región enfrenta desafíos relacionados con el acceso a servicios básicos, educación, empleo y atención sanitaria.

La población afroecuatoriana de la Cuenca del Río Chota ha experimentado históricamente condiciones de desigualdad social y económica que han influido en sus oportunidades educativas, laborales y sanitarias. Estas condiciones constituyen determinantes sociales relevantes que pueden impactar directa o indirectamente en la salud mental de la población (6).

2.3.6 Acceso a Servicios de Salud Mental

El acceso a servicios de salud mental constituye un factor fundamental para la detección temprana, el tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado de los trastornos mentales (38).

En Ecuador, particularmente en zonas rurales, persisten dificultades relacionadas con la escasez de profesionales especializados, las barreras geográficas, las limitaciones económicas y el estigma asociado a la salud mental (31).

En la Cuenca del Río Chota estas dificultades pueden verse incrementadas por las características geográficas y socioeconómicas de la región, lo que puede favorecer retrasos diagnósticos y limitar el acceso a intervenciones oportunas.

2.4 MARCO REFERENCIAL

2.4.1 Estudios sobre diagnóstico precoz de trastornos mentales

Patel et al. (2018) investigaron los obstáculos para el diagnóstico temprano de trastornos mentales en países de ingresos bajos y medios. El estudio identificó que la escasez de recursos, la limitada formación del personal sanitario y el estigma asociado a las enfermedades mentales dificultan la detección y el tratamiento oportuno. Mediante un programa piloto basado en la capacitación de agentes comunitarios para reconocer signos tempranos de trastornos mentales, se observó un incremento aproximado del 40% en las tasas de diagnóstico precoz en las comunidades intervenidas. Los autores concluyeron que la participación comunitaria y el fortalecimiento de la atención primaria constituyen estrategias efectivas para mejorar la detección temprana en poblaciones vulnerables (13).

Uno de los principales desafíos en el abordaje

Kohn et al. (2004) evaluaron la brecha de tratamiento en salud mental a nivel mundial y encontraron que más del 76% de las personas con trastornos mentales en países de ingresos bajos y medios no reciben atención especializada. En zonas rurales esta brecha puede superar el 90%, siendo la escasez de recursos, la limitada infraestructura y la insuficiente integración de la salud mental en la atención primaria algunos de los principales factores asociados. Los autores señalaron que la incorporación de servicios de salud mental en el primer nivel de atención podría contribuir (22).

Saraceno et al. (2007) analizaron las barreras para mejorar los servicios de salud mental en países de ingresos bajos y medios. Los autores identificaron como principales limitaciones la

insuficiente inversión, la escasez de recursos humanos especializados y la falta de integración de la salud mental en los sistemas generales de salud. Concluyeron que el fortalecimiento de la atención primaria y el desarrollo de modelos comunitarios representan estrategias fundamentales para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de los trastornos mentales (23).

2.4.2 Estudios sobre factores de riesgo asociados a los trastornos mentales

Felitti et al. (1998), mediante el estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE), demostraron que la exposición a situaciones traumáticas durante la infancia se asocia significativamente con un mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad, trastornos por consumo de sustancias y otros problemas de salud mental durante la vida adulta. Los autores destacaron la importancia de implementar estrategias preventivas y de intervención temprana dirigidas a poblaciones expuestas a factores de riesgo psicosocial (39).

Lund et al. (2010) estudiaron la relación entre pobreza y trastornos mentales en países en desarrollo, encontrando que las personas en situación de pobreza presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, ansiedad y otros trastornos mentales. Los autores concluyeron que la pobreza y la enfermedad mental mantienen una relación bidireccional que contribuye a perpetuar ciclos de vulnerabilidad social y económica (25).

Sullivan et al. (2000) realizaron un metaanálisis sobre la influencia genética en la depresión mayor y estimaron que aproximadamente el 50% del riesgo de desarrollar esta enfermedad se encuentra relacionado con factores hereditarios. Los resultados evidenciaron la importancia de considerar la interacción entre factores biológicos y ambientales en la comprensión de los trastornos mentales (40).

Marmot (2005) analizó la influencia de los determinantes sociales sobre la salud y demostró que factores como el nivel educativo, el empleo, las condiciones de vivienda y la posición socioeconómica influyen significativamente en el bienestar mental. Sus hallazgos evidenciaron que las desigualdades sociales constituyen factores determinantes en la aparición y persistencia de trastornos mentales (4).

Thornicroft et al. (2010) investigaron el impacto del estigma en personas con trastornos mentales y encontraron que el miedo a la discriminación representa una de las principales barreras para la búsqueda de atención médica. Los autores señalaron que el estigma puede retrasar el diagnóstico, dificultar la adherencia al tratamiento y empeorar el pronóstico clínico de los pacientes (18).

2.4.3 Estudios sobre carga global de enfermedad mental

Vigo et al. (2016) evaluaron la carga global de los trastornos mentales y estimaron que estos representan aproximadamente el 10,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) a nivel mundial. Los autores concluyeron que los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad y generan importantes repercusiones económicas y sociales, especialmente en países con recursos limitados. Asimismo, señalaron que la inversión destinada a salud mental continúa siendo insuficiente frente a la magnitud del problema (12).

Los antecedentes revisados evidencian que los trastornos mentales se encuentran estrechamente relacionados con factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Asimismo, demuestran que el diagnóstico precoz, la reducción del estigma, el fortalecimiento de la atención primaria y la implementación de estrategias comunitarias constituyen

elementos fundamentales para mejorar los resultados en salud mental. Sin embargo, la evidencia disponible sobre estos factores en poblaciones afroecuatorianas rurales continúa siendo limitada, lo que justifica la realización de investigaciones orientadas a comprender esta problemática en contextos específicos como la Cuenca del Río Chota.

2.4.4 Antecedentes nacionales

En Ecuador, la salud mental ha adquirido una creciente relevancia dentro de las políticas públicas debido al incremento de los trastornos mentales y a las brechas existentes en el acceso a los servicios especializados. Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias constituyen algunas de las principales causas de consulta en los servicios de salud mental del país. Asimismo, se reconoce que factores sociales como la pobreza, la violencia, el desempleo y las desigualdades territoriales influyen significativamente en la aparición y evolución de estos trastornos (7).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), mediante la evaluación del sistema de salud mental ecuatoriano utilizando la herramienta WHO-AIMS, identificó importantes desafíos relacionados con la disponibilidad de recursos humanos especializados, la distribución desigual de los servicios y la necesidad de fortalecer la integración de la salud mental en la atención primaria. Los resultados evidenciaron que las poblaciones rurales presentan mayores dificultades para acceder a servicios oportunos de diagnóstico y tratamiento, situación que incrementa el riesgo de subdiagnóstico y retraso terapéutico (9).

Diversos estudios realizados en Ecuador han señalado que las poblaciones en situación de vulnerabilidad social presentan una mayor frecuencia de problemas relacionados con la salud

mental. Entre los factores más frecuentemente asociados se encuentran las limitaciones económicas, el desempleo, el bajo nivel educativo, la violencia intrafamiliar y las dificultades para acceder a servicios de salud especializados. Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional y resaltan la importancia de desarrollar estrategias preventivas adaptadas a las características socioculturales de cada territorio (7).

A pesar de los avances alcanzados en materia de salud mental comunitaria, la evidencia científica disponible sobre factores de riesgo asociados al diagnóstico precoz de trastornos mentales en poblaciones afroecuatorianas continúa siendo limitada. Particularmente en la Cuenca del Río Chota, no se identificaron estudios que evalúen de manera específica la relación entre los determinantes sociales y el diagnóstico temprano de trastornos mentales, lo que evidencia una brecha de conocimiento que justifica la realización de la presente investigación.

Síntesis del marco referencial

Los antecedentes revisados evidencian que los trastornos mentales constituyen una problemática compleja influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. La literatura internacional demuestra que la pobreza, las experiencias traumáticas, los antecedentes familiares, el estigma y las desigualdades sociales incrementan el riesgo de desarrollar trastornos mentales. Asimismo, diversos estudios destacan que el fortalecimiento de la atención primaria, la reducción de barreras de acceso y la implementación de estrategias comunitarias favorecen el diagnóstico precoz y mejoran los resultados en salud mental.

No obstante, la evidencia disponible sobre estos factores en poblaciones afroecuatorianas rurales es escasa, especialmente en la Cuenca del Río Chota. Esta situación limita la comprensión de los determinantes que influyen en el diagnóstico temprano de los trastornos mentales dentro de este contexto particular. En consecuencia, la presente investigación busca contribuir a la generación de evidencia local que permita orientar futuras estrategias de prevención, detección precoz e intervención en salud mental adaptadas a las necesidades de esta población .

3 CAPÍTULO III

3.1 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1 Definición de la población

La población de estudio estuvo constituida por los habitantes mayores de 18 años residentes en las comunidades de Pusir, Tumbatú, Caldera, San Vicente de Pusir, Piquiucho y Carpuela, pertenecientes a la Cuenca del Río Chota durante el período 2024.

3.1.2 Muestra

El tamaño de la muestra fue estimado en 485 encuestados , seleccionados mediante un muestreo probabilístico por conglomerados, un método estadístico que se utilizó para estudiar grandes grupos de personas, especialmente cuando los sujetos individuales no estaban fácilmente disponibles. Estos grupos se definieron generalmente de forma geográfica, aunque también pudieron basarse en otras características, como el grupo de edad, la escuela o el vecindario. Esto podía hacer que el muestreo por conglomerados fuera más práctico y rentable, especialmente cuando las poblaciones estaban muy dispersas o eran de difícil acceso (42).

3.1.3 Criterios de selección

Inclusión

- Residencia:

- Residencia comprobada en el área durante al menos los seis meses previos.

- Edad:

- Personas mayores de edad en un rango de 18 años en adelante

- Consentimiento Informado:

- Individuos que aceptaron participar voluntariamente en la investigación, proporcionando su consentimiento informado.

Exclusión

- Personas con enfermedades médicas graves o terminales no relacionadas con trastornos mentales, que pudieran interferir con su capacidad responder las preguntas de la encuesta en la investigación.

- Individuos que no otorgaron su consentimiento informado.

- Personas con barreras lingüísticas insuperables que impidieran la comunicación efectiva durante la investigación, a menos que se pudieran proporcionar los recursos necesarios para superar estas barreras.

3.1.4 Clasificación del estudio

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

3.1.5 Técnicas y procedimientos de recolección de la información

Después de haber obtenido la aprobación del proyecto por parte de la Coordinación de la Carrera de Medicina y del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, se solicitaron los datos respectivos a los GAD's de la Cuenca del Río Chota, con quienes se realizó el acercamiento del proyecto. Además, tras obtener el consentimiento informado de todos los participantes del estudio, se planificó y llevó a cabo una entrevista con aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para aplicar el "Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT)", una

herramienta computarizada de entrevista clínica semiestructurada desarrollada para evaluar e identificar problemas de salud mental (43).

El diagnóstico principal se derivó del uso de un modelo jerárquico basado en CIE-10. El programa de diagnóstico consideró la gravedad de los síntomas (de moderada a severa) y generó diagnósticos alternativos y estados de comorbilidad en función de la presencia de síntomas de otros trastornos. También incluyó una evaluación de riesgo de suicidio (44).

El GMHAT/PC es una herramienta válida para la evaluación e identificación de trastornos mentales en contextos de atención primaria. Su administración toma aproximadamente 15 minutos, lo que facilita su uso en servicios de salud con alta demanda asistencial, en comparación con otras herramientas de evaluación más extensas. Además, permite orientar la identificación diagnóstica de diversos trastornos mentales y apoyar la toma de decisiones clínicas, incluyendo la necesidad de seguimiento o referencia especializada (43).

3.1.6 Procesamiento estadístico de la información

El procesamiento de datos utilizando el Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT) comenzó con la recopilación de datos a través de una entrevista inicial. Durante esta entrevista, el profesional de salud mental utilizó la herramienta GMHAT, asistida por computadora, para guiar al paciente a través de una serie de preguntas estandarizadas. Las respuestas del paciente se registraron directamente en la aplicación GMHAT, asegurando un formato consistente y estandarizado, lo que facilitó la comparación entre diferentes pacientes y sesiones. Los síntomas fueron categorizados según las principales áreas de trastornos mentales, como ansiedad, depresión y psicosis.

A medida que se registraban las respuestas, el GMHAT utilizaba algoritmos integrados para analizarlas en tiempo real, comparándolas con los criterios diagnósticos basados en manuales como el DSM-5 o la CIE-10. Al finalizar la entrevista, la herramienta generaba un reporte detallado que incluía un resumen de los síntomas identificados, posibles diagnósticos y recomendaciones para el tratamiento o derivación a servicios especializados.

Los datos recopilados fueron organizados en una base de datos en Microsoft Excel, garantizando la confidencialidad de la información y el acceso restringido a los registros. Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes de las variables sociodemográficas, factores de riesgo y diagnósticos obtenidos mediante el GMHAT. Además, se elaboraron tablas cruzadas para analizar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de trastornos mentales. La asociación entre variables categóricas fue evaluada mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson, considerando significancia estadística con un valor de $p < 0,05$ (45).

3.1.7 Aspectos éticos

La investigación se realizó en base a los principios bioéticos que rigen la práctica médica a nivel mundial, considerando la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Los principios de beneficencia y no maleficencia buscaron maximizar los beneficios y minimizar los daños a los participantes.

El diseño del estudio aseguró que los beneficios potenciales superaran los riesgos. Se ofreció a los participantes información sobre recursos y servicios de salud mental disponibles en la comunidad, y el estudio fue diseñado de manera que sus resultados contribuyeran a mejorar los servicios y políticas de salud mental en la región.

De acuerdo con la naturaleza de este proyecto, se informó a los participantes sobre el grado de intervención que tendrían. Por lo tanto, antes de aplicar la encuesta, se les pidió que leyeran detalladamente y firmaran el consentimiento informado, garantizando una participación libre y voluntaria. El consentimiento informado, más que un documento formal, se consideró un modelo de relación virtuosa entre los profesionales de salud y los pacientes (y familiares), donde el respeto por la autonomía y autodeterminación del sujeto afectado por la enfermedad fue el principio más importante en el proceso de decisión del paciente, acompañado por el médico (46).

La información obtenida durante la investigación fue manejada bajo criterios de confidencialidad, privacidad y uso exclusivo con fines académicos y científicos. Los datos personales de los participantes fueron tratados de manera reservada, evitando la identificación directa de los sujetos en la presentación de resultados. El acceso a la base de datos se limitó únicamente al equipo investigador autorizado, garantizando el resguardo de la información y el respeto a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (47)

3.1.8 Productos

Informe de investigación

3.1.9 Impactos

3.1.9.1 Social

Mejora de la calidad de vida: La detección temprana de los trastornos mentales puede favorecer la identificación oportuna de personas en riesgo y facilitar su acceso a intervenciones adecuadas. Esto podría contribuir a reducir complicaciones, disminuir el sufrimiento asociado a los trastornos mentales y mejorar progresivamente la calidad de vida de la población afectada.

Reducción del estigma: Los resultados de la investigación podrán contribuir a sensibilizar a la comunidad, al personal de salud y a los actores institucionales sobre la importancia de reconocer los trastornos mentales como condiciones que requieren detección temprana, atención oportuna y acompañamiento integral. Asimismo, la información generada puede servir como base para futuras estrategias educativas y comunitarias orientadas a disminuir el estigma asociado a los problemas de salud mental.

Fortalecimiento de los sistemas de apoyo comunitario: La información obtenida sobre los factores de riesgo y la frecuencia de trastornos mentales en la población de la Cuenca del Río Chota puede servir como base para orientar el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario y estrategias de atención en salud mental. Estos datos podrían contribuir a la planificación de intervenciones más pertinentes, accesibles y adaptadas a las necesidades socioculturales de la población.

3.1.9.2 Científico

Contribución al conocimiento científico: La investigación aporta información local sobre los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales y su frecuencia en la población rural y afroecuatoriana de la Cuenca del Río Chota. Estos hallazgos pueden contribuir a fortalecer el conocimiento existente en el campo de la salud mental comunitaria y servir como base para futuras investigaciones en poblaciones vulnerables.

Uso de herramientas estandarizadas: La utilización del GMHAT en la investigación permitió aplicar una herramienta estructurada para la evaluación e identificación de trastornos mentales en la población estudiada. Su uso contribuyó a organizar la recolección de información clínica y a orientar la clasificación de los principales trastornos mentales

identificados, sin que ello implique un proceso de validación o adaptación formal del instrumento.

Publicación y difusión: Los resultados de la investigación podrán ser utilizados como base para la elaboración de artículos científicos, presentaciones académicas y actividades de socialización comunitaria. Esto permitirá difundir el conocimiento generado sobre los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales en la Cuenca del Río Chota y contribuir al debate académico y sanitario sobre la importancia de la detección temprana en salud mental.

3.1.9.3 Económico

Costos médicos potencialmente reducidos: La detección temprana de los trastornos mentales podría contribuir a disminuir complicaciones asociadas al diagnóstico tardío y favorecer una atención más oportuna. Esto puede representar, a largo plazo, una reducción potencial de la carga económica para las familias y los servicios de salud.

Productividad y funcionalidad: La identificación oportuna de trastornos mentales puede favorecer el acceso temprano a intervenciones adecuadas, lo que podría mejorar la funcionalidad personal, familiar, laboral y académica de las personas afectadas.

Optimización de recursos: La identificación de factores de riesgo y la frecuencia de trastornos mentales en la población estudiada puede servir como base para orientar la planificación de servicios de salud mental, priorizar grupos vulnerables y distribuir recursos de manera más pertinente según las necesidades locales.

4 CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA POBLACIÓN

La *Tabla 1* presenta la caracterización sociodemográfica de la población estudiada en la Cuenca del Río Chota durante el año 2024, considerando variables como grupo etario, sexo, estado civil, etnia, residencia, comunidad y provincia.

Tabla 1. *Factores sociodemográficos en la población*

| Factores sociodemográficos en la población | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Variable | Categorías | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
| Grupos etarios | 18 años | 10 | 2,1% |
| | 19-35 años | 117 | 24,1% |
| | 36-60 años | 175 | 36,1% |
| | Mayor de 60 años | 183 | 37,7% |
| Sexo | Masculino | 184 | 37,9% |
| | Femenino | 301 | 62,1% |
| Estado civil | Soltero | 160 | 33% |
| | Casado | 169 | 34,8% |
| | Divorciado | 25 | 5,2% |
| | Unión libre | 52 | 10,7% |
| | Separado | 15 | 3,1% |
| | Viudo | 64 | 13,2% |

| | | | |
|-------------------|-------------------------|-----|-------|
| Etnia | Afrodescendiente | 345 | 71,1% |
| | Indígena | 3 | 0,6% |
| | Mestiza | 135 | 27,8% |
| | Blanco | 2 | 0,4% |
| Residencia | Solo | 72 | 14,8% |
| | Con familia | 409 | 84,3% |
| | Protegido | 4 | 0,8% |
| Provincia | Imbabura | 68 | 14% |
| | Carchi | 417 | 86% |
| 485 | 100% | | |

4.1.1.1 ANÁLISIS:

La Tabla 1 evidencia que la población estudiada estuvo conformada principalmente por adultos y adultos mayores. El grupo de mayores de 60 años representó el 37,7% de la muestra, seguido por el grupo de 36 a 60 años con el 36,1%. En conjunto, ambos grupos concentraron el 73,8% de los participantes, lo que demuestra que la muestra estuvo constituida mayoritariamente por población adulta y adulta mayor.

En relación con el sexo, se observó predominio de la población femenina, con el 62,1%, mientras que la población masculina representó el 37,9%. Este dato muestra una mayor participación de mujeres dentro de la muestra estudiada.

Respecto al estado civil, la mayor proporción de participantes correspondió a personas casadas, con el 34,8%, seguida por personas solteras, con el 33,0%. En menor proporción se identificaron personas viudas, con el 13,2%; en unión libre, con el 10,7%; divorciadas, con el 5,2%; y separadas, con el 3,1%. Estos datos muestran que las categorías predominantes fueron casados y solteros, aunque la presencia de personas viudas también resulta relevante debido al predominio de adultos y adultos mayores en la muestra.

Respecto a la etnia, el 71,1% de los participantes se identificó como afrodescendiente, seguido por la población mestiza con el 27,8%. Este resultado confirma que la investigación se desarrolló principalmente en población afroecuatoriana de la Cuenca del Río Chota.

En cuanto a la residencia, la mayoría de los participantes vivía con su familia, representando el 84,3% de la muestra. Por otro lado, el 14,8% vivía solo y el 0,8% se encontraba bajo condición de protección. Este hallazgo evidencia que la convivencia familiar fue la forma de residencia predominante en la población estudiada.

4.1.1.2 DISCUSIÓN

Los resultados sociodemográficos de la Tabla 1 permiten comprender el contexto de la población estudiada en la Cuenca del Río Chota. El predominio de adultos y adultos mayores fue uno de los hallazgos más relevantes, ya que los participantes mayores de 60 años y aquellos entre 36 y 60 años representaron en conjunto el 73,8% de la muestra. Este resultado puede relacionarse con el proceso de transición demográfica descrito en América Latina, caracterizado por disminución de la fecundidad, aumento de la esperanza de vida y progresivo envejecimiento poblacional (48). En este sentido, la presencia importante de población adulta y adulta mayor debe considerarse al analizar salud mental, debido a que

estos grupos pueden estar más expuestos a enfermedades crónicas, viudez, dependencia económica, aislamiento social y pérdida de redes de apoyo.

La mayor participación femenina, correspondiente al 62,1% de la muestra, también constituye un dato relevante. Este resultado puede explicarse por la dinámica propia de las comunidades rurales, donde las mujeres suelen participar con mayor frecuencia en actividades comunitarias y permanecer más tiempo en el hogar durante la recolección de datos. Además, en América Latina se ha descrito que las mujeres asumen una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, lo que puede influir en su bienestar emocional y aumentar su carga psicosocial (49). Este aspecto es importante porque la OPS señala que la depresión afecta aproximadamente dos veces más a mujeres que a hombres en la Región de las Américas (50).

Respecto al estado civil, predominaron las personas casadas, con el 34,8%, seguidas por las personas solteras, con el 33,0%. Aunque estas fueron las categorías más frecuentes, la presencia de personas viudas también debe considerarse debido al alto porcentaje de adultos mayores en la muestra. La viudez puede relacionarse con pérdida de apoyo emocional, soledad, cambios en la convivencia y mayor dependencia familiar o comunitaria, elementos que pueden influir en la salud mental de la población adulta mayor (51).

La población estudiada fue mayoritariamente afrodescendiente, con el 71,1% de los participantes. Este dato confirma que la investigación se desarrolló en una población representativa del contexto sociocultural de la Cuenca del Río Chota. La CEPAL ha señalado que las poblaciones afrodescendientes en América Latina continúan enfrentando desigualdades estructurales relacionadas con pobreza, discriminación racial, educación, empleo, salud, vivienda y acceso a servicios básicos (48). Por ello, la pertenencia étnica no

debe interpretarse solo como una característica demográfica, sino como parte de un contexto social que puede influir en la vulnerabilidad y en el acceso oportuno a servicios de salud mental.

La mayoría de los participantes vivía con su familia, correspondiente al 84,3% de la muestra. Este resultado puede interpretarse como una posible red de apoyo social; sin embargo, vivir con la familia no garantiza necesariamente protección frente a los trastornos mentales. La funcionalidad familiar, la calidad de las relaciones, la presencia de violencia, la sobrecarga económica y las experiencias adversas dentro del hogar pueden modificar el efecto protector de la convivencia familiar. Este aspecto se relaciona con estudios sobre experiencias adversas, en los que se ha descrito que el abuso y la disfunción familiar se asocian con mayor riesgo de problemas de salud mental en la vida adulta (39).

4.1.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN SELECCIONADA

La *Tabla 2* presenta la distribución de los principales factores de riesgo identificados en la población seleccionada de la Cuenca del Río Chota, considerando dimensiones socioeconómicas, familiares, sociales, de salud, estilo de vida y exposición a situaciones de abuso o maltrato.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a los trastornos mentales en la población seleccionada

| Factores de riesgo asociados a los trastornos mentales en la población seleccionada | | | | |
|--|--------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Dimensión | Variable | Categoría | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
| Factores socioeconómicos | Escolaridad | Primaria | 238 | 49,1% |
| | | Secundaria | 171 | 35,3% |
| | | Superior | 44 | 9,1% |
| | | Ninguna | 32 | 6,6% |
| | Ocupación | No trabaja | 37 | 7,6% |
| | | Labores de campo | 165 | 34,0% |
| | | Labores del hogar | 188 | 38,8% |
| | | Jubilado | 11 | 2,3% |
| | | Comercio | 39 | 8% |
| | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------|----------------|-------|-------|
| | | Empleado | 45 | 9,3% | |
| Factores familiares y sociales | Historia familiar de trastornos mentales | Sí | 69 | 14,2% | |
| | | No | 416 | 85,8% | |
| | Familia | Nuclear | 274 | 56,5% | |
| | | Monoparental | 94 | 19,4% | |
| | | Nuclear ampliada | 36 | 7,4% | |
| | | Extensa | 33 | 6,8% | |
| | | Otra | 48 | 9,9% | |
| | Factores de salud y estilo de vida | Consumo de sustancias | Alcohol | 29 | 6% |
| | | | Drogas | 1 | 0,2% |
| | | | Ninguno | 455 | 93,8% |
| Hábitos alimenticios | | Balanceados | 116 | 23,9% | |
| | | No balanceados | 369 | 76,1% | |
| Actividad física | | Alto | 59 | 12,2% | |
| | | Moderado | 60 | 12,4% | |
| | Bajo | 366 | 75,7% | | |
| Factores psicosociales | Exposición a abusos o maltrato | Físico | 26 | 5,4% | |
| | | Sexual | 4 | 0,8% | |
| | | Emocional | 98 | 20,2% | |
| | | Físico/ sexual | 1 | 0,2% | |

| | | |
|--------------------------|-----|-------|
| Físico/ emocional | 10 | 2,1% |
| Ninguno | 346 | 71,3% |
| | 485 | 100% |

4.1.2.1 ANALISIS.

La Tabla 2 muestra que la población estudiada presentó varios factores de riesgo relacionados con los trastornos mentales. En la dimensión socioeconómica, se identificó un predominio de escolaridad no superior, ya que el 49,1% de los participantes tenía instrucción primaria, el 35,3% secundaria y el 6,6% no tenía escolaridad, lo que en conjunto representa el 91,0% de la muestra. Este resultado evidencia un bajo acceso a formación académica superior dentro de la población evaluada.

En relación con la ocupación, las actividades más frecuentes fueron las labores del hogar, con el 38,8%, y las labores de campo, con el 34,0%. En conjunto, estas dos categorías representaron el 72,8% de los participantes, lo que refleja una población vinculada principalmente a actividades domésticas y agrícolas, propias del contexto rural.

Dentro de los factores familiares y sociales, el 14,2% de los participantes refirió historia familiar de trastornos mentales. Además, predominó la familia nuclear, con el 56,5%, seguida por la familia monoparental, con el 19,4%. Estos datos muestran que, aunque la mayoría pertenece a estructuras familiares nucleares, también existe una proporción importante de hogares con posibles condiciones de vulnerabilidad familiar.

En cuanto a los factores de salud y estilo de vida, se observó que el 93,8% no reportó consumo de sustancias, mientras que el 6,0% refirió consumo de alcohol y el 0,2% consumo de drogas. Sin embargo, se identificó una elevada proporción de hábitos alimenticios no

balanceados, con el 76,1%, y bajo nivel de actividad física, con el 75,7%, lo cual representa un factor relevante para el estado de salud integral de la población.

Finalmente, en los factores psicosociales, el 71,3% no reportó exposición a abuso o maltrato. No obstante, el 28,7% de los participantes sí refirió algún tipo de maltrato, siendo el abuso emocional el más frecuente, con el 20,2%, seguido del abuso físico con el 5,4%. Este hallazgo es relevante porque evidencia la presencia de experiencias psicosociales adversas en una proporción importante de la población estudiada.

4.1.2.2 DISCUSIÓN

Los factores de riesgo identificados en la Tabla 2 permiten reconocer condiciones sociales, familiares y psicosociales que pueden influir en la salud mental de la población de la Cuenca del Río Chota. El predominio de escolaridad no superior, presente en el 91,0% de los participantes, y la concentración ocupacional en labores del hogar y de campo, con el 72,8%, reflejan un contexto de vulnerabilidad socioeconómica. Este resultado se relaciona con estudios sobre determinantes sociales de la salud mental, los cuales señalan que la pobreza, el bajo nivel educativo, el desempleo, la desigualdad y las condiciones laborales precarias pueden aumentar el riesgo de trastornos mentales comunes (25,52).

La historia familiar de trastornos mentales estuvo presente en el 14,2% de los participantes. Aunque no fue el factor más frecuente, constituye un dato importante, ya que puede reflejar predisposición familiar, carga genética o exposición compartida a condiciones familiares y sociales adversas. Este hallazgo puede compararse con estudios de epidemiología genética, como el de Sullivan et al., que señalan que los trastornos mentales, especialmente la

depresión, pueden tener un componente familiar y hereditario, aunque siempre interactúan con factores ambientales (40).

En cuanto al estilo de vida, la mayoría de participantes no reportó consumo de sustancias; sin embargo, el consumo de alcohol estuvo presente en el 6,0%. Aunque este porcentaje es bajo, debe interpretarse con cautela por la posibilidad de subregistro o baja declaración en encuestas comunitarias. La OMS señala que el consumo de alcohol se asocia con problemas de salud mental y conductual, incluyendo depresión, ansiedad y trastornos por consumo de alcohol (53).

Los hábitos alimenticios no balanceados y el bajo nivel de actividad física fueron hallazgos relevantes, ambos presentes en más de tres cuartas partes de la población. Estos factores no explican por sí solos la presencia de trastornos mentales, pero sí forman parte del estado general de salud y bienestar. La OMS indica que la actividad física regular contribuye a reducir síntomas de depresión y ansiedad, mejora la salud cerebral y favorece el bienestar general; por tanto, el alto porcentaje de baja actividad física observado en esta población puede considerarse un elemento importante dentro del análisis integral de salud mental (54).

El hallazgo psicosocial más relevante fue la exposición a abuso o maltrato, reportada por el 28,7% de los participantes, principalmente de tipo emocional. Este resultado coincide con estudios sobre experiencias adversas, como el estudio de Felitti et al., que describen la relación entre abuso, disfunción familiar y mayor riesgo de problemas de salud mental en la vida adulta (39). Además, la OMS señala que la violencia puede generar consecuencias como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del sueño, consumo de sustancias e intentos suicidas (55).

En conjunto, los resultados de la Tabla 2 evidencian que los factores más relevantes en la población estudiada son el bajo nivel educativo, la ocupación vinculada a labores domésticas y de campo, los hábitos no saludables, la baja actividad física y la exposición a abuso o maltrato. Estos elementos deben interpretarse como condiciones que pueden aumentar la vulnerabilidad psicosocial y dificultar el diagnóstico precoz de trastornos mentales en comunidades rurales afroecuatorianas.

4.1.3 TRASTORNOS MENTALES MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL GMHAT

La *Tabla 3* presenta los trastornos mentales identificados en la población seleccionada mediante la aplicación del Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT), organizados de mayor a menor frecuencia.

Tabla 3. *Trastornos mentales mediante la aplicación del GMHAT*

| Trastornos mentales agrupados mediante la aplicación del GMHAT | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------|---------------------------|
| Dimensión | Variable | Categoría agrupada | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
| Diagnóstico obtenido | Tipo de trastorno identificado | Sin enfermedad mental | 174 | 35,9% |
| | | Trastornos depresivos y cuadros mixtos con depresión | 129 | 26,6% |
| | | Trastornos de ansiedad y relacionados | 78 | 16,1% |
| | | Trastornos orgánicos, neurocognitivos y del desarrollo intelectual | 31 | 6,4% |
| | | Trastornos psicóticos y esquizofrénicos | 24 | 4,9% |

| | | |
|---|------------|--------------|
| Trastornos de la conducta alimentaria, somatomorfos e imagen corporal | 21 | 4,3% |
| Problemas de personalidad | 16 | 3,3% |
| Trastornos afectivos no depresivos y adaptativos | 7 | 1,4% |
| Trastornos relacionados con consumo de sustancias | 5 | 1,0% |
| Total | 485 | 100,0 |

4.1.3.1 ANALISIS

La Tabla 3 muestra los trastornos mentales identificados mediante la aplicación del GMHAT en la población seleccionada. Del total de 485 participantes, 174 personas, correspondientes al 35,9%, no presentaron enfermedad mental, mientras que 311 participantes, equivalentes al 64,1%, presentaron algún tipo de trastorno mental identificado por la herramienta.

Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos depresivos y cuadros mixtos con depresión, con el 26,6%, seguidos por los trastornos de ansiedad y relacionados, con el 16,1%. En conjunto, ambos grupos representaron el 42,7% de la muestra total y aproximadamente dos tercios de los casos con trastorno mental, lo que evidencia que los cuadros depresivos y ansiosos fueron los principales problemas identificados en la población evaluada.

En menor proporción se identificaron trastornos orgánicos, neurocognitivos y del desarrollo intelectual, con el 6,4%; trastornos psicóticos y esquizofrénicos, con el 4,9%; trastornos de la conducta alimentaria, somatomorfos e imagen corporal, con el 4,3%; problemas de personalidad, con el 3,3%; trastornos afectivos no depresivos y adaptativos, con el 1,4%; y trastornos relacionados con consumo de sustancias, con el 1,0%. Estos resultados muestran que, aunque existieron diferentes tipos de trastornos, la mayor carga se concentró en los cuadros depresivos y ansiosos.

4.1.3.2 DISCUSIÓN

Los resultados de la Tabla 3 evidencian que el 64,1% de la población evaluada presentó algún trastorno mental identificado mediante el GMHAT. Este hallazgo es relevante porque muestra una alta frecuencia de problemas de salud mental en la población estudiada; sin embargo, debe interpretarse como resultado de una población seleccionada y evaluada con una herramienta de tamizaje clínico, no como una prevalencia general de toda la Cuenca del Río Chota. Este resultado se relaciona con lo señalado por la OMS, que indica que los trastornos mentales son frecuentes a nivel mundial y que cerca de una de cada siete personas vive con algún trastorno mental (56,57).

Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad fueron los diagnósticos más frecuentes, representando en conjunto el 42,7% de la muestra total. Este resultado coincide con la literatura internacional, donde los trastornos depresivos y ansiosos se describen como los problemas de salud mental más comunes. La OMS señala que los trastornos de ansiedad y

depresivos son los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial, y la OPS indica que la depresión es el trastorno mental más prevalente en la Región de las Américas (5,56,57).

La presencia de trastornos orgánicos, neurocognitivos y del desarrollo intelectual, aunque menor, también resulta importante debido a que la muestra presentó una proporción considerable de adultos y adultos mayores. Este hallazgo debe analizarse considerando que los trastornos neurocognitivos tienden a adquirir mayor relevancia en poblaciones envejecidas. La OPS reporta que más de 10 millones de personas en las Américas viven con demencia y que esta condición representa una causa importante de mortalidad y discapacidad en la región (56–58).

Los trastornos psicóticos, de personalidad, alimentarios, somatomorfos, adaptativos y relacionados con sustancias se presentaron con menor frecuencia. Aunque estos porcentajes son inferiores a los cuadros depresivos y ansiosos, no deben considerarse de menor importancia clínica, ya que pueden generar deterioro funcional, discapacidad, estigma y necesidad de atención especializada. La OPS señala que los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan más de un tercio de los años vividos con discapacidad en la Región de las Américas (56–58).

En conjunto, los hallazgos de la Tabla 3 muestran que los trastornos depresivos y ansiosos constituyen los principales problemas de salud mental identificados en la población estudiada. Esto refuerza la importancia de utilizar herramientas como el GMHAT para orientar la detección temprana en el primer nivel de atención, especialmente en comunidades rurales donde el acceso a servicios especializados puede ser limitado. La OPS recomienda fortalecer la integración de la salud mental en la atención primaria y desarrollar servicios comunitarios basados en evidencia y derechos humanos (58).

4.1.4 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN GMHAT

Con el propósito de analizar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de trastornos mentales, se realizó un cruce entre las variables socioeconómicas, familiares, sociales, de salud, estilo de vida y psicosociales con el diagnóstico obtenido mediante la aplicación del GMHAT. Para este análisis, los diagnósticos fueron agrupados en dos categorías: presencia de trastorno mental y ausencia de trastorno mental. La asociación entre variables categóricas fue evaluada mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson, considerando significancia estadística con un valor de $p < 0,05$.

Tabla 4. Relación entre factores de riesgo y presencia de trastornos mentales según GMHAT

Tabla 4. Relación entre factores de riesgo y presencia de trastornos mentales según GMHAT

| Dimensión | Variable | Categoría | Con trastorno mental n (%) | Sin trastorno mental n (%) | Total n (%) | Valor p |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------|
| Factores socioeconómicos | Escolaridad | Ninguna | 22 (68,8) | 10 (31,2) | 32 (100,0) | 0,072 |
| | | Primaria | 165 (69,3) | 73 (30,7) | 238 (100,0) | |
| | | Secundaria | 99 (57,9) | 72 (42,1) | 171 (100,0) | |
| | | Superior | 25 (56,8) | 19 (43,2) | 44 (100,0) | |
| Factores socioeconómicos | Ocupación | No trabaja | 17 (45,9) | 20 (54,1) | 37 (100,0) | 0,062 |
| | | Labores de campo | 106 (64,2) | 59 (35,8) | 165 (100,0) | |
| | | Labores del hogar | 132 (70,2) | 56 (29,8) | 188 (100,0) | |
| | | Jubilado | 8 (72,7) | 3 (27,3) | 11 (100,0) | |
| | | Comercio | 22 (56,4) | 17 (43,6) | 39 (100,0) | |
| | | Empleado | 26 (57,8) | 19 (42,2) | 45 (100,0) | |

| | | | | | | |
|---|--|------------------|------------|------------|-------------|--------------|
| Factores familiares y sociales | Historia familiar de trastornos mentales | Sí | 50 (75,8) | 16 (24,2) | 66 (100,0) | 0,028 |
| | | No | 255 (61,7) | 158 (38,3) | 413 (100,0) | |
| | | Sin dato | 6 (100,0) | 0 (0,0) | 6 (100,0) | |
| Factores familiares y sociales | Tipo de familia | Nuclear | 172 (62,8) | 102 (37,2) | 274 (100,0) | 0,457 |
| | | Monoparental | 66 (70,2) | 28 (29,8) | 94 (100,0) | |
| | | Nuclear ampliada | 22 (61,1) | 14 (38,9) | 36 (100,0) | |
| | | Extensa | 18 (54,5) | 15 (45,5) | 33 (100,0) | |
| | | Otra | 33 (68,8) | 15 (31,2) | 48 (100,0) | |
| Factores de salud y estilo de vida | Consumo de sustancias | Alcohol | 24 (82,8) | 5 (17,2) | 29 (100,0) | 0,041 |
| | | Drogas | 0 (0,0) | 1 (100,0) | 1 (100,0) | |
| | | Ninguno | 287 (63,1) | 168 (36,9) | 455 (100,0) | |
| Factores de salud y estilo de vida | Hábitos alimenticios | Balanceados | 69 (60,0) | 46 (40,0) | 115 (100,0) | 0,291 |
| | | No balanceados | 242 (65,4) | 128 (34,6) | 370 (100,0) | |

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------|------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Factores de salud y estilo de vida | Actividad física | Alto | 39 (66,1) | 20 (33,9) | 59 (100,0) | 0,991 |
| | | Moderado | 39 (65,0) | 21 (35,0) | 60 (100,0) | |
| | | Bajo | 77 (65,3) | 41 (34,7) | 118 (100,0) | |
| | | Sin dato | 156 (62,9) | 92 (37,1) | 248 (100,0) | |
| | | Sin dato | 156 (62,9) | 92 (37,1) | 248 (100,0) | |
| Factores psicosociales | Exposición a abusos o maltrato | Físico | 21 (80,8) | 5 (19,2) | 26 (100,0) | <0,001 |
| | | Sexual | 4 (100,0) | 0 (0,0) | 4 (100,0) | |
| | | Emocional | 77 (78,6) | 21 (21,4) | 98 (100,0) | |
| | | Físico/sexual | 1 (100,0) | 0 (0,0) | 1 (100,0) | |
| | | Físico/emocional | 9 (90,0) | 1 (10,0) | 10 (100,0) | |
| | | Ninguno | 199 (57,5) | 147 (42,5) | 346 (100,0) | |
| | | Total | | 311 (64,1) | 174 (35,9) | |

4.1.4.1 ANALISIS

La Tabla 4 muestra la relación entre los factores de riesgo y la presencia de trastornos mentales según el GMHAT. Del total de 485 participantes, 311 presentaron algún trastorno mental, lo que corresponde al 64,1%, mientras que 174 participantes, equivalentes al 35,9%, no presentaron trastorno mental.

El hallazgo más relevante fue la asociación entre exposición a abuso o maltrato y presencia de trastornos mentales, con un valor de $p < 0,001$. Al agrupar las categorías de maltrato físico, sexual, emocional y combinado, el 80,6% de los participantes expuestos a algún tipo de abuso o maltrato presentó trastorno mental. En cambio, entre quienes no reportaron maltrato, el porcentaje fue menor, con el 57,5%.

Las variables escolaridad, ocupación, tipo de familia, hábitos alimenticios y actividad física no presentaron asociación estadísticamente significativa con la presencia de trastornos mentales, ya que sus valores de p fueron mayores a 0,05. Sin embargo, se observó una mayor proporción de trastornos mentales en personas sin escolaridad o con escolaridad primaria, en quienes realizaban labores del hogar, en jubilados y en participantes con hábitos alimenticios no balanceados.

Con un valor no significativo, pero que muestra resultados de relevancia encontramos, la historia familiar de trastornos mentales y la presencia de trastorno mental, con un valor de $p = 0,028$. En los participantes con historia familiar positiva, el 75,8% presentó trastorno mental, mientras que en quienes no reportaron este antecedente la proporción fue de 61,7%.

También entre el consumo de sustancias y la presencia de trastornos mentales, con un valor de $p = 0,041$. El mayor porcentaje de trastornos mentales se observó en quienes reportaron

consumo de alcohol, con el 82,8%, en comparación con el 63,1% observado en quienes no reportaron consumo de sustancias. El dato de consumo de drogas debe interpretarse con cautela, debido a que solo se registró un caso.

4.1.4.2 DISCUSIÓN

Los resultados de la Tabla 4 muestran que la presencia de trastornos mentales se asoció significativamente con exposición a abuso o maltrato. Estos hallazgos indican que, en la población estudiada, los factores familiares, conductuales y psicosociales tuvieron mayor peso estadístico que otros factores como escolaridad, ocupación, tipo de familia, hábitos alimenticios o actividad física, historia familiar de trastornos mentales y consumo de sustancias.

La asociación más fuerte se observó entre la exposición a abuso o maltrato y la presencia de trastornos mentales. Los participantes expuestos a algún tipo de abuso presentaron una proporción considerablemente mayor de trastornos mentales en comparación con quienes no reportaron maltrato. Este hallazgo coincide con el estudio de Felitti et al., que describió la relación entre experiencias adversas, abuso, disfunción familiar y mayor riesgo de problemas de salud en la vida adulta (39). Además, la OMS señala que la violencia puede generar consecuencias en salud mental como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del sueño, consumo de alcohol y riesgo suicida (55,59).

La historia familiar de trastornos mentales presentó asociación poco significativa, pero relevante con la presencia de trastorno mental. Este resultado sugiere que los antecedentes familiares pueden constituir un elemento importante para identificar personas con mayor

vulnerabilidad. Este hallazgo coincide con estudios de epidemiología genética, como el de Sullivan et al., que señalan que algunos trastornos mentales, especialmente la depresión, pueden presentar un componente familiar y hereditario, aunque su aparición también depende de factores ambientales y sociales (40).

El consumo de sustancias también mostró asociación estadísticamente relevante. Aunque el consumo de drogas fue mínimo en la muestra, el consumo de alcohol se relacionó con una mayor proporción de trastornos mentales. Este resultado se relaciona con lo descrito por la OMS, que señala que el consumo de alcohol se asocia con problemas de salud mental y conductual, incluyendo depresión, ansiedad y trastornos por consumo de alcohol (53).

Aunque escolaridad y ocupación no alcanzaron significancia estadística, se observó una mayor proporción de trastornos mentales en personas sin escolaridad o con instrucción primaria, así como en quienes realizaban labores del hogar o estaban jubilados. Este comportamiento puede relacionarse con los determinantes sociales de la salud mental descritos por la OMS, que señalan que las condiciones sociales, económicas y físicas influyen en la salud mental, y que las desigualdades sociales aumentan el riesgo de trastornos mentales comunes (58).

Finalmente, los hábitos alimenticios y la actividad física no mostraron asociación estadística en esta muestra. Sin embargo, estos factores no deben descartarse dentro del abordaje integral, ya que forman parte del bienestar general y pueden influir indirectamente en la salud física y mental. En conjunto, los hallazgos de la Tabla 4 resaltan la importancia de priorizar la identificación de antecedentes familiares, consumo de alcohol y experiencias de abuso o maltrato durante el tamizaje en salud mental, especialmente en comunidades rurales donde el acceso a atención especializada puede ser limitado(58).

4.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.2.1 Conclusiones

- A. En la Cuenca del Río Chota se evidenció una importante presencia de factores sociodemográficos, familiares y psicosociales relacionados con la salud mental de la población estudiada. Predominaron adultos y adultos mayores, población afrodescendiente, personas con niveles educativos bajos y ocupaciones vinculadas principalmente a labores del hogar y labores de campo, lo que permite contextualizar los hallazgos dentro de una población rural con condiciones de vulnerabilidad social.
- B. Entre los principales factores de riesgo identificados se encontraron la baja escolaridad, el predominio de ocupaciones no formales o no remuneradas, los antecedentes familiares de trastornos mentales, los hábitos alimenticios no balanceados, la baja actividad física, el consumo de sustancias, siendo exposición a situaciones de abuso o maltrato el factor de riesgo con mayor significancia estadística. Estos elementos reflejan un contexto de vulnerabilidad que puede influir en el bienestar psicológico de la población.
- C. La aplicación del instrumento GMHAT permitió identificar una elevada frecuencia de trastornos mentales en la población estudiada. El 64,1% de los participantes presentó algún trastorno mental, mientras que el 35,9% no presentó enfermedad mental. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos depresivos y cuadros mixtos con depresión, seguidos por los trastornos de ansiedad y relacionados, lo que evidencia una importante carga de morbilidad mental en la zona.
- D. El análisis cruzado entre factores de riesgo y presencia de trastornos mentales evidenció asociación estadísticamente significativa con la exposición a abuso o maltrato. La exposición a abuso o maltrato fue el factor con mayor significancia estadística, lo que resalta la

importancia de considerar las experiencias de violencia física, sexual y emocional dentro del abordaje integral de la salud mental.

- E. Variables como escolaridad, ocupación, tipo de familia, hábitos alimenticios y actividad física no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de trastornos mentales en este análisis. Sin embargo, estas variables continúan siendo relevantes para comprender el contexto social, económico y comunitario en el que se desarrolla la población estudiada.
- F. Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de fortalecer la identificación temprana de trastornos mentales en el primer nivel de atención, especialmente en poblaciones rurales y afroecuatorianas. La detección oportuna de síntomas depresivos, ansiosos, psicóticos, neurocognitivos y relacionados con experiencias de violencia puede contribuir a mejorar el pronóstico, reducir complicaciones y favorecer una atención integral en salud mental.

4.2.2 Recomendaciones

- A. Se recomienda al personal de salud del primer nivel incorporar de manera rutinaria estrategias de tamizaje para la detección temprana de trastornos mentales, empleando herramientas estandarizadas como el GMHAT, especialmente en comunidades rurales de la Cuenca del Río Chota.
- B. Es necesario reforzar la formación del personal sanitario, incluyendo médicos, enfermeras y agentes comunitarios, en el reconocimiento precoz de síntomas asociados a trastornos depresivos, ansiosos, psicóticos, neurocognitivos y relacionados con consumo de sustancias o experiencias de violencia.
- C. Se recomienda incorporar dentro de la valoración clínica habitual preguntas orientadas a identificar antecedentes familiares de trastornos mentales, consumo de alcohol u otras

sustancias y exposición a abuso o maltrato, debido a que estas variables mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de trastornos mentales.

- D. Se sugiere fortalecer la integración de la salud mental dentro de la atención primaria, promoviendo un abordaje integral del paciente que considere no solo los síntomas clínicos, sino también los determinantes familiares, psicosociales, comunitarios y culturales que pueden influir en el bienestar mental.
- E. Se recomienda implementar programas comunitarios orientados a la promoción de la salud mental y prevención de trastornos psicológicos, con énfasis en la reducción del estigma, educación emocional, fortalecimiento del apoyo familiar y reconocimiento temprano de signos de alarma.
- F. Es prioritario desarrollar estrategias de prevención, detección y abordaje de la violencia física, sexual y emocional, articulando acciones entre los servicios de salud, las instituciones educativas, los líderes comunitarios y las redes de protección social, considerando la asociación estadísticamente significativa observada entre la exposición a abuso o maltrato y la presencia de trastornos mentales.
- G. Se recomienda fortalecer las acciones de prevención del consumo de alcohol y otras sustancias en la comunidad, considerando su asociación con la presencia de trastornos mentales. Estas intervenciones deben incluir educación comunitaria, consejería breve, identificación de consumo problemático y derivación oportuna cuando sea necesario.
- H. Se sugiere promover estilos de vida saludables mediante actividades comunitarias que fomenten alimentación balanceada, actividad física regular y autocuidado, aunque estas variables no hayan mostrado asociación estadísticamente significativa en el análisis, debido a su importancia dentro de un enfoque integral de salud.

- I. Es importante mejorar la calidad del registro de datos en futuras investigaciones, especialmente en variables con información incompleta, como actividad física, con el fin de fortalecer la validez de los análisis estadísticos y facilitar una interpretación más precisa de los resultados.
- J. Se recomienda realizar investigaciones posteriores con análisis multivariado que permitan determinar el peso independiente de cada factor de riesgo asociado a la presencia de trastornos mentales, así como estudios longitudinales que evalúen la evolución clínica de los casos identificados mediante el GMHAT.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Internet]. Trastornos mentales | Enfermedades mentales | MedlinePlus en español [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html?utm_source=chatgpt.com
2. [Internet]. Un llamado a integrar la atención de la salud mental y las adicciones al sistema de salud pública - Ciencia UNAM [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://ciencia.unam.mx/leer/122/Un_llamado_a_integrar_la_atencion_de_la_salud_mental_y_las_adicciones_al_sistema_de_salud_publica?utm_source=chatgpt.com
3. Rizo Méndez A, Hernández Cornejo N, Rizo Méndez A, Hernández Cornejo N. Vulnerabilidad en personas con padecimientos mentales: ¿desventaja biológica, o injusticia epistémica? En-claves del pensamiento. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, División de Humanidades y Ciencias Sociales; 2023;17(33). DOI: 10.46530/ECDP.V0I33.601
4. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. Elsevier B.V.; 2005;365(9464):1099–104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6
5. [Internet]. Mental health [citado el 19 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. [Internet]. La cultura del Valle del Chota: entre la visibilidad social y el desarrollo económico – Observatorio de Políticas y Economía de la Cultura [citado el 19 de junio de 2026]. Recuperado: <https://observatorio.uartes.edu.ec/2024/09/03/la-cultura-del-valle-del-chota-entre-la-visibilidad-social-y-el-desarrollo-economico/>
7. [Internet]. Salud Mental – Ministerio de Salud Pública [citado el 19 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
8. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2010;376(9758):2086–95. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61508-5
9. WHO. World Health Organization, editor. World Health Organization mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-

- specialized health settings. Version 2.0. World Health Organization [Internet]. World Health Organization; 2016 [citado el 19 de junio de 2026];2.0:1–173. Recuperado: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
10. [Internet]. WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care [citado el 19 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
 11. Yung NCL, Wong CSM, Chan JKN, Chen EYH, Chang WC. Excess Mortality and Life-Years Lost in People With Schizophrenia and Other Non-affective Psychoses: An 11-Year Population-Based Cohort Study. *Schizophr Bull. Oxford Academic*; 2021;47(2):474–84. DOI: 10.1093/SCHBUL/SBAA137
 12. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry. Elsevier Ltd*; 2016;3(2):171–8. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2
 13. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet. Elsevier B.V.*; 2010;376(9758):2086–95. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61508-5
 14. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet. Elsevier B.V.*; 2009;373(9661):408–15. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6
 15. [Internet]. La cultura del Valle del Chota: entre la visibilidad social y el desarrollo económico – Observatorio de Políticas y Economía de la Cultura [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://observatorio.uartes.edu.ec/2024/09/03/la-cultura-del-valle-del-chota-entre-la-visibilidad-social-y-el-desarrollo-economico/?utm_source=chatgpt.com
 16. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet. Elsevier B.V.*; 2005;365(9464):1099–104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6
 17. [Internet]. World mental health report: Transforming mental health for all [citado el 19 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
 18. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet. Elsevier B.V.*; 2009;373(9661):408–15. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6

19. Hurt LS, Ronsmans C, Saha S. Effects of education and other socioeconomic factors on middle age mortality in rural Bangladesh. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2004;58(4):315–20. DOI: 10.1136/JECH.2003.007351
20. Yung NCL, Wong CSM, Chan JKN, Chen EYH, Chang WC. Excess Mortality and Life-Years Lost in People with Schizophrenia and Other Non-affective Psychoses: An 11-Year Population-Based Cohort Study. *Schizophr Bull.* Oxford University Press; 2021;47(2):474–84. DOI: 10.1093/SCHBUL/SBAA137
21. [Internet]. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care?utm_source=chatgpt.com
22. Kohn R, Levav I, De Almeida JMC, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: A public health priority. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health.* Pan American Health Organization; 2005;18(4–5):229–40. DOI: 10.1590/s1020-49892005000900002
23. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Series Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Global Mental Health.* 2007;370. DOI: 10.1016/S0140
24. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med.* Public Library of Science; 2022;19(2). DOI: 10.1371/JOURNAL.PMED.1003901
25. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med.* Pergamon; 2010;71(3):517–28. DOI: 10.1016/J.SOCSCIMED.2010.04.027
26. [Internet]. Salud mental [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1
27. [Internet]. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care?utm_source=chatgpt.com
28. WHO. World Health Organization, editor. World Health Organization mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. World Health Organization [Internet].

- World Health Organization; 2016 [citado el 14 de junio de 2026];2.0:1–173. Recuperado: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
29. [Internet]. Mental health [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 30. [Internet]. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
 31. [Internet]. Mental Health, Brain Health and Substance Use [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention>
 32. Yung NCL, Wong CSM, Chan JKN, Chen EYH, Chang WC. Excess Mortality and Life-Years Lost in People With Schizophrenia and Other Non-affective Psychoses: An 11-Year Population-Based Cohort Study. *Schizophr Bull.* 2021;47(2):474–84. DOI: 10.1093/SCHBUL/SBAA137)
 33. [Internet]. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
 34. [Internet]. Mental health of adolescents [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
 35. [Internet]. Salud Mental – Ministerio de Salud Pública [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
 36. [Internet]. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental?utm_source=chatgpt.com
 37. [Internet]. Informe de resultados de investigación de la Adaptación cultural del mhGAP - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.paho.org/es/documentos/informe-resultados-investigacion-adaptacion-cultural-mhgap?utm_source=chatgpt.com
 38. El Ecuador EN. SISTEMA DE SALUD MENTAL.
 39. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* Elsevier; 1998;14(4):245–58. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8/ASSET/CE174931-2E5D-4967-92D4-4268A0A2E02E/MAIN.ASSETS/GR2.GIF

40. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing; 2000;157(10):1552–62. DOI: 10.1176/APPI.AJP.157.10.1552/ASSET/7EF2A87A-5AF3-4EA6-B8D3-7931113F1C7D/ASSETS/GRAPHIC/Q42F1.JPEG
41. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2016;3(2):171–8. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2
42. Thompson SK. *Sampling, Third Edition*. Sampling, Third Edition. Wiley-Blackwell; 2012; DOI: 10.1002/9781118162934
43. Sharma VK, Lepping P, Cummins AGP, Copeland JRM, Parhee R, Mottram P. The Global Mental Health Assessment Tool - Primary Care Version (GMHAT/PC). Development, reliability and validity. *World Psychiatry* [Internet]. 2004 [citado el 14 de junio de 2026];3(2):115. Recuperado: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1414685/>
44. Health Organization W. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992;
45. Carlberg CGeorge. *Statistical analysis : Microsoft Excel 2010*. Que; 2011 [citado el 14 de junio de 2026];412. Recuperado: https://books.google.com/books/about/Statistical_Analysis.html?hl=es&id=qQH256aOVP8C
46. [Internet]. The Belmont Report | HHS.gov [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html?utm_source=chatgpt.com
47. [Internet]. Ministerio de Salud Pública – El Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano [citado el 14 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.salud.gob.ec/?utm_source=chatgpt.com
48. [Internet]. Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión | CEPAL [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.cepal.org/es/publicaciones/46191-afrodescendientes-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina-retos-la?utm_source=chatgpt.com
49. [Internet]. Indicadores | Observatorio de Igualdad de Género [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: <https://oig.cepal.org/es/indicadores?id=2286>
50. [Internet]. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental?utm_source=chatgpt.com

51. [Internet]. Salud mental de los adultos mayores [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults?utm_source=chatgpt.com
52. World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014. World Health Organization. 2014;52.
53. [Internet]. Alcohol [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
54. [Internet]. Physical activity [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
55. McLellan C, Yeh PT, Kennedy CE, Barré-Quick M, Rich AJ, Poteat T, et al. Global Burden of Violence Against Transgender and Gender-Diverse Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2026;9(1):e2552953. DOI: 10.1001/JAMANETWORKOPEN.2025.52953
56. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. Public Library of Science; 2022;19(2). DOI: 10.1371/JOURNAL.PMED.1003901
57. [Internet]. Mental disorders [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
58. [Internet]. Mental Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>
59. [Internet]. Violence against women [citado el 21 de junio de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

6 ANEXOS

6.1 ENCUESTA APLICADA GMHAT

| | | |
|----------------|--------|-----------|
| N° de registro | Nombre | Apellidos |
|----------------|--------|-----------|

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a):

Le informamos que un equipo multidisciplinar de docentes investigadores y estudiantes de la carrera de Enfermería y Medicina de la Universidad Técnica del Norte, estamos realizando una investigación titulada “Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Mentales en Comunidades pertenecientes a la Cuenca del Río Chota, 2024” con el propósito de identificar los principales factores de riesgo de patologías psiquiátricas frecuentes. Los resultados de esta investigación serán difundidos a través de la publicación de un artículo científico y socializados a los beneficiarios del proyecto.

Por consiguiente, solicito de la manera más comedida y respetuosa, autorice mediante una firma en el presente documento, su participación de forma libre y voluntaria en una entrevista, así como permita fotografiar o filmar hechos u objetos relacionados con la investigación (de ser el caso).

Su participación en el presente estudio no conlleva ningún riesgo y se garantiza que sus aportes tendrán un uso y destino exclusivamente académico y científico. Cabe indicar que, el participante no recibirá ningún beneficio o compensación económica por su contribución. No obstante, los investigadores nos comprometemos a retribuir de la siguiente manera:

- Compartir la publicación científica.

Si una vez iniciado el estudio, usted decidiera interrumpir su participación en la entrevista, entonces debe informar de inmediato al investigador con el fin de cerrar adecuadamente el proceso.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la Dra. Yesenia Acosta Vinueza C.I. 0401046800 Telf.: 0996948573, email: lyacosta@utn.edu.ec

Estoy de acuerdo: _____

M F Edad años cumplidos Fecha

Motivo de consulta / diagnóstico

Dirección
 Provincia
 Comunidad

| | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|----------|-------------|
| Grupo étnico | Mestizo | Indígena | Afro | Blanco | | |
| Estado civil | Casado | Soltero | Divorciado | Viudo | Separado | Unión libre |
| Residencia | Sólo | Con familia | Con amigos | Protegido | | |
| Composición del hogar | Familia nuclear | Familia monoparental | Familia nuclear ampliada | Familia extensa | OTRA | |
| Escolaridad | Primaria | Secundaria | Superior | Ninguna | | |
| ¿A qué se dedica? | <input type="text"/> | | | | | |
| ¿Cuánto es su ingreso mensual? | <input type="text"/> | | | | | |

NOMBRE DEL EVALUADOR :

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

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

Duración# Días Semanas Meses Años

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

¿Ha sufrido alguien de su familia, alguna clase de problema mental? ¿cuál? ¿Depresión?

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

Físico Emocional Sexual ?

5 **¿Ha sufrido de: ¿Epilepsia?** Si No

6 **¿Retardo mental?**

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

Leve o moderado Severo No

7 **¿Preocupaciones?**

¿Se preocupa mucho? (si responde afirmativamente:)

¿Qué tipo de cosas son las que le preocupan?

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

¿Alguna cosa más le preocupa?

¿Qué tanto le preocupa?

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

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

8

¿Ansiedad?

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

Si

¿Suele tener / sentir con frecuencia:

- Palpitaciones
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Crisis de pánico

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

¿Puede describir lo que ocurre?

¿Con qué frecuencia tien estas crisis?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

| |
|--|
| |
| |

9

Concentración

¿Cómo está su concentración?

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

10

Ánimo depresivo

¿Se ha sentido triste, deprimido recientemente?

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

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

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

11 **Pérdida de interés**

¿Tiene interés por las cosas?
 ¿Ha perdido el interés por las cosas?
 ¿Con qué disfruta recientemente?

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

Falta de energía

¿Se siente agotado/a, exhausto/a y sin energía (para hacer las cosas que quiere hacer)?
 ¿Se siente así la mayor parte de los días?

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

Sentimientos de culpa

¿Tiene a echarse la culpa o se siente culpable de algo?
 (¿Se siente en ocasiones inútil?)

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

Retraso / agitación psicomotriz

**Retraso
 Agitación**

¿ha enlentecido sus actividades?
 ¿Se agita en ocasiones?

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

Desesperanza

¿Cómo ve el futuro?
 ¿Se siente desesperanzado/a?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Ideación suicida reciente

¿Ha sentido que no vale la pena vivir?

¿Ha pensado en acabar con todo?

¿Ha hecho algo para hacerse daño?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Ideación suicida actual

¿Sigue pensando de la misma manera?

¿Tiene algún plan para acabar con su vida?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

12

Sueño

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

¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

¿Se despierta más temprano por las mañanas?

Si

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante

| |
|--|
| |
| |
| |

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

| |
|--|
| |
| |
| |

Apetito

¿Cómo ha estado su apetito?

¿Disfruta lo que come?

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Pérdida / ganancia de peso

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

¿Cuánto ha sido más o menos?

¿Cuánto en el último mes?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Libido

¿Ha perdido recientemente interés por el sexo?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

13

Trastornos de alimentación

¿Cuáles son sus hábitos alimenticios?

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

14

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

¿Diría que la comida domina su vida?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

SOLO MUJERES:

¿Se ha interrumpido su menstruación?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

15

Hipocondría

¿Cómo está su salud física?

¿Le preocupa su salud o alguna enfermedad?

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

¿Tiene algún dolor?

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

(¿Diría que está en buenas condiciones físicas?)

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

16

Obsesiones / compulsiones

¿Tiene que comprobar las cosas una y otra vez, por ejemplo,

Si ha cerrado los grifos, o el gas, ¿o apagado las luces?

Si responde afirmativamente:

¿Lo comprueba, aunque sepa que ya lo ha hecho? ¿Cuántas veces?

¿Se lava mucho las manos? ¿Cuántas veces?

¿Le vienen a la cabeza algunos pensamientos absurdos que no se van cuando intenta librarse de ellos?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

17

Fobias / agorafobia

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

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante

| |
|--|
| |
| |

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

Fobias / fobia específica

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

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

Fobias - Fobia social

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

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

18

Manía

¿Se ha sentido con demasiada energía (lleno/a de energía) recientemente?

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

19 ¿Últimamente se ha sentido muy feliz sin ninguna razón aparente?

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

20

Trastornos del pensamiento

¿Se le mezclan (confunden) sus pensamientos?

(¿De forma que no los puede organizar?)

(¿Puede pensar con claridad/orden?)

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

21 Trastornos del pensamiento / Ideas de referencia

¿Cree que la gente habla de usted (se ríe de usted)?
 ¿O que la tv/radio/periódicos hablan de usted?
 ¿Tiene otras ideas o creencias inusuales(extrañas)(ej alguien quiere hacerle daño) (Explore si la persona tiene otras ideas delirantes)
 ¿Piensa que esto es cierto o quizás es tan solo algo que usted siente?
 (¿está seguro?)

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

22 Síntomas psicóticos / alucinaciones auditivas

¿Ha tenido sensaciones extrañas?
 ¿Oye usted cosas que otras personas no pueden oír?
 (¿Qué es lo que oye?)
 (¿Y voces?)
 (¿Cuándo no hay nadie alrededor?)
 (¿Qué dicen?)

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

23 Síntomas psicóticos / alucinaciones visuales

¿Tiene visiones o ve cosas que son invisibles para el resto de la gente?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

24 Desorientación en tiempo

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Desorientación en el lugar

¿Cuál es el nombre de este lugar?

¿Dónde está situado?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Desorientación en persona

¿Me había visto antes?

¿Tiene dificultad para reconocer a sus familiares y amigos cercanos?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

25

Pérdida de memoria

¿Ha tenido algún problema con la memoria?

(Si responde afirmativamente:)

¿Qué tan grave es esto para usted?

¿Últimamente acostumbra a olvidar las cosas?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

¿Qué tipo de cosas?

¿Los nombres de sus familiares o amigos cercanos?

(¿Dónde ha puesto las cosas?)

- 0 No evidencia o presencia del síntoma

| |
|--|
| |
|--|

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

26

Abuso de alcohol

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

Si se sospecha un consumo excesivo, preguntar:

¿Siente un fuerte deseo de tomar alcohol a diario?

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

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

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

¿Ha abandonado sus aficiones a causa de la bebida?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

27 **Abuso de drogas**

- ¿Suele consumir drogas (drogas ilegales)?
Si responde afirmativamente ¿Cuánto consume?
¿Sufre algún síntoma de abstinencia?
¿Es el abuso de drogas un problema para usted?

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

28 **Problemas de personalidad**

- ¿Ha tenido problemas por su forma/manera de ser?
¿Siempre ha sido así?
¿Ha continuado esto a lo largo de su vida, sin ir significativamente a mejor o a peor?
(No incluir los problemas emocionales/psicológicos secundarios a estrés, enfermedad física o mental)

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

- ¿Le ha causado esto problemas en las relaciones con los demás en el trabajo?
¿Es usted una persona con un carácter fuerte?

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

- 0 No
- 1 Si

| |
|--|
| |
| |

29 **Estresantes**

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

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

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Trastorno de estrés postraumático

- ¿Qué ha pasado después (del evento estresante)? ¿Tiene pesadillas sobre lo que pasó?
¿Ha tenido momentos en los que ve lo que sucedió de nuevo, como si estuviera en frente de sus ojos?
¿Cómo se siente en situaciones que le recuerdan lo que pasó? ¿Las
¿Se ha vuelto más irritable y nervioso desde lo que

- 0 No
- 1 Si

| |
|--|
| |
| |

| | | |
|--|--------------------------------|----|
| DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL ENTREVISTADOR | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | | |
| DIAGNOSTICO PRINCIPAL GMHAT | | |
| Fallecimientos familiares cercanos en los últimos 5 años | SI | NO |
| TIENE ENFERMEDADES CRÓNICAS | DIAGNOSTICADA SIN TRATAMIENTO | |
| | DIAGNOSTICADA CON TRATAMIENTO | |
| TIENE HIPERTENSION ARTERIAL | DIAGNOSTICADA SIN TRATAMIENTO | |
| NOMBRE DEL FÁRMACO | DIAGNOSTICADA CON TRATAMIENTO: | |
| | • IECA | |
| | • ARA II | |
| | • CALCIOANTAGONISTA | |
| | • DIURETICOS | |
| | • BETABLOQUEADORES | |
| | TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO | |

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALUD :

- ¿Con qué frecuencia visita a profesionales de salud mental?

| | |
|--------------------------|--|
| Menos de una vez por año | |
| Una vez al año | |
| Cada 6 meses | |
| Una vez al mes | |
| Cada semana | |
| Nunca | |

- ¿Qué tipo de tratamientos ha recibido?

| | |
|------------|--|
| Medicación | |
| Terapia | |
| Ambos | |
| Ninguna | |

| | |
|--------|--|
| PESO: | |
| TALLA: | |
| IMC | |

PRESION ARTERIAL:

ENCUESTA STEPS

| | |
|---|---------------------------------|
| En una semana típica cuántos días usted consume frutas | Número de días |
| Cuántas porciones de fruta consume en uno de esos días | Número de frutas |
| En una semana típica cuántos días usted consume verduras y hortalizas | Número de días |
| Cuántas porciones de verdura y hortaliza consumen en uno de esos días | Número de verduras y hortalizas |
| En una semana típica cuántos días consume comidas fuera de casa | Número de días |
| En un día cuántos vasos de agua (200 ml) consume al día | Número de vasos al día |

| | |
|--|---|
| IPAQ | |
| Piense en todas las actividades VIGOROSAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucha más intensamente que lo normal. Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos. | |
| 1. Durante los últimos 7 días ¿En cuántos realizo actividades físicas vigorosas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta? | Días por semana: |
| | Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 3) |
| 2. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min) | Horas por día |
| | Minutos por día |
| | No sabe /no está seguro |
| Piense en todas las actividades MODERADAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos. | |
| 3. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o | Días por semana |
| | Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 5) |

| | | |
|--|---|--|
| jugar a dobles en tenis? No incluya caminar. | | |
| 4. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min) | Horas por día | |
| | Minutos por día | |
| | No sabe /no está seguro | |
| <p>Piense en el tiempo que usted dedicó a CAMINAR en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.</p> | | |
| 5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos? | Días por semana | |
| | Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 7) | |
| 6. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días? | Horas por día | |
| | Minutos por día | |
| | No sabe /no está seguro | |
| <p>La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted SENTADO durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que paso sentado ante un escritorio, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando tele.</p> | | |
| 7. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil? | Horas por día | |
| | Minutos por día | |
| | No sabe /no está seguro | |

INTERPRETACIÓN

| | |
|--|-------|
| 1. Actividad física vigorosa: 8MET x minutos x días por semana | 8 x |
| 2. Actividad física moderada: 4 MET x minuto x días por semana | 4 x |
| 3. Caminata: 3,3 x minutos x días por semana | 3.3 x |
| TOTAL | |

| | |
|---|---|
| Nivel de actividad física alto | <ul style="list-style-type: none"> Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, y/o actividades de moderada y/o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana; O cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana |
| Nivel de actividad física moderado | <ul style="list-style-type: none"> Reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por al menos 20 minutos diarios; o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana |
| Nivel de actividad física bajo | <ul style="list-style-type: none"> Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada |

Ejemplo: 8 MET x 30 minutos x 5 días = 1200 MET (**ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA**)

6.2 ANEXO FOTOGRAFICO.