



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

**TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**TEMA:**

“FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN LA  
COMUNIDAD DE PUSIR GRANDE, CARCHI – 2024”

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

**Línea de investigación de la facultad:** Salud y Bienestar

**Sublínea de investigación / Carrera:** Enfermería en el cuidado clínico y comunitario

**AUTOR/A:** Quimbiulco Guajala Gabriela Alejandra

**TUTOR/A:** Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

**ASESOR/A:** Dra. Rosa del Pilar López Ruales PhD.

**Ibarra – Ecuador 2026**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA**

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

**1. 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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Quimbiulco Guajala Gabriela Alejandra

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	“Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande, 2024”
<b>AUTOR (ES):</b>	Gabriela Alejandra Quimbiulco Guajala
<b>FECHA: (A-M-D)</b>	24/06/2026
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>DIRECTOR:</b>	Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
<b>ASESOR:</b>	Dra. Rosa del Pilar López Ruales PhD

## 2. CONSTANCIAS

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

En la ciudad de Ibarra, a los 24 días del mes de junio de 2026

EL AUTOR

(Firma).....

Gabriela Alejandra Quimbiulco Guajala

C.I.: 100310413-8

**CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN  
CURRICULAR**

En la ciudad de Ibarra, a los 24 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 a su presentación para los fines legales pertinentes.

(f).....

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

CC: 0401046800

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primera instancia a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada etapa de este camino. Gracias por bendecirme con salud, sabiduría, paciencia y perseverancia para superar cada obstáculo y permitirme alcanzar esta importante meta profesional. Sin su amor infinito y su compañía constante, nada de esto habría sido posible.

A mis amados padres, Pablo y Silvia, quienes han sido el pilar fundamental de mi vida. Gracias por cada sacrificio, por cada esfuerzo silencioso y por el amor incondicional con el que me han acompañado desde mis primeros pasos. Ustedes me enseñaron el valor de la responsabilidad, la honestidad y la perseverancia, alentándome siempre a seguir adelante aun en los momentos más difíciles. Este logro es también suyo, porque detrás de cada una de mis metas alcanzadas están sus enseñanzas, su apoyo y su confianza inquebrantable.

A mis queridos hermanos, Pablo y Alexis, por ser parte importante de mi vida y de este proceso. Gracias por su compañía, por las risas compartidas, por las palabras de ánimo en los momentos de cansancio y por celebrar conmigo cada pequeño avance.

A la memoria de mis abuelitos paternos y de mi querida abuelita materna, quienes, aunque ya no están físicamente conmigo, permanecen vivos en mi corazón y en mis recuerdos. Su amor, sus enseñanzas y los valores que sembraron en mi vida continúan guiando mis pasos. Estoy segura de que desde el cielo han iluminado mi camino y han sido parte de cada uno de mis logros.

Con amor y gratitud

*Gabriela Alejandra Quimbiulco Guajala*

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por su infinita bondad, por brindarme salud, fortaleza, sabiduría y perseverancia durante cada etapa de este camino académico. Su guía y bendición me permitieron superar los desafíos y alcanzar esta importante meta profesional.

A mis padres, Pablo y Silvia, por su amor incondicional, sacrificio y apoyo constante. Gracias por creer en mí, por impulsarme a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles y por ser el pilar fundamental de mi vida y de mi formación profesional.

A mis hermanos y a toda mi familia, por su cariño, comprensión y palabras de aliento. Gracias por ser mi refugio, mi motivación y mi apoyo incondicional a lo largo de este recorrido.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi tutora de tesis, Dra. Yesenia Acosta, por su orientación, paciencia, compromiso y valiosos aportes académicos, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo y culminación de esta investigación.

De igual manera, agradezco a los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, quienes compartieron generosamente sus conocimientos, experiencias y valores durante mi formación profesional. En especial, mi gratitud a la Dra. Janeth Vaca y a la Dra. Rosa López, por su calidad humana, su disposición permanente para brindar apoyo académico y personal, y por constituirse en referentes de inspiración y excelencia profesional.

Finalmente, agradezco a mis compañeros y amigos de tesis, quienes compartieron conmigo este proceso de aprendizaje, brindándome apoyo, compañerismo y motivación. Asimismo, expreso mi reconocimiento a la comunidad de Pusir Grande por su apertura, confianza y valiosa colaboración, sin las cuales el desarrollo de esta investigación no habría sido posible.

A todos ustedes, gracias por ser parte de este logro.

*Gabriela Alejandra Quimbiulco Guajala*

## RESUMEN EJECUTIVO

### FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN LA COMUNIDAD DE PUSIR GRANDE, CARCHI – 2024

**Autor:** Quimbiulco Guajala Gabriela Alejandra

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

**Asesor:** PhD. Rosa López

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

**Introducción:** Los trastornos mentales constituyen un problema de salud pública que afecta la cognición, las emociones y el comportamiento, disminuyendo la calidad de vida. En la comunidad de Pusir Grande, diversos factores sociodemográficos y económicos pueden influir en su aparición, por lo que fue necesario identificar su prevalencia y factores de riesgo asociados. **Objetivo general:** Determinar los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande, Carchi – Ecuador, 2024. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, observacional, descriptivo y de corte transversal. Participaron 101 habitantes seleccionados mediante muestreo por conveniencia. La información se recopiló mediante entrevistas y la aplicación del instrumento GMHAT/PC. **Resultados:** Predominaron las mujeres (76,2%) y los adultos mayores de 68 a 77 años (29,7%). Se identificó ansiedad leve en el 44,6%, moderada en el 19,8% y severa en el 24,8%, además de depresión y otros trastornos mentales asociados a factores sociodemográficos y socioeconómicos. **Conclusión:** Se evidenció una alta prevalencia de trastornos mentales, principalmente ansiedad y depresión, lo que resalta la necesidad de fortalecer la promoción, prevención y atención integral en salud mental.

**Palabras clave:** Trastorno mental, Factores de riesgo, Prevalencia

## ABSTRACT

### RISK FACTORS AND PREVALENCE OF MENTAL ILLNESSES IN THE COMMUNITY OF PUSIR GRANDE, CARCHI – 2024

**Autor:** Quimbiulco Guajala Gabriela Alejandra

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

**Asesor:** PhD. Rosa López

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

**Introduction:** Mental disorders constitute a public health problem that affects cognition, emotions, and behavior, reducing quality of life. In the community of Pusir Grande, various sociodemographic and economic factors may influence their occurrence; therefore, it was necessary to identify their prevalence and associated risk factors. **General Objective:** To determine the risk factors and prevalence of mental disorders in the community of Pusir Grande, Carchi, Ecuador, 2024. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted. A total of 101 residents participated, selected through convenience sampling. Data were collected through interviews and the application of the GMHAT/PC instrument. **Results:** Women predominated (76.2%), as well as older adults aged 68 to 77 years (29.7%). Mild anxiety was identified in 44.6% of participants, moderate anxiety in 19.8%, and severe anxiety in 24.8%. Depression and other mental disorders associated with sociodemographic and socioeconomic factors were also identified. **Conclusion:** A high prevalence of mental disorders, particularly anxiety and depression, was evidenced, highlighting the need to strengthen mental health promotion, prevention, and comprehensive care strategies.

**Keywords:** Mental disorder, Risk factors, Prevalence

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	5
AGRADECIMIENTO .....	6
RESUMEN EJECUTIVO.....	7
ABSTRACT.....	8
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	9
ÍNDICE DE TABLAS .....	11
ÍNDICE DE FIGURAS.....	12
TEMA: .....	13
INTRODUCCIÓN .....	14
El Problema .....	14
Justificación.....	16
Objetivos.....	18
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	19
1.1. Marco Referencial .....	19
1.2. Fundamentación teórica .....	22
CAPÍTULO 2: MATERIALES Y MÉTODOS .....	33
2.1. Diseño y tipo de Investigación .....	33
2.2. Técnicas e Instrumentos de investigación .....	34
2.3. Preguntas de investigación:.....	38
2.4 Matriz de operacionalización de variables .....	39
2.5. Participantes .....	64
2.5.1 Población de estudio .....	64
2.5.2 Muestra utilizada.....	64
2.5.3 Características generales de la muestra .....	66
2.5.4 Criterios de inclusión .....	67
2.5.5 Criterios de exclusión.....	67
2.6. Procedimiento y análisis de datos .....	67
2.7. Aspectos bioéticos.....	68

CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	72
3.1. Resultados y Discusión.....	72
3.2. Planes de cuidados de enfermería.....	89
CONCLUSIONES .....	100
RECOMENDACIONES.....	101
ANEXOS .....	110
4.1. Consentimiento informado .....	110
4.2. Instrumento.....	112

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnósticos de NANDA .....	28
Tabla 2. Síntomas puntuados en el GMHAT .....	37
Tabla 3. Frecuencias de datos sociodemográficos (Sexo, edad, etnia, estado civil).....	72
Tabla 4. Factores sociodemográficos (Residencia, familia, escolaridad, ocupación, ingresos).....	74
Tabla 5. Antecedentes patológicos .....	76
Tabla 6. Signos y síntomas trastornos mentales .....	78
Tabla 7. Signos y síntomas de los trastornos mentales .....	80
Tabla 8. Frecuencia de otros factores asociados .....	83
Tabla 9. Prevalencia de trastornos mentales (Diagnóstico GM-HAT) .....	85
Tabla 10. Prevalencia de trastornos mentales (Diagnóstico de Enfermería) .....	87
Tabla 11. Plan de cuidados de Enfermería (Conducta de mantenimiento de salud ineficaz) .....	89
Tabla 12. Plan de cuidados de Enfermería ( Riesgo de soledad excesiva).....	90
Tabla 13. Plan de cuidados de Enfermería (Riesgo de conducta autolesiva suicida) .....	91
Tabla 14. Plan de cuidados de Enfermería (Duelo desadaptativo) .....	93
Tabla 15. Plan de cuidados de Enfermería (Confusión aguda).....	94
Tabla 16. Plan de cuidados de Enfermería (Deterioro de la memoria).....	96
Tabla 17. Plan de cuidado de Enfermería (Disposición para mejorar el confort psicológico) .....	97
Tabla 18. Plan de cuidados de Enfermería (Imagen corporal alterada) .....	98

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Recolección de datos en Pusir Grande .....	125
Figura 2. Aplicación de encuesta a la población.....	125

**TEMA:**

“Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande, Carchi – 2024”

## INTRODUCCIÓN

### El Problema

Los trastornos mentales son una manifestación compleja de disfunciones en el funcionamiento psicológico y neurobiológico, que pueden surgir debido a una variedad de factores, incluidos los genéticos, sociales y demográficos. Estas condiciones pueden manifestarse de diversas formas, desde ansiedad y depresión hasta trastornos psicóticos más graves. La comprensión y el abordaje de estos trastornos requieren de una atención especial hacia los determinantes sociales que influyen en su desarrollo (1).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los índices de trastornos mentales aumentaron en un 25%, sumándose a los casi 1000 millones de personas que ya padecen algún trastorno mental. Al mismo tiempo, es necesario reconocer la fragilidad de los sistemas de salud que intentan satisfacer las necesidades de las personas con trastornos mentales, ya sean nuevos o preexistentes (1).

Entre los factores de riesgo que se reportan en algunos estudios previos se considera que las características sociodemográficas (nivel educativo, estado civil y pérdida del empleo) y los factores relacionados con el estilo de vida (actividad física, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol), desempeñan roles significativos en la patogénesis y gravedad de estos trastornos (2).

En América Latina Aboujaoude et al, menciona que la prevalencia de los trastornos mentales, suponen una carga económica importante para los sistemas de salud lo que se ha manifestado en una brecha de tratamiento; ya que aproximadamente el 80% de las personas que padecen de trastornos mentales no reciben ningún tipo de ayuda. Esta situación se agrava aún más entre los grupos socioeconómicamente menos favorecidos (3).

En el Ecuador un estudio comparativo de investigaciones de morbilidad psiquiátrica en población general, basado en el análisis de publicaciones, reveló que los estudios de prevalencia psiquiátrica proporcionan una descripción detallada de un problema dentro de una población específica, así

como en los usuarios de servicios de salud ya que, en el primer nivel, que corresponde a la comunidad, se estima que la presencia de trastornos mentales alcanza hasta el 40% (4).

A nivel local un estudio realizado en la ciudad de Ibarra, en el centro de Salud de San Antonio; encontró que la prevalencia de los trastornos mentales sigue en aumento, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico. Sin embargo, los sistemas de salud aún no han dado una respuesta adecuada a la carga de estos trastornos, lo que ha generado una gran discrepancia entre la necesidad de tratamiento y su provisión en todo el mundo (5).

Estos efectos de los trastornos mentales van más allá del ámbito individual, afectando la calidad de vida de las personas y la estabilidad de las comunidades locales. En este contexto surgió el interés de realizar esta investigación para determinar los factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande en la provincia del Carchi – 2024, para identificar los factores socioeconómicos, ambientales que pueden influir significativamente en la aparición y desarrollo de estos trastornos, es esencial abordar este problema de manera holística.

### **1.1. Formulación del Problema**

¿Cuáles fueron los factores de riesgo que influyen en la prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande, 2024?

## **Justificación**

La salud mental, es un problema de salud pública creciente debido al aumento de trastornos mentales en la población. Se estima que una parte significativa de la población sufre algún tipo de trastorno mental. Sin embargo, muchos de estos casos no son diagnosticados ni tratados adecuadamente debido a barreras como la falta de formación especializada del personal de salud, el estigma asociado a los trastornos mentales y la insuficiencia de recursos.

Este estudio se llevó a cabo con el objetivo de determinar los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande, Carchi – 2024, con el fin de proporcionar un entendimiento integral que facilite no solo comprender, sino también detallar los desafíos a los que se enfrentan las personas de esta comunidad en términos de salud mental.

La importancia de la investigación de los factores de los trastornos mentales radicó en que existe escasa investigación en nuestro país y a nivel local sobre este tema; existiendo un vacío de conocimiento que se percibe como una barrera para identificar de forma temprana las enfermedades y trastornos mentales más frecuentes y evitar que las personas no reciban el tratamiento adecuado. Se articula con el marco de actuación en los enfoques en salud del MAIS-FCI: derechos humanos, interculturalidad, intergeneracional, promoción y participación, considerando la diversidad étnica y cultural; etaria, género, procedencia geográfica; y situación socioeconómica.

Por otra parte, esta investigación permitió profundizar sobre el tema a investigar y poder comprender los factores que influyen en su apareamiento, lo que servirá como fundamento en la realización de futuras investigaciones y fortalecerá el proceso de formación en enfermería.

De igual manera, el impacto a nivel científico y metodológico de esta investigación está en el uso de una herramienta estandarizada de evaluación de salud mental. La Global Mental Health Assesment Tool/Primary Care (GMHAT/PC) la cual permitió evaluar e identificar los problemas de salud mental en la comunidad de Pusir Grande, provincia del Carchi.

La población beneficiaria fue la comunidad de Pusir Grande, provincia de Carchi; en la cual se identificó a pacientes con trastornos mentales para el oportuno tratamiento y derivación a otros niveles de atención especializada. De igual manera los servicios de salud obtuvieron información detallada sobre los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales en su población. Lo que les permitirá mejorar la atención clínica y el cuidado de la salud mental de los pacientes identificados.

Estos argumentos reforzaron la necesidad de llevar a cabo este estudio para determinar los factores de riesgo y la prevalencia de los trastornos mentales en la comunidad de Pusir Grande, Carchi, en 2024. Además, se identificó los diagnósticos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) vinculados a los trastornos mentales, junto con los factores de riesgo y las condiciones relacionadas presentes en dicha comunidad.

Esta investigación fue factible de realizar debido a que se cuenta con el apoyo de las autoridades de salud y de la universidad para su ejecución. Dicho estudio se enmarca en la línea de investigación Salud y Bienestar Integral, sublínea de investigación: Enfermería en el cuidado clínico y comunitario.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande – 2024.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Realizar el screening de prevalencia de trastornos mentales.
3. Proponer planes de cuidados para prevenir trastornos mentales en adultos en la comunidad de Pusir Grade según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

## CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

### 1.1. Marco Referencial

#### *1.1.1 Perfil clínico de usuarios con demandas de salud mental en una unidad de salud de la familia de la ciudad de Rondonópolis, MT.*

El estudio "Perfil clínico de usuarios con demanda en salud mental de una unidad de salud de familia en el Municipio de Rondonópolis" realizado por Ferreira. J., y et al. Realizado en 2020, se centró en analizar y caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de los usuarios que buscan atención en salud mental. Utilizando un análisis documental de historias clínicas, se identificó una alta prevalencia de trastorno depresivo mayor (40,6%), trastorno de ansiedad generalizada (38,4%) y trastornos del sueño (33,5%). Estas condiciones fueron más comunes en mujeres de 51 a 60 años. Los hallazgos subrayan la importancia de una atención primaria centrada en el individuo y la necesidad de colaboración intersectorial para mejorar los servicios de salud mental. Además, se destaca la necesidad de una adecuada documentación de las historias clínicas para optimizar la atención a los pacientes (6).

#### *1.1.2. Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica.*

La investigación de Castro et al. Analiza los trastornos psicopatológicos y su impacto en el comportamiento, cognición y estado de ánimo. Con un enfoque cualitativo y descriptivo, se revisó exhaustivamente la literatura en bases de datos como Science Direct, Redalyc, Scielo y Dialnet. De 87 artículos relevantes identificados, 61 cumplieron con los criterios de inclusión.

Los resultados subrayan la prevalencia de la ansiedad y la depresión en la región, atribuibles a factores como elecciones de estilo de vida, traumas infantiles y predisposiciones biológicas. Entre los factores de riesgo destacados se encuentran el consumo de alcohol, la violencia doméstica, la edad, el estatus socioeconómico, la predisposición genética, factores psicológicos y aspectos cognitivos. En conclusión, se destaca la necesidad de abordar estos desafíos significativos para la salud mental en América Latina, considerando la variedad de factores de riesgo involucrados (7).

### ***1.1.3. Violencia comunitaria en los barrios y trastornos mentales comunes entre los adolescentes brasileños***

Un aspecto importante de Miliauskas et al, en su estudio titulado “Violencia comunitaria en los barrios y trastornos mentales comunes entre los adolescentes brasileños”, exploró la relación entre la exposición a la violencia en el entorno social y la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) en adolescentes brasileños de 12 a 17 años. La muestra incluyó a 1,686 adolescentes de Río de Janeiro.

Para evaluar la exposición a la violencia comunitaria, se utilizaron tres indicadores de delincuencia: delitos contra la propiedad, delitos no letales y delitos letales. A través de un análisis geoespacial y un modelo de regresión logística, se determinó la asociación entre la violencia y los TMC. Los resultados mostraron una mayor asociación de TMC en adolescentes de género femenino, adolescentes mayores y aquellos de etnia negra, sugiriendo un mayor riesgo en estos grupos específicos (8).

### ***1.1.4. Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en usuarios de Atención Primaria***

La investigación de Häfele V. et al., titulada “Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en usuarios de Atención Primaria”, evidencia que muchos individuos experimentan trastornos mentales a lo largo de su vida, lo cual reduce la expectativa de vida saludable y afecta la salud en general. La investigación, de enfoque transversal, se llevó a cabo en 35 unidades básicas de salud en Pelotas, Brasil, con una muestra de 525 individuos mayores de 18 años.

Los resultados indicaron que el 12,1% de los usuarios presentaban trastornos mentales, con la depresión como la más común 74,6% de los casos. Además, se encontró que los fumadores tenían el doble de probabilidad de sufrir trastornos mentales en comparación con los no fumadores, y aquellos que consumían tres o más medicamentos de manera continua tenían siete veces más probabilidades de padecer problemas mentales en comparación con quienes no tomaban medicamentos (9).

### ***1.1.5. Experiencias de atención primaria entre adultos jóvenes con enfermedad mental – Una revisión sistemática de la literatura***

Se destaca en la revisión sistemática de Wickman L. et al, titulada “Experiencias de atención primaria entre adultos jóvenes con enfermedad mental – Una revisión sistemática de la literatura”, aborda el incremento significativo de enfermedades mentales como depresión, ansiedad y adicciones entre adultos jóvenes en la última década en Suecia. Este fenómeno plantea desafíos para los sistemas de salud, situando a los centros de atención primaria como el principal punto de atención integral, abarcando aspectos físicos y mentales. El estudio, basado en el método de Bettany-Saltikov y McSherry, seleccionó 23 artículos tras una búsqueda exhaustiva y rigurosa evaluación de calidad. Los hallazgos fueron categorizados en cuatro áreas principales: dificultades para aceptar ayuda, relaciones previas con el sistema de atención, barreras estructurales y satisfacción con las intervenciones de salud mental. Se evidencia que los adultos jóvenes enfrentan problemas para acceder a una atención adecuada, muestran escepticismo sobre la recuperación y carecen de conocimientos en salud mental. Se concluye que la atención primaria debe ser el primer punto de contacto y adaptarse a las necesidades específicas de este grupo en crecimiento, implementando intervenciones personalizadas y utilizando modelos como el Tidal para mejorar la comunicación y el tratamiento (10)

Para el desarrollo del proyecto se han seleccionado diversos artículos científicos que aportan información valiosa y complementaria al análisis de este tema. Entre ellos, destaca el estudio del perfil clínico y epidemiológico de usuarios con demandas de salud mental, evidenciando una alta prevalencia de trastornos como la depresión y la ansiedad en población adulta. Por otro lado, la investigación subraya los factores de riesgo y causas asociados a los problemas de salud mental en Latinoamérica, tales como el consumo de alcohol, violencia doméstica y predisposiciones genéticas. Asimismo, la relación entre la violencia comunitaria y los trastornos mentales en adolescentes, resaltando los grupos más vulnerables. En un contexto similar, se analiza la prevalencia de trastornos mentales en usuarios de atención primaria, identificando factores asociados como el tabaquismo y el consumo de múltiples medicamentos. Finalmente, la revisión sistemática aporta un enfoque integral sobre las experiencias de atención primaria en adultos jóvenes con enfermedades mentales, destacando la importancia de adaptar los servicios a las

necesidades específicas de esta población. Estos artículos proporcionan una base sólida para comprender las múltiples dimensiones de los trastornos mentales y los factores asociados, permitiendo orientar el análisis hacia una visión más contextualizada en la comunidad de Pusir Grande.

### **Antecedentes**

San Vicente de Pusir, tiene una historia rica y diversa. Antiguamente conocida como “Pusir”, fue una hacienda con influencia de los dominicos y jesuitas. En 1951, legalmente adoptó el nombre actual en honor a San Vicente de Ferrer.

A lo largo de los años, la comunidad experimentó cambios y fusiones. En 1951, se estableció oficialmente como parroquia. La celebración de su parroquialización coincide con el feriado de difuntos alrededor del 18 de octubre. Su identidad cultural se refleja en festividades y tradiciones locales.

Desde su origen prehispánico hasta la influencia religiosa, San Vicente de Pusir es un lugar con una historia arraigada y significativa para la región. En la comunidad de Pusir Grande, las condiciones de las vías son deficientes. Dado que se trata de una zona predominantemente rural, las principales rutas de acceso son vías secundarias compuestas principalmente de tierra, lastre, piedra o materiales de menor relevancia. En cuanto a los servicios de salud, la comunidad cuenta con un puesto de atención médica (11).

## **1.2.Fundamentación teórica**

### **1.2.1. Trastornos mentales**

Los trastornos mentales comprenden diversas condiciones que afectan los procesos de pensamiento, las emociones y el comportamiento de los individuos. Estas alteraciones pueden dificultar la capacidad de las personas para enfrentar las actividades y desafíos de la vida diaria, así como para desenvolverse adecuadamente en los ámbitos social, familiar y laboral. Debido a

la amplia variedad de manifestaciones que presentan, pueden variar desde síntomas transitorios hasta trastornos crónicos de mayor gravedad, generando repercusiones importantes en la salud integral, el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen (12).

### **1.2.2. Patologías de salud mental frecuentes**

La esquizofrenia es una enfermedad marcada por la disolución de la identidad personal y el consiguiente deterioro en las relaciones del paciente con su entorno. Suele manifestarse alrededor de la pubertad y se caracteriza por alteraciones del humor y la conducta (13).

El trastorno delirante se caracteriza por la presencia persistente de ideas delirantes que no son inicialmente inverosímiles y que duran más de 3 meses. a diferencia de la esquizofrenia, las ideas delirantes en este trastorno son organizadas y coherentes, a menudo creíbles. no hay alteraciones en la percepción sensorial, el lenguaje o la afectividad, pero pueden manifestarse conductas como hostilidad, desconfianza, agresividad o euforia. este trastorno suele comenzar a partir de los 40 años (13).

El trastorno bipolar es la alteración del humor por exceso se caracteriza por síntomas como alegría patológica o sin motivo aparente, euforia, exaltación, ánimo expansivo, labilidad afectiva, taquipsiquia, fuga de ideas, ideas megalómanas y, ocasionalmente, delirantes, verborrea, hiperactividad, desinhibición sexual e insomnio (13).

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el cerebro, el estado de ánimo y el pensamiento de una persona. También influye en los hábitos de alimentación y sueño, así como en la autovaloración (autoestima) y el pensamiento. Es importante destacar que el trastorno depresivo no es simplemente un estado pasajero de tristeza. No refleja debilidad personal y no es algo de lo que uno pueda liberarse voluntariamente (13).

El trastorno de personalidad se define como un patrón persistente e inflexible de experiencias internas y comportamientos que difiere notablemente de las expectativas culturales del individuo. Este patrón se establece en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, es estable a lo largo del

tiempo y puede causar malestar o perjuicios tanto para la persona afectada como para aquellos que la rodean (13).

El trastorno de consumo y abuso de sustancias es la presencia de alteraciones e interferencias en la vida normal de las personas debido al consumo de una sustancia tóxica, como el alcohol u otras drogas (13).

### **1.2.3. Prevalencia y carga de enfermedad en el contexto regional**

En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos constituyen una parte importante de la carga de enfermedad, representando uno de los mayores retos para los sistemas sanitarios de la región. A pesar de su alta prevalencia y de las repercusiones que generan en la salud y el bienestar de la población, una proporción significativa de personas afectadas no recibe un diagnóstico oportuno ni acceso adecuado a los servicios especializados (12).

Esta situación se relaciona con diversos factores, entre los que destacan la limitada disponibilidad y cobertura de los servicios de salud mental, así como la persistencia de estigmas y actitudes discriminatorias que dificultan la búsqueda de ayuda profesional y el tratamiento oportuno.

### **Magnitud y distribución de los trastornos mentales**

- **Prevalencia mundial:** Los trastornos mentales representan una de las problemáticas de salud más frecuentes a escala global. Se estima que aproximadamente una de cada cuatro personas desarrollará algún problema de salud mental en algún momento de su vida, lo que evidencia su impacto sobre el bienestar individual, familiar y colectivo. Debido a esta elevada frecuencia, la salud mental se ha consolidado como una prioridad dentro de las estrategias internacionales de salud pública.
- **Prevalencia comunitaria:** Los estudios realizados en entornos comunitarios muestran que la presencia de trastornos mentales puede superar las estimaciones generales reportadas a nivel mundial. En algunas poblaciones, cerca de la mitad de

los habitantes presenta algún tipo de alteración psicológica o emocional. Estas diferencias pueden explicarse por la influencia de factores sociales, económicos, culturales y ambientales que condicionan la calidad de vida y el bienestar mental de las personas.

- **Prevalencia anual y por periodo específico:** La frecuencia de los trastornos mentales también puede analizarse dentro de intervalos temporales determinados. Por ejemplo, se ha estimado que la depresión afecta a alrededor del 5 % de los adolescentes en el transcurso de un año. No obstante, cuando se evalúa toda la etapa adolescente, la proporción de casos aumenta considerablemente. Asimismo, investigaciones recientes han identificado variaciones en la prevalencia de la depresión durante periodos específicos, especialmente entre grupos considerados vulnerables, como la población adulta mayor.
- **Prevalencia según el tipo de trastorno:** La ocurrencia de los trastornos mentales difiere de acuerdo con la condición estudiada. Entre los problemas más frecuentes se encuentran los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco, además de los trastornos de ansiedad, que afectan a diversos grupos poblacionales. Conocer la prevalencia específica de cada trastorno permite orientar de manera más efectiva las acciones de prevención, promoción y atención en salud mental.
- **Prevalencia en los servicios de atención primaria:** Los trastornos mentales constituyen una de las causas de consulta más comunes en los servicios de atención primaria. Diversos estudios indican que una proporción importante de los usuarios que acuden a estos establecimientos presenta algún trastorno mental activo, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la identificación temprana, el diagnóstico oportuno y el abordaje integral de estas afecciones en el primer nivel de atención (12).

#### 1.2.4. Determinantes y factores de riesgo

La aparición de trastornos mentales, particularmente la depresión y la ansiedad, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En América Latina, la evidencia científica señala que estas afecciones se relacionan con experiencias adversas durante la infancia,

hábitos de vida poco saludables y predisposiciones biológicas que incrementan la vulnerabilidad individual. Entre los principales factores asociados se encuentran:

- **Consumo de alcohol:** El consumo de bebidas alcohólicas constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos mentales, especialmente la depresión y la ansiedad. Sus efectos no solo afectan a la persona que consume, sino que también generan consecuencias sociales y sanitarias relevantes. En Ecuador, las enfermedades y problemas asociados al alcohol figuran entre las principales causas de mortalidad en jóvenes de 15 a 29 años. Además, este fenómeno es frecuente entre los usuarios de los servicios de atención primaria y afecta a millones de personas en todo el mundo, reflejando su considerable impacto sobre la salud pública (12).
- **Violencia intrafamiliar:** La exposición a situaciones de violencia dentro del entorno familiar constituye uno de los factores más perjudiciales para la salud mental. Las mujeres, en particular, presentan una mayor probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático tras sufrir experiencias de violencia. La evidencia muestra que las agresiones físicas o sexuales, especialmente cuando ocurren de forma repetida o durante etapas tempranas de la vida, incrementan significativamente el riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas que afectan el bienestar y la calidad de vida (12).
- **Condición socioeconómica desfavorable:** La situación económica y social desempeña un papel determinante en la salud mental. Factores como la pobreza, el desempleo y la inestabilidad financiera generan estrés persistente, favoreciendo la aparición de síntomas depresivos y ansiosos. Por otro lado, la educación actúa como un factor protector, ya que facilita el acceso a mejores oportunidades, recursos de apoyo y estrategias de afrontamiento. Diversas investigaciones han demostrado que niveles educativos más altos se asocian con una menor prevalencia de trastornos emocionales, resaltando la importancia de la educación en la promoción de la salud mental (12).
- **La edad y factores cognitivos:** La vulnerabilidad a los trastornos mentales varía según la etapa de vida y las características cognitivas de cada individuo. Los

trastornos de ansiedad y del estado de ánimo suelen presentarse con mayor frecuencia en personas jóvenes; sin embargo, en los adultos mayores aumenta el riesgo de depresión debido a factores como la soledad, la pérdida de funcionalidad y la presencia de enfermedades neurodegenerativas, incluida la demencia. Asimismo, habilidades cognitivas relacionadas con la comprensión de las emociones y las relaciones sociales, como la empatía y la cognición social, influyen significativamente en el bienestar psicológico, ya que sus alteraciones pueden favorecer la aparición de síntomas psiquiátricos (12).

En conjunto, estos factores determinantes, sumados al estigma y la discriminación que aún rodean a los trastornos mentales, continúan representando obstáculos importantes para la prevención, la detección temprana y el acceso oportuno a servicios de atención en salud mental, limitando la posibilidad de una intervención adecuada y efectiva.

#### 1.2.4. Taxonomía NANDA-I

Es la guía definitiva para los diagnósticos de enfermería, revisados y aprobados por el Comité de Desarrollo de Diagnósticos (DDC) de NANDA-I. Ofrece la información esencial que las enfermeras y los enfermeros necesitan para comprender el proceso de evaluación y su conexión con el diagnóstico y el pensamiento crítico, así como el propósito y la utilidad de la estructura taxonómica en la atención al paciente. Los investigadores también hallarán nuevas recomendaciones para mejorar la terminología (14). La clasificación NANDA-I 2024-2026 incorpora diagnósticos de enfermería revisados y validados por el Comité de Desarrollo de Diagnósticos (DDC), asegurando su pertinencia y aplicabilidad en los distintos contextos de atención sanitaria. En la actualidad, esta taxonomía comprende 277 diagnósticos de enfermería distribuidos en 13 dominios y 48 clases, lo que facilita una valoración integral y sistemática de las respuestas humanas ante los problemas de salud (15).

- **Diagnóstico enfocado en el problema:** corresponde a una valoración clínica que identifica respuestas humanas desfavorables ya existentes ante una condición de salud o una etapa

del ciclo vital, pudiendo manifestarse en una persona, cuidador, familia, grupo o comunidad.

- **Diagnóstico de riesgo:** consiste en un juicio clínico orientado a reconocer la vulnerabilidad de una persona, cuidador, familia, grupo o comunidad para desarrollar respuestas humanas negativas como consecuencia de determinadas condiciones de salud o situaciones relacionadas con el proceso vital.
- **Diagnóstico de promoción de la salud:** se define como una valoración clínica vinculada con la disposición y el interés de una persona o colectivo para fortalecer su bienestar y alcanzar un mejor nivel de salud. Este tipo de diagnóstico refleja el deseo de adoptar conductas saludables y de potenciar recursos que favorezcan una mejor calidad de vida, independientemente del estado de salud actual (15).

Dentro de la taxonomía NANDA-I se incluyen diversos diagnósticos de enfermería frecuentemente identificados en pacientes con trastornos mentales. Su selección depende de las características y necesidades particulares de cada individuo. Estos diagnósticos no constituyen una descripción textual de las conductas observadas, sino una interpretación clínica que permite categorizar dichas manifestaciones dentro de un diagnóstico de enfermería específico (15).

*Tabla 1. Diagnósticos de NANDA*

<b>DOMINIO</b>	<b>CLASE</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
<b>1. Promoción de la salud</b>	1. Toma de conciencia de la salud	00097	Disminución de la implicación en actividades recreativas
		00273	Desequilibrio del campo energético
	2. Gestión de la salud	00292	Conductas de mantenimiento de la salud ineficaces
		00276	Autogestión de la salud ineficaz
		00293	Disposición para mejorar la autogestión de la salud
		00398	Autogestión del sobrepeso ineficaz
<b>2. Nutrición</b>	1. Ingestión	00343	Ingesta nutricional inadecuada
	1. Sueño/reposo	00337	Patrón de sueño ineficaz

<b>4. Actividad / reposo</b>	3. Equilibrio de la energía	00298	Disminución de la tolerancia a la actividad
	5. Autocuidado	00326	Disminución de la capacidad para bañarse
<b>5. Percepción / cognición</b>	4. Cognición	00222	Control de impulsos ineficaz
		00493	Procesos de pensamiento alterados
	5. Comunicación	00051	Deterioro de la comunicación verbal
<b>6. Autopercepción</b>	1. Autoconcepto	00494	Identidad personal alterada
	2. Autoestima	00480	Riesgo autoestima crónica inadecuada
<b>7. Rol / relaciones</b>	1. Roles de cuidador/a	00366	Carga de cuidados excesiva
	2. Relaciones familiares	00389	Patrones de interacción familiar alterados
		00388	Deterioro de los procesos familiares
<b>9. Afrontamiento / tolerancia al estrés</b>	2. Respuestas de afrontamiento	00400	Ansiedad excesiva
		00398	Temor excesivo
	3. Respuestas neuroconductuales	00372	Regulación ineficaz de las emociones
<b>11. Seguridad / protección</b>	2. Lesión física	00336	Riesgo de lesión física
	3. Violencia	00138	Riesgo de violencia dirigida a otros
		00468	Riesgo de conducta autolesiva no suicida
		00467	Conducta autolesiva no suicida
		00466	Riesgo de conducta autolesiva suicida
<b>12. Confort</b>	3. Confort social	00383	Conexión social inadecuada (15).

### 1.2.5. Modelos, Teorías o paradigmas de Enfermería

Las teorías se definen como conjuntos estructurados de ideas o conceptos que buscan una base sólida basada en la evidencia, para explicar fenómenos específicos en áreas como la práctica clínica, la enseñanza y la investigación. De este modo, permiten identificar patrones y relaciones entre conceptos diversos, ayudando a entender y explicar fenómenos complejos.

En el campo de la enfermería, las teorías comprenden conceptos esenciales que guían la práctica profesional al proporcionar directrices claras sobre cómo brindar cuidados efectivos a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Además, las teorías establecen una conexión con la salud mental y la psiquiatría para abordar aspectos del cuidado. A continuación, se analizarán los principales teoristas y sus respectivas teorías:

**A. Phil Barker.-** Enfermero en psiquiatría, pintor y escultor, nació en 1932 en Escocia, el cual hizo el Modelo de la marea en la recuperación en salud mental, el cual no se limita a ser un método de tratamiento de la enfermedad mental, sino que presenta un método filosófico, ayudando a los enfermeros a comprender qué significa salud mental para cada individuo y cómo pueden apoyar en su complejo viaje hacia la recuperación, promoviendo un interés personalizado en el cuidado al establecer una relación profesional-persona. Su modelo se fundamenta en diez compromisos fundamentales:

- **Valorar la voz:** Reconocer y dar importancia a la perspectiva única de cada persona al compartir su experiencia, que refleja tanto su sufrimiento como su esperanza de superación.
- **Respetar el lenguaje:** Cada individuo posee su propio lenguaje para describir su experiencia personal. Evitar el uso de terminología técnica que pueda parecer ajena o extraña para la otra persona.
- **Desarrollar la curiosidad genuina:** Esforzarse para comprender profundamente la historia personal que el individuo comparte, reconociendo que es una parte íntima de su vida.
- **Llegar a ser el aprendiz:** Comprometerse a aprender de la historia de vida de la persona para comprenderla mejor.
- **Revelar la sabiduría personal:** Ayudar a la persona a descubrir y compartir su sabiduría al narrar su propia historia.
- **Ser transparente:** Ganar la confianza de la persona siendo honesto en todo momento sobre las acciones y propósitos.
- **Utilizar el equipo de herramientas disponible:** Aplicar estrategias y recursos que han demostrado ser efectivos en la vida de la persona, así facilitando y construyendo su proceso de recuperación.

- **Trabajar un paso más allá:** Colaborar de manera activa para comprender y abordar acciones necesarias en el camino hacia la recuperación.
- **Dar el don el tiempo:** Reconocer que el tiempo compartido entre el enfermero y la persona es invaluable, empleándolo de manera efectiva.
- **Saber que el cambio es constante:** Informar a la persona sobre los cambios que están ocurriendo y cómo estos pueden ser aprovechados para superar el sufrimiento (16).

**B. Paterson y Zderad:** Josephine Paterson, nació en 1924 en Nueva York. Loretta Zderad, enfermera, nació en 1926 en Estados Unidos. Ambas enfermeras de las áreas de Salud Pública y Salud Mental presentaron la Teoría de Enfermería Humanística desarrollada en 1976, se basa en la fenomenología y el existencialismo, enfatiza la relación íntima y recíproca entre la enfermera y el paciente, definiendo la enfermería como una experiencia existencial vivida entre ambos. Es así, que en la teoría menciona conceptos importantes, entre ellos encontramos a:

- Los humanos, vistos con capacidad de tomar decisiones de forma responsable, la salud como un estado de desarrollo continuo, incluso en condiciones adversas.
- En cambio, la enfermería fenomenológica centrada en responder a las necesidades del paciente y facilitar de este modo el proceso de la toma de decisiones.
- Dentro de la teoría se incluye el concepto de diálogo cuyos elementos claves incluyen el encuentro, la relación, la presencia, el llamado y la respuesta, importantes en la interacción auténtica y significativa entre enfermera y paciente, promoviendo la comprensión profunda de ambos.

Para la implementación de la teoría, el enfermero debe ser coherente y auténtico en su forma de pensar y de actuar, al adoptar una postura abierta y receptiva. Esto implica ir más allá de la competencia técnica y biológica, y comprometerse emocionalmente con el paciente, compartir con el mismo y proporcionar un cuidado verdaderamente humano. Así mismo, se destaca la importancia de superar los prejuicios y valores personales que puedan interferir en el cuidado profesional, en especial al ser parte del tratamiento de personas con alteraciones psiquiátricas, en la que se debe involucrar una presencia activa y un compromiso emocional, en búsqueda de conocer e interiorizar las experiencias del paciente (16).

C. **Joyce Travelbee:** enfermera docente, nació en 1926 en Estados Unidos realizó el Modelo de Relación Persona a Persona el cual se centra en la enfermería psiquiátrica enfocada en el arte del uso consciente de la propia persona en el cuidado, este enfoque busca la comprensión de la situación del paciente y establecer una relación de ayuda. En este contexto, la salud mental se define como un estado de ser en un contexto sociocultural específico. La teoría identifica cuatro fases en la relación enfermera-paciente:

- **Encuentro original:** Primeras percepciones y sentimientos.
- **Identities emergentes:** Tanto la enfermera como el paciente comienzan a verse como individuos únicos.
- **Empatía:** La comprensión profunda del otro.
- **Simpatía:** El deseo de aliviar el sufrimiento del paciente.

El proceso finaliza en el rapport, se la define como una conexión genuina donde ambos se perciben como seres humanos. El profesional debe ser consciente, paciente y tener habilidades interpersonales para involucrarse con los pacientes y familiares, para establecer dicha relación es importante centrarse en el reconocimiento del otro como persona (16).

## CAPÍTULO 2: MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1. Diseño y tipo de Investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental observacional, de alcance descriptivo, de corte transversal (cross-sectional study).

**Cuantitativo:** Investigación que se caracteriza por la búsqueda y recopilación de datos numéricos. Estos datos permiten obtener conclusiones sobre la realidad estudiada y poner a prueba hipótesis previamente formuladas (17). En este sentido, este estudio se enfocó en analizar información numérica, lo que facilitó su verificación y comparación al proporcionar una base sólida para la toma de decisiones y la generación de nuevos conocimientos lo cual nos permitió obtener información precisa sobre los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales en Pusir Grande.

**No Experimental:** Estudio que no altera ninguna variable de forma intencional. Simplemente observa los fenómenos en su ambiente natural y luego los analiza (18). Es decir, se fundamenta en la observación directa de los eventos en su contexto real sin intervenir en ellos. Nos permitió comprender las dinámicas naturales y las relaciones entre variables en un entorno auténtico, proporcionando un análisis posterior basado en datos recogidos de manera pasiva y objetiva, permitiendo analizar las dinámicas y relaciones entre variables tal como ocurren en la comunidad.

**Observacional:** Tipo de estudio donde el investigador se limita únicamente a observar, analizar y cuantificar la realidad de la naturaleza, con el propósito de compartir sus conclusiones con la comunidad científica (19). De esta manera, se centró en comprender la naturaleza en su entorno original, sin intervenir en ella, a su vez asegura la imparcialidad en la recolección y análisis de datos, contribuyendo al aumento de la credibilidad de los resultados obtenidos que nos permite compartir conclusiones con la comunidad científica, contribuyendo al conocimiento sobre las condiciones de salud mental en Pusir Grande.

**Descriptivo:** Estudio enfocado en describir fenómenos y recopilar datos con fines descriptivos de las variables que tiene como objeto de estudio, en lugar de investigar relaciones causa – efecto. (20). Es decir, que nos permitió una exploración minuciosa de los factores sociodemográficos y los tipos de trastornos mentales más prevalentes en el contexto de estudio. Identificando patrones, tendencias y relaciones entre las variables, lo que puede servir como base para posteriores investigaciones más analíticas teniendo como propósito principal describir los factores de riesgo y los tipos de enfermedades mentales más prevalentes en la comunidad.

**Corte transversal:** También conocido como estudio de prevalencia, tienen como objetivo identificar todos los casos de un evento específico en un momento determinado, sin importar cómo o cuándo ocurrió, ni la duración de este (21). Es decir, este estudio se enfocó en observar y recolectar la información de las variables de interés en un solo momento en la comunidad de Pusir Grande.

## **2.2. Técnicas e Instrumentos de investigación**

### **2.2.1. Técnica de investigación**

En esta investigación se utilizó el método de entrevista como herramienta fundamental para la obtención de datos cualitativos, lo que permitió explorar de manera detallada las vivencias, percepciones y contextos relacionados con los trastornos mentales en la comunidad de Pusir Grande, Carchi. Las entrevistas se diseñaron para desarrollarse en un entorno informal, generando un ambiente de confianza que favoreció la comunicación abierta y espontánea por parte de los participantes. Esto contribuyó a la recolección de información más precisa, profunda y genuina, reflejando con mayor fidelidad las realidades vividas por los miembros de la comunidad.

Además, la entrevista se consolidó como un instrumento versátil para abordar de manera integral los factores de riesgo y la prevalencia de los trastornos mentales en este contexto. Al adoptar un enfoque basado en el diálogo abierto, se logró establecer una conexión más cercana con los participantes, lo que permitió captar elementos significativos de la salud mental que suelen pasar desapercibidos en métodos más estructurados y formales. Este enfoque cualitativo no solo facilitó

la identificación de patrones relevantes, sino que también ofreció una comprensión más humanizada y contextualizada de los desafíos relacionados con la salud mental en esta comunidad específica.

### **2.2.2. Herramienta clínica computarizada Global Mental Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC)**

Para la recolección de datos sociodemográficos, se utilizó el cuestionario, en el que se hizo constar las variables: edad, estado civil, grupo étnico, sexo, composición del hogar, nivel de educación, ocupación, residencia.

Se aplicó para evaluar, identificar y diagnosticar la presencia de trastornos mentales en la población se aplicó la herramienta clínica computarizada Global Mental Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC).

La herramienta Global Mental Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC), es un software diseñado para realizar evaluaciones estructuradas de la salud mental, que ayuda a identificar y diagnosticar una variedad de trastornos mentales, permitiendo así determinar los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales, proporcionando datos cruciales para el desarrollo de estrategias de intervención y prevención en estas comunidades (22).

Incluye 29 ítems dividido en cuatro apartados que abordan diversas áreas de la salud mental:

- **Primer apartado:** “historia general e identificación del paciente” al proporcionarnos su nombre completo, identificación de género, motivo de la consulta, dirección de la vivienda, provincia y teléfono, de la misma manera a que grupo étnico pertenece o se identifica, el estado civil y lugar donde reside.
- **Segundo apartado:** “estado de ánimo del paciente”, se va a explicar las instrucciones para el examen del estado mental, presentándonos (nombre del encuestador) y cerciorándonos si deseara responder a dichas preguntas. Esta parte se orienta a saber y determinar si la

persona ya ha tenido algún diagnóstico previo y desde cuando ha sentido que hay problemas en su salud mental. Con los 6 ítems: 1,2,3,4,5,6.

- **Tercer apartado:** “trastornos mentales”, con las preguntas realizadas se determinó qué tipo de trastorno mental padece la persona encuestada o que síntomas ha presentado para que sea diagnosticado, con 23 ítems: 7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23.

Del ítem número 7 al 25 hay preguntas dirigidas a saber si la persona encuestada ha tenido algún síntoma, evaluando con una escala de puntuación de 0 a 9, con estos indicadores: No evidencia presencia del síntoma (0), Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante (1), Síntoma presente y moderadamente angustiante (2), Síntoma presente y severamente angustiante (3), Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma (8), No aplicable o no preguntado (9).

En el ítem número 14 hay una pregunta dirigida solo a la población femenina en donde se pregunta el cese de su menstruación, calificando con los mismos indicadores.

El ítem número 26 se refiere a la evaluación del abuso de alcohol. Las preguntas están diseñadas para investigar los hábitos de consumo de alcohol del paciente y detectar posibles signos de abuso o dependencia, con los siguientes indicadores: No bebe o bebe únicamente de forma social ocasionalmente (0), Bebedor social habitual (1), Clara evidencia de consumo excesivo con efectos nocivos (2), Problema significativo de consumo con dependencia o efectos nocivos a nivel físico o social (3).

Ítem número 27 está diseñado para evaluar el consumo de sustancias ilegales como parte de su comportamiento habitual, con una escala que puntúa: Sin evidencia de consumo de drogas (0), Uso ocasional de drogas ilícitas (1), Uso frecuente de drogas ilícitas (2), Uso significativo de drogas ilícitas con dependencias y complicaciones asociadas (3).

En el ítem número 28, se refiere a una lista o descripción de diferentes características o comportamientos de personalidad que pueden causar dificultades o problemas en la vida de una persona, con los siguientes indicadores: Sin problemas (0), Problemas ocasionales (rasgo de

personalidad) (1), Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante (2), Problemas frecuentes de grado moderado (3). En este mismo ítem se encuentra inmerso si ha tenido un patrón mal adaptativo, puntuando de la siguiente manera: No (0) y Si (1).

En ítem número 29, hace referencia a las situaciones estresantes que ha pasado para que comience sus problemas, con los indicadores: Sin estrés (0), Estrés en grado leve (1), Estrés en grado moderado (2), Estrés en grado severo (3). Puntuando si ha sufrido estrés postraumático con una valoración de: No (0) y Si (1).

- **Cuarto apartado:** “Informe de la entrevista GMHAT” para facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud mental y proporcionar una evaluación estandarizada que ayuda a asegurar un enfoque consistente y basado en evidencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.
- **Quinto apartado:** “Diagnóstico principal GMHAT”, proporciona los problemas de personalidad que padece la persona encuestada, otros posibles diagnósticos y el juicio clínico final.

El instrumento tiene una puntuación de los principales síntomas como: Ansiedad (0-12), Concentración (0-3), Depresión (0-36), Psicosis (0-9), Obsesión (0-3), Fobia (0-9), Manía (0-6), Hipocondriasis (0-3), Desorientación (0-9), Memoria (0-6), Trastorno de la conducta alimentaria (0-18) y Problemas del sueño (0-3).

**Tabla 2. Síntomas puntuados en el GMHAT**

Ansiedad (0-12)	Obsesión (0-3)	Desorientación (0-9)
Concentración (0-3)	Fobia (0-9)	Memoria (0-6)
Depresión (0-36)	Manía (0-6)	Trastorno de la conducta alimentaria (0-18)
Psicosis (0-9)	Hipocondriasis (0-3)	Problemas del sueño (0-3)

La herramienta fue validada en términos de fiabilidad, obteniendo valores de kappa de 0.49 a 1 (0.78 para psicosis), lo que refleja un nivel adecuado de concordancia entre evaluadores. En cuanto a su validez, presentó un 86% de concordancia entre diagnósticos computarizados y clínicos, y correlaciones aceptables con la Escala HAD (0.74 para ansiedad y 0.62 para depresión). Además, su diseño computarizado garantizó objetividad, minimizando la subjetividad en las evaluaciones, y confiabilidad, siendo consistente en diversos entornos y con distintos evaluadores, con un tiempo promedio de 13 minutos por entrevista y alta aceptación por parte de los pacientes (23).

### **2.3. Preguntas de investigación:**

1. ¿Qué características sociodemográficas tuvo la población en estudio?
2. ¿Cuál fue la prevalencia de trastornos mentales, utilizando la Herramienta de Evaluación de Salud Mental Global (GMHAT/PC)?
3. ¿Cuáles fueron los diagnósticos de riesgo de la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) con relación a los problemas mentales para aplicarse a adultos en la comunidad de Pusir Grade?

## 2.4 Matriz de operacionalización de variables

**Objetivo 1:** Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE
<b>Características sociodemográficas</b>	Se refiere a los atributos y cualidades de una población que son objeto de estudio en la demografía, incluyendo su tamaño, composición, distribución en el tiempo de los grupos humanos (24).	Edad	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento presente, expresado en años completos.	Años cumplidos	Edad en años cumplidos	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cualitativa nominal
		Estado civil	Situación de la persona en relación con su estado marital.	Distribución de la población por el estado civil	1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Separado 5. Unión libre	¿Cuál es su estado civil?	Cualitativa nominal
		Grupo étnico	Autoidentificación individual de la pertenencia a un grupo étnico, compartidos por el grupo de referencia.	Distribución de la población por grupo étnico	1. Indígena 2. Blanco 3. Mestizo 4. Afrodescendiente 5. Otro	¿Cómo se identifica?	Cualitativa nominal
		Sexo	Característica biológica que identifica a una persona como hombre o mujer.	Distribución de la población por sexo	1. Masculino 2. Femenino	¿Cuál es su sexo?	Cualitativa nominal
		Composición del hogar	Unidad social conformada por un grupo de personas que comparten una residencia y mantienen una relación de parentesco o convivencia.	Número de miembros del hogar	1. Familia nuclear 2. Familia extensa 3. Familia nuclear ampliada 4. Familia monoparental 5. Otra	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la composición de su hogar?	Cualitativa nominal

Escolaridad	Niveles de formación o grado más alto de estudios alcanzados por la población.	Nivel de educación alcanzada	1. Educación primaria 2. Educación secundaria 3. Educación superior 4. Ninguna	¿Cuál es el nivel más alto de educación completado?	Cualitativa nominal
Ocupación	Diferentes labores que desempeñan las personas en su trabajo, independiente de la rama de actividad económica o la posición ocupacional que tengan.	Tipo de trabajo	1.Empleado 2.Autónomo 3.Estudiante 4.Desempleado 5.Ama de casa 6.Jubilado 7.Otro	¿A qué se dedica ?	Cualitativa nominal
Residencia	Lugar o área geográfica en la que una persona reside de manera habitual (parroquia, cantón o provincia).	Lugar de residencia	Pusir Grande	¿Pertenece a la comunidad de Pusir Grande	Cualitativa nominal

**Objetivo 2:** Realizar el screening de prevalencia de trastornos mentales.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE
<b>Tipos de trastornos mentales</b>	Son cambios notables en cómo pensamos, sentimos y actuamos, impactando nuestra vida diaria y generando malestar. Pueden manifestarse en	Diagnóstico Psiquiátrico	Trastorno que se caracteriza por episodios recurrentes de convulsiones debido a cambios anormales en la actividad eléctrica del cerebro.	Epilepsia	0. No 1. Si	¿Ha tenido convulsiones o ataques epilépticos? ¿Puede describir las convulsiones? ¿Con qué frecuencia ocurren? ¿Ha perdido el conocimiento durante una	Cualitativa nominal

alteraciones del estado de ánimo, la percepción, la memoria y la concentración (25).

convulsión? ¿Tiene señales de advertencia antes de las convulsiones, como sensaciones extrañas o cambios en la percepción?

Diagnóstico Psiquiátrico	Pensamientos o emociones que la persona experimenta sobre una situación o tema en específico, lo que provoca angustia o malestar.	Preocupaciones	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado.	¿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? ¿Le incomoda mucho esta preocupación, es desagradable, puede dejar de preocuparse?, vuelven a aparecer los pensamientos?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Respuesta emocional que experimenta una persona ante situaciones percibidas como	Ansiedad	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente	¿Se suele asustar o ponerse nervioso/a? (Si responde afirmativamente:) ¿Suele tener / sentir con frecuencia:	Cualitativa nominal

	amenazantes, que se caracterizan por sentimientos de preocupación, nerviosismo o temor.		angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado.	Palpitaciones, Sudoración, Temblores o sacudidas, Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.	
Diagnóstico Psiquiátrico	Se caracteriza por episodios repentinos e intensos de miedo acompañados de síntomas como dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración excesiva, temblores o sensación de ahogo.	Crisis de pánico	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	¿Ha tenido ataques de miedo o pánico y ha tenido que hacer algo para que terminen?  ¿Puede describir lo que ocurre?  ¿Con que frecuencia tiene esta crisis?	Cualitativa nominal

			4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado.		
Diagnóstico Psiquiátrico	Capacidad del individuo para mantener la atención en una actividad cotidiana durante un periodo determinado, sin distracciones.	Concentración	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Cómo está su concentración?  ¿Puede concentrarse cuando está hablando con alguien, oyendo radio, viendo televisión o leyendo?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Estado emocional que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza,	Ánimo depresivo	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y	¿Se ha sentido triste, deprimido recientemente? ¿Ha llorado en algún momento o	Cualitativa nominal

	desesperanza o falta de interés en actividades cotidianas, afectando su bienestar general.		ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	ha sentido ganas de llorar? ¿Se siente deprimido durante la mayor parte del tiempo o tan solo unas pocas horas cada vez?	
Diagnóstico Psiquiátrico	Falta de motivación o deseo de realizar actividades cotidianas que anteriormente para la persona era placentero o significativo.	Pérdida de interés	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	¿Tiene interés por las cosas?  ¿Ha perdido el interés por las cosas?  ¿Con qué disfruta recientemente?	Cualitativa nominal

			4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Sensación constante de cansancio o agotamiento para realizar sus actividades diarias, incluso después de descansar o dormir.	Falta de energía	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿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?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Emoción que surge cuando la persona percibe que ha hecho algo mal o ha fallado en cumplir	Sentimiento de culpa	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente	¿Tiende a echarse la culpa o se siente culpable de algo? ¿Se siente en ocasiones inútil?	Cualitativa nominal

	con sus expectativas.		angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Alteración en el movimiento o actividad física, que se manifiesta con lentitud o aceleración; o en el habla y el pensamiento, los cuales pueden ser desorganizados.	Retraso/agitación psicomotriz	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 4. Cuando el entrevistador no	¿Ha enlentecido sus actividades? ¿Se agita en ocasiones? ¿Experimenta dificultades para recordar información reciente? ¿Tiene dificultades para aprender nuevas habilidades o conceptos?	Cualitativa nominal

			está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Estado emocional en que el individuo percibe el futuro de manera negativa, pesimista o con desconfianza, sintiendo que no hay posibilidades de mejora.	Desesperanza	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Cómo ve el futuro? ¿Se siente desesperanzado/a?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Pensamientos o consideraciones sobre la posibilidad de quitarse la vida, evaluada a través de factores como antecedentes personales, estado	Ideación Suicida reciente	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.	¿Ha sentido que no vale la pena vivir? ¿Ha pensado en acabar con todo? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Sigue pensando de la misma manera?	Cualitativa nominal

			mental actual y tensiones o estresores recientes.	2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Tiene algún plan para acabar con su vida?	
Diagnóstico Psiquiátrico	Pensamientos o planes sobre el suicidio que la persona experimenta en el momento presente evaluados según su frecuencia, intensidad y gravedad.	Ideación suicida actual		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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o	¿Sigue pensando de la misma manera? ¿Tiene algún plan para acabar con su vida?	Cualitativa nominal

			ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Período de descanso nocturno en el que el participante menciona su capacidad para conciliar el sueño y sentirse descansado al despertar.	Sueño	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Ha tenido problemas para dormir recientemente (si responde afirmativamente) ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? ¿Se despierta más temprano por las mañanas?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Sensación de hambre, evaluada con la frecuencia de que el participante experimenta hambre, cantidad de alimentos consumidos y cualquier cambio en	Apetito	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿Cómo ha estado su apetito? ¿Disfruta lo que come? ¿Ha estado comiendo mucho mas o menos de lo habitual?	Cualitativa nominal

	sus hábitos alimenticios.		moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Variación en el peso corporal del individuo, evaluada a través de la cantidad de peso perdido o ganado en un periodo específico.	Pérdida/ganancia de peso	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma.	¿Ha perdido (o ganado) peso durante los últimos tres meses? ¿Cuánto ha sido más o menos? ¿Cuánto en el último mes?	Cualitativa nominal

			5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Nivel de deseo evaluado por la frecuencia e intensidad de los pensamientos, deseos o comportamientos sexuales.	Líbido	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. 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Ha perdido el interés por el sexo?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Presencia de trastornos a través de los comportamientos alimentarios anormales, como restricción excesiva de alimentos o episodios de ingesta compulsiva.	Trastornos de la alimentación	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente	¿Cuáles son sus hábitos alimenticios? ¿Está EXCESIVAMENTE preocupado/a por comer alimentos que engorden? Cree que está gordo/a, incluso cuando otras personas le dicen	Cualitativa nominal

			angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o No preguntado	que está demasiado delgado/a? ¿Está preocupado / a porque no tiene control de la cantidad que come? ¿Diría que la comida domina su vida? ¿Se provoca el vómito cuando se encuentra lleno / a? ¿O usa fármacos como laxantes, diuréticos u otros para reducir su llenura?	
Diagnóstico Psiquiátrico	Se considerarán personas de sexo biológico femenino, es decir, aquellas que tengan un aparato reproductor femenino funcional, con o sin actividad menstrual actual.	Apartado (Solo Mujeres)	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o	¿Se ha interrumpido su menstruación?	Cualitativa nominal

			ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Preocupación excesiva y persistente sobre la creencia de estar enfermo o tener una enfermedad grave o mortal.	Hipocondriasis	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Cómo está su salud física? ¿Le preocupa su salud o alguna enfermedad? ¿Hay algo con 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?)	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Presencia de pensamientos intrusivos y comportamientos repetitivos que la persona reporta como difíciles de controlar o detener.	Obsesiones/com pulsiones	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿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:	Cualitativa nominal

			moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿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?	
Diagnóstico Psiquiátrico	Miedo intenso a situaciones específicas (fobia) o a estar en lugares donde el escape podría ser difícil (agorafobia) manifestada por episodios de ansiedad o pánico.	Fobia / Agorafobia	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma.	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) <b>Fobia / fobia específica:</b> ¿O a estar en una habitación pequeña, o se asusta con algunos tipos de animales, o con alturas, los lugares oscuros, etc.? <b>Fobia / fobia social:</b> ¿O ser el centro de atención,	Cualitativa nominal

			5. No aplicable o no preguntado	como por ejemplo salir a comer afuera, hablar en público, etc.	
Diagnóstico Psiquiátrico	Estado emocional caracterizado por un aumento anormal de la energía, la excitación, la euforia y la irritabilidad, puede manifestarse con comportamientos impulsivos.	Manía	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. 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Se ha sentido con demasiada energía (lleno/a de energía) recientemente? ¿Últimamente se ha sentido muy feliz sin ninguna razón aparente?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Presencia de alteraciones en el proceso de pensamiento, como incoherencia o dificultades para la organización de ideas acompañado de síntomas como	Trastorno del pensamiento	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.	¿Se le mezclan (confunden) sus pensamientos? ¿De forma que no los puede organizar? ¿Puede pensar con claridad/orden?	Cualitativa nominal

			<p>pensamientos desorganizados o delirantes.</p> <p>2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante.</p> <p>3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante</p> <p>4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma.</p> <p>5. No aplicable o no preguntado</p>		
Diagnóstico Psiquiátrico	Percepción de voces u otros sonidos que no tienen una fuente externa. Además, la presencia de creencias falsas sobre sí mismo o su propio cuerpo.	Síntoma psicótico/alucinaciones auditivas	<p>0. No evidencia o presencia del síntoma.</p> <p>1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.</p> <p>2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante.</p> <p>3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante</p> <p>4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o</p>	<p>¿Ha tenido sensaciones extrañas?</p> <p>¿Oye usted cosas que otras personas no pueden oír?</p> <p>(¿Qué es lo que oye?)</p> <p>(¿Y voces?)</p> <p>(¿Cuándo no hay nadie alrededor?)</p> <p>(¿Qué dicen?)</p>	Cualitativa nominal

			ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Presencia de percepciones visuales de objetos o figuras que no tienen una fuente externa, también se puede evaluar la presencia de creencias erróneas, pensamientos y comportamientos desorganizados, como indicativo y una pérdida de contacto con la realidad.	Síntomas psicóticos/aluci naciones visuales	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 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	¿Tiene visiones o ve cosas que son invisibles para el resto de la gente? ¿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?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Dificultad para recordar el momento actual, eventos recientes o acceder a recuerdos pasados. Este problema puede ser temporal y resolverse con el tiempo (transitorio).	Desorientación del tiempo	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿Algunas personas cuando se sienten mal o están disgustadas pierden la noción del tiempo Puedo preguntarle ¿Cuál es la fecha de hoy?	Cualitativa nominal

			<p>moderadamente angustiante o incapacitante.</p> <p>3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante</p> <p>4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma.</p> <p>5. No aplicable o no preguntado</p>	<p>¿Puede decirme qué día de la semana es? (¿Qué mes?) (¿Qué año?)</p>	
Diagnóstico Psiquiátrico	Dificultad para reconocer o identificar el lugar en el que se encuentra la persona, episodios de confusión sobre la ubicación.	Desorientación de lugar	<p>0. No evidencia o presencia del síntoma.</p> <p>1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.</p> <p>2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante.</p> <p>3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante</p> <p>4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma.</p>	<p>¿Cuál es el nombre de este lugar?</p> <p>¿Dónde está situado?</p>	Cualitativa nominal

Diagnóstico Psiquiátrico	Dificultad para reconocer o identificar a uno mismo o a otro personal, con períodos de confusión sobre su identidad.	Desorientación en persona	<p>5. No aplicable o no preguntado</p> <p>0. No evidencia o presencia del síntoma.</p> <p>1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.</p> <p>2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante.</p> <p>3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante</p> <p>4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma.</p> <p>5. No aplicable o no preguntado</p>	<p>¿Me había visto antes?</p> <p>¿Tiene dificultad para reconocer a sus familiares y amigos cercanos?</p> <p>¿Cuál es el nombre de este lugar?</p> <p>¿Dónde está situado?</p>	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Incapacidad para recordar información reciente o pasada, se evalúa los episodios de olvido y la dificultad para recuperar datos importante o eventos.	Pérdida de memoria	<p>0. No evidencia o presencia del síntoma.</p> <p>1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.</p> <p>2. Síntoma presente y moderadamente</p>	<p>¿Ha tenido algún problema con la memoria?</p> <p>¿Qué tan grave es esto para usted?</p> <p>¿Últimamente acostumbra a olvidar las cosas?</p>	Cualitativa nominal

			angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
Diagnóstico Psiquiátrico	Consumo excesivo de alcohol que interfiere con el funcionamiento diario, con comportamientos como la incapacidad para cumplir con responsabilidades laborales, sociales o familiares.	Abuso de alcohol	0 No bebe o bebe únicamente de forma social 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	¿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,	Cualitativa nominal

				amnesia, confusión, visiones, convulsiones, etc.? ¿Ha abandonado sus aficiones a causa de la bebida?	
Diagnóstico Psiquiátrico	Consumo recurrente y excesivo de sustancias psicoactivas, como alcohol, medicamentos para el dolor o drogas ilícitas, lo que puede ocasionar daño físico, social o emocional.	Abuso de drogas	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	¿Suele consumir drogas (drogas ilegales)? Si responde afirmativamente ¿Cuánto consume? ¿Sufre algún síntoma de abstinencia? ¿Es el abuso de drogas un problema para usted?	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Patrones de sentimientos, pensamientos y comportamientos que son inapropiados para diversas situaciones afectando en el desempeño social, laboral o familiar.	Problemas de personalidad	0 Sin problemas 1 Problemas ocasionales (rasgo de personalidad) 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante 3 Problemas frecuentes de grado moderado	¿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)	Cualitativa nominal
Diagnóstico Psiquiátrico	Respuestas fisiológicas del cuerpo cuando se	Estrés	0 Sin estrés 1 Estrés en grado leve	¿Ha pasado por algún tipo de situación estresante	Cualitativa nominal

	enfrenta a una situación percibida como amenazante o que requiere un esfuerzo adicional.		2 Estrés en grado moderado 3 Estrés en grado severo	antes de que sus problemas comenzaran? Por ejemplo, ¿alguien cercano a usted murió, rompió alguna relación o cualquier otro tipo de situación estresante?	
Diagnóstico Psiquiátrico	Se desarrolla en algunas personas después de experimentar o presenciar un evento traumático junto con reviviscencias del evento (flashbacks) provocando alteraciones emocionales.	Trastorno de estrés postraumático	0. No 1. Si	¿Qué ha pasado después (del evento estresante)? ¿Tiene pesadillas sobre lo que pasó? ¿Ha tenido momentos en los que ve lo que sucedió de nuevo, como si estuviera en frente de sus ojos? ¿Cómo se siente en situaciones que le recuerdan lo que pasó? ¿Las evita? ¿Se ha vuelto más irritable y nervioso desde lo que pasó?	Cualitativa nominal

**Objetivo 3:** Proponer una valoración de riesgos de trastornos mentales para aplicarse a adultos en la comunidad de Pusir Grade según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE
<b>Diagnósticos NANDA</b>	Juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud actuales o potenciales y procesos vitales. Este juicio proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería que buscan lograr resultados específicos, de los cuales la enfermera es responsable (26).	Clasificación diagnóstica de enfermería.	Categoría conceptual que abarca áreas específicas de la salud y el bienestar, proporcionando un marco para la identificación y clasificación de los problemas de salud.	Dominio	1. Con alteración 2. Sin alteración	Valoración de datos objetivos y subjetivos	Cuantitativa nominal
			Subdivisión más específica dentro de un dominio, que abarca un conjunto de diagnósticos de enfermería relacionados por características comunes.	Clase	1. Con alteración 2. Sin alteración		Cuantitativa nominal
			Nombre asignado a un diagnóstico de enfermería específico dentro de una clase, que describe de manera concisa y precisa un problema de salud o un patrón de respuestas humanas.	Etiqueta	1. Con alteración 2. Sin alteración		Cuantitativa nominal

## 2.5. Participantes

### 2.5.1 Población de estudio

La población estudiada consistió en residentes de la comunidad de Pusir Grande, ubicada en la parroquia de San Vicente de Pusir, en la provincia de Carchi. La comunidad tiene un total de 777 habitantes, de los cuales se incluyeron aquellos con edades entre 18 y 77 años. Este rango de edad fue seleccionado para cumplir con los objetivos de la investigación, permitiendo así obtener datos representativos sobre la prevalencia y los factores de riesgo de los trastornos mentales en la comunidad. El estudio se llevó a cabo durante el periodo de investigación comprendido entre abril – agosto 2024

### 2.5.2 Muestra utilizada

Se definió un muestreo por conveniencia en población finita. A continuación, se presenta la fórmula de cálculo muestral:

#### Fórmula para muestreo por conveniencia en población finita

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- $n$  = Corresponde al tamaño de la muestra seleccionada para la aplicación del instrumento de recolección de datos. En esta investigación se obtuvo una muestra de 101 participantes, considerada suficiente para representar adecuadamente a la población objeto de estudio.
- $N$  = Representa la población total o universo de estudio. Para la presente investigación, corresponde a 777 habitantes de la comunidad de Pusir Grande que cumplen con los criterios establecidos para participar en el estudio.
- $Z$  (nivel de confianza) = Es el valor estadístico que determina el grado de confiabilidad de los resultados obtenidos. Se utilizó un nivel de confianza del 95%, equivalente a un valor

de 1.96, lo que proporciona una alta probabilidad de que los resultados reflejen las características reales de la población.

- $p$  (probabilidad de ocurrencia) = Indica la proporción estimada de individuos que pueden presentar la característica o fenómeno objeto de estudio. Se asumió un valor de **0,5**, debido a la ausencia de investigaciones previas específicas en la comunidad, permitiendo obtener una estimación más conservadora.
- $q$  (probabilidad complementaria) = Corresponde al complemento de la probabilidad de ocurrencia ( $q = 1 - p$ ). En este caso, se estableció un valor de 0.5, representando la proporción de individuos que no presentan la característica analizada.
- $e$  (margen de error) = Hace referencia al nivel de precisión aceptado para los resultados de la investigación. Se estableció un margen de error del 5% (0.05), considerado adecuado para estudios de carácter poblacional.

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 777 habitantes de la comunidad de Pusir Grande, de los cuales se seleccionó una muestra de 101 participantes mediante un procedimiento de muestreo probabilístico. Se incluyeron personas mayores de 18 años, por constituir el grupo poblacional con capacidad para responder de manera autónoma el instrumento de recolección de información.

Para determinar el tamaño de la muestra se empleó la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% ( $Z = 1,96$ ), un margen de error del 5% ( $e = 0,05$ ), una probabilidad de ocurrencia del 50% ( $p = 0,5$ ) y una probabilidad complementaria del 50% ( $q = 0,5$ ). Estos parámetros son ampliamente utilizados cuando no existen antecedentes específicos sobre la prevalencia del fenómeno estudiado en la población de interés.

Sin embargo, con el propósito de mantener la coherencia metodológica con el macroproyecto de investigación, el cual contempló una población total de 5118 habitantes y una muestra de 557 participantes, se realizó una distribución proporcional de la muestra para la comunidad de Pusir Grande, estableciéndose como meta la aplicación de 52 encuestas. La selección de los participantes se efectuó mediante un muestreo por conveniencia, considerando las particularidades de la población y las limitaciones encontradas durante el trabajo de campo. Muchos habitantes no se

encontraban en sus domicilios al momento de la recolección de datos, debido a que se desplazan con frecuencia a diferentes sectores para la comercialización de sus productos y el desarrollo de actividades laborales.

Además, las condiciones de acceso a la comunidad dificultaron el contacto permanente con todos los pobladores, a pesar de haberse realizado varias visitas en distintos días y horarios. Por estas razones, se incluyó a las personas que estuvieron disponibles y aceptaron participar voluntariamente en el estudio, garantizando así la obtención de información relevante sobre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales dentro del marco metodológico establecido.

### **2.5.3 Características generales de la muestra**

La parroquia de San Vicente de Pusir limita al Norte con Mira y San Vicente de Pusir, al Sur con la provincia de Imbabura, al Este con la parroquia de los Andes y al Oeste con el río Mira. El clima es cálido-seco, con temperaturas medias entre 15°C y 18°C.

A su vez, cuenta con cuatro centros poblados principales: San Vicente de Pusir, Tumbatú, Yascón y Pusir Grande. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la población de la comunidad de Pusir Grande es de 777 personas (11) (27).

La comunidad alberga una población diversa: el 40,85% de afroecuatorianos o afrodescendientes, un 38,55 % de mestizos y una minoría de 1,76% de blancos y personas que se identifican como indígenas. La edad promedio es de 23,7 años, con ligeras diferencias entre hombres (23,8 años) y mujeres (23,6 años).

Entre las principales causas de morbi-mortalidad en el cantón al que pertenece la parroquia de San Vicente de Pusir se encuentra los trastornos hipertensivos, sepsis y las causas indirectas. En esta última de acuerdo con la clasificación CIE-10 se agrupa a los trastornos mentales y del comportamiento, aunque no se especifica la tasa de prevalencia por estas causas (28).

#### **2.5.4 Criterios de inclusión**

- Población mayor de 18 años hasta los 77 años.
- Personas que residen en la comunidad de Pusir Grande por más de un año.
- Personas con discapacidad física, sensorial o dificultades de comunicación que puedan participar en la encuesta con el apoyo de un familiar, tutor o cuidador responsable.
- Personas que aceptan voluntariamente la participación en el estudio.

#### **2.5.5 Criterios de exclusión**

- Personas que no acepten formar parte en el estudio.
- Personas que no estuvieron al momento de la aplicación del estudio.
- Personas que, al momento de la aplicación de la encuesta, presenten alteraciones del estado de conciencia, intoxicación por alcohol u otras sustancias, o condiciones que impidan comprender y responder adecuadamente las preguntas.
- Individuos que presenten enfermedades infecciosas o en estado de aislamiento obligatorio.

### **2.6. Procedimiento y análisis de datos**

Se utilizaron encuestas estructuradas generadas mediante el programa GMHAT/PC, las cuales fueron impresas y administradas en persona a los participantes. Tras la recolección, las respuestas se revisaron minuciosamente para asegurar la integridad y completitud de los datos, descartando aquellas con inconsistencias o incompletas.

La gestión de la información se llevó a cabo mediante la digitación de los datos obtenidos en los cuestionarios físicos en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Posteriormente, se realizó un proceso de revisión y depuración de la información con el fin de identificar posibles errores de registro, omisiones e inconsistencias en las respuestas, garantizando la calidad y confiabilidad de los datos. Una vez validada la base de datos, esta fue exportada al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 18, para su procesamiento y análisis estadístico. El estudio empleó estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para la

organización y presentación de los resultados en tablas, lo que permitió describir de manera clara la prevalencia de las enfermedades mentales y los factores de riesgo asociados en la comunidad de Pusir Grande.

SPSS, desarrollado por IBM, es un software ampliamente utilizado en investigación científica y análisis de datos. Su capacidad para gestionar grandes volúmenes de información y aplicar diversas técnicas estadísticas lo convierte en una herramienta esencial en estudios cuantitativos. En este estudio, se emplearon análisis descriptivos, incluyendo tablas de frecuencia, lo que permitió obtener una visión clara y estructurada de la distribución de los datos.

## 2.7. Aspectos bioéticos

Este estudio se rige por principios bioéticos fundamentales que garantizan la protección de los participantes y la validez de los resultados.

**Autonomía:** Se debe obtener el consentimiento informado de los participantes, asegurando que comprendan los objetivos, riesgos y beneficios del estudio, de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (29)

**Beneficencia y no maleficencia:** La investigación debe generar un impacto positivo en la comunidad sin causar daño a los participantes, siguiendo los lineamientos del Informe Belmont (30).

**Justicia:** Se debe garantizar equidad en la selección de los participantes, sin discriminación ni sesgos injustificados, conforme a la normativa ética internacional (30).

**Confidencialidad:** El manejo de datos personales debe cumplir con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador y con las directrices de la OMS sobre bioética y derechos humanos (31).

## Constitución de la República del Ecuador 2008

Capítulo 2: Derechos del buen vivir

Sección Séptima: De la Salud

*“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.” (32)*

## **Ley Orgánica de Salud Mental**

### Capítulo 1. Normas Generales

**Artículo 6.- Salud mental:** *“La salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, familiar, comunitario y socioeconómico. Se entenderá como el estado de bienestar mental que permite a las personas un equilibrio emocional interno y un equilibrio emocional externo del medio ambiente en el que se desenvuelve, para hacer frente a los momentos adversos de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejoría de la comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en que vivimos.” (33)*

**Artículo 9.- Derecho de salud mental:** *En materia de salud mental, toda persona tendrá derecho a:*

- a) Recibir programas de promoción de la salud mental, que incluye el conocimiento de los factores de riesgo que puedan producir trastornos mentales;*
- b) Recibir acciones de prevención de los problemas de salud mental;*
- c) Recibir en todos los prestadores de servicios de salud públicos, privados y comunitarios atención en salud con enfoque en derechos humanos, especializada, integral e integrada.*
- d) Recibir atención gratuita, multidisciplinaria, especializada y de calidad en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud; y, en los prestadores de servicios privados a los que dichas instituciones deriven a sus pacientes.*
- e) Recibir el tratamiento terapéutico de acuerdo con sus necesidades, basados en la mejor evidencia científica acorde a guías de práctica clínica y protocolos de atención, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.” (33)*

**Artículo 12. Consentimiento libre e informado:** *“Toda persona tiene derecho a otorgar, negar o revocar su consentimiento libre y voluntario en cada procedimiento o intervención relacionada con su salud mental, y expresarlo verbalmente o por escrito, después de haber sido informado de manera clara, oportuna, suficiente y completa sobre su condición de salud.”* (33)

### **Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.**

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética. Los Elementos del Código son:

*1.- La Enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Proporcionando: cuidados, respeto, brindando información y confidencialidad.*

*2.- La Enfermera y la práctica: La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal a fin de fomentar confianza. Empleará tecnología y avances científicos.*

*3.- La Enfermera y la profesión: La enfermera aplicará normas de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuyendo al desarrollo de conocimientos profesionales.*

*4.- La Enfermera y sus compañeros de trabajo: La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud* (34).

### **✓ Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2030**

**“Contexto 09. Salud mental y trastornos mentales: determinantes y consecuencias:** *Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.”* (1)

**Objetivo 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental**

**“Contexto 28:** *La planificación, organización y financiación de los sistemas de salud es una tarea compleja que requiere la participación de múltiples partes interesadas y de diferentes niveles administrativos. Como protectores máximos de la salud mental de la población, los gobiernos son los principales responsables de poner en marcha arreglos institucionales, jurídicos, financieros y de servicios apropiados para garantizar que se atienden todas las necesidades y se fomenta la salud mental de la totalidad de la población.”* (1)

## CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 3.1. Resultados y Discusión

*Tabla 3. Frecuencias de datos sociodemográficos (Sexo, edad, etnia, estado civil)*

Factor Sociodemográfico	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Sexo</b>	Masculino	24	23,8 %
	Femenino	77	76,2%
<b>Edad</b>	18 a 27 años	19	18,8%
	28 a 37 años	11	10,9%
	38 a 47 años	12	11,9%
	48 a 57 años	12	11,9%
	58 a 67 años	17	16,8%
	68 a 77 años	30	29,7%
<b>Etnia</b>	Mestizo	1	1,0%
	Afro	100	99,0%
<b>Estado civil</b>	Casado	36	35,6%
	Soltero	32	31,7%
	Divorciado	3	3,0%
	Viudo	20	19,8%
	Separado	4	4,0%
	Unión libre	6	5,9%

Los datos sociodemográficos obtenidos proporcionan información relevante para comprender los factores de riesgo asociados a la prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande. La predominancia de mujeres en la muestra (76,2%) evidencia una posible mayor exposición a factores estresantes relacionados con la sobrecarga de responsabilidades familiares, domésticas y de cuidado. En este sentido, en un estudio de Stark y Weber señalan que las mujeres que viven en contextos rurales suelen enfrentar una “triple carga” de trabajo —doméstico, laboral y de cuidado—, situación que incrementa significativamente el riesgo de desarrollar trastornos afectivos como ansiedad, estrés y depresión (35). Asimismo, se observa un importante porcentaje de adultos mayores, principalmente en los grupos de 68 a 77 años (29,7%) y de 58 a 67 años (16,8%), lo que sugiere una mayor vulnerabilidad a trastornos mentales asociados al envejecimiento, tales como depresión, ansiedad y deterioro cognitivo. Al respecto, Gallardo

destaca que el aislamiento geográfico y las limitaciones en el acceso a servicios de salud mental en comunidades rurales pueden agravar estos problemas en la población adulta mayor (36).

Por otra parte, la comunidad está conformada casi en su totalidad por población afrodescendiente (99,0%), aspecto que resalta la importancia de considerar los determinantes socioculturales de la salud mental, ya que factores como la desigualdad socioeconómica, la discriminación y las barreras de acceso a los servicios de salud pueden influir negativamente en el bienestar psicológico. En relación con el estado civil, la presencia de personas casadas (35,6%), solteras (31,7%) y viudas (19,8%) refleja diferentes contextos sociales y emocionales; particularmente, la viudez puede asociarse con experiencias de duelo, soledad y disminución del apoyo social, factores reconocidos por aumentar el riesgo de trastornos emocionales (37).

En conjunto, los resultados sugieren que la estructura demográfica de Pusir Grande presenta características que incrementan la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales. La feminización de la muestra, el envejecimiento poblacional y determinadas condiciones sociales actúan como determinantes que pueden favorecer la aparición de problemas de salud mental. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer estrategias integrales de promoción, prevención e intervención en salud mental, dirigidas especialmente a mujeres, adultos mayores y personas en situación de vulnerabilidad social, considerando las particularidades culturales y demográficas de la comunidad para contribuir al bienestar psicológico y mejorar su calidad de vida (38,39).

**Tabla 4. Factores sociodemográficos (Residencia, familia, escolaridad, ocupación, ingresos)**

<b>Factor sociodemográfico</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Residencia</b>	Solo	16	15,8
	Con familia	83	82,2
	Protegido	2	2,0
<b>Familia</b>	Nuclear	56	55,4
	Monoparental	14	13,9
	Nuclear ampliada	9	8,9
	Extensa	10	9,9
	Otra	12	11,9
<b>Escolaridad</b>	Primaria	55	54,5
	Secundaria	26	25,7
	Superior	6	5,9
	Ninguna	14	13,9
<b>Ocupación</b>	No trabaja	3	3,0
	Labores de campo	22	21,8
	Labores de hogar	51	50,5
	Jubilado	5	5,0
	Comercio	11	10,9
	Empleado	9	8,9
<b>Ingresos económicos</b>	Menos de 460		
	Si	96	95,0
	No	5	5,0
	460 y más		
	Si	5	5,0
No	96	95,0	

En cuanto a la residencia, la mayoría de los participantes vive con su familia (82,2%), lo que podría proporcionar un entorno de apoyo emocional, aunque también puede generar conflictos interpersonales que aumenten el estrés. La estructura familiar predominante es nuclear (55,4%), seguida por familias monoparentales (13,9%) y otras formas de convivencia (11,9%), lo que sugiere la presencia de hogares con posibles vulnerabilidades, especialmente en familias monoparentales donde la sobrecarga de responsabilidades puede generar mayor riesgo de ansiedad y depresión. En términos de escolaridad, más de la mitad de la población tiene solo educación primaria (54,5%) y un 13,9% no ha recibido educación formal, lo que puede estar relacionado con oportunidades laborales limitadas y una mayor exposición a situaciones de estrés económico, afectando la salud mental. En cuanto a la ocupación, la mayoría se dedica a labores de hogar

(50,5%) o del campo (21,8%), actividades que pueden estar asociadas con altos niveles de esfuerzo físico y estrés, especialmente en ausencia de estabilidad económica. Finalmente, los ingresos económicos reflejan una situación preocupante, ya que el 95% de la población percibe menos de 460 dólares mensuales, lo que indica altos niveles de pobreza que pueden generar incertidumbre, angustia y mayor vulnerabilidad a trastornos mentales.

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los participantes reside con su familia y pertenece principalmente a familias nucleares, situación que puede constituir un factor protector al proporcionar apoyo emocional y social. Sin embargo, también pueden presentarse conflictos intrafamiliares que incrementen los niveles de estrés y afecten el bienestar psicológico. Estos hallazgos coinciden con un estudio de Choi, quienes señalaron que la estructura familiar y la calidad de las relaciones dentro del hogar influyen significativamente en la salud mental, observándose mayor vulnerabilidad en familias monoparentales debido a la sobrecarga de responsabilidades y las limitaciones económicas (40).

En relación con los ingresos económicos, la gran mayoría de los participantes percibe menos de 460 dólares mensuales, evidenciando condiciones de pobreza que pueden generar incertidumbre, estrés y angustia. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Ridley en 2021, quienes describen una relación bidireccional entre pobreza y trastornos mentales, donde las limitaciones económicas incrementan el riesgo de depresión y ansiedad, mientras que los problemas de salud mental dificultan la mejora de las condiciones socioeconómicas. De igual manera, en un estudio transversal por Acosta y Alvear, concluyó que factores como bajos ingresos, menor nivel educativo y condiciones laborales desfavorables se asocian significativamente con una peor salud mental y una menor calidad de vida. En conjunto, estos hallazgos sugieren que las condiciones socioeconómicas, educativas y familiares presentes en la comunidad de Pusir Grande constituyen determinantes relevantes de la salud mental, por lo que resulta necesario implementar estrategias integrales que fortalezcan las redes de apoyo social, promuevan oportunidades educativas y contribuyan a disminuir las desigualdades económicas para mejorar el bienestar psicológico de la población (41,42).

*Tabla 5. Antecedentes patológicos*

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Antecedentes patológicos familiares (salud mental)</b>	Si	17	16,8
	No	84	83,2
<b>Antecedentes de depresión</b>	Si	8	7,9
	No	93	92,1
<b>Abuso o maltrato</b>	Físico	6	5,9
	Psicológico	28	27,7
	Sexual	1	1,0
	Ninguno	66	65,3
<b>Epilepsia</b>	Si	2	2,0
	No	99	98,0
<b>Retraso mental</b>	Leve o moderado	6	5,9
	No	95	94,1

Sobre los antecedentes patológicos de la comunidad, revelando aspectos importantes que pueden influir en su bienestar general y salud mental. En primer lugar, es significativo que un 41.6% de los participantes reporten tener antecedentes patológicos personales. Esta cifra sugiere una prevalencia considerable de condiciones médicas preexistentes que podrían afectar la calidad de vida y la salud mental de las personas. Es crucial considerar estos antecedentes al diseñar intervenciones de salud mental, ya que algunas condiciones médicas pueden estar relacionadas con trastornos como la depresión o la ansiedad.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares, un 16.8% de los participantes reporta tener antecedentes patológicos familiares. Este dato resalta la importancia de considerar factores genéticos y hereditarios en la salud mental de la comunidad. Individuos con antecedentes familiares de trastornos mentales podrían tener un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales.

Un 7.9% de la comunidad posee antecedentes de depresión. Aunque este porcentaje pueda parecer bajo, es importante recordar que la depresión es un trastorno mental común y subdiagnosticado. La presencia de los antecedentes sugiere la necesidad de estar atentos a posibles síntomas de depresión en la comunidad y ofrecer apoyo y tratamiento adecuados. En relación con el abuso o maltrato, la tabla muestra que un 5.9% ha sufrido maltrato físico, un 27.7% psicológico y un 1% sexual. Estos datos son alarmantes, en el caso del maltrato psicológico, que presenta la mayor

incidencia. El abuso y el maltrato pueden tener consecuencias graves y duraderas en la salud mental de las víctimas, incluyendo depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y otros problemas emocionales.

Lo cual detallada en el estudio de Tuárez en 2022 que es importante considerar que algunas funciones cognitivas pueden deteriorarse ligeramente con la edad, mientras que otras incluso pueden mejorar. Sin embargo, en este proceso influyen diversos factores de riesgo, como los antecedentes familiares, enfermedades psiquiátricas previas y trastornos adictivos. Estos elementos pueden incidir en la manifestación de síntomas depresivos y ansiosos, así como en el desarrollo de trastornos psiquiátricos en poblaciones vulnerables. La detección temprana y el abordaje adecuado de estos factores de riesgo son esenciales para prevenir el deterioro cognitivo y la progresión de enfermedades mentales en la comunidad (7).

La baja incidencia de epilepsia (2%) y retraso mental (5.9%) en la comunidad sugiere que estos factores pueden tener un impacto menor en comparación con otros antecedentes. Sin embargo, es importante no subestimar las necesidades de las personas con condiciones y asegurar que reciban el apoyo y la atención adecuados.

*Tabla 6. Signos y síntomas trastornos mentales*

Trastorno	Nivel	Si, (n)	Si, (%)	No, (n)	No, (%)
<b>Ansiedad</b>	Leve	45	44,6	56	55,4
	Moderado	20	19,8	81	80,2
	Severo	25	24,8	76	75,2
<b>Concentración</b>	Leve	23	22,8	78	77,2
	Moderado	13	12,9	88	87,1
	Severo	2	2,0	99	98,0
<b>Depresión</b>	Leve	43	42,6	58	57,4
	Moderado	17	16,8	84	83,2
	Severo	28	27,7	73	72,3
<b>Trastorno de la conducta alimentaria</b>	Leve	11	10,9	90	89,1
	Moderado	3	3,0	98	97,0
	Severo	7	6,9	94	93,1
<b>Hipocondriasis</b>	Leve	29	28,7	72	71,3
	Moderado	18	17,8	83	82,2
	Severo	10	9,9	91	90,1
<b>Trastorno obsesivo-compulsivo</b>	Leve	25	24,8	76	75,2
	Moderado	11	10,9	90	89,1
	Severo	5	5,0	96	95,0

La ansiedad se presenta como uno de los trastornos más prevalentes en la comunidad, con un 44.6% de los participantes experimentando ansiedad leve, un 19.8% ansiedad moderada y un 24.8% ansiedad severa. Estos datos sugieren que la ansiedad es un problema significativo en la comunidad, afectando a un alto porcentaje de personas en diferentes niveles de severidad. Es crucial implementar estrategias de intervención y tratamiento para abordar la ansiedad en sus diversas manifestaciones. En relación con la concentración, un 22.8% de los participantes reporta dificultades leves, un 12.9% dificultades moderadas y un 2% dificultades severas. Los problemas de concentración pueden ser un síntoma de diversos trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, y pueden afectar la calidad de vida y el funcionamiento diario de las personas. Es importante investigar las causas subyacentes de estos problemas de concentración y ofrecer apoyo y tratamiento adecuados.

La depresión también se manifiesta como un problema relevante en la comunidad, con un 42.6% de los participantes experimentando depresión leve, un 16.8% depresión moderada y un 27.7% depresión severa. La alta prevalencia de depresión en sus diferentes niveles de severidad resalta la

necesidad de implementar programas de prevención, detección temprana y tratamiento para este trastorno mental común y debilitante.

Un 10.9% de los participantes presenta síntomas leves de trastornos de la conducta alimentaria, un 3% síntomas moderados y un 6.9% síntomas severos. Aunque su prevalencia es menor que la de la ansiedad y la depresión, estos trastornos siguen siendo relevantes, pues pueden generar consecuencias graves en la salud física y emocional. La hipocondriasis, o preocupación excesiva por la salud, también está presente en la comunidad, con un 28.7% de los participantes experimentando síntomas leves, un 17.8% síntomas moderados y un 9.9% síntomas severos. Es fundamental abordar la hipocondriasis de manera adecuada, ya que puede generar ansiedad y afectar la calidad de vida de las personas. Finalmente, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se manifiesta en un 24.8% de los participantes con síntomas leves, un 10.9% con síntomas moderados y un 5% con síntomas severos. El TOC puede ser un trastorno mental complejo y debilitante, por lo que es importante ofrecer tratamiento y apoyo a las personas que lo padecen.

Los resultados evidencian una elevada prevalencia de signos y síntomas asociados a trastornos mentales en la comunidad afrodescendiente de Pusir Grande, destacándose principalmente la ansiedad y la depresión en sus diferentes niveles de severidad. Estos hallazgos coinciden con la evidencia científica reciente, que señala que las poblaciones afrodescendientes presentan una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental debido a la influencia de determinantes sociales como la pobreza, la exclusión social, las desigualdades económicas y las experiencias de discriminación racial. En este sentido, Schouler-Ocak y Moran en 2023 encontraron que la discriminación racial se relaciona significativamente con mayores niveles de ansiedad, depresión y malestar psicológico, afectando el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas pertenecientes a grupos étnicamente vulnerables (37).

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria, la hipocondriasis y el trastorno obsesivo compulsivo presentaron una menor prevalencia, su presencia refleja la existencia de diversas manifestaciones de afectación psicológica que requieren atención integral. Estos hallazgos respaldan lo descrito por Purtle en 2022 quienes enfatizan que las poblaciones históricamente marginadas enfrentan mayores riesgos de padecer problemas de salud mental debido a condiciones estructurales que limitan el acceso a recursos, servicios de salud y oportunidades de desarrollo (43).

*Tabla 7. Signos y síntomas de los trastornos mentales*

<b>Trastorno</b>	<b>Nivel</b>	<b>Si, n</b>	<b>Si, %</b>	<b>No, n</b>	<b>No, %</b>
<b>Fobia</b>	Leve	10	9,9	91	90,1
	Moderado	5	5,0	96	95,0
	Severo	8	7,9	93	92,1
<b>Manía</b>	Leve	37	36,6	64	63,4
	Moderado	6	5,9	95	94,1
	Severo	4	4,0	97	96,0
<b>Psicosis</b>	Leve	30	29,7	71	70,3
	Moderado	6	5,9	95	94,1
	Severo	8	7,9	93	92,1
<b>Desorientación</b>	Leve	22	21,8	79	78,2
	Moderado	3	3,0	98	97,0
	Severo	3	3,0	98	97,0
<b>Memoria</b>	Leve	15	14,9	86	85,1
	Moderado	0	0,0	101	100,0
	Severo	1	1,0	100	99,0
<b>Estrés</b>	Leve	39	38,6	62	61,4
	Moderado	18	17,8	83	82,2
	Severo	7	6,9	94	93,1
<b>Riesgo suicida</b>	Sin riesgo	77	76,2	24	23,8
	Leve	16	15,8	85	84,2
	Moderado	6	5,9	95	94,1
	Severo	0	0,0	101	100,0

La fobia se presenta en un 9.9% de los participantes con nivel leve, un 5% con nivel moderado y un 7.9% con nivel severo. Aunque la fobia no es el trastorno más prevalente, es importante prestar atención a las personas que la padecen, ya que puede limitar significativamente su vida diaria. La manía, un estado de ánimo elevado o irritable, se manifiesta en un 36.6% de los participantes con nivel leve, un 5.9% con nivel moderado y un 4% con nivel severo. La manía puede ser un síntoma de trastornos como el trastorno bipolar y requiere atención especializada.

La psicosis, que incluye síntomas como alucinaciones y delirios, se presenta en un 29.7% de los participantes con nivel leve, un 5.9% con nivel moderado y un 7.9% con nivel severo. La psicosis puede ser un signo de trastornos mentales graves como la esquizofrenia y requiere intervención profesional urgente. La desorientación, que puede manifestarse como dificultad para ubicarse en tiempo o espacio, se presenta en un 21.8% de los participantes con nivel leve, un 3% con nivel

moderado y un 3% con nivel severo. La desorientación puede ser un síntoma de diversas condiciones, incluyendo trastornos mentales y problemas médicos, y requiere evaluación exhaustiva. Los problemas de memoria se manifiestan en un 14.9% de los participantes con nivel leve y un 1% con nivel severo. Si bien la mayoría de los participantes no reportan problemas de memoria, es importante investigar las causas de estos síntomas en aquellos que los experimentan.

El estrés es un problema común en la comunidad, con un 38.6% de los participantes experimentando estrés leve, un 17.8% estrés moderado y un 6.9% estrés severo. Además, un 76.2% se percibe a sí mismo sin riesgo de estrés. El estrés crónico puede tener efectos negativos en la salud física y mental, por lo que es importante promover estrategias de manejo del estrés en la comunidad.

La presencia de riesgo suicida es un tema preocupante, con un 15.8% de los participantes en riesgo leve, un 5.9% en riesgo moderado y un 0% en riesgo severo. Es fundamental implementar medidas de prevención del suicidio y ofrecer apoyo a las personas que puedan estar en riesgo. De acuerdo al estudio de Ahmedani dice que se identificaron múltiples indicadores de atención médica significativamente asociados con la muerte por suicidio, tanto en la muestra de descubrimiento como en la de validación. Se encontró que 170 de los 202 indicadores evaluados en la muestra de descubrimiento mostraron asociaciones significativas, y de estos, 146 también fueron significativos en la muestra de validación, lo que resalta la robustez de los hallazgos (44).

Los resultados evidencian la presencia de diversos signos y síntomas relacionados con trastornos mentales en la comunidad afrodescendiente de Pusir Grande. Aunque la fobia presentó una menor prevalencia en comparación con otros trastornos, su presencia resulta relevante debido a las limitaciones que puede generar en la vida cotidiana y en la interacción social de quienes la padecen. Asimismo, la presencia de síntomas maníacos en una proporción importante de la población sugiere la necesidad de una evaluación especializada, considerando que estos pueden estar asociados a trastornos del estado de ánimo como el trastorno bipolar. En este sentido, McIntyre describe la manía como una alteración caracterizada por estados de ánimo anormalmente elevados o irritables que pueden afectar significativamente el funcionamiento personal y social (45).

Por otra parte, los síntomas psicóticos identificados en la comunidad merecen especial atención debido a que pueden constituir manifestaciones tempranas de trastornos mentales graves. Estos

hallazgos coinciden con Jongsma et al. En 2022, quienes encontraron que las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas y expuestas a condiciones de desventaja social presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicóticos. Considerando que la población estudiada es predominantemente afrodescendiente y presenta condiciones socioeconómicas vulnerables, estos factores podrían contribuir a la aparición de este tipo de sintomatología (46).

Finalmente, aunque la prevalencia de riesgo suicida fue relativamente baja en comparación con otros síntomas, su presencia constituye una señal de alerta para los servicios de salud. En concordancia con Ahmedani, diversos indicadores clínicos, psicológicos y sociales se encuentran significativamente asociados con la conducta suicida, por lo que la identificación temprana de personas en riesgo resulta fundamental para prevenir desenlaces fatales. En conjunto, estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención y atención integral de la salud mental en la comunidad afrodescendiente de Pusir Grande, considerando tanto los factores individuales como los determinantes sociales que influyen en el bienestar psicológico de la población (44).

*Tabla 8. Frecuencia de otros factores asociados*

<b>Factor</b>	<b>Si, n (%)</b>	<b>No, n (%)</b>
<b>Consumo de alcohol</b>	3 (3,0%)	98 (97,0%)
<b>Consumo de drogas</b>	0 (0,0%)	101 (100,0%)
<b>Trastorno de la personalidad</b>	15 (14,9%)	86 (85,1%)
<b>Proceso de duelo</b>	38 (37,6%)	63 (62,4%)

Los resultados muestran una baja prevalencia de consumo de alcohol en la comunidad de Pusir Grande, donde únicamente el 3% de los participantes reportó consumir bebidas alcohólicas. Este porcentaje es similar a la prevalencia mundial de trastorno por consumo de alcohol reportada en estudios recientes, la cual ha mostrado una tendencia decreciente durante la última década. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que la información fue obtenida mediante autodeclaración. En este sentido, Parvin et al. señalan que el consumo de alcohol y otras sustancias suele estar subestimado en investigaciones comunitarias debido al estigma social, el temor al juicio de los demás y el sesgo de deseabilidad social, especialmente en comunidades pequeñas donde existe mayor control social (47).

Respecto al consumo de drogas, ningún participante reportó haberlas utilizado. Aunque este hallazgo podría reflejar una baja presencia de esta problemática en la comunidad, la evidencia científica indica que el consumo de sustancias ilícitas puede permanecer oculto cuando se utilizan instrumentos basados únicamente en el autorreporte. Por ello, resulta necesario continuar realizando investigaciones que permitan identificar oportunamente conductas de riesgo, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes.

En relación con los trastornos de personalidad, se encontró una prevalencia del 14,9%, lo que evidencia la presencia de dificultades que pueden afectar significativamente la regulación emocional, las relaciones interpersonales y el funcionamiento social de quienes las padecen. Estos resultados coinciden con el metaanálisis de Winsper et al., quienes destacan que los trastornos de personalidad representan una carga importante para la salud mental debido a su asociación con problemas emocionales, deterioro social y mayor vulnerabilidad a otros trastornos psiquiátricos (48).

Por otra parte, el proceso de duelo fue identificado en el 37,6% de los participantes, convirtiéndose en una de las condiciones más frecuentes observadas en la comunidad. Este hallazgo podría relacionarse con la presencia de adultos mayores y personas que han experimentado pérdidas familiares significativas. Eisma y Tamminga en 2022 señalan que el duelo constituye una respuesta natural ante la pérdida de un ser querido; sin embargo, cuando no se procesa adecuadamente puede asociarse con síntomas de ansiedad, depresión, aislamiento social y deterioro de la calidad de vida (49). Asimismo, Boelen y Lenferink destacan que algunas personas pueden desarrollar duelo prolongado, condición que requiere intervención profesional para prevenir complicaciones psicológicas más graves (50).

En conjunto, los resultados sugieren que, aunque el consumo de alcohol y drogas presenta una baja prevalencia en la comunidad afrodescendiente de Pusir Grande, estos fenómenos no deben subestimarse debido a la posibilidad de subregistro. Por otro lado, los trastornos de personalidad y los procesos de duelo constituyen problemáticas más frecuentes y con potencial impacto en la salud mental de la población. Estos hallazgos coinciden con la literatura científica que reconoce la influencia de factores sociales, emocionales y culturales en el bienestar psicológico, resaltando la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención y atención integral de la salud mental adaptadas a las características y necesidades específicas de la comunidad.

**Tabla 9. Prevalencia de trastornos mentales (Diagnóstico GM-HAT)**

<b>Diagnóstico GM - HAT</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sin enfermedad mental	34	33,7%
Depresión	20	19,8%
Psicosis	12	11,9%
Trastorno mental orgánico	7	6,9%
Ansiedad	6	5,9%
Otros	35	34,7%

Los resultados obtenidos mediante la herramienta GMHAT evidencian una importante carga de trastornos mentales en la comunidad afrodescendiente de Pusir Grande, donde el 66,3% de los participantes presentó algún trastorno mental, mientras que únicamente el 33,7% no mostró un diagnóstico identificable. Aunque este último grupo no cumple criterios diagnósticos específicos, ello no implica necesariamente un estado óptimo de salud mental, ya que pueden existir síntomas subclínicos o necesidades psicológicas no detectadas. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Devonport, quien señala que una proporción considerable de personas con problemas de salud mental permanece sin diagnóstico o sin acceso oportuno a servicios especializados (51).

La depresión constituyó uno de los trastornos más frecuentes, afectando al 19,8% de la población estudiada. Este resultado concuerda con Santomauro quien identificó a los trastornos depresivos como una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (52). Asimismo, el estudio Global Burden of Disease en 2021 destacó que la depresión continúa representando una importante carga para los sistemas de salud debido a su impacto sobre el funcionamiento social, familiar y laboral de las personas (53).

Por otra parte, la prevalencia de psicosis observada en la comunidad (11,9%) merece especial atención debido a la gravedad de sus manifestaciones clínicas. Este porcentaje resulta superior al reportado en la mayoría de estudios poblacionales, lo que podría estar relacionado con las condiciones de vulnerabilidad social presentes en la comunidad. En este sentido, Jongasma et al. encontraron que las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas y expuestas a desigualdades sociales presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicóticos y otros trastornos mentales graves (46).

Los trastornos mentales orgánicos identificados en el 6,9% de los participantes también representan un hallazgo relevante, considerando que estas alteraciones suelen estar asociadas a enfermedades neurológicas, deterioro cognitivo o condiciones médicas subyacentes que requieren una evaluación integral. Del mismo modo, la ansiedad afectó al 5,9% de la población, porcentaje que, aunque inferior al de la depresión, continúa representando una problemática importante debido a su impacto sobre la calidad de vida y el bienestar emocional.

Finalmente, la elevada proporción de participantes agrupados en la categoría "Otros" (34,7%) evidencia la diversidad de manifestaciones psicopatológicas presentes en la comunidad y pone de manifiesto la necesidad de realizar evaluaciones más específicas que permitan caracterizar con mayor precisión estas afecciones. En conjunto, los hallazgos sugieren que la comunidad afrodescendiente de Pusir Grande enfrenta una importante carga de trastornos mentales, situación que podría estar influenciada por factores sociales, económicos y culturales previamente identificados en la población. Estos resultados coinciden con Adusei destaca que las desigualdades sociales, la pobreza y las barreras de acceso a los servicios de salud constituyen determinantes fundamentales de la salud mental. Por ello, resulta indispensable fortalecer las estrategias de promoción, prevención, detección temprana y atención integral en salud mental con enfoque intercultural y comunitario (54).

**Tabla 10. Prevalencia de trastornos mentales (Diagnóstico de Enfermería)**

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin enfermedad mental</b>	34	33,7%
<b>Autoestima crónica inadecuada</b>	20	19,8%
<b>Deterioro de la regulación del estado de ánimo</b>	12	11,9%
<b>Ansiedad excesiva</b>	9	8,9%
<b>Conductas de mantenimiento de salud ineficaces</b>	8	7,9%
<b>Ingesta nutricional inadecuada</b>	6	5,9%
<b>Identidad personal alterada</b>	5	5,0%
<b>Temor excesivo</b>	2	2,0%
<b>Deterioro de la interacción social</b>	2	2,0%
<b>Riesgo de síndrome postraumático</b>	2	2,0%
<b>Identidad personal alterada</b>	1	1,0%

Los resultados evidencian que, aunque el 33,7% de los participantes no presenta indicios de enfermedad mental según los criterios diagnósticos de enfermería, esto no garantiza necesariamente un estado óptimo de salud mental. La literatura científica señala que muchas personas pueden experimentar síntomas emocionales o psicológicos subclínicos sin cumplir criterios diagnósticos específicos o sin buscar ayuda profesional, situación que puede afectar su bienestar a largo plazo.

La baja autoestima crónica fue la condición más frecuente identificada (19,8%), constituyendo un hallazgo relevante debido a su estrecha relación con diversos trastornos mentales. Estos resultados coinciden con Berking, quien señala que la baja autoestima representa un importante factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión, además de influir negativamente en la percepción de bienestar y la capacidad de afrontamiento. Asimismo, el 11,9% de los participantes presentó alteraciones en la regulación del estado de ánimo, hallazgo que concuerda con el estudio antes mencionado en donde se describen que las dificultades para gestionar adecuadamente las

emociones se asocian con irritabilidad, cambios bruscos de humor y mayor vulnerabilidad psicológica (55).

La ansiedad afectó al 8,9% de la población estudiada, porcentaje que confirma la presencia de uno de los trastornos mentales más comunes a nivel mundial. Javaid et al., destacan que la ansiedad constituye una de las principales causas de afectación del bienestar emocional y puede manifestarse mediante preocupación excesiva, miedo persistente y síntomas físicos que interfieren con la vida cotidiana. De igual forma, el 7,9% de los participantes presentó conductas que comprometen su bienestar, situación que podría estar relacionada con dificultades emocionales y factores estresantes presentes en el entorno social y económico (56).

Los problemas de nutrición identificados en el 5,9% de los encuestados también representan un aspecto importante, considerando la estrecha relación entre alimentación y salud mental. En este sentido, Chen et al. demostraron que una nutrición inadecuada incrementa el riesgo de síntomas depresivos, ansiedad y alteraciones cognitivas, afectando tanto la salud física como psicológica (57). Por otro lado, las dificultades en la construcción de la identidad personal observadas en el 5% de la población pueden influir negativamente en la autoestima, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional, tal como señala Tovarović (58).

Aunque el temor persistente, las dificultades de interacción social y el riesgo de síndrome postraumático presentaron menores porcentajes (2%), estos hallazgos no deben subestimarse debido a las importantes repercusiones que pueden tener sobre la calidad de vida. La evidencia científica indica que el aislamiento social incrementa el riesgo de desarrollar trastornos mentales, mientras que las experiencias traumáticas pueden desencadenar síntomas de estrés postraumático, ansiedad y deterioro funcional significativo (59).

En conjunto, los resultados muestran que la comunidad de Pusir Grande presenta una amplia variedad de condiciones que afectan la salud mental, destacándose principalmente la baja autoestima, las dificultades en la regulación emocional y la ansiedad. Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar intervenciones integrales de promoción y prevención en salud mental, fortaleciendo las redes de apoyo, la educación emocional y el acceso oportuno a servicios

especializados, especialmente en una población afrodescendiente expuesta a diversos determinantes sociales que pueden influir en su bienestar psicológico

### 3.2. Planes de cuidados de enfermería

*Tabla 11. Plan de cuidados de Enfermería (Conducta de mantenimiento de salud ineficaz)*

<b>Tipo de diagnóstico:</b> Promoción	<b>Dominio:</b> 1. Promoción de la salud																					
	<b>Clase:</b> 2. Gestión de la salud																					
	<b>Código:</b> 00276																					
	<b>Etiqueta:</b> Conducta de mantenimiento de salud ineficaz																					
<b>Definición:</b> Manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica (15).																						
<b>Características definitorias:</b> Exacerbación de los signos de la afección, Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria, Falta de atención en los signos de afección, Falta de atención en los síntomas de afección,																						
<b>Factores de riesgo:</b> Preferencias de estilo de vida contradictorios, Disminución de la calidad de vida, Síntomas depresivos, Estrés excesivo, No aceptación de un problema																						
<b>Población de riesgo:</b> Personas en desventaja económica, Personas con bajo nivel educativo, Adultos mayores.																						
<b>Problemas asociados:</b> Trastorno neurocognitivo																						
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>																				
<p><b>Dominio:</b> V. Salud y calidad de vida  <b>Clase:</b> JJ. Estado de salud  <b>Código:</b> 2006  <b>Resultado:</b> Estado de salud personal</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <th colspan="5">2006 Realización de las actividades de la vida diaria</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="5">200619 Salud mental</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Gravemente comprometido  Sustancialmente comprometido  Moderadamente comprometido  Levemente comprometido  Ninguno (60).</p>	2006 Realización de las actividades de la vida diaria					1	2	3	4	5	200619 Salud mental					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> Fisiológico: Básico  <b>Clase:</b> F. Facilitación del autocuidado  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 1800  <b>Intervención:</b> Ayuda con el autocuidado  <b>Definición:</b> Ayuda a otra persona para que realice las actividades de la vida diaria.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.</li> <li>• Determinar si la capacidad física o cognitiva es estable o está disminuyendo, y responder a los cambios en consecuencia.</li> <li>• Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.(61).</li> </ul>
2006 Realización de las actividades de la vida diaria																						
1	2	3	4	5																		
200619 Salud mental																						
1	2	3	4	5																		

<p><b>Dominio:</b> IV. Participación en las decisiones sobre salud  <b>Clase:</b> Q. Conductas de salud  <b>Código:</b> 1606  <b>Resultado:</b> Participación de las decisiones sobre salud</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="261 449 609 575"> <tr> <td colspan="5"><b>160602 Muestra iniciativa personal en la toma de decisiones</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="261 604 609 730"> <tr> <td colspan="5"><b>160610 Identifica el apoyo disponible para lograr los resultados deseados</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>160602 Muestra iniciativa personal en la toma de decisiones</b>					1	2	3	4	5	<b>160610 Identifica el apoyo disponible para lograr los resultados deseados</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual (Cont.)  <b>Clase:</b> T. Favorecimiento del confort psicológico  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5820  <b>Intervención:</b> Disminución de la ansiedad  <b>Definición:</b> Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>• Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso (61).</li> </ul>
<b>160602 Muestra iniciativa personal en la toma de decisiones</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>160610 Identifica el apoyo disponible para lograr los resultados deseados</b>																						
1	2	3	4	5																		

*Tabla 12. Plan de cuidados de Enfermería (Riesgo de soledad excesiva)*

<b>Diagnóstico médico :</b> Depresión		
<b>Tipo de diagnóstico:</b> Riesgo	<b>Dominio:</b> 12. Confort	
	<b>Clase:</b> 3. Confort social	
	<b>Código:</b> 00335	
	<b>Etiqueta:</b> Riesgo de soledad excesiva	
<b>Definición:</b> Susceptible a un sentimiento exagerado de tristeza, abatimiento o malestar asociado a la falta de compañía o a estar separado de los/as demás (15).		
<b>Factores de riesgo:</b> Apoyo emocional inadecuado, Interacción social positiva inadecuada.		
<b>Población de riesgo:</b> Personas en desventaja económica, Personas que experimentan pérdida de personas significativas, Adultos mayores, Personas en desventaja social.		
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>

<p><b>Dominio:</b> III Salud psicosocial  <b>Clase:</b> M. Bienestar psicológico  <b>Código:</b> 1203  <b>Resultado:</b> Severidad de la soledad</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="261 432 609 495"> <tr><th colspan="5">120329 Tristeza</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <table border="1" data-bbox="261 527 609 590"> <tr><th colspan="5">120327 Depresión</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Grave  Sustancial  Moderado  Leve  Ninguno (60).</p>	120329 Tristeza					1	2	3	4	5	120327 Depresión					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual (Cont.)  <b>Clase:</b> R. Ayuda para el afrontamiento  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5330  <b>Intervención:</b> Manejo del estado de ánimo  <b>Definición:</b> Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a una persona que experimenta depresión o un estado de ánimo eufórico.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).</li> <li>• Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.</li> <li>• Proporcionar oportunidades de práctica de actividad física (caminar o montar bicicleta estática) (61).</li> </ul>
120329 Tristeza																						
1	2	3	4	5																		
120327 Depresión																						
1	2	3	4	5																		
<p><b>Dominio:</b> III Salud psicosocial  <b>Clase:</b> O. Autocontrol  <b>Código:</b> 1409  <b>Resultado:</b> Autocontrol de la depresión</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="261 1031 609 1157"> <tr><th colspan="5">140903 Identifica los factores precursores de la depresión</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <table border="1" data-bbox="261 1188 609 1283"> <tr><th colspan="5">140909 Refiere mejora del estado de ánimo</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	140903 Identifica los factores precursores de la depresión					1	2	3	4	5	140909 Refiere mejora del estado de ánimo					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual (Cont.)  <b>Clase:</b> R. Ayuda para el afrontamiento  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5326  <b>Intervención:</b> Mejora de las aptitudes de la vida diaria  <b>Definición:</b> Desarrollo de la capacidad del individuo para afrontar de forma independiente y eficaz las exigencias y dificultades de la vida diaria.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual del paciente respecto a la habilidad y comprensión del contenido</li> <li>• Potenciar la motivación mediante el establecimiento de metas asequibles progresivas</li> <li>• Seleccionar métodos de enseñanza y estrategias adecuados (61).</li> </ul>
140903 Identifica los factores precursores de la depresión																						
1	2	3	4	5																		
140909 Refiere mejora del estado de ánimo																						
1	2	3	4	5																		

*Tabla 13. Plan de cuidados de Enfermería (Riesgo de conducta autolesiva suicida)*

<p><b>Tipo de diagnóstico:</b> Riesgo</p>	<p><b>Dominio:</b> 11. Seguridad/protección</p>
	<p><b>Clase:</b> 3. Violencia</p>
	<p><b>Código:</b> 00466</p>
	<p><b>Etiqueta:</b> Riesgo de la conducta autolesiva suicida</p>
<p><b>Definición:</b> Susceptible de actuar de forma perjudicial contra sí mismo/a, asociado a una intención de morir (15).</p>	
<p><b>Factores de riesgo:</b></p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores conductuales:</b> Conductas agresivas, Dificultad para expresar emociones, Control de impulsos ineficaz.</li> <li>• <b>Factores psicológicos:</b> Ansiedad, Pensamiento negativo automático, Síntomas depresivos, Desesperanza.</li> <li>• <b>Factores sociales:</b> Apoyo social inadecuado, Soledad, Aislamiento social</li> </ul>																						
<b>Población de riesgo:</b> Personas en desventaja económica																						
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>																				
<p><b>Dominio:</b> III. Salud psicosocial  <b>Clase:</b> M. Bienestar psicosocial  <b>Código:</b> 1304  <b>Resultado:</b> Resolución de la aflicción</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>130409 Discute los conflictos no resueltos</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>130412 Mantiene el entorno de vida</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>130409 Discute los conflictos no resueltos</b>					1	2	3	4	5	<b>130412 Mantiene el entorno de vida</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 4. Seguridad  <b>Clase:</b> U. Gestión de crisis  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 6340  <b>Intervención:</b> Prevención del suicidio V  <b>Definición:</b> Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio</li> <li>• Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).</li> <li>• Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos (61).</li> </ul>
<b>130409 Discute los conflictos no resueltos</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>130412 Mantiene el entorno de vida</b>																						
1	2	3	4	5																		
<p><b>Dominio:</b> III. Salud psicosocial  <b>Clase:</b> M. Bienestar psicosocial  <b>Código:</b> 1201  <b>Resultado:</b> Esperanza</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>120103 Expresión de ganas de vivir 1</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>120111 Demostración de entusiasmo por la vida</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>120103 Expresión de ganas de vivir 1</b>					1	2	3	4	5	<b>120111 Demostración de entusiasmo por la vida</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual (Cont.)  <b>Clase:</b> R. Ayuda para el afrontamiento  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5400  <b>Intervención:</b> Mejora de la autoestima  <b>Definición:</b> Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</li> <li>• Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</li> <li>• Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas (61).</li> </ul>
<b>120103 Expresión de ganas de vivir 1</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>120111 Demostración de entusiasmo por la vida</b>																						
1	2	3	4	5																		

**Tabla 14. Plan de cuidados de Enfermería (Duelo desadaptativo)**

<b>Tipo de diagnóstico: Focalizado en el problema</b>		<b>Dominio:</b> 9. Afrontamiento/tolerancia estrés																				
		<b>Clase:</b> 2. Respuestas de afrontamiento																				
		<b>Código:</b> 00301																				
		<b>Etiqueta:</b> Duelo desadaptativo																				
<b>Definición:</b> Respuestas tras la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales (15).																						
<b>Características definatorias:</b> Ira, Ansiedad, Síntomas depresivos, Pesar en relación con la persona fallecida, Estrés excesivo, Sentimiento de vacío, No aceptación de una muerte,																						
<b>Población de riesgo:</b> Personas en desventaja económica																						
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>																				
<p><b>Dominio:</b> III. Salud psicosocial  <b>Clase:</b> N. Adaptación psicosocial  <b>Código:</b> 1302  <b>Resultado:</b> Afrontamiento</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>130205</b></td> <td colspan="3"><b>Manifiesta aceptación de la situación</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>130217</b></td> <td colspan="3"><b>Refiere disminución de los sentimientos negativos</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>130205</b>		<b>Manifiesta aceptación de la situación</b>			1	2	3	4	5	<b>130217</b>		<b>Refiere disminución de los sentimientos negativos</b>			1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual (Cont.)  <b>Clase:</b> R. Ayuda para el afrontamiento  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5230  <b>Intervención:</b> Mejora  <b>Definición:</b> Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</li> <li>• Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</li> <li>• Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva (61).</li> </ul>
<b>130205</b>		<b>Manifiesta aceptación de la situación</b>																				
1	2	3	4	5																		
<b>130217</b>		<b>Refiere disminución de los sentimientos negativos</b>																				
1	2	3	4	5																		

<p><b>Dominio:</b> III. Salud psicosocial  <b>Clase:</b> N. Adaptación psicosocial  <b>Código:</b> 1309  <b>Resultado:</b> Resiliencia personal</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="261 470 609 533"> <tr> <td colspan="5"><b>130903 Expresa emociones</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="261 562 609 659"> <tr> <td colspan="5"><b>130912 Busca Apoyo emocional</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>130903 Expresa emociones</b>					1	2	3	4	5	<b>130912 Busca Apoyo emocional</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual  <b>Clase:</b> Q. Mejora de la comunicación.  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 4920  <b>Intervención:</b> Escucha activa  <b>Definición:</b> Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio</li> <li>• Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).</li> <li>• Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos (61).</li> </ul>
<b>130903 Expresa emociones</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>130912 Busca Apoyo emocional</b>																						
1	2	3	4	5																		

*Tabla 15. Plan de cuidados de Enfermería (Confusión aguda)*

<b>Diagnóstico médico :</b> Psicosis		
<b>Tipo de diagnóstico:</b> Focalizado en el problema	<b>Dominio:</b> 5. Percepción/cognición	
	<b>Clase:</b> 4. Cognición	
	<b>Código:</b> 00128	
	<b>Etiqueta:</b> Confusión aguda	
<b>Definición:</b> alteraciones reversibles de la consciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo, que es inferior a 3 meses (15).		
<b>Características definatorias:</b> Pensamiento desorganizado, Alucinaciones, Desorientación hacia la persona, Desorientación respecto al lugar, Desorientación temporal, Inquietud, Estado de ánimo irritable,		
<b>Factores relacionados:</b> Sobreestimulación sensorial ambiental		
<b>Población de riesgo:</b> Personas > de 60 años		
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>

<p><b>Dominio:</b> III Salud psicosocial  <b>Clase:</b> O. Autocontrol  <b>Código:</b> 1403  <b>Resultado:</b> Autocontrol del pensamiento distorsionado</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="264 422 609 541"> <tr> <td colspan="5"><b>140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="264 575 609 730"> <tr> <td colspan="5"><b>140305 Describe el contenido de las alucinaciones o ideas delirantes</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes</b>					1	2	3	4	5	<b>140305 Describe el contenido de las alucinaciones o ideas delirantes</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 4. Seguridad  <b>Clase:</b> V. Manejo del riesgo  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 6510  <b>Intervención:</b> Manejo de las alucinaciones  <b>Definición:</b> Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.</li> <li>• Mantener un ambiente de seguridad</li> <li>• Proporcionar el nivel de supervisión adecuado para controlar al paciente (61).</li> </ul>
<b>140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>140305 Describe el contenido de las alucinaciones o ideas delirantes</b>																						
1	2	3	4	5																		
<p><b>Dominio:</b> III Salud psicosocial  <b>Clase:</b> N. Adaptación psicosocial  <b>Código:</b> 1300  <b>Resultado:</b> Aceptación: estado de salud</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="264 1209 609 1329"> <tr> <td colspan="5"><b>130008 Reconoce la realidad de la situación de salud</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="264 1362 609 1461"> <tr> <td colspan="5"><b>130010 Afronta la situación de salud</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>130008 Reconoce la realidad de la situación de salud</b>					1	2	3	4	5	<b>130010 Afronta la situación de salud</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 4. Seguridad  <b>Clase:</b> V. Manejo del riesgo  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 6440  <b>Intervención:</b> Manejo del delirium  <b>Definición:</b> Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confesional agudo.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los factores etiológicos que causan delirio.</li> <li>• Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio.</li> <li>• Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro (61).</li> </ul>
<b>130008 Reconoce la realidad de la situación de salud</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>130010 Afronta la situación de salud</b>																						
1	2	3	4	5																		

**Tabla 16. Plan de cuidados de Enfermería (Deterioro de la memoria)**

<b>Diagnóstico médico :</b> Trastorno mental orgánico																						
<b>Tipo de diagnóstico:</b> Focalizado en el problema	<b>Dominio:</b> 5. Percepción/cognición																					
	<b>Clase:</b> 4. Cognición																					
	<b>Código:</b> 00131																					
	<b>Etiqueta:</b> Deterioro de la memoria																					
<b>Definición:</b> incapacidad persistente para adquirir, recordar o recordar partes de información o habilidades, aunque se mantiene la capacidad para desarrollar de forma independiente las actividades de la vida diaria (15).																						
<b>Características definitorias:</b> Sistemáticamente olvida realizar una conducta en el momento programado, Dificultad para recordar información sobre hechos, Dificultad para retener información nueva.																						
<b>Factores relacionados:</b> Disminución de la interacción social, Síntomas depresivos, Apoyo social inadecuado																						
<b>Población de riesgo:</b> Personas en desventaja económica, Personas con bajo nivel educativo, Personas >60 años																						
<b>Problemas asociados:</b> Trastornos cognitivos																						
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>																				
<p><b>Dominio:</b> II Salud fisiológica (Cont.)  <b>Clase:</b> J. Neurocognitiva  <b>Código:</b> 0908  <b>Resultado:</b> Memoria</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>090802 Recuerda con precisión la información reciente</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>090803 Recuerda con precisión la información remota</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>090802 Recuerda con precisión la información reciente</b>					1	2	3	4	5	<b>090803 Recuerda con precisión la información remota</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual  <b>Clase:</b> P. Terapia cognitiva  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 4760  <b>Intervención:</b> Entrenamiento de la memoria.  <b>Definición:</b> Mejorar la memoria.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar cualquier problema de memoria que se haya experimentado.</li> <li>• Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado, si procede.</li> <li>• Monitorizar los cambios de la memoria con el entrenamiento (61).</li> </ul>
<b>090802 Recuerda con precisión la información reciente</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>090803 Recuerda con precisión la información remota</b>																						
1	2	3	4	5																		

<p><b>Dominio:</b> II Salud fisiológica (Cont.)  <b>Clase:</b> J. Neurocognitiva  <b>Código:</b> 0920  <b>Resultado:</b> Nivel de demencia</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>092009 Dificultad para seguir órdenes complejas</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>092031 Alteración del nivel de conciencia</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Grave  Sustancial  Leve  Moderado  Ninguno (60).</p>	<b>092009 Dificultad para seguir órdenes complejas</b>					1	2	3	4	5	<b>092031 Alteración del nivel de conciencia</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 4. Riesgo  <b>Clase:</b> V. Manejo del riesgo  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 6460  <b>Intervención:</b> Manejo de la demencia  <b>Definición:</b> provisión de un ambiente modificado para la persona que experimenta confusión crónica.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el historial físico social y psicológico.</li> <li>• Comprender y aceptar la realidad de la persona.</li> <li>• Determinar las expectativas conductuales adecuadas para el estado cognitivo (61).</li> </ul>
<b>092009 Dificultad para seguir órdenes complejas</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>092031 Alteración del nivel de conciencia</b>																						
1	2	3	4	5																		

*Tabla 17. Plan de cuidado de Enfermería (Disposición para mejorar el confort psicológico)*

<b>Diagnóstico médico :</b> Ansiedad		
<b>Tipo de diagnóstico:</b> Focalizado en el problema	<b>Dominio:</b> 12. Confort	
	<b>Clase:</b> 4. Confort psicológico	
	<b>Código:</b> 00377	
	<b>Etiqueta:</b> Disposición para mejorar el confort psicológico.	
<b>Definición:</b> patrón de facilidad, satisfacción y bienestar mental, que puede reforzarse (15).		
<b>Características definatorias:</b> Deseo de aumentar el alivio psicológico		
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>

<p><b>Dominio:</b> V. Salud y calidad de vida  <b>Clase:</b> U. Salud y situación vital percibida  <b>Código:</b> 2002  <b>Resultado:</b> Bienestar personal</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="264 457 609 520"> <tr> <th colspan="5">200202 Salud psicológica</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="264 552 609 646"> <tr> <th colspan="5">200207 Capacidad de afrontamiento</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nada satisfecho  Algo satisfecho  Moderadamente satisfecho  Muy satisfecho  Completamente satisfecho (60).</p>	200202 Salud psicológica					1	2	3	4	5	200207 Capacidad de afrontamiento					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual (Cont.)  <b>Clase:</b> R. Ayuda para el afrontamiento  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5270  <b>Intervención:</b> Apoyo emocional  <b>Definición:</b> Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momento de tensión.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la intimidad y la confidencialidad</li> <li>• escuchar atentamente Las preocupaciones los pensamientos los sentimientos y las creencias</li> <li>• Explorar que ha desencadenado las emociones (61).</li> </ul>
200202 Salud psicológica																						
1	2	3	4	5																		
200207 Capacidad de afrontamiento																						
1	2	3	4	5																		
<p><b>Dominio:</b> III Salud psicosocial  <b>Clase:</b> N. Adaptación psicosocial  <b>Código:</b> 1305  <b>Resultado:</b> Modificación psicosocial: cambio de vida</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1" data-bbox="264 1115 609 1209"> <tr> <th colspan="5">130518 Monitoriza los cambios del estado de ánimo</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="264 1241 609 1360"> <tr> <th colspan="5">130508 Identifica múltiples estrategias de afrontamiento</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	130518 Monitoriza los cambios del estado de ánimo					1	2	3	4	5	130508 Identifica múltiples estrategias de afrontamiento					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual (Cont.)  <b>Clase:</b> R. Ayuda para el afrontamiento  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5400  <b>Intervención:</b> Mejora de la autoestima  <b>Definición:</b> ayuda a un paciente para que se mejore el juicio personal de su propia valía</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.</li> <li>• Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario (61).</li> </ul>
130518 Monitoriza los cambios del estado de ánimo																						
1	2	3	4	5																		
130508 Identifica múltiples estrategias de afrontamiento																						
1	2	3	4	5																		

*Tabla 18. Plan de cuidados de Enfermería (Imagen corporal alterada)*

<b>Diagnóstico médico :</b> Trastorno de la conducta alimentaria	
<b>Tipo de diagnóstico:</b> Focalizado en el problema	<b>Dominio:</b> 6. Autopercepción
	<b>Clase:</b> 3. Imagen corporal
	<b>Código:</b> 00497
<b>Etiqueta:</b> Imagen corporal alterada	
<b>Definición:</b> Imagen mental negativa del yo físico (15).	

<b>Características definitorias:</b> Alteración de la propiocepción, Síntomas depresivos, Ansiedad social,																						
<b>Factores relacionados:</b> Eficacia personal insuficiente, Autoestima inadecuado, Conciencia corporal negativa																						
<b>Población de riesgo:</b> Personas que experimentan alteración del peso corporal																						
<b>Problemas asociados:</b> Trastorno alimentario, Deterioro del funcionamiento psicosocial, Trastornos mentales																						
NOC	NIC	ACTIVIDADES																				
<p><b>Dominio:</b> III Salud psicosocial  <b>Clase:</b> O. Autocontrol  <b>Código:</b> 1411 Autocontrol del trastorno de la alimentación  <b>Resultado:</b> Bienestar personal</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>14119 Utiliza estrategias para manejar el estrés</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>141123 Expresa una estima positiva</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Nunca demostrado  Raramente demostrado  A veces demostrado  Frecuentemente demostrado  Siempre demostrado (60).</p>	<b>14119 Utiliza estrategias para manejar el estrés</b>					1	2	3	4	5	<b>141123 Expresa una estima positiva</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 3. Conductual  <b>Clase:</b> O. Terapia conductual  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 4360  <b>Intervención:</b> Modificación de la conducta  <b>Definición:</b> promoción de un cambio de conducta.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>determinar la motivación para un cambio de conducta.</li> <li>Ayudar a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.</li> <li>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables (61).</li> </ul>
<b>14119 Utiliza estrategias para manejar el estrés</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>141123 Expresa una estima positiva</b>																						
1	2	3	4	5																		
<p><b>Dominio:</b> IV. Conocimiento y conducta de salud (Cont.)  <b>Clase:</b> GG. Conocimiento sobre su condición de salud  <b>Código:</b> 1853  <b>Resultado:</b> Conocimiento: Manejo del trastorno de la alimentación</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>1853302 Prácticas nutricionales saludables</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="5"><b>185323 Estrategias para fomentar la autoestima</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Escala:</b>  Ningún conocimiento  Conocimiento escaso  Conocimiento moderado  Conocimiento sustancial  Conocimiento extenso (60).</p>	<b>1853302 Prácticas nutricionales saludables</b>					1	2	3	4	5	<b>185323 Estrategias para fomentar la autoestima</b>					1	2	3	4	5	<p><b>Dominio:</b> 1. Fisiológico: Básico  <b>Clase:</b> D. Apoyo Nutricional  <b>Tipo de intervención:</b> Independiente  <b>Código:</b> 5246  <b>Intervención:</b> Asesoramiento nutricional  <b>Definición:</b> utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</li> <li>Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente (61).</li> </ul>
<b>1853302 Prácticas nutricionales saludables</b>																						
1	2	3	4	5																		
<b>185323 Estrategias para fomentar la autoestima</b>																						
1	2	3	4	5																		

## CONCLUSIONES

1. La población en estudio se compone mayoritariamente por mujeres y adultos mayores. En términos de estructura familiar, la mayoría de los participantes vive con su familia y pertenece a familias nucleares. Se identificó un bajo nivel de escolaridad, predominando la educación primaria, lo que puede limitar el acceso a información sobre salud mental. Además, gran parte de la población se dedica a labores del hogar y presenta bajos ingresos económicos, lo que representa un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.
2. Los resultados muestran que más de la mitad de la población presenta algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión la más frecuente, seguida de la psicosis y los trastornos mentales orgánicos. Además, un grupo significativo de casos se encuentra en la categoría "Otros", lo que resalta la necesidad de una evaluación más detallada. Estos hallazgos evidencian la importancia de la intervención en salud mental dentro de la comunidad, priorizando la prevención y el tratamiento oportuno.
3. Entre los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) más frecuentes en la comunidad se identificaron "Baja autoestima crónica", "Deterioro de la regulación del estado de ánimo" y "Ansiedad". También se encontró la presencia de "Comportamientos de salud ineficaces", lo que incrementa el riesgo de complicaciones en el bienestar mental. Estos hallazgos destacan la importancia de diseñar planes de atención de enfermería personalizados que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población afectada.

## RECOMENDACIONES

1. Dado que la mayoría de los participantes presentan bajos niveles educativos y económicos, se recomienda la creación de redes de apoyo comunitario que incluyan programas de empleabilidad, asistencia social y acceso a tratamientos gratuitos o de bajo costo. Asimismo, es esencial mejorar la articulación entre los servicios de salud y las organizaciones comunitarias para garantizar una atención integral a los pacientes con trastornos mentales.
2. El alto porcentaje de trastornos mentales en la población estudiada puede deberse a factores como bajos ingresos económicos, que generan estrés crónico y ansiedad; bajo nivel educativo, que limita el acceso a información sobre salud mental y su prevención; y el envejecimiento de la población, que aumenta el riesgo de depresión y trastornos neurodegenerativos. Para abordar esta problemática, se recomienda fortalecer el acceso de servicios de salud mental, organizando una vez por semana visitas domiciliarias con el equipo de salud.
3. Con el fin de abordar los trastornos mentales más prevalentes, se sugiere la capacitación del personal de salud en la detección temprana y el manejo adecuado de los trastornos mentales más prevalentes para poder implementar planes de cuidado basados en los diagnósticos NANDA, priorizando estrategias de intervención para la baja autoestima, la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Esto podría incluir terapia cognitivo-conductual, actividades grupales de apoyo emocional y capacitación para el personal de salud en la detección y manejo temprano de estos trastornos.

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Ginebra Organ Mund La Salud, 34 [Internet]. 2022;4(1):88–100. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
2. Núñez JC. Revista de Psicología y Educación. J Psychol [Internet]. 2023;18(1699–951):01–81. Available from: <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/20231801.pdf>
3. Jiménez-Molina Á, Franco P, Martínez V, Martínez P, Rojas G, Araya R. Internet-Based Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Disorders in Latin America: A Scoping Review. Front Psychiatry [Internet]. 2019 [cited 2024 May 14];10. Available from: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
4. Cárdenas E, Vicente B. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2021;23(2):53–65. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-8750-9007>
5. Montesdeoca López PF, Acosta Vinuesa LY. Prevalencia de trastornos mentales en consulta ambulatoria del Centro de Salud de San Antonio. La U Investig [Internet]. 2022 Aug 30;9(1):31–42. Available from: <https://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/es/article/view/711/705>
6. Ferreira G de F, Silva TO da, Felicetti GCL, Prado BG. Perfil Clínico Dos Usuários Com Demanda Em Saúde Mental De Uma Unidade De Saúde Da Família Do Município De Rondonópolis-Mt. J Heal Biol Sci [Internet]. 2023;11(1):1–9. Available from: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/4767/1845>
7. Tuarez G, Génesis M, Saldarriaga M, Castro J. Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica. Higia la Salud [Internet]. 2022;7(2773–7705):45–60. Available from: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/752/1511>
8. Miliauskas CR, Junger W, Hellwig N, Bloch KV, de Souza Lopes C. Community violence in neighborhoods and common mental disorders among Brazilian adolescents. BMC Psychiatry [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 May 4];23(1):1–12. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-05269-8>
9. Häfele V, Nobre ML, Siqueira FV. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em usuários da Atenção Primária. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2023;31(3):1–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

- 462X2023000300202&tlng=pt
10. Lovén Wickman U, Schmidt M. Experiences of primary care among young adults with mental illness – A systematic literature review. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2023;37(3):628–41. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.13167>
  11. MUNICIPAL GAD, DEL CANTÓN BOLÍVAR. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Mejoramiento Vial Pusir Grande y San Vicente De Pusir [Internet]. 2022. Available from: <https://www.municipiobolivar.gob.ec/images/PDF/2022/10/perfil-oopp-2022-12.pdf>
  12. Acosta Y, Alvear R. Introducción a la salud mental para ciencias de la salud [Internet]. Editorial UTN. Ibarra; 2026. 113 p. Available from: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/19245>
  13. Caminero Luna P, Villalba Borrueal AM, Luna Navarro ML. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental 2ª edición [Internet]. 2da Edició. Vol. 2. Madrid; 2021. 1–390 p. Available from: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050728.pdf>
  14. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* [Internet]. 2020;34:20–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391112030145X?via%3Dihub>
  15. Herdman T, Kamitsuru S, Takáo C. NANDA International, Inc. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación. 2024-2026. 13a. edici. Barcelona: Elsevier;
  16. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid* [Internet]. 2015;6(2):1108. Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/172/454>
  17. Raven E. La Investigación Cuantitativa, La Investigación Cualitativa Y El Investigador. *Rev Postgrado FACE-UC* [Internet]. 2012;6(10):181–8. Available from: <https://arje.bc.uc.edu.ve/arj15/art15.pdf>
  18. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica [Internet]. Primera Ed. Ecuador UI del, editor. Guayaquil: Departamento de Investigación y Postgrados Universidad Internacional del Ecuador; 2020. 6–15 p. Available

- from: [https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.pdf](https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA_INVESTIGACIÓN_CIENTÍFICA.pdf)
19. Ortega Calvo M, Martínez Manzanares C, Castiñeiras Fernández J, Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. El diseño observacional en investigación clínica [Internet]. Primera Ed. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, editor. España: Santas Patronas; 2021. 20–25 p. Available from: <https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2021/07/Recepción-Dr.-Ortega-Discursos..pdf>
  20. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica [Internet]. 5.<sup>a</sup> edición. Barcelona: Elsevier; 2019. Available from: <https://books.google.com.py/books?id=ogCiDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
  21. Manterola C, Hernández-Leal MJ, Otzen T, Espinosa ME, Grande L. Cross Section Studies. A Research Design to Consider in Morphological Sciences. *Int J Morphol* [Internet]. 2023;41(1):146–55. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022023000100146&script=sci\\_abstract&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022023000100146&script=sci_abstract&tlng=en)
  22. Kasturkar P, Sebastian ST, Dukare KP, Gawai J, Uke T, Wanjari MB. Assessing the Efficacy of Mental Health Assessment Training for Accredited Social Health Activists Workers in Rural India: A Pilot Study. *Cureus* [Internet]. 2023 Apr 20; Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10199160/>
  23. 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;3(2):115–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16633473> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1414685>
  24. Pérez Morente MÁ, Campos Escudero A, Sánchez Ocón MT HMC. Características Sociodemográficas, Indicadores De Riesgo Y Atención Sanitaria En Relación a Infecciones De Transmisión Sexual En Población Inmigrante De Granada. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019;93:1–13. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100025](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100025)
  25. Contreras E. La neuropsicología y su importancia en la detección de enfermedades mentales Neuropsychology and its importance in the detection of mental illnesses Neuropsychology

- and its importance in the detection of mental illnesses. Polo del Conoc [Internet]. 2023;8(2):631–48. Available from: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
26. Hurtado Betancur H, Sánchez Peláez VC, Bedoya Gómez LM, Londoño N, Juárez F, Marín C, et al. Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. Rev Psicol Univ Antioquia [Internet]. 2011;3(1):59–71. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10613/10038>
  27. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Bolívar. Mejoramiento vial Pusir Grande y San Vicente de Pusir, cantón Bolívar [Internet]. 2022. 6–7 p. Available from: <https://www.municipiobolivar.gob.ec/images/PDF/2022/10/perfil-oopp-2022-12.pdf>
  28. Instituto Nacional de Estadística. Lista reducida de causas de muerte CIE-10 y su correspondencia con la CIE-9. Inst Nac Estadística [Internet]. 2009; Available from: [https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/lista\\_reducida\\_CIE10.pdf](https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/lista_reducida_CIE10.pdf)
  29. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Asoc Médica Mund [Internet]. 2017;1–7. Available from: <https://www.hospitalmetropolitano.org/storage/images/2-declaracion-helsinki.pdf>
  30. Organización Panamericana de la Salud. Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública [Internet]. Washington D.C; 2017. 1–65 p. Available from: <https://iris.paho.org/bitstreams/1e9623d5-1a44-41c3-9c13-9deaaba7b5bf/download>
  31. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Actas la Conf Gen 33ª Reun Vol 1 Resoluciones [Internet]. 2005;(Nº 169):80–6. Available from: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)
  32. Decreto Legislativo 0. Constitución de la República del Ecuador 2008 [Internet]. 2008. Available from: [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
  33. Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley Orgániza de Salud Mental [Internet]. 2024 p. 73. Available from: [https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley\\_de\\_Transparencia/2024/OCTUBRE/JURIDICO/Ley Organica de Salud Mental.pdf](https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2024/OCTUBRE/JURIDICO/Ley Organica de Salud Mental.pdf)
  34. Enfermería CIE. Código de ética del CIE para enfermeras [Internet]. Consejo Internacional de Enfermeras. 2021. 28 p. Available from: [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_SP\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf)
  35. Stark L, Seff I, Weber A, Darmstadt GL. Applying a gender lens to global health and well-

- being : Framing a Journal of Global Health special collection. 2020;10(1):1–3. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7125946/pdf/jogh-10-010103.pdf>
36. Gallardo-Peralta L, Sánchez-Moreno E, Rodríguez-Rodríguez V, Higuera AS, Angulo JT, Galvez LV, et al. Prevalencia de la soledad en las personas mayores que viven en zonas rurales. Diferencias por grupos étnicos y variables predictivas. *Rev Med Chil* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jun 21];151(8):1010–8. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872023000801010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872023000801010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  37. Schouler-Ocak M, Moran JK. Racial discrimination and its impact on mental health. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jun 21];35(3–4):268–76. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540261.2022.2155033>
  38. Michaels EK, Board C, Mujahid MS, Riddell CA, Chae DH, Johnson RC, et al. Area-Level Racial Prejudice and Health: A Systematic Review. *Heal Psychol* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jun 21];41(3):211–24. Available from: <https://osf.io/>
  39. Srivastava S, Debnath P, Shri N, Muhammad T. The association of widowhood and living alone with depression among older adults in India. *Sci Reports* | [Internet]. 2021 [cited 2026 Jun 21];11:21641. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-01238-x.pdf>
  40. Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Comorbid Anxiety and Depression: Clinical and Conceptual Consideration and Transdiagnostic Treatment. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jun 21];1191:219–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32002932/>
  41. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* [Internet]. 2020 Dec 11 [cited 2026 Jun 21];370(6522). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33303583/>
  42. Acosta-Vinueza Y, Alvear-Reascos R. Sociodemographic Factors and Determinants of Mental Health in the African American Population A Cross-Sectional Study. *Healthc* [Internet]. 2026;14(6). Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/14/6/700>
  43. Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-based approaches to mental health: History, strategies, and evidence. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2020;41:201–21. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8896325/pdf/nihms-1783198.pdf>

44. Ahmedani BK, Cannella CE, Yeh HH, Westphal J, Simon GE, Beck A, et al. Detecting and distinguishing indicators of risk for suicide using clinical records. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2022;12(1). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41398-022-02051-4.pdf>
45. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet* [Internet]. 2020 Dec 5 [cited 2026 Jun 21];396(10265):1841–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278937/>
46. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Tarricone I, Velthorst E, Van Der Ven E, Quattrone D, et al. Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case-control study. *Psychol Med* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2026 Jun 21];51(9):1536–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32122439/>
47. Khalili P, Nadimi AE, Baradaran HR, Janani L, Rahimi-Movaghar A, Rajabi Z, et al. Validity of self-reported substance use: research setting versus primary health care setting. *Subst Abus Treat Prev Policy* 2021 161 [Internet]. 2021 Sep 14 [cited 2026 Jun 21];16(1):66-. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13011-021-00398-3>
48. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jun 21];216(2):69–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31298170/>
49. Eisma MC, Tamminga A. Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2026 Jun 21];60(6):e1–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33065207/>
50. Boelen PA, Lenferink LIM. Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2026 Jun 21];56(6):667–74. Available from: <https://doi.org/10.1177/00048674211025728>
51. Devonport TJ, Ward G, Morrissey H, Burt C, Harris J, Burt S, et al. A Systematic Review of Inequalities in the Mental Health Experiences of Black African, Black Caribbean and Black-mixed UK Populations: Implications for Action. *J Racial Ethn Heal Disparities* [Internet]. 2023;10(4):1669–81. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40615-022->

- 01352-0
52. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2021 Nov 6 [cited 2026 Jun 21];398(10312):1700–12. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S0140673621021437>
  53. Luo Z, Zhu L, Shan S, Zhou J, Ying J, Jiang D, et al. Global, regional, and national burden of five major mental disorders in working-age population, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *J Affect Disord* [Internet]. 2026 Jun 15 [cited 2026 Jun 21];403:121243. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032726000947>
  54. Adusei AB, Ayiku RNB, Amarteyfio KANA, Bondzie EPK, Adjei-Banuah NY, Abdul-Samed AB, et al. Disparities in the access and provision of mental health services as part of primary health care: a case study of Ga-South district in the Greater Accra region. *Front Public Heal* [Internet]. 2025;13. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1537955/full>
  55. Berking M. Emotion regulation and mental health: current evidence and beyond. *World Psychiatry* [Internet]. 2024 Oct 1 [cited 2026 Jun 22];23(3):438. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11403187/>
  56. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, Stip E, Samad MA, Ahababi A Al. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry* 2023 301 [Internet]. 2023 May 26 [cited 2026 Jun 22];30(1):44-. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s43045-023-00315-3>
  57. Chen H, Cao Z, Hou Y, Yang H, Wang X, Xu C. The associations of dietary patterns with depressive and anxiety symptoms: a prospective study. *BMC Med* [Internet]. 2023;21(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03019-x>
  58. Tovarović J. Relacije samopoštovanja i razvoja Ja-identiteta. *Psihol istraživanja* [Internet]. 2021 [cited 2026 Jun 22];1:2021. Available from: <https://scindeks.ceon.rs/article.aspx?artid=0352-73792101049T>
  59. Brandt L, Liu S, Heim C, Heinz A. The effects of social isolation stress and discrimination

- on mental health. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2022;12(1):1–11. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41398-022-02178-4>
60. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. Séptima edición. 2024.*
  61. Wagner C, Butcher H, Clarke M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Octava edición. 2024.*

## ANEXOS

### 4.1. Consentimiento informado

#### Anexo 1.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande, Carchi - 2024

Investigador: Quimbiulco Guajala Gabriela Alejandra

Le informamos que un equipo de estudiantes tesistas de la Universidad Técnica del Norte, estamos realizando una investigación titulada “**Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Mentales en Comunidades de la Cuenca del Río Chota, 2024**” con el propósito de determinar los factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Pusir Grande – 2024. Los resultados de esta investigación serán difundidos 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.

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 el Est. Gabriela Alejandra Quimbiulco Guajala C.I. 100310413-8 , Telf: 0995523562, email: [gaquimbiulcog@utn.edu.ec](mailto:gaquimbiulcog@utn.edu.ec). He leído la información proporcionada o me ha sido

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

**DIRECTOR/A  
DEL PROYECTO**

## 4.2. Instrumento

### Anexo 2.

<b>N° de registro</b>	<input type="text"/>	<b>Nombre</b>	<input type="text"/>	<b>Apellido</b>	<input type="text"/>
<b>Sexo</b>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	<b>Edad años cumplidos</b>	<input type="text"/>	<b>Fecha</b>
<b>Motivo de consulta / diagnóstico</b>	<input type="text"/>				
<b>Dirección</b>	<input type="text"/>				
<b>Provincia</b>	<input type="text"/>				
<b>Teléfono</b>	<input type="text"/>				
<b>Correo-e</b>	<input type="text"/>				
<b>Grupo étnico</b>	Mestizo <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Afro <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>	
<b>Estado civil</b>	Casado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>
<b>Residencia</b>	Sólo <input type="checkbox"/>	Con familia <input type="checkbox"/>	Con amigos <input type="checkbox"/>	Protegido <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>
<b>Médico APS</b>	<input type="text"/>				

Instrucciones para el examen del estado mental: Este instrumento de evaluación ha sido desarrollado para ayudarle a realizar una valoración de la salud mental en Atención Primaria/Medicina General. Es una entrevista semiestructurada para evaluar el estado mental del paciente. Use su juicio profesional a la hora de puntuar el síntoma que el paciente ha experimentado en el mes previo. Si existe alguna duda, puede que tenga que preguntar cualquier cuestión suplementaria para establecer la presencia y la severidad del síntoma. Al final de la entrevista, el programa dispone de la opción de añadir detalles descriptivos de los problemas del paciente. Si cualquier información es introducida aquí, será incorporada en el volante de remisión.

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

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

Duración#  Días      Semanas      Meses      Años

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

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

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

Físico  Emocional  ?

5 ¿Ha sufrido de:      ¿Epilepsia?      Sí       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="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante                    | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante                  | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante                    | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado  | <input type="checkbox"/> |

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

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

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 | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------------|--------------------------|

- 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 tiene 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 **Concentració**

¿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**

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


**Fobias / fobia específica**

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

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


**Fobias - Fobia social**

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

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


18

**Manía**

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

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

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

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   
 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

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 estresante?

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

- 0 No

--

1 Si

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>CLÍNICO</b>	<b>DEL</b>	<input type="text"/>
<b>NOMBRE</b>		<b>DEL</b>	<input type="text"/>
<b>TELÉFONO</b>			<input type="text"/>
<b>CURSO</b>		<b>Y</b>	<input type="text"/>

### Anexo 3. Evidencia fotográfica



*Figura 1. Recolección de datos en Pusir Grande*



*Figura 2. Aplicación de encuesta a la población.*