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

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN LA PARROQUIA SAN VICENTE DE PUSIR, CARCHI -2024".

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

Línea de Investigación: Salud y Bienestar

Sublínea: Enfermería en el cuidado clínico y comunitario

AUTOR/A: Remache Acuña Ederson Stalin

TUTOR/A: Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

Ibarra - Ecuador – 2026

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

Autorización De Uso Y Publicación A Favor De La Universidad Técnica Del Norte

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:	Remache Acuña Ederson Stalin

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	"Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la parroquia San Vicente de Pusir, Carchi -2024".
AUTOR (ES):	Remache Acuña Ederson Stalin
FECHA: DD/MM/AAAA	24/06/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	☐ ☐ **PREGRADO** **POSGRADO**
TITULO POR EL QUE OPTA:	"Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la parroquia San Vicente de Pusir, Carchi -2024".
DIRECTOR /ASESOR:	Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

2. **CONSTANCIAS**

El 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.

Ibarra, a los 24 días del mes de junio de 2026

EL AUTOR:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
EDERSON STALIN
REMACHE ACUÑA

(Firma)……
Remache Acuña Ederson Stalin

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).....

Ederson Stalin Remache Acuña

C.I.: 1718524521

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.



(Firma)…….

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

CC: 0401046800

Dedicatoria

A Dios, fuente inagotable de sabiduría, luz y guía.

Con profundo respeto y gratitud, dedico este trabajo a ti, el principio y el final de todo conocimiento. En cada etapa de este proceso, tu presencia se ha manifestado como una luz que iluminó mi camino, dándome fuerza y claridad en momentos de incertidumbre. Te agradezco por brindarme la paciencia y la perseverancia necesarias para alcanzar esta meta, por infundir en mi corazón la convicción de que el esfuerzo es el medio para el crecimiento y la superación personal.

En las horas de dedicación, en las noches de estudio, y en los momentos de duda, tu presencia ha sido mi consuelo y mi fortaleza. Gracias por proporcionarme el entendimiento y la visión necesaria para abordar cada desafío.

Te agradezco por cada oportunidad, por cada aprendizaje y por cada experiencia que me ha permitido crecer en conocimiento y en humanidad. Este trabajo, aunque fruto de mis esfuerzos, no deja de ser un testimonio de tu gracia y de tu constante apoyo en mi vida. Mi más sincero agradecimiento por permitir que este proyecto se materializara, siempre bajo tu voluntad divina.

Con este trabajo, en un humilde acto de gratitud, quiero rendir homenaje a tu infinita bondad y generosidad. Que este esfuerzo sea una pequeña muestra del compromiso con los principios de ética, justicia y amor. Que todo lo que realice en mi vida esté siempre guiado por tu sabiduría, y que mi trabajo en el ámbito de la ciencia y la salud pueda ser un reflejo de tu amor y cuidado por la humanidad.

A ti, Señor, dedico este logro, con la esperanza de que sea solo uno más de los muchos que me permitas alcanzar en la vida, siempre con fe, humildad y gratitud en el corazón.

Ederson Stalin Remache Acuña

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme otorgado la vida, la salud y la fortaleza necesarias para culminar esta trascendental etapa de mi formación profesional.

A mi padre, por su apoyo incondicional y los innumerables sacrificios realizados a lo largo de estos años, siendo siempre el pilar fundamental en mi camino. A mi madre, cuyo inagotable espíritu de inspiración y constante motivación han sido el mayor impulso para seguir adelante. Sin su fe inquebrantable y sus palabras de aliento, nada en mi vida habría sido posible.

A mi hermano, ejemplar modelo de esfuerzo y dedicación, cuyo ejemplo me ha alentado continuamente a dar lo mejor de mí. A mis abuelos, tanto a aquellos que aún tengo la fortuna de tener a mi lado como a los que ya no están físicamente, pero cuya memoria y enseñanzas siguen vivas en mi corazón, brindándome fuerzas para avanzar cada día.

Mi más profundo agradecimiento a esa persona cuya presencia ha sido un constante apoyo y fuente de fortaleza en cada etapa de este trayecto. Su compañía y aliento, tanto en los momentos de júbilo como en los más desafiantes, han sido esenciales para superar cada uno de ellos. Del mismo modo, expreso mi gratitud a aquellos amigos cuya amistad genuina y respaldo incondicional han enriquecido este recorrido. Su cercanía y palabras de ánimo han sido un valioso estímulo a lo largo de esta travesía.

Extiendo mi más sincera gratitud a mi tutora, Dra. Yesenia Acosta, a mi asesora, Msc. Katty Cabascango y a la Dra. Janeth Vaca, por su invaluable guía, paciencia y conocimientos, los cuales fueron esenciales para el desarrollo de esta investigación. Finalmente, agradezco profundamente a la Universidad Técnica del Norte, institución que me permitió formarme, crecer como profesional y alcanzar este anhelado sueño.

Ederson Stalin Remache Acuña

Resumen Ejecutivo

“Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la parroquia San Vicente de Pusir, Carchi -2024”.

Autor: Ederson Stalin Remache Acuña

Tutor: Dra. Yesenia Acosta

Asesor: Msc. Katty Cabascango

Correo institucional: esremachea@utn.edu.ec

La salud mental es un componente fundamental del bienestar, influenciado por factores sociales, económicos y personales. Su deterioro puede generar trastornos que afectan la calidad de vida y el desarrollo de las comunidades. Este estudio analiza la incidencia de trastornos mentales y sus determinantes en la parroquia de San Vicente de Pusir, Carchi. Mediante una metodología cuantitativa, no experimental y transversal, se identificó que una parte significativa de la población padece algún trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad los más comunes. Los adultos jóvenes y los hombres son los grupos más afectados, con factores como la precariedad económica, el bajo nivel educativo y la falta de redes de apoyo como influencias determinantes. Además, el maltrato psicológico y el abuso emergen como desencadenantes críticos, mientras que el estrés y el riesgo suicida representan preocupaciones relevantes. La investigación resalta la necesidad de abordar estos problemas desde un enfoque integral, considerando los determinantes sociales y económicos que impactan la salud mental. Se recomienda implementar campañas de sensibilización para reducir el estigma, capacitar al personal de salud en detección y manejo de trastornos, y mejorar el acceso a servicios

especializados. Asimismo, se sugiere desarrollar programas comunitarios que promuevan el bienestar emocional y realizar seguimientos para monitorear la evolución de la salud mental en la población. Estos hallazgos aportan información clave para diseñar políticas públicas efectivas y adaptadas a las necesidades locales, promoviendo una atención integral y oportuna para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Palabras clave: Enfermedad Mental, Factores de Riesgo, Prevalencia.

Abstract

“Risk factors and prevalence of mental illnesses in the parish of San Vicente de Pusir, Carchi - 2024”.

Autor: Ederson Stalin Remache Acuña

Tutor: Dra. Yesenia Acosta

Asesor: Msc. Katty Cabascango

Correo institucional: esremachea@utn.edu.ec

Mental health is a fundamental component of well-being, influenced by social, economic, and personal factors. Its deterioration can lead to disorders that affect quality of life and community development. This study analyzes the incidence of mental disorders and their determinants in the parish of San Vicente de Pusir, Carchi. Using quantitative, non-experimental, and cross-sectional methodology, it was identified that a significant part of the population suffers from a mental disorder, with depression and anxiety being the most common. Young adults and males are the most affected groups, with economic precariousness, low educational level, and lack of support networks as determining influences. Additionally, psychological abuse and maltreatment emerge as critical triggers, while stress and suicidal risk represent relevant concerns. The research highlights the need to address these issues from a comprehensive approach, considering the social and economic determinants that impact mental health. It is recommended to implement awareness campaigns to reduce stigma, train healthcare personnel in the detection and management of disorders and improve access to specialized mental health

services. Likewise, it is suggested to develop community programs that promote emotional well-being and conduct follow-ups to monitor the evolution of the population's mental health. These findings provide key information for designing effective public policies adapted to local needs, promoting comprehensive and timely care to improve the community's quality of life.

Keywords: Mental Disorders, Risk Factors, Prevalence.

Índice de Contenidos

Autorización De Uso Y Publicación A Favor De La Universidad Técnica Del Norte 2
Constancias 3
Certificación Del Director Del Trabajo De Integración Curricular....4
Dedicatoria....5
Agradecimiento....6
Resumen Ejecutivo 7
Abstract....9
Índice de Contenidos....11
Índice de Tablas....13
Índice de Figuras....14
Tema:....15
Introducción....16
El Problema 16
Descripción Del Problema....16
Justificación 19
Impactos De La Investigación....21
Objetivos....23
Objetivo General....23
Objetivos Específicos....23
Preguntas de Investigación....23
Capítulo I....24
Marco De Referencias 24
"Epidemiología de los problemas mentales: Factores de riesgo y causa en habitantes de Latinoamérica"....24
"Prevalencia De Trastornos Mentales Y Factores Asociados A Usuarios De Atención Primaria" 24
"Trastornos Mentalrs Comunes En Atención Primaria: Dificultades Diagnosticas Y Terapéuticas Y Nuevos Desafíos En Predicción Y Prevención. Informe Sespas 2020"....25
"Asistencia En Salud Mental_ Identificación De Diagnostico De Enfermería En Un Servicio Comunitario De Salud Mental" 26
"Precision de una herramienta comunitaria de educación y detección de salud mental (CMED) para trastornos mentales comunes en kwazulu – natal, Sudáfrica" 26
Fundamentación Teórica 28
Factores De Riesgo y Determinantes Sociodemográficos 29
Prevalencia De Las Enfermedades Mentales....30
Modelos Teóricos De Salud Mental Comunitaria 30

Salud Mental En Ecuador....31
Modelos, Teorías o Paradigmas de Enfermería....32
Capítulo II....34
Metodología de la investigación....34
Tipo de Investigación....34
Técnicas e instrumentos de Investigación....35
Técnica:....35
Instrumento:....36
Matriz de operacionalización de variables....39
Participantes....97
Muestra utilizada y su tipo....97
Criterios de inclusión....99
Criterios de exclusión.....99
Procedimiento y análisis de datos....99
Consideraciones Éticas....100
Consideraciones legales....101
Capítulo III....103
Resultados y Discusión....103
Planes de cuidados de enfermería....112
Conclusiones....122
Recomendaciones....123
Referencias Bibliográficas....124
Anexos....131
Consentimiento informado....131
Anexo 1....131
Anexo 2....133
Instrumento....133

Índice de Tablas

Tabla 1.Quinto apartado (principales síntomas y categorías)..... 40
Tabla 2. Operacionalización objetivo 1..... 41
Tabla 3. Operacionalización Objetivo 2..... 45
Tabla 4. Operacionalización Objetivo 3..... 95
Tabla 5. Frecuencias de datos sociodemográficos (Sexo, edad, etnia, estado civil) 103
Tabla 6. Factores sociodemográficos (Residencia, familia, escolaridad, ocupación, ingresos) 105
Tabla 7. Distribución de frecuencias de factores de riesgo 107
Tabla 8. Prevalencia de trastornos mentales (diagnósticos GM-HAT) 109
Tabla 9. Prevalencia de trastorno mentales (diagnósticos de enfermería)..... 110
Tabla 10. Plan de cuidados de enfermería (depresión)..... 112
Tabla 11. Plan de cuidados de enfermería (Ansiedad) 114
Tabla 12. Plan de cuidados de enfermería (psicosis con depresión**)** 116
Tabla 13. Planes de cuidado de enfermería (Trastorno de estrés post traumático) 118
Tabla 14. Planes de cuidado de enfermería (Trastornos de la conducta alimentaria)..... 120

Índice de Figuras

Figura 1. Fórmula para muestreo por conveniencia en población finita.....97

Tema:

"Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la parroquia San Vicente de Pusir, Carchi -2024".

Introducción

El Problema

Descripción Del Problema

Los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, afectando a cerca de 450 millones de personas según estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). En los países de ingresos bajos y medianos, la distribución de los recursos destinados a mitigar este impacto es severamente desigual, lo que genera una brecha crítica en el acceso y la atención tanto entre naciones como dentro de sus propias regiones internas (2)

En América Latina, las barreras políticas y económicas restringen drásticamente el desarrollo de investigaciones científicas sistemáticas, una limitación que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS han señalado como una crisis urgente de abordar para comprender la verdadera dimensión y el alcance de estas patologías de forma equitativa (3) (4).

En el contexto ecuatoriano, esta realidad se traduce en una marcada ausencia de estudios de campo específicos y una preocupante carencia de sistemas de información epidemiológica actualizados en las comunidades rurales. Como consecuencia directa de esta opacidad estadística, la carga real y las manifestaciones específicas de los trastornos afectivos y emocionales en las poblaciones vulnerables permanecen invisibilizadas para la salud pública (4).

Diversos factores de riesgo de índole biológica, psicológica y ambiental determinan de manera acumulativa el desarrollo y desencadenamiento de los trastornos mentales. A nivel macro, se ha documentado que el nivel socioeconómico bajo, la inestabilidad financiera, el

desempleo, el analfabetismo y las estructuras familiares disfuncionales incrementan exponencialmente la vulnerabilidad psicológica (5)

A estos elementos se suman determinantes ambientales y sociales críticos como el aislamiento geográfico, la falta de redes de comunicación efectivas, la exposición constante a crisis sanitarias o socioeconómicas, y las vivencias de violencia intrafamiliar o comunitaria. Asimismo, dinámicas crónicas de exclusión social y discriminación étnica o racial presentes en entornos laborales y educativos cronifican el estrés psicosocial, provocando profundos sentimientos de alienación (6).

En el ámbito rural de América Latina, estos determinantes se potencian por condiciones estructurales de marginalidad agrícola, donde la baja productividad y la incapacidad de generar ingresos sostenibles atrapan a las poblaciones en un ciclo de pobreza extrema que deteriora su calidad de vida (7). El aislamiento físico actúa aquí como un amplificador del riesgo: se estima que el 76% de los habitantes de estas zonas marginales de la región (aproximadamente 43.3 millones de personas) vive en condiciones de aislamiento medio, alto o extremo, habitando a más de dos horas de distancia de los centros económicos y de abastecimiento más cercanos. En el Ecuador rural, esta vulnerabilidad se agudiza ante la persistente insuficiencia de recursos e infraestructura para dar respuesta a las demandas psicosociales, sumado a la fragilidad de las redes de apoyo comunitario y la limitada articulación de los procesos de atención primaria (8) (9)

En la Parroquia de San Vicente de Pusir, provincia de Carchi, esta confluencia de estresores se manifiesta de forma directa en el entorno cotidiano a través de pautas de crianza disfuncionales, conflictos familiares, dinámicas de acoso escolar, y una severa falta de

oportunidades de desarrollo social y económico para la población joven, comprometiendo gravemente su bienestar psicológico (10)

La prevalencia de los trastornos mentales a escala global denota una problemática sanitaria de dimensiones epidemiológicas masivas, caracterizada por profundas disparidades en las tasas de morbilidad registradas entre los países industrializados y aquellos en vías de desarrollo (5). En América Latina, las limitaciones institucionales impiden cuantificar con rigor la prevalencia real de patologías específicas de alta incidencia como la ansiedad, la depresión y el estrés, lo que restringe el diseño de estrategias preventivas contextualizadas (3). Esta falta de claridad estadística se replica y profundiza al descender al territorio local.

En la Parroquia de San Vicente de Pusir, la ausencia total de programas específicos de salud mental se complementa con la limitada capacidad de respuesta operativa de su Centro de Salud Tipo A; esta unidad cuenta únicamente con un médico general y un odontólogo, operando además con infraestructura, equipamiento y disponibilidad de fármacos deficientes. Esta situación deja a los habitantes expuestos a la progresión de los trastornos afectivos sin un soporte institucional capaz de medir o monitorear su alcance en la localidad (11)

Justificación

El presente trabajo adquiere relevancia debido a la necesidad imperiosa de abordar la salud mental como un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a todos, por lo cual se constituye como un asunto prioritario para la parroquia rural de San Vicente de Pusir de la provincia de Carchi. En este pueblo los factores socioeconómicos y culturales son determinantes que aumentan la vulnerabilidad psicológica de las personas. Con su incorporación formal al macro proyecto "Factores de riesgo y prevalencia de enfermedades mentales en la Cuenca Del Rio Chota – 2024", cuyo proyecto tiene un carácter novedoso ya que al no existir antecedentes investigativos en la zona de estudio se hace indispensable contar con información estadística local, con el fin de romper la opacidad estadística y visibilizar la realidad epidemiológica del territorio.

El estudio proporcionará los instrumentos necesarios para avanzar hacia un modelo preventivo basado en la evidencia científica. Su utilidad práctica es identificar las características sociodemográficas de la población y realizar un screening para medir la prevalencia real de las patologías presentes. A partir de este diagnóstico se desarrollarán planes de cuidados estandarizados con la taxonomía NANDA, vinculando estos resultados con marcos teóricos de la disciplina como la psicodinámica de Peplau, el Modelo de la marea de Phil Barker y la teoría humanística de Paterson y Zderad. De esta manera, la investigación no solo llena un vacío de información, sino que estructura una guía metodológica basada para el ejercicio de enfermería comunitaria.

Finalmente, los beneficios de este conocimiento se proyectan a múltiples sectores. Los enfermeros y los profesionales locales de atención primaria contarán con protocolos de cuidado predefinidos y validados por la NANDA, lo cual optimizará los tiempos de respuesta y la precisión diagnóstica en el ámbito rural. Por su parte, la comunidad se beneficiará de manera indirecta al disponer de un mapeo preciso de sus factores de riesgo, sentando las bases para futuras intervenciones focalizadas. Finalmente, las autoridades de salud pública y la Universidad

Técnica del Norte contarán con una base científica sólida para diseñar políticas preventivas y programas de vinculación que respondan de manera equitativa a las necesidades reales de las poblaciones vulnerables de la región.

Impactos De La Investigación

El presente estudio tiene trascendencia multidimensional que proyecta efectos significativos en los ámbitos teórico-académico, metodológico-profesional, de salud pública y socioeconómico, delimitando su alcance a la generación de evidencia diagnóstica y al diseño de herramientas teóricas de soporte clínico.

En el mundo académico y científico, la investigación tiene un impacto directo, rompiendo la opacidad estadística que existe en el sector rural ecuatoriano. Al aportar datos concretos sobre la prevalencia de patologías mentales y mapear sus factores de riesgo asociados en la Cuenca del Río Chota, el estudio cubre un vacío crítico de información en la literatura científica nacional. Estos hallazgos no sólo proveen una base epidemiológica objetiva para comprender la distribución de estos trastornos en poblaciones vulnerables, sino que se consolidan como un marco de referencia teórico indispensable para futuras líneas de investigación que pretendan replicar la metodología en comunidades con perfiles sociodemográficos similares.

Desde una perspectiva metodológica y profesional, el impacto se refleja en el fortalecimiento científico de la enfermería comunitaria en la atención primaria. Mediante la ejecución del screening y la caracterización sociodemográfica se proveen al personal del Centro de Salud Tipo A herramientas metodológicas validadas. El principal valor agregado en este eje es la elaboración de planes de cuidado estandarizados bajo la taxonomía NANDA, conceptualmente articulados con los modelos teóricos de Peplau, Barker, y Paterson y Zderad. De esta manera queda establecido un instrumento operativo estructurado que optimiza el juicio clínico y sistematiza el proceso de atención de enfermería en el medio rural.

El estudio tiene impacto en la toma de decisiones con base a la evidencia, a nivel de salud pública. Los resultados estadísticos brindan una radiografía real de la epidemiología, lo cual permite al Ministerio de Salud Pública y las autoridades locales, alinear su trabajo de manera eficiente con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI). Contar con un mapeo preciso de los estresores locales permite planificar estratégicamente y priorizar programas preventivos contextualizados, dejando atrás el modelo reactivo tradicional para pasar a una gestión sanitaria predictiva y eficaz.

Por último, en el ámbito socioeconómico, el conocimiento producido permite la optimización de los recursos públicos. Identificar con precisión matemática la carga de la enfermedad y sus detonantes permite focalizar los presupuestos estatales en las áreas de mayor vulnerabilidad, evitando la dispersión de los fondos. De igual forma, el diseño previo de planes de cuidado orientados a la detección temprana sienta las bases teóricas para mitigar a mediano plazo los costos financieros asociados a tratamientos tardíos, polifarmacia y la consecuente pérdida de productividad del sector agrícola, promoviendo de manera indirecta el desarrollo integral y la equidad en salud para la parroquia de San Vicente de Pusir.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales en la Parroquia de San Vicente de Pusir – 2024.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Realizar el screening de prevalencia de trastornos mentales.
3. Elaborar planes de cuidado para los trastornos mentales más prevalentes en la comunidad, basados en los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Preguntas de Investigación

1. ¿Qué características sociodemográficas tuvo la población de estudio?
2. ¿Cuál fue la prevalencia de trastornos mentales utilizando la GMHAT/PC?
3. ¿Cuáles fueron los diagnósticos de la clasificación NANDA en relación con los trastornos mentales encontrados durante el screening?

Capítulo I

Marco De Referencias

“Epidemiología de los problemas mentales: Factores de riesgo y causa en habitantes de Latinoamérica”

La investigación de Castro et al. (12), titulada "Epidemiología de los problemas mentales: factores de riesgo y causas en habitantes de Latinoamérica", menciona que las enfermedades mentales afectan el comportamiento, pensamiento y estado de ánimo. Este estudio revisa la epidemiología, factores de riesgo y causas en Latinoamérica, utilizando bases de datos como Science Direct, Redalyc, Scielo y Dialnet. De 87 artículos encontrados, se seleccionaron 61.

Los resultados muestran que la ansiedad y la depresión son los principales problemas mentales, causados por estilos de vida, traumas infantiles y predisposiciones biológicas. Factores de riesgo incluyen consumo de alcohol, violencia doméstica, edad, factores socioeconómicos, genéticos, psicológicos y cognitivos. En conclusión, la ansiedad y la depresión en Latinoamérica están relacionadas con hábitos tóxicos, estilos de vida, predisposiciones biológicas y factores de riesgo como la economía y el estrés.

“Prevalencia De Trastornos Mentales Y Factores Asociados A Usuarios De Atención Primaria”

La investigación de Häfele et al. (13), titulada “Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en usuarios de Atención Primaria”, evidencia que muchas personas son afectadas por trastornos mentales a lo largo de su vida, lo que disminuye su expectativa de vida saludable y su salud general. Este estudio transversal, realizado en 35 unidades básicas de salud en Pelotas-RS, entrevistó a 525 personas de 18 años o más para describir la prevalencia de trastornos mentales y su asociación con variables demográficas, económicas, comportamentales

y de salud. Se consideraron con trastornos mentales aquellos que reportaron enfermedades como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, problemas psicológicos y emocionales.

Los resultados mostraron que el 12,1% de los usuarios presentaron trastornos mentales, siendo la depresión la más común (74,6%). Los fumadores tenían una prevalencia de trastornos mentales dos veces mayor que los no fumadores, y aquellos que tomaban tres o más medicamentos de manera continua tenían una probabilidad siete veces mayor de tener trastornos mentales. En conclusión, el uso continuo de medicamentos y el tabaquismo se asociaron con una mayor prevalencia de trastornos mentales en los usuarios de las unidades básicas de salud, con la depresión como la enfermedad más prevalente.

"Trastornos Mentalrs Comunes En Atención Primaria: Dificultades Diagnosticas Y Terapéuticas Y Nuevos Desafíos En Predicción Y Prevención. Informe Sespas 2020"

En el estudio liderado por Bellón et al. (14), titulado "Trastornos mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos desafíos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020", en España, resalta que las enfermedades mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, afectan significativamente la calidad de vida, siendo superadas solo por el dolor crónico en atención primaria. Aunque más del 70% de los afectados buscan ayuda médica, menos de la mitad recibe un diagnóstico y tratamiento adecuados, y la adherencia al tratamiento es baja. Para mejorar esta situación, se han desarrollado algoritmos de riesgo que ayudan a prever y tratar estos trastornos.

Las intervenciones psicológicas, educativas y de ejercicio físico, aunque de impacto moderado, son efectivas en la prevención primaria y tienen potencial para ser implementadas a gran escala en diversos entornos, como escuelas y lugares de trabajo, especialmente mediante tecnologías accesibles y económicas como aplicaciones móviles.

“Asistencia En Salud Mental_ Identificación De Diagnostico De Enfermería En Un Servicio Comunitario De Salud Mental”

De acuerdo con el estudio llevado a cabo por Pinho et al. (15), titulado “Asistencia en Salud Mental: Identificación de Diagnósticos de Enfermería en un Servicio Comunitario de Salud Mental", este estudio propone una investigación exhaustiva para cartografiar e identificar los diagnósticos de enfermería en usuarios que reciben atención nocturna en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), utilizando la Taxonomía NANDA-I. Analizó 319 registros clínicos de un CAPS III en Goiás, entre 2014 y 2018. Los diagnósticos y registros de enfermería, redactados en un lenguaje no estandarizado, revelaron 813 diagnósticos distribuidos en 53 títulos y 10 dominios.

El diagnóstico más prevalente fue el riesgo de autolesión, y el dominio con más registros fue actividad/reposo, predominando diagnósticos centrados en la problemática del paciente. El estudio concluye que el mapeo es esencial para planificar intervenciones de enfermería basadas en evidencia, fortaleciendo la identidad profesional en salud mental. Además, se destaca la importancia de prácticas preventivas que aborden integralmente las necesidades de los pacientes.

“Precision de una herramienta comunitaria de educación y detección de salud mental (CMED) para trastornos mentales comunes en kwazulu – natal, Sudáfrica”

El estudio "Precisión de una herramienta comunitaria de educación y detección de salud mental (CMED) para trastornos mentales comunes en Kwazulu-Natal, Sudáfrica", por Grant et al (16), Este estudio evalúa la eficacia de la herramienta CMED para la detección temprana de trastornos mentales en atención primaria de salud (APS). La CMED fue administrada por

Trabajadores de Salud Comunitaria (TSC) a 198 participantes en sus hogares, comparando sus resultados con una herramienta de detección breve (BMH) validada.

La CMED mostró una efectividad con un área bajo la curva (AUC) de 0.73, identificando correctamente al 79% de los participantes con posibles problemas de salud mental y al 67% como no afectados. En comparación, la CMED identificó positivamente al 55.2% de los miembros del hogar, frente al 49.5% de la BMH. Los hallazgos sugieren que la CMED es una herramienta útil y aceptable para la detección de salud mental en el contexto domiciliario, destacando la importancia de implementar herramientas comunitarias para superar barreras sociales y culturales que limitan el acceso a los servicios de salud mental.

Los presentes artículos seleccionados son esenciales para la fundamentación teórica de la investigación debido a que exploran diferentes aspectos de la epidemiología, diagnóstico y manejo de los trastornos mentales. El estudio de Castro et al. es fundamental al ofrecer una comprensión detallada de los factores de riesgo y las causas predominantes de los trastornos mentales en Latinoamérica, resaltando la influencia de elementos socioeconómicos, culturales y biológicos en la salud mental de la región.

Por otro lado, la investigación de Häfele et al. muestra la alta prevalencia de trastornos mentales en usuarios de atención primaria, especialmente la depresión, subrayando la necesidad de integrar la salud mental en los servicios de atención general. La investigación realizada por Bellón et al. destaca las dificultades diagnósticas y terapéuticas en atención primaria, señalando la importancia de herramientas como los algoritmos de riesgo y las intervenciones tecnológicas para mejorar la detección y tratamiento de trastornos mentales comunes.

Complementariamente, el estudio de Pinho et al. subraya la importancia de los diagnósticos de enfermería en salud mental, especialmente en contextos comunitarios,

proporcionando una base sólida para la planificación de intervenciones basadas en evidencia. Finalmente, la investigación de Grant et al. Resalta la efectividad de herramientas comunitarias para la detección temprana de trastornos mentales, especialmente en contextos con recursos limitados, sugiriendo una estrategia viable para superar las barreras de acceso a la atención. En conjunto, estos estudios refuerzan la necesidad de adoptar enfoques integrales y accesibles en la identificación de factores de riesgo y prevalencia de trastornos mentales.

Fundamentación Teórica

Los trastornos mentales son enfermedades que alteran la forma en que pensamos, sentimos y actuamos, influidas por factores biológicos, sociales y económicos, y asociadas a altas tasas de discapacidad (17). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales se pueden clasificar en:

Ansiedad. Miedos y preocupaciones excesivos que producen una angustia significativa o una importante discapacidad funcional (18)

Depresión. Estado de ánimo bajo o pérdida significativa de interés o placer en casi todas las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de fatiga (19)

Depresión psicótica. Síntomas psicóticos y afectivos donde coexisten ideas delirantes o alucinaciones con cuadro severo de abatimiento anímico (19)

Trastorno por estrés postraumático. Reacciones emocionales a traumas continuados, que se expresan mediante recuerdos que aparecen sin querer, evitación y un estado siempre de alerta máxima (19)

Trastornos alimentarios. Trastornos del comportamiento nutricional, como la anorexia y la bulimia, con preocupación patológica por el peso corporal (19)

Factores De Riesgo y Determinantes Sociodemográficos

Los factores de riesgo son características o situaciones que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno mental, y están estrechamente relacionados con factores biológicos, ambientales y de consumo de sustancias (20)

Antecedentes patológicos personales. Afecciones médicas o psicológicas previas detectadas o diagnosticadas en el individuo evaluado directamente (21)

Antecedentes familiares de enfermedad. Predisposición genética por antecedentes familiares de trastornos mentales (22)

Antecedentes depresivos. Recurrencia de episodios afectivos previos que predicen el desarrollo de crisis emocionales futuras (23)

Abuso o maltrato. Violencia crónica física, psicológica o sexual que vulnera el desarrollo psíquico normal del sujeto (24)

Epilepsia. Enfermedad crónica neurológica que incrementa considerablemente el riesgo de trastornos de comorbilidad afectiva (25)

Retraso mental. Deficiente capacidad intelectual que disminuye las habilidades adaptativas y de afrontamiento ante estresores diarios (26)

Consumo de alcohol. Uso nocivo de bebidas alcohólicas como mecanismo desadaptativo de evasión empleado frecuentemente por el paciente (27)

Consumo de drogas. Uso de sustancias psicoactivas de diversas clasificaciones que precipitan o agravan cuadros psicóticos y conductuales (28)

Trastorno de la personalidad. Patrones rígidos y desadaptativos perdurables que obstaculizan la interacción social, el juicio clínico y la estabilidad (29)

Proceso de luto. Experimentar pérdidas importantes que no han sido procesadas adecuadamente, provocando cambios en la estabilidad psicológica de la persona (30)

Factores sociodemográficos. Comprenden la cultura, costumbres, valores morales, estabilidad familiar, laboral y económica, patrones educativos, y el acceso a vivienda y servicios de salud. También consideran variables como edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ingresos, tasa de natalidad y tamaño del núcleo familiar, condicionando la vulnerabilidad de la población (31)

Prevalencia De Las Enfermedades Mentales

La prevalencia es el indicador epidemiológico que mide el número de personas de una población que tienen un trastorno mental específico en un determinado período de tiempo. Su análisis es fundamental para cuantificar la carga real de enfermedad dentro de la comunidad y permitir contrastar la distribución de las patologías en función de las variables sociodemográficas y factores de riesgo identificados para orientar futuras decisiones en salud (32)

Modelos Teóricos De Salud Mental Comunitaria

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FCI) es una estrategia de salud pública diseñada para mejorar el bienestar de la población mediante un enfoque integral centrado en la familia y la comunidad. Este modelo es especialmente relevante para abordar la salud mental en áreas rurales como San Vicente de Pusir, ya que enfatiza la prevención y promoción de la salud, ofreciendo atención continua y cercana al entorno donde las personas viven y se desarrollan.

En el ámbito de la salud mental, el MAIS-FCI reconoce la influencia significativa de los factores sociales, económicos y culturales en el bienestar psicológico. Por ello, adopta un enfoque holístico que no solo trata las enfermedades mentales cuando ya están presentes, sino que también identifica factores de riesgo y desarrolla intervenciones preventivas en colaboración con la comunidad. Este modelo fomenta la participación de los individuos y las familias en la gestión de su propia salud, promoviendo estilos de vida saludables, fortaleciendo redes de apoyo y creando entornos que favorezcan la resiliencia ante situaciones de riesgo. (33)

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de vida diarias. Estas fuerzas y sistemas abarcan políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales, y sistemas políticos.

Las condiciones mencionadas pueden variar significativamente entre diferentes subgrupos de una población, lo que puede resultar en diferencias en los resultados de salud. Algunas de estas diferencias pueden ser inevitables y se consideran desigualdades, mientras que otras pueden ser innecesarias y evitables, clasificándose como inequidades. Estas inequidades son objetivos adecuados para políticas destinadas a aumentar la equidad. (34)

Salud Mental En Ecuador

El Plan Nacional de Salud Mental de Ecuador tiene como objetivo fortalecer la atención integral en salud mental, enfocándose en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales. Este plan se centra en integrar la salud mental en los servicios de atención primaria, asegurando su accesibilidad y calidad en las comunidades,

especialmente en áreas rurales como San Vicente de Pusir. La estrategia incluye la formación continua de los profesionales de salud y la implementación de un modelo de atención basado en la salud familiar y comunitaria. Este enfoque busca reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y mejorar la intervención temprana, lo cual es crucial para la población estudiada en esta investigación. (35)

Modelos, Teorías o Paradigmas de Enfermería

Las teorías se definen como conjuntos estructurados de ideas que buscan una base sólida basada en la evidencia para explicar fenómenos en áreas como la práctica clínica, la enseñanza y la investigación. Estas teorías permiten identificar patrones y relaciones entre conceptos, facilitando la comprensión de fenómenos complejos.

En el ámbito de la enfermería, las teorías son esenciales para guiar la práctica profesional, proporcionando directrices sobre cómo ofrecer cuidados efectivos a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Además, establecen conexiones con la salud mental y la psiquiatría. A continuación, se analizan algunos teóricos destacados y sus respectivas teorías:

***Teoría psicodinámica de Peplau*.** La teoría psicodinámica de Peplau se enfoca en la comprensión del comportamiento propio para ayudar a otros a identificar sus dificultades y aplicar principios de relaciones humanas a problemas en cualquier nivel de experiencia, estructurando la relación enfermero/a-paciente en cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución. (36)

El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental Phil Barker. Phil Barker nacido en 1932 en Escocia, es conocido por su Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental, que no solo se limita a ser un método de tratamiento, sino que presenta un enfoque filosófico que ayuda a los enfermeros a comprender la salud mental desde la perspectiva del

paciente. Su modelo se basa en diez compromisos fundamentales, tales como valorar la voz del paciente, respetar su lenguaje, desarrollar una curiosidad genuina y ser transparente en las acciones. Además, enfatiza la importancia del tiempo compartido y reconoce que el cambio es constante (36).

Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad. Josephine Paterson y Loretta Zderad, enfermeras de salud pública y mental, desarrollaron en 1976 la Teoría de Enfermería Humanística. Esta teoría se fundamenta en la fenomenología y el existencialismo, destacando la relación recíproca entre enfermera y paciente. Conceptos clave incluyen la capacidad de los humanos para tomar decisiones y el papel del diálogo en la interacción. Para implementar esta teoría, el enfermero debe ser auténtico, superar prejuicios y comprometerse emocionalmente con el paciente, ofreciendo un cuidado verdaderamente humano (36).

Modelo de la Relación persona a persona de Joyce Travelbee. Nacida en 1926 en Estados Unidos, propuso el Modelo de Relación Persona a Persona, centrado en la enfermería psiquiátrica y en el uso consciente de la relación enfermera-paciente. Este modelo identifica cuatro fases en la relación: encuentro original, identidades emergentes, empatía y simpatía. El proceso culmina en una conexión genuina en la que ambas partes se perciben como seres humanos. El profesional debe ser consciente y paciente, reconociendo al otro como persona para establecer una relación significativa (36).

Capítulo II

Metodología de la investigación

Tipo de Investigación

La presente investigación fue cuantitativa, no experimental, observacional, descriptiva y de corte transversal, centrada en analizar los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales en la parroquia San Vicente de Pusir en 2024.

Cuantitativo. Se caracterizó por la búsqueda y recopilación de datos numéricos, lo que permitió obtener conclusiones sobre la realidad estudiada y poner a prueba hipótesis previamente formuladas (37). Este enfoque es adecuado para evaluar la prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de San Vicente de Pusir, ya que permite cuantificar la frecuencia de los trastornos, identificar factores de riesgo y establecer patrones estadísticos relevantes. Además, la cuantificación permite comprobar hipótesis previamente planteadas y, al mismo tiempo, puede ofrecer soluciones concretas a problemas específicos en la comunidad, como la alta prevalencia de trastornos mentales y sus posibles desencadenantes.

No Experimental. Observa fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (38). Este enfoque se justifica en un contexto como el de San Vicente de Pusir, donde se observó la realidad sin intervenir en las condiciones existentes, lo que permitió obtener resultados que reflejan de manera fiel la situación actual en su entorno natural. Al no haber manipulación de las variables, se mantiene la autenticidad del estudio, y los hallazgos pueden ser generalizables a contextos similares.

Observacional. Se basa en la observación sistemática y el registro de eventos, comportamientos o fenómenos tal como se presentan en su entorno natural, sin intervenir ni manipular variables (37). La observación se centró en registrar fenómenos tal como ocurren en su contexto natural. En este caso, se analizó cómo los factores sociales, económicos y culturales podrían estar influyendo en la prevalencia de trastornos mentales en adultos entre 18 y 59 años. Este enfoque observacional permitió que los datos fueran recolectados de manera imparcial y realista, sin alterar las variables del entorno.

Descriptivo. La investigación descriptiva se lleva a cabo cuando se pretende detallar, en sus aspectos esenciales, una realidad determinada (39). Se recopiló información detallada sobre los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, etc.) y los tipos de trastornos mentales más prevalentes en la comunidad de San Vicente de Pusir. A través de esta descripción, se identificaron patrones y tendencias sobre cómo ciertos factores pueden estar relacionados con la presencia de trastornos mentales.

Corte transversal. El estudio adoptó un diseño donde los datos fueron recopilados en un solo punto en el tiempo (38). Este diseño es particularmente útil para obtener una visión clara y actualizada de la situación de la salud mental en la comunidad de San Vicente de Pusir, permitiendo cuantificar cuántas personas están afectadas y qué tipo de trastornos predominan en la población.

Técnicas e instrumentos de Investigación

Técnica:

La técnica empleada en esta investigación fue una encuesta estructurada, implementada a través de un cuestionario generado por el software Global Mental Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC). Este programa, que cuenta con estructuras prediseñadas para

la recolección de datos, permitió crear un instrumento estandarizado con preguntas destinadas a obtener información sociodemográfica, como edad, género y nivel educativo.

El cuestionario fue impreso y administrado presencialmente a los participantes, asegurando una correcta interpretación de las preguntas. Esta técnica fue seleccionada por su capacidad para recopilar datos cuantitativos de manera organizada y sistemática, facilitando el análisis posterior y garantizando resultados consistentes y replicables, esenciales para alcanzar los objetivos de la investigación.

Instrumento:

Se empleó la herramienta clínica computarizada Global Mental Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC) para evaluar, identificar y diagnosticar la presencia de trastornos mentales en la población. La herramienta había sido validada en términos de fiabilidad, alcanzando valores de Alfa de Cronbach que oscilaron entre valores superiores a 0, 7.que evidenciaba un nivel adecuado de fiabilidad. En relación con su validez, mostró un 86% de coincidencia entre diagnósticos computarizados y clínicos, asimismo su diseño computarizado aseguró objetividad, al reducir la subjetividad en las evaluaciones, y confiabilidad, al demostrar consistencia en diversos entornos y con diferentes evaluadores. El tiempo promedio por entrevista fue de 13 minutos, con una alta aceptación por parte de los pacientes. (40)

La herramienta GMHAT/PC, es un software diseñado para realizar evaluaciones estructuradas de la salud mental, que ayudó a identificar y diagnosticar una variedad de trastornos mentales. Permitió determinar los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales, proporcionando datos cruciales para el desarrollo de estrategias de intervención y prevención en estas comunidades.

La herramienta incluyó 29 ítems divididos en cuatro apartados que abordaron diversas áreas de la salud mental:

Primer apartado. "Historia general e identificación del paciente", que recogió información como nombre completo, identificación de género, motivo de la consulta, dirección de la vivienda, provincia, teléfono, grupo étnico, estado civil y lugar de residencia.

Segundo apartado. "Estado de ánimo del paciente", en el que se explicaron las instrucciones para el examen del estado mental y se indagó si la persona ya había tenido algún diagnóstico previo y desde cuándo había sentido problemas de salud mental. Este apartado incluyó 6 ítems (1 al 6).

Tercer apartado. "Trastornos mentales", con preguntas que permitieron determinar qué tipo de trastorno mental padecía la persona encuestada o qué síntomas había presentado, abarcando 23 ítems (7 al 29).

Los ítems 7 al 25 evaluaron si la persona había tenido algún síntoma, utilizando una escala de puntuación de 0 a 9, con los siguientes indicadores: No evidencia de síntoma (0), Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante (1), Moderadamente angustiante (2), Severamente angustiante (3), No seguro de la presencia o ausencia del síntoma (8), No aplicable (9).

El ítem 14 estuvo dirigido exclusivamente a mujeres y preguntó sobre el cese de la menstruación.

El ítem 26 evaluó el abuso de alcohol con preguntas diseñadas para investigar los hábitos de consumo de alcohol, con indicadores como: No bebe o bebe ocasionalmente (0), Bebedor social habitual (1), Consumo excesivo con efectos nocivos (2), Dependencia o efectos nocivos físicos o sociales (3).

El ítem 27 evaluó el consumo de sustancias ilegales, con una escala de puntuación que iba de "sin evidencia de consumo de drogas" (0) a "uso significativo de drogas con dependencia" (3).

El ítem 28 exploró rasgos de personalidad problemáticos, con indicadores de "sin problemas" (0) a "problemas frecuentes de grado moderado" (3).

El ítem 29 evaluó situaciones estresantes con indicadores de "sin estrés" (0) a "estrés severo" (3), e incluyó una valoración de estrés postraumático (No = 0, Sí = 1).

Cuarto apartado. "Informe de la entrevista GMHAT", facilitó la comunicación entre los profesionales de salud mental, proporcionando una evaluación estandarizada para un enfoque consistente y basado en evidencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

Quinto apartado. "Diagnóstico principal GMHAT", proporcionó un diagnóstico final de los problemas de personalidad y otros diagnósticos posibles, basado en el juicio clínico final.

El instrumento incluyó una puntuación de los principales síntomas, con categorías como:

Tabla 1.*Quinto apartado (principales síntomas y categorías)*

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

Matriz de operacionalización de variables

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

Tabla 2. *Operacionalización objetivo 1*

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. (41)	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?	Cuantitativa discreta
		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. Edad en años	¿Cuál es su estado civil?	Cualitativa nominal

				cumplidos Unión libre		
	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.	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la	Cualitativa nominal

		relación de parentesco o convivencia.		Familia monoparental 5. Otra	composición de su hogar?	
	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 Ordinal
	Ocupación	Diferentes labores que desempeñan las personas en su trabajo, independiente de la rama de actividad económica o la	Tipo de trabajo	1. Empleado 2. Autónomo 3. Estudiante 4. Desempleado 5. Ama de casa	¿A qué se dedica?	Cualitativa nominal

		posición ocupacional que tengan.		6. Jubilado 7. Otro		
	Residencia	Lugar o área geográfica en la que una persona reside de manera habitual (parroquia, cantón o provincia).	Lugar de residencia	1. Tumbatú 2. San Vicente de Pusir 3. Pusir Grande	¿En qué parroquia reside?	Cualitativa nominal

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

Tabla 3. *Operacionalización Objetivo 2*

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	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	Cualitativa nominal

concentración. (42)					extrañas o cambios en la percepción?	
	Diagnóstico Psiquiátrico	Pensamientos o emociones que la persona experimenta sobre una situación o tema en específico, lo que provoca angustia o malestar.	Preocupaciones	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente	¿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?	Cualitativa Ordinal

				angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado.	¿Qué tanto le preocupa? ¿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	Ansiedad	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente	¿Se suele asustar o ponerse nervioso/a? (Si responde afirmativamente:) ¿Suele tener / sentir con frecuencia: Palpitaciones,	Cualitativa nominal

	caracterizan por sentimientos de preocupación, nerviosismo o temor.	angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma.	Sudoración, Temblores o sacudidas, Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.

				5. No aplicable o no preguntado.		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Se caracteriza por episodios repentinos e intensos de miedo acompañados de síntomas como dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración excesiva, temblores o sensación de ahogo.	Crisis de pánico	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y	¿Ha tenido ataques de miedo o pánico y ha tenido que hacer algo para que terminen? ¿Puede describir lo que ocurre? ¿Con que frecuencia tiene esta crisis?	Cualitativa Ordinal

				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	Capacidad del individuo para mantener la atención en una actividad cotidiana durante un periodo	Concentración	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente	¿Cómo está su concentración? ¿Puede concentrarse	Cualitativa Ordinal

	determinado, sin distracciones.	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.	cuando está hablando con alguien, oyendo radio, viendo televisión o leyendo?

				5. No aplicable o no preguntado 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		
	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		¿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 Ordinal

				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	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.	¿Tiene interés por las cosas? ¿Ha perdido el interés por las cosas?	Cualitativa Ordinal

	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	¿Con qué disfruta recientemente?

				0. No evidencia o presencia del síntoma.		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Sensación constante de cansancio o agotamiento para realizar sus actividades diarias, incluso después de descansar o dormir.	Falta de energía	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 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 Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado 0. No evidencia o presencia del síntoma.		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Emoción que surge cuando la persona percibe que ha hecho algo mal o ha fallado en cumplir con sus expectativas.	Sentimiento de culpa	1. Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿Tiende a echarse la culpa o se siente culpable de algo? ¿Se siente en ocasiones inútil?	Cualitativa Ordinal

	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

				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	¿Ha enlentecido sus actividades? ¿Se agita en ocasiones? ¿Experimenta dificultades para recordar información reciente? ¿Tiene dificultades para aprender nuevas habilidades o conceptos?	
	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			Cualitativa Ordinal

					4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado 0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y		
	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		¿Cómo ve el futuro? ¿Se siente desesperanzado/a?		Cualitativa Ordinal

	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

				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	¿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?	
	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 estresores recientes.	Ideación Suicida reciente			Cualitativa Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Pensamientos o planes sobre el suicidio que la persona experimenta en el momento presente evaluados según su frecuencia, intensidad y gravedad.	Ideación suicida actual	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿Sigue pensando de la misma manera? ¿Tiene algún plan para acabar con su vida?	Cualitativa Ordinal

	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

				0. No evidencia o presencia del síntoma.		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Período de descanso nocturno en el que el participante menciona su capacidad para conciliar el sueño y sentirse descansado al despertar.	Sueño	1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	¿Ha tenido problemas para dormir recientemente (si responde afirmativamente) ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? ¿Se despierta más temprano por las mañanas?	Cualitativa Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
	Diagnóstico Psiquiátrico	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	¿Cómo ha estado su apetito? ¿Disfruta lo que come? ¿Ha estado comiendo mucho mas o menos de lo habitual?	Cualitativa Ordinal

	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

				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		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Variación en el peso corporal del individuo, evaluada a través de la cantidad de peso perdido o ganado en un periodo específico.	Pérdida/ganancia de peso		¿Ha perdido (o ganado) peso durante los últimos tres meses? ¿Cuánto ha sido más o menos? ¿Cuánto en el último mes?	Cualitativa Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado 0. No evidencia o presencia del síntoma.		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Nivel de deseo evaluado por la frecuencia e intensidad de los pensamientos, deseos o comportamientos sexuales.	libido	1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿Ha perdido el interés por el sexo?	Cualitativa Ordinal

	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

				0. No evidencia o presencia del síntoma.	¿Cuáles son sus hábitos alimenticios?	
	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	1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	¿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?	Cualitativa Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o No preguntado	¿Diría que la comida domina su vida? ¿Se provoca el vómito cuando se encuentra lleno / a? ¿O usa fármacos como laxantes, diuréticos u otros para reducir su llenura?	
	Diagnóstico Psiquiátrico	Se considerarán personas de sexo biológico femenino, es decir, aquellas que tengan un aparato reproductor	Apartado (Solo Mujeres)	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente	¿Se ha interrumpido su menstruación?	Cualitativa Ordinal

	femenino funcional, con o sin actividad menstrual actual.	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		
				0. No evidencia o presencia del síntoma.	¿Cómo está su salud física?	
	Diagnóstico Psiquiátrico	Preocupación excesiva y persistente sobre la creencia de estar enfermo o tener una enfermedad grave o mortal.	Hipocondriasis	1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente	¿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 Ordinal

				angustiante o incapacitante 4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado 0. No evidencia o presencia del síntoma.	(¿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	1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.	¿Tiene que comprobar las cosas una y otra vez, por ejemplo, Si ha cerrado los grifos, o el gas, ¿o apagado las luces?	Cualitativa Ordinal

	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	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?

	Diagnóstico Psiquiátrico	Miedo intenso a situaciones específicas (fobia) o a estar en lugares donde el escape podría ser difícil (agorafobia) manifestada por episodios de ansiedad o pánico.	Fobia / Agorafobia	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante. 3. Síntoma presente y severamente 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 cualquier otro miedo? (Agorafobia) **Fobia / fobia especifica**: ¿O a estar en una habitación pequeña, o se asusta con algunos tipos de animales, o con	Cualitativa Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado	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	Manía	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante.	¿Se ha sentido con demasiada energía (lleno/a de energía) recientemente? ¿Últimamente se ha sentido muy feliz sin ninguna razón aparente?	Cualitativa Ordinal

	comportamientos impulsivos.	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

				0. No evidencia o presencia del síntoma.			
	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	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 le mezclan (confunden) sus pensamientos? ¿De forma que no los puede organizar? ¿Puede pensar con claridad/orden?	Cualitativa	Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
	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	¿Ha tenido sensaciones extrañas? ¿Oye usted cosas que otras personas no pueden oír? (¿Qué es lo que oye?) (¿Y voces?)	Cualitativa Ordinal

	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	(¿Cuándo no hay nadie alrededor?) (¿Qué dicen?)

				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	¿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?	
	Diagnóstico Psiquiátrico	Presencia de percepciones visuales de objetos o figuras que no tienen una fuente externa, también se puede evaluar la presencia de creencias erróneas, pensamientos y comportamientos desorganizados, como indicativo y una pérdida de contacto con la realidad.	Síntomas psicóticos/alucinaciones visuales			Cualitativa Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Dificultad para recordar el momento actual, eventos recientes o acceder a recuerdos pasados. Este problema puede ser temporal y resolverse con el tiempo (transitorio).	Desorientación del tiempo	0. No evidencia o presencia del síntoma. 1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿Algunas personas cuando se sienten mal o están disgustadas pierden la noción del tiempo Puedo preguntarle ¿Cuál es la fecha de hoy?	Cualitativa Ordinal

	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 decirme qué día de la semana es? (¿Qué mes?) (¿Qué año?)

				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		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Dificultad para reconocer o identificar el lugar en el que se encuentra la persona, episodios de confusión sobre la ubicación.	Desorientación de lugar		¿Cuál es el nombre de este lugar? ¿Dónde está situado?	Cualitativa Ordinal

				4. Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma. 5. No aplicable o no preguntado 0. No evidencia o presencia del síntoma.		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Dificultad para reconocer o identificar a uno mismo o a otras personas, con períodos de confusión sobre su identidad.	Desorientación en persona	1. Sintoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante. 2. Síntoma presente y	¿Me había visto antes? ¿Tiene dificultad para reconocer a sus familiares y amigos cercanos? ¿Cuál es el nombre de este lugar?	Cualitativa Ordinal

		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	¿Dónde está situado?

				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		
	Diagnóstico Psiquiátrico	Incapacidad para recordar información reciente o pasada, se evalúa los episodios de olvido y la dificultad para recuperar datos importante o eventos.	Pérdida de memoria		¿Ha tenido algún problema con la memoria? ¿Qué tan grave es esto para usted? ¿Últimamente acostumbra a olvidar las cosas?	Cualitativa Ordinal

				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	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	¿Le importa que le pregunte sobre sus hábitos con el alcohol (bebida)? ¿Cuánto suele tomar? Si se sospecha un consumo excesivo, preguntar:	Cualitativa Ordinal	

	laborales, sociales o familiares.	3. Problema significativo de consumo con dependencia o efectos nocivos a nivel físico o social	¿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?	
	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 Ordinal

				0 sin problemas	¿Ha tenido problemas por su forma/manera de ser?	
	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	1 problemas ocasionales (rasgo de personalidad) 2 síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante 3 problemas frecuentes de grado moderado	¿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 Ordinal

	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 Ordinal
	Diagnóstico Psiquiátrico	Se desarrolla en algunas personas después de experimentar o presenciar un	Trastorno de estrés postraumático	0. No 1. Si	¿Qué ha pasado después (del evento estresante)? ¿Tiene pesadillas sobre lo que pasó?	Cualitativa Ordinal

	evento traumático junto con reviviscencias del evento (flashbacks) provocando alteraciones emocionales.	¿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?

Objetivo 3: Definir los diagnósticos de trastornos mentales más frecuentes según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en el curso del estudio.

Tabla 4. *Operacionalización Objetivo 3*

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	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

proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería que buscan lograr resultados específicos, de los cuales la enfermera es responsable. (43)	Subdivisión más específica dentro de un dominio, que abarca un conjunto de diagnósticos de enfermería relacionados por características comunes.	Clase	1. Con alteración 2. Sin alteración	Cuantitativa nominal
	Nombre asignado a un diagnóstico de enfermería específico dentro de una clase, que describe de manera concisa y precisa un problema de salud o un patrón de respuestas humanas.	Etiqueta	1. Con alteración 2. Sin alteración	Cuantitativa nominal

Participantes

La investigación se llevó a cabo en la parroquia de San Vicente de Pusir, situada en la provincia de Carchi con una población total de 2224 personas. La población de estudio está constituida por los residentes de esta localidad, entre 18 y 65 años de edad. Se escogió este rango etario por ser representativo de la etapa productiva y por su importancia para los objetivos del estudio. Con la incorporación de este grupo se logró obtener información significativa y con posibilidad de ser generalizada en el marco de la investigación.

Muestra utilizada y su tipo.

Figura 1. *fórmula de población finita*

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

Donde los parámetros se integran en base al diseño del macroproyecto:

- **N (Población total):** Representa el universo o población global del macroproyecto, correspondiente a 5118 habitantes de la cuenca del río Chota.
- **n (Muestra local):** Representa la muestra efectiva alcanzada y analizada específicamente en la parroquia de San Vicente de Pusir, constituida por 184 personas.
- **Z (Nivel de confianza):** Define el coeficiente del nivel de confianza en la curva de distribución normal. Se utilizó un estándar del 95%, lo que equivale a un valor estadístico de 1.96.

- **P (Prevalencia esperada):** Constituye la probabilidad de ocurrencia del fenómeno estudiado. Se estableció en un 30% (0.30), tomando como referencia la tasa de prevalencia estimada de trastornos mentales en estudios previos del macroproyecto base.
- **Q (Probabilidad complementaria):** Representa la probabilidad de no ocurrencia del fenómeno (1 - P), equivalente en este diseño al 70% (0.70).
- **e (Margen de error):** Define el límite máximo de error admisible para salvaguardar la precisión global, fijado metodológicamente en el 5% (0.05).

Se utilizó un muestreo aleatorio por asignación proporcional derivado de el macroproyecto, técnica probabilística en la que se seleccionan los participantes resguardando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La muestra para la presente investigación estuvo constituida por 184 personas, establecida de acuerdo con la cuota asignada a la parroquia San Vicente de Pusir dentro del diseño global. Este enfoque permitió obtener información esencial sobre los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales, superando ampliamente la cantidad mínima comunitaria de 70 encuestas que se requerían originalmente para mantener la representatividad local del modelo.

Características generales de la muestra. La investigación está ubicada en la parroquia rural San Vicente de Pusir, Carchi, que registra 2224 habitantes según su Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (44). La composición demográfica del macroproyecto resulta de gran importancia ya que presenta una marcada diversidad étnica, con un 40,85% de población afroecuatoriana o afrodescendiente y un 38,55% de población mestiza. Con una edad promedio de 23.7 años, la comunidad es mayoritariamente joven (11)lo que es fundamental para reconocer las necesidades

específicas de salud mental. La muestra de 184 personas se construyó de acuerdo con estas características sociodemográficas, para garantizar una representación fiel de la población y para determinar la prevalencia de trastornos mentales en este entorno.

Criterios de inclusión.

- Población de más de 18 años hasta los 65 años.
- Personas que llevan más de un año viviendo en la parroquia de San Vicente de Pusir.
- Personas con problemas graves de comunicación o discapacidad que estuvieron acompañadas por su tutor o familiar en el momento de la encuesta.
- Personas que acepten voluntariamente su participación en el estudio.

Criterios de exclusión.

- Personas que no acepten participar en el estudio.
- Personas que no estuvieron presentes en el momento en que se aplicó el estudio.
- Personas que, en el momento de aplicación del estudio, presenten algún grado de intoxicación o alteración mental.
- Personas que padezcan enfermedades contagiosas o que estén en aislamiento obligatorio.

Procedimiento y análisis de datos

Se utilizaron encuestas estructuradas realizadas con el programa GMHAT/PC, las cuales fueron impresas y aplicadas presencialmente a los participantes. Al finalizar la recolección, se procedió a revisar las respuestas para garantizar la integridad y completitud de los datos, descartando aquellas que presentaban inconsistencias o que estaban incompletas. Posteriormente los datos fueron ingresados manualmente en una base de datos creada en Microsoft Excel donde

se organizaron por variables clave como factores sociodemográficos y clínicos. En esta etapa se procedió a la limpieza y depuración, se verificó la coherencia de las respuestas y se eliminaron los duplicados o registros erróneos. Cuando finalizó esta etapa, la base de datos se exportó al programa estadístico Jeffreys's Amazing Statistics Program (JASP) para ser analizada.

JASP es un programa estadístico de código abierto, creado por investigadores de la Universidad de Ámsterdam, que incorpora técnicas estadísticas tanto estándar como avanzadas, con una interfaz de usuario sencilla e intuitiva. En este programa se hicieron análisis descriptivos de frecuencias y medidas de tendencia central, los cuales permitieron obtener una visión clara y estructurada de la distribución de los datos.

Consideraciones Éticas

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

Autonomía. Se debe obtener el consentimiento informado de los participantes, asegurando que comprendan los objetivos, riesgos y beneficios del estudio, de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (45).

Beneficencia y no maleficencia. La investigación debe generar un impacto positivo en la comunidad sin causar daño a los participantes, siguiendo los lineamientos del Informe Belmont (46).

Justicia. Se debe garantizar equidad en la selección de los participantes, sin discriminación ni sesgos injustificados, conforme a la normativa ética internacional (47).

Confidencialidad. El manejo de datos personales debe cumplir con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador y con las directrices de la OMS sobre bioética y derechos humanos (48).

Consideraciones legales

Constitución de la república del Ecuador 2008. El marco jurídico sobre el cual se basa la presente investigación, tiene como sustento las normas nacionales e internacionales que garantizan el derecho a la salud y al bienestar integral. En el Ecuador, la Constitución de la República, 2008, en su Capítulo Segundo, Derechos del Buen Vivir, Sección Séptima, establece en su artículo 32 que la salud es un derecho fundamental garantizado por el Estado. El ejercicio de este derecho está intrínsecamente vinculado y es interdependiente con otras garantías constitucionales, como el acceso al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social y un ambiente sano, elementos que en conjunto sustentan el principio del Sumak Kawsay o Buen Vivir (49)

Política Nacional de Salud Mental 2025 - 2030.En el plano de las normativas de especialidad sanitaria, el marco regulatorio se desglosa a partir del Capítulo I de la Ley Orgánica de Salud Mental, donde el artículo 6 conceptualiza formalmente la salud mental como un derecho humano fundamental y un componente crítico e indispensable para el óptimo desarrollo en las esferas personal, familiar, comunitaria y socioeconómica. Con base en este principio básico, se la define operativamente como el estado de bienestar general que permite a los individuos el equilibrio emocional necesario para afrontar contingencias y situaciones adversas, potenciar sus habilidades internas y participar de forma proactiva en el bienestar común. Por ello, el artículo 9 de la misma ley, prescribe la obligación jurídica de proveer a la ciudadanía programas sistemáticos de promoción de la salud mental y acciones concretas de prevención del riesgo. Establece, además, el derecho formal a disponer de atención oportuna y gratuita, bajo un estricto enfoque de derechos humanos, garantizando el acceso directo a terapias y tratamientos

clínicos validados mediante evidencia científica rigurosa, guías prácticas oficiales y protocolos nacionales de atención sectorial (4)

Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2030. A nivel internacional, las políticas locales se engranan a este instrumento global que reconoce que la salud mental está condicionada por determinantes multifactoriales de índole individual, social, cultural y económica. El plan advierte de forma explícita que la exposición a dinámicas adversas en edades tempranas es un factor de riesgo epidemiológico para el desarrollo de patologías mentales. De conformidad con este precepto, su Objetivo 1 prescribe que los Gobiernos deben asumir un papel activo en la gobernanza y liderazgo del sector, siendo responsables directos de la estructuración de sistemas asistenciales idóneos para garantizar la cobertura y atención integral de la población (20).

Capítulo III

Resultados y Discusión

Tabla 5. *Frecuencias de datos sociodemográficos (Sexo, edad, etnia, estado civil)*

Factor Sociodemográfico	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	96	52.17
	Femenino	88	47.82
Edad	Adulto joven (18 a 44 años)	109	59.23
	Adulto medio (45 a 59 años)	47	25.54
	Adulto mayor (60 años en adelante)	28	15.21
Etnia	Mestizo	93	50.54
	Indígena	2	1.08
	Afro	88	47.82
	Blanco	1	0.54
Estado civil	Casado	50	27.17
	Soltero	78	42.39
	Divorciado	14	7.60
	Viudo	7	3.80
	Separado	5	2.71
	Unión libre	30	16.30

En cuanto al sexo, predomina el masculino (52,17%; n=96) con respecto al femenino (47,82%; n=88). El grupo etario con mayor frecuencia fue el adulto joven de entre 18 a 44 años (59,23%; n=109), seguido por el adulto medio de entre 45 a 59 años (25,54%; n=47) y el adulto mayor (15,21%; n=28). En cuanto a la etnia, la mayor parte se autoidentificó como mestiza (50,54%; n=93) y afrodescendiente (47,82%; n=88), con mínima representación indígena (1,08%) y blanca (0,54%). Respecto al estado civil, el 42,39% (n=78) es soltero, seguido de casados (27,17%; n=50) y unión libre (16,30%; n=30). El predominio de jóvenes adultos y la proporción alta de personas solteras conforman un perfil de riesgo para la salud mental de gran importancia. En relación con el sexo, Sarango et al., en un estudio de prevalencia de trastornos mentales en Ecuador, evidenciaron que las mujeres presentan mayor prevalencia en trastornos del estado de ánimo (F30-39) y trastornos neuróticos (F40-49), mientras que los hombres presentan mayor prevalencia en trastornos por uso de sustancias y discapacidad intelectual. Esta diferencia por sexo refuerza la necesidad de un abordaje diferenciado en la comunidad estudiada, con una distribución entre hombres y mujeres casi equitativa (50) En cuanto al estado civil, es relevante el alto porcentaje de solteros (42,39%), ya que Li et al. (2024), en un estudio multicéntrico con más de 100.000 participantes de siete países, demostraron que las personas solteras tienen un 80% más de probabilidades de presentar síntomas depresivos respecto a las personas casadas, siendo este riesgo particularmente mayor en los hombres. Este hallazgo se hace más relevante si consideramos que el sexo masculino es el predominante en la presente muestra (51)

Tabla 6. *Factores sociodemográficos (Residencia, familia, escolaridad, ocupación, ingresos)*

Factor Sociodemográfico	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Residencia	Solo	34	18.47
	Con familia	148	80.43
	Con amigos	2	1.08
Familia	Nuclear	114	61.95
	Monoparental	43	23.37
	Nuclear ampliada	2	1.08
	Extensa	6	3.26
	Otra	18	9.78
Escolaridad	Primaria	64	34.78
	Secundaria	85	46.19
	Superior	31	16.84
	Ninguna	4	2.17
Ocupación	No trabaja	23	12.50
	Labores de campo	74	40.21
	Labores de hogar	38	20.65
	Jubilado	3	1.63
	Comercio	21	11.41
	Empleado	25	13.58
Ingresos	Menos de 460		
	Sí	143	77.72
	No	41	22.28

	460 y más		
	Sí	40	21.74
	No	144	78.26

El 80,43% de los participantes vive con su familia, siendo predominante la estructura nuclear (61,95%) y monoparental (23,37%). El nivel de escolaridad más frecuente fue el secundario (46,19%), le siguió el primario (34,78%). Los trabajos que más se realizaron fueron los de campo (40,21%) y los del hogar (20,65%). El 77,72% tiene ingresos menores a $460 mensuales. Los hallazgos reflejan condiciones de vulnerabilidad socioeconómica propias del entorno rural. Los bajos niveles educativos y las rentas precarias son factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de trastornos mentales. Heredia Flores y Flores Delgado (2023) identificaron que características como el trabajo, el rango salarial y los familiares dependientes se asocian significativamente con la presencia de ansiedad moderada (44%) y depresión (14%) en adultos de una parroquia rural ecuatoriana (52). Por otro lado, la existencia de familias monoparentales en casi una cuarta parte de la población estudiada constituye un factor de riesgo adicional, ya que Buitrago Ramírez et al. (2022) señala que los hogares monoparentales presentan mayor vulnerabilidad psicosocial, asociándose con niveles más altos de conflictos emocionales, estigma social y ausencia de redes de apoyo intradomiciliario, condiciones que en contextos de bajos ingresos y poca escolaridad como el presente se potencian mutuamente (53).

Tabla 7. *Distribución de frecuencias de factores de riesgo*

Factor de Riesgo	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Proceso de duelo	Sí	49	26.63
	No	135	73.37
Abuso o maltrato	Psicológico	33	17.93
	Físico	11	5.97
	Sexual	2	1.08
	Ninguno	138	75.00
Antecedentes patológicos personales	Sí	31	16.84
	No	153	83.15
Antecedentes de depresión	Sí	23	12.50
	No	161	87.50
Trastorno de la personalidad	Sí	23	12.50
	No	161	87.50
Antecedentes patológicos familiares	Sí	22	11.95
	No	162	88.04
Consumo de alcohol	Sí	15	8.15
	No	169	91.84
Retraso mental	Leve o moderado	9	4.89
	No	175	95.10

Epilepsia	Sí	3	1.63
	No	181	98.37
Consumo de drogas	Sí	2	1.08
	No	182	98.91

El proceso de duelo fue el factor de riesgo más frecuente (26,63%; n=49). En cuanto al abuso o maltrato, el 25% reportó algún tipo de abuso, siendo el psicológico el que predominó (17,93%; n=33), seguido del físico (5,97%; n=11) y el sexual (1,08%; n=2). Los antecedentes patológicos personales estuvieron presentes en el 16,84% (n=31), los antecedentes de depresión y trastorno de personalidad en igual proporción (12,50%; n=23 cada uno), y los antecedentes familiares en el 11,95% (n=22). El consumo de alcohol alcanzó el 8,15% (n=15), mientras que menor frecuencia tuvo el retraso mental leve-moderado (4,89%), epilepsia (1,63%) y consumo de drogas (1,08%).

En este estudio, el proceso de duelo fue el principal factor de riesgo identificado (26,63%), una cifra mayor a la reportada por Castillo et al. (2022), quienes señalan que el duelo complicado afecta aproximadamente al 10% de los dolientes en la población adulta general, lo que deriva en cuadros clínicos de ansiedad y depresión (1). Esto podría explicarse por las características propias de una comunidad rural con escasos servicios de salud mental y escasas redes de apoyo psicosocial (54)

En cuanto a la violencia, el 25% de los participantes reportó haber sufrido alguna forma de abuso, siendo el psicológico el más frecuente (17,93%). Este hallazgo es similar a lo encontrado por Aquino Aguilera et al. (2025) en un estudio transversal en la provincia de El Oro, Ecuador, donde la exposición a violencia se correlacionó significativamente con ansiedad (30,2%) y depresión (25,1%), con un riesgo 2,5 veces mayor en mujeres de áreas rurales(55). La similitud de ambos contextos rurales ecuatorianos fortalece que el maltrato psicológico es un factor de riesgo sostenido para el desarrollo de trastornos mentales en estas poblaciones.

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

Diagnóstico GM - HAT	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin enfermedad mental	76	41.30%
Depresión	36	19.56%
Ansiedad	23	12.50%
Psicosis con depresión	18	9.78%
Trastorno de estrés postraumático	6	3.26%
Trastorno de la conducta alimentaria	5	2.71%
Otros	31	16.86%

El 58,70% de los participantes mostró algún trastorno mental según el GMHAT/PC. El diagnóstico más frecuente fue depresión (19,56%; n=36), seguido por ansiedad (12,50%; n=23), psicosis con depresión (9,78%; n=18), trastorno de estrés postraumático (3,26%; n=6), trastorno de la conducta alimentaria (2,71%; n=5) y otros (16,86%; n=31). El 41,30% (n=76) no presentaron enfermedad mental. El porcentaje total de trastornos mentales hallado (58,70%) es muy superior a la reportada en los escenarios de atención de salud en Ecuador. Valarezo Bravo (2023) en un estudio con 1.856 pacientes de Macará y Huaquillas, identificó que los trastornos neuróticos y somatomorfos, fueron los que ocuparon el primer lugar con el 23,06%, seguidos de los trastornos del humor con el 12,93% y la esquizofrenia con el

12,61% (50) . La diferencia con los datos del presente estudio se explica porque aquel analiza registros de pacientes ya diagnosticados en servicios de salud, mientras que el GMHAT/PC aplicado en comunidad detecta casos que no han accedido previamente a atención especializada, reflejando la brecha diagnóstica existente en zonas rurales. En cuanto a los diagnósticos específicos, la depresión como trastorno más prevalente (19,56%) concuerda con lo encontrado por Valarezo Bravo et al. (2023) en dos ciudades ecuatorianas, donde los trastornos de ansiedad predominaron con el 23,06% y los del estado de ánimo que incluyen depresión— con el 12,93% (2). Sin embargo, en el presente estudio la depresión supera a la ansiedad, lo que podría relacionarse con la mayor carga de factores de riesgo identificados en la comunidad estudiada, como el proceso de duelo (26,63%) y el maltrato psicológico (17,93%) (56)

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

Diagnóstico de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Comportamiento de salud propenso a riesgos	41	22.28%
Autoestima crónica inadecuada	35	19.02%
Ansiedad excesiva	23	12.50%
Sin enfermedad mental	23	12.50%
Procesos de pensamiento alterados	21	11.41%
Estilo de vida sedentario	12	6.52%
Interacción social deteriorada	11	5.97%
Otros	18	9.78%

El diagnóstico de enfermería más frecuente fue comportamiento de salud propenso a riesgos (22,28%; n=41), seguido de autoestima crónica inadecuada (19,02%; n=35), ansiedad excesiva (12,50%; n=23), ausencia de enfermedad mental (12,50%; n=23), procesos de pensamiento alterados (11,41%; n=21), estilo de vida sedentario (6,52%; n=12), interacción social deteriorada (5,97%; n=11) y otros (9,78%; n=18). La prevalencia del diagnóstico de

comportamiento de salud propenso a riesgos (22,28%) refleja la dificultad de la población para modificar conductas que ponen en riesgo su bienestar, lo cual concuerda con lo descrito por Buitrago Ramírez et al. (2024), quienes indican que, en el contexto de los problemas de salud mental, los diagnósticos frecuentes identificados mediante el lenguaje NANDA son la ansiedad, la autoestima y el sedentarismo, asociados con conocimiento deficiente sobre prácticas saludables y apoyo social limitado, siendo prevalentes en poblaciones con alta carga de estrés psicosocial (57) La autoestima crónica inadecuada como segundo diagnóstico más frecuente (19,02%) está de acuerdo con estudios de aplicación NANDA en pacientes con trastornos mentales, donde Moreno-Arroyo et al. identificaron que en diagnósticos neuróticos la baja autoestima fue uno de los tres diagnósticos enfermeros más prevalentes, junto con la ansiedad, hallazgo que se replica en la presente muestra donde ambos diagnósticos concentran más del 31% de los casos (58)

Planes de cuidados de enfermería

Tabla 10*. Plan de cuidados de enfermería (depresión).*

Diagnostico enfocado en el problema		
DIAGNÓSTICO NANDA: 00483 – Autoestima crónica inadecuada **Dominio:** 6 – Autopercepción **Clase:** 2 – Autoestima **Factores relacionados:** Disminución de la aceptación consciente, estrés excesivo, resiliencia deteriorada. **Características definitorias:** Síntomas depresivos, culpa excesiva, desesperanza. **Definición:** *Percepción negativa de larga data de la autoestima, la autoaceptación, el autorrespeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.*		
NOC – Resultados esperados	**NIC – Intervenciones de enfermería**	**Fundamento científico por actividad**
Dominio: III Salud psicosocial – Clase: M Bienestar psicológico	**Dominio:** 3 Conductual – Clase: R Ayuda para el afrontamiento	*Evidencia científica sustentada)*
Resultado 1205 – Autoestima *Juicio personal sobre la percepción de uno mismo.* **Indicadores:** 120501: Expresión de autoaceptación 120502: Aceptación de las propias limitaciones 120523: Expresión de autocompasión **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre positivo)	**5270 – Apoyo emocional** *Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.* **Actividades:** • Garantizar la intimidad y la confidencialidad • Escuchar atentamente las preocupaciones, pensamientos, sentimientos y creencias. • Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.	**Base científica:** La escucha activa y el apoyo emocional estructurado mejoran significativamente la autoestima en pacientes con depresión al reducir la autocrítica y fomentar la autoaceptación (59)
Resultado 1409 – Autocontrol de la depresión	**5330 – Manejo del estado de ánimo**	**Base científica:**

Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida. **Indicadores:** 140902: Monitorizar la intensidad de la depresión 140903: Identificar los factores precursores de la depresión 140904: Planificar estrategias para reducir efectos de los factores precursores **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	*Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a una persona con depresión o estado de ánimo eufórico.* **Actividades:** • Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales). • Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar a personas que corren riesgo de daños físicos.	La evaluación sistemática del estado de ánimo y la identificación de factores precursores reduce la recurrencia depresiva y facilita intervenciones oportunas (60)
Resultado 1302 – Afrontamiento *Acciones personales para manejar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.* **Indicadores:** 130224: Manifiesta confianza en sí mismo 130203: Manifiesta sensación de control 130205: Manifiesta la aceptación de la situación **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**5230 – Mejora del afrontamiento** *Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en la satisfacción de las demandas y roles de la vida.* **Actividades:** • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Proporcionar un ambiente de aceptación.	**Base científica:** Las técnicas de resolución de problemas y el establecimiento de metas aumentan la autoeficacia y reducen la sintomatología depresiva en entornos comunitarios (61)

Nota: Plan de cuidados estandarizado elaborado a partir de las clasificaciones de la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA-I] (2024-2026), la Clasificación de Resultados de Enfermería [NOC] (7.ª ed.) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería [NIC] (8.ª ed.).

Tabla 11. *Plan de cuidados de enfermería (Ansiedad).*

Diagnostico enfocado en el problema		
DIAGNÓSTICO NANDA: 00400 – Ansiedad excesiva **Dominio:** 9 – Afrontamiento/tolerancia al estrés **Clase:** 2 – Autoestima **Factores relacionados:** Conflicto de valores, abuso de sustancias, conflicto sobre objetivos de vida. **Características definitorias:** Angustia, llanto, nerviosismo, agitación psicomotora. **Definición:** *Preocupación desproporcionada y persistente por situaciones y acontecimientos percibidos como amenazantes.*		
NOC – Resultados esperados	**NIC – Intervenciones de enfermería**	**Fundamento científico por actividad**
Dominio: III Salud psicosocial – Clase: O Autocontrol	**Dominio:** 3 Conductual – Clase: T Favorecimiento del confort psicológico	*Evidencia científica sustentada en fuentes*
Resultado 1402 – Autocontrol de la ansiedad *Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o inquietud procedentes de una fuente no identificable.* **Indicadores:** 140201: Monitoriza la intensidad de la ansiedad 140219: Identifica los factores desencadenantes 140205: Planea estrategias para superar situaciones estresantes **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**5820 – Disminución de la ansiedad** *Minimizar la aprensión, el temor, los presagios o el desasosiego relacionados con una fuente no identificada de peligro anticipado.* **Actividades:** • Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.	**Base científica:** Identificar los desencadenantes de ansiedad y crear entornos terapéuticos de confianza disminuye la respuesta autonómica al estrés y favorece la autorregulación emocional (62)
Resultado 1302 – Afrontamiento *Acciones personales para manejar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.*	**5230 – Mejora del afrontamiento** *Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en la satisfacción de las demandas y roles de la vida.*	**Base científica:** Dividir problemas en pasos manejables y reforzar la comprensión de la enfermedad mejora el sentido de control y reduce la carga percibida de la ansiedad generalizada (63)

Indicadores: 130225: Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema 130226: Identifica estrategias de afrontamiento centradas en las emociones 130203: Manifiesta sensación de control **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**Actividades:** • Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.	
Resultado 1212 – Nivel de estrés *Gravedad de la tensión física o mental manifiesta como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.* **Indicadores:** 121201: Aumento de la presión arterial 121202: Aumento de la frecuencia cardíaca 121205: Dificultad para concentrarse **Escala Likert:** 1 (Grave) → 5 (Ninguno)	**4920 – Escucha activa** *Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales de la persona.* **Actividades:** • Mostrar interés por la persona. • Hacer preguntas abiertas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Escuchar los mensajes y sentimientos no expresados y atender al contenido de la conversación.	**Base científica:** La escucha activa como intervención de enfermería disminuye los indicadores fisiológicos de estrés (frecuencia cardíaca, tensión arterial) y mejora la expresión emocional en contextos de atención primaria (64)

Nota: Plan de cuidados estandarizado elaborado a partir de las clasificaciones de la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA-I] (2024-2026), la Clasificación de Resultados de Enfermería [NOC] (7.ª ed.) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería [NIC] (8.ª ed.).

Tabla 12. *Plan de cuidados de enfermería (psicosis con depresión)***.**

Diagnostico enfocado en el problema		
DIAGNÓSTICO NANDA: 00493 – Procesos de pensamiento alterados **Dominio:** 5 – Percepción/cognición **Clase:** 4 – Confort psicológico **Factores relacionados:** Confusión aguda, desorientación, miedo excesivo, ansiedad excesiva. **Características definitorias:** Dificultad para comunicarse verbalmente, dificultad para tomar decisiones, secuencia de pensamiento desorganizada, juicio deteriorado. **Definición:** *Interrupción de las operaciones cognitivas y las actividades mentales que influyen en el procesamiento de la información, la comprensión, la resolución de problemas y la toma de decisiones.*		
NOC – Resultados esperados	**NIC – Intervenciones de enfermería**	**Fundamento científico por actividad**
Dominio: III Salud psicosocial – Clase: O Autocontrol	**Dominio:** 3 Conductual – Clase: P Terapia cognitiva	*Evidencia científica sustentada en fuentes*
Resultado 1403 – Autocontrol del pensamiento distorsionado *Autorrestricción de la alteración de la percepción, los procesos del pensamiento y el contenido del pensamiento.* **Indicadores:** 140301: Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes 140302: No hace caso a las alucinaciones o ideas delirantes 140306: Refiere disminución de las alucinaciones o ideas delirantes	**4700 – Reestructuración cognitiva** *Uso de técnicas terapéuticas dirigidas a ayudar a la persona a modificar los patrones de pensamiento distorsionados.* **Actividades:** • Presentarse y garantizar el confort, la privacidad y la confidencialidad. • Determinar cuánto tiempo ha persistido el problema. • Identificar cualquier patrón de acontecimientos que pueda estar asociado con el problema.	**Base científica:** La reestructuración cognitiva adaptada a la psicosis reduce la angustia asociada a las alucinaciones y mejora la capacidad del paciente para distinguir experiencias perceptivas de la realidad (65)

Escala Likert: 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)		
Resultado 0901 – Orientación cognitiva *Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.* **Indicadores:** 090110: Se identifica a sí mismo 090112: Identifica el lugar donde está 090113: Identifica el día correcto **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**4760 – Entrenamiento de la memoria** *Mejorar la memoria.* **Actividades:** • Comentar cualquier problema de memoria que se haya experimentado. • Proporcionar y ayudar con el uso de herramientas digitales o programas de entrenamiento de la memoria. • Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.	**Base científica:** El entrenamiento de la memoria y la orientación a la realidad son intervenciones no farmacológicas con evidencia de mejora en los indicadores cognitivos en personas con psicosis (66)
Resultado 1409 – Autocontrol de la depresión *Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida.* **Indicadores:** 150204: Muestra sensibilidad con los demás 140902: Monitoriza la intensidad de la depresión 140903: Identifica los factores precursores de la depresión **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**5330 – Manejo del estado de ánimo** *Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a una persona con depresión o estado de ánimo eufórico.* **Actividades:** • Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales). • Considerar la posibilidad de hospitalización si la gravedad plantea riesgos para la seguridad. • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar a personas en riesgo de daños físicos.	**Base científica:** La monitorización continua del estado de ánimo en psicosis depresiva mejora la detección temprana de recaídas y reduce el riesgo de conductas autolesivas en el contexto comunitario (67)

Nota: Plan de cuidados estandarizado elaborado a partir de las clasificaciones de la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA-I] (2024-2026), la Clasificación de Resultados de Enfermería [NOC] (7.ª ed.) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería [NIC] (8.ª ed.).

Tabla 13. *Planes de cuidado de enfermería (Trastorno de estrés post traumático)*

Diagnostico enfocado en el problema		
DIAGNÓSTICO NANDA: 00141 – Síndrome postraumático **Dominio:** 9 – Afrontamiento/tolerancia al estrés **Clase:** 1 – Respuestas postraumáticas **Factores relacionados:** Red de apoyo social inadecuada, sentido exagerado de responsabilidad, entorno no propicio para las necesidades. **Características definitorias:** Procesos de pensamiento alterados, deterioro de la capacidad de toma de decisiones, deterioro de la regulación del estado de ánimo. **Definición:** *Respuesta inadaptada sostenida a un evento traumático y abrumador.*		
NOC – Resultados esperados	**NIC – Intervenciones de enfermería**	**Fundamento científico por actividad**
Dominio: III Salud psicosocial – Clase: N Adaptación psicosocial	**Dominio:** 3 Conductual – Clase: R Ayuda para el afrontamiento	*Evidencia científica sustentada en fuentes*
Resultado 1309 – Resiliencia personal *Adaptación psicológica, afrontamiento y funcionamiento positivos de un individuo después de una adversidad, crisis o estrés significativos.* **Indicadores:** 130901: Manifiesta una actitud positiva 130902: Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces 130906: Muestra un estado de ánimo positivo **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**5230 – Mejora del afrontamiento** *Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en la satisfacción de las demandas y roles de la vida.* **Actividades:** • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.	**Base científica:** Intervenciones centradas en la resiliencia y el afrontamiento activo reducen la gravedad de los síntomas del TEPT y mejoran el funcionamiento psicosocial en contextos rurales y comunitarios (68)
Resultado 1402 – Autocontrol de la ansiedad *Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o inquietud procedentes de una fuente no identificable.*	**5820 – Disminución de la ansiedad** *Minimizar la aprensión, el temor, los presagios o el desasosiego relacionados con una fuente no identificada de peligro anticipado.*	**Base científica:** La reducción de estímulos ambientales ansiogénicos y la provisión de información clara sobre el tratamiento disminuyen la activación del sistema nervioso autónomo asociada al TEPT (69)

Indicadores: 140201: Monitoriza la intensidad de la ansiedad 140219: Identifica los factores desencadenantes 140203: Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**Actividades:** • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones durante los procedimientos. • Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Crear un ambiente que facilite la confianza.	
Resultado 1302 – Afrontamiento *Acciones personales para manejar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.* **Indicadores:** 130224: Manifiesta confianza en sí mismo 130225: Identifica estrategias de afrontamiento centradas en el problema 130205: Manifiesta la aceptación de la situación **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**5270 – Apoyo emocional** *Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.* **Actividades:** • Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento de los temores. • Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza. • Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.	**Base científica:** El apoyo emocional centrado en la identificación de patrones de afrontamiento y la elaboración de la culpa/vergüenza está asociado a mayor adherencia terapéutica y reducción de la evitación en el TEPT (70)

Nota: Plan de cuidados estandarizado elaborado a partir de las clasificaciones de la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA-I] (2024-2026), la Clasificación de Resultados de Enfermería [NOC] (7.ª ed.) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería [NIC] (8.ª ed.).

Tabla 14. *Planes de cuidado de enfermería (Trastornos de la conducta alimentaria).*

Diagnostico enfocado en el problema		
DIAGNÓSTICO NANDA: 00497 – Imagen corporal alterada **Dominio:** 6 – Autopercepción **Clase:** 3 – Imagen corporal **Factores relacionados:** Autoeficacia inadecuada, autogestión ineficaz del sobrepeso, conciencia corporal negativa, humillación corporal no abordada. **Características definitorias:** Evita mirar el propio cuerpo, se compara constantemente con los demás, miedo a la reacción de los demás, se pesa con frecuencia. **Definición:** *Imagen mental negativa del propio ser físico.*		
NOC – Resultados esperados	**NIC – Intervenciones de enfermería**	**Fundamento científico por actividad**
Dominio: III Salud psicosocial – Clase: M Bienestar psicológico	**Dominio:** 3 Conductual – Clase: R Ayuda para el afrontamiento	*Evidencia científica sustentada en fuentes*
Resultado 1200 – Imagen corporal *Valoración personal de la propia apariencia y funciones corporales.* **Indicadores:** 120001: Imagen interna de sí mismo 120002: Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 120019: Actitud ante la descripción de los cambios en el cuerpo **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Consistentemente positivo)	**5220 – Mejora de la imagen corporal** *Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes hacia el propio ser físico.* **Actividades:** • Ayudar a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. • Ayudar a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. • Determinar si el disgusto percibido por características físicas crea una parálisis social disfuncional.	**Base científica:** Las intervenciones dirigidas a disociar la valía personal de la apariencia física reducen la insatisfacción corporal y la sintomatología restrictiva en trastornos alimentarios (71)
Resultado 1205 – Autoestima *Juicio personal sobre la percepción de uno mismo.* **Indicadores:**	**5270 – Apoyo emocional** *Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.* **Actividades:**	**Base científica:** Favorecer la expresión emocional y la identificación de emociones secundarias (ira, frustración) mejora la regulación afectiva y la autoestima en pacientes con TCA (72)

120501: Expresión de autoaceptación 120502: Aceptación de las propias limitaciones 120523: Expresión de autocompasión **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Consistentemente positivo)	• Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional. • Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad. • Explorar medidas para afrontar la situación.	
Resultado 1302 – Afrontamiento *Acciones personales para manejar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.* **Indicadores:** 130226: Identifica estrategias de afrontamiento centradas en las emociones 130203: Manifiesta sensación de control 130224: Manifiesta confianza en sí mismo **Escala Likert:** 1 (Nunca) → 5 (Siempre demostrado)	**5230 – Mejora del afrontamiento** *Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en la satisfacción de las demandas y roles de la vida.* **Actividades:** • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de rol.	**Base científica:** El trabajo con objetivos graduales y la evaluación de recursos propios refuerza el sentido de control y la autoeficacia, factores protectores centrales en la recuperación de los TCA (73)

Nota: Plan de cuidados estandarizado elaborado a partir de las clasificaciones de la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA-I] (2024-2026), la Clasificación de Resultados de Enfermería [NOC] (7.ª ed.) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería [NIC] (8.ª ed.)

Conclusiones

El presente estudio caracterizó los factores sociodemográficos y determinó la prevalencia de trastornos mentales en la Parroquia de San Vicente de Pusir, evidenciando un perfil poblacional con marcado condiciones de vulnerabilidad estructural. Los varones jóvenes adultos fueron la franja más afectada, expuesta a estresores relacionados con la inestabilidad económica, la precariedad laboral y las tensiones de la dinámica familiar rural, y en este contexto la convivencia familiar no operó de manera uniforme como factor protector, pudiendo convertirse en una fuente adicional de conflicto psicosocial, especialmente en hogares monoparentales o disfuncionales.

La pobreza se afianzó como el mayor obstáculo para acceder a la salud mental, resaltando la urgencia de políticas públicas estructurales que atenúen las desigualdades que golpean con mayor fuerza a las comunidades rurales. La aplicación del GMHAT/PC reveló una prevalencia de trastornos mentales del 58,70%, destacando la depresión y la ansiedad como los diagnósticos más frecuentes, seguidos de psicosis con depresión, trastorno de estrés postraumático y trastorno de la conducta alimentaria, cuadros que evidencian la existencia de eventos traumáticos no resueltos y factores ambientales crónicos en la población estudiada.

Ante estos hallazgos, se diseñaron planes de cuidado basados en la taxonomía NANDA 2024-2026, orientados a fortalecer la autoestima, mejorar los mecanismos de afrontamiento y disminuir el nivel de ansiedad, integrando intervenciones de educación en salud, apoyo psicoemocional y articulación de redes comunitarias. El presente estudio ubica a la enfermería como un actor clave en la detección temprana, intervención y seguimiento de los trastornos mentales comunitarios, resaltando la necesidad de un abordaje integral basado en los determinantes sociales de la salud que garantice un cuidado humanizado y basado en evidencia para la población de San Vicente de Pusir.

Recomendaciones

Es fundamental abordar la salud mental desde un enfoque integral que considere los determinantes sociodemográficos y económicos de la comunidad. Se recomienda el desarrollo de programas comunitarios dirigidos a grupos vulnerables, especialmente adultos jóvenes y hombres, tomando en cuenta los estresores relacionados con la inestabilidad económica y familiar, y diseñando estrategias de apoyo psicosocial que fortalezcan las redes de apoyo como factor protector efectivo. De igual manera, resulta imperativo impulsar políticas públicas que aseguren el acceso equitativo a los servicios de salud mental en las poblaciones con precariedad económica.

En cuanto a la detección y prevención, es fundamental reforzar el primer nivel de atención a través de la formación del personal en herramientas de tamizaje, la realización de campañas comunitarias dirigidas a disminuir el estigma y la instauración de programas de seguimiento para las personas en riesgo, permitiendo intervenciones oportunas antes de la cronificación de los trastornos.

Por último, es fundamental aplicar planes de cuidado enfermero basados en la taxonomía NANDA, adaptados a las necesidades locales, para tratar trastornos como la depresión, la ansiedad, la psicosis con depresión, el estrés postraumático y los trastornos de la conducta alimentaria. Estos planes deben incluir intervenciones psicoeducativas que fomenten la autoestima, el manejo del estrés y la estabilidad emocional, y que promuevan la integración de redes de apoyo comunitario para fortalecer el bienestar mental, involucrando activamente a la familia y la comunidad en el proceso de recuperación.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental. 2013. p. 1–3.

2. Leiva- Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Social Determinants of Mental Health: Public Policies Based on the Biopsychosocial Model in Latin American Countries. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2021;45:1–7. doi:10.26633/RPSP.2021.158

3. Corina J, Carrasco B. El desafío de la política de salud mental en Latinoamérica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2022;6(3):2613–34. doi:10.37811/cl_rcm.v6i3.2406

4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Politica Nacional De Salud Mental. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2025.

5. Trujillo-Hernández PE, Gómez-Melasio DA, Lara-Reyes BJ, Medina-Fernández IA, Hernández-Martínez EK. Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19. Enfermería Global. 2021;20(4):1–25. doi:10.6018/eglobal.471511

6. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. Lancet Psychiatry. 2018 Apr;5(4):357–69. doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9 PubMed PMID: 29580610.

7. Herrero Olarte S. Condiciones de salud en las comunidades marginadas y aisladas contactadas de América Latina. Academo Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades. 2018;5(1):13–34. doi:10.30545/academo.2018.ene-jun.3

8. Anchundia-López EA, Montes-Pérez AJ, Rodríguez-Zambrano AD. Salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano: Un estudio de revisión. Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora. 2022;5(10):100–15. doi:10.56124/tj.v5i10.0056

9. Organización Mundial de la Salud. OPS. 2024. Atención primaria de salud.

10. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. 2023. doi:10.37774/9789275327715

11. Gobierno Autónomo Decentralizado San Vicente de Pusir. Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Actualización Del Plan De Desarrollo Y Ordenamiento Territorial. 2020;2:382.

12. Tuarez GK, Mero GY, Saldarriaga MF, Castro J. Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica. Vol. 7. 2022;7.

13. Häfele V, Nobre ML, Siqueira FV. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em usuários da Atenção Primária. Cad Saude Colet. 2023;31(3):1–8.

14. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34:20–6. doi:10.1016/j.gaceta.2020.05.013 PubMed PMID: 32843196.

15. Pinho ES, Souza ACS, Moreira ACGC, Nogueira LEFL, Limongi AMES, Silva NDS, et al. Mental health assistance: identification of nursing diagnoses in a community mental health service. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):1–9. doi:10.1590/0034-7167-2020-1175 PubMed PMID: 34614098.

16. Grant M, Petersen I, Mthethwa L, Luvuno Z, Bhana A. Accuracy of a community mental health education and detection (CMED) tool for common mental disorders in KwaZulu-Natal, South Africa. Int J Ment Health Syst. 2022;16(1):1–9. doi:10.1186/s13033-022-00554-7

17. Palacios NM, Duque C, Alarcón A, González SB, Miranda M, Paredes F, et al. Mental health: relevance of the problem, strategies and challenges to face in IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022 Dec;60(Suppl 2):S150. PubMed PMID: 36796100.

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales. 2022.

19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales. 2022.

20. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Ginebra: Organización Mundial de La Salud, 34. 2022;4(1):88–100.

21. Goldman D. Predicting depression. American Journal of Psychiatry. 2019;176(8):598–9. doi:10.1176/appi.ajp.2019.19060590 PubMed PMID: 31366223.

22. Sullivan PF, Agrawal A, Bulik CM, Andreassen OA, Børglum AD, Breen G, et al. Psychiatric genomics: An update and an Agenda. American Journal of Psychiatry. 2018;175(1):15–27. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17030283 PubMed PMID: 28969442.

23. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev. 2007;27(8):959–85. doi:10.1016/j.cpr.2007.02.005 PubMed PMID: 17448579.

24. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med. 2012;9(11). doi:10.1371/journal.pmed.1001349 PubMed PMID: 23209385.

25. Abebe GK, Mekonnen GB, Tsehay YT, Mamo ST, Messelu MA, Demile TA, et al. Prevalence and associated factors of depression among adult patients with epilepsy in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2025. BMC Psychiatry. 2025. doi:10.1186/s12888-025-07752-w PubMed PMID: 41469589.

26. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Corrigendum to "Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies" [Res. Dev. Disabil. 32 (2) (2011) 419-436]. Res Dev Disabil. 2013;34(2):729. doi:10.1016/j.ridd.2012.10.013

27. Shield KD, Rehm J. Alcohol and the global burden of disease. The Lancet. 2019;393(10189):2390. doi:10.1016/S0140-6736(19)30726-3 PubMed PMID: 31204673.

28. Co-occurring substance use and mental health disorders (CoSUM). 2025;(May).

29. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet. 2015;385(9969):717–26. doi:10.1016/S0140-6736(14)61995-4 PubMed PMID: 25706217.

30. Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14(2):119–28. PubMed PMID: 14750.

31. Yoon AS, Lee HJD, Moon I. Social determinants of mental health. Encyclopedia of Mental Health, Third Edition: Volume 1-3. 2023;3:V3-274-V3-285. doi:10.1016/B978-0-323-91497-0.00210-1

32. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. 2014;43(2):476–93. doi:10.1093/ije/dyu038 PubMed PMID: 24648481.

33. MSP. MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI). 2012. 210 p.

34. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Informe del Director General. Oms. 2021;1:1.

35. Ministerio de Salud. Plan Nacional De Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental. 2015;92. PubMed PMID: 23137171.

36. Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista CUIDARTE. 2015;6(2):14.

37. Cueva T, Jara O, Arias JL, Flores FA, Balmaceda CA. Métodos mixtos de investigación para principiantes. Métodos mixtos de investigación para principiantes. 2023.

38. Hernandez Sampieri, Roberto-Fernandez Collado, Carlos-Baptisa Lucio P. Metodología de la Investigación. 2006.

39. Alban G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Recimundo. 2020;(3):163–73. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173

40. 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. European Journal of Psychiatry. 2016;30(3):195–204.

41. Pérez Morente MÁ, Campos Escudero A, Sánchez Ocón MT, Hueso Montoro C. Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 9]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100025

42. Mayo Clinic. Enfermedad mental [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 9]. Available from: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968

43. 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. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2011;3(1):59–71.

44. Gobierno Provincial de Manabí. Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Actualización Del Plan De Desarrollo Y Ordenamiento Territorial. 2020;2:382.

45. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM. Asociación Médica Mundial. 2017;1–7.

46. Miller L, Macmillan JD. Purification and Pattern of Action of Pectinesterase from Fusarium oxysporum f. sp. vasinfectum. Biochemistry. 1971;10(4):570–6. doi:10.1021/bi00780a005 PubMed PMID: 5544651.

47. Organización Paramericana de la Salud. Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública. 2017. 1–65 p.

48. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Actas de la Conferencia General, 33ª reunión Volumen 1 Resoluciones. 2005;(Nº 169):80–6. PubMed PMID: 25246403.

49. Martínez I, Reyes D, Rosero F. La Constituyente. Alteridad. 2011;2(2):74. doi:10.17163/alt.v2n2.2007.04

50. Valarezo-Bravo OF. Prevalence of Mental Disorders From 2018 To 2020 in Macará and Huaquillas, Ecuador. Health and Addictions / Salud y Drogas. 2023;23(1):277–88. doi:10.21134/haaj.v23i1.745

51. Zhai X, Tong HHY, Lam CK, Xing A, Sha Y, Luo G, et al. Association and causal mediation between marital status and depression in seven countries. Nat Hum Behav. 2024;8(12):2392–405. doi:10.1038/s41562-024-02033-0 PubMed PMID: 39496771.

52. Md. Josmary Heredia Flores MdGMFD. Tema : " Trastornos mentales comunes y su asociación con factores socioeconómicos en adultos de la parroquia Caracol , cantón Babahoyo , Provincia de Los Ríos , en el año 2023 " Autoras : Md . Josmary Heredia Flores Md . Griska Maritza Flores Delgado Dire. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR. 2023.

53. Buitrago F, Ciurana R, Fernández C, Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental. Hijos de familias monoparentales. Vol. 54. 2022;54.

54. Silva Miranda DH, García Ramos DC. Inteligencia emocional y duelo complicado en adultos. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(3):7433–52. doi:10.37811/cl_rcm.v7i3.6732

55. Carche Padilla MV, Valle Pérez BA, Salamea Nieto R, Rojas Preciado WJ. Exposición a la violencia y su impacto en la ansiedad y depresión: un estudio transversal en la provincia de el oro, Ecuador. Revista INFAD de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2025;1(1):19–30. doi:10.17060/ijodaep.2025.n1.v1.2799

56. Valarezo-Bravo OF, Elizalde-Socola JG, Jimenez M. MAIN ANXIETY DISORDERS IN TWO CITIES OF Ecuador. Health and Addictions / Salud y Drogas. 2023;23(2):66–78. doi:10.21134/haaj.v23i2.801

57. Expertos GDE, Papps DEL, Chocrón L, Fernández C, García J, Montón C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. Vol. 50. 2018;50(Supl 1):83–108.

58. Moreno-Arroyo MC, Linares Riera E, Homet Mir G, Agusti Bassa V, Soler Ruiz N, Puig Llobet M. Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental en el hospital de día de Malgrat de Mar. Revista Española de Enfermería de Salud Mental. 2018;(4):4–10. doi:10.35761/reesme.2018.4.02

59. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. BMC Psychiatry. 2008;8:1–6. doi:10.1186/1471-244X-8-36 PubMed PMID: 18485191.

60. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet. 2018;391(10128):1357–66. doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7 PubMed PMID: 29477251.

61. Linardon J, Messer M, Goldberg SB, Fuller-Tyszkiewicz M. The efficacy of mindfulness apps on symptoms of depression and anxiety: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev. 2024;107(October 2023):102370. doi:10.1016/j.cpr.2023.102370 PubMed PMID: 38056219.

62. Parker EL, Banfield M, Fassnacht DB, Hatfield T, Kyrios M. Contemporary treatment of anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis of outcomes in countries with universal healthcare. BMC Fam Pract. 2021;22(1):1–15. doi:10.1186/s12875-021-01445-5 PubMed PMID: 33992082.

63. Clark DA, Beck AT. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. Chapter 1: Anxiety A Common but Multifaceted Condition. 2010.

64. Tuohy D. Communication Skills for Nursing Practice. J Clin Nurs. 2008;17(12):1680–1680. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02058.x

65. Morrison AP, Hutton P, Wardle M, Spencer H, Barratt S, Brabban A, et al. Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: An exploratory trial. Psychol Med. 2012;42(5):1049–56. doi:10.1017/S0033291711001899 PubMed PMID: 21914252.

66. Wykes T, Spaulding WD. Thinking about the future cognitive remediation therapy-what works and could we do better? Schizophr Bull. 2011;37(SUPPL. 2). doi:10.1093/schbul/sbr064 PubMed PMID: 21860051.

67. Fusar-Poli P, Salazar De Pablo G, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, et al. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. JAMA Psychiatry. 2020;77(7):755–65. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4779 PubMed PMID: 32159746.

68. Bisson JI, Ehlers A, Mat R, Ws THE, Pilling S, Richards D, et al. REVIEW ARTICLE AUTHOR ' S PROOF Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis. Trial. 97–104.

69. Megnin-Viggars O, Mavranezouli I, Greenberg N, Hajioff S, Leach J. Post-traumatic stress disorder: What does NICE guidance mean for primary care? British Journal of General Practice. 2019;69(684):328–9. doi:10.3399/bjgp19X704189 PubMed PMID: 31249072.

70. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2019;49(11):1761–75. doi:10.1017/S0033291719000436 PubMed PMID: 30857567.

71. West S, Scragg J, Aveyard P, Oke JL, Willis L, Haffner SJP, et al. Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2026;392. doi:10.1136/bmj-2025-085304 PubMed PMID: 41500720.

72. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry. 2024;181(11):1024–8. doi:10.1176/appi.ajp.24181010 PubMed PMID: 39482953.

73. Linardon J, Anderson C, Messer M, Rodgers RF, Fuller-Tyszkiewicz M. Body image flexibility and its correlates: A meta-analysis. Body Image. 2021;37:188–203. doi:10.1016/j.bodyim.2021.02.005 PubMed PMID: 33684721.

Anexos

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 Comunidades de la Cuenca del Río Chota, 2024"

Investigador: Remache Acuña Ederson Stalin

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 San Vicente de Pusir **–** 2024.Los resultados de esta investigación serán difundidos y socializados a los beneficiarios del proyecto.

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

Su participación en el presente estudio no conlleva ningún riesgo y se garantiza que sus aportes tendrán un uso y destino exclusivamente académico y científico. Cabe indicar que, el participante no recibirá ningún beneficio o compensación económica por su contribución.

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

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con el Est. Ederson Stalin Remache Acuña C.I. 1718524521, Telf: 0983074860, email: esremachea@utn.edu.ec.

He leído la información proporcionada o me ha sido informada.

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

Dra.....

Acosta Vinueza Lola Yesenia

Anexo 2

Instrumento

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

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,

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**

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

5 **¿Ha sufrido de:** **¿Epilepsia?** Sí ☐ No ☐

¿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

¿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,

¿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	