



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

**Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de
los Trastornos mentales y del Comportamiento en
Macará y Huaquillas correspondiente al periodo
2018-2020.**

**Tesis previa la obtención del
título de Psicólogo Clínico**

AUTOR: Omayck Fernando Valarezo Bravo

DIRECTORA: Psi. María Paula Torres Pozo, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2022

Certificación de tesis

Loja, 25 de febrero de 2022

Psicóloga. María Paula Torres, Mg. SC.

DIRECTORA DE TESIS

Certifico

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración de tesis de grado titulado: “Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de los Trastornos mentales y del Comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020” de autoría del estudiante **Omayck Fernando Valarezo Bravo** con número de cedula **1150041802** previa a la obtención del título de **Psicólogo Clínico**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Psic. María Paula Torres, Mg. SC.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Omayck Fernando Valarezo Bravo con número de cédula 1150041802 declaro ser el autor del presente trabajo de tesis “Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de los Trastornos mentales y del Comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020” y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Cédula de identidad: 1150041802

Fecha: 25 de febrero de 2022

Correo electrónico: omayck1000@gmail.com

Teléfono o celular: 0979708552 /0994023308

Carta de autorización

Yo Omayck Fernando Valarezo Bravo, declaro ser el autor de la tesis titulada “Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de los Trastornos mentales y del Comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020” como requisito para optar el grado de Psicólogo Clínico; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre la carta de autorización de tesis por parte del autor, para la consulta, reproducción parcial o total, y publicación electrónica del texto completo.

La producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional (RI): los usuarios pueden consultar los contenidos de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinte cinco días del mes de febrero del año dos mil veinte dos.

Firma:

Autor: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Cédula: 1150041802

Dirección: Loja, barrio “Zarzas 1”, Jorge Gaitán y Jorge Miguel Cabrera.

Teléfono: 072109650 **-Celular:** 0979708552

Correo electrónico: omayck1000@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Psic. María Paula Torres Pozo. Mg. Sc.

Miembros del Tribunal

- **Presidenta:**
- **Vocal:**
- **Vocal:**

Dedicatoria

Dedicado primeramente a la vida que me ha permitido estar aquí y ahora, agradecer a mi madre Mónica Bravo por ser una persona incondicional, por ser mi motor de cada día, a mi padrastro Adriano Acosta que desde el manto infinito de la vida guía y cuida mis pasos. Todos mis logros han sido y serán dedicados para ustedes.

A mis hermanos Guisella, Dennys y Alejandro por su apoyo y por su amor incondicional que me ha motivado a superarme y a vencer cada obstáculo que se ha presentado en el camino.

A mis amigos y compañeros quienes con su amistad, entrega, paciencia y amor me han sabido apoyar y motivar en cada paso de mi vida universitaria. Con todo mi profundo agradecimiento dedico a ustedes la presente tesis de grado.

Omayck Fernando Valarezo Bravo

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana y en especial a la carrera de Psicología Clínica, por su contribución en mi preparación como profesional y por haber sido mí segundo hogar durante estos cinco años de estudio.

A mi directora de tesis la Psic. María Paula Torres, Mg.Sc. por su paciencia, sugerencias y apoyo brindado durante el desarrollo de esta investigación, a la gestora de la Carrera de Psicología Clínica Dra. Ana Puertas Azanza, Mg.Sc, que gracias a ustedes me han sabido brindar las herramientas necesarias para alcanzar este logro.

Agradecer al Proyecto Prosalud Frontera Sur quienes brindaron tiempo, recursos financieros, confianza y experiencias para que este trabajo se realice con éxito.

Agradecer al Ministerio de Salud Pública por brindar la base de datos para realizar el presente estudio epidemiológico.

Omayck Fernando Valarezo Bravo

Índice

Carátula.....	i
Certificación de tesis.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Índice de tablas	xi
Índice de gráficos.....	xi
Índice de figuras.....	xii
Índice de anexos.....	xii
1. Título.....	13
2. Resumen.....	14
2.1 Abstract.....	15
3. Introducción	16
4. Marco teórico.....	20
4.1. Concepto de Trastorno mental	20
4.1.1. <i>Prevalencia de trastornos mentales en el mundo y en el Ecuador</i>	21
4.2. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas	22
4.2.1. <i>Definición</i>	22
4.2.2. <i>Características diagnósticas CIE-10</i>	22
4.2.3. <i>Prevalencia de Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas</i>	23
4.3. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	23

4.3.1. <i>Definición</i>	23
4.3.2. <i>Características clínicas DSM-5</i>	24
4.3.3. <i>Prevalencia de Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes</i> 24	
4.4. F30-F39 Trastornos del Humor	25
4.4.1. <i>Definición</i>	25
4.4.2. <i>Características clínicas CIE-10 y DSM-5</i>	26
4.4.3. <i>Prevalencia de Trastornos del Humor</i>	28
4.5. F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	30
4.5.1. <i>Definición</i>	30
4.5.2. <i>Características diagnósticas</i>	30
4.5.3. <i>Prevalencia de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</i>	31
4.6. F70-F79 Retraso mental.....	31
4.6.1. <i>Definición</i>	31
4.6.2. <i>Características diagnósticas</i>	32
4.6.3. <i>Prevalencia del Retraso Mental</i>	32
5. Metodología	34
5.1. Tipo y diseño de estudio	34
5.2. Área de estudio	34
5.3. Universo y muestra	35
5.4. Criterios de inclusión y de exclusión	35
5.4.1. <i>Criterios de inclusión</i>	35
5.4.2. <i>Criterios de exclusión</i>	36
5.5. Técnicas e instrumentos	36
5.6. Procedimiento	36

5.7. Análisis de datos	37
6. Resultados	39
7. Discusión.....	46
8. Conclusiones	50
9. Recomendaciones	51
10. Referencias Bibliográficas	52
11. Anexos	63
a. Tema:	91
b. Problemática	92
1. Formulación del problema	94
2. Preguntas de investigación.....	95
c. Justificación	96
d. Objetivos	97
4.1 Objetivo General	97
4.2 Objetivos Específicos.....	97
e. Metodología	98
5.1 Tipo de investigación	98
5.1.1 <i>Cuantitativa</i>	98
5.1.2 <i>Longitudinal</i>	98
5.2 Área de estudio.....	98
5.3 Población y muestra	99
5.3.1 <i>Población.</i>	99
5.3.2 <i>Muestra</i>	99
5.4 Criterios de inclusión y criterios de exclusión	99
5.4.1 Criterios de inclusión	99
5.4.2 <i>Criterios de exclusión</i>	100

5.5	Operacionalización de las variables	100
5.5.1	<i>Variable Independiente:</i>	100
5.5.2	<i>Variable dependiente:</i>	100
5.6	Equipos y materiales	100
5.7	Instrumentos de recolección de datos.....	100
5.8	Datos y variables a utilizar	100
5.9	Técnica de procesamiento y análisis de dato	101
5.10	Fuentes de información	101
5.10.1	<i>Primarias</i>	101
5.10.2	<i>Secundarias</i>	101
5.11	Procedimiento.....	101
5.11.1	<i>Primera Etapa</i>	101
5.11.2	<i>Segunda Etapa</i>	102
5.11.3	<i>Tercera Etapa</i>	102
f.	Cronograma de Actividades.....	104
g.	Presupuesto	107

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Prevalencia de las principales categorías CIE-10 en pacientes de Macará y Huaquillas en el período 2018-2020</i>	39
Tabla 2. Relación entre las categorías principales CIE-10 y sexo en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	40
Tabla 3. Relación entre las categorías principales CIE-10 y edad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	41
Tabla 4. Relación entre categorías principales CIE-10 y año de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	43
Tabla 5. Relación entre las categorías principales CIE-10 y cantón de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	45
Tabla 6. Categorías Principales CIE-10 y sexo en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	74
Tabla 7. Categorías Principales CIE-10 y edad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	75
Tabla 8. Categorías Principales CIE-10 y año de atención en el cantón de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	77
Tabla 9. Categorías Principales CIE-10 y su nacionalidad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	79
Tabla 10. Categorías Principales CIE-10 y la autoidentidad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	80
Tabla 11. Categorías Principales CIE-10 y la orientación sexual en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	81
Tabla 12. Categorías Principales CIE-10 y la identidad de género en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020	82

Índice de gráficos

Gráfico 1. Mapa de ubicación de la población objeto a estudio	34
---	----

Índice de figuras

Figura 1. Relación entre las categorías principales CIE-10 y edad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020.	42
Figura 2. Relación entre categorías principales CIE-10 y año de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020.	43

Índice de anexos

Anexo 1. Aprobación del proyecto de tesis	63
Anexo 2. Acta de compromiso de inicio y culminación del proyecto de tesis dentro del Proyecto Prosalud Frontera Sur	64
Anexo 3. Acuerdo de confidencialidad de la información del Ministerio de Salud Pública (CZ7S) y Universidad Nacional de	67
Anexo 4. Certificado del resumen traducción al inglés	73
Anexo 5. Tablas de contenido	74
Anexo 6. Prueba fotográfica correspondiente al cantón Macará al ultimo	83
Anexo 6. Prueba fotográfica correspondiente al cantón Huaquillas	85
Anexo 8. Proyecto de investigación	90

1. Título

Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de los Trastornos mentales y del Comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020.

2. Resumen

El propósito de la presente investigación fue describir las principales categorías diagnósticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020. La metodología es de tipo documental con un enfoque cuantitativo no experimental descriptivo y de corte retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 1856 pacientes provenientes de Macará y Huaquillas en el período 2018-2020, a través de la base de datos denominada: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias RDACAA. Para el análisis estadístico se utilizó el entorno de programación estadística R. Los hallazgos mostraron que existe mayor prevalencia de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con el 23,06%, seguido de los trastornos del humor con el 12,93%, en tercer lugar, la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y de ideas delirantes con el 12,61%. Existió una fuerte relación p valor $< .01$ entre los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y situaciones somatomorfos con ser mujer, con adultos entre los 30 y 64 años, con el año 2020. Los trastornos del humor se relacionaron con un p valor $< .01$ con jóvenes entre los 18 y 29 años. Existieron mayor número de pacientes adultos con trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Palabras clave: Trastornos mentales; jóvenes; adultos; CIE-10.

2.1 Abstract

The purpose of this research was to describe the main ICD-10 diagnostic categories of mental and behavioral disorders in Macará and Huaquillas for the period 2018-2020. The methodology is documentary type with a quantitative, non-experimental, descriptive, and retrospective approaches. The sample was made up of 1856 patients using the database called Automated Daily Registry of Consultations and Outpatient Care. For the statistical analysis, the programming language R was used. The findings showed that there is a higher prevalence of neurotic disorders, secondary to stressful situations and somatoforms with 23.06%, followed by mood disorders with 12.93%; and in third place, schizoaffective disorder and delusional ideas with 12.61%. There is a strong relationship *P value* <.01 between neurotic disorders, secondary to stressful situations and somatoform situations with the fact of being a woman, with adults between 30 and 64 years old, with the year 2020. Mood disorders were related with a *P value* <.01 with young people between 18 and 29 years old. There was a greater number of adult patients with neurotic disorders, secondary to stressful situations and somatoforms.

Keywords: Mental disorders; Youths; Adults; ICD-10.

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Además, menciona a la salud mental algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. Y también, es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (OMS, 2018). El Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) la define como un estado de bienestar en el cual el individuo: puede afrontar las dificultades normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, es consciente de sus propias capacidades y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental ha tomado gran relevancia, dado que en los últimos años las enfermedades mentales han venido siendo de gran importancia a nivel económico, social, y de salud. En el año 2002 las enfermedades mentales solo explicaban el 1% de las muertes en el mundo, responsables del 13% de la carga global de las enfermedades y del 28% de los años vividos con discapacidad (Vicente et al., 2016). El ministerio de Salud de Chile menciona que los trastornos neuropsiquiátricos representan un 30 % en aquel país, en América Latina y el Caribe corresponde de un 15 al 25%, mientras en Estados Unidos y Canadá tendrían un 30,9% y 33,9%, en cambio, África tiene un 5% y en Europa aproximadamente un 20% (Ministerio de Salud Pública, 2008). Por otro lado, Gómez-Restrepo et al., (2021) nos refiere que en el vecino país de Colombia el 12,25% sufría trastornos y el 30,2%, problemas. Del total de personas con trastornos y problemas, el 7,9% se autoreconoció con ellos.

La Organización Panamericana de Salud (2020), estima que los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad y el 36% de todos los años vividos con discapacidad. Los trastornos MNSS hasta los 5 años ocupan un 57% en epilepsia, 37% autismo con mayor predominancia. Entre los 5 y 15 años, los trastornos de conducta ocupan un 18%, los trastornos de ansiedad un 16%, y dolores de cabeza con un 15%. En grupos de personas de alrededor de los 20 años de edad surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: los trastornos comunes (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfe) representan el 42% de la

carga, los dolores de cabeza el 19%, los trastornos por consumo de sustancias el 17% (12% debido al alcohol) y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) alrededor del 8%. Los adultos mayores sufren principalmente trastornos neurocognitivos debido a la enfermedad de Alzheimer, que supera el 50% de la carga hacia los 80 años y se sitúa por encima del 70% después de los 90 años.

Por lo tanto, es de vital importancia conocer los índices de enfermedades mentales en nuestro país en especial sobre zonas fronterizas, dado que la inmigración a nivel psicológico tiene gran relevancia, por ejemplo, la aculturación incluye aspectos como las actitudes y valores, la adquisición de nuevas habilidades sociales y normas, los cambios en referencia a la pertenencia a un grupo y el ajuste o adaptación a un ambiente diferente. Cuando estas demandas exceden las capacidades de los inmigrantes surge el estrés por aculturación, el cual guarda relación con alteraciones a nivel psicológico, los más comunes son la presencia de trastornos de ansiedad y depresión, aumento de trastornos psicosomáticos y confusión de identidad (Urzúa et al., 2016).

La psicopatología de la población inmigrante puede ser clasificada bajo lo siguiente: según los cuadros psicopatológicos predomina la tríada depresión-paranoia-somatización; el momento de aparición pueden clasificarse en primarios y terciarios según que aparezcan al poco de producirse la migración o más tardíamente; la evolución los cuadros pueden clasificarse en agudos o crónicos, de acuerdo con su duración (Peyrí & Hartman, 2007).

En 2012 el monto total para salud fue de 1 881 061 107 millones de dólares, de los cuales sólo el 0,44% (8 308 210 millones de dólares) se asignaron para las acciones de salud mental; de esta cantidad, el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos. Esta tendencia se mantuvo en 2014, donde sólo el 1.46% del presupuesto en salud fue destinado a la salud mental, siendo casi la mitad de este monto invertido en hospitales psiquiátricos (Baena, 2018). Por lo que, es necesario evidenciar la problemática existente para que las autoridades puedan dar solución y se empleen más recursos a la salud mental de la población ecuatoriana e inmigrantes en el Ecuador.

En base a esta revisión y como parte de las líneas de investigación de la Facultad de la Salud Humana y la Carrera de Psicología Clínica, que tiene como línea de investigación “La salud pública y epidemiológica: Detección y diagnóstico, factores de

riesgo y protección en la comunidad”, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las principales categorías diagnósticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020?

El enfoque de la investigación es de tipo documental con un enfoque de tipo cuantitativo no experimental descriptivo y de corte retrospectivo, la cual tiene como general: describir las principales categorías diagnósticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020. Y como objetivos específicos: analizar y describir la prevalencia de las principales categorías diagnósticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020. Y, determinar relaciones entre variables sociodemográficas entre la población a estudiar y las principales categorías diagnósticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020.

Para la obtención de resultados se trabajó con una población entre los 0 y 100 años de edad de los cantones de Macará y Huaquillas en el período 2018 y 2020, los datos proporcionados a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador fueron recolectados retrospectivamente a través de consulta externa de Centros de Salud, Hospitales públicos y del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de dichos cantones entregados a través de la base de datos denominada: Registro diario automatizado de consultas y atenciones (RDACAA).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992) en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento existen 11 categorías en donde se encuentran:

- F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
- F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)
- F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones.

- F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F70-79 Retraso mental.
- F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.
- F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F99 Trastorno mental sin especificación.

A continuación, en la revisión de la literatura y construcción del marco teórico únicamente se tomó en cuenta las principales categorías diagnósticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento y las que mayor prevalencia tienen.

4. Marco teórico

4.1. Concepto de Trastorno mental

Trastorno mental se refiere a manifestaciones recientes en donde se presentan disfunciones biológicas, psicológicas o conductuales, ya sea que presenten causa aparente o no, y el término hace referencia a problemas de salud mental (Caballero, 2007). Los trastornos mentales representan un 25,3% en los países con ingresos bajos y el 33,5% en países con ingresos medianos, además los trastornos mentales suelen ser crónicos, presentando más incidencia en los trastornos neuróticos que en los trastornos del humor y los relacionados con el consumo de sustancias (Arana et al., 2015).

Los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10 (OMS, 1992) presentan las siguientes categorías agrupadas de la siguiente forma:

- F00 -F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10 -F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicotropas.
- F20 - F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F30 -F39. Trastornos del humor (afectivos).
- F40-F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F50- F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas.
- F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F70 -F79. Retraso Mental.
- F80 - F89. Trastornos del desarrollo psicológico.
- F90-F98. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F99. Trastornos mentales sin especificación.

Para la presente investigación se utilizará Los F10-F19, F20-29, F40-49, F70-F79 y por último se ha decidido agrupar en “Otros trastornos mentales” a las categorías que no han sido tomadas en cuenta para su análisis.

4.1.1. Prevalencia de trastornos mentales en el mundo y en el Ecuador

La OMS (2019) asevera que la prevalencia de los trastornos mentales va en aumento, generando problemas en la salud y a nivel socioeconómico en los diversos países. De manera general estima que el trastorno mental con mayor incidencia es la Depresión, afectando cerca de 264 millones de personas; seguido de la Demencia con aproximadamente 50 millones de personas que padecen esta enfermedad; el Trastorno Bipolar con alrededor de 45 millones de personas; la esquizofrenia por su parte afectando cerca de 21 millones de personas. En el año 2017 se estimó que 792 millones de personas vivían con un trastorno de salud mental, lo que representa a 1 de cada 10 personas en todo el mundo (Ritchie & Roser, 2018).

Las estimaciones mundiales en la población joven nos indican que en Australia un 67,2 % presentan un trastorno mental en los últimos 12 meses. Por otro lado, tenemos Alemania que un 48,9 % de jóvenes presenta algún trastorno mental, Bélgica con el 31,9 %, México con 20 %, Irlanda del Norte con el 43,4 %, Sudáfrica con el 41,3 %; España 32,6 %; y Estados Unidos con el 37,8 %. Siendo los episodios de depresión mayor, los trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos relacionados con las drogas de abuso o dependencia (Jordi Alonso et al., 2018).

En las Américas los trastornos mentales representan un 22,4 %, teniendo su inicio en la niñez y adolescencia. Se estima que el 75% de los trastornos mentales inician antes de los 24 años de edad (Rodríguez et al., 2010). En Colombia un 22,3 % presentan un trastorno neuropsiquiátrico, trastornos depresivos un 7,6 %, trastorno bipolar un 1,2 %, esquizofrenia un 1,4 %; en Perú un 20,9 % presentan un trastorno neuropsiquiátrico, 6,5 % un trastorno depresivo, el 1,2 % trastorno bipolar, y esquizofrenia con el 1,5 %; y en Ecuador el 22,5 % presenta un trastorno neuropsiquiátrico, un 6,8 % un trastorno depresivo, 1,3 % corresponde al trastorno bipolar y el 1,6 % a esquizofrenia (Kohn & Rodríguez, 2009).

Para el año 2006 en el Ecuador los trastornos mentales y de conducta debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19) ocupaban un 14 %; esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (F20-F29) el 1 %; Trastornos del estado de ánimo (F30-F39) con el 29 %; y los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48) con el 32 % (OMS, 2008).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2009) menciona que el deterioro cognitivo en personas con más de 60 años representa el 42 % a nivel nacional, ocupando la ciudad de Guayaquil el primer lugar con el 34%, seguido de Quito 31,8 %.

4.2. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas

4.2.1. Definición

Los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas se las pueden definir como un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que evidencian el consumo repetido de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que representan; además, se presenta un patrón de consumo compulsivo, continuo o recidivante que lleva a la tolerancia y al síndrome de abstinencia (Cassiani-Miranda et al., 2019; Sanz, 2019). La American Psychiatric Association (APA) (2014), ha englobado 10 clases diferentes de sustancias como: alcohol, cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los sedantes, hipnóticos, estimulantes, el tabaco y otras sustancias.

4.2.2. Características diagnósticas CIE-10

La identificación sobre cualquier trastorno relacionado al consumo de sustancias psicótropas se los puede realizar mediante: pruebas de laboratorio, exámenes de sangre y orina, análisis de signos y síntomas, información proporcionada por familiares y amigos, se menciona que es recomendable corroborar la información en varias fuentes. Es necesario evaluar el consumo pasado o el grado de consumo en el presente.

El consumo es errático e indiscriminado de una o varias sustancias, el abuso y la intoxicación se deben tener en cuenta a la hora del diagnóstico.

Es común encontrar alteraciones en los procesos de aprendizaje, a nivel motor y corporal, en el procesamiento y almacenamiento de información, la planeación, el pensamiento, y en la memoria de los consumidores (Cruz-Ramírez et al., 2018).

4.2.3. Prevalencia de Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas

Alrededor del mundo el consumo, el abuso y la dependencia a las sustancias psicotrópicas representa un reto importante en cada país, dado que es un problema de salud pública. El alcohol al ser la sustancia con aceptación cultural y legal presenta hasta 8 veces más prevalencia que las sustancias ilegales. Además, el alcohol viene a representar la tercera causa de enfermedades y de discapacidad en el mundo, y en América viene a constituir la primera causa (Ahumada et al., 2017).

En países latinoamericanos el consumo de alcohol llega a superar hasta el 30% entre jóvenes, mientras que el tabaco alcanza más del 20 % entre jóvenes. Además, se refiere que cerca de 200 millones de personas a nivel mundial entre 15 y 64 años consumen alguna droga ilícita (Cumsille, 2007).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) estimó Ecuador se encuentra en el noveno lugar de América Latina con mayor ingesta de bebidas alcohólicas produciendo un promedio de 604 muertes por año (Cedeño, 2019). Por otro lado, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas indicó que Ecuador frente a otros seis países de Sudamérica presenta la dependencia del consumo de drogas más alta. Siendo los resultados los siguientes: Ecuador con niveles mayores al 51 %; Chile y Uruguay con el 20 %; Perú con el 36 % respectivamente (El Universo, 2009).

Cerca de 900 000 ecuatorianos mantiene la conducta de abuso de drogas de forma regular, en donde un 89 % corresponde a hombre, y un 11 % a mujeres (Secretaría Técnica de Drogas, 2016).

4.3. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes

4.3.1. Definición

Son un conjunto de trastornos que afectan al 1 % de la población mundial (Sierra & López, 2019), al ser una enfermedad crónica, en donde el 80 – 90 % de los pacientes presentan alguna alteración ya sea en lo social o laboral siendo persistente (Pizarro et al., 2019). Se manifiesta principalmente en la primera mitad de la vida entre los 15 y 35

años, las disposiciones genéticas, biológicas y los factores de estrés psicosocial como: los eventos críticos de la vida, patrones de comunicación familiar, sobreprotección son considerados predisponentes e importantes para el curso de la enfermedad, en cambio las disposiciones biológicas y genéticas (Rothenhäusler, H. B. & Täschner, 2007).

4.3.2. Características clínicas DSM-5

La esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes se caracterizan por alteraciones en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamiento desorganizado, y síntomas negativos.

Delirios. Se caracteriza por creencias fijas que no son susceptibles de cambio así refuten con pruebas sus creencias.

Alucinaciones. Caracterizada por percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo aparente. Por lo general, son vívidas, claras y no están sujetas al control voluntario. Las alucinaciones auditivas son las que se presentan con mayor frecuencia en la esquizofrenia y los trastornos relacionados.

Pensamiento desorganizado. Se concluye a partir del discurso del paciente, pudiendo cambiar de un tema a otro, puede ser incomprensible y el síntoma debe ser lo suficientemente grave para provocar una comunicación deficiente.

Comportamiento motor desorganizado. Se manifiesta desde tonterías infantiloides a la agitación impredecible, y el comportamiento catatónico que es una disminución marcada de la reactividad al entorno.

Síntomas negativos. Siendo los más frecuentes la expresión emotiva disminuida y la abulia.

4.3.3. Prevalencia de Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes

En base a la OMS, 2019a, la esquizofrenia se presenta en más de 21 millones personas alrededor del mundo, siendo poco frecuente frente a otros trastornos mentales. Se presenta con mayor incidencia en hombre (12 millones) que en mujeres (9 millones), presentando los hombres desde edades tempranas la sintomatología.

Las estimaciones de la prevalencia de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados en los EE. UU. Oscilan entre el 0,25% y el 0,64%. Las estimaciones de la prevalencia internacional de esquizofrenia entre personas no institucionalizadas son de 0,33% a 0,75%. Se estima que el 4,9% de las personas con esquizofrenia mueren por suicidio, una tasa mucho mayor que la de la población general, con el mayor riesgo en las primeras etapas de la enfermedad (National Institute of Mental Health, n.d.) La esquizofrenia se presenta en el Ecuador con un 0,01 % de la población (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018).

Por su lado, el trastorno esquizoafectivo se presenta con una prevalencia estimada del 0,32 % en comparación de la esquizofrenia del 0,87 % (Muñoz Negro et al., 2019). Cerca de un tercio de adultos con algún trastorno psicótico informan que su enfermedad comenzó antes de los 20 años y los trastornos psicóticos alcanzan en la vida adulta de un 2 % a 3 % de prevalencia (Kendler et al., 1996)

En el Ecuador la discapacidad por esquizofrenia es del 1,6 % (OMS & OPS, 2018). El Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (IESM) en el Ecuador la esquizofrenia realizada por la OMS refiere que en el Ecuador la esquizofrenia se presenta en un 38 % de atenciones en hospitales psiquiátricos siendo la más prevalente mientras que en los centros ambulatorios se presenta con el 1 % (OPS, 2008). Por otra parte, Frey et al., 2018 menciona que la prevalencia de esquizofrenia en el Ecuador es del 38 % del total de los egresos de los hospitales psiquiátricos y en consulta externa asciende al 21,7 %. Para el año 2013 se registró un ingreso de 1 333 pacientes (694 hombres y 639 mujeres) observándose una mortalidad del 0,15 %. En la provincia de Loja se registró un total de 49 casos y en la provincia de El Oro de 47 casos, mientras que el Guayas ocupó el primer lugar con 450 casos del F20-F29 La esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes codificados en la CIE-10 (M. Dávalos et al., 2017).

4.4. F30-F39 Trastornos del Humor

4.4.1. Definición

El humor es una característica del ser humano que utiliza al lenguaje y el uso simbólico de la razón; y es necesario poder entender el contexto social y cultural (Castro, 2018).

Los trastornos del estado ánimo se caracterizan por presentar alteraciones emocionales, a través de un tiempo prolongado de tristeza excesiva (depresión), o bien, de exaltación o euforia excesiva (manía), también se pueden presentar ambos. La depresión y la manía vienen a representar los dos polos opuestos dentro de esta categoría diagnóstica (Coryell, 2020). Eisinger (2008) menciona que los trastornos del humor son un conjunto de perturbaciones del estado de ánimo que se observan en psiquiatría, con dos tipos: la manía y la depresión, además se añade el estado mixto.

4.4.2. Características clínicas CIE-10 y DSM-5

Dentro de esta categoría diagnóstica se presenta una alteración del humor o de la afectividad, que va en sentido de la depresión (puede presentarse o no con ansiedad) o el de la euforia. En este tipo de trastornos tienden a ser recurrentes y se establece una relación estrecha del inicio de los episodios con acontecimientos o situaciones que generen estrés. Se utiliza los términos “manía” y “depresión grave” para hacer referencia a extremos opuestos del espectro afectivo. Mientras que “hipomanía” se utiliza para indicar un estado intermedio, en donde, no se presenten ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de la actividad normal (OMS, 1992).

En el DSM-V (APA, 2014) la presentación de los trastornos del humor se da en dos secciones una de ellas “Trastorno bipolar y trastornos relacionados” y “Trastornos depresivos”.

El trastorno Bipolar y trastornos relacionados tiene varias presentaciones entre ellas: episodio maniaco, trastorno bipolar, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor (afectivos) persistentes, otros trastornos del humor (afectivos).

Episodio maníaco. Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, un aumento de la actividad y energía, con una duración de una semana y está la mayor parte del día, casi todos los días (Criterio A). Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, existen tres o más síntomas (Criterio B):

1. Aumento de la autoestima
2. Disminución de la necesidad de dormir
3. Más hablador de lo habitual

4. Fuga de ideas
5. Facilidad de distracción
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con la finalidad de evitar daños a sí mismo o a los demás (Criterio C), y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (Criterio D).

Episodio hipomaniáico. Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, un aumento de la actividad y energía, con una duración mínima de cuatro días consecutivos y está la mayor parte del día, casi todos los días (Criterio A). Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, existen tres o más síntomas (Criterio B):

1. Aumento de la autoestima
2. Disminución de la necesidad de dormir
3. Más hablador de lo habitual
4. Fuga de ideas
5. Facilidad de distracción
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.

El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas (Criterio C), La alteración del estado de ánimo son observables por parte de otras personas (Criterio D), no es suficientemente grave para causar una alteración importante en el funcionamiento (Criterio E), El episodio no se puede atribuir a los efectos de fisiológicos de una sustancia (Criterio F).

Episodio de depresión mayor. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presente durante dos semanas, al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días
5. Agitación o retardo psicomotor
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva inapropiada
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días
9. Pensamientos de muerte recurrente, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B), y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (Criterio C).

4.4.3. Prevalencia de Trastornos del Humor

El trastorno bipolar (TB) está presente en al menos 45 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2019). El trastorno mental ha incrementado en alrededor del 37.6% entre 1990 y 2010 (Castro-Alzate et al., 2021). Además, se estima que el TB afecta a más del 1 % de la población en todo el mundo, estando presente el TB tipo I con el 0,6 % y el TB tipo II con el 0,4 % aproximadamente (Merikangas et al., 2011). En el estudio realizado por Clemente et al., (2015) destacan una prevalencia de vida del 1,6 % y del 1,57 % en los TB tipo I y II, mientras que en otros estudios evidencian hasta el 2,1 % en el TB tipo I (Blanco et al., 2017). Con más de 20 países y más de 600 millones de habitantes, América Latina (Heeren et al., 2011).

La depresión mayor, la esquizofrenia y los trastornos bipolares se caracterizan por presentar un aporte elevado a la carga específica de discapacidad, al reportar contribuciones del 40.5%, 7.4% y 7%, siendo la depresión mayor la más prevalente (Castro-Alzate et al., 2021). Dentro del estudio de Kohn et al., (2005) menciona que la depresión mayor tiene una prevalencia en América Latina y el Caribe del 4,9 % y 4,3 %

en algún momento de su vida, siendo más frecuente en mujeres con casi el doble. Por su parte el trastorno bipolar con una media del 1,4 %, no existió diferencia en cuanto al sexo en TB.

Por su parte, no existen investigaciones claras sobre la prevalencia del trastorno bipolar en el Ecuador, la OPS (2018) hacen referencia que en el Ecuador la depresión alcanza el 8,3 %; el 1,6 para esquizofrenia y para el TB con el 1,5 %. En un estudio en la ciudad de Quito se encontró un 52,5 % de pacientes con TDM, y 16,2 % en una muestra de 297 pacientes atendidos en la zona metropolitana de Quito. El INEC, (2016) en su informe menciona un egreso hospitalario de 570 pacientes con TB, de los cuales 362 son mujeres y 208 hombres, mientras que el MSP (2009) refiere que el TB tiene mayor prevalencia en mujeres entre los 20 y 25 años o superiores.

La OMS (2019) hace referencia que la depresión es una enfermedad con mayor prevalencia a nivel mundial, en donde se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad en todo el mundo, con aproximadamente 350 millones de personas sufren de este trastorno mental. La depresión en menores de 3 a 5 años se presenta con el 0,5 %, en niños de 6 a 11 años con el 1,4 % y en adolescentes de 12 a 17 años con el 3,5% (Muñoz et al., 2021). En adolescentes en la ciudad de Ambato se estimó que un 27 % de adolescentes de una institución educativa presentaba una sintomatología depresiva (Mantilla-Falcón & Alomaliza, 2017). En adolescentes, la investigación realizada por Valarezo-Bravo et al., (2021) en una institución pública con adolescentes refiere que un 37,9 % de adolescentes presentaba sintomatología depresiva entre leve, moderada y grave. En la población adulta mayor la prevalencia de depresión alcanza hasta un 39 % (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009). Demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento). En otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca con una muestra de 553 adultos mayores atendidos en el Instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) se estimó que el 78,2 % corresponde a hombres mientras que el 82,4 % a mujeres (Molina et al., 2013). En el cantón de Huaquillas se estima que un 20,8 % de profesionales de salud están expuestos ante la depresión (Campoverde, 2016).

4.5. F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

4.5.1. Definición

Los trastornos neuróticos se caracterizan por conflictos internos no resueltos que producen una desregularización en la adaptación emocional, estos conflictos generados por una colisión entre dos fuerzas emocionales opuestas crean ansiedad, siendo la ansiedad la fuente importante de los trastornos neuróticos. (Gastó Ferrer, 2012).

Gastó Ferrer (2012) señala tres conceptos básicos sobre esta categoría:

Reacción. Se atribuye a experiencias biográficas y entorno social.

Adaptación. Relacionada con la capacidad de afrontar situaciones estresantes.

Somatización. Es el conjunto de todos los estados psicopatológicos con incidencia en quejas físicas sin causa organizada aparente.

4.5.2. Características diagnósticas

Las características principales son el miedo y ansiedad de manera excesiva, así como alteraciones conductuales.

Miedo. Cuando se produce una amenaza ya sea real o imaginada se da una respuesta emocional que es el miedo.

Ansiedad. Se produce cuando se da una respuesta de manera anticipada al futuro.

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se caracterizan por que el miedo y la ansiedad que son excesivos para la edad del desarrollo de la persona. Existen varias alteraciones dentro de esta categoría como: trastorno de ansiedad, trastorno de pánico, el mutismo selectivo, fobias específicas, fobia social, etc.

4.5.3. Prevalencia de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

La prevalencia anual en la población de Europa estima que el 28 % de presenta ansiedad; 24,7 % trastorno del humor y el 22 % problemas con el consumo de alcohol (Alonso et al., 2004). Kessler et al., (2005) realizó un perfil epidemiológico indicó que en Estados Unidos el trastorno de ansiedad se presenta con un 28,8 %, las fobias específicas se presenta con el 7,6 % (Wittchen & Jacobi, 2005). En una provincia de España con una muestra de 2054 pacientes con un diagnóstico definitivo el 42,7 % presentaba trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (Linares et al., 2008).

La población mundial en el año 2015 presenta un 3,6 % de trastornos de ansiedad, siendo más comunes en mujeres y en el Ecuador el 6,6 % (OPS, 2017).

El trastorno de pánico se presenta con el 2,3 % en la población general y un 3,8% a lo largo de la vida mientras que el trastorno de ansiedad generalizada tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 5 - 15 % con mayor incidencia antes de los 25 años, siendo el doble de frecuentes en mujeres que en hombres, y las fobias específicas se presenta con el 3 y 6 % durante la vida (Escamilla, 2011; Pelissolo, 2012).

En Ecuador en el año 2006 la prevalencia de los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos fue del 32 % en establecimientos ambulatorios y del 2 % en hospitales psiquiátricos (OPS, 2008).

4.6. F70-F79 Retraso mental

4.6.1. Definición

La OMS empezó definiendo como una discapacidad que se manifiesta con la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad de la forma en la que realizaría una persona o bien dentro de los estándares normales (Losada & Muñiz, 2019). La OMS (2019) define a la discapacidad intelectual como una alteración de múltiples áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa, el retraso mental afecta la capacidad de adaptarse a la vida cotidiana. También el retraso mental consiste en un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que viene acompañado con deficiencias de adaptación y se manifiestan durante los periodos de

desarrollo (0-18 años), especialmente por una enfermedad o lesión cerebral durante o después del embarazo (Majluf & Vásquez, 1991).

Además, hace referencia al desarrollo intelectual detenido o incompleto que genera limitación en las aptitudes cognitivas, lenguaje, motricidad y habilidades sociales que se presenta desde los primeros años de vida, que van desde retrasos mentales leves, moderados y graves (Caballero, 2007).

4.6.2. Características diagnósticas

Se caracteriza principalmente por un desarrollo mental incompleto, además de deficiencias de las funciones concretas de cada período del desarrollo, que contribuyen a nivel general de la inteligencia (funciones cognoscitivas, lenguaje, motricidad y socialización, existe una alta comorbilidad con otros trastornos mentales alcanzando hasta cuatro veces mayor a la población general. Para poder evaluar es necesario partir de gran número de capacidades específicas. Por cuanto, es de suma importancia tener presente los deterioros en el rendimiento intelectual, en donde existe una disminución en la capacidad para adaptarse a las exigencias del entorno social normal. Es necesario para el diagnóstico, la aplicación de reactivos psicológicos para evaluar el cociente intelectual (CI) correspondiente a cada categoría, siempre y cuando sea un reactivo estandarizado acorde a la cultura y educación del paciente (OMS, 1992).

4.6.3. Prevalencia del Retraso Mental

La OMS, (2001) menciona que el 4,6 % de jóvenes menores a 18 años en países en desarrollo sufren un retraso mental grave, mientras en los países desarrollados está entre el 0,5 % y el 2,5 %. La prevalencia de retraso mental es del 1 – 3 % de la población (Rodríguez-Sacristán & Buceta, 1995). Se da con mayor incidencia en hombres (60 %) frente a mujeres (40 %) (Galán-Gómez et al., 2012; Gómez-Ferrer et al., 2000).

De 470 820 personas registradas en el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) un 23,11 % presenta una discapacidad intelectual del 30% al 100% del grado de discapacidad, en donde, no alcanzaría ni el 1% de la población con discapacidad intelectual. En el cantón Huaquillas de la provincia de El Oro la

discapacidad intelectual tiene una prevalencia del 0,08 % y en el cantón Macará de la provincia de Loja tiene una prevalencia del 0,04% (CONADIS, 2021).

5. Metodología

5.1. Tipo y diseño de estudio

La presente investigación es de tipo documental con un enfoque de tipo cuantitativo no experimental descriptivo y de corte retrospectivo.

5.2. Área de estudio

Esta investigación tuvo lugar en el cantón de Macara de la provincia de Loja y en el cantón Huaquillas de la provincia de El Oro.

Gráfico 1. Mapa de ubicación de la población objeto a estudio



La muestra seleccionada acudió a los diferentes centros de salud, en donde fueron atendidos y diagnosticados. Los centros fueron los siguientes

Las casas de salud dentro del cantón de Macará son:

- Hospital Básico de Macará
- Centro de Salud Tipo A “Fronteras Saludables”

- Unidad Anidada Macará

Las casas de Salud dentro del cantón de Huaquillas son:

- IESS – Centro de Salud B – Huaquillas
- Centro de Salud “La Paz”
- Centro de Salud Tipo A “18 de noviembre”
- Hospital Básico de Huaquillas

5.3. Universo y muestra

Universo

La población de la presente investigación tendrá como referencia a pacientes entre los 0 a 100 años de edad que fueron atendidos en las casas de salud de Macará y Huaquillas y han sido fijados con un diagnóstico definitivo en referencia a la Clasificación de Enfermedades Mentales de la CIE-10 (OMS, 1992) en el periodo 2018-2020.

Muestra

A través del muestreo probabilístico, en donde se incluyeron a todas las personas que tenían un diagnóstico definitivo de algún trastorno mental dentro de la base de datos denominada: Registro diario automatizado de consultas y atenciones Registro diario automatizado (RDACAA), quedando de la siguiente manera: en el cantón Huaquillas con 1037 pacientes y 819 pacientes del cantón Macar. Dando un total de la muestra de 1856 pacientes en los años 2018, 2019 y 2020.

5.4. Criterios de inclusión y de exclusión

5.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes de entre 0 y 100 años de ambos sexos, que hayan asistido a un Subcentro de Salud, Centro de Salud, y Hospital dentro de los cantones de Macará y Huaquillas de manera voluntaria y hayan recibido un diagnóstico definitivo dentro de la Clasificación de Enfermedades Mentales CIE-10 (OMS, 1992) dentro del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento realizado por un profesional en el área de la salud.

- Pacientes ingresados en la base de datos Registro diario automatizado de consultas y atenciones Registro diario automatizado (RDACAA) proporcionada por el Ministerio de Salud Pública (MSP)

5.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuenten con alguna variable (nacionalidad, sexo, edad, año de atención).

5.5. Técnicas e instrumentos

En esta investigación no se utilizó métodos de recolección de información dado que se usó una base de datos otorgada por medio del Proyecto de Prosalud Frontera Sur a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Coordinación Zonal 7, en donde, no compromete la identidad e integridad de los pacientes, y a su vez se omitirá la información acerca de los datos de identificación. La base de datos otorgada por el MSP denominada RDACAA se incluye variables como edad, sexo, nacionalidad, categorías principales (CIE-10), etc., que permiten alcanzar con los objetivos planteados y realizar los análisis estadísticos correspondientes.

En este tipo de investigación no se utilizará el consentimiento informado, por lo que, se firmó un acta de confidencialidad de los datos a utilizar con el Proyecto Prosalud Frontera Sur.

5.6. Procedimiento

Primeramente, se participó en la socialización del Proyecto Prosalud Frontera Sur para determinar qué área se va a estudiar y la presentación del tema, una vez aprobado el tema por parte del Proyecto Prosalud se firmó un acta de confidencialidad de las bases de datos otorgadas por el MSP. Después se empezó con el filtrado de la información y seleccionar que variables se van a utilizar. Después se realizó el análisis de la información con las variables a utilizar y con la redacción de la presente investigación.

Con la finalidad de dar el cumplimiento a los objetivos planteados en la presente investigación se cumplieron las siguientes etapas de desarrollo:

5.7. Análisis de datos

Los datos obtenidos de la base de datos RDACAA fueron filtrados con las variables que se van a utilizar, quedando conformada la base de datos con un total de 1856 con las variables: ciudad, sexo, edad, año de atención, nacionalidad, categorías principales CIE-10. Los datos mencionados se los filtro en Excel y posteriormente se los traslado al Software de programación estadística R. Dentro de la variable categorías principales CIE-10 se tomó en cuenta las cinco principales categorías diagnosticas de Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10, por tanto quedaron conformadas las siguientes categorías: F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas; F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes; F30-F39 Trastornos del Humor; F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; y el F70-F79 Retraso mental. Cabe mencionar que dentro de la categoría “Otros trastornos mentales” se agrupan las siguientes enfermedades mentales: F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos; F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; F60-F69 Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto; F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico; F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y adolescencia, y; Trastorno mental sin especificación. Estos trastornos se agrupan en una sola categoría debido a su baja prevalencia, en donde, si se aplican pruebas estadísticas van a sesgar la información. Así mismo, se agrupa en categorías de edad en base a Index Mundi que se utiliza en Ecuador, por tanto se establecen edades entre los 0 – 11 años a niños, de 12 a 17 años adolescentes, de 18 a 29 años jóvenes, de 30 a 64 años adultos y mayores a 65 años adultos mayores (Index Mundi,s.f).

Para la realización de los análisis descriptivos se utilizó el Software de programación estadística R. Se inició con un análisis descriptivo de las variables cantón de residencia, categorías principales (CIE-10), sexo, edad, año de atención, nacionalidad, autoidentidad, orientación sexual, e identidad de género. Posterior a ello, se aplicó las funciones `cor.test()` para la prueba de correlación de Spearman, `chisq.test()` para la prueba de independencia Chi-cuadrado y la función `CA()` de la librería `FactoMineR` { } para el análisis de correspondencias simple.

Para el primer objetivo: Analizar y describir la prevalencia de las principales categorías diagnosticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en Macará y

Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020; se realizaron análisis descriptivos de frecuencia y porcentaje que se detallan en la Tabla 1.

Para el segundo objetivo: Determinar relaciones entre variables sociodemográficas entre la población a estudiar y las principales categorías diagnosticas CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020, se procedió a realizar los análisis estadísticos antes mencionados mediante el Software de programación estadística R.

6. Resultados

Tabla 1.
Prevalencia de las principales categorías CIE-10 en pacientes de Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Variable	Niveles	f	%
Categorías Principales (CIE-10)	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	227	12,23
	F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	234	12,61
	F30-F39 Trastornos del Humor	240	12,93
	F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	428	23,06
	F70-F79 Retraso mental	258	13,90
	Otros trastornos mentales	469	25,27

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la tabla 1 se puede evidenciar las diversas categorías diagnósticas codificadas en la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento quedando en primer lugar los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con el 23,06 %; seguido de los Trastornos del humor con el 12,93 %; en tercer lugar la Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y de ideas delirantes con el 12,61 %; en cuarto lugar con 12,23 % tenemos a los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas, y por último a Otros trastornos mentales con el 25,27 % siendo el más alto porcentaje debido a la cohesión de las demás categorías mentales en una sola, que por sí solas no superan a los porcentajes antes expuestos.

Tabla 2.
Relación entre las categorías principales CIE-10 y sexo en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

VARIABLES	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	F30-F39 Trastornos del Humor	F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	F70-F79 Retraso mental	Otros trastornos mentales
Hombre	200	111	66	169	155	275
Mujer	27	123	174	259	103	194

Pearson's Chi-squared test

$$X^2 = 220.08, df = 5, p\text{-value} < 2.2e-16$$

*Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias
 Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo*

Análisis: La tabla 2 indica los resultados de la correlación de Spearman. La prueba de independencia nos muestra el p valor < .01, por lo que se rechaza la hipótesis nula, no existe independencia entre el sexo y las categorías principales CIE-10. Es decir, existe una relación estadística entre las categorías de estas dos variables. Si transformamos los valores absolutos a valores relativos se puede observar que existe un patrón alto entre otros trastornos mentales y ser hombre, además de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con ser mujer.

Tabla 3.
Relación entre las categorías principales CIE-10 y edad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Variables	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	F30-F39 Trastornos del Humor	F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	F70-F79 Retraso mental	Otros trastornos mentales
Niños (0-11 años)	1	0	5	10	54	229
Adolescentes (12-17 años)	63	3	29	49	70	46
Jóvenes (18-29 años)	100	77	90	74	59	23
Adultos (30-64 años)	58	138	97	250	59	76
Adultos mayores (+ de 65 años)	5	16	19	45	16	95

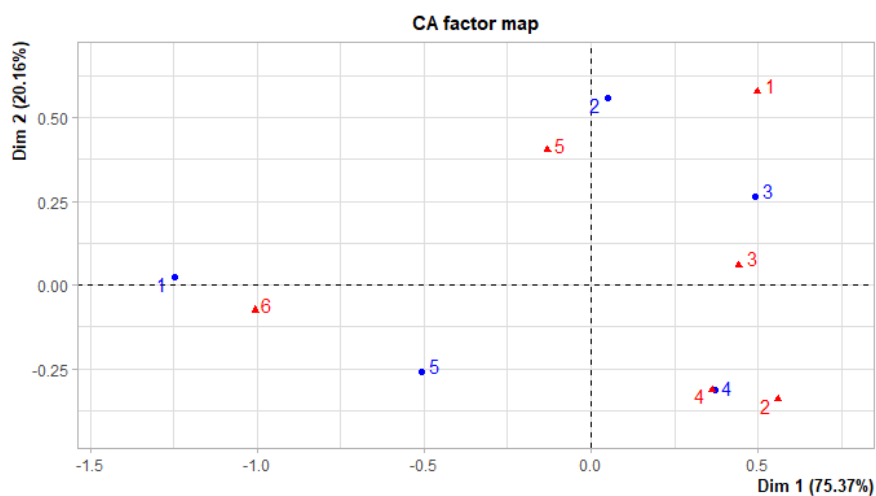
Pearson's Chi-squared test

X-squared = 944.26, df = 20, p-value < 2.2e-16

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Figura 1. Relación entre las categorías principales CIE-10 y edad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020.



Nota: De color azul 1=niños; 2=adolescentes; 3=jóvenes; 4=adultos; 5=adultos mayores. De color rojo 1=F10-19; 2=F20-29; 3=F30-39; 4=F40-49; 5=F70-79; 6=otros trastornos mentales.

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias
Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis: En la tabla 3 se muestra el p valor $<.01$, por lo que existe relación estadística entre las dos variables.

En la Figura 1 se muestra el análisis de correspondencia para la relación que existe entre la edad y las categorías principales CIE-10 probada con la prueba de independencia con un valor por debajo ($p<.01$), en la que se identifica una relación entre niños de 0 a 11 años y otros trastornos mentales. Además, se puede identificar una fuerte relación entre la variable de adultos con la categoría de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Por otro lado, los jóvenes están relacionados con la categoría de trastornos del humor.

Tabla 4.

Relación entre categorías principales CIE-10 y año de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

VARIABLES	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	F30-F39 Trastornos del Humor	F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	F70-F79 Retraso mental	Otros trastornos mentales
2018	96	106	90	126	144	255
2019	46	79	63	76	88	71
2020	85	19	87	229	26	143

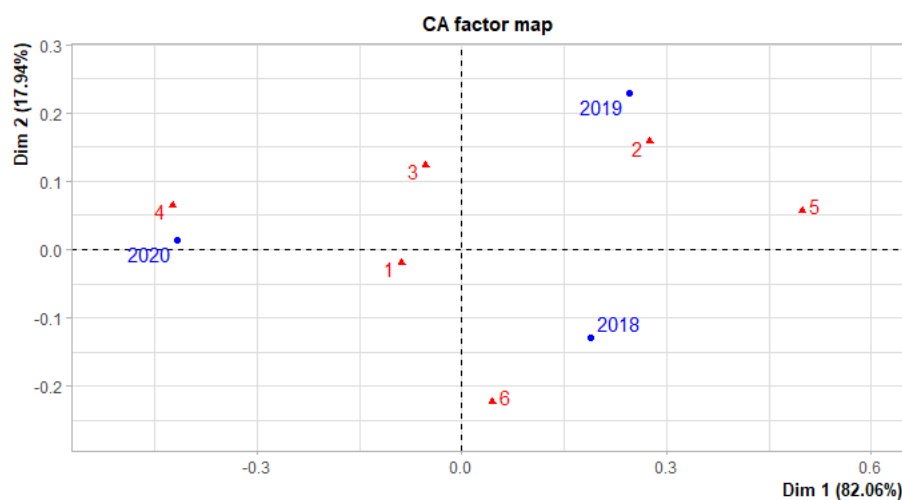
Pearson's Chi-squared test

X-squared = 197.82, df = 10, p-value < 2.2e-16

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Figura 2. Relación entre categorías principales CIE-10 y año de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020.



Nota: De color rojo 1=F10-19; 2=F20-29; 3=F30-39; 4=F40-49; 5=F70-79; 6=otros trastornos mentales. De color azul corresponden a los años de atención.

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la tabla 4 se identifica una fuerte relación entre las categorías principales (CIE-10) y el año de atención con un p valor <.01. Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos mantiene una fuerte relación con el año 2020, la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno de ideas delirantes se relaciona con el año 2019. Y para el año 2018 no existe relación existente con ninguna categoría diagnóstica.

En la figura 2 se indica el análisis de correspondencia en donde se corrobora la información presentada en la tabla 11.

Tabla 5.
Relación entre las categorías principales CIE-10 y cantón de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Categorías principales (CIE-10)	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	F30-F39 Trastornos del Humor	F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	F70-F79 Retraso mental	Otros trastornos mentales
Año de atención						
Macará	104	112	36	190	122	255
Huaquillas	123	122	204	238	136	214

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 105.19, df = 5, p-value < 2.2e-16

*Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias
 Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo*

Análisis. En la tabla 5 se puede observar la relación existente con un p valor < .01 entre los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 y el cantón Huaquillas.

7. Discusión

De acuerdo al enfoque descriptivo de la presente investigación encontramos mayor prevalencia de pacientes hombres (52,59%) que de pacientes mujeres (47,41%) que han recibido un diagnóstico dentro de las categorías principales de la CIE-10, asemejándose con la muestra analizada en pacientes que asistieron al Centro de Atención en Psicología en Colombia siendo el 56,9% pacientes hombres (Alvarán et al., 2014). Así mismo, en el estudio de Marín-Basallote & Navarro-Repiso (2012) dentro de su investigación de prevalencia de trastorno mental grave mostró que el 92,19% correspondían a hombres pero teniendo en cuenta que la muestra corresponde a personas privadas de libertad en centros penitenciarios. Por otro lado, en estudios de carácter epidemiológico en trastornos mentales en las diversas poblaciones como por ejemplo: en un estudio en la ciudad de México se analizaron 1483 expedientes clínicos y que han sido asignados con un diagnóstico de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento, en donde se encontró que el sexo más afectado es el ser mujer con el 56% (Trejo-Contreras & Velásquez-Pérez, 2006). Así mismo, en la región la Libertad, Perú en un estudio realizado entre el 2015 y 2019 analizaron 917 pacientes atendidos en un centro de salud mental y asignados con un diagnóstico dentro de la CIE-10, donde las mujeres se presentaron con mayor frecuencia siendo un 66% (Vigo, 2020); y en un hospital de El Salvador, en donde se analizaron a 307 pacientes menores de 18 años y asignados con un diagnóstico dentro de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento, siendo el 91% mujeres (Arias et al., 2020).

En cuanto a las categorías principales CIE-10 encontramos que la categoría con más prevalencia son: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49) con el 23,06%; en segundo lugar Retraso mental (F70-79) con el 13,90%; y en tercer lugar Trastornos del humor (F30-39) con un 12,93%. De acuerdo al estudio Marín-Basallote & Navarro-Repiso (2012) encontraron los Trastornos de personalidad (F60-69) con el 35,16% en primer lugar; seguido en segundo lugar de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-29) con un 25,78% y en tercer lugar los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (F20-29) con un 16,41%. En la investigación de Arias et al., (2020) con una muestra de 307 pacientes se encontró que el diagnóstico más frecuente es en primer lugar los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F49) con un 71,21%; seguido de Trastornos del humor (F30-39) con el 21%, y en tercer lugar los Trastornos

mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (F10-F19) con el 5,3%. En cambio en una muestra de 917 pacientes de la Libertad, Perú se encontró un mayor número de pacientes con un diagnóstico de la categorías principales de la CIE-10, en donde, en primer lugar está Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40- 49) con un 48 %, seguido de los Trastornos del humor (F30-39) con el 18% y en tercer lugar Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (F10-19) con el 15% (Vigo, 2020). En otro estudio realizado en adultos mayores a 60 años en España, en donde se encontró que existe mayor número de pacientes con Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con un 42,7%, seguido de Trastornos del humor 30,1 % y trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos 14,8 % (Linares et al., 2008). En un estudio más actual realizado por Myklebust & Lassemo (2021) donde analizaron una muestra de 971 pacientes en Nordland, Noruega encontraron que existe mayor cantidad de pacientes con un diagnóstico en la categoría de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 con un 31,1%, seguido de los trastornos del humor F30-39 con el 30,27 , y en tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas F20-29 con el 12,15%. Lo que indica, que en varios estudios los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se presentan con más incidencia dentro de las poblaciones.

En la presente investigación se muestra mayor cantidad de pacientes hombres (10,78%) frente a mujeres (1,45%) con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas F10-19, así mismo en el perfil epidemiológico realizado por Vigo (2020) con una muestra de 917 pacientes se evidencia mayor prevalencia de pacientes hombres con un 13 % frente al 2% en mujeres. Además, en el estudio de Osorio-Martínez et al., (2017) indica que el 42,1% de niños y adolescentes atendidos correspondían a hombres y el 24,6% a mujeres. Por otro lado, existe mayor número de pacientes mujeres con un 9,38% frente a hombres con un 3,56 % que presentan trastornos del humor, así mismo en el estudio de Vigo (2020) indica mayor cantidad de pacientes en esta categoría siendo el 16 % mujeres y el 2 % hombres, de igual forma 31,6 % mujeres presentaban trastornos del humor frente al 16,7% (Osorio-Martínez et al., 2017). Por último, los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se presentan con mayor frecuencia en mujeres con el 13,95 % frente a los hombre con el 9,11%, teniendo concordancia con el

estudio de Vigo (2020) que indica que existen mayor cantidad de pacientes con esta categoría diagnóstica en mujeres con un 39 % frente al 9 % en hombres.

Los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas se encontró que existían mayor número de pacientes con el 5,39 % en los jóvenes entre los 18 y 29 años, relacionándose de cierta forma con los resultados expuestos por Aguilar & del Pilar Hernández (2006) en donde analizaron 1061 expedientes y encontraron que cerca del 6,12 % correspondía a edades entre los 16 y 35 años de edad con un diagnóstico dentro de la categoría mencionada.

En relación a la edad en el presente estudio se evidencio que existen mayor cantidad de pacientes adultos entre los 30 y 64 años con el 7,44% en la categoría esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes F20-29 asemejándose a los resultados Sendra-Gutiérrez et al., (2013) en donde existe mayor número de atenciones en pacientes entre los 34 y 54 años. También en el estudio de Ribeiro et al., (2020) se encontró mayor prevalencia con un 28,91% en pacientes entre los 36 y 50 años con este diagnóstico. Por su lado, Aguilar & del Pilar Hernández (2006) también encontró mayor prevalencia en pacientes entre los 26 y 64 años.

En los resultados encontrados en la investigación se encontró que existe relación $p < .01$ entre los trastornos del humor (afectivos) F30-39 con ser joven entre los 18 y 29 años, mientras que en el estudio de Fiestas & Piazza (2014) menciona que existe una relación con un $p < .05$ entre pacientes de 18 y 29 años de edad con un diagnóstico dentro del F30-39.

En este estudio existe mayor prevalencia de adultos entre los 30 y 64 años con un 5,23%, como se contrasta con resultados de Fiestas & Piazza (2014) que en su estudio epidemiológico de trastornos mentales en la población peruana y evidenciaron que existe un 34,1% de pacientes entre los 30 y 54 años de edad con un diagnóstico dentro de la categoría de trastornos del humor de la CIE-10. Ribeiro et al., (2020) por su parte encontró mayor prevalencia entre los trastornos del humor y personas entre los 21 y 35 años de edad representando cerca del 30,3 % del total de los ingresos.

Para los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 se encontró una relación estrecha con la variable ser mujer con un p -valor $< .01$, así mismo Medina-Mora et al., (2003) encontró mayor porcentaje de mujeres con un diagnóstico

dentro de esta categoría F40-49 con un 45,3%, siendo las mujeres un factor de riesgo para tener un trastorno en esta categoría. También, los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos tuvo una relación con la variable adultos (30-64 años) $p < .01$ como se evidencia en un estudio realizado en cinco ciudades peruanas y se estableció una relación $p < .05$ entre la categoría F40-49 y pacientes entre los 30 y 44 años (Fiestas & Piazza, 2014). Y la prevalencia del F40-49 se presentó con un 13,47 % siendo mayor en la población adulta entre los 30 y 64 años, por su parte Ribeiro et al., (2020) en su estudio los pacientes con este diagnóstico fue del 56.37 % con una edad comprendida entre los 21 y 50 años. Así mismo, Fiestas & Piazza (2014) encontró mayor prevalencia con un 56,37 % en pacientes con este diagnóstico en edades comprendidas entre los 21 y 50 años de edad.

En el año 2020 la rápida expansión del coronavirus disease 2019 (COVID-19) provocó que la OMS declaró el 30 de enero de 2020 una emergencia sanitaria y el 11 de marzo se reconoce como pandemia. En Ecuador se reportó el primer caso de COVID-19 el 14 de febrero del año 2020 (Pérez et al., 2020). Por lo que, el COVID-19 ha generado mayor demanda en los servicios de atención primaria de salud, por molestias físicas, sufrimiento, y sintomatología de ansiedad que ha manifestado con: preocupación, insomnio, preocupación, angustia, etc. (Moreno, 2020). Dicho esto, en el presente estudio investigativo se encontró que existe una relación estrecha entre los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 con el año 2020, así mismo existió mayor número de pacientes con un diagnóstico dentro de esta categoría de la CIE-10 con un 14,34 % del total de los diagnósticos con el F40-49 correspondiente al año 2020, frente al año 2019 con un 3,93 % y en el año 2018 con un 6,79 %. En el estudio realizado por Llorente-Alonso et al., (2021) donde analizaron una muestra de 481 pacientes de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del hospital Virgen del Mirón de Soria (España) atendidos entre el año 2019 y 2020, encontraron que en el año 2019 existieron mayor número de diagnósticos dentro del F40-49 con un 3,32 %, por su parte en el año 2020 hubo el 2,28 %.

8. Conclusiones

- Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 ocupan el primer lugar dentro de las categorías diagnósticas de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 tanto en Macará como en Huaquillas dentro del periodo 2018-2020.
- Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 presentan una fuerte relación con el sexo femenino; y así mismo, esta categoría diagnóstica se relacionó con el año 2020, presentando gran cantidad de pacientes con un diagnóstico en esta categoría frente a las demás. Por último, se estableció una relación consistente con adultos entre los 30 y 64 años.
- En la categoría diagnóstica de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes F20-29 se relacionan con la población adulta entre los 30 y 64 años, así mismo con el año 2019. Y los trastornos del humor F30-39 se relacionan con ser jóvenes entre los 18 y 29 años.

9. Recomendaciones

- Establecer nuevos estudios por parte de investigadores en el área de la salud mental y del Ministerio de Salud Pública de tipo retrospectivos y longitudinales acerca de los trastornos mentales para conocer la prevalencia de estas enfermedades y establecer planes de prevención, promoción y tratamiento. Así mismo, es importante que los estudios futuros incluyan más variables sociodemográficas.
- Replicar el estudio en las demás ciudades del Ecuador para esclarecer y generalizar los resultados acerca de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49 que son los que mayor se presentan dentro de la población, para crear políticas orientadas a la problemática de la salud mental.
- Capacitar a los profesionales de salud mental por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador acerca de lo que es: autoidentidad, orientación sexual, identidad de género para que los pacientes puedan contestar y establecer relaciones entre estas variables. En el presente estudio no se pudo realizar los análisis correspondientes, dado que, la mayor parte de los pacientes desconocían su orientación, su autoidentidad y su género.
- Realizar más estudios epidemiológicos en otros contextos para contrastar información y a su vez determinar si los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos son los que se presentan con mayor prevalencia en la población. Lo que permitirá establecer campañas de educación en temas de salud mental.

10. Referencias Bibliográficas

- Aguilar, E., & del Pilar Hernández, R. (2006). Psiquiatría de la pobreza: Rasgos generales de pacientes de pacientes atendidos por una institución pública en Chiapas. *Ciencia y Tecnología de La Frontera*, 3(4), 48.
https://www.academia.edu/download/31216304/revista_CTF_4.pdf#page=48
- Ahumada, J. G., Gámez, M. E., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 50(3), 13–24. <https://doi.org/10.35197/rx.13.02.2017.01.ja>
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., & Al., E. (2004). . Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 21(7).
- Alonso, Jordi, Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Ma, C. L., Pinder-amaker, S., Kessler, R. C., Mortier, P., Vilagut, G., Ebert, D. D., Nock, M. K., Auerbach, R. P., Ennis, E., Hasking, P., Cuijpers, P., Gutiérrez-garcía, R. A., Green, J. G., Ba, N. A. S., & Collaborators, W. W. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders : Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depress Anxiety*, 1(13), 1–13. <https://doi.org/10.1002/da.22778>
- Alvarán, L., Sánchez, D., & Restrepo-Ochoa, D. A. (2014). Frecuencia de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en pacientes que asistieron al Centro de Atención en Psicología CES Sabaneta (Colombia). *CES Psicología*, 7(1), 58–68.
<https://doi.org/10.21615/2819>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Arana, I. G., Lapido, A. M., Pérez, E. A. R., & Liria, A. F. (2015). Enfermedad psiquiátrica. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5055–5063. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.001>
- Arias, M. G., Archila, M., Moisa de Orozco, M. E., & Anastario, M. (2020). Asignación diagnóstica del CIE-10 entre psicólogos en un hospital salvadoreño. *Alerta, Revista*

Científica Del Instituto Nacional de Salud, 3(2), 129–134.

<https://doi.org/10.5377/alerta.v3i1.8148>

Baena, V. C. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–6.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>

Benavides-Caro, D. C. A. (2017). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Medigraphic.Com.

Bengoa, J. M. (2002). ¿Qué es envejecer? *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 3(52), 257–260.

Blanco, C., Compton, W. M., Saha, T. D., Goldstein, B. I., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2017). Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.003>

Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(84), 5389–5395. [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(07\)74667-2](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74667-2)

Campoverde, M. R. (2016). *Factores de riesgo laboral en profesionales de salud del hospital básico huaquillas* [Universidad de Guayaquil].

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46651>

Cassiani-Miranda, C. A., Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2019). Trastornos por consumo de sustancias: entre las inequidades y el estigma. *Duazary*, 16(2), 271–280.

<https://doi.org/https://doi.org/10.21676/2389783X.2751>

Castro-Alzate, E. S., Cardona-Marín, L. M., Pacheco, R., Gamboa-Proano, M., Bustos, C., & Saldivia, S. (2021). Modelo explicativo de discapacidad en población con trastornos mentales graves: un estudio multicéntrico en tres países de Sudamérica. *Revista Ciencias de La Salud*, 19(3), 1–32.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10713>

- Castro, E. (2018). RISUM ET MORSUM. *Cultura e Humor*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15304/cc/2018.1121>
- Cedeño Mendoza, A. (2019). *Trastorno por consumo de sustancias y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y rasgos de personalidad*.
- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 155–161.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1693>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS). (2021). *Estadísticas de Discapacidad*. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Coryell, W. (2020). *Introducción a los trastornos del estado de ánimo*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-ánimo/introducción-a-los-trastornos-del-estado-de-ánimo>
- Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J. (2018). Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 18(1), 97–106. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.363>
- Cumsille, F. (2007). Epidemiología del consumo de drogas y del VIH en los países latinoamericanos. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 240–244. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75652-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75652-0)
- Dávalos, M., Medina, M., & Cepeda, L. (2017). Capítulo 1. Abordaje de la esquizofrenia desde la atención primaria de la salud. In Mauricio Dávalos & D. Medina (Eds.), *Manejo de la esquizofrenia en atención primaria de salud* (p. 198).
[file:///C:/Users/User/Downloads/Manejo de la esquizofrenia en la atención primaria de salud.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Manejo%20de%20la%20esquizofrenia%20en%20la%20atención%20primaria%20de%20salud.pdf)
- Eisinger, P. (2008). Trastornos del humor. *EMC - Tratado de Medicina*, 12(4), 1–14.
[https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(08\)70580-4](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(08)70580-4)
- El Universo. (2009, December 6). *Adicción a drogas en país es alta*.

<https://www.eluniverso.com/2009/12/06/1/1447/adiccion-drogas-pais-alta.html/>

- Escamilla, I. (2011). Trastornos de ansiedad (I). Trastorno de ansiedad generalizado. Trastorno de pánico. *Medicine*, *10*(85), 5725–5733. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70167-6](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70167-6)
- FIAPAM. (2014). *Los desafíos del envejecimiento en Ecuador. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores*. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores.
- Fiestas, F., & Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *31*(1), 39–47. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.311.6>
- Frey, J. E. S., Barros, A. D. M., Moyano, G. Q., Minaya, E. A. R., & Macas, R. Y. S. (2018). Caso clínico: Esquizofrenia Paranoide. *La Ciencia Al Servicio de La Salud y La Nutrición*, *9*(1), 36–45.
- Galán-Gómez, E., Méndez-Pérez, M., & Delgado-Rubio, A. (2012). Estudios genéticos en el retraso mental inespecífico. *An Pediatr Contin*, *10*(7), 7–15.
- Gastó Ferrer, C. (2012). Trastornos de ansiedad y secundarios a situaciones estresantes. *Tratado De Psiquiatría, Ii*, 143–160.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2018). *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results*.
- Gómez-Ferrer, G., Ruiz, M., & Fernández, A. (2000). Retraso mental. In *Tratado De Psiquiatría*. https://psiquiatria.com/tratado/cap_34.pdf
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, M. N., Eslava-Schmalbach, J., Ruiz, R., & Gil, J. F. (2021). Autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales por la población adulta en la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *50*(2), 92–100. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.004>
- Heeren, O., Sánchez De Carmona, M., Vásquez, G., Córdoba, R., Forero, J., Madrid, L.,

- Lara, D., Medina, R., & Meza, L. (2011). Tratamiento psicofarmacológico del trastorno bipolar en América Latina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(4), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.08.001>
- Instituto nacional de estadística y censos (INEC). (2009). *Salud mental en el Ecuador*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2016). *Anuario de estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios 2016*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). *Salud, bienestar y envejecimiento 2009*.
- Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M., & Kessler, R. C. (1996). Lifetime Prevalence, Demographic Risk Factors, and Diagnostic Validity of Nonaffective Psychosis as Assessed in a US Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1022. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830110060007>
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. de, Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4–5), 229–240. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900002>
- Kohn, R., & Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. In J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>
- Linares, J. J. G., Fuentes, M. del C. P., Ación, F. L., & Rossell, N. Y. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327–333.
- Llorente-Alonso, M., Tirado, G., García-Ael, C., & Topa, G. (2021). A descriptive study of

the differences in the type of admissions of the hospital stay in a Psychiatric Hospitalization Unit between 2019 and 2020. *Proceedings of The 3rd International Electronic Conference on Environmental Research and Public Health —Public Health Issues in the Context of the COVID-19 Pandemic*, 9052.

<https://doi.org/10.3390/ECERPH-3-09052>

Losada, A., & Muñiz, A. (2019). Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Revista Digital Prospectivas En Psicología*, 3(2). https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2019/10/2019_07_Revista-Prospectiva_carta.pdf#page=4

Majluf, E., & Vásquez, F. (1991). Capítulo 11. Retardo mental. In U. N. M. de S. M. F. de Medicina (Ed.), *Manual de Psiquiatría* (2da ed.).

Mantilla-Falcón, M., & Alomaliza, C. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *REVISTA ENIAC PESQUISA*, 6(2), 315. <https://doi.org/10.22567/rep.v6i2.471>

Marín-Basallote, N., & Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 80–85. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202012000300002>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruíz, J., Casanova Rodas, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de-Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1–16.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>

- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Informe final estudio de carga de enfermedad y carga Atribuible*.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual de Atención Primaria en Salud Mental*.
- Molina, J., Mogrovejo, J., Morocho, I., Orellana, A., & Delgado, N. (2013). Prevalencia de Depresión, Diabetes e Hipertensión Arterial en Pacientes Geriátricos. *Revista Médica HJCA*, 5(2), 145–149. <https://doi.org/10.14410/2013.5.2.145>
- Moreno, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 251. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.314>
- Muñoz Negro, J. E., Cuadrado, L., & Cervilla Ballesteros, J. A. (2019). Evidencias actuales sobre el tratamiento psicofarmacológico del Trastorno Esquizoafectivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(5), 190–201. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7107991&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7107991>
- Muñoz, V., Arevalo Alvarado, C. L., Tipán Barros, J. M., & Morocho Malla, M. I. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 6–13. <https://doi.org/10.52011/0008>
- Myklebust, L. H., & Lassemo, E. (2021). The role of local inpatient psychiatric units and general practitioner on continuity of care in Northern Norway: A case-register study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 30(2). <https://doi.org/10.1002/mpr.1866>
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Schizophrenia*. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia#part_2546
- OMS. (2018). *Envejecimiento Poblacional*.
- OMS, & OPS. (2018). *La carga de los trastornos mentais na Região das Américas, 2018*.
- OPS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Organización Panamericana de La Salud*, 1–24. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005->

spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. In *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud.*
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Por la salud mental en el mundo. Sí a la atención No a la exclusión.* https://www.who.int/mental_health/media/en/391.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS).*
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019a). *Esquizofrenia.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019b). *Trastornos mentales.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de Salud. (2008). *Informe sobre el sistema de Salud Mental en el Ecuador.* http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Organización Panamericana de Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018.* https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Organización Panamericana de Salud. (2020). *Salud Mental perfil del País – Ecuador.* <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-ecuador>
- Osorio-Martínez, M., Peralta-Carmelino, F., & Chambergo-Romero, O. (2017). Emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes: Relación entre características clínicas y

- demográficas. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(2), 19.
<https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13185>
- Parra, M. (2018). *Grado de Funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tanguarín en el año 2017*. UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.
- Pelissolo, A. (2012). Trastornos de ansiedad y neuróticos. *EMC - Tratado de Medicina*, 16(4), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(12\)63397-2](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(12)63397-2)
- Pérez, M. R., Gómez, J. J., & Dieguez, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1–15.
- Peyrí, E. V., & Hartman, C. E. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11–32.
- Pizarro, B., Cavieres, A., Moya, P., Bustamante, M., & Waissbluth, O. (2019). Esquizofrenia resistente: Definiciones e Implicancias del concepto de Esquizofrenia Resistente a tratamiento. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(4), 394–404.
- Ribeiro, B. M. dos S. S., Silva, A. C., Dalri, R. de C. de M. B., & Martins, D. C. (2020). Fatores associados aos transtornos mentais apresentados por usuários de um centro de atenção psicossocial. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19, 1–9.
<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50354>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). *Mental Health*. <https://ourworldindata.org/mental-health#citation>
- Rodríguez-Sacristán, J., & Buceta, M. J. (1995). *La Deficiencia Mental. Aspectos Psicológicos y Psicopatológicos de las estructuras deficitarias* (pp. 855–905). Universidad de Sevilla. https://www.who.int/mental_health/media/en/391.pdf
- Rodríguez, F. F., Kohn, R., & Aguilar, S. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 183–184.
- Rothenhäusler, H. B., & Täschner, K. L. (2007). Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29). In *Kompendium Praktische Psychiatrie* (pp. 304–325). Springer

Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-211-49295-6_6

Sanz, S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine (Spain)*, 12(85), 4984–4992. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>

Secretaría Técnica de Drogas. (2016). *Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización*.

Sendra-Gutiérrez, J., Álvarez, R., Tejedor, A., Arroyo, A., Criado, I., Asensio, I., & Vargas, M. (2013). Factores asociados al ingreso hospitalario y evaluación de un programa de gestión de casos para trastorno mental grave mediante un estudio de cohortes históricas. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 41(4), 209–217.

Sierra, L., & López, E. H. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23(1), 131–145.

Trejo-Contreras, A., & Velásquez-Pérez, L. (2006). Prevalencia y tendencia de trastornos mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 15(2–3), 73–79.

United Nations. (2019). *Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos*.

Urzúa M, A., Heredia B, O., & Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 563–570. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500002>

Valarezo-Bravo, O. F., Erazo-Castro, R. F., & Muñoz-Vinces, Z. M. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 21(1), 279–293. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.584>

Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51–61. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>

Vigo, K. Y. (2020). *Perfil clínico epidemiológico de trastornos mentales en pacientes adultos del centro de salud mental comunitario Virú. La Libertad, 2015 -2019* [Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/45585>

Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(3), 57–76.

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del proyecto de tesis



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -234- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 09 de noviembre del 2021

Señor
Omayck Fernando Valarezo Bravo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto denominado **“PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN ECUATORIANOS Y EXTRANJEROS RESIDENTES EN LA ZONA FRONTERIZA DE MACARÁ Y HUAQUILLAS CORRESPONDIENTE AL PERIODO 2018-2020”**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Psicóloga María Paula Pozo Torres Mgs docente responsable

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



ANNA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

Dra. **ANA CATALINA PUERTAS AZANZA** Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

C/c. Omayck Fernando Valarezo Bravo.
Expediente estudiantil
Archivo

Anexo 2. Acta de compromiso de inicio y culminación del proyecto de tesis dentro del Proyecto Prosalud Frontera Sur



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



"PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD
Y LA ECONOMÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN EN MOVILIDAD
Y RECEPTORA DE LA FRONTERA SUR DEL ECUADOR - PROSALUD
FRONTERA SUR"
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - FONDO ITALO ECUATORIANO PARA DESARROLLO SOSTENIBLE

ACTA DE COMPROMISO DE INICIO Y CULMINACION DEL ESTUDIO DE TESIS DE GRADO PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, ODONTOLOGIA Y PSICOLOGIA CLINICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DENTRO DEL PROYECTO PROSALUD FRONTERA SUR

El/la Señor/a, **Omayck Fernando Valarezo Bravo** en su calidad de **ESTUDIANTE** de la Carrera de **Psicología Clínica** y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1150041802**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "LA/EL TESISISTA", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe la presente Acta de Compromiso al tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Antecedentes.- La Universidad Nacional de Loja conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, se encuentran ejecutando el Proyecto denominado: "**PROSALUD FRONTERA SUR**", cuyo objetivo general es: "Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de tránsito de la población migrante y receptora en la zona fronteriza de la región Sur del Ecuador, a través del fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud, la investigación sanitaria y el desarrollo de emprendimientos económicos familiares".

SEGUNDA: El/la Señor/a **Omayck Fernando Valarezo Bravo** en su calidad de estudiante de la carrera de **Psicología Clínica**, de manera voluntaria y expresa se compromete a escoger su tema de tesis del perfil epidemiológico identificado por el

Proyecto PROSALUD FRONTERA SUR en los cantones Huaquillas y Macará a los 2018-2019 y 2020, así como a desarrollar y culminar su TESIS DE GRADO, durante la ejecución de este proyecto.

TERCERA: En el caso que El/la Señor/a, abandone de manera injustificada su participación en este proyecto, responderá por todos los valores económicos que haya recibido a su favor, en forma de especies por parte del proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR".

CUARTA: Se deja expresa constancia que el proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", apoyará a los estudiantes en forma de especies, con un valor económico total de 750,00 \$ dólares americanos, (SETECIENTOS CINCUENTA DOLARES AMERICANOS CON CERO CENTAVOS), los mismos que están destinados al pago de: IMPRESIÓN, PUBLICACIÓN, DIFUSIÓN, LOGISTICA, ALIMENTACION, TRASPORTE, de los respectivos trabajos investigativos desarrollados por los estudiantes de las diferentes carreras en los términos anteriormente mencionados.

QUINTA: Para el caso de los estudiantes por su falta de seriedad fallaren en el presente compromiso, serán sujetos de sanciones tanto reglamentarias como estatutarias por parte de la Universidad Nacional de Loja.



SEXTA: Para constancia y enterados del contenido de la presente Acta de Compromiso, la suscriben los comparecientes, en tres ejemplares, en la ciudad de Loja, a los **VEINTE Y CINCO** días del mes de febrero del año **DOS MIL VEINTE Y UNO**.



Dra. Ana Catalina Puertas Asanza
CI: 1103488605
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA
CLINICA DEL AREA DE SALUD DE LA UNL



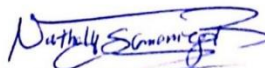
Sr. Omayck Fernando Valarezo B.
CI: 1150041802
ESTUDIANTE DE LA CARRERA
DE PSICOLOGIA CLINICA DE LA
UNL



Dra. María Paula Torres Pozo
CI: 1102762810
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA
CLINICA DEL AREA DE SALUD DE LA UNL



Ing. Jaime Santín
**DELEGADO DEL SR RECTOR PARA EL PROYECTO
PROSALUD FRONTERA SUR
DIRECTOR DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA UNL**

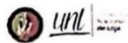


Ing. Nathaly Samaniego

**TECNICO RESPONSABLE DE INVESTIGACION
PROYECTO PROSALUD FRONTERA SUR**



Anexo 3. Acuerdo de confidencialidad de la información del Ministerio de Salud Pública (CZ7S) y Universidad Nacional de Loja



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



"PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD
Y LA ECONOMÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN EN MOVILIDAD
Y RECEPTORA DE LA FRONTERA SUR DEL ECUADOR - PROSALUD
FRONTERA SUR"
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - FONDO ITALO ECUATORIANO PARA DESARROLLO SOSTENIBLE

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (CZ7S) Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MANEJADA POR ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA, ODONTOLOGÍA, Y PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "PROSALUD FRONTERA SUR"

El/la señor/a, **Omayck Fernando Valarezo Bravo** en su calidad de ESTUDIANTE de la Carrera de Psicología Clínica y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1150041802**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "LAVEL PRACTICANTE", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

2. La Ley Orgánica de Salud indica:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis

3. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

Art. 22.- Deberes de las o los servidores públicos.- Son deberes de las y los servidores públicos: (...)

Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".

4. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes. No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...).

5. El Código Integral Penal tipifica:

Artículo 178 "La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y video, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (...);"

"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

"LA/EL PRACTICANTE", en razón de las actividades que desempeñe en las EODS de la Coordinación Zonal 7 Salud del Ministerio de Salud Pública, llegando a tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelarse el manejo adecuado y reservado de tal información.

6. Las máximas autoridades de la Coordinación Zonal 7 y de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a sus competencias han suscrito el Convenio de Cooperación Interinstitucional de fecha 01 de junio de 2020, cuyo objeto es: "(...) formalizar el compromiso y responsabilidades expresados para la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", sobre el aporte en especies proporcionado por la UNL y la CZ7 SALUD bajo este convenio, el cual está incluido en el presupuesto como contraparte local para la ejecución del Proyecto. (...)"

En dicho convenio en el último inciso de la Cláusula Octava, se establece lo siguiente: "(...) 8.1 Eventualmente en el marco del presente convenio, existirá "información confidencial" que, a solicitud de uno, o todos sus firmantes, se mantendrá reservada y no podrá ser divulgada parcial o totalmente sin su previo consentimiento. La información será clasificada como confidencial por acuerdo mutuo de las partes. La UNL utilizará sus controles, protecciones y resguardos de contenidos con base en la normativa institucional vigente. La información confidencial será propiedad de su autor exclusivamente.

8.3 Las Partes acuerdan que toda información vinculada a la ejecución del Proyecto, y que sea transmitida o intercambiada entre las Partes, independientemente del medio por el cual sea transmitida o intercambiada, será considerada información confidencial y solo podrá ser utilizada para llevar a cabo las tareas previstas en el Proyecto. Las Partes, tratarán la información confidencial con el mismo cuidado con que tratan su propia información confidencial. (...)"

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "LA/EL PRACTICANTE", se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", pues dicha información es propiedad exclusiva de los usuarios.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"LA/EL PRACTICANTE" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"LA/EL PRACTICANTE", se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades de ambas instituciones.

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

"LA/EL PRACTICANTE" se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:

"LA/EL PRACTICANTE" declara conocer la información que se maneja en estas Carteras de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

"LA/EL PRACTICANTE" declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:

"LA/EL PRACTICANTE" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Loja, el 25 DE FEBRERO DE 2021


Nombre: **Omayck Fernando Valarezo Bravo**

CC: **1150041802**

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (CZ7S) Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MANEJADA POR ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "PROSALUD FRONTERA SUR"

El/la señor/a, **Omayck Fernando Valarezo Bravo** en su calidad de **ESTUDIANTE** de la Carrera de **Psicología Clínica** y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1150041802**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "ESTUDIANTE", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

7. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

8. La Ley Orgánica de Salud indica:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis

9. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

Art. 22.- Deberes de las o los servidores públicos.- Son deberes de las y los servidores públicos: (...)

Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".

10. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas

competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...):

11. El Código Integral Penal tipifica:

Artículo 178 "La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y video, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (...);

"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

"LA/EL DOCENTE/INVESTIGADOR", en razón de las actividades que desempeñe en las EODS de la Coordinación Zonal 7 Salud del Ministerio de Salud Pública, llegando a tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

12. Las máximas autoridades de la Coordinación Zonal 7 y de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a sus competencias han suscrito el Convenio de Cooperación Interinstitucional de fecha 01 de junio de 2020, cuyo objeto es: "(...) formalizar el compromiso y responsabilidades expresados para la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", sobre el aporte en especies proporcionado por la UNL y la CZ7 SALUD bajo este convenio, el cual está incluido en el presupuesto como contraparte local para la ejecución del Proyecto. (...)"

En dicho convenio en el último inciso de la Cláusula Octava, se establece lo siguiente: "(...) 8.1 Eventualmente en el marco del presente convenio, existirá "información confidencial" que, a solicitud de uno, o todos sus firmantes, se mantendrá reservada y no podrá ser divulgada parcial o totalmente sin su previo consentimiento. La información será clasificada como confidencial por acuerdo mutuo de las partes. La UNL utilizará sus controles, protecciones y resguardos de contenidos con base en la normativa institucional vigente. La información confidencial será propiedad de su autor exclusivamente.

8.3 Las Partes acuerdan que toda información vinculada a la ejecución del Proyecto, y que sea transmitida o intercambiada entre las Partes, independientemente del medio por el cual sea transmitida o intercambiada, será considerada información confidencial y solo podrá ser utilizada para llevar a cabo las tareas previstas en el Proyecto. Las Partes, tratarán la información confidencial con el mismo cuidado con que tratan su propia información confidencial. (...)"

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "LA/EL DOCENTE/INVESTIGADOR", se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", pues dicha información es propiedad exclusiva de los usuarios.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"LA/EL DOCENTE/INVESTIGADOR" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"LA/EL DOCENTE/INVESTIGADOR", se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el

Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades de ambas instituciones.

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

"LA/EL PRACTICANTE" se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:

"LA/EL PRACTICANTE" declara conocer la información que se maneja en estas Carteras de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

"LA/EL DOCENTE/INVESTIGADOR" declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:

"LA/EL PRACTICANTE" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Loja, el **25 DE FEBRERO DE 2021**



Ing. Jaime Santín
**DELEGADO DEL SR RECTOR PARA EL
 PROYECTO PROSALUD FRONTERA SUR
 DIRECTOR DE COOPERACION
 INTERNACIONAL DE LA UNL**

Nombre: Omayck Fernando Valarezo B.
 CC: 1150041802
**TESISTA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA
 CLINICA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA
 DE LA UNL**


 Mgs. Sc. Karina Córdova Neira
**DIRECTORA DEL PROYECTO
 PROSALUD FRONTERA SUR**

Anexo 4. Certificado del resumen traducción al inglés



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

Instituto de Idiomas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
INSTITUTO DE IDIOMAS

Loja, 16 de febrero de 2022

A quien corresponda:

Lingüista Mgs. Sc. Orlando Vicente Lizaldes, profesor y traductor-intérprete delegado por el Instituto de Idiomas de la Universidad Nacional de Loja, certifica que el Resumen Académico perteneciente al señor estudiante, **Omayck Fernando Valarezo Bravo** con número de cédula 1150041802, ha sido revisado y traducido de su versión original del Español al idioma Inglés.

Por lo tanto, se certifica lo actuado para que el resultado de la traducción antes mencionada pueda ser publicada con propósitos académicos.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad y se faculta al interesado hacer uso de la documentación traducida en los fines que crea conveniente.

Atentamente:



ORLANDO VICENTE
LIZALDES
ESPINOSA

Ling. Orlando Vicente Lizaldes Mgs. Sc.
EFL TEACHER AND TRANSLATOR

Correspondencia:

orlando.lizaldes@unl.edu.ec

Orlando Vicente Lizaldes Espinosa, MA., English Translator-Interpreter, delegated by the Language Institute of Universidad Nacional de Loja, certifies that the preceding one is faithful and complete translation into English of the original document written in Spanish. The original document was not provided with any other insignia or stamp in relief, nor with an apostille. The original abstract does not include annexes. Any reproduction of this translation is prohibited.

Anexo 5. Tablas de contenido

Tabla 6.

Categorías Principales CIE-10 y sexo en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

<i>Variable</i>	Hombre		Mujer		Total	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Categorías Principales (CIE-10)						
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	200	10,78	27	1,45	227	12,23
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	111	5,98	123	6,63	234	12,61
F30-F39 Trastornos del Humor	66	3,56	174	9,38	240	12,93
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	169	9,11	259	13,95	259	23,06
F70-F79 Retraso mental	155	8,35	103	5,55	258	13,80
Otros trastornos mentales	275	14,82	194	10,45	469	25,27
Total general	976	52,59	880	40,45	1856	100

Nota: f = Frecuencia; % = Porcentaje.

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la Tabla 6 se puede identificar las variables: categoría diagnóstica frente al sexo con sus respectivas frecuencias y porcentajes. Se puede evidenciar que en hombres el F10-19, F70-79 y otros trastornos mentales presentan mayor prevalencia con el 10,78; 8,35; y 14,82 % frente a mujeres con el 1,45; 5,55; y 10,45 % respectivamente. Por otro lado, las mujeres presentan mayor prevalencia en F20-29, F30-39 y F40-49 con el 6,63; 9,38; y el 13,95 % en comparación con los hombres que presentan el 5,98; 3,56; y 9,11 % respectivamente.

Tabla 7.
Categorías Principales CIE-10 y edad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Categorías Principales (CIE-10)	Niños (0-11 años)		Adolescentes (12-17 años)		Jóvenes (18-29 años)		Adultos (30-64 años)		Adultos mayores (+ de 65 años)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	1	0,05	63	3,39	100	5,39	58	3,13	5	0,27	227	12,23
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	0	0,00	3	0,16	77	4,15	138	7,44	16	0,86	234	12,61
F30-F39 Trastornos del Humor	5	0,27	29	1,56	90	4,85	97	5,23	19	1,02	240	12,93
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	10	0,54	49	2,64	74	3,99	250	13,47	45	2,42	428	23,06
F70-F79 Retraso mental	54	2,91	70	3,77	59	3,18	59	3,18	16	0,86	258	13,90
Otros trastornos mentales	229	12,34	46	2,48	23	1,24	76	4,09	95	5,12	469	25,27
Total general	299	16,11	260	14,01	423	22,79	678	36,53	196	10,56	1856	100

Nota: *f* = Frecuencia; % = Porcentaje.

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la tabla 7 se muestra la variable Categorías Principales (CIE-10) frente a la edad que nos indica que para F10-19 existen mayor cantidad de pacientes entre los 18 y 29 años de edad. Mientras para el F20-29, F30-39 y F40-49 existen mayor

cantidad de pacientes entre los 30 y 64 años de edad con el 7,44; 5,23; y 13,47 %. Para el F70-79 con el 3,77 % existen mayor cantidad de pacientes entre los 12 y 17 años. Por último, para la categoría otros trastornos mentales existen mayor cantidad de pacientes entre los 0 y 11 años con el 12,34 %.

Tabla 8.

Categorías Principales CIE-10 y año de atención en el cantón de atención en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Categorías Principales (CIE-10)	Macará						Huaquillas						Total	
	2018		2019		2020		2018		2019		2020			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas	22	1,19	20	1,08	62	3,34	74	3,99	26	1,40	23	1,24	227	12,23
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	42	2,26	28	1,51	42	2,26	64	3,45	51	2,75	7	0,38	234	12,61
F30-F39 Trastornos del Humor	26	1,40	6	0,32	4	0,22	64	3,45	57	3,07	83	4,47	240	12,93
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	31	1,67	30	1,62	129	6,95	95	5,12	43	2,32	100	5,39	428	23,06
F70-F79 Retraso mental	74	3,99	28	1,51	20	1,08	70	3,77	60	3,23	6	0,32	258	13,90
Otros trastornos mentales	125	6,73	37	1,99	93	5,01	130	7,00	34	1,83	50	2,69	469	25,27
Total general	320	17,2	149	8,03	350	18,86	497	26,78	271	14,60	269	14,49	1856	100

Nota: f = Frecuencia; % = Porcentaje.

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la tabla 8 acerca de la Categorías Principales (CIE-10) frente al año de atención en el cantón de atención del paciente. En el cantón Macará para la categoría F10-19 existió un mayor número de casos atendidos en el año 2020 con el 3.34 %, para el F20-29 en el año 2018 y 2020 existió un 2,26 % cada uno de atenciones más que el año 2019, en el F30-39 en el año 2018 existió 1,40 % más de atenciones que en el 2019 y 2020, para el F40-49 en el año 2020 existió un 6,95 % más de atenciones que en los años anteriores, en el F70-79 con el 3,99 % existió un número mayor de atenciones en el año 2018 que en los otros años, por último en la categoría otros trastornos mentales en el año 2018 existió un 6,73 % de atenciones siendo superior a los años posteriores.

Dentro de la Tabla 8 en el cantón Huaquillas se puede observar que para la categoría F10-19 y F20-29 existió un 3,99 % y 3,45 % más de atenciones en el año 2018, para el F30-39 y F40-49 con el 4,47 y 5,39 % más de atenciones en el año 2020 que los otros años, para el F70-79 y otros trastornos mentales con el 3,77 % y 7 % más de atenciones en el año 2018 que en los años posteriores.

Por lo tanto, existen mayor número de atenciones en el año 2018 tanto para Macará como para Huaquillas.

Tabla 9.
Categorías Principales CIE-10 y su nacionalidad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Categorías Principales CIE-10	Macará		Huaquillas					Total	
	EC	PE	EC	PE	COL	VEN	DO		Otros
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>f</i>		<i>f</i>
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	104		118	2		1	2		227
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	112		121		1				234
F30-F39 Trastornos del Humor	36		191	3	6	3		1	240
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	189	1	218	9		11			428
F70-F79 Retraso mental	122		136						258
Otros trastornos mentales	252	3	203			11			469
Total general	815	4	987	14	7	26	2	1	1856

Nota: *f* = Frecuencia; EC = Ecuador; PE = Perú; COL = Colombia; VEN = Venezuela; DO = República Dominicana

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias
 Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. Para las variables Categorías Principales (CIE-10) y la nacionalidad del paciente se presenta en la Tabla 9, se evidencia que tanto para el cantón Macará y Huaquillas existió un mayor número de pacientes atendidos (n=1802) siendo el 97,1 % de la muestra frente al 2,9 % de extranjeros entre ellos venezolanos, colombianos, peruanos, dominicanos, entre otros.

Tabla 10.
Categorías Principales CIE-10 y la autoidentidad en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Categorías Principales (CIE-10)	Mestizo	Negro	Blanco	Mulato	Montubio	Otros	Total
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas	201	2	N/A	N/A	N/A	24	227
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	220	N/A	N/A	N/A	N/A	14	234
F30-F39 Trastornos del Humor	121	N/A	N/A	1	9	109	240
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	339	1	N/A	N/A	1	87	428
F70-F79 Retraso mental	223	N/A	N/A	1	N/A	34	258
Otros trastornos mentales	423	1	1	1	N/A	43	469
Total general	1527	4	1	3	10	311	1856

Nota: *f* = Frecuencia; N/A = Ninguno

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la tabla 10 acerca de la Categorías Principales (CIE-10) y la autoidentidad del paciente podemos encontrar que la mayor parte de la muestra se autoidentificó con ser mestizo con el 82,27 %. Mientras que, con el 17,72 % encontramos a pacientes que se definen como negros, blancos, mulatos, montubios, entre otros.

Tabla 11.

Categorías Principales CIE-10 y la orientación sexual en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Variable	Heterosexual	Homosexual Bisexual Lesbiana	No Sabe/ No responde	Total
Categorías Principales CIE-10	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	202	N/A	25	227
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	191	1	42	234
F30-F39 Trastornos del Humor	230		10	240
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	391	1	36	428
F70-F79 Retraso mental	154	7	97	258
Otros trastornos mentales	248	4	217	469
Total general	1416	13	427	1856

Nota: *f* = Frecuencia; N/A = Ninguno

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la tabla 11 encontramos la Categorías Principales (CIE-10) y la orientación sexual del paciente, en donde, la orientación sexual con mayor incidencia es ser heterosexual con un 76,3 %, 2,4 % se considera entre ser homosexual, bisexual y lesbiana. Por último, el 23 % de los pacientes atendidos no sabe o no responde acerca de su orientación sexual.

Tabla 12.
Categorías Principales CIE-10 y la identidad de género en pacientes atendidos en Macará y Huaquillas en el período 2018-2020

Variable	Masculino	Femenino	Transmasculino / Transfemenino	No sabe / no responde	Total
Categorías Principales (CIE-10)	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	36	14	N/A	177	227
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes	14	17	1	202	234
F30-F39 Trastornos del Humor	30	73	N/A	137	240
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	69	76	N/A	283	428
F70-F79 Retraso mental	14	12	10	222	258

Nota: *f* = frecuencia

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias
 Elaborado por: Omayck Fernando Valarezo Bravo

Análisis. En la tabla 12 en donde se indica la Categorías Principales (CIE-10) y la identidad de género del paciente se encuentra que el 10,6 % se identifica como hombre, el 12,5 % como mujeres, 0,7 % como transmasculino y transfemenino. Por último, el 76,2 no sabe o no responde acerca de su identidad de género.

Anexo 6. Prueba fotográfica correspondiente al cantón Macará al ultimo Hospital Básico de Macará y Anidado de Macará



Centro de Salud – Fronteras Saludables



Anexo 7. Prueba fotográfica correspondiente al cantón Huaquillas

Hospital Básico de Huaquillas





Centro de Salud Tipo A “18 de noviembre”



Unidad de Atención Ambulatoria IESS
Huaquillas



Centro de Salud La Paz



Anexo 8. Proyecto de investigación



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

PROYECTO DE Titulación:

Principales Trastornos Mentales en ecuatorianos y extranjeros residentes en la zona fronteriza de Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020.

AUTOR:

Omayck Fernando Valarezo Bravo.

OCTUBRE 2021

LOJA – ECUADOR

a. Tema:

Principales Trastornos Mentales en ecuatorianos y extranjeros residentes en la zona
fronteriza de Macará y Huaquillas durante el periodo 2018-2020.

b. Problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Además, menciona a la salud mental algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (OMS, 2018). De igual manera, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) la define como un estado de bienestar en el cual el individuo: puede afrontar las dificultades normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, es consciente de sus propias capacidades y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental ha tomado gran relevancia dado que en los últimos años las enfermedades mentales han venido tomando importancia a nivel económico, social, y de salud. En el año 2002 las enfermedades mentales solo explicaban el 1% de las muertes en el mundo, responsables del 13% de la carga global de las enfermedades y del 28% de los años vividos con discapacidad (Vicente et al., 2016). Por otro lado, el Ministerio de Salud de Chile menciona que los trastornos neuropsiquiátricos representan un 30 % en aquel país, mientras que en América Latina y el Caribe corresponde de un 15 al 25%. Por su lado, Estados Unidos y Canadá tendrían un 30,9% y 33,9%, África tiene un 5% y Europa aproximadamente un 20% (Ministerio de Salud Pública, 2008). Por otro lado, Gómez-Restrepo et al., (2021) nos refiere que en Colombia el 12,25% sufría trastornos y el 30,2% problemas. Del total de personas con trastornos y problemas, el 7,9% se autorreconoció con ellos.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) (2020), describir de donde son los datos estima que los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el

suicidio (MNSS) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad y el 36% de todos los años vividos con discapacidad. Los trastornos MNSS hasta los 5 años ocupan un 57% en epilepsia, 37% con trastornos generalizados del desarrollo que presentan mayor incidencia. Entre los 5 y 15 años, los trastornos de conducta del comportamiento ocupan un 18%, los trastornos neuróticos un 16%, y dolores de cabeza con un 15%. En grupos de personas de alrededor de los 20 años de edad surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: los trastornos comunes (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfe) representan el 42% de la carga, los dolores de cabeza el 19%, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas el 17% (12% debido al alcohol) y los trastornos por Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes alrededor del 8%. Los adultos mayores sufren principalmente trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos como la enfermedad de Alzheimer, que supera el 50% de la carga hacia los 80 años y se sitúa por encima del 70% después de los 90 años.

Por lo tanto, es de vital importancia conocer los índices de enfermedades mentales en nuestro país en especial sobre zonas fronterizas, dado que la inmigración a nivel psicológico tiene gran relevancia, por ejemplo, la aculturación incluye aspectos como las actitudes y valores, la adquisición de nuevas habilidades sociales y normas, los cambios en referencia a la pertenencia a un grupo y el ajuste o adaptación a un ambiente diferente. Cuando estas demandas exceden las capacidades de los inmigrantes surge el estrés por aculturación, el cual guarda relación con alteraciones a nivel psicológico, los más comunes son la presencia de trastornos de ansiedad y depresión, aumento de trastornos psicósomáticos y confusión de identidad (Urzúa M et al., 2016).

La psicopatología de la población inmigrante puede ser clasificada bajo lo siguiente: según los cuadros psicopatológicos predomina la tríada depresión-paranoia-somatización; el momento de aparición pueden clasificarse en primarios y terciarios según aparezcan al poco tiempo de producirse la migración o más tardíamente; la evolución los cuadros pueden clasificarse en agudos o crónicos, de acuerdo con su duración (Peyrí & Hartman, 2007).

En 2012 el monto total para salud fue de 1 881 061 107 millones de dólares, de los cuales sólo el 0,44% (8 308 210 millones de dólares) se asignaron para las acciones de salud mental; de esta cantidad, el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos. Esta tendencia se mantuvo en 2014, donde sólo el 1.46% del presupuesto en salud fue destinado a la salud mental, siendo casi la mitad de este monto invertido en hospitales psiquiátricos (Baena, 2018). Por lo que, es necesario evidenciar la problemática existente para que las autoridades puedan dar solución y se empleen más recursos a la salud mental de la población ecuatoriana e inmigrantes en el Ecuador.

1. Formulación del problema

Dicho anteriormente, los datos informativos y considerando a los trastornos mentales como un factor relevante dentro de las poblaciones generales, la descripción, el análisis de variables y los resultados que se obtengan servirán como un aporte sustancial a la investigación científica dentro de la población fronteriza de Macará y Huaquillas.

¿Cuán alta es la prevalencia de trastornos mentales en los cantones de Macará y Huaquillas en el periodo 2018-2020 y cuál es el trastorno mental con mayor incidencia en estas poblaciones?

2. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el trastorno mental que se presenta con mayor incidencia en la zona fronteriza de Macará y Huaquillas?
- ¿Cuáles son las variables que se relacionan con los principales trastornos mentales en las zonas mencionadas?

c. Justificación

Al ser los trastornos mentales muy prevalentes dentro de la población mundial, y al generar discapacidad en las diferentes esferas de desenvolvimiento como: la familia, el trabajo, la salud física, la academia, etc., es un problema de salud pública el identificar y generar planes de acción enfocados a la prevención de los trastornos mentales. Además, los trastornos mentales incrementan el riesgo de padecer otras enfermedades y son un factor que predispone a lesiones ocasionadas directamente o indirectamente.

Dentro de Ecuador existen pocos estudios epidemiológicos realizados en las zonas fronterizas, por lo que, esta investigación viene a contribuir significativamente a la población ecuatoriana.

Es por esto, que la presente investigación tendrá como objetivo principal el describir los trastornos mentales con más incidencia dentro de las zonas fronterizas como son los cantones de Macará y Huaquillas, así como su relación con otras variables como son: el sexo, la edad, la nacionalidad, etc.

Los resultados que se obtengan servirán como base para futuras investigaciones, así como desarrollar planes de acción y proyectos de vinculación, de prevención y de promoción de la salud mental en la comunidad.

El presente trabajo de investigación está dentro de la categoría “Salud Pública y Epidemiología: Detección y diagnóstico de trastornos mentales y factores de riesgo y protección en la comunidad” que corresponde a una de las líneas de investigación de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. Este trabajo de investigación cuenta con suficientes recursos bibliográficos, será financiado por el Proyecto PROSALUD FRONTERA SUR, además de ser un tema de relevancia social.

d. Objetivos

4.1 Objetivo General

Describir los principales trastornos mentales en ecuatorianos y extranjeros residentes en la zona fronteriza de Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020.

4.2 Objetivos Específicos

- Analizar y describir la prevalencia de los principales trastornos mentales en ecuatorianos y extranjeros de los cantones Macará y Huaquillas en el periodo 2018-2020.
- Determinar relaciones entre variables sociodemográficas entre la población a estudiar y los principales trastornos mentales existentes en los cantones de Macará y Huaquillas en el periodo 2018-2020.

e. Metodología

El presente estudio de investigación se realizará con un diseño longitudinal de tipo no experimental descriptivo. Además, intentará describir las diversas variables a través del tiempo sobre las enfermedades mentales más prevalentes. El enfoque del estudio es cuantitativo ya que se utiliza la recolección y filtrado de los datos para la realización de los análisis estadísticos.

5.1 Tipo de investigación

La presente investigación tendrá un enfoque de tipo cuantitativo y de corte longitudinal retrospectivo.

5.1.1 Cuantitativa. Los datos que se obtenga serán analizados de forma numérica apoyándose en la estadística y tabulación.

5.1.2 Longitudinal. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

5.2 Área de estudio.

La presente investigación tendrá lugar en el cantón de Macara de la provincia de Loja y en el cantón de Huaquillas de la provincia de El Oro, en donde, se utilizarán los datos de los centros de salud y hospitales de aquellas zonas en atenciones con pacientes en el área de psicología, psiquiatría y medicina familiar en el periodo 2018-2020.

Las casas de salud dentro del cantón de Macará son:

- Hospital Básico de Macará
- Centro de Salud Tipo A “Fronteras Saludables”
- Unidad Anidada Macará

Las casas de Salud dentro del cantón de Huaquillas son:

- IESS – Centro de Salud B – Huaquillas
- Centro de Salud “La Paz”
- Centro de Salud Tipo A “18 de noviembre”
- Hospital Básico de Huaquillas

5.3 Población y muestra

5.3.1 Población. La población de la presente investigación tendrá como referencia a pacientes entre los 0 a 100 años de edad que han sido fijados con un diagnóstico definitivo en referencia a la Clasificación de Enfermedades Mentales de la CIE-10 (OMS, 1992) en las diversas casas de salud de los cantones de Macará y Huaquillas en el periodo 2018-2020.

5.3.2 Muestra. A través del muestreo no probabilístico la población quedó conformada por 1039 personas correspondiente al cantón Huaquillas y 820 personas correspondiente al cantón Macará, dando un total de la muestra de 1859 personas que han recibido un diagnóstico definitivo con un trastorno mental en las diversas casas de salud en los cantones antes mencionados en los años 2018, 2019 y 2020.

5.4 Criterios de inclusión y criterios de exclusión

5.4.1 Criterios de inclusión: Participan en el estudio:

- Pacientes de entre 0 y 100 años de ambos sexos, que hayan asistido a un Subcentro de Salud, Centro de Salud, y Hospital dentro de los cantones de Macará y Huaquillas (zonas de estudio) de manera voluntaria y hayan recibido un diagnóstico definitivo dentro de la Clasificación de Enfermedades Mentales CIE-10 (OMS, 1992) realizado por un profesional en el área de la salud.
- Pacientes ingresados en la base de datos RDACAA (información de extranjeros y variables que usan) proporcionada por el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Pacientes que han asistido a consulta externa en los diferentes centros de salud de los cantones de Macará y Huaquillas.

5.4.2 Criterios de exclusión: No participan en este estudio:

- Pacientes que no cuenten con alguna variable (nacionalidad, sexo, edad, año de atención).

5.5 Operacionalización de las variables

5.5.1 Variable Independiente: pacientes

5.5.2 Variable dependiente: categoría diagnóstica de trastornos mentales codificados en la CIE-10.

5.6 Equipos y materiales

Para el presente estudio se utilizará computadora, base de datos, celular, impresora, internet.

5.7 Instrumentos de recolección de datos

En esta investigación no se contará con métodos de recolección de información dado que se utilizará la base de datos otorgada por medio del Proyecto de Prosalud Frontera Sur a través del Ministerio de Salud Pública y la Coordinación Zonal 7, en donde, no compromete la identidad e integridad de los pacientes en donde se omitirá la información acerca de los datos de identificación. En este tipo de investigación no se utilizará el consentimiento informado, por lo que, se firmará un acta de confidencialidad de los datos a utilizar.

5.8 Datos y variables a utilizar

Las variables a utilizar son las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Año de Atención
- Nacionalidad

- Códigos CIE 10 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; Trastornos del Humor; Retraso mental; Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes; y Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas).

- Categoría diagnóstica

5.9 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Luego de haber recolectado la información, los datos serán tabulados, evaluados, procesados y codificados en una hoja de cálculo y mediante el programa estadístico SPSS.

5.10 Fuentes de información

En la presente investigación se usarán varias las siguientes fuentes de información de acuerdo a Flores et al., (2013):

5.10.1 Primarias.

Análisis de datos.

5.10.2 Secundarias.

Artículos de revisión, estudios previos, informes que interpretan otros trabajos o investigaciones.

5.11 Procedimiento

5.11.1 Primera Etapa

- Contactar a los dirigentes del proyecto de PROSALUD FRONTERA SUR para que se contacten con el MSP para que nos faciliten la base de datos sobre las atenciones médicas en Macará y Huaquillas desde el año 2018 al 2020.

5.11.2 Segunda Etapa

- Filtrar la información de las bases de datos con la variable que se van a utilizar en Excel.
- La información filtrada en la base de datos en Excel se procederá a trasladar al software estadístico para realizar los análisis correspondientes.
- Se realizará la tabulación y un análisis tanto estadístico como descriptivo para la realización de resultados.
- Realizar la revisión bibliográfica sobre el tema a investigar.

5.11.3 Tercera Etapa

- Se realizará la redacción de los resultados y la discusión.
- Se presentará el primer borrador del proyecto de tesis.

Metodología por objetivos

Primer Objetivo. Para el cumplimiento de este primer objetivo “Describir los principales trastornos mentales en ecuatorianos y extranjeros residentes en la zona fronteriza de Macará y Huaquillas correspondiente al período 2018-2020” se va a utilizar la base de datos RDACCA

Segundo Objetivo. Así mismo, para lograr el segundo objetivo que busca analizar y describir la prevalencia de los trastornos mentales se lo realizará mediante estadística descriptiva en donde se va a utilizar el programa de Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS.

Tercer Objetivo. Por último, para alcanzar este objetivo en donde se presente determinar las relaciones entre variables sociodemográficas entre la población a estudiar y los trastornos mentales existentes en los cantones de Macará y Huaquillas en el período 2018-

2020, se lo realizará mediante pruebas estadísticas de Correlación Pearson mediante el programa estadístico SPSS.

g. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Pasaje de bus a Huaquillas	2	15	30,00
	Pasaje de bus a Macará	2	10	20,00
			Sub total	50,00
RECURSOS HUMANOS				
Investigador (estudiante)	Persona	1	--	--
Docente	Persona	1	--	--
Director de tesis	Persona	1	--	--
Representante del proyecto de Prosalud Frontera Sur	Persona	--	--	--
			Sub total	--
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resma	1	4,00	4,00
Esferos y lápices	-	10	0,50	5,00
Impresiones a blanco/negro	-	1000	0,05	50,00
Empastado del trabajo final	1	1	50,00	50,00
			Sub total	109,00
EQUIPOS				
			TOTAL	159,00