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 TUMBATÚ, CARCHI – 2024"

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

Línea de Investigación: Salud y Bienestar

Sublínea: Enfermería en el Cuidado Clínico y Comunitario

Autor: María José Guapulema Pala

Tutor: Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

Asesor: Mgtr. Widmark Enrique Báez Morales MD

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:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Guapulema Pala María José

Datos de la Obra	
TÍTULO:	"Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Mentales en la Comunidad de Tumbatú, Carchi – 2024"
AUTOR (ES):	Guapulema Pala María José
FECHA: (DD-MM-AAAA)	24/06/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE TITULACIÓN	
PROGRAMA:	■ **PREGRADO** ☐ **POSGRADO**
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
DIRECTOR:	Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
ASESOR	Mgtr. Widmark Báez Morales MD

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 la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

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

EL AUTOR



(Firma)……

María José Guapulema Pala

C.I.: 1003714480

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.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LOLA YESENIA ACOSTA VINUEZA

(f)…….
Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
CC: 0401046800

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado, en primer lugar, a mis amados padres, Marco Guapulema y Martha Pala, quienes han sido la razón principal de cada uno de mis logros. Gracias por cada sacrificio silencioso, por cada madrugada de esfuerzo, por cada palabra de aliento cuando el camino parecía difícil y por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba.

A mi querido hermano, Luis Miguel, por ser mi compañero de vida, mi apoyo constante y una de las personas que más ha confiado en mis capacidades. Gracias por cada consejo, por cada palabra de ánimo y por recordarme, incluso en los momentos más difíciles, que siempre hay motivos para seguir adelante. Tu presencia ha sido un regalo invaluable en este camino.

A mi amado perrito Coquito, quien con su cariño sincero y compañía incondicional llenó de alegría incluso los días más agotadores. Gracias por permanecer a mi lado durante largas jornadas de estudio, por acompañarme en noches de cansancio y por enseñarme que, muchas veces, el amor más puro se expresa sin necesidad de palabras. Tu compañía fue un refugio de tranquilidad en medio de cada desafío.

A la memoria de mis queridos abuelitos, mamá Rosita y papá Luchito, quienes, aunque ya no están físicamente conmigo, viven eternamente en mi corazón. Cada enseñanza y cada recuerdo compartido se han convertido en una fuerza que me impulsa a seguir adelante. Me habría encantado poder compartir este momento con ustedes, pero sé que desde el cielo celebran conmigo este logro y continúan guiando mis pasos con el mismo amor de siempre.

Hoy culmino una etapa que estuvo llena de sacrificios, aprendizajes, lágrimas, desafíos y también de grandes alegrías. Por ello, este logro no me pertenece únicamente a mí; pertenece a cada una de las personas que me tendieron la mano, que creyeron en mis sueños y que me enseñaron a no rendirme.

Con todo mi amor, gratitud y orgullo,

María José Guapulema Pala

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía y fortaleza, por iluminar mi camino y darme la fuerza necesaria para enfrentar cada desafío. A mis queridos padres, quienes son el corazón de cada uno de mis logros, gracias por enseñarme que con esfuerzo y fe todo es posible. A mi hermano, por ser mi motivación diaria y recordarme siempre que no existen límites cuando creemos en nosotros mismos.

A la Universidad Técnica del Norte y a la Facultad Ciencias de la Salud por abrirme las puertas al conocimiento y permitirme crecer profesionalmente. Mi más sincero agradecimiento a mi tutora, Dra. Yesenia Acosta, por ser más que una guía; por su dedicación incansable, paciencia y por tenderme una mano amiga. Su respaldo fue un pilar fundamental para que este trabajo se hiciera realidad.

A cada uno de mis docentes que han dejado una huella imborrable en mi formación. En especial, a la Dra. Janeth Vaca, por compartir su sabiduría con generosidad que trasciende lo académico, y por su constante disposición para guiarme en todo momento. Al Dr. Widmark Báez, por su invaluable asesoría, tiempo, compromiso y paciencia fueron esenciales para el éxito de este trabajo. Su vocación y entrega son un verdadero ejemplo a seguir.

Finalmente, agradezco a mis amigos, compañeros de risas, retos y aprendizaje, gracias por ser inspiración para seguir adelante, haciendo de este trabajo una experiencia única y enriquecedora. A la comunidad de Tumbatú, por recibirme con los brazos abiertos, por abrirme sus puertas y sus corazones con calidez haciendo posible el desarrollo de esta investigación.

Agradezco infinitamente que hayan formado parte de este capítulo de mi vida, con cariño,

María José Guapulema Pala

RESUMEN EJECUTIVO

FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN LA COMUNIDAD DE TUMBATÚ, CARCHI – 2024

Autor: Guapulema Pala María José
Tutor: Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
Asesor: Mgtr. Widmark Enrique Báez Morales MD
mjguapulemap@utn.edu.ec

Introducción: Los trastornos mentales impactan negativamente la cognición, la regulación emocional y el comportamiento, afectando la calidad de vida. En la comunidad de Tumbatú, en la provincia del Carchi, los factores socioeconómicos y el acceso limitado a servicios de salud mental agravan la situación, evidenciando la necesidad de un estudio para identificar los factores de riesgo y la prevalencia de estas enfermedades. **Objetivo general:** Determinar los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Tumbatú, Carchi – Ecuador, 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, observacional y descriptivo, con un diseño de corte transversal. Se recopilaron y analizaron datos sobre la prevalencia y sus factores de riesgo asociados, sin alterar las variables estudiadas, garantizando un análisis objetivo. **Resultados:** El 37,9% de la muestra presentó "comportamiento de salud propenso a riesgos", mientras que el 20,4% experimentó ansiedad y solo un 8,7% no presenta patologías, indicando un impacto considerable en la salud mental de la comunidad. **Conclusión:** El estudio reveló una alta prevalencia de trastornos mentales en la comunidad, destacando la ansiedad como el trastorno más común, relacionado con factores como el estrés y las condiciones socioeconómicas. **Recomendación:** Se recomienda desarrollar programas integrales que aborden las realidades sociodemográficas locales, mejoren el acceso a servicios de salud mental. Además, se destaca la importancia de fortalecer el papel del personal de enfermería en la identificación temprana de trastornos y en la creación de redes de apoyo comunitarios.

Palabras clave: enfermedad mental, factores de riesgo, prevalencia

ABSTRACT

RISK FACTORS AND PREVALENCE OF MENTAL ILLNESSES IN THE COMMUNITY OF TUMBATÚ, CARCHI – 2024

Autor: Guapulema Pala María José
Tutor: Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
Asesor: Mgtr. Widmark Enrique Báez Morales MD
mjguapulemap@utn.edu.ec

Introduction: Mental disorders negatively impact cognition, emotional regulation, and behavior, affecting quality of life. In the community of Tumbatú, in the province of Carchi, socioeconomic factors and limited access to mental health services aggravate the situation, evidencing the need for a study to identify the risk factors and prevalence of these diseases. **General objective:** To determine the risk factors and prevalence of mental illnesses in the community of Tumbatú, Carchi - Ecuador, 2024. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, observational and descriptive study was carried out, with a cross-sectional design. Data on prevalence and its associated risk factors were collected and analyzed, without altering the variables studied, guaranteeing an objective analysis. **Results:** 37.9% of the sample presented "risk-prone health behavior", while 20.4% experienced anxiety and only 8.7% did not present pathologies, indicating a considerable impact on the mental health of the community. **Conclusion:** The study revealed a high prevalence of mental disorders in the community, with anxiety being the most common disorder, related to factors such as stress and socioeconomic conditions. **Recommendation:** It is recommended to develop comprehensive programs that address local sociodemographic realities and improve access to mental health services. In addition, the importance of strengthening the role of nursing staff in the early identification of disorders and in the creation of community support networks is highlighted.

Keywords: mental illness, 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
Impactos de la Investigación 18
Objetivos 19
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO 20
1.1. Marco Referencial 20
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 36
2.4. Matriz de operacionalización de variables 37
2.5. Participantes 61
2.5.1. Población investigada 61
2.5.2. Muestra 61
2.5.3. Características generales de la muestra 63
2.5.4. Criterios de Inclusión 64
2.5.5. Criterios de Exclusión 65
2.6. Procedimiento y análisis de datos 65
2.7. Aspectos bioéticos 66
CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 69
3.1. Resultados 69
3.1. Planes de Cuidado de Enfermería (Promoción de salud) 80

CONCLUSIONES 83
RECOMENDACIONES 85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 86
ANEXOS 92
7.1. Consentimiento informado 92
7.2. Instrumento 94
7.3. Evidencia fotográfica 106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación Diagnóstica NANDA.....29
Tabla 2. Síntomas puntuados en el GMHAT.....36
Tabla 3. Factores sociodemográficos (Residencia, familia, escolaridad, ocupación, ingresos) 70
Tabla 4. Antecedentes patológicos 72
Tabla 5. Signos y síntomas trastornos mentales 73
Tabla 6. Signos y síntomas trastornos mentales 75
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de otros factores asociados 76
Tabla 8. Prevalencia de trastornos mentales (diagnósticos GM-HAT) 77
Tabla 9. Prevalencia de trastorno mentales (diagnósticos de enfermería).....78
Tabla 10. Plan de cuidados de enfermería (Ansiedad excesiva).....80
Tabla 11. Plan de cuidados de enfermería (Autoestima crónica inadecuada). 81
Tabla 12. Plan de cuidados de enfermería (Procesos de pensamiento alterados).....82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Aplicación de encuestas en población de Tumbatú.....106
Figura 2. Firma del consentimiento informado para la aplicación de la encuesta.....106
Figura 3. Levantamiento de datos durante el trabajo de campo en la comunidad de Tumbatú. 107

TEMA:

“Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Mentales en la Comunidad de Tumbatú, Carchi – 2024”

INTRODUCCIÓN

El Problema

Los trastornos mentales constituyen una de las principales problemáticas de salud pública a nivel mundial debido a las alteraciones que generan en los procesos cognitivos, emocionales y conductuales de las personas. Estas afecciones repercuten negativamente en el funcionamiento individual, familiar y social, limitando la capacidad para desarrollar actividades cotidianas y afectando significativamente la calidad de vida. Asimismo, la salud mental comunitaria requiere la participación activa de la población y de los servicios de salud para promover entornos que favorezcan el bienestar integral de las personas (1).

La diversidad de trastornos mentales abarca una amplia gama de severidades y duraciones, desde episodios temporales hasta condiciones crónicas, lo que agrava aún más el impacto en la calidad de vida de quienes los padecen. La Organización Mundial de la Salud señala que diversos factores de riesgo influyen en la aparición y desarrollo de trastornos mentales. Entre ellos destacan las condiciones socioeconómicas desfavorables, la pobreza, la exclusión social, el acceso limitado a los servicios de salud, la discriminación y otros determinantes sociales que incrementan la vulnerabilidad de las personas frente a estas enfermedades (1).

La prevalencia de los trastornos mentales ha experimentado un incremento significativo en las últimas décadas, convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad. En este sentido, el estudio realizado por Julián Messer et al. (2) reportó un número considerable de casos relacionados con trastornos mentales en servicios de atención primaria. De igual manera, Gomes et al. señalan que Brasil presenta una de las mayores prevalencias de trastornos mentales, registrándose tasas de depresión y ansiedad del 5,8 % y 9,3 %, respectivamente (3).

En América Latina, los trastornos mentales continúan representando un importante desafío para los sistemas de salud debido a su alta prevalencia y a las limitaciones existentes para garantizar una atención adecuada. A pesar de la magnitud de esta problemática, una proporción considerable de personas afectadas no recibe diagnóstico ni tratamiento oportuno, situación que se ve agravada por la escasez de recursos especializados y las dificultades de acceso a los servicios de salud mental (4).

En Ecuador, la región de la Cuenca del Río Chota, se han identificado condiciones que podrían incrementar el riesgo de desarrollar trastornos mentales, entre ellas los elevados índices de pobreza y el acceso limitado a servicios especializados. Estudios realizados en esta zona evidencian una importante presencia de problemas relacionados con la salud mental, muchos de los cuales permanecen sin diagnóstico o tratamiento debido al estigma social, la insuficiente capacitación del personal sanitario y la limitada disponibilidad de recursos destinados a la atención de estas enfermedades (2).

En el contexto local, los datos obtenidos en el Centro de Salud de San Antonio, ubicado en el cantón Ibarra, evidencian un incremento en la frecuencia de problemas relacionados con la salud mental, situación que repercute de manera significativa en la salud, la calidad de vida y las condiciones sociales de la población (5). Sin embargo, en la comunidad de Tumbatú, perteneciente a la provincia del Carchi, existe escasa evidencia científica que permita conocer con precisión la prevalencia de los trastornos mentales y los factores de riesgo asociados a su aparición. Esta falta de información limita la identificación de grupos vulnerables y dificulta la planificación de estrategias de intervención orientadas a mejorar la salud mental comunitaria.

Es así que, Araya et al. (6) menciona la falta de infraestructura adecuada para la atención de la salud mental en la Cuenca del Río Chota dificulta la implementación de políticas de salud pública eficaces y deja a muchas personas sin el apoyo necesario. La herramienta GMHAT/PC se centra en evaluar su factibilidad y precisión diagnóstica en comparación con los diagnósticos clínicos basados en la CIE-10 de psiquiatría.

Por lo expuesto, surge la necesidad de desarrollar investigaciones que permitan determinar la prevalencia de los trastornos mentales y los factores de riesgo asociados en la comunidad de Tumbatú durante el año 2024. La información obtenida contribuirá a generar evidencia científica para apoyar la toma de decisiones y el diseño de acciones de promoción, prevención y atención en salud mental dirigidas a las necesidades específicas de esta población.

Justificación

La salud mental es un aspecto crítico para el bienestar de las comunidades, y su adecuada atención representa un desafío importante en todo el mundo. En la comunidad de Tumbatú, ubicada en la provincia del Carchi, la necesidad de abordar los problemas de salud mental es imperativa, dado el contexto geográfico y social particular que enfrentan sus residentes. Este estudio surge de la necesidad de proporcionar respuestas concretas a los desafíos de salud mental en esta región específica.

Actualmente, existe una carencia de datos empíricos sobre los trastornos mentales en la comunidad de Tumbatú. Esta falta de información impide una comprensión completa de la magnitud y naturaleza de los problemas que enfrentan los residentes. Al explorar los factores de riesgo y la prevalencia de las enfermedades mentales en esta comunidad, el estudio busca llenar este vacío de conocimiento, permitiendo una identificación temprana y adecuada de los trastornos mentales más frecuentes y superando barreras para recibir el tratamiento adecuado.

El estudio se basará en la aplicación de herramientas estandarizadas de evaluación de salud mental, la Global Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC), que son fundamentales para la identificación de problemas en la comunidad. El uso de estas herramientas permitirá evaluar de manera precisa los desafíos de salud mental, proporcionando datos esenciales para el desarrollo de intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de Tumbatú.

Este estudio se alinea con el modelo de atención primaria de salud, priorizando no solo la atención individual, sino también la comunitaria. A través de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, el estudio buscará mejorar la capacidad de la comunidad para enfrentar los desafíos de salud mental, integrando enfoques centrados en el contexto local.

La viabilidad de este estudio está respaldada por el apoyo de autoridades locales y la capacidad institucional para llevar a cabo la investigación. Este respaldo es esencial para garantizar la ejecución efectiva del estudio y para integrar los resultados en un marco que permita generar un impacto significativo en la comprensión y tratamiento de los trastornos mentales.

Los argumentos presentados refuerzan la necesidad de realizar este estudio para determinar los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Tumbatú en 2024. Al comprender mejor las necesidades y desafíos de salud mental en esta comunidad, se podrán desarrollar estrategias específicas para abordar los diagnósticos NANDA identificados, priorizando los trastornos mentales más prevalentes y mejorando así el bienestar mental y la calidad de vida de los residentes.

Impactos de la Investigación

La investigación puede influir en la implementación de políticas de salud pública más inclusivas y efectivas. Al presentar datos específicos sobre prevalencia de enfermedades mentales en una comunidad rural, puede generar un impacto directo en el Ministerio de Salud Pública (MSP) para la priorización de recursos, la capacitación del personal y la elaboración de programas nacionales de prevención y tratamiento de trastornos mentales.

A nivel provincial, los hallazgos pueden contribuir a la mejora de los programas de salud pública en el Carchi, con respecto a la salud mental. La investigación puede llegar a ser una herramienta clave para fortalecer las políticas de atención psicológica y psiquiátrica en zonas rurales, lo que facilita a la creación de servicios accesibles y adaptados a la realidad de las comunidades de dicha provincia.

Los resultados de la investigación brindarán a la comunidad de Tumbatú una comprensión más profunda de los factores de riesgo y la prevalencia de los trastornos mentales, contribuyendo a romper el estigma en torno a la salud mental. Dicha información será importante para el desarrollo de intervenciones y programas de apoyo adecuados, fomentar un entorno más consciente, preventivo y solidario, que permita mejorar la calidad de vida de sus miembros y fortalecer la resiliencia comunitaria.

Para la Universidad Técnica del Norte, esta investigación representa una contribución académica significativa. A partir de los resultados obtenidos, futuros estudiantes podrán seguir contribuyendo al campo de la salud mental y enfermería, brindando atención adecuada y enfocada en cada trastorno mental específico dentro de la comunidad. Este estudio refuerza el compromiso de la universidad con la formación de profesionales capacitados para abordar los problemas de salud pública en el país.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales en la comunidad de Tumbatú, Carchi – Ecuador, 2024.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Realizar el screening de prevalencia de trastornos mentales.
3. Diseñar planes de atención de Enfermería enfocados en promoción de salud en los trastornos mentales de mayor prevalencia en la comunidad establecidos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1. Marco Referencial

1.1.1 Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica

La investigación de Castro et al. (7), examina la epidemiología de los trastornos mentales en Latinoamérica, identificando un impacto al afectar el comportamiento, cognición y estado de ánimo de los individuos. Mediante un diseño descriptivo con enfoque cualitativo, se revisó 61 artículos en bases de datos como Science Direct, Redalyc, Scielo y Dialnet. Los resultados destacaron a la ansiedad y la depresión como trastornos prevalentes que se vinculan al estilo de vida, traumas infantiles y predisposición biológica. En conclusión, se subraya la importancia de abordar los desafíos significativos para la salud mental en la región, influenciados por factores biológicos y económicos.

1.1.2 Prevalencia de Trastornos Mentales en Consulta Ambulatoria del Centro de Salud de San Antonio durante el Periodo Mayo – Julio 2022

Un aspecto importante de Montesdeoca et al. (5) en su estudio fue la exploración de la prevalencia de trastornos mentales y su asociación con antecedentes de abuso físico, emocional y sexual en pacientes mayores de 18 años. Incluyó una muestra de 230 personas y utilizó la herramienta computarizada Global Mental Health Assessment Tool - Primary Care Version para la recolección de datos, que posteriormente fueron analizados en SPSS. Los resultados mostraron que el 42% de los participantes presentó uno o más trastornos mentales, siendo los más comunes la depresión, problemas de personalidad y el estrés, además de identificarse una asociación significativa entre el abuso físico y emocional y la presencia de trastornos mentales. Estos hallazgos subrayan la alta prevalencia de estas condiciones y la relevancia de considerar factores asociados para una atención integral en salud mental.

1.1.3 Asistencia en salud mental: identificación de diagnósticos de enfermería en un servicio comunitario de salud mental

De acuerdo con el estudio llevado a cabo por Pinho et al. (8), se propuso una investigación exhaustiva con el objetivo de identificar los diagnósticos de enfermería dirigidos a los usuarios que reciben atención nocturna en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), haciendo uso de

la Taxonomía NANDA-I. Enmarcó un enfoque de tipo descriptivo-exploratorio, donde se analizaron minuciosamente 319 registros de historias clínicas. Los resultados destacaron la notable prevalencia del diagnóstico relacionado con el riesgo de autolesión. Al concluir se menciona que el proceso de mapeo es fundamental en la planificación de intervenciones de enfermería respaldadas por evidencia, lo que fortalece la identidad profesional en el ámbito de la salud mental. Además, se subraya la importancia de adoptar prácticas que trasciendan los síntomas, enfocándose en una perspectiva preventiva que aborde de manera integral las necesidades de los pacientes.

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

La investigación de Häfele et al. (9), examinó la incidencia de los trastornos mentales y su correlación con diversos aspectos demográficos, económicos, conductuales y de salud en usuarios de Atención Primaria de Salud (APS) en Pelotas, Brasil. Con un enfoque transversal, se incluyó a 525 individuos mayores de 18 años en 35 unidades básicas de salud del área urbana. Por medio de entrevistas, se logra identificar principalmente casos de depresión, ansiedad y trastorno bipolar, revelando que el 12,1% de los usuarios presentaban trastornos mentales. Se observó además que los fumadores tenían el doble de probabilidad de sufrir trastornos mentales y los usuarios que consumían tres o más medicamentos de manera continua mostraron siete veces más de probabilidades de padecer problemas mentales.

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 et al (10), el crecimiento alarmante de las enfermedades mentales, es por ello que se propuso explorar las vivencias de adultos jóvenes con enfermedades mentales en atención primaria utilizando el método de Bettany-Saltikov y McSherry. Se evidencia que los adultos jóvenes enfrentan dificultades para acceder y recibir ayuda adecuada, y muestran escepticismo sobre la recuperación y una falta de conocimientos sobre salud mental. Se concluye que la atención primaria debe ser el primer punto de contacto con los profesionales de la salud, es necesario adaptarse a cada una de sus necesidades para atender mejor a este grupo en crecimiento.

La incorporación de los estudios mencionados enriquece la presente investigación al proporcionar una visión integral sobre las enfermedades mentales en diversos contextos, desde

un enfoque global hasta la realidad específica que se pudo evidenciar en la comunidad de Tumbatú, en la provincia del Carchi. Este análisis comparativo facilita la identificación de patrones comunes y diferencias relevantes que influyen en la prevalencia y el manejo de los trastornos mentales en la comunidad local.

En términos de prevalencia, los estudios ofrecieron un marco de referencia para comprender la realidad que enfrenta la población, destacando indicadores clave de su estado de salud mental. Además, el uso de diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA fortalece la planificación de estrategias de prevención y de tratamiento. Esta herramienta facilitó el análisis de comportamientos de riesgo, barreras de acceso y otros factores críticos, asegurando que las intervenciones futuras sean accesibles, eficaces y adaptadas a las necesidades locales.

Finalmente, esta aproximación integral permite no solo identificar y comprender los factores de riesgo, sino también diseñar intervenciones sostenibles y culturalmente apropiadas. Al abordar las particularidades de la comunidad de Tumbatú, se fomenta un enfoque más holístico y efectivo en la atención de la salud mental, promoviendo un impacto positivo y duradero en la calidad de vida de sus habitantes.

1.2. Fundamentación Teórica

1.2.1. Trastornos mentales

Los trastornos mentales constituyen un conjunto de afecciones que comprometen el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de las personas. Estas alteraciones pueden afectar de manera considerable la capacidad para afrontar las demandas cotidianas y mantener un adecuado desempeño social, familiar y ocupacional (11). Debido a su naturaleza heterogénea, abarcan desde manifestaciones temporales hasta cuadros crónicos de mayor complejidad, los cuales pueden generar un impacto significativo en la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población.

1.2.2. Patologías de salud mental frecuentes

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos mentales que se caracterizan por una alteración en la forma en que las personas se alimentan o controlan su peso, lo que

puede provocar problemas físicos y psicosociales. Estos trastornos incluyen la anorexia, la bulimia y otras condiciones relacionadas menos específicas según las clasificaciones actuales (14).

La anorexia es un trastorno caracterizado por un deseo intenso de delgadez, con prácticas como dietas estrictas y purgas (vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos). A pesar de perder peso, hay temor intenso a la obesidad, distorsión de la imagen corporal, preocupación extrema por dieta, figura y peso, y conductas de evitación alimentaria con acciones compensatorias como hiperactividad física. La conciencia de enfermedad y riesgos suele ser escasa, centrando atención solo en la pérdida de peso, con consecuencias nutricionales peligrosas.

La bulimia implica atracones seguidos de purgas como vómitos, laxantes y ejercicio excesivo, con obsesión por peso y figura. A diferencia de la anorexia, el peso puede mantenerse normal, bajo o sobrepeso. Es un trastorno oculto, acompañado de vergüenza y culpa, y suele buscarse ayuda cuando está avanzado.

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 (14).

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 (14).

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 (14).

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.

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 (14).

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 (14).

1.2.3. Prevalencia y carga de enfermedad en el contexto regional

En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos representan una proporción considerable de la carga global de enfermedad, constituyéndose en uno de los principales desafíos para los sistemas de salud de la región. Sin embargo, a pesar de su elevada frecuencia e impacto, una gran cantidad de personas afectadas no recibe un diagnóstico oportuno ni acceso a servicios de atención adecuados (11).

Esta problemática se encuentra estrechamente relacionada con diversos factores, entre ellos las limitaciones en la cobertura de los servicios de salud mental, así como la persistencia del estigma y la discriminación social, elementos que continúan dificultando la búsqueda de ayuda y el tratamiento de estas condiciones.

Magnitud y distribución de los trastornos mentales

- **Prevalencia mundial:** A nivel mundial, los trastornos mentales representan una problemática de gran magnitud debido a su elevada frecuencia en la población. Diversos estudios estiman que aproximadamente una de cada cuatro personas experimentará algún problema de salud mental durante su vida, lo que refleja el importante impacto de estas afecciones sobre el bienestar individual, familiar y

social. Esta situación ha llevado a que la salud mental sea considerada una prioridad dentro de las políticas de salud pública a nivel internacional.

- **Prevalencia comunitaria:** Las investigaciones realizadas en contextos comunitarios evidencian que la frecuencia de los trastornos mentales puede ser incluso superior a las estimaciones globales. En determinadas comunidades se ha reportado que cerca de la mitad de la población presenta algún tipo de alteración relacionada con la salud mental. Estas variaciones pueden estar influenciadas por factores sociales, económicos, culturales y ambientales que afectan las condiciones de vida y el bienestar psicológico de las personas.
- **Prevalencia anual y por periodo específico:** La prevalencia también puede analizarse considerando un periodo determinado de tiempo. En este sentido, se estima que la depresión afecta aproximadamente al 5% de los adolescentes durante un año específico. Sin embargo, cuando la evaluación abarca toda la etapa de la adolescencia, la frecuencia de este trastorno puede incrementarse considerablemente. De igual manera, diversos estudios han documentado cambios en la prevalencia de la depresión durante periodos concretos, especialmente en grupos vulnerables como los adultos mayores.
- **Prevalencia según el tipo de trastorno:** La frecuencia de los problemas de salud mental varía de acuerdo con la patología estudiada. Entre las condiciones más comunes se encuentran los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco, así como los trastornos de ansiedad, los cuales presentan una importante presencia en diferentes grupos poblacionales. El análisis de la prevalencia por trastorno permite identificar cuáles son las afecciones más frecuentes y orientar de mejor manera las estrategias de prevención y atención.
- **Prevalencia en los servicios de atención primaria:** Los trastornos mentales constituyen una de las condiciones más frecuentes en los establecimientos de atención primaria de salud. Se ha reportado que una proporción significativa de los usuarios que acuden a estos servicios presenta algún trastorno mental activo, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana, el diagnóstico oportuno y la atención integral de la salud mental en el primer nivel de atención (11).

1.2.4. Determinantes y factores de riesgo

La aparición de trastornos mentales, especialmente la depresión y la ansiedad, responde a la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. En el contexto latinoamericano, diversos estudios señalan que estas afecciones se encuentran asociadas a experiencias traumáticas durante la infancia, estilos de vida desfavorables y predisposiciones biológicas que pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas. Asimismo, factores como:

- **Consumo de alcohol:** El consumo de alcohol es reconocido como un factor determinante en el desarrollo de diversos trastornos mentales, entre ellos la depresión y la ansiedad. Su repercusión trasciende el ámbito individual, convirtiéndose en un importante problema de salud pública debido a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que genera. En Ecuador, las afecciones vinculadas al consumo de alcohol se encuentran entre las principales causas de mortalidad en la población joven, especialmente en el grupo etario de 15 a 29 años. Asimismo, este problema presenta una elevada frecuencia entre los usuarios de los servicios de atención primaria y afecta a millones de personas en todo el mundo, lo que evidencia su impacto significativo sobre la salud y el bienestar de la población (11).
- **Violencia intrafamiliar:** En particular, la exposición a diferentes formas de violencia representa una de las experiencias más perjudiciales, especialmente para las mujeres, quienes presentan una mayor probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático. Diversas investigaciones señalan que haber sufrido agresiones físicas o sexuales, sobre todo cuando estas ocurren a edades tempranas o de manera reiterada, incrementa considerablemente el riesgo de presentar alteraciones psicológicas que afectan el bienestar y la calidad de vida (11).
- **Condición socioeconómica desfavorable:** Los factores socioeconómicos influyen de manera significativa en la aparición y evolución de los trastornos mentales. La pobreza, el desempleo y la inseguridad financiera constituyen fuentes de estrés crónico que pueden deteriorar la salud psicológica y aumentar el riesgo de desarrollar síntomas de depresión y ansiedad. De igual manera, la educación se reconoce como un factor protector, dado que favorece el acceso a

mejores condiciones de vida, recursos de apoyo y mecanismos de afrontamiento. La evidencia científica indica que un mayor nivel de escolaridad se relaciona con una menor frecuencia de manifestaciones depresivas y ansiosas, destacando el papel de la educación como un elemento clave para la promoción de la salud mental (11).

- **La edad y factores cognitivos:** La susceptibilidad a presentar trastornos mentales puede variar de acuerdo con la etapa del ciclo vital y las características cognitivas de cada persona. Diversas investigaciones señalan que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se presentan con mayor frecuencia en la población joven; sin embargo, en los adultos mayores el riesgo de depresión tiende a incrementarse ante la presencia de condiciones como la soledad, el deterioro funcional o enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la demencia. Asimismo, ciertas capacidades cognitivas relacionadas con la comprensión e interpretación de las emociones, como la empatía y la cognición social, desempeñan un papel importante en el bienestar psicológico, ya que su alteración puede favorecer la aparición de síntomas psiquiátricos (11).

La influencia conjunta de estos determinantes, sumada al estigma y la discriminación que históricamente han acompañado a los trastornos mentales, constituye una barrera importante para la prevención, detección temprana y acceso oportuno a los servicios de atención

1.2.5. Taxonomía NANDA-I

Es una clasificación que organiza los diagnósticos de enfermería de acuerdo con conceptos y características comunes, permitiendo estructurar el conocimiento propio de la disciplina. Esta herramienta facilita la identificación de las respuestas humanas frente a diferentes situaciones de salud, ya sean problemas presentes, riesgos potenciales o necesidades relacionadas con la promoción de la salud. La edición 2024-2026 de NANDA-I incorpora diagnósticos actualizados que han sido revisados y aprobados por el Comité de Desarrollo de Diagnósticos (DDC), con el objetivo de mantener una clasificación acorde a las necesidades actuales de la práctica clínica. Actualmente contiene 277 diagnósticos de enfermería agrupados en 13 dominios y 48 clases (12).

- **Diagnóstico centrado en el problema:** se refiere a un juicio clínico acerca de una respuesta humana negativa a una condición de salud o proceso vital presente en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.
- **Diagnóstico de riesgo:** es un juicio clínico que evalúa la probabilidad de que un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad desarrolle una respuesta humana negativa frente a condiciones de salud o procesos vitales.
- **Diagnóstico de promoción de la salud:** se trata de un juicio clínico relacionado con la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y alcanzar el máximo potencial de salud. Estas respuestas se manifiestan en la disposición para mejorar comportamientos específicos de salud y pueden aplicarse en cualquier estado de salud (15).

Entre los diagnósticos NANDA se presentan algunos de los diagnósticos de enfermería más comunes, basados en conductas observadas en pacientes con diversos trastornos mentales. Estos diagnósticos pueden variar según la condición específica del paciente. No se trata de una traducción literal, sino de un ejemplo de cómo una conducta puede definirse como un diagnóstico.

Tabla 1. Clasificación Diagnóstica NANDA

DOMINIO	CLASE	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
1. Promoción de la salud	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
2. Nutrición	1. Ingestión	00343	Ingesta nutricional inadecuada
4. Actividad / reposo	1. Sueño/reposo	00337	Patrón de sueño ineficaz
	3. Equilibrio de la energía	00298	Disminución de la tolerancia a la actividad
	5. Autocuidado	00326	Disminución de la capacidad para bañarse
5. Percepción / cognición	4. Cognición	00222	Control de impulsos ineficaz
		00493	Procesos de pensamiento alterados
	5. Comunicación	00051	Deterioro de la comunicación verbal
6. Autopercepción	1. Autoconcepto	00494	Identidad personal alterada
	2. Autoestima	00480	Riesgo autoestima crónica inadecuada
7. Rol / relaciones	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
9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	2. Respuestas de afrontamiento	00400	Ansiedad excesiva
		00398	Temor excesivo
	3. Respuestas neuroconductuales	00372	Regulación ineficaz de las emociones
11. Seguridad / protección	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
12. Confort	3. Confort social	00383	Conexión social inadecuada

1.2.6. 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 quien realizó el Modelo de la marea en la recuperación en salud mental 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 fundamente en diez compromisos fundamentales:

1. **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.
2. **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.
3. **Desarrollar la curiosidad genuina:** Esforzarse para comprender profundamente la historia personal que el individuo comparte, reconociendo que es una parte íntima de su vida.
4. **Llegar a ser el aprendiz:** Comprometerse a aprender de la historia de vida de la persona para comprenderla mejor.

5. **Revelar la sabiduría personal:** Ayudar a la persona a descubrir y compartir su sabiduría al narrar su propia historia.
6. **Ser transparente:** Ganar la confianza de la persona siendo honesto en todo momento sobre las acciones y propósitos.
7. **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.
8. **Trabajar un paso más allá:** Colaborar de manera activa para comprender y abordar acciones necesarias en el camino hacia la recuperación.
9. **Dar el don el tiempo:** Reconocer que el tiempo compartido entre el enfermero y la persona es invaluable, empleándolo de manera efectiva.
10. **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 (13).

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 desarrollaron su Teoría de Enfermería Humanística en 1976, basada en la fenomenología y el existencialismo, enfatizando la relación íntima y recíproca entre la enfermera y el paciente, se definió a la enfermería como una experiencia existencial vivida entre ambos. Es así, que en la teoría menciona conceptos importantes, entre ellos encontramos a:

1. Los humanos, vistos con capacidad de tomar decisiones de forma responsable, la salud como un estado de desarrollo continuo, incluso en condiciones adversas.
2. 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.
3. 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 (13).

C. Joyce Travelbee. - enfermera docente, nació en 1926 en Estados Unidos crea su Modelo de Relación Persona a Persona. Se centró en la enfermería psiquiátrica enfocada en el arte del uso consciente de la propia persona en el cuidado, este enfoque buscó 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:

1. **Encuentro original:** Primeras percepciones y sentimientos.
2. **Identidades emergentes:** Tanto la enfermera como el paciente comienzan a verse como individuos únicos.
3. **Empatía:** La comprensión profunda del otro.
4. **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 (13).

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, lo que permiten obtener conclusiones sobre la realidad estudiada y poner a prueba hipótesis previamente formuladas (14). En este sentido, el estudio recopiló y analizó la información numérica sobre las enfermedades mentales más prevalentes y sus factores de riesgo, facilitando la verificación de datos y comparación al proporcionar una base sólida para las intervenciones efectivas a las necesidades de la comunidad.

No Experimental: Estudio que no altera ninguna variable de forma intencional. Simplemente observa los fenómenos en su ambiente natural y luego los analiza (15). Es decir, se fundamenta en la observación directa de los trastornos mentales en la comunidad de estudio, facilitando la comprensión de la relación de variables en un contexto auténtico, proporcionando un análisis objetivo que refleja la realidad de la población a partir de los datos recogidos de manera pasiva y objetiva.

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 (16). De esta manera, se centra en comprender la naturaleza de la comunidad 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.

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 (17). Es decir, permite 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.

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 (18). Es decir, este estudio se enfoca en observar y recolectar la información de las variables de interés en un solo momento.

2.2. Técnicas e instrumentos de investigación

2.2.1. Técnica de investigación

En la presente investigación, se utilizó el método de entrevista para obtener datos cualitativos de los participantes, lo que favoreció la recolección de información acerca de las vivencias, percepciones y contextos vinculados a los trastornos mentales en la comunidad de Tumbatú, Carchi. En las entrevistas, se invitó a los participantes a relatar sus experiencias en un entorno informal, lo que facilitó la recolección de datos más precisos y genuinos.

La entrevista se empleó como un instrumento versátil para investigar a fondo los factores de riesgo y prevalencia de los trastornos mentales. De esta manera, al momento de acercarse a la comunidad con el uso de un diálogo abierto, se pudieron detectar patrones y elementos significativos de salud mental que no siempre resultan claros en mediciones más organizadas.

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

Para enriquecer los datos cualitativos recabados, se empleó el GMHAT/PC (Herramienta de Evaluación de Salud Mental Global/Atención Primaria), siendo un software diseñado para realizar evaluaciones estructuradas de la salud mental, facilitando la identificación y diagnóstico de diversos trastornos mentales, permitiendo determinar los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales, proporcionando datos claves para el desarrollo de estrategias de intervención y prevención en estas comunidades (19).

Para determinar la fiabilidad de la herramienta, se calculó el Alfa de Cronbach, un índice que evalúa qué tan consistente es la medida a lo largo del tiempo. Los resultados fueron interpretados de la siguiente manera: un valor superior a 0,9 indica una fiabilidad excelente; entre 0,7 y 0,9, se considera buena; entre 0,6 y 0,7, aceptable; entre 0,5 y 0,6, mala; y valores inferiores a 0,5 se interpretan como inaceptables. Este enfoque permite evaluar la confiabilidad de los instrumentos de medición de manera clara y precisa, facilitando la interpretación de los resultados (20).

El GMHAT/PC incluye 29 ítems, organizados en cuatro apartados principales que abordan diferentes aspectos del área de la salud mental:

- **Primer apartado:** "Historia general e identificación del paciente", recoge datos personales como nombre completo, identificación de género, motivo de consulta, grupo étnico, estado civil y lugar de residencia.
- **Segundo apartado:** "Estado de ánimo del paciente", evalúa el estado mental y recoge información para determinar si la persona presentó un diagnóstico previo y desde cuando ha sentido que hay problemas en su salud mental. Con los 6 ítems: (Del 1 al 6).
- **Tercer apartado:** "Trastornos mentales", se determinó la presencia de qué tipo de trastorno mental padece la persona encuestada o que síntomas ha presentado para que sea diagnosticado, con 23 ítems: (Del 7 al 29).

    - Del ítem número 7 al 25 hay preguntas dirigidas a saber si la persona encuestada ha presentado síntoma, evaluando con una escala de puntuación de 0 a 9.
    - En el ítem número 14 hay una pregunta específica a la población femenina sobre el cese de la menstruación, calificando con los mismos indicadores.
    - El ítem número 26 se refiere a la evaluación de los hábitos de consumo de alcohol y detección de posibles signos de abuso o dependencia.
    - Ítem número 27 está diseñado para evaluar el consumo de sustancias ilegales y los posibles signos de dependencia en su comportamiento habitual.
    - En el ítem número 28, se refiere a comportamientos de personalidad que pueden causar dificultades o problemas en la vida de una persona.
    - El ítem número 29, se identificó las situaciones estresantes que ha pasado el individuo 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).

- **Cuarto apartado:** "Informe de la entrevista GMHAT" para facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud mental y proporcionar una evaluación estandarizada para un diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales basados en evidencia.
- **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:

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)

2.3. Preguntas de Investigación

1. ¿Qué características sociodemográficas tuvo la población en estudio?
2. ¿Cuál fue la prevalencia de trastornos mentales en la población de estudio?
3. ¿Cuáles fueron los planes de atención de Enfermería enfocados en la promoción de salud en los trastornos mentales de mayor prevalencia en la comunidad establecidos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)?

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
Características sociodemográficas	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. (23)	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	Número de miembros del hogar	1. Familia nuclear 2. Familia extensa 3. Familia nuclear ampliada 4. Familia monoparental	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la composición de su hogar?	Cualitativa nominal

		relación de parentesco o convivencia.		5. Otra		
	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	Comunidad de Tumbatú	¿Pertenece a la comunidad de Tumbatú?	Cualitativa nominal

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

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE
Tipos de trastornos mentales	Son cambios notables en cómo pensamos, sentimos y actuamos, impactando nuestra vida diaria y generando malestar. Pueden manifestarse en alteraciones del estado de ánimo, la percepción, la memoria y la concentración. (24)	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 convulsión? ¿Tiene señales de advertencia antes de las convulsiones, como sensaciones extrañas o cambios en la percepción?	Cualitativa nominal
		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.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	¿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?	Cualitativa nominal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado.	¿Le incomoda mucho esta preocupación, es desagradable, puede dejar de preocuparse?, vuelven a aparecer los pensamientos?	
	Diagnóstico Psiquiátrico	Respuesta emocional que experimenta una persona ante situaciones percibidas como amenazantes, que se caracterizan por sentimientos de preocupación, nerviosismo o temor.	Ansiedad	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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 suele asustar o ponerse nervioso/a? (Si responde afirmativamente:) ¿Suele tener / sentir con frecuencia: Palpitaciones, Sudoración, Temblores o sacudidas, Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.	Cualitativa nominal
	Diagnóstico Psiquiátrico	Se caracteriza por episodios repentinos e intensos de miedo acompañados de síntomas como	Crisis de pánico	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma presente y ligeramente	¿Ha tenido ataques de miedo o pánico y ha tenido que hacer algo para que terminen?	Cualitativa nominal

		dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración excesiva, temblores o sensación de ahogo.		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.	¿Puede describir lo que ocurre? ¿Con que frecuencia tiene esta crisis?	
	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.Sintoma 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	¿Cómo está su concentración? ¿Puede concentrarse cuando está hablando con alguien, oyendo radio, viendo televisión o leyendo?	Cualitativa nominal

				ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Estado emocional que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza o falta de interés en actividades cotidianas, afectando su bienestar general.	Ánimo depresivo	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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 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?	Cualitativa nominal
	Diagnóstico Psiquiàtrico	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.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante.	¿Tiene interés por las cosas? ¿Ha perdido el interés por las cosas? ¿Con qué disfruta recientemente?	Cualitativa nominal

				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 Psiquiàtrico	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.Sintoma 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 Psiquiàtrico	Emoción que surge cuando la persona percibe que ha hecho algo	Sentimiento de culpa	0. No evidencia o presencia del síntoma.	¿Tiende a echarse la culpa o se siente culpable de algo?	Cualitativa nominal

		mal o ha fallado en cumplir con sus expectativas.		1.Sintoma 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 en ocasiones inútil?	
	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.Sintoma 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	¿Ha enlentecido sus actividades? ¿Se agita en ocasiones? ¿Experimenta dificultades para recordar información reciente? ¿Tiene dificultades para aprender nuevas habilidades o conceptos?	Cualitativa nominal

				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.Sintoma 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 mental actual y tensiones o	Ideación Suicida reciente	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente 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? ¿Tiene algún plan para acabar con su vida?	Cualitativa nominal

		estresores recientes.		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 Psiquiàtrico	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.Sintoma 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	¿Sigue pensando de la misma manera? ¿Tiene algún plan para acabar con su vida?	Cualitativa nominal
	Diagnóstico Psiquiàtrico	Período de descanso nocturno en el que el participante	Sueño	0. No evidencia o presencia del síntoma.	¿Ha tenido problemas para dormir recientemente (si	Cualitativa nominal

		menciona su capacidad para conciliar el sueño y sentirse descansado al despertar.		1.Sintoma 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	responde afirmativamente) ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? ¿ Se despierta más temprano por las mañanas?	
	Diagnóstico Psiquiàtrico	Sensación de hambre, evaluada con la frecuencia de que el participante experimenta hambre, cantidad de alimentos consumidos y cualquier cambio en sus hábitos alimenticios.	Apetito	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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	¿Cómo ha estado su apetito? ¿Disfruta lo que come? ¿Ha estado comiendo mucho mas o menos de lo habitual?	Cualitativa nominal

				ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
	Diagnóstico Psiquiàtrico	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.Sintoma 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 (o ganado) peso durante los últimos tres meses? ¿Cuánto ha sido más o menos? ¿Cuánto en el último mes?	Cualitativa nominal
	Diagnóstico Psiquiàtrico	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.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante.	¿Ha perdido el interés por el sexo?	Cualitativa nominal

				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	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.Sintoma 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	¿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 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?	Cualitativa nominal

	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.Sintoma 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 interrumpido su menstruación?	Cualitativa nominal
	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.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	¿Cómo está su salud física? ¿Le preocupa su salud o alguna enfermedad? ¿Hay algo en relación a su cuerpo que le moleste o le preocupe? ¿Tiene algún dolor? ¿Hay alguna parte de su cuerpo que no funcione adecuadamente?	Cualitativa nominal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	(¿Diría que está en buenas condiciones físicas?)	
	Diagnóstico Psiquiátrico	Presencia de pensamientos intrusivos y comportamientos repetitivos que la persona reporta como difíciles de controlar o detener.	Obsesiones/compulsiones	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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 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?	Cualitativa nominal
	Diagnóstico Psiquiátrico	Miedo intenso a situaciones específicas (fobia) o a estar en lugares donde el escape podría ser difícil (agorafobia)	Fobia / Agorafobia	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.	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	Cualitativa nominal

		manifestada por episodios de ansiedad o pánico.		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	cualquier otro miedo? (Agorafobia) **Fobia / fobia especifica**: ¿O a estar en una habitación pequeña, o se asusta con algunos tipos de animales, o con alturas, los lugares oscuros, etc? **Fobia / fobia social:** ¿O ser el centro de atención, 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.Sintoma 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.	¿Se ha sentido con demasiada energía (lleno/a de energía) recientemente? ¿Últimamente se ha sentido muy feliz sin ninguna razón aparente?	Cualitativa nominal

				5. No aplicable o no preguntado		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Presencia de alteraciones en el proceso de pensamiento, como incoherencia o dificultades para la organización de ideas acompañado de síntomas como pensamientos desorganizados o delirantes.	Trastorno del pensamiento	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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 le mezclan (confunden) sus pensamientos? ¿De forma que no los puede organizar? ¿Puede pensar con claridad/orden?	Cualitativa nominal
	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	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente	¿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?)	Cualitativa nominal

				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	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 e una pérdida de contacto con la realidad.	Síntomas psicóticos/alucinaciones visuales	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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	Desorientación del tiempo	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma presente y ligeramente	¿Algunas personas cuando se sienten mal o están disgustadas pierden la noción del tiempo	Cualitativa nominal

		pasados. Este problema puede ser temporal y resolverse con el tiempo (transitorio).		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	Puedo preguntarle ¿Cuál es la fecha de hoy? ¿Puede decirme qué día de la semana es? (¿Qué mes?) (¿Qué año?)	
	Diagnóstico Psiquiàtrico	Dificultad para reconocer o identificar el lugar en el que se encuentra la persona, episodios de confusión sobre la ubicación.	Desorientación de lugar	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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.	¿Cuál es el nombre de este lugar? ¿Dónde está situado?	Cualitativa nominal

				5. No aplicable o no preguntado		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Dificultad para reconocer o identificar a uno mismo o a otras personal, con períodos de confusión sobre su identidad.	Desorientación en persona	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma 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	¿Me había visto antes? ¿Tiene dificultad para reconocer a sus familiares y amigos cercanos? ¿Cuál es el nombre de este lugar? ¿Dónde está situado?	Cualitativa nominal
	Diagnóstico Psiquiàtrico	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	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1.Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente	¿Ha tenido algún problema con la memoria? ¿Que tan grave es esto para usted? ¿Últimamente acostumbra a olvidar las cosas?	Cualitativa nominal

				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 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	¿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?	Cualitativa nominal

	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 enfrenta a una situación percibida como amenazante o que requiere un esfuerzo adicional.	Estrés	0 Sin estrés 1 Estrés en grado leve 2 Estrés en grado moderado 3 Estrés en grado severo	¿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?	Cualitativa nominal

	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: Diseñar planes de atención de Enfermería enfocados en promoción de salud en los trastornos mentales de mayor prevalencia en la comunidad establecidos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE
Diagnósticos NANDA	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. (21)	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		Cuanttativa nominal

2.5. Participantes

2.5.1. Población investigada

La población de estudio estuvo conformada por habitantes de la comunidad de Tumbatú, pertenecientes a la parroquia de San Vicente de Pusir, en la provincia de Carchi. En total. La comunidad cuenta con 480 habitantes, de los cuales se consideraron aquellos con edades comprendidas entre los mayores de 18 años hasta los 77 años. Este rango etario fue seleccionado debido a su pertenencia para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, lo que permitió obtener datos representativos sobre la prevalencia y factores de riesgo de los trastornos mentales en la comunidad. El periodo abarcó desde abril hasta agosto de 2024.

2.5.2. Muestra

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

Fórmula para muestro 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** = Es el número de personas que serán seleccionadas para la aplicación del instrumento de investigación. En la presente investigación se obtuvo una muestra de 103 participantes, considerada suficiente para representar adecuadamente a la población objeto de estudio.
- **N =** Representa el total de individuos que conforman el universo de estudio. En la presente investigación corresponde a 480 habitantes de la comunidad de Tumbatú.
- **Z (nivel de confianza) =** Valor estadístico que indica el grado de seguridad de los resultados. Para este estudio se utilizó un 95% de confianza, cuyo valor Z es 1.96, lo que garantiza que los resultados sean confiables y generalizables dentro del margen establecido.

- **p (probabilidad de ocurrencia) =** Representa la proporción esperada de la característica o fenómeno en la población. En este estudio se asume p = 0.5, debido a que no existen estudios previos específicos en la comunidad, lo que permite maximizar la variabilidad y obtener una muestra más conservadora.
- **q (probabilidad complementaria) =** Es el complemento de p, es decir: q=1−p. Por lo tanto, en este caso q = 0.5. Este valor representa la proporción de la población que no presenta la característica de estudio.
- **e (margen de error) =** Es el nivel de error permitido en la investigación. En este caso se estableció un 5% (0.05), lo que indica el grado de precisión aceptado en los resultados.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y de corte transversal, con el propósito de conocer la situación de la salud mental en la comunidad de Tumbatú durante el período de estudio. La población estuvo conformada por 480 habitantes, de los cuales se obtuvo una muestra de 103 participantes, seleccionados mediante un procedimiento probabilístico que permitió contar con información representativa de la población estudiada. Se incluyeron personas de entre 18 y 77 años de edad, debido a que este grupo poblacional aporta información relevante para el análisis de los factores asociados a los trastornos mentales y su influencia en la vida cotidiana de los individuos.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, se considera un nivel de confianza del 95% (Z = 1,96) y un margen de error del 5% (e = 0,05), parámetros ampliamente utilizados en estudios de investigación. Debido a que no se dispuso de información previa sobre la frecuencia de trastornos mentales en la población estudiada, se empleó una probabilidad de ocurrencia del 50% (p = 0,5) y una probabilidad de no ocurrencia del 50% (q = 0,5). La utilización de estos valores permite trabajar con el escenario de mayor variabilidad posible, favoreciendo una estimación más conservadora del tamaño muestral.

El número de participantes se determinó tomando como referencia el macroproyecto de investigación, incluyendo una población de 5118 habitantes y una muestra total de 557 personas. A partir de estos datos se realizó una distribución proporcional considerando la población de la comunidad de Tumbatú, estableciéndose la aplicación de un mínimo de 52 encuestas para el presente estudio. Durante el proceso de recolección de información se presentaron dificultades

relacionadas con la disponibilidad de los habitantes, debido a que muchos de ellos se encontraban realizando actividades laborales o comerciales fuera de sus domicilios.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo por conveniencia, debido a las dificultades encontradas durante el proceso de recolección de datos. Factores como la dispersión de las viviendas, las condiciones de acceso a ciertos sectores de la comunidad y la ausencia temporal de algunos habitantes por motivos laborales o comerciales impidieron contactar a la totalidad de la población prevista, a pesar de las visitas efectuadas en diferentes días y horarios. En este contexto, se incluyó a las personas que se encontraban presentes al momento del trabajo de campo y que aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación. Esta modalidad permitió reunir la información necesaria para el análisis de la prevalencia de los trastornos mentales y de los factores de riesgo identificados en la comunidad de Tumbatú.

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 rio 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 esta parroquia es de 2.244 personas. (22)

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).

Para garantizar la cobertura de salud en la población, se han establecido cuatro puestos de salud, un centro de salud y un dispensario del Seguro Social Campesino. Todos estos centros brindan servicios de atención médica de primer nivel a la población local.

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. (23)

La comunidad de Tumbatú está ubicada en la margen derecha del río Chota, siguiendo la corriente en dirección este-oeste. Se encuentra situada a una altitud de 1.000 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 23 °C y una precipitación anual que oscila entre 300 y 1.000 milímetros. El clima presenta dos estaciones bien definidas: la estación seca y la estación lluviosa. En tal sentido, la comunidad está compuesta por 480 habitantes, distribuidos en 120 familias, de las cuales 236 son mujeres y 244 son hombres. (24)

Este lugar ofrece un paisaje singular, con amplias vistas panorámicas y una notable diversidad étnica. La vegetación característica de los ecosistemas semiáridos complementa su entorno natural. Los habitantes de Tumbatú se destacan por su calidez y hospitalidad hacia los visitantes, reflejando la tradición acogedora de las comunidades afrodescendientes del Valle del Chota. (25)

Históricamente, Tumbatú forma parte de un contexto regional y nacional en el que la presencia afrodescendiente es reconocida, aunque generalmente se asocia más con la provincia de Imbabura. No obstante, según datos estadísticos, en la provincia de Carchi residen 14.291 personas afrodescendientes, concentradas principalmente en el sur de la región, donde también se encuentra ubicada Tumbatú.(25)

2.5.4. Criterios de Inclusión

- Población mayor de 18 años hasta los 77 años.
- Personas que residen en la comunidad de Tumbatú 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

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación presencial de encuestas estructuradas elaboradas a partir del instrumento GMHAT/PC, herramienta validada para la identificación de problemas de salud mental en contextos comunitarios. Previamente a la aplicación de los cuestionarios en Tumbatú, se informó a los participantes sobre los objetivos de la investigación, la importancia de su colaboración y el carácter confidencial de la información proporcionada. La participación fue voluntaria y se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos, respetando el consentimiento informado de cada participante.

Una vez finalizado el trabajo de campo, la información recopilada en los cuestionarios físicos fue ingresada manualmente en una base de datos diseñada en Microsoft Excel. Posteriormente, se efectuó una revisión detallada de los registros con el propósito de identificar posibles errores de digitación, omisiones o inconsistencias en las respuestas, garantizando así la calidad de la información utilizada para el estudio.

Tras la validación y organización de la base de datos, esta fue exportada al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 18, para su procesamiento estadístico. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para la organización y presentación de los resultados. Los hallazgos fueron representados en tablas

estadísticas, lo que permitió describir de manera clara la prevalencia de los trastornos mentales y los factores de riesgo identificados en la comunidad de Tumbatú.

2.7. Aspectos bioéticos

Se acataron los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki con respecto a la investigación en seres humanos, los cuales se resumen en los fundamentos esenciales de respeto, de autonomía de las personas, beneficencia y no maleficencia, y la adhesión a buenas prácticas de investigación.

Se respetó la autonomía de los participantes mediante el consentimiento informado, asegurando que la participación sea voluntaria y sin presiones externas. El compromiso del estudio fue mantener altos estándares éticos para proteger los derechos y dignidad de los participantes, contribuyendo al avance del conocimiento científico de manera ética y responsable.

Se presentó la presente investigación para su evaluación y aprobación por parte del Comité Ético de Investigación (CEI) de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte. Además, se solicitó la autorización expresa del responsable del lugar de la investigación para poder realizar la fase de recolección de datos. En todo momento se garantizó la confidencialidad, el anonimato y la protección de los datos recogidos en cualquier fase del estudio. (Anexo 2)

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." (26)

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." (27)

"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 Publica 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."* (27)

"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.*" (27)

Código Deodontológico 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. (28)

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."* (29)

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."* (29)

CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

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

Factor sociodemográfico	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	42	40,8
	Femenino	61	59,2
Edad	18 a 27	15	14,6
	28 a 37	22	21,4
	38 a 47	21	20,4
	48 a 57	12	11,7
	58 a 67	16	15,5
	68 a 77	17	16,5
Etnia	Mestizo	1	1,0
	Afro	102	99,0
Estado civil	Casado	43	41,7
	Soltero	41	39,8
	Divorciado	1	1,0
	Viudo	5	4,9
	Separado	4	3,9
	Unión libre	9	8,7

Los datos presentados en la Tabla 2 muestran que la mayoría de la población participante de Tumbatú, Carchi, está conformada por mujeres (59,2%), lo que podría sugerir una mayor participación femenina en estudios comunitarios de salud. Este hallazgo puede relacionarse con lo descrito por Gausman y Langer, quienes señalan que en contextos rurales las mujeres suelen asumir una "triple carga" de trabajo: doméstico, laboral y de cuidado, lo que incrementa su exposición a situaciones de estrés y vulnerabilidad frente a problemas de salud mental como ansiedad y depresión (30).

En cuanto a la distribución etaria, los grupos de 28 a 37 años (21,4%) y de 38 a 47 años (20,4%) son los más predominantes, lo que indica que los adultos en etapas productivas pueden ser más susceptibles a factores de riesgo relacionados con estrés laboral y social. Asimismo, se observa una representación importante de adultos mayores entre 68 y 77 años (16,5%), población

considerada vulnerable a trastornos mentales debido a factores como el aislamiento social, la presencia de enfermedades crónicas y la disminución de redes de apoyo. Al respecto, Gallardo señala que en comunidades rurales el aislamiento geográfico y las limitaciones en el acceso a servicios de salud mental pueden agravar los problemas emocionales en la población adulta mayor (31).

Por otro lado, el 99% de los participantes se identifican como afrodescendientes, lo que subraya la necesidad de considerar el contexto cultural y social de esta comunidad en las estrategias de salud mental. En cuanto al estado civil, el 41.7% están casados y el 39.8% son solteros, destacando posibles diferencias en el apoyo emocional y social entre ambos grupos. Estas características sociodemográficas sugieren que los factores culturales, económicos y familiares influyen de manera determinante en la salud mental de la población, evidenciando la importancia de desarrollar intervenciones específicas para abordar estos factores de riesgo.

Tabla 3. Factores sociodemográficos (Residencia, familia, escolaridad, ocupación, ingresos)

Factor sociodemográfico	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Residencia	Solo	6	5,8
	Con familia	97	94,2
Familia	Familia nuclear	61	59,2
	Familia monoparental	13	12,6
	Familia nuclear ampliada	21	20,4
	Familia extensa	4	3,9
	Otra	4	3,9
Escolaridad	Primaria	49	47,6
	Secundaria	41	39,8
	Superior	6	5,8
	Ninguna	7	6,8
Ocupación	No trabaja	6	5,8
	Labores de campo	59	57,3
	Labores de hogar	33	32,0
	Comercio	1	1,0
	Empleado	4	3,9
Ingresos	Menos de 460		
	No	11	10,7
	Si	92	89,3
	460 y más		
	No	92	89,3
	Si	11	10,7

En la Tabla 3 se observa que la mayoría de la población reside con su familia (94,2%), lo que sugiere la presencia de un entorno de convivencia que puede funcionar como factor protector al proporcionar apoyo emocional y social. Sin embargo, también puede constituir un espacio donde se generen conflictos interpersonales que incrementen el estrés y afecten el bienestar psicológico. En cuanto a la estructura familiar, predomina la familia nuclear (59,2%), seguida de la familia nuclear ampliada (20,4%) y en menor proporción las familias monoparentales (12,6%), lo que evidencia diferentes configuraciones familiares que pueden influir en la salud mental de sus integrantes.

En este sentido, la literatura señala que la estructura familiar y la calidad de las relaciones intrafamiliares influyen significativamente en el estado de salud mental de las personas. Choi destaca que las familias monoparentales presentan una mayor vulnerabilidad a la aparición de trastornos como ansiedad y depresión, debido a la sobrecarga de responsabilidades y a las limitaciones económicas y emocionales que enfrentan (32).

Respecto a la escolaridad, casi la mitad de la población tiene educación primaria (47.6%), mientras que el 39.8% alcanzó la secundaria, lo que refleja limitaciones en el acceso a la educación superior (5.8%) y un pequeño porcentaje sin escolaridad (6.8%). Un estudio realizado en Latinoamérica confirma la relación entre factores sociodemográficos y la prevalencia de trastornos mentales, destacando que elementos como el nivel educativo, el entorno familiar y las condiciones económicas son determinantes clave en la salud mental (7), es por ello que los datos analizados reflejan una tendencia similar, se destaca factores sociodemográficos en servicios de salud mental como determinantes en la salud mental de la población.

En términos de ocupación, más de la mitad de los participantes laboran en trabajos de campo (57,3%), y un 32% se dedica a trabajos del hogar, lo que podría indicar una dependencia de actividades económicas informales o domésticas. Finalmente, en cuanto a ingresos, el 89.3% de los participantes tiene ingresos menores a $460 mensuales, destacando la prevalencia de situaciones económicas precarias que podrían influir en la calidad de vida y la incidencia de problemas de salud mental.

Tabla 4. Antecedentes patológicos

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antecedentes patológicos familiares (salud mental)	Si	13	12,6
	No	90	87,4
Antecedentes de depresión	Si	8	7,8
	No	95	92,2
Abuso o maltrato	No	65	63,1
	Físico	14	13,6
	Psicológico	24	23,3
Epilepsia	Si	3	2,9
	No	100	97,1
Retraso mental	Si	7	6,8
	No	96	93,2

De acuerdo con los datos presentados, el 18,4% de los participantes reportaron antecedentes patológicos personales, mientras que el 81,6% no los presentó, lo que indica que la mayoría de la población estudiada no tiene registro de enfermedades previas. En cuanto a los antecedentes patológicos familiares, el 87,4% no los reportó, evidenciando una baja prevalencia de condiciones heredadas o familiares identificadas. Respecto a los antecedentes de depresión, solo el 7,8% de los participantes refirió tenerlos, frente al 92,2% que no los manifestó, lo que podría estar relacionado con un posible subregistro debido al estigma asociado a las enfermedades mentales.

En términos de abuso o maltrato, el 63,1% no reportó haber sufrido ninguna forma de abuso, mientras que el 13,6% indicó maltrato físico y el 23,3% psicológico, reflejando la importancia de abordar estas problemáticas desde una perspectiva preventiva y educativa. Por otro lado, la prevalencia de epilepsia fue del 2,9%, siendo un porcentaje mínimo en comparación con el 97,1% que no presenta esta condición. Finalmente, en relación con el retraso mental, el 6,8% reportó esta condición, frente al 93,2% que no la presenta, lo que resalta la necesidad de intervenciones inclusivas para quienes viven con esta discapacidad.

En este sentido, un estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales en atención primaria reportó que el 37,2% de los participantes presentó algún tipo de trastorno mental, siendo más frecuente en mujeres, además de identificar factores sociodemográficos y antecedentes personales y familiares como variables asociadas al desarrollo de estas patologías (33).

Asimismo, Tuárez señala que la presencia de antecedentes familiares, enfermedades psiquiátricas previas y eventos adversos como el maltrato constituyen factores de riesgo relevantes que pueden influir en la aparición de síntomas depresivos y ansiosos, especialmente en poblaciones vulnerables (7).

Tabla 5. Signos y síntomas trastornos mentales

Trastorno	Nivel	Sí, (n)	Sí, (%)	No, (n)	No, (%)
Ansiedad	Leve	41	39,8	62	60,2
	Moderado	16	15,5	87	84,5
	Severo	19	18,4	84	81,6
Concentración	Leve	30	29,1	73	70,9
	Moderado	10	9,7	93	90,3
	Severo	4	3,9	99	96,1
Depresión	Leve	37	35,9	66	64,1
	Moderado	15	14,6	88	85,4
	Severo	19	18,4	84	81,6
Trastorno de la conducta alimentaria	Leve	10	9,7	93	90,3
	Moderado	2	1,9	101	98,1
	Severo	5	4,9	98	95,1
Hipocondriasis	Leve	20	19,4	83	80,6
	Moderado	9	8,7	94	91,3
	Severo	8	7,8	95	92,2
Trastorno obsesivo compulsivo	Leve	17	16,5	86	83,5
	Moderado	18	17,5	85	82,5
	Severo	4	3,9	99	96,1

De acuerdo con los datos presentados, el 39,8% de los participantes reportó síntomas leves de ansiedad, lo que sugiere que una parte significativa de la población enfrenta preocupaciones que pueden afectar su bienestar. Aunque en menor proporción, se identifican casos de ansiedad moderada y severa, lo que sugiere la existencia de un grupo de personas con mayor afectación emocional que requiere atención oportuna. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia científica que indica una elevada carga de trastornos mentales en poblaciones vulnerables, especialmente en comunidades afrodescendientes, en este sentido, Schouler-Ocak y Moran señalan que la discriminación racial se asocia significativamente con mayores niveles de

ansiedad, depresión y malestar psicológico, afectando directamente la calidad de vida de las personas pertenecientes a grupos históricamente vulnerados (34).

En cuanto a la concentración, el 29,1% de los encuestados manifestó dificultades leves, mientras que el 70,9% no reportó problemas. Si bien la mayoría de los casos no alcanzan niveles críticos, estos problemas pueden afectar la productividad y el aprendizaje, por lo que no deben ser desestimados. Respecto a la depresión, el 35,9% de los participantes reportaron síntomas leves. No obstante, los casos moderados y severos (14,6% y 18,4%) destacan la necesidad de atención temprana, ya que los niveles más altos de depresión suelen implicar un mayor riesgo de afectación emocional y social. Por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria presentan una baja prevalencia, con solo el 9,7% de los encuestados reportando síntomas leves, lo que podría indicar una menor visibilidad o diagnóstico de estos casos en la población estudiada.

En cuanto a la hipocondriasis, el 19,4% de los participantes presentaron síntomas leves, lo que indica que el miedo a padecer enfermedades graves está presente. Por otro lado, el trastorno obsesivo-compulsivo afecta levemente al 16,5% de los encuestados y moderadamente al 17,5%. Aunque la mayoría no presenta este trastorno, la presencia de síntomas leves y moderados podría interferir en la vida diaria.

Los resultados de una investigación reflejan una importante carga de trastornos mentales en la población atendida en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Ciudad de México entre 1995 y 2004. Dentro de estos, la depresión destacó como uno de los diagnósticos más frecuentes, representando el 16.5% de los casos analizados. Este hallazgo subraya la relevancia de los trastornos afectivos dentro del sistema de salud, ya que la depresión no solo impacta el bienestar emocional de los pacientes, sino que también puede derivar en complicaciones graves si no se aborda de manera oportuna (35).

Tabla 6. Signos y síntomas trastornos mentales

Trastorno	Nivel	Sí, (n)	Sí, (%)	No, (n)	No, (%)
Fobia	Leve	15	14,6	88	85,4
	Moderado	7	6,8	96	93,2
	Severo	4	3,9	99	96,1
Manía	Leve	25	24,3	78	75,7
	Moderado	4	3,9	99	96,1
	Severo	2	1,9	101	98,1
Psicosis	Leve	15	14,6	88	85,4
	Moderado	3	2,9	100	97,1
	Severo	6	5,8	97	94,2
Desorientación	Leve	14	13,6	89	86,4
	Moderado	1	1,0	102	99,0
	Severo	2	1,9	101	98,1
Memoria	Leve	26	25,2	77	74,8
	Moderado	6	5,8	97	94,2
	Severo	3	2,9	100	97,1
Estrés	Leve	39	37,9	64	62,1
	Moderado	12	11,7	91	88,3
	Severo	9	8,7	94	91,3
Riesgo suicida	Sin riesgo	24	23,3	79	76,7
	Leve	7	6,8	96	93,2
	Moderado	3	2,9	100	97,1
	Severo	0	0,0	103	100,0

Los resultados evidencian que el 14,6% de los participantes reportaron síntomas leves de psicosis, esto indica que, si bien la psicosis no es un trastorno altamente prevalente en la muestra, la identificación temprana de sus síntomas evita su progresión y minimiza el impacto en la funcionalidad de los individuos. De manera similar, la literatura reporta que la psicosis puede presentarse en diferentes niveles de severidad, incluyendo casos leves, moderados y severos, y puede estar asociada a trastornos mentales graves como la esquizofrenia, especialmente en poblaciones expuestas a condiciones de vulnerabilidad social (36).

En relación con la manía, el 24,3% de los participantes manifestó síntomas leves, lo que sugiere la presencia de alteraciones del estado de ánimo caracterizadas por episodios de activación, euforia o impulsividad que pueden interferir en el funcionamiento diario. Estos hallazgos son consistentes con estudios que describen la manía como una alteración del estado afectivo que

puede variar en intensidad y constituir un componente de trastornos como el trastorno bipolar, afectando de manera significativa el desempeño social y personal de los individuos (37).
Por otro lado, la desorientación se reportó en un 13,6% de los casos en su nivel leve, indica que la mayoría de los participantes no presentan problemas significativos de orientación. En cuanto a la memoria, el 25,2% de los participantes reportó dificultades leves, resaltan la importancia de evaluar y atender los problemas de memoria, ya que pueden estar relacionados con diversos factores, desde el estrés hasta el inicio de trastornos neurodegenerativos. El estrés es uno de los problemas más comunes dentro de la muestra, con un 37,9% de los participantes reportando síntomas leves, su persistencia en niveles elevados puede derivar en trastornos de ansiedad y otras complicaciones psicológicas.

Finalmente, en relación con el riesgo suicida, el 23,3% de los participantes fue clasificado como "sin riesgo", mientras que un 6,8% presentó síntomas leves y un 2,9% moderados. No se reportaron casos de riesgo severo en la muestra, lo que representa un dato relevante. Los sistemas de salud desempeñan gran importancia en la identificación del riesgo de suicidio, enfocando sus esfuerzos principalmente en personas con diagnóstico de salud mental. Sin embargo, los registros médicos contienen múltiples indicadores de riesgo tanto para individuos con trastornos diagnosticados como para aquellos sin antecedentes clínicos, lo que permite mejorar la detección, comprensión y prevención del suicidio (38).

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de otros factores asociados

Factor	Sí, (n)	Sí, (%)	No, (n)	No, (%)
Consumo de alcohol	14	13,6	89	86,4
Consumo de drogas	0	0,0	103	100,0
Trastorno de la personalidad	10	9,7	93	90,3
Proceso de duelo	20	19,4	83	80,6

En cuanto a los factores asociados a los trastornos mentales, la tabla revela que el 13,6% de los participantes consumieron alcohol. Aunque la mayoría no reporta consumo, este porcentaje indica que una parte de la población podría estar expuesta a sus efectos adversos en la salud mental, como el aumento del riesgo de ansiedad, depresión y desregulación emocional. Además, el consumo registrado en el presente estudio es significativamente menor al reportado por Peltzer et al. (38), lo que sugiere que, en entornos donde el alcohol forma parte de la vida social y es de

fácil acceso, su ingesta tiende a ser más común y menos estigmatizada, especialmente en áreas urbanas.

Por otro lado, el consumo de drogas no se reportó en ningún caso dentro de la muestra, reflejando una prevalencia del 0%. Si bien esto podría interpretarse como un dato positivo, es necesario considerar la posibilidad de subregistro debido a la estigmatización social o la falta de reconocimiento del problema por parte de los participantes. En cuanto a los trastornos de la personalidad, se identifican en el 9,7% de los encuestados, lo que sugiere que, aunque su presencia no es predominante, sigue siendo un factor relevante dentro de los trastornos mentales analizados.

El proceso de duelo fue el factor más frecuente, afectando al 19,4% de los participantes. Esta cifra destaca la importancia de abordar sus implicaciones emocionales, ya que, sin un manejo adecuado, puede derivar en trastornos como depresión, ansiedad o ideación suicida. A diferencia de otras pérdidas más visibles, el duelo por enfermedad mental suele ser minimizado debido al estigma social, lo que limita el apoyo recibido. Por ello, es crucial implementar estrategias de intervención que reconozcan estas pérdidas y brinden el acompañamiento necesario para mitigar su impacto en la salud mental (39).

Tabla 8. Prevalencia de trastornos mentales (diagnósticos GM-HAT)

Diagnóstico Principal GM-HAT	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin enfermedad mental	40	38,8%
Ansiedad	17	16,5%
Depresión	9	8,7%
Trastorno mental orgánico	8	7,8%
Psicosis con depresión	7	6,8%
Otros	22	21,3%

La Tabla 8 refleja la distribución de los principales trastornos mentales en la población estudiada. Los resultados evidencian que el 38,8% de los participantes no presenta un diagnóstico de enfermedad mental, mientras que el 61,2% sí reporta algún tipo de trastorno, lo que indica una elevada carga de problemas de salud mental en la comunidad. Sin embargo, es importante considerar que la ausencia de diagnóstico no necesariamente implica un estado óptimo de salud mental, ya que pueden existir síntomas subclínicos o necesidades psicológicas no identificadas. En este sentido, Patel señala que una proporción considerable de personas con problemas de

salud mental no recibe diagnóstico ni acceso oportuno a servicios especializados, lo que contribuye al subregistro de estas condiciones (40).

Dentro de los diagnósticos identificados, la ansiedad constituye el trastorno más frecuente (16,5%), lo que se relaciona con la alta prevalencia de este problema a nivel global, asociado principalmente a factores como el estrés, las exigencias sociales y las condiciones del entorno. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Santomauro, quien identifica a los trastornos de ansiedad y depresión como una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (41).

El 7,8% de los participantes presenta un trastorno mental orgánico, lo que sugiere la presencia de afecciones neurológicas o cognitivas que requieren un enfoque clínico especializado. Asimismo, el 6,8% de los casos corresponden a psicosis con depresión, una condición severa que puede afectar significativamente la funcionalidad y calidad de vida de quienes la padecen, incrementando el riesgo de aislamiento social y deterioro cognitivo. Por otro lado, la categoría "otros" agrupa el 21,3% de los casos, lo que indica una diversidad de diagnósticos que podrían incluir trastornos del espectro bipolar, esquizofrenia u otras condiciones menos frecuentes en la muestra.

Tabla 9. Prevalencia de trastorno mentales (diagnósticos de enfermería)

Diagnóstico de Enfermería	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Conductas de mantenimiento de salud ineficaces	39	37,9
Ansiedad excesiva	21	20,4
Sin patología	9	8,7
Autoestima crónica inadecuada	8	7,8
Procesos de pensamiento alterados	8	7,8
Deterioro de la interacción social	7	6,8
Otros	11	10,8

La Tabla 9 muestra la prevalencia de trastornos mentales según los diagnósticos de enfermería, reflejando una distribución significativa de problemas psicológicos en la población estudiada. El diagnóstico más frecuente es el de “conductas de mantenimiento de salud ineficaces" con un 37,9%, lo que indica que una gran parte de los participantes exhiben conductas que podrían comprometer su bienestar físico y mental. Este resultado resalta la necesidad de estrategias de prevención y promoción de la salud, ya que estas conductas pueden estar relacionadas con

hábitos perjudiciales como el consumo de sustancias, la falta de autocuidado o la exposición a situaciones peligrosas.

La ansiedad excesiva ocupa el segundo lugar con un 20,4%, lo que confirma su alta incidencia en los trastornos de salud mental. La ansiedad puede afectar el desempeño diario, generar dificultades en la toma de decisiones y alterar la calidad de vida de quienes la padecen. Su elevada prevalencia refuerza la importancia de las intervenciones psicológicas oportunas para su manejo. Un 8,7% de los participantes no presenta patología, lo que indica que solo una minoría de la muestra se encuentra en un estado óptimo de salud mental. Mientras tanto, la autoestima crónica inadecuada y los procesos de pensamiento alterados tienen una prevalencia del 7,8% cada uno. Estos hallazgos sugieren que un porcentaje considerable de individuos experimentan dificultades en la percepción de sí mismos y en la organización del pensamiento, lo que puede influir negativamente en su bienestar emocional y en su capacidad para afrontar el estrés.

El deteriorado de la interacción social afecta al 6,8% de los casos, evidenciando la presencia de problemas en la comunicación y las relaciones interpersonales, lo que puede derivar en aislamiento social y un menor apoyo emocional. Por otro lado, la categoría "otros" representa el 10,8%, lo que sugiere la existencia de una variedad de diagnósticos adicionales que requieren atención específica. En conjunto, estos resultados evidencian una amplia gama de problemas de salud mental en la comunidad, estos hallazgos son consistentes con la literatura, la cual señala que la ansiedad y los problemas de regulación emocional constituyen condiciones frecuentes en poblaciones expuestas a determinantes sociales adversos, afectando de manera significativa su bienestar psicológico. Por lo tanto, se evidencia la necesidad de implementar estrategias integrales de promoción, prevención e intervención en salud mental, orientadas a fortalecer el autocuidado, la regulación emocional y el apoyo psicosocial en la comunidad.

3.1. Planes de Cuidado de Enfermería (Promoción de salud)

Tabla 10. Plan de cuidados de enfermería (Ansiedad excesiva).

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Tipo de diagnóstico: Promoción</td><td colspan="3">Dominio: 1. Promoción de la salud</td></tr>
<tr><td colspan="3">Clase: 2. Gestión de la salud</td></tr>
<tr><td colspan="3">Código: 00293</td></tr>
<tr><td colspan="3">Etiqueta: Disposición para mejorar la autogestión de la salud</td></tr>
<tr><td colspan="5">Definición: Patrón de manejo de los síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias y cambios en el estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica, que puede reforzarse (12).</td></tr>
<tr><td colspan="5">Características definitorias: Deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud. Deseo de mejorar la implicación en el seguimiento e cuidado. Deseo de mejorar la satisfacción con la calidad de vida. Deseo de mejorar la aceptación del problema.</td></tr>
<tr><td>NOC</td><td>Dominio: III. Salud Psicosocial
Clase: O. Autocontrol

Código: 1402
Resultado: Autocontrol de la ansiedad (42).</td><td colspan="2">Indicadores:
140220 Obtiene información para reducir la ansiedad
1 2 3 4 5

140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes
1 2 3 4 5</td><td>Escala:
1 – Nunca demostrado
2 – Raramente demostrado
3 – A veces demostrado
4 – Frecuentemente demostrado
5 – Siempre demostrado</td></tr>
<tr><td rowspan="2">NIC</td><td>Dominio:
3. Conductual (cont.)
Clase:
S. Educación para la salud.
Tipo de intervención:
Independiente

Código: 5520
Intervención:
Facilitar el aprendizaje
Definición: Mejorar la voluntad y la capacidad de recibir, procesar y comprender la información (43).</td><td colspan="2">Actividades:
1) Determinar la disposición y la capacidad para recibir, procesar y comprender la información.
2) Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
3) Organizar la información en una secuencia lógica.
4) Adaptar el contenido a las capacidades cognitivas, psicomotoras y emocionales.</td><td>Fundamento científico:
La implementación de intervenciones educativas de naturaleza individualizada constituye un factor determinante para elevar los niveles de adherencia terapéutica y reducir las tasas de deserción en los tratamientos de salud mental (44).</td></tr>
<tr><td>Dominio:
3. Conductual (cont.)
Clase:
S. Educación para la salud
Tipo de intervención:
Independiente

Código: 5602
Intervención: Enseñanza: proceso de enfermedad
Definición: Ayudar a una persona a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico (43).</td><td colspan="2">Actividades:
1) Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad.
2) Describir los fundamentos de las recomendaciones de manejo o tratamiento.
3) Instruir sobre medidas para controlar o minimizar los síntomas, según proceda.
4) Discutir los cambios en el estilo de vida para prevenir futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.</td><td>Fundamento científico:
Identificar los conocimientos previos permite detectar creencias erróneas y necesidades educativas específicas, facilitando intervenciones más efectivas para el manejo de la ansiedad y otros trastornos mentales (45).</td></tr>
</table>

Tabla 11. Plan de cuidados de enfermería (Autoestima crónica inadecuada).

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Tipo de diagnóstico: Promoción</td><td colspan="3">Dominio: 6. Autopercepción</td></tr>
<tr><td colspan="3">Clase: 1. Autoconcepto</td></tr>
<tr><td colspan="3">Código: 00167</td></tr>
<tr><td colspan="3">Etiqueta: Disposición para mejorar el autoconcepto.</td></tr>
<tr><td colspan="5">Definición: Patrón de percepciones o ideas sobre el yo, que puede reforzarse (12).</td></tr>
<tr><td colspan="5">Características definitorias: Deseo de mejorar la aceptación de limitaciones. Expresa deseo de mejorar la confianza en las habilidades. Deseo de mejorar la satisfacción con la identidad personal. Deseo de mejorar la autoestima.</td></tr>
<tr><td>NOC</td><td>Dominio: III. Salud Psicosocial
Clase: N. Adaptación psicosocial
Código: 1300
Resultado: Aceptación: estado de salud (42).</td><td colspan="2">Indicadores:
<table><tr><td colspan="5">130009 Busca información sobre la salud</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>
<table><tr><td colspan="5">130008 Reconoce la realidad de la situación de salud</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table></td><td>Escala:
1 – Nunca demostrado
2 – Raramente demostrado
3 – A veces demostrado
4 – Frecuentemente demostrado
5 – Siempre demostrado</td></tr>
<tr><td rowspan="2">NIC</td><td>Dominio:
3. Conductual (Cont.)
Clase:
R. Ayuda para el afrontamiento
Tipo de intervención:
Independiente

Código: 5400
Intervención:
Mejora de la autoestima
Definición: Ayuda a un paciente para que mejore el juicio personal de su propia valía (43).</td><td>Actividades:
1) Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
2) Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
3) Monitorizar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
4) Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</td><td>Fundamento científico:
La autoestima influye de manera directa, es por ello que evaluar este aspecto permite identificar el nivel de autovaloración del paciente y orientar intervenciones que fortalezcan su autonomía, seguridad y capacidad de decisión (46).</td></tr>
<tr><td>Dominio:
3. Conductual (Cont.)
Clase:
R. Ayuda para el afrontamiento
Tipo de intervención:
Independiente

Código: 5240
Intervención: Asesoramiento
Definición: Ofrecer ayuda y orientación para la resolución de problemas y dificultades personales, sociales o psicológicos (43).</td><td>Actividades:
1) Proporcionar información objetiva, según sea necesario y apropiado.
2) Utilizar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
3) Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
4) Ayudar a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema</td><td>Fundamento científico:
En enfermería psiquiátrica, las intervenciones basadas en la relación terapéutica, el asesoramiento y la comunicación clínica favorecen la autonomía del paciente en la toma de decisiones al proporcionar un espacio estructurado de apoyo (47).</td></tr>
</table>

Tabla 12. Plan de cuidados de enfermería (Procesos de pensamiento alterados).

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Tipo de diagnóstico: Promoción</td><td colspan="4">Dominio: 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés</td></tr>
<tr><td colspan="4">Clase: 2. Respuestas de afrontamiento</td></tr>
<tr><td colspan="4">Código: 00212</td></tr>
<tr><td colspan="4">Etiqueta: Disposición para mejorar la resiliencia</td></tr>
<tr><td colspan="6">Definición: Patrón de capacidad para recuperarse de situaciones percibidas como adversas o cambiantes, que puede reforzarse (12).</td></tr>
<tr><td colspan="6">Características definitorias: Deseo de mejorar la fijación de objetivos. Deseo de mejorar la implicación en las actividades. Deseo de mejorar el progreso hacia el objetivo. Deseo de mejorar la sensación de control. Deseo de mejorar el uso de estrategias de gestión de conflictos.</td></tr>
<tr><td>NOC</td><td>Dominio: IV. Conocimiento y conducta de salud
Clase: GG. Conocimiento sobre su condición de salud
Código: 1867
Resultado: Conocimiento. procedimiento diagnósticos y terapéuticos (42).</td><td colspan="3">Indicadores:
186711 Importancia del seguimiento de las instrucciones para el procedimiento.
1 2 3 4 5

186706 Preguntas frecuentes sobre el procedimiento
1 2 3 4 5</td><td>Escala:
1 – Ningún conocimiento
2 – Conocimiento escaso
3 – Conocimiento moderado
4 – Conocimiento sustancial
5 – Conocimiento extenso</td></tr>
<tr><td rowspan="2">NIC</td><td>Dominio:
3. Conductual (cont.)
Clase:
S. Educación para la salud
Tipo de intervención:
Independiente

Código: 5606
Intervención:
Enseñanza: individual
Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente (43).</td><td colspan="2">Actividades:
1) Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
2) Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
3) Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda.
4) Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.</td><td colspan="2">Fundamento científico:
La implementación de programas estructurados de educación emocional favorece el reconocimiento y manejo adecuado de las emociones, fortalece las habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes y promueve conductas de autocuidado (48).</td></tr>
<tr><td>Dominio:
3. Conductual (cont.)
Clase:
R. Ayuda para el afrontamiento
Tipo de intervención:
Independiente

Código: 5270
Intervención:
Apoyo emocional.
Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión (43).</td><td colspan="2">Actividades:
1) Comentar la experiencia emocional con el paciente.
2) Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
3) Animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
4) Escuchar atentamente las preocupaciones, los pensamientos, los sentimientos y las creencias.</td><td colspan="2">Fundamento científico: El acompañamiento emocional brindado por el profesional de enfermería favorece la expresión de datos personales relevantes, contribuyendo a disminuir los niveles de ansiedad, estrés y tensión emocional (49).</td></tr>
</table>

CONCLUSIONES

El presente estudio analizó los factores sociodemográficos y la prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Tumbatú, de la provincia del Carchi, con el propósito de identificar patrones y necesidades específicas en materia de salud mental. Los resultados obtenidos permiten visibilizar las condiciones de vulnerabilidad y los factores de riesgo asociados a la salud mental en esta población, lo que resulta fundamental para diseñar estrategias de intervención adaptadas a su contexto sociocultural, facilitando la formulación de políticas de salud más efectivas y orientadas a la prevención.

El análisis sociodemográfico evidencia que la salud mental de la comunidad está influenciada por el género, la edad y la economía. La mayor participación femenina sugiere una mayor búsqueda de apoyo emocional. Los adultos en edad productiva enfrentan estrés por las demandas laborales, mientras que los mayores son más vulnerables al aislamiento y enfermedades crónicas. Las condiciones socioeconómicas también afectan la salud mental, la mayoría enfrenta dificultades económicas que limitan el acceso a servicios especializados. La dependencia del trabajo agrícola e informal genera inestabilidad financiera y afecta la estabilidad emocional. Asimismo, las barreras en la educación superior afectan el desarrollo personal y profesional, impactando en la calidad de vida y el bienestar de la comunidad.

El análisis de la salud mental en la presente investigación, revela una alta carga de trastornos psicológicos, evidenciando que una parte significativa de la población enfrenta condiciones que pueden afectar su bienestar emocional, social y funcional. La ansiedad emerge como el trastorno más prevalente (16,5 %), lo que sugiere una estrecha relación con factores como el estrés, las dinámicas comunitarias y las condiciones de vida. La presencia de trastornos mentales orgánicos y psicosis con depresión refleja la coexistencia de afecciones de distinta gravedad, algunas de las cuales pueden implicar un deterioro progresivo en la calidad de vida. Además, la variedad de diagnósticos encontrados señala la heterogeneidad de los problemas de salud mental en la comunidad, lo que sugiere que estos trastornos no pueden abordarse de manera uniforme, sino que requieren un análisis contextualizado.

Los diagnósticos de enfermería en la población estudiada revelan una alta prevalencia de trastornos mentales y conductas de riesgo que afectan tanto la salud física como mental. Las conductas de mantenimiento de salud ineficaces (37,9%) sugieren la adopción de hábitos perjudiciales, mientras que la ansiedad se mantiene como el trastorno más frecuente (20,4%), impactando negativamente el desempeño y bienestar emocional. Además, la autoestima crónica inadecuada y los procesos de pensamiento alterados reflejan dificultades en la percepción personal y la capacidad de afrontar situaciones, mientras que el deterioro en la interacción social aumenta el riesgo de aislamiento y limita el apoyo emocional. La diversidad de diagnósticos subraya la complejidad de la salud mental en la comunidad y su influencia en diversos aspectos de la vida cotidiana.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los gobiernos central y local, implementar un enfoque integral que aborde las diversas realidades sociodemográficas de la comunidad para mejorar la salud mental. Para ello, se deben desarrollar programas específicos que reconozcan las particularidades de cada grupo, dada la alta vulnerabilidad socioeconómica, se deben explorar alternativas para incrementar el acceso a servicios de salud mental, como integrar estos servicios en centros comunitarios y proporcionar capacitación laboral para reducir la incertidumbre financiera que afecta el bienestar emocional. A su vez, mejorar el acceso a la educación superior y crear oportunidades de desarrollo personal para empoderar a la población, mejorando no solo su calidad de vida, sino también su salud mental.

Dado el panorama de salud mental identificado en esta investigación y la diversidad de diagnósticos encontrados se subraya la necesidad de enfoques específicos, que consideren tanto los factores individuales como los comunitarios, para lograr un tratamiento efectivo. Además, es imperativo promover la educación y sensibilización sobre salud mental, no solo para reducir el estigma, sino también para fomentar la búsqueda temprana de ayuda. La creación de redes de apoyo psicológico accesibles, integradas en el entorno comunitario, y la mejora del acceso a servicios de salud mental son esenciales para garantizar que la población reciba el tratamiento adecuado. La implementación de estas medidas contribuirá a mejorar el bienestar emocional y funcional de los habitantes, promoviendo una comunidad más resiliente y con una mejor calidad de vida.

Es esencial que el personal de enfermería, junto con el resto del personal de salud, trabaje de manera coordinada para implementar estrategias de intervención temprana que aborden los trastornos mentales y las conductas de riesgo en la comunidad. El personal de enfermería, debido a su cercanía con los pacientes, debe desempeñar un papel clave en la identificación temprana de señales de ansiedad, baja autoestima y dificultades en las relaciones sociales. Además, pueden brindar apoyo emocional y referir a los pacientes a profesionales especializados en salud mental. Es recomendable que los equipos de salud se capaciten de forma continua en el manejo de la salud mental, con un enfoque integral que contemple no solo el tratamiento médico, sino también el bienestar emocional y social del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental [Internet]. 2023 [citado el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental
2. Messer J, Tzartzas K, Marion-Veyron R, Cohidon C. A Cross-Sectional Study of the Prevalence and Determinants of Common Mental Health Problems in Primary Care in Switzerland. Int J Public Health [Internet]. 2023;68(December):1–10. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38162336/
3. Gomes PI, Amaral JV, Sales JC e S, Silva Júnior FJG da, Cardoso AP. Ações realizadas na atenção primária à saúde às pessoas com trastorno mental: revisão integrativa. Rev Rene [Internet]. 2021;22:e60496. Disponible en: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/55971
4. 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]. el 13 de septiembre de 2019 [citado el 21 de junio de 2026];10. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31572242/
5. Montesdeoca López PF, Acosta Vinueza LY. Prevalencia de Trastornos Mentales en Consulta Ambulatoria del Centro de Salud de San Antonio durante el Periodo Mayo - Julio 2022 [Internet]. 2022 [citado el 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/711/705
6. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. Am J Psychiatry [Internet]. el 1 de agosto de 2006 [citado el 14 de mayo de 2024];163(8):1379–87. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16877650/
7. Tuarez GK, Mero GY, Saldarriaga MF, Castro J. Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica. 2022;7. Disponible en: https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/752/1511
8. Pinho ES, Silva AC, Cavalcante AC, Lopes LE, Santos AM, Santos N, et al. Mental health assistance: identification of nursing diagnoses in a community mental health service. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022;75(2):1–9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614098/
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.

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2023000300202&tlng=pt

10. Wickman UL, 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. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.13167
11. Acosta Y, Alvear R. Introducción a la salud mental para ciencias de la salud [Internet]. Ibarra; 2026. 113 p. Disponible en: https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/19245
12. Herdman T, Kamitsuru S, Takáo C. NANDA International, Inc. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación. 2024-2026.
13. Galvis MA. Teorías y Modelos de Enfermería usados en la Enfermería Psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 2015;6(2):14. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359540742012
14. Raven E. La investigación cuantitativa, la investigación cualitativa y el investigador. Rev Postgrado FACE-UC [Internet]. 2012;6(10):181–8. Disponible en: https://arje.bc.uc.edu.ve/arj15/art15.pdf
15. Arispe CM, Yangali JS, Guerrero MA, Lozada OR, Acuña LA, Arellano C. La investigación científica. 2020; Disponible en: https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/4310
16. Ortega Calvo M, Martínez Manzanares C, Castiñeiras Fernández J, Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. El diseño observacional en investigación clínica [Internet]. 2021. Disponible en: https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2021/07/Recepción-Dr.-Ortega-Discursos..pdf
17. Argimon Pallás J, Jiménez Villa J. Clasificación de los tipos de estudio. Métodos Investig clínica y epidemiológica [Internet]. 2019;29–32. Disponible en: https://books.google.com.py/books?id=ogCiDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
18. Manterola C, Hernández-Leal MJ, Otzen T, Espinosa ME, Grande L. Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de Investigación a Considerar en Ciencias Morfológicas. Int J Morphol [Internet]. 2023;41(1):146–55. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022023000100146&script=sci_abstract&tlng=en
19. Kasturkar P, Sebastian ST, Gawai J, Dukare KP, 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]. el 20 de abril de 2023 [citado el 22 de julio de 2024];15(4). Disponible en: /pmc/articles/PMC10199160/

20. Tejada P, Jaramillo LE, García J, Sharma V. The Global Mental Health Assessment Tool Primary Care and General Health Setting Version (GMHAT/PC) - Spanish version: a validity and feasibility study. Eur J Psychiatry [Internet]. 2016 [citado el 28 de noviembre de 2024];30(3):195–204. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=en
21. 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 [citado el 9 de junio de 2024];3(1):59–71. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
22. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Bolívar. Mejoramiento vial Pusir Grande y San Vicente de Pusir, cantón Bolívar [Internet]. 2022. 6–7 p. Disponible en: https://www.municipiobolivar.gob.ec/images/PDF/2022/10/perfil-oopp-2022-12.pdf
23. Instituto Nacional de Estadística. Lista reducida de causas de muerte CIE-10 y su correspondencia con la CIE-9. Inst Nac Estadística [Internet]. 2009; Disponible en: https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/lista_reducida_CIE10.pdf
24. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Bolívar. Mejoramiento Parque Central, Comunidad Tumbatú - San Vicente de Pusir - Bolívar - Carchi [Internet]. 2022. p. 0–21. Disponible en: https://www.municipiobolivar.gob.ec/images/PDF/2022/10/perfil-oopp-2022-12.pdf
25. Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Bolívar. Proyecto Fortalecimiento De Las Costumbres Ancestrales De La Cultura Afro Descendiente Tumbatú “2020”. 2020;1–7. Disponible en: moz-extension://44f96a08-b434-4bd6-a0aa-aa7309ecbc5e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.municipiobolivar.gob.ec%2Fimages%2FPDF%2F2020%2F2%2Fproyecto_tumbatu_2020.pdf
26. Decreto Legislativo 0. Constitución de la República del Ecuador 2008 [Internet]. 2008 [citado el 6 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.lexis.com.ec/biblioteca/constitucion-republica-ecuador

27. Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley Orgániza de Salud Mental. 2024;73. Disponible en: https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2024/OCTUBRE/JURIDICO/Ley Organica de Salud Mental.pdf
28. Enfermeria C.I.E. Código de ética del CIE para enfermeras [Internet]. Consejo Internacional de Enfermeras. 2021. 28 p. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
29. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Ginebra Organ Mund La Salud, 34. 2022;4(1):88–100.
30. 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. J Glob Health [Internet]. el 1 de junio de 2020 [citado el 21 de junio de 2026];10(1):010103. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7125946/
31. 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 [citado el 21 de junio de 2026];151(8):1010–8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872023000801010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Comorbid Anxiety and Depression: Clinical and Conceptual Consideration and Transdiagnostic Treatment. Adv Exp Med Biol [Internet]. 2020 [citado el 21 de junio de 2026];1191:219–35. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32002932/
33. Rancans E, Renemane L, Kivite-Urtane A, Ziedonis D. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en la población de atención primaria de Letonia: un estudio transversal. Ann Gen Psychiatry [Internet]. el 7 de abril de 2020 [citado el 7 de febrero de 2025];19(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32280360/
34. Schouler-Ocak M, Moran JK. Racial discrimination and its impact on mental health. Int Rev Psychiatry [Internet]. 2023 [citado el 21 de junio de 2026];35(3–4):268–76. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36519290/
35. Trejo A, Velásquez L. Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía - Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2020 [citado el 7 de febrero de 2025]. Disponible en:

https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/prevalencia-y-tendencia-de-trastornos-mentales/

36. 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]. el 1 de julio de 2021 [citado el 21 de junio de 2026];51(9):1536–48. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32122439/
37. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. Lancet (London, England) [Internet]. el 5 de diciembre de 2020 [citado el 22 de junio de 2026];396(10265):1841–56. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278937/
38. Ahmedani BK, Cannella CE, Yeh HH, Westphal J, Simon GE, Beck A, et al. Detección y distinción de indicadores de riesgo de suicidio mediante registros clínicos. Transl Psychiatry 2022 121 [Internet]. el 13 de julio de 2022 [citado el 7 de febrero de 2025];12(1):1–9. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41398-022-02051-4
39. Buchman-Wildbaum T, Richman MJ, Váradi E, Schmelowszky Á, Griffiths MD, Demetrovics Z, et al. Percepción de pérdida entre personas que viven con trastornos mentales: Validación de la escala de pérdida personal por enfermedad mental. Compr Psychiatry [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 7 de febrero de 2025];96:152146. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31726289/
40. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet (London, England) [Internet]. el 27 de octubre de 2018 [citado el 22 de junio de 2026];392(10157):1553–98. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30314863/
41. 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 (London, England) [Internet]. el 6 de noviembre de 2021 [citado el 22 de junio de 2026];398(10312):1700–12. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34634250/
42. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. Séptima edición. 2024.
43. Wagner C, Butcher H, Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Octava edición. 2024.

44. Carazas-Vera MS. Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. el 31 de diciembre de 2024 [citado el 22 de junio de 2026];87(4):333–45. Disponible en: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/5093

45. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. el 1 de marzo de 2020 [citado el 22 de junio de 2026];31(2):169–73. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195

46. González-Caballero J, González-Caballero J. Salud laboral, diagnósticos de enfermería y postpandemia, un enfoque centrado en las personas. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. el 1 de septiembre de 2024 [citado el 22 de junio de 2026];70(276):180–97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2024000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

47. Santonja-Ayuso L, Carmona-Simarro JV. Prevention and mental health promotion interventions led by mental health nurses: A systematic review. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. el 1 de febrero de 2026 [citado el 22 de junio de 2026];60:152056. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941726000063?utm_source=chatgpt.com

48. López-Máynez B, Armendáriz-Ortega AM. Intervención educativa para el fomento del autocuidado emocional del estudiante de enfermería. Rev Enfermerí-a del Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. el 23 de marzo de 2020 [citado el 22 de junio de 2026];28(4):350–4. Disponible en: https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/1096/1147

49. Enríquez-Reinoso LM, Chamorro-Bastidas JJ, Narváez-Jaramillo ME, Guerrón-Enriquez SX. Intervención de enfermería para disminuir los trastornos mentales. Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida [Internet]. el 1 de abril de 2024 [citado el 22 de junio de 2026];8(2):674–83. Disponible en: https://www.ojs.fundacionkoinonia.com.ve/index.php/saludyvida/article/view/4255

ANEXOS

7.1. 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 Tumbatú, Carchi – 2024"

Investigador: María José Guapulema Pala

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 Tumbatú – 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 la Est. María José Guapulema Pala C.I. 1003714480 , Telf: 0989920877, email: mjguapulemap@utn.edu.ec. He leído la información proporcionada o me ha sido

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LOLA YESENIA ACOSTA VINUEZA

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
DIRECTOR/A DEL PROYECTO

7.2. Instrumento

Anexo 2.

N° de registro		**Nombre**		**Apellido**	

Sexo **M** **F** **Edad años cumplidos** **Fecha**

Motivo de consulta / diagnóstico

Dirección
Provincia
Teléfono
Correo-e

Grupo étnico		Mestizo		Indígena	Afro		Blanco					
Estado civil	Casado		Soltero		Divorciado		Viudo		Separado		Unión libre	
Residencia	Sólo		Con familia		Con amigos		Protegido					

Médico APS

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?, dígale al paciente que no se preocupe si algunas preguntas parecen un poco extrañas; algunas no serán aplicables a usted, pero debemos realizar a todo el mundo el mismo tipo de preguntas.

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

Duración # Días Semanas Meses Años

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

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

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

Físico ☐ **Emocional** ☐ **Sexual** ☐?

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

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

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

8 **¿Ansiedad?**

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

¿Suele tener / sentir con frecuencia:
Palpitaciones
Sudoración
Temblores o sacudidas
Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.

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

Crisis de pánico

¿Ha tenido ataques de miedo o pánico y ha tenido que hacer algo para que terminen?
¿Puede describir lo que ocurre?
¿Con qué frecuencia 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 **Concentración**

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

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

10 **Ánimo depresivo**

¿Se ha sentido triste, deprimido recientemente?
¿Ha llorado en algún momento o ha sentido ganas de llorar?
¿Se siente deprimido durante la mayor parte del tiempo o tan solo unas pocas horas cada vez?

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

11 **Pérdida de interés**

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

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

Falta de energía

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

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

Sentimientos de culpa
¿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:) Si
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
¿Se despierta más temprano por las mañanas?

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

Apetito
¿Cómo ha estado su apetito?
¿Disfruta lo que come?
¿Ha estado comiendo mucho más o menos de lo habitual?

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

Pérdida / ganancia de peso
¿Ha perdido (o ganado) peso durante los últimos tres meses?
¿Cuánto ha sido más o menos?
¿Cuánto en el último mes?

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

Libido
¿Ha perdido recientemente interés por el sexo?

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

13 **Trastornos de alimentación**

¿Cuáles son sus hábitos alimenticios?
¿Está EXCESIVAMENTE preocupado/a por comer alimentos que engorden?

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

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

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

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

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

¿Diría que la comida domina su vida?

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

¿Se provoca el vómito cuando se encuentra lleno / a?
¿O usa fármacos como laxantes, diuréticos u otros para reducir su llenura?

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

SOLO MUJERES:
¿Se ha interrumpido su menstruación?

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

15 **Hipocondría**

¿Cómo está su salud física?
¿Le preocupa su salud o alguna enfermedad?
¿Hay algo en relación a su cuerpo que le moleste o le preocupe?
¿Tiene algún dolor?
¿Hay alguna parte de su cuerpo que no funcione adecuadamente?
(¿Diría que está en buenas condiciones físicas?)

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

16 **Obsesiones / compulsiones**

¿Tiene que comprobar las cosas una y otra vez, por ejemplo,
Si ha cerrado los grifos, o el gas, ¿o apagado las luces?
Si responde afirmativamente:
¿Lo comprueba, aunque sepa que ya lo ha hecho? ¿Cuántas veces?

¿Se lava mucho las manos? ¿Cuántas veces?
¿Le vienen a la cabeza algunos pensamientos absurdos que no se van
cuando intenta librarse de ellos?

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

17 **Fobias / agorafobia**

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

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

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL ENTREVISTADOR	
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	
TELÉFONO	
CURSO Y CARRERA/PROFESIÓN	

7.3. Evidencia fotográfica



Figura 1. Aplicación de encuestas en población de Tumbatú



Figura 2. Firma del consentimiento informado para la aplicación de la encuesta



Figura 3. Levantamiento de datos durante el trabajo de campo en la comunidad de Tumbatú.