

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

**CARRERA
PSICOLOGÍA**

TESIS:

**PREVIA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CON MENCIÓN
CLÍNICA.**

TEMA:

**“ANÁLISIS SITUACIONAL Y DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE
DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE 38 PACIENTES DEL AÑO 2012 A LA
ACTUALIDAD POR PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA”**

AUTORAS:

**KATHERINE BELÉN ESTRELLA VIANA
KATHERINE SAMANTA ITURRALDE LOZADA**

TUTOR:

EDUARDO ALFONSO BRAVO MONCAYO

Quito, octubre 2020

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Nosotras **Katherine Belén Estrella Viana** con documento de identificación N.º **1723446744** y **Katherine Samanta Iturralde Lozada** con documento de identificación N.º **1715138739**, manifestamos nuestra voluntad y cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autoras del trabajo de titulación intitulado: **“Análisis Situacional y Descriptivo del Proceso de Desinstitucionalización de 38 Pacientes del Año 2012 a la Actualidad por Parte del Equipo Multidisciplinario del Hospital Psiquiátrico Julio Endara”**, mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicólogas, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



.....

Katherine Belén Estrella Viana
1723446744
Octubre, 2020



.....

Katherine Samanta Iturralde Lozada
1715138739
Octubre, 2020

DECLARATORIA DE COAUTORÍA DEL DOCENTE TUTOR/A

Yo **Alfonso Eduardo Bravo Moncayo** declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el Trabajo de Titulación práctica de investigación, “**Análisis Situacional y Descriptivo del Proceso de Desinstitucionalización de 38 Pacientes del Año 2012 a la Actualidad por Parte del Equipo Multidisciplinario del Hospital Psiquiátrico Julio Endara**” realizado por **Katherine Belén Estrella Viana** y **Katherine Samanta Iturralde Lozada**, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, octubre 2020



.....

Eduardo Alfonso Bravo Moncayo

1801683507

CARTA DE AUTORIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Quito, martes 30 de junio 2020

**Señor
Gino Grondona
Director Carrera Psicología
Universidad Politécnica Salesiana
Presente**

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, me permito informar a usted que la Señorita KATHERINE SAMANTA ITURRALDE LOZADA con número de cédula 171513873-9, estudiante de la Carrera de Psicología, se encuentra realizando su proyecto de tesis en nuestra institución HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA, mismo que fue aprobado por el Sr. Gerente Dr. Carlos Tobar.

De igual manera, debo informarle que, en calidad de Representante Legal de dicha institución, autorizo el desarrollo del proyecto, el uso de información y publicación del trabajo de titulación: ANÁLISIS SITUACIONAL Y DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE 38 PACIENTES DEL AÑO 2012 A LA ACTUALIDAD POR PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA.

Por la atención que dé a la presente, quedo de usted,

Atentamente,

Ec. Sylvia Simba

CI: 1709510430

Representante Legal del Hospital Psiquiátrico Julio Endara



Quito, martes 30 de junio 2020

**Señor
Gino Grondona
Director Carrera Psicología
Universidad Politécnica Salesiana
Presente**

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, me permito informar a usted que la Señorita KATHERINE BELÉN ESTRELLA VIANA, estudiante de la Carrera de Psicología y cédula de identidad 1723446744, se encuentra realizando su proyecto de tesis en nuestra institución HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA, mismo que fue aprobado por el Sr. Gerente Dr. Carlos Tobar.

De igual manera, debo informarle que, en calidad de Representante Legal de dicha institución, autorizo el desarrollo del proyecto, el uso de información y publicación del trabajo de titulación: ANÁLISIS SITUACIONAL Y DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE 38 PACIENTES DEL AÑO 2012 A LA ACTUALIDAD POR PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA.

Por la atención que dé a la presente, quedo de usted,

Atentamente,

Ec. Sylvia Simba

CI: 1709510430

Representante Legal del Hospital Psiquiátrico Julio Endara

DEDICATORIA

A mis padres Juan Carlos, Margarita y a mi abuelita María Josefa por el amor, la dedicación y la guía a lo largo de mi vida, permitiéndome alcanzar mis objetivos. A Samanta por el esfuerzo y apoyo incondicional y constante para alcanzar nuestra meta.

Belén Estrella.

A mis padres Lucía, Hugo y a mi abuelita Gloria que con su amor, trabajo y sacrificio me han apoyado en cada momento de mi vida y gracias a ustedes he podido lograr mis metas, es un orgullo para mi ser su hija y tenerlos como ejemplo. También a mi gran amiga Belén que con mucho amor y esfuerzo logramos cumplir nuestro objetivo.

Samanta Iturralde.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis hermanas por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. A Sandra por su amor y apoyo en cada meta y sueño que he logrado alcanzar. A todos quienes formaron parte de este proyecto, especialmente a mi gran amiga Samanta Iturralde por haberme acompañado lealmente durante estos cinco años de carrera, por tus grandes manifestaciones de afecto y por haber crecido de la mano como mujeres y profesionales. Y sobre todo a mi mejor amiga Amy Granda por ser una persona extraordinaria, por cada momento que hemos compartido, por ser mi apoyo y mi fortaleza en cada paso de mi vida.

Belén Estrella.

Agradezco a mi familia y amigos que nos han apoyado en este trabajo, a mi mejor amiga Nathalia Estrella que me ha brindado su amor y apoyo incondicional en cada momento de mi vida, te agradezco no solo por la ayuda brindada, sino por los buenos momentos que hemos compartido. A mi amiga Belén Estrella, por haberme permitido trabajar contigo, compartir alegrías y dificultades, por todo este tiempo desde el inicio de nuestra carrera y sobre todo por tu apoyo que me sirvió de aliento y poder culminar nuestra carrea.

Samanta Iturralde.

ÍNDICE

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Justificación.....	11
1.2. Relevancia.....	12
2. Objetivos	14
2.1.1. Objetivo General.....	14
2.1.2. Objetivos Específicos	14
3. Marco Conceptual.....	15
3.1.1. Constitución de la República del Ecuador	26
3.1.2. Ley Orgánica de Salud.....	27
3.1.3. Ley Orgánica De Discapacidades	28
3.1.4. MAIS – FCI.....	28
4. Dimensiones.....	29
4.1. Desinstitucionalización.....	29
4.2. Reinserción	29
5. Supuestos.....	30
6. Marco Metodológico.....	30
6.1. Perspectiva metodológica.....	30
6.2. Diseño de investigación.....	31
6.3. Tipo de investigación.....	31
6.4. Instrumentos y técnicas de Producción de datos	32
6.5. Plan de análisis	33
6.5.1. Recolección de datos.....	33
6.5.2. Revisión de datos	33
6.5.3. Organización de datos e información.....	33
6.5.4. Preparación de datos para el análisis	33
6.5.5. Codificación abierta de las unidades: primer nivel	34
7. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
7.1. Población	34
7.2. Tipo de muestra	35
7.3. Criterios de la muestra.....	35
7.4. Fundamentación de la muestra	35

7.5.	Muestra	35
8.	DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS PRODUCIDOS	36
9.	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DESCRIPTIVOS	38
9.1.	Modelo de Atención Integral de Salud Mental.....	38
9.1.1.	Modelo Comunitario	38
9.1.2.	Plan Estratégico Nacional de Salud Mental	42
9.1.3.	Creación de una Ley de Salud Mental	44
9.1.4.	Ausencia de Interés Político.....	46
9.1.5.	Presupuesto	48
9.2.	Consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas.....	50
9.2.1.	Política basada en consumo problemático de drogas	50
9.2.2.	Rehabilitación del consumo problemático de drogas.....	51
9.3.	Sistema Público de Salud Mental	52
9.3.1.	Red de Servicio de Salud Mental	52
9.3.2.	Niveles de Atención	55
9.3.3.	Ausencia de Servicios de Salud Mental	57
9.3.4.	Carencia de Servicios de Salud Mental.....	59
9.3.5.	Deficiente Promoción de Salud Mental	64
9.4.	Guía de Reinserción de Pacientes crónicos del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.....	66
9.4.1.	Transinstitucionalización	66
9.4.2.	Etapa 1.....	68
9.4.3.	Etapa 2.....	73
9.4.4.	Etapa 3.....	78
9.5.	Desinstitucionalización en Argentina y Brasil.....	84
9.5.1.	Argentina.....	84
9.5.2.	Brasil	85
10.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	86
10.1.	Evolución del modelo comunitario	86
10.2.	La Salud Mental en el Sistema de Salud Pública.....	89
10.3.	Salud mental y consumo problemático de drogas.....	93
10.4.	Red de servicios a personas con sufrimiento mental	95
10.5.	Guía de Reinserción de Pacientes Crónicos del HPJE.....	98
10.5.1.	Etapa 1	100
10.5.2.	Etapa 2.....	101

10.5.3.	Etapa 3.....	102
11.	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	103
12.	CONCLUSIONES	111
13.	RECOMENDACIONES	118
	Referencias.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Pacientes del Hospital Psiquiátrico Julio Endara	34
Tabla 2	Personal Necesario para Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Social ..	34
Tabla 3	Entrevista Modelo Comunitario	41
Tabla 4	Lineamiento Estratégico 2.....	43
Tabla 5	Entrevista PENSM	44
Tabla 6	Entrevista Creación de la Ley de Salud Mental	45
Tabla 7	Entrevista Ausencia de Interés Político.....	47
Tabla 8	Entrevista Presupuesto de Salud Mental	48
Tabla 9	Entrevistas Presupuesto.....	49
Tabla 10	Entrevistas Política basada en consumo problemático de drogas	50
Tabla 11	Entrevistas Rehabilitación del consumo problemático de drogas	51
Tabla 12	Entrevistas Red de Servicio de Salud Mental	53
Tabla 13	Niveles de Atención	55
Tabla 14	Entrevista Niveles de Atención	57
Tabla 15	Entrevistas CAPS	58
Tabla 16	Entrevistas Carencia de Servicios de Salud Mental	59
Tabla 17	Entrevista Territorialidad	60
Tabla 18	Entrevistas Unidades Residenciales	62
Tabla 19	Residencias Transitorias.....	62
Tabla 20	Entrevistas Centros Ambulatorios.....	64
Tabla 21	Entrevistas Deficiente Promoción de Salud Mental.....	64
Tabla 22	Entrevistas Escasa Información	65
Tabla 23	Propósito y Objetivos de la Guía de Reinserción de Pacientes Crónicos del HPJE.....	66
Tabla 24	Entrevistas Transinstitucionalización.....	67
Tabla 25	Etapas 1: Selección de Usuarios	68
Tabla 26	Entrevista Etapa 1	71
Tabla 27	Entrevistas Equipo Multidisciplinario.....	73
Tabla 28	Etapas 2: Preparación para la Reinserción.....	73
Tabla 29	Entrevistas Etapa 2.....	75
Tabla 30	Entrevistas Sensibilización.....	77
Tabla 31	Etapas 3: Externación y Seguimiento	78
Tabla 32	Entrevistas Etapa 3	80
Tabla 33	Entrevistas Resultados	82
Tabla 34	Cuadro comparativo básico de salud mental.....	84
Tabla 35	Entrevistas Argentina	84
Tabla 36	Entrevista Brasil	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Niveles de Atención en el Sistema de Salud Mental	56
Figura 2 CAPS	58
Figura 3 Equipo Multidisciplinario.....	72
Figura 4: Pasos de acercamiento y reinserción a su nuevo entorno.....	79
Figura 5 Modelo Argentino: Estructura Organizacional y Trayectos del Paciente... 85	
Figura 6 Modelo Brasileiro: Estructura Organizacional y Trayectos del Paciente	86

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Entrevistas Profesionales del MSP	119
Anexo 2 Consentimiento Informado.....	120
Anexo 3 Entrevistas a Profesionales del HPJE	121
Anexo 4 Matriz de recolección de datos obtenidos de la Historia Clínica	122
Anexo 5 Registro de asistencia a reunión con familiares	123
Anexo 6 Acta de Compromiso con los Familiares de los Pacientes	124

RESUMEN

La presente investigación describe cómo se realizó el proceso de desinstitucionalización de 38 pacientes por parte del equipo multidisciplinario del HPJE desde el año 2012, tomando en cuenta el marco legal que permite el desarrollo de la guía de reinserción social, la cual, detalla específicamente etapas, fases y actividades que el usuario debe superar para llegar a la externación definitiva. Igualmente, el rol fundamental que cumple cada miembro del equipo multidisciplinario para entrenar al paciente y a su vez psicoeducar y sensibilizar a la familia en el manejo de recaídas, posibilitando el contacto con una red de servicios de salud mental comunitaria, sensibilizada y dispuesta a asegurar el sostenimiento del proceso. Se procederá a describir los obstáculos que implica contar solamente con modelos teóricos creados en el año 2014 que permanecen vigentes hasta la actualidad, dado que, no existe la adecuada contratación de recursos humanos capacitados por falta de presupuesto que, a su vez, impide dar paso a la creación de dispositivos comunitarios como CAPS y unidades residenciales necesarias para alcanzar la desinstitucionalización. Además, se podrá evidenciar cómo el país se ha enfocado con mayor esmero a proporcionar espacios que brinden rehabilitación a personas con consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, así como, la ausencia de interés político en impulsar políticas de salud mental que beneficien a este grupo minoritario. Estos datos serán secundados por profesionales de la salud mental que han desarrollado sus carreras laborales en el ámbito público y que fueron entrevistados para complementar esta investigación.

ABSTRACT

The present research consists of describing how the deinstitutionalization process of 38 patients was carried out by the multidisciplinary team of the Julio Endara Psychiatric Hospital since 2012, taking into account the legal framework that allows the development of the social reintegration guide which details specifically the stages, phases and activities that the user must overcome to reach the final discharge. Likewise, the fundamental role that each member of the multidisciplinary team fulfills to train the patient and in turn psychoeducate and sensitize the family in the management of relapses, enabling contact with a network of community mental health services, sensitized and willing to ensure the sustaining the process. We will proceed to describe the obstacles implied by having only theoretical models created in 2014 that remain in force to date, given that there is no adequate hiring of trained human resources due to lack of budget, which, in turn, prevents us from giving way to the creation of community devices such as CAPS and residential units necessary to achieve deinstitutionalization. In addition, it will be possible to show how the country has focused with greater care in providing spaces that provide rehabilitation to people with problematic consumption of alcohol, tobacco and other drugs, as well as the absence of political interest in promoting mental health policies that benefit this minority group. These data will be supported by mental health professionals who have developed their careers in the public sphere and who were interviewed to complement this research.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación comprende el análisis situacional y descriptivo del proceso de desinstitucionalización de 38 pacientes con diagnóstico de trastorno mental severo, quienes han permanecido confinados en una institución psiquiátrica por más de 20 años, dicho proceso se inicia desde el año 2012 y lo realiza la brigada de reinserción de Hospital Psiquiátrico Julio Endara, en conjunto con los familiares de los usuarios y con la red de salud mental del país que se encarga del sostenimiento del proceso después de la externación.

Debemos tener presente que el HPJE fue creado con un enfoque comunitario que, por situaciones de transición sanitaria, se responsabilizó de los pacientes institucionalizados que residían en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, debido a que este cerró sus puertas brindando únicamente atención ambulatoria. A partir de esta transinstitucionalización, el HPJE contaba con 100 pacientes con trastorno mental severo en sus instalaciones, por ello, en el 2012 se inicia el proceso de reinserción social, por medio de una búsqueda activa de familiares.

Para describir el proceso de desinstitucionalización es necesario conocer que el país se encuentra en un proceso de transición del modelo hospitalocéntrico hacia un modelo comunitario que promueve una atención integral, enfocándose en la persona a nivel biopsicosocial. Existen dos documentos emitidos por el Ministerio de Salud Pública que son, el Modelo de Atención de Salud Mental en el marco del MAIS – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI) (2012) y el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PENSM) (2014), los cuales tienen como fin la incorporación de la salud mental comunitaria en el desarrollo de planes locales, es así que, uno de los lineamientos estratégicos del PENSM (2014) se enfoca en fortalecer

los servicios de salud mental, orientándolos hacia la atención primaria para generar condiciones que favorezcan el proceso de desinstitucionalización.

A diferencia de los lineamientos teóricos, a nivel práctico existen varios obstáculos que no permiten una desinstitucionalización exitosa, el no contar con una red de servicios de salud mental que pueda brindar sostenimiento oportuno para la continuación del tratamiento, puede resultar en reingresos de los usuarios a la institución psiquiátrica. A pesar de ello, el HPJE realizó una guía de reinserción “Lineamientos operativos para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública” (2018) que detalla las etapas, fases y actividades que establecerán las condiciones necesarias a nivel individual, familiar y de redes para llevar a cabo la externación definitiva de los 38 usuarios.

La rehabilitación psicosocial es fundamental para que se produzca una reinserción exitosa, cubrir todos los niveles en los cuales el usuario se va a desarrollar posteriormente a su externación, le permite contar con las habilidades autónomas necesarias para realizar actividades de la vida diaria y mantener una comunicación asertiva con su familia y su entorno. Por ello, es importante la psicoeducación y sensibilización de la familia para que pueda manejar satisfactoriamente la condición clínica, apoyándolo en el tratamiento y en la reinserción.

Partiendo de la ausencia de una ley de salud mental en el país se evidenciarán los amplios vacíos legales que impiden contar con un presupuesto específico para la construcción de centros de atención psicosocial y unidades residenciales a nivel nacional, así como, el abastecimiento de personal y suministros médicos que permitan

ofrecer una atención integral y dar continuidad a proceso de rehabilitación psicosocial y desinstitucionalización.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel país existen cinco hospitales psiquiátricos distribuidos en Quito, Guayaquil y Cuenca, de los tres que se encuentran ubicados en la ciudad de Quito, el Hospital San Lázaro cerró sus puertas, ofreciendo así solo un servicio ambulatorio, los pacientes que residían allí fueron trasladados al Hospital Psiquiátrico Julio Endara (HPJE) (OPS, OMS, MSP, 2015).

Debido a la modernización del tratamiento psiquiátrico nacional, en julio de 1953 se inauguró el entonces “Hospital Psiquiátrico de Conocoto”, el cual posteriormente sería denominado “Hospital Psiquiátrico Julio Endara”. En la actualidad, y debido a la normativa vigente, el nombre del hospital es el de “Hospital Especializado Julio Endara”, que corresponde a un hospital especializado en salud mental de tercer nivel de atención. (Hospital Especializado Julio Endara, 2018, pág. 18).

Durante el año 2017 se presentó el “Plan de Acción e Intervención del Hospital Psiquiátrico Julio Endara” a la Sra. Ministra de Salud. En dicho plan se contemplan tres ámbitos prioritarios de intervención: fortalecimiento de la atención integral en salud mental comunitaria, externación asistida a los pacientes residentes en el Hospital Especializado Julio Endara y transición del Hospital Especializado Julio Endara y del Centro de Atención Ambulatoria Especializado en Salud Mental San Lázaro. (Hospital Especializado Julio Endara, 2018, pág.6).

Según el “Plan de Acción e Intervención del Hospital Psiquiátrico Julio Endara” (2017) citado en (Propuesta para la Modernización y Reforma del Hospital Especializado en Salud Mental Julio Endara, 2018), plantea dos puntos importantes que promueven hasta la actualidad el ejercicio de un enfoque comunitario en la

prestación de servicios de salud mental; dentro del punto 5.1 refieren el fortalecimiento de atención integral dentro del primer nivel, tomando en cuenta la participación familiar y comunitaria de pacientes institucionalizados, tanto en modalidades ambulatorias como en unidades hospitalarias. El punto 5.2 tiene como fin la externación asistida de los usuarios institucionalizados en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

Entonces, el HPJE es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención, capacitado en resolver problemas de salud mental de alta complejidad, desde el año 2018 busca una transformación que implica un enfoque comunitario; es decir, centrarse en la persona más que en el diagnóstico, enfocándose principalmente en la rehabilitación psicosocial y la reinserción social (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En 1990 la Declaración de Caracas propone la reestructuración de la atención en salud mental a nivel de Latinoamérica, priorizando modelos centrados en la comunidad que beneficia al paciente dentro de su entorno, respetando sus derechos humanos y civiles, evitando así, el aislamiento y la discapacidad social (OMS, OPS, 1990). El Ecuador cuenta con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (2012), donde se especifican los lineamientos generales que plantean la inscripción del país dentro de la salud comunitaria, promoviendo la elaboración de planes en los servicios de salud.

En Ecuador no existe una ley de salud mental, sin embargo, se ha progresado en los lineamientos que aseguran una respuesta adecuada de los sistemas de atención en salud mental, proporcionando servicios integrales y de calidad en el ámbito comunitario. Con el fin de romper el sistema custodio manicomial, que no permite una reinserción exitosa posterior al aislamiento, ya que institucionaliza al enfermo mental,

aislándolo afectivamente de sus redes y considerándolo un ente no productivo para la comunidad; se inicia la reducción de hospitales psiquiátricos, y se presenta una nueva perspectiva en el HPJE; una transformación del hospital hacia una comunidad terapéutica (MSP, 2012).

El sistema de salud mental abarca dos distintos planes de intervención según el caso atendido, el primero es la asistencia ambulatoria y el segundo es la internación. La internación de un paciente se lleva a cabo cuando presenta condiciones clínicas en fases agudas, ya que, necesitan estar bajo la supervisión de personal capacitado en salud mental, desplegándose así un servicio multidisciplinario que tiene como objetivo estabilizar al paciente, procurando que esta internación sea de corta estancia, brindando servicios de atención ambulatoria que prevengan reingresos, la que consiste en programar citas médicas con diferentes especialidades para evaluar el progreso del paciente y su adherencia al tratamiento (Hospital Especializado Julio Endara, 2019).

Dentro del HPJE el proceso de transición se encuentra en una etapa inicial, un ejemplo de ello es el paso de los usuarios por “residencia transitoria” durante su permanencia en el hospital, los pacientes que han superado su fase aguda y que cumplen determinados requisitos se trasladan de servicio, en la residencia tienen mayor autonomía, conviven con otros pacientes creando vínculos sociales, organizan tareas creando una cotidianidad que pondrán en práctica cuando salgan del hospital (MSP, 2018).

En el HPJE existen 78 pacientes institucionalizados, de los cuales 14 son inimputables y 64 residen allí por motivos extraños al marco legal, el primer grupo se encuentra en un servicio asignado para inimputables y el segundo cuenta con dos residencias permanentes, una para personas con menor grado de dependencia y

discapacidad y otro para aquellas con mayor nivel de dependencia y discapacidad (HPJE, 2020).

Los 64 pacientes que residen en el hospital, no cuentan con redes familiares ni sociales, para poder iniciar un proceso de desinstitucionalización, por tal motivo, las residencias en donde viven tienen una apariencia física lo más cercana al aspecto de un hogar y los planes de intervención están enfocados en la prevalencia de habilidades cognitivas y sociales, mientras que la atención médica general está enfocada en aliviar sus malestares fisiológicos (HPJE, 2020).

Los 14 pacientes denominados inimputables, debido a un dictamen jurídico han sido institucionalizados para la superación de su perturbación y su futura inclusión social, para ello se lleva a cabo un informe psicológico, psiquiátrico y social previo, que respaldan la atención y duración de la misma que le será brindada dentro del HPJE (Hospital Especializado Julio Endara, 2019).

Es preciso mencionar que el proceso de reinserción social en estos pacientes depende de la agilidad judicial, del abogado que lleve el caso del paciente y de la revisión oportuna de los informes previamente mencionados que continuamente son enviados por la institución, no obstante, la carencia de un sistema funcional para inimputables resulta en una tardada reinserción social que sale de las manos del personal de la salud mental del HPJE (Hospital Especializado Julio Endara, 2019).

Como se puede evidenciar dentro del HPJE existe una población considerable de personas institucionalizadas, que carecen de redes familiares y sociales que les permitan reinsertarse en la sociedad, a pesar de ello, lo significativo que resulta para un usuario salir de la institución da cabida a que se busque activamente contactos familiares que permitan alcanzar un proceso de desinstitucionalización.

Según el Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (2012), establece la desinstitucionalización de la enfermedad mental, como un proceso en el que las personas con enfermedades mentales no permanezcan confinadas en instituciones psiquiátricas, sino que reciban una atención digna e integrada en la sociedad. Sin embargo, se aclara que, para lograr la desinstitucionalización, es necesario la creación de una red de servicios sustitutivos adecuada, la equiparación del paciente en salud mental con el resto, el incremento de servicios de rehabilitación y reinserción, el fortalecimiento de la participación comunitaria y el aumento de los recursos para la salud a nivel comunitario (pág. 41).

La desinstitucionalización es un proceso complejo y continuo, que inicia dentro de la misma institución con la rehabilitación psicosocial, por ello, el HPJE cuenta con diferentes espacios y actividades que incrementan la autonomía e independencia de cada paciente como el entramiento de actividades de la vida diaria, estimulación y reforzamiento cognitivo para fomentar la integración social de los pacientes, logrando así un acercamiento a la reinserción social (MSP, 2018).

Es así, como en el HPJE se ha llevado a cabo un programa de desinstitucionalización desde el año 2012, manteniendo un registro de 38 pacientes en el módulo de reinserción, que son visitados todos los martes por la brigada médica, manteniendo una relación médico paciente dentro del tratamiento ambulatorio, el cual, facilita un desenvolvimiento adecuado de la persona dentro de su comunidad. Estos 38 pacientes formaban parte de un grupo de casi 100 pacientes que se encontraban institucionalizados y de los cuales se pudo encontrar información familiar y obtener contactos (MSP, 2018).

Lafuente et al. (2007), citado en PENSM (2014), indica que históricamente, la respuesta para atención al sufrimiento mental ha sido centrada en internaciones prolongadas en instituciones psiquiátricas. Dicha internación, que a veces dura la vida entera, implica que la persona disminuye paulatinamente su contacto con la sociedad e incluso su familia, sus prácticas interpersonales y afectivas, su trabajo y espacios de participación, y pierde su identidad al no contar con un espacio propio que le permita identificarse y reencontrarse, aumentando la distancia física, emocional y social de la persona, que lejos de ayudar en su recuperación lo aísla cada vez más. Para prevenir esta situación de exclusión, abandono, estigmatización, cronificación, se propone la desinstitucionalización psiquiátrica como un proceso en el que se plantea que las personas que sufren una enfermedad mental no se encuentren confinadas en hospitales psiquiátricos, sino darles una atención digna e integrada en la sociedad basada en modelos teóricos de calidad de vida (pág. 60).

El proceso de reinserción social que el HPJE llevó a cabo, resultó ser muy estructurado, logrando satisfactoriamente externaciones basadas en la construcción de un sólido y preparado equipo multidisciplinario, que actualmente se denomina; brigada de reinserción, la cual se lleva a cabo bajo la modalidad de una atención extramural que va identificando semana a semana la adherencia al tratamiento, trabajando en la prevención de recaídas y brindando asistencia psicológica, psiquiátrica y social que le permita a la persona desinstitucionalizada contar con una supervisión profesional hasta lograr su alta total (MSP, 2012).

Lafuente et al. (2007), citado en PENSM (2014), menciona (...) que para que este proceso se produzca de forma exitosa, es necesario crear una red de servicios sustitutivos, con la plena integración de la salud mental en el sistema de salud

general de todas las actuaciones relativas a dicha asistencia, la potenciación de los recursos de salud a nivel comunitario, la equiparación del usuario de salud mental a otros pacientes, el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción, y la puesta en marcha de actividades preventivas. Se propone además ampliar el protagonismo de las familias y de los usuarios de los servicios de salud mental, así como la comunidad, a fin de luchar con el estigma y favorecer la inclusión social de dichas personas (págs. 60 - 61).

Es importante recalcar que las actividades extramurales deben ser planificadas cada mes, con la finalidad de establecer un cronograma general donde se contemplen las actividades conjugadas de todos los servicios de los establecimientos de salud, para ello, existe una previa identificación de los dispositivos de salud cercanos a la comunidad en la que va a ser reinsertado el paciente, dispositivos que tendrán toda la información de la persona y que lo atenderán según se estructure el plan de tratamiento antes de ser desinstitucionalizada (MSP, 2012).

Arendt (1973), citado por HPJE (2020), sugiere que es fundamental que se haga todo lo posible para solucionar los problemas de las personas institucionalizadas del HPJE, no solo para acoplarse a las directrices nacionales e internacionales sobre la salud mental, sino para permitir ejercer a cada persona institucionalizada el derecho básico de pertenecer y de ser tratado con dignidad (pág. 3).

La desinstitucionalización es indispensable dentro del servicio de salud mental para cumplir las directrices regionales e internacionales de salud, respetando los derechos humanos y civiles de pertenencia de cada persona institucionalizada dentro de su comunidad, asegurando así, de cierta manera un desarrollo adaptativo en referencia a sus esferas vitales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En este contexto y con base a la revisión bibliográfica realizada de manera preliminar, surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo fue el proceso de desinstitucionalización de 38 pacientes del año 2012 a la actualidad por parte del Hospital de Psiquiátrico Julio Endara?

¿Cuáles fueron los resultados de la desinstitucionalización de 38 pacientes del año 2012 a la actualidad por parte del Hospital de Psiquiátrico Julio Endara?

1.1. Justificación

El cambio de perspectiva de un hospital psiquiátrico con sistema custodio manicomial a un enfoque comunitario centrado en la persona, evidencia la importancia de la reinserción social del paciente institucionalizado, a pesar de que se encuentre en su etapa inicial. En el Hospital Psiquiátrico Julio Endara se ha iniciado un proceso de desinstitucionalización de 38 pacientes desde el año 2012, el análisis y la descripción de este proceso es esencial para demostrar los aciertos y las posibles fallas que han surgido a lo largo de este tiempo (Hospital Especializado Julio Endara, 2018).

Se identificó como problemáticas las deficiencias tanto teóricas como prácticas para la construcción de un plan de desinstitucionalización de los pacientes a nivel macro, meso y micro, a pesar de la existencia de esfuerzos realizados en todos los niveles para iniciar un proceso de desinstitucionalización, no se tiene información estándar que verifique la factibilidad de este proceso en los pacientes (MSP, 2012).

La intención de la presente investigación es describir el proceso de desinstitucionalización dentro del HPJE, considerando los efectos negativos que ha experimentado el usuario institucionalizado durante 20 años (más / menos); los cuales se evidencian en el deterioro de habilidades sociales básicas e intermedias, que perjudican su desenvolvimiento en su entorno familiar y en el proceso de

comunicación con el mismo. Otro efecto negativo es la discapacidad social que se genera a partir de la obstrucción con el exterior creando un mundo diferente para el paciente, lo que a su vez debilita los vínculos afectivos con su familia y con su red social de apoyo (MSP, 2018).

Dentro de un sistema de salud mental comunitario, existe un conjunto de acciones integrales que promueven una rehabilitación psicosocial que orienta al paciente y a su familia sobre el tratamiento, sintomatología, manejo de crisis de su afección y potenciación de habilidades que favorezcan su desenvolvimiento en la vida diaria, posteriormente, se inicia el acompañamiento ambulatorio del cual, formará parte un equipo multidisciplinario. Se procuró alcanzar una perspectiva de cambio tanto a nivel institucional como a nivel social, que permita a los pacientes desinstitucionalizados ser acogidos y desempeñarse adaptativamente dentro de su nuevo entorno (MSP, 2018).

El análisis del proceso de desinstitucionalización del HPJE sentará bases teóricas que permitan el seguimiento y el fortalecimiento del mismo, asegurando la repetición de las directrices exitosas y modificando aquellas no tan satisfactorias, logrando establecer una guía permanente de desinstitucionalización a nivel de salud pública, que garantice una reinserción social ideal para el usuario institucionalizado, dejando atrás el proceso que cronifica el estado de la persona con Trastorno Mental Severo (TMS) (MSP, 2018).

1.2. Relevancia

No existe una ley de salud mental que determine de manera legal y profesional como se deben llegar a cabo la implementación de los lineamientos de este servicio, a pesar de ello el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PENSM) (2014) en

conjunto con el MAIS-FCI (2012) se han enfocado en una reestructuración de los servicios de salud mental por medio del desarrollo de un modelo comunitario para ofrecer una atención integral y continuada que permita sustituir a los hospitales psiquiátricos.

En el Ecuador no existen suficientes bases que puedan explicar qué pasos se deben seguir, cómo implementar correctamente un proceso de desinstitucionalización tanto en el paciente como en la institución, por ello el HPJE en busca de un desarrollo y una transformación a una comunidad terapéutica, implementa el proceso de desinstitucionalización basado en los “Lineamientos operativos para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública” (2018) que permite una reinserción social del paciente institucionalizado.

Es cierto que en América Latina existen programas específicos para cada país, que buscan beneficiar social y comunitariamente a las personas con sufrimiento mental dejando al hospital psiquiátrico como última instancia para el tratamiento de las mismas, lo cual resulta óptimo dentro de un sistema de salud mental, en contraste, en el contexto ecuatoriano el HPJE requiere documentar, describir y analizar el proceso de desinstitucionalización que se ha llevado a cabo en el lapso de 7 años para evidenciar que tan exitoso resultó la externación de los pacientes, tomando en cuenta el tratamiento individualizado y la psicoeducación familiar junto con la efectividad de las directrices que contiene la guía de reinserción social del hospital en cuestión.

2. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Analizar el proceso de desinstitucionalización de 38 pacientes del año 2012 a la actualidad por parte del Hospital de Psiquiátrico Julio Endara.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Describir las directrices llevadas a cabo dentro del proceso de desinstitucionalización del HPJE.
- Determinar el beneficio del proceso de desinstitucionalización del HPJE.
- Conocer la participación del equipo multidisciplinario del HPJE dentro del proceso de desinstitucionalización.
- Determinar la evolución del HPJE dentro del sistema de salud mental comunitaria.

3. Marco Conceptual

La salud mental ha sido un tema de preocupación social y política desde hace varios siglos, no siempre se consideró al enfermo mental como aquel que presenta un diagnóstico respaldado por manuales internacionales, antes el aislamiento era para el pobre o el vagabundo, estas dos figuras compartían salas dentro de los hospitales. Entonces, el dispositivo de salud funcionaba como institución de asistencia a los pobres y a su vez separaba al vagabundo evitando que propague enfermedades al resto de la sociedad (Foucault, 1967).

Debieron pasar varios siglos para que el loco no figure dentro del interés político social, sino que se lo relacione con el ámbito médico – paciente, partiendo de criterios específicos que debe cumplir para encajar en una psicopatología. A lo largo de varios años, alrededor del mundo se instauraron hospitales psiquiátricos con sistema custodio manicomial, el cual consistía en institucionalizar a la persona, aislándola social y afectivamente, evitando un contacto con su realidad cercana y dejando inexistente la posibilidad de una reinserción social que le permita acceder a sus derechos (Foucault, 1967).

Dentro de estos hospitales psiquiátricos se practicaron varias técnicas inhumanas para el tratamiento de enfermedades mentales. Con el pasar del tiempo y la concientización de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, se exige una atención que permita la participación en la comunidad, manteniendo redes sociales sólidas y accediendo a un tratamiento que permita su evolución y no su estancamiento o deterioro (Foucault, 1967).

Durante la conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica se emite la Declaración de Caracas a partir de puntualizar que el hospital

psiquiátrico obstaculiza alcanzar una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, (...) y declaran que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios. (...) Para lo cual instan a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región (OMS, OPS, 1990, págs. 2 - 4).

Dentro del contexto ecuatoriano existen 5 hospitales psiquiátricos distribuidos en 3 ciudades, en el Distrito Metropolitano de Quito, se encontraban 3 de los cuales uno, el Hospital San Lázaro cerró sus puertas para ofrecer únicamente una atención ambulatoria, los residentes del mismo pasaron a vivir al Hospital Psiquiátrico Julio Endara. A pesar, de que este fue creado con una visión distinta al sistema custodio manicomial. La salud mental del Ecuador radica en los hospitales psiquiátricos ya mencionados y en los diferentes niveles de atención de salud que cuentan con los profesionales necesarios en salud mental, partiendo de esto, es necesario determinar qué es la salud mental en el contexto ecuatoriano (OPS, OMS, MSP, 2015).

La Salud Mental es definida como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse con relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales;

e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. (MSP, 2012, pág. 47).

Salud Mental es el estado de desarrollo integral del sujeto, en que pueden armonizarse los distintos elementos que le constituyen (físicos, cognitivos, emocionales, ideológicos, religiosos,) permitiendo que se adapte en el medio ambiente en que se desenvuelve y se relacione adecuadamente con otros y consigo mismo. En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental es decir que las acciones deben ser reorientadas desde los servicios, hacia el fortalecimiento de la promoción de la salud mental con enfoque comunitario, familiar e intercultural (MSP, 2012, pág. 8).

El HPJE es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención capacitado para resolver problemas de salud mental de alta complejidad, desde el año 2018 busca una transformación que implica un enfoque comunitario; es decir, centrarse en la persona más que en el diagnóstico, enfocándose principalmente en la rehabilitación psicosocial y la reinserción social, alineándose así al segundo objetivo estratégico MAIS – FCI que consiste en “Organizar una red de Servicios de Salud Mental, donde los servicios, la comunidad y el individuo se articulen y trabajen juntos, y que sustente el proceso de desinstitucionalización” (MSP, 2012, pág. 47.)

Dentro del HPJE, existe un plan de rehabilitación psicosocial a cargo de un equipo multidisciplinario que tiene como propósito mejorar la calidad de vida del paciente, la misma está enfocada en actividades que generan una mayor autonomía en la vida diaria, estimulación, integración social, reforzamiento de funciones cognitivas, musicoterapia, radio terapéutica, entre otras (MSP, 2018).

La Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar de la persona con Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP), su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado. El tratamiento debe tender a que la persona con TMSP pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social contando con el apoyo de los técnicos pertinentes. Avanzar hacia esa meta es reafirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y su potencial de salud. La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana (Del Castillo, Villar, & Dogmanas, 2011, págs. 85 - 86).

La rehabilitación posee un enfoque biopsicosocial, es decir que, cuenta con un esquema medico terapéutico, terapias psicológicas y ocupacionales que permiten que el usuario reconozca sus necesidades y se haga cargo de ellas recuperando así su autonomía, lo que le permite definir su lugar dentro de la familia y la comunidad haciendo del encuentro mutuo una experiencia satisfactoria y adaptativa (MSP, 2018).

Para llevar a cabo un proceso de rehabilitación psicosocial se debe contar con los profesionales debidamente capacitados en salud mental, así el usuario que presenta TMS experimentará una atención integral por parte de diferentes especialistas que en

conjunto buscan alcanzar el equilibrio mental de esta persona, es decir, se construye un equipo multidisciplinario de tratamiento que tiene como constantes características temporo-espaciales, que interactúa a través de la apropiación de roles que desempeñan dentro de su propia especialidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Como se mencionó anteriormente, un tratamiento puede llevarse a cabo bajo dos modalidades que dependen del nivel de gravedad del cuadro clínico que presenta el paciente, en el caso que se experimente una fase aguda del cuadro se procede a internar a la persona por 15 días (más/menos) en donde actúa simultáneamente un equipo multidisciplinario para estabilizarlo, este proceso implica suministrar fármacos adecuados para su condición, psicoterapia, terapia ocupacional, terapia física y la incorporación de la familia para que participe en el proceso de recuperación de su pariente (Hospital Especializado Julio Endara, 2018).

Antes de dar el alta definitiva, se conceden permisos terapéuticos con el fin de obtener noticias positivas o negativas por parte de la familia acerca del usuario y su experiencia dentro de su entorno después del aislamiento (MSP, 2018).

Si bien los Equipos deberán de presentar una composición multidisciplinar como punto de partida para una práctica interdisciplinar, es decir, aquella que desde lo particular de cada disciplina aporta elementos para crear unos modos de pensar y hacer que, sin perder la identidad de las disciplinas, va tendiendo a la construcción de un conocimiento compartido que en cada Equipo tiene efectos transdisciplinares. Estos se expresan como creaciones originales de cada Equipo que va generando una cultura que trasciende de aquello de lo que partía cada una de las disciplinas (Comunidad Autónoma de Aragón, 2003, pág. 42).

Es oportuno reconocer que el equipo multidisciplinario en conjunto con el paciente, la familia y la comunidad trabajen para lograr una reinserción en diferentes niveles procurando la visibilización y validación de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental, impulsándolos a ejercer una ciudadanía plena, así mismo, gestionar la integración de cada uno de los usuarios en su comunidad, reestableciendo sus redes familiares, sociales y civiles logrando que ellos puedan participar en la dinámica que existe entre estos actores (MSP, 2018).

Fernández Aguirre M. V. y otros, citado en Comunidad Autónoma de Aragón, (2003), sostiene que la rehabilitación psicosocial se basa además en el principio de autonomía e independencia. La rehabilitación se centra en la recuperación y/o adquisición de las capacidades, que le permitirán ejercer el derecho a desenvolverse con mayor autonomía en un entorno concreto (...). La rehabilitación se orienta también en el principio de normalización. La definición técnica de la normalización es “poner a disposición de todos los enfermos mentales unas condiciones y unas formas de vida que se aproximen lo más posible a las circunstancias y al estilo de vida vigentes en la sociedad (pág. 40).

Como menciona Fernández Aguirre (2003), los elementos primordiales consisten en la potenciación de las habilidades con las que se cuentan y en el aprendizaje de aquellas que se requieran, esto con el propósito de que el paciente sea capaz de construir una cotidianidad dentro de un marco de normalidad en su entorno, normalidad en el sentido de hacer uso de los medios que posibiliten que las condiciones de vida de la persona externada sean tan buenas como las de un ciudadano promedio.

El proceso de desinstitucionalización depende de una eficaz rehabilitación psicosocial tomando en cuenta que esta, es un proceso continuo que abarca diferentes

fases por las que el paciente atraviesa en intervalos de tiempo indefinidos respetando la individualidad de cada persona, familia y comunidad. También tiene un componente estructural, esto se debe a que varios dispositivos se deben interconectar para que puedan cubrir las necesidades que el paciente y la familia presenten en el proceso de externación (Tisera et. al, 2013).

Desinstitucionalizar a un paciente, es un proceso en el que pueden presentarse diferentes obstáculos que requieren un mayor esfuerzo profesional ya que no solo deben cubrir las necesidades primordiales del paciente, sino, también acompañar e incentivar a la familia y a la comunidad a aceptar de nuevo a la persona como miembro activo de las mismas. La realidad de una persona institucionalizada con TMS evidencia una ruptura con sus vínculos familiares y su comunidad, mismas que no son conscientes de la responsabilidad que tienen con su integrante, dejándose llevar por los estigmas que giran al redor del sufrimiento mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Entonces, tenemos una comunidad que por años ha mantenido un estigma hacia las personas con TMS, a consecuencia de esto, se produce un rechazo social a la persona que posee determinado rasgo que le resulta incómodo a la sociedad distanciándola y evitando su participación dentro de ella. Estas creencias adoptadas no solo aíslan a la persona en cuestión, sino, también a su núcleo familiar originando ciertas resistencias a involucrarse en la comunidad e incluso a acceder a los servicios de salud que se encuentren en la misma, evitando una detección pronta y un tratamiento adecuado que termina agudizando su cuadro clínico y perjudicando su integridad física y mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Esto resulta ser como Foucault (1967) menciona en su libro “Historia de la locura”, el loco lejos de ser aceptado o reconocido dentro del orden social pasa más bien a ser excluido, confinado y encerrado, en este caso dentro de una institución psiquiátrica, librando así a la sociedad de educarse y de facilitar espacios en donde la persona con sufrimiento mental pueda ejercer su derecho de participación ciudadana.

Otro elemento que impulsó la institucionalización de los pacientes fue el abandono, en el caso del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, de los 100 pacientes institucionalizados que residían allí, la mayoría ingresó en su niñez o adolescencia, según el detalle de las historias clínicas de cada paciente, tomando en cuenta que cada uno vivió alrededor de 20 años (más-menos) en la institución y que se tuvo que realizar una búsqueda activa de sus familiares, refleja como el enfoque hospitalocéntrico no daba importancia a la conservación de redes afectivas, lo que facilitaba el olvido de este integrante dentro de la dinámica familiar (MSP, 2018).

El abandono implica desamparar física, económica y emocionalmente a una persona vulnerable; es decir, que no cuenta con la autonomía necesaria para satisfacer sus necesidades. Dentro del HPJE pacientes con diferentes problemas de salud mental han sido abandonados por sus familiares, debido a ello, no cuentan con un espacio físico donde residir, ni una red de apoyo que los pueda acompañar, guiar y cuidar (MSP, 2018).

El abandono y el estigma son los principales factores con los que las personas institucionalizadas tiene que luchar para poder formar parte nuevamente de su familia y de su comunidad, esto es lo que ha ocurrido con los 78 pacientes institucionalizados en el HPJE de los cuales 14 son inimputables (MSP, 2012).

En el Código Orgánico Integral Penal del Ecuador (COIP), capítulo cuarto, medida de seguridad, artículo 76, Internamiento en un Hospital Psiquiátrico, establece que las personas inimputables deben ser internadas en un hospital psiquiátrico para “lograr la superación de su perturbación y la inclusión social” Esta aplicación debe ser impuesta por los o las juzgadoras, con un informe previo “psiquiátrico, psicológico y social, que acredite su necesidad y duración” (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2014, pág. 18).

En referencia a las personas inimputables no podemos hablar de un abandono familiar, pero sí de un abandono judicial y en cierto nivel Estatal, es preciso hablar de ellas, ya que, a pesar de no depender únicamente de una rehabilitación psicosocial para lograr su externación, deben experimentar el estigma y abandono por su cuadro clínico y por su sentencia. Entonces, tienen que vivir en la incertidumbre a nivel individual, como a nivel familiar de ¿cuándo las autoridades se van a hacer responsables del seguimiento de su rehabilitación? y ¿cuándo será su fecha de externación? (MSP, 2012).

Esto hace que continuamente se ingresen personas inimputables al HPJE, lo cual sería normal y conveniente en la medida que la internación sea levantada oportunamente para lograr justamente la inclusión social, de otra forma es imposible lograrlo, como resultado se produce una confusión del término superación de su perturbación con cura, y a la vez, a un hospital psiquiátrico con una cárcel de menor seguridad, las medidas de internamiento permanecen vigentes por varios años (HPJE, 2020).

Es así como tomando en cuenta todos los factores indispensables para llevar a cabo el proceso de reinserción y también aquellos obstáculos que se presenten en el

camino, la desinstitucionalización no beneficia sólo al usuario y a la institución, sino, también a toda la sociedad.

La desinstitucionalización de personas con trastornos mentales, debe ir más allá de, “llevar a fuera” su atención, pues el estar fuera del hospital no implica para la persona estar integrada a la comunidad. La desinstitucionalización debe entenderse como un proceso dinámico social, político, normativo, en el que las personas con trastornos mentales graves que permanecen en clínicas y hospitales psiquiátricos por largos periodos, (más de seis meses) se reincorporan a la vida en comunidad. Lo anterior implica que en las diferentes etapas vitales y de acuerdo al estado de su trastorno, requerirán servicios de atención diferentes que respondan a las necesidades particulares para ese momento. Por ejemplo, en situaciones de crisis ameritarán ingresar a unidades de salud mental de mediana o alta complejidad, en otros momentos precisarán atención en hospital día, o luego seguimiento ambulatorio, rehabilitación, etcétera (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 10).

3.1. Marco Legal

Hace varios siglos a nivel mundial se produce una concientización del rol que la persona con sufrimiento mental debe tener dentro de la sociedad como miembro activo de esta, el Hospital Monovalente ya no es una opción adecuada para el tratamiento de enfermedades de salud mental, se analizó las consecuencias que implicaban confinar a una persona dentro de una institución entre ellas y la más grave la cronificación de su diagnóstico y la discapacidad social al romper su relación con la comunidad. A nivel regional en 1990 se emite la Declaración de Caracas que nota:

Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al: a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores (OMS, OPS, 1990, pág. 2).

Lo que conlleva a que toda América Latina realice un análisis de las leyes o legislaciones vigentes en salud mental que promuevan una atención comunitaria integral y finalicen con las institucionalizaciones que obstaculizan los objetivos de una atención benéfica para el paciente.

En referencia a organismos de salud internacionales según el Plan De Acción De Salud Mental propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) 2013 – 2020, haciendo referencia al objetivo dos, promueven una:

Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura: en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas (...) recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención primaria, centros integrales de salud mental, centros

de atención diurna, apoyo a las personas con trastornos mentales que vivan con su familia y viviendas subvencionadas (OMS, 2013, pág. 28).

3.1.1. Constitución de la República del Ecuador

A nivel país no contamos con una ley de salud mental, sin embargo, existen varios artículos dentro de distintas leyes que promueven una atención integral y digna a personas con sufrimiento mental con el cumplimiento de Derechos Humanos de las mismas, en la constitución:

Art. 32.- (...) El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Constituyente, 2011, pág. 12).

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Asamblea Constituyente, 2011, pág. 13).

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de

oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: 1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. 2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas. 5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas (Asamblea Constituyente, 2011, págs. 17 - 18).

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco (Asamblea Constituyente, 2011, pág. 109).

3.1.2. Ley Orgánica de Salud

En la Ley Orgánica De Salud, Capítulo III, Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud (...) (Tribunal Constitucional, 2006, pág. 4).

En la Ley Orgánica De Salud, Capítulo III, De las enfermedades no transmisibles, Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto (Tribunal Constitucional, 2006, pág. 10).

3.1.3. Ley Orgánica De Discapacidades

En la Ley Orgánica De Discapacidades, Sección Segunda De La Salud, Artículo 19.- Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2012, pág. 9).

3.1.4. MAIS – FCI

Dentro de los dos modelos vigentes en salud mental que son MAIS – FCI y PENSM, se busca fortalecer la atención primaria y ambulatoria con el apoyo familiar y comunitario, es así que:

Los objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención de Salud Mental están dirigidos: a) Reorientar la atención en los servicios de salud mental hacia la promoción de la salud, la prevención en sus distintos niveles, con participación social, comunitaria e intersectorialidad. b) Organizar una red de Servicios de Salud Mental, donde los servicios, la comunidad y el individuo se

articulen y trabajen juntos, y que sustente el proceso de desinstitucionalización (MSP, 2012, pág. 47).

4. Dimensiones

4.1. Desinstitucionalización

La desinstitucionalización de la enfermedad mental, como un proceso en el que las personas con enfermedades mentales no permanezcan confinadas en instituciones psiquiátricas, sino que reciban una atención digna e integrada en la sociedad. Sin embargo, se aclara que, para lograr la desinstitucionalización, es necesario la creación de una red de servicios sustitutivos adecuada, la equiparación del paciente en salud mental con el resto, el incremento de servicios de rehabilitación y reinserción, el fortalecimiento de la participación comunitaria y el aumento de los recursos para la salud a nivel comunitario (Morasso, 2016).

4.2. Reinserción

La reinserción es la integración de la persona institucionalizada en diferentes niveles que engloba los derechos ciudadanos, a nivel social se busca que la persona se integre a su sociedad participando activamente en ella, a nivel familiar a partir de la previa capacitación que se le debe brindar al núcleo familiar, se pretende que la persona entre a formar parte de la dinámica familiar relacionándose con sus miembros de una manera asertiva y colaborativa, a nivel laboral y relacionados con el nivel social la persona es considerada como un ente productivo para su comunidad, por ende, potenciando sus habilidades, puede insertarse en el ámbito laboral fortaleciendo su autonomía económica, por medio de la cual logre satisfacer sus necesidades primarias (MSP, 2018).

5. Supuestos

El proceso de desinstitucionalización genera resultados positivos para los pacientes como para la institución.

La reinserción social de pacientes institucionalizados con acompañamiento ambulatorio es efectiva.

6. Marco Metodológico

6.1. Perspectiva metodológica:

La presente investigación es de tipo cualitativa, es decir, “no se busca la generalización, ya que los fenómenos son estudiados siempre en su contexto natural y los resultados son aplicables a ese contexto” (Ossó et al., 2014, pág. 14.)

Según Hernández (2014) el enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen) (pág. 9).

A partir del enfoque cualitativo se procede a asumir una perspectiva socioconstructivista que consiste en:

El constructivismo es un conjunto de elaboraciones teóricas, interpretaciones y prácticas, que sostienen que la realidad se construye en el contexto social, histórico e individual, es decir, que está situada en un lugar y un tiempo específicos y que los seres humanos la crean activamente. (...) Los equipos investigadores socio constructivistas tratan de describir, comprender y explicar de forma detallada un

contexto particular, a partir del análisis de la interacción entre investigadores y participantes (Ossó et al., 2014, pág. 74).

Es así, que el investigador dentro de esta perspectiva asume un rol ETIC, que consiste en entender el fenómeno desde fuera compartiendo los significados del mismo mediante la narrativa de los actores (Ossó et al., 2014).

6.2. Diseño de investigación:

El diseño de investigación a trabajar en el presente proyecto se basa en la teoría fundamental con un diseño sistemático que “produce una explicación general o teoría respecto a un fenómeno, proceso, acción o interacciones que se aplican a un contexto concreto y desde la perspectiva de diversos participantes” (Hernández S. et al., 2014, pág. 472.)

En el trabajo investigativo se va a realizar una explicación del proceso de desinstitucionalización aplicado en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, desde la perspectiva de diversos actores pertenecientes al área de salud mental.

6.3. Tipo de investigación:

El tipo de estudio que se llevara a cabo es exploratorio, debido que se procederá en “una fase inicial de recolección y análisis de datos cualitativos” (Hernández S. et al., 2014, pág. 551), para así obtener categorías y temas que lo respalden.

En esta investigación se pretende explicar el proceso de desinstitucionalización que ha llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara con 38 pacientes institucionalizados desde el año 2012 hasta la actualidad por parte del equipo multidisciplinario.

6.4. Instrumentos y técnicas de Producción de datos:

- Entrevistas: Se realizarán entrevistas al personal de la salud mental inmersos en este proceso de desinstitucionalización y a profesionales de la salud mental involucrados en Proyectos de Salud Mental, Colegio de Psicólogos de Pichincha y Ministerio de Salud Pública.

Los entrevistados firmaran un consentimiento informado que especifica la temática del trabajo en cuestión, las acciones a realizar con la información proporcionada y la conservación del anonimato de su narrativa.

Savin-Baden y Major, (2013) y King y Horrocks, (2010) citados en Hernández (2014), sostienen que “la entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa” (pág. 403.)

Las entrevistas realizadas al personal del HPJE fueron estructuradas delimitando la información proporcionada por los mismos, enfocándose en las tres etapas del proceso de desinstitucionalización, en contraste a las entrevistas semiestructuradas a los profesionales de salud mental enfocadas en su conocimiento de la desinstitucionalización, atención comunitaria, promoción y prevención de la salud mental (Anexo 1). Las mismas que tuvieron una duración de 35 a 40 min que se llevaron a cabo por medio de reuniones audiovisuales.

Ryen, (2013) y Grinnell y Unrau, (2011) citados en Hernández (2014), mencionan que:

Las entrevistas estructuradas, el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden), las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de

introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. (pág. 403).

6.5. Plan de análisis:

Análisis situacional: consiste en analizar criterios de organización de la información, designar categorías y códigos como conceptualizaciones, definiciones, significados entre otros (Hernández S. et al., 2014).

6.5.1. Recolección de datos

Consiste en la recolección de documentos, revisión bibliográfica y realización de entrevistas que nos permitan argumentar eficazmente como se conoce el modelo comunitario de salud mental en el Ecuador y como se realizó el proceso de desinstitucionalización en el HPJE.

6.5.2. Revisión de datos

Consiste en revisar toda la investigación bibliográfica detenidamente para seleccionar los datos más relevantes que agreguen respaldo sustancial a las nuevas medidas adoptadas dentro de los servicios de salud mental.

6.5.3. Organización de datos e información

Se debe organizar los datos a partir de ciertos criterios determinados en la investigación que en este caso parten del MAIS – FCI (2012) y del PENSM (2014) que se encuentran vigentes en el país y que funcionan como reguladores teóricos para llevar a cabo diferentes procesos que faciliten el servicio de la salud mental.

6.5.4. Preparación de datos para el análisis

Transcribir las entrevistas realizadas al personal de Salud Mental y contar con el documento oficial en donde se evidencian las etapas a seguir para llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización.

6.5.5. Codificación abierta de las unidades: primer nivel

Designar categorías y códigos que permitan describir relaciones e interconexiones entre sí, por medio del programa ATLAS.ti, que permite asignar códigos a determinadas unidades textuales (Hernández S. et. al, 2014).

7. POBLACIÓN Y MUESTRA

7.1. Población:

A continuación, se evidencia el número de pacientes que se encuentran residiendo en el HPJE y el número de usuarios desinstitucionalizados que formaron parte de la guía de reinserción social llevada a cabo desde el año 2012.

Tabla 1
Pacientes del Hospital Psiquiátrico Julio Endara

Pacientes	N.º
Crónicos	78
Inimputables	14
Desinstitucionalizados	38
Total	130

Nota: Pacientes que formaron parte del proceso de desinstitucionalización y pacientes institucionalizados que reciben una atención con enfoque comunitario. **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

Datos del personal con el que cuenta el HPJE para construir un equipo multidisciplinario que se encarga de atender las necesidades con las que se presentan los pacientes según su condición clínica.

Tabla 2
Personal Necesario para Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Social

Equipo multidisciplinario	N.º
Psiquiatría	9
Psicología	5
Trabajo social	3
Enfermería	7
Total	24

Nota: Personal que favorece el proceso de atención integral y comunitaria, y que acompaña el proceso de desinstitucionalización. **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

7.2. Tipo de muestra:

“Las muestras homogéneas (...) las unidades que se van a seleccionar poseen (...) rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema por investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social” (Hernández S. et al., 2014, pág. 388.)

La muestra en la presente investigación es de tipo homogénea debido a que los profesionales entrevistados presentan una característica en común, que es la de pertenecer al área de salud mental, por ende, pueden especificar situaciones, procesos o procedimientos realizados en este tema (Hernández S. et al., 2014).

7.3. Criterios de la muestra:

- Profesionales de la Salud Mental relacionados con el sistema de Salud Pública.
- Profesionales de la Salud Mental pertenecientes al Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

7.4. Fundamentación de la muestra:

La muestra considerada cumple con las necesidades investigativas para desarrollar el trabajo: “Análisis situacional y descriptivo del proceso de desinstitutionalización de 38 pacientes del año 2012 a la actualidad por parte del equipo multidisciplinario del Hospital Psiquiátrico Julio Endara”. Considerando la adecuada recolección de datos y perspectivas de cada uno de los profesionales.

7.5. Muestra:

La muestra está conformada por diez profesionales de la Salud Mental, de los cuales cinco pertenecen al Hospital Psiquiátrico Julio Endara y cinco Psicólogos Clínicos que se desenvuelven en diferentes sectores del Sistema de Salud Pública y Colegio de Psicólogos de Pichincha.

8. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS PRODUCIDOS

Para el desarrollo de esta investigación fue necesaria la participación de diez profesionales de la Salud Mental que permite crear una relación de perspectivas de la salud mental externa a la institución, en contraste con el proceso que se ha llevado a cabo en el interior de la misma; por lo que se procedió a dividir al grupo en dos subgrupos; el primero estaba conformado por cinco profesionales que han desarrollado su trabajo en campos como Ministerio de Salud Pública, Proyecto de Salud Mental, Colegio de Psicólogos Clínicos de Pichincha; el segundo se constituye por funcionarios vinculados al Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

La finalidad de la aplicación del instrumento de producción de datos, en este caso entrevistas semiestructuradas, que tuvieron una duración de 40 minutos por persona, fue indagar si conocen algún proceso de desinstitucionalización que se haya llevado a cabo en el sector público del Ecuador; esto debido a que, el proceso de desinstitucionalización del cual se va a hablar durante esta investigación es el primero que se ha realizado en un dispositivo de índole pública, y es a partir del cual se registrarán los demás dispositivos para iniciar este proceso con el resto de pacientes institucionalizados a nivel país, avanzando en materia de enfoque comunitario.

El primer grupo posee un conocimiento extenso y una participación activa en los diferentes programas, proyectos, planes y modelos de Salud Mental que se encuentran vigentes en esta área de la salud, es decir, por medio de entrevistas semiestructuradas lograron transmitir su perspectiva profesional de cómo ha evolucionado la salud mental en el Ecuador, cómo se ha aplicado el modelo comunitario dentro del servicio que se ofrece a la población en general, cuáles son los ejes rectores basándonos en los cuatro componentes principales que se han ido desarrollando a lo largo del tiempo en este ámbito, que en específico son; promoción de la salud, prevención de la

enfermedad, atención y rehabilitación en la comunidad, de igual manera, nos proporcionaron información de diferentes dispositivos de salud imprescindibles para que se logre una desinstitucionalización.

Este grupo de profesionales ha tenido experiencias en proyectos para la prevención del suicidio, algunos participaron directamente en la construcción del PENSM, han estado inmersos en conocer y trabajar en espacios internacionales y ver de cerca los modelos que se aplican en Argentina, Brasil, Italia, España, Uruguay; tienen un amplio conocimiento del presupuesto que se le asigna a la Salud Mental y como este interfiere positiva o negativamente en los servicios prestados por el Estado.

La entrevista semiestructurada aplicada al segundo grupo, fue construida a partir del documento *“Lineamientos operativos para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública”* (MSP, 2018); en donde se pueden encontrar las diferentes etapas con sus respectivas fases, es así como, los funcionarios del HPJE detallaron desde su perspectiva profesional cómo se llevó a cabo este proceso tomando en cuenta aspectos experienciales con cada paciente con los que tuvieron contacto y a su vez determinando las directrices principales que permitieron el desarrollo adecuado del proceso.

Dentro de los funcionarios encontramos profesionales de diferentes ramas de la salud mental entre ellos; Psicólogos Clínicos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales, Enfermeras/os, estos participantes son primordiales en la investigación, dado que, tuvieron contacto directo tanto con pacientes, familiares como con la comunidad, quienes en conjunto realizaron cronogramas que faciliten el desarrollo de las actividades descritas en el documento, además que, desde su experiencia en

instituciones psiquiátricas lograron establecer actividades, pautas y talleres que potenciaron e incrementaron las aptitudes y actitudes requeridas para atravesar este proceso.

El propósito de tener dos subgrupos que se desarrollen en la misma área de salud, pero que han experimentado diferentes aspectos de la misma, es recolectar datos a partir de dos enfoques diversos, entonces, tenemos una perspectiva meso basada en los dos modelos vigentes que dirigen la estructura y la organización de la Salud Mental en el país, y también, una perspectiva micro que nos informa solamente de un dispositivo en particular, en este caso el HPJE, en específico del proceso de desinstitucionalización que contiene a la rehabilitación y reinserción social de los pacientes crónicos que residen más de 20 años en esta institución.

Es preciso mencionar a los pacientes institucionalizados del HPJE, en específico a los 38 que han sido externalizados del hospital satisfactoriamente, esto porque a pesar de no ser participantes directos, son quienes formaron parte de este proceso y quienes se beneficiaron de cada etapa y fase que este abarca. Estas personas se encuentran residiendo en diferentes provincias del Ecuador y mantienen contacto con el segundo subgrupo entrevistado en esta investigación, lo que facilita reconocer la eficacia del proceso y los avances personales, familiares y comunitarios de cada paciente.

9. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DESCRIPTIVOS

9.1. Modelo de Atención Integral de Salud Mental

9.1.1. Modelo Comunitario

Como se pudo observar en el marco legal, América Latina desde hace ya varias décadas ha trabajado en llevar a cabo un cambio de modelo de atención en la Salud Mental, que se ha evidenciado en la gestión de los Estados de cada país en promover

el cierre de hospitales monovalentes para el tratamiento del sufrimiento mental grave. Ecuador, no es ajeno a este cambio ni a este nuevo modelo que está imperando a nivel mundial, con el objetivo de proporcionar una atención integral en la que predominen los derechos humanos especialmente identidad y autonomía, que posibilite tanto al paciente como a la familia estar involucrados en el plan de tratamiento, que será estructurado por un equipo multidisciplinario con el que cuenta cada dispositivo que proporciona servicios de Salud Mental (OPS, OMS, MSP, 2015).

Existe un documento de evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador realizado por la OMS, OPS y el MSP que busca optimizar los servicios de Salud Mental; en el mismo se evidencia que:

El sistema de salud mental del Ecuador se encuentra en un proceso de transición entre un modelo hospitalocéntrico y un modelo de atención comunitaria. El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 constituyen un avance significativo en este proceso, en la medida en que conciben la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, a través de estrategias tales como el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de atención primaria en salud, así como el proceso de desinstitucionalización (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 3).

El MAIS – FCI (2012) establece que la atención prestada en los establecimientos públicos de Salud Mental debe estar basada en el modelo comunitario, por consiguiente, desde el año 2014 todos los dispositivos de salud pública debieron iniciar la implementación del mismo en cada uno de sus servicios. Esta transición también la está atravesando la salud mental dentro del HPJE, la cual inició desde el año 2012,

promoviendo la desinstitucionalización como el proceso principal para lograr un desarrollo comunitario, entonces, es necesario frenar la institucionalización evitando la cronificación de la condición clínica.

El hospital psiquiátrico funcionaba como un dispositivo de control de pacientes con enfermedades mentales, entonces se convertía en un depósito donde dejar a familiares con algún diagnóstico mental, en este sentido las familias se desligaban de cualquier tipo de responsabilidad y participación del tratamiento de la persona, cortando vínculos sociales y familiares. El aislamiento de la persona con trastorno mental tiene como resultado un mayor deterioro de funciones cognitivas, discapacidad social, desconexión con su entorno y su realidad, entre otros aspectos (Hospital Especializado Julio Endara, 2018).

Se ha documentado ampliamente la ineficacia de la institucionalización en la rehabilitación a personas con trastorno mental severo describiendo que (MSP, 2018, pág. 16):

- La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone un deterioro de los usos normativos de convivencia básica y de la capacidad de tomar decisiones.
- Obstaculiza la interacción social con el exterior, especialmente en instituciones cerradas y alejadas de núcleos urbanos.
- No procura la separación entre ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse.
- Separa radicalmente el mundo de los pacientes del mundo sociocultural vigente.

- Debilita progresivamente los lazos del paciente con su familia o red social de apoyo.
- Genera una privación de estímulos que deteriora el proceso de comunicación.

Como resultado de esta visibilización, se genera una consciencia colectiva entre profesionales que pone en marcha la búsqueda activa de familiares de pacientes institucionalizados que residen en el hospital 20 años o más tiempo en el cual, sus familiares no los visitaron o lo hacían esporádicamente, en muchos casos cambiaban de domicilio perdiendo totalmente el contacto con su pariente lo que llevaba a una participación nula en el tratamiento de su familiar (MSP, 2018).

La finalidad del proceso de desinstitucionalización es, que la persona con TMS sea reinsertado socialmente y genere cierto grado de autonomía con su familia o con la institución que lo va a acoger, validándolos como personas de derechos civiles y humanos que pueden y deben disfrutar de una calidad de vida plena, construyendo sentido de pertenencia e identidad dentro de su comunidad, dejando de lado el estigma que los ha excluido durante varios años y que ha evitado que sean capaz de llevar una vida social satisfactoria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

A continuación, se evidencia la perspectiva de profesionales de la salud mental respecto al desarrollo del modelo comunitario en el contexto ecuatoriano.

Tabla 3
Entrevista Modelo Comunitario

Entrevistas	
Cita 1	(...) concientización por parte de los profesionales de salud mental de que el modelo comunitario es en realidad es la mejor opción que tenemos (...)
Cita 2	(...) no tiene un formato de modelo comunitario (...)
Cita 3	(...) si bien es cierto puede estar detallado que el modelo es comunitario, pero todavía es un proceso, es un modelo que todavía está en

	construcción, entonces todavía no se han implantado indicadores concretos (...)
Cita 4	(...) lo que tenemos más a la mano es el modelo de salud mental comunitaria del ministerio de salud, que mientras no se haga otro es el que está vigente ya que tiene acuerdo ministerial y en este sí que se promueve cómo la reducción de las camas psiquiátricas que es parte de la desinstitucionalización y la creación de servicios comunitarios especializados en salud mental (...)
Cita 5	(...) reducción de del hospital psiquiátrico de forma paulatina y abrir centros comunitarios especializados en salud mental y dar la atención Internalizada en el hospital general, eso sería como los lineamientos (...)

Nota: (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de reforma del sector salud, asentado sobre un enfoque de descentralización. El paso más reciente en este proceso fue la publicación del Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS) en 2012; este documento proporciona el marco conceptual y los lineamientos de acción para el sector sanitario (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 6).

9.1.2. Plan Estratégico Nacional de Salud Mental

Como complemento al MAIS – FCI (2012) el MSP desarrolló el PENSM (2014) el cual cuenta con una serie de especificaciones y lineamientos estratégicos con acciones a desarrollar, que tiene como el fin contar con una extensión que detalle el plan de implementación de toda la teoría abordada previamente, por ello, este contiene objetivos alineados a la promoción de Salud Mental proporcionando espacios para trabajar con la sociedad y construyendo un sistema integrado de servicios de salud para promover una atención integral con criterios de continuidad.

Es así que el PENSM (2014) se estructura:

Con el objetivo de establecer lineamientos claros sobre el trabajo en salud mental, el Ministerio de Salud Pública desarrolló el Plan Estratégico Nacional de Salud

Mental 2015-2017, el cual busca fortalecer la atención primaria, ambulatoria, con suficientes talento humano y medicamentos, con apoyo familiar y comunitario, de la salud mental y del consumo problemático de drogas. Además, aborda la necesidad de complementar la formación de los profesionales de salud mental, mediante acciones intersectoriales con la academia, fortaleciendo la investigación (MSP, 2014, pág. 9).

Como se menciona anteriormente, dentro del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (2014), se establecen líneas estratégicas que guiarán el desarrollo del mismo, por ello, es necesario enfocarnos en el lineamiento estratégico 2, debido a que, se encamina directamente a impulsar el proceso de desinstitucionalización estableciendo las acciones que se deben llevar a cabo para cumplir con este.

En la siguiente tabla se puede observar en que consiste el Lineamiento Estratégico dos del PENSM (2014) y las acciones principales a desarrollarse para lograr servicios comunitarios que respalden el proceso de desinstitucionalización.

Tabla 4
Lineamiento Estratégico 2

Lineamiento Estratégico 2	
Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la Atención Primaria de Salud (APS), como establece el Modelo de Atención Integral en Salud, que genere las condiciones para el proceso de desinstitucionalización	
Acciones a desarrollar	
1	Implementar un Modelo de Gestión de Salud Mental, desarrollando servicios comunitarios, de atención ambulatoria en todo el Sistema Nacional de Salud, cuya vigilancia de aplicación será responsabilidad del MSP.
2	Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación de la aplicación del modelo de gestión de salud mental y usos o consumo de drogas en el SNS.
5	Capacitar de manera continua al personal de salud en general y de salud mental en particular en el enfoque de APS en salud mental.
6	Promover la participación de familiares y grupos de apoyo en el tratamiento de personas con trastornos mentales
8	Fortalecer el trabajo interdisciplinario e interinstitucional en todos los niveles de atención dentro del SNS.

9	Definir la red de Salud Mental, estableciendo los mecanismos de coordinación, entre ellos, la referencia y contra referencia, para favorecer el acceso y continuidad de la atención.
12	Promover la intersectorialidad de las intervenciones, demandando la participación y recursos de otros sectores como: educación, justicia, inclusión social, GAD's, entre otros.
15	Desarrollar procesos de gestión en el hospital psiquiátrico que culminen con el alta de todos los pacientes que se puedan mantener en otros servicios comunitarios, cautelando su estabilidad clínica. Al mismo tiempo, definir procesos que faciliten el acceso y garanticen que, de necesitarse una internación, ésta sea del menor tiempo posible.

Nota: APS: Atención Primaria de Salud, SNS: Sistema Nacional de Salud, GADS: Gobiernos Autónomos Descentralizados **Adaptado de:** (MSP, 2014, pág. 46) **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

A continuación, se evidencia la perspectiva de profesionales de la salud mental respecto a la importancia de contar con un plan teórico y a su vez evidencia los problemas de implementación del mismo.

Tabla 5
Entrevista PENSM

Entrevistas	
Cita 1	(...) se puede establecer el plan estratégico de Salud mental y el modelo de salud comunitaria que si bien tiene muchos problemas para la implementación ha tenido y sigue teniendo muchos problemas igual se constituyen como documentos que son hitos en la historia de salud mental de nuestro país, de alguna forma se logró que el país dejé sentado cuál es la postura con relación a la salud mental, superando el modelo manicomial desde la declaración de Caracas. El modelo y el plan son un esfuerzo que me parece más contundente en este sentido y lamentablemente de los documentos no se hace nada, la salud mental es práctica no es solamente un discurso digamos entonces creo que eso es un problema, pero como estamos hablando de los avances creo que eso es un avance y es algo que si ha sido un logro y un hito en la historia nuestra de trabajo en salud mental (...)

Nota: Criterio profesional acerca del PENSM. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.1.3. Creación de una Ley de Salud Mental

Ecuador, es uno de los países de Latinoamérica que no cuenta con una legislación específica en salud mental, sin embargo, se cuenta con una serie de artículos dentro de

leyes ya establecidas (Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Discapacidades, Código de Trabajo) que permiten direccionar el acceso de la población a los servicios de Salud Mental y al cumplimiento de sus derechos humanos y civiles evitando la discriminación social (OPS, OMS, MSP, 2015).

Unidad de Salud Mental MSP (2011) citado por MSP (2012), menciona que la ausencia de normativas para la atención integral de salud mental: Como se señaló en el nivel macro, parte de la problemática de no tener una Política Nacional de Salud Mental se evidencia en la falta de un modelo de atención y gestión, que a su vez facilite normas y protocolos nacionales para la atención integral de la salud mental de la población. Se deben establecer modelos de atención, normas y protocolos adecuados para el abordaje de usos y consumo de drogas (pág. 32).

En la tabla 6 se refleja que a nivel profesional resulta necesario contar con una ley de salud mental que impulse la creación de políticas públicas para enfatizar planes de implementación.

Tabla 6
Entrevista Creación de la Ley de Salud Mental

Entrevistas	
Cita 1	(...) poder implementar por ejemplo una ley de salud mental porque va a gente que está concientizada en qué es lo que se necesita (...)
Cita 2	(...) Pues, yo creo que todo dependerá del contexto político del próximo año, un poco creo que este año para la salud mental no sabría decirles cómo estamos no creo que se mejore mucho de lo que ya está (...) pero si seguimos desde una perspectiva más capitalista neoliberal y privatizadora de los recursos del Estado pues lamentablemente creo que no iremos para mejor (...)
Cita 3	(...) Un sistema comunitario necesita la atención de líderes comunitarios, necesita la atención de profesionales de los mismos usuarios, ¿hay eso?, hay una participación de los usuarios de las políticas públicas? incluso yendo más allá de los usuarios, ¿hay una participación de los profesionales en las políticas públicas? Tampoco lo hay es una decisión que gira en torno a un organismo como tal que es el estado (...)

Cita 4	(...) en el mismo código orgánico de la salud que se discute en la Asamblea Nacional, que fue discutido como seis años y que hasta ahora sale, apenas hay cinco artículos de salud mental, entonces más allá (...) y no hay ninguna de sus pensiones básicas no se puede hacer nada (...)
Cita 5	(...) una suerte de reforma y el haber archivado el plan de implementación es el primer error para que no haya como un esfuerzo contundente, me parece que desde el Estado no hay pruebas de que estos dos documentos son como oficiales como tal, pero me parece que no hay una visión clara de la política para diferentes situaciones (...)

Nota: Criterios profesionales acerca de la ley de salud mental. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.1.4. Ausencia de Interés Político

El Estado ofrece servicios de salud pública a la población en general, distribuida en varios dispositivos a nivel nacional, para poder acceder a estos, existen niveles de atención por los cuales la persona debe pasar, dependiendo su afección médica. El ente rector de la salud es el Ministerio de Salud Pública, quien se encarga de poner en marcha las leyes, modelos y planes aprobados por las autoridades competentes dentro del Estado (MSP, 2012).

Nuestro sistema político está basado en una democracia, cada cuatro años se realizan elecciones presidenciales, lo que conlleva la mayoría de las veces un cambio a nivel de todos los cargos relevantes y esenciales para ejecutar funciones políticas o desarrollo de directrices, por lo que, se realiza lo que en Ecuador se denomina “Cargos de libre remoción y nombramiento” y son llevadas a cabo por el equipo de confianza del primer mandatario, por ello continuamente planes, estrategias, talleres, campañas, no culminan, a consecuencia de que las cabezas de estos proyectos cambian de manera inesperada, lo que conflictúa la continuidad de los mismos (Asamblea Constituyente, 2011).

A continuación, se refleja el criterio profesional de cómo los aspectos políticos y económicos pueden promover un cambio que conciba a la salud mental como un tema relevante para la salud pública.

Tabla 7
Entrevista Ausencia de Interés Político

Entrevistas	
Cita 1	Creo que es un problema principalmente político y económico no se considera la relevancia que tiene la Salud Mental (...)
Cita 2	(...) puede venir en temas del cambio político en el cual se tenga una persona que sea sensible en temas de salud mental y que pueda enfatizar y priorizar este tema, porque digo por lo menos a nivel público la mayoría de cosas y en relación directamente con la voluntad política, si hay voluntad política, hay recursos asignados, y si hay recursos asignados (...)
Cita 3	(...) no existe dentro de la estructura del ministerio de salud pública, hay una Comisión de salud mental es decir hay unas mesas, qué simple llanamente son dos que tres burócratas que son los que deciden todo, pero más allá de eso no hay, y se necesita más otros elementos que es la necesidad de democratizar la salud mental que es algo que tampoco existe (...)
Cita 4	(...) es el mismo estado que ha abandonado completamente la salud mental (...)
Cita 5	Para activistas, para que todo eso se integre y se pueda participar en las políticas públicas, una forma que nosotros estamos planteando es crear un Consejo Nacional de salud mental (...)
Cita 6	(...) la salud mental como tal ha estado completamente abandonada y ustedes pueden evidenciar eso con todos los casos que he mencionado (...)
Cita 7	(...) hay una gran falencia en el Ecuador que es la ausencia absoluta de un marco normativo de salud mental a nivel legislativo que no existe no hay en la Constitución ecuatoriana no hay algún marco normativo de la ley orgánica de salud, apenas hay un artículo, relacionado y específico sobre salud mental que es justamente direccionado para crear políticas (...)
Cita 8	(...) mi perspectiva desde el Estado no habido directrices claras para poder implementar, para poder comenzar con la transición de cambio esto el primer problema de esto es que se ignoró que el plan estratégico de Salud Mental venía acompañado de un plan de implementación, ósea el documento este que es teórico, no es cierto que dice que la ideología, atrás tiene un Plan implementación donde tenía acciones específicas para ser logrados en ese tan corto tiempo, además que tenía vigencia de plan (...)
Cita 9	(...) la promoción y prevención duran más tiempo, los hospitales se levantan en un año, tienes un hospital armado, montado y funcionando, pero la prevención y promoción se puede medir cada cinco años en realidad lo ideal para ver el efecto es a los 10 años dicen los expertos,

	entonces, requiere un esfuerzo sostenido que parecería que no tenemos en nuestro sistema por el cambio de gente, la inestabilidad, el cambio de políticas, son muchas cosas, hablando siempre desde la política pública es esto (...)
--	---

Nota: Criterios profesionales de como la salud mental se ve afectada por mandatarios políticos desinteresados. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.1.5. Presupuesto

El presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para el año 2014 fue de 2 162 millones de dólares, de los cuales se asignaron 31'486.498,516 dólares para las distintas acciones en salud mental, lo cual corresponde al 1,46% del presupuesto total. El 28% del monto asignado para la salud mental se destinó a los hospitales psiquiátricos (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 12).

En la tabla 8 se puede observar el presupuesto asignado por parte del Estado a la salud mental en el lapso del año 2012 hasta el 2020, tomando en cuenta que el proceso de reinserción social que se está desarrollando en la presente investigación inició en el año 2012 y continúa realizando seguimientos hasta la actualidad.

Tabla 8
Entrevista Presupuesto de Salud Mental

Ejercicio	Salud Mental	Sectorial Gastos Salud	Pre. General total inicial	% S.M. C de Salud	% Salud de PGE	Población
2012	0,00 USD	1.775.834.310,42 USD	26.109.270.275,91 USD	0,00 %	6,80 %	15298387
2013	1.848.804,24 U	1.910.164.376,97 USD	26.109.270.275,91 USD	0,10 %	7,32 %	15540403
2014	850.000,00 USD	2.430.186.740,93 USD	34.300.637.010,37 USD	0,03 %	7,08 %	15782114
2015	6.390.125,00 USD	2.912.509.100,76 USD	36.317.119.042,70 USD	0,22 %	8,02 %	16023640
2016	2.115.968,47 USD	2.391.015.157,24 USD	29.835.098.320,79 USD	0,09 %	8,01 %	16272968
2017	2.875.787,95 USD	2.779.194.987,31 USD	29.835.098.320,79 USD	0,10 %	9,32 %	16526175

2018	433.047,7 6 USD	3.573.120.111 ,53 USD	34.853.371.65 3,72 USD	0,01 %	10,25 %	1678332 2
2019	6.177.918, 00 USD	3.138.540.811 ,00 USD	35.529.394.46 1,72 USD	0,20 %	8,83 %	1704447 0
2020	0,00 USD	3.067.695.041 ,63 USD	35.498.420.63 7,02 USD	0,00 %	8,64 %	1730968 2

Nota: Presupuesto asignado a la salud mental durante 8 años. PGE: Presupuesto General del Estado.

Adaptado de: (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

A continuación, se evidencia la perspectiva de profesionales de la salud mental respecto a la importancia de tener recursos específicos asignados a esta área de la salud.

Tabla 9
Entrevistas Presupuesto

Entrevistas	
Cita 1	Todo esto es el presupuesto general del Estado, estos son los presupuestos aprobados, es decir ya los definitivos, donde más presupuesto hubo fue el año 2015, porque fue el año que posterior al plan de salud mental propuesto por varios temas, uno por el tema del suicidio que empezó a hacer bastante campaña de eso y porque hubo en Guayaquil varios casos en los centros rehabilitación de drogas que quemaron los centros de rehabilitación y murieron algunas personas, pero qué pasa, pasa que este año se eliminó este presupuesto, ya que el presupuesto de salud mental se lleva desde el 2013. En el 2012 no aparece este presupuesto antes de esto salía como presupuesto de salud mental, y en el último año de la última proforma se le retiró y fue traspasado al presupuesto general es decir que no sabemos cuánto se invierte en la salud mental lo más probable es que sea nulo, pero ese presupuesto para que tengan una idea y cuánto presupuesto de cuánto corresponde a la salud mental, estos son los porcentajes de salud y ninguno llega ni siquiera a la 1% porque no hay como se señala en la OMS dice que debe de llegar del 1% al 6%, pero aquí no se te da eso, entonces como ustedes pueden ver a nivel macro no hay ninguna desinstitucionalización como tal (...)
Cita 2	(...) no es un lineamiento prioritario es de la política y por tanto no hay recursos específicos destinados a esto.
Cita 3	(...) si no tienes presupuesto, ese protocolo no sirve de absolutamente nada (...)

Nota: Criterio profesional de la importancia del presupuesto para la salud mental. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.2. Consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas

9.2.1. Política basada en consumo problemático de drogas

Los servicios de Salud Mental comprenden el consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, y a su vez, patologías de la salud mental, sin embargo, la sociedad tiene una perspectiva del consumo de sustancias como problemática social y a nivel político se promueve una lucha contra este tipo de sustancias (PENSM, 2014).

En la tabla 10 podemos observar que, en la narrativa de los profesionales de Salud mental se evidencian una clara certidumbre del interés político en la lucha que consideran tener contra las drogas.

Tabla 10

Entrevistas Política basada en consumo problemático de drogas

Entrevistas	
Cita 1	(...) sí, creo que hay una política basada principalmente en la lucha contra las drogas (...)
Cita 2	(...) y sí por supuesto ha estado centralizado en tema de adicciones de que eso es lo que les muevan los políticos Y eso es lo que de alguna manera son sus medios de campaña (...)
Cita 3	(...) lo que pasa en el tema de drogas es que tiene como mucho más marketing, peor tiene como una propaganda, hacen una bulla de cierta manera de que la población, ya somos como una población medio curuchupa, una comunidad bien curuchupa, que nos asusta las drogas, no comprendemos en realidad el fenómeno no sé cuánto que lo llaman desde el estado como fenómeno psicosocial de las drogas, sí que es así de complejo como el nombre que tiene, pero no se comprende como que va más allá que las personas nomas deciden autoflagelarse, pero como se vende todavía ese discurso, todavía tenemos una cuestión de la guerra contra las drogas que fue impuesta y que tiene mucho intereses económicos y como tal, es solamente un mejor negocio para trabajar en el tema de drogas, en términos, por eso la salud mental es como la última rueda del coche (...)
Cita 4	(...) lo de drogas es un poco más de moda, es un poco más posible de hablar, entonces la respuesta es sí, si se pone más énfasis en el tema de drogas, tiene más recursos, políticamente hay una voluntad de actuar sobre eso, se asocian cosas como drogas y delincuencia y cosas así que son como datos medio antiguos, que ignoran la cuestión social (...)
Cita 5	(...) se planteó incluso la comisión de salud mental, pero la comisión de salud mental desde el 2018 no se ha reunido y la comisión de salud mental cuando vuelve a existir está centrado en el tema de alcohol, tabaco y otras drogas, entonces tienes este vacío.

Nota: Criterios profesionales de acuerdo al interés político centrado en el consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.2.2. Rehabilitación del consumo problemático de drogas

A nivel de rehabilitación por consumo problemático de drogas, el Estado ha proporcionado dispositivos de tratamiento denominados; Centros Ambulatorios para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD) y Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), los cuales, ofrecen atención residencial para un adecuado y continuo proceso de rehabilitación (MSP, 2012).

El Ecuador cuenta con 81 unidades residenciales de tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias, entre ellos CETAD dependientes del MSP. Existen tres unidades de este tipo para adolescentes: dos en Guayaquil y una en Quito, que forman parte del dispositivo de atención de los CETAD (OPS, OMS, MSP, 2015, págs. 20 - 21).

A continuación, se evidencia la perspectiva de profesionales de la salud mental con respecto al tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas.

Tabla 11
Entrevistas Rehabilitación del consumo problemático de drogas

Entrevistas	
Cita 1	(...) programas de tratamiento y rehabilitación en este ámbito (...)
Cita 2	(...) algunos CETAD (...)
Cita 3	(...) la que la mirada está más centrada en el tema de las adicciones, por eso es que tú tienes al momento más de 10 CETAD que son los centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas a nivel nacional (...)

Nota: Criterios profesionales que enmarcan la importancia de los CETAD's en la rehabilitación de usuarios con consumo problemático. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3. Sistema Público de Salud Mental

9.3.1. Red de Servicio de Salud Mental

Los servicios de Salud Mental, al estar interconectados entre sí, poseen funciones específicas que se desarrollan en cada nivel de atención, entonces, cada dispositivo tiene el personal necesario para llevar a cabo dichas funciones lo que permitirá una continuidad del tratamiento que se le brinde a cada usuario. Así, el usuario podrá acceder a una atención de forma ascendente según lo requiera su diagnóstico, hasta llegar incluso a un nivel especializado y posteriormente continuar con la rehabilitación y en el caso que sea necesario reinscripción de forma descendente hasta acceder a centros de salud cercanos a su comunidad (MSP, 2012).

La Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública constituye la autoridad encargada de brindar asesoría al gobierno sobre políticas y legislación en el tema. Esta dependencia es responsable igualmente de la planificación, coordinación y supervisión de los servicios de salud mental del país, así como de la capacitación del personal que trabaja en dichas unidades. Cabe anotar que la Comisión se encuentra adscrita a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y su desafío es la coordinación con las otras dependencias involucradas del Ministerio de Salud Pública para la implementación de la Política Pública de Salud Mental (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 13).

Se puede evidenciar en la tabla 12 la importancia de contar con una red de servicios de salud mental desde la perspectiva profesional de los entrevistados, que hacen hincapié en que la desinstitucionalización depende de la creación de toda una red que sostenga este tipo de procesos.

Tabla 12
Entrevistas Red de Servicio de Salud Mental

Entrevistas	
Cita 1	(...) si bien pero que la atención es importante para toda la salud mental integral sí creo que esta diferencia se da por perspectiva política y en realidad para la atención de los trastornos mentales graves aquí en Quito por lo menos sólo tenemos el hospital psiquiátrico y tenemos el San Lázaro sería como un ambulatorio especializado (...)
Cita 2	(...) luego tenemos psiquiatras en hospitales generales (...)
Cita 3	(...) hay psicólogos, pero lo mismo no están basados en el paradigma de la rehabilitación ni de la recuperación y también tenemos los centros de salud, pero ahí no se atiende trastornos mentales graves (...)
Cita 4	(...) entonces necesitamos los servicios y los profesionales (...)
Cita 5	(...) desinstitucionalización depende de otras características, no sólo del cierre de un psiquiátrico, sino que depende de un sistema como tal, hay ese sistema aquí en el Ecuador, pues no lo hay (...)
Cita 6	(...) crear toda una red porque eso es uno de los elementos principales, crear una red de Salud Mental (...)
Cita 7	(...) por qué no es una cuestión de protocolo es una cuestión de sistema y de redes como tal (...)
Cita 8	(...) habido esfuerzos para comenzar a armar una red (...)
Cita 9	(...) yo puedo hablar de huerto manías donde yo trabajo claro por supuesto pienso, estoy segura de los pilares para la desinstitucionalización, pero hacer el único en el país para mí es con mucho orgullo como yo lo digo, pero también con mucha pena porque no es posible que haya un dispositivo de trabajo de este estilo en el país, no sostiene no es una respuesta, es para las personas que están en Quito (...)
Cita 10	(...) necesitan una red entonces ahí se hace evidente que no hay red (...)
Cita 11	(...) entonces la salud mental como tal para atender patologías mentales superiores no se ha desarrollado infraestructura para esto, y yo podría decir que la única infraestructura que se desarrolló y eso fue con Carina Vans fue toda esta reestructuración que se hizo en el San Lázaro, tú tienes este nuevo San Lázaro pero a nivel nacional no, entonces se empieza a estructurar una red donde tú tienes, bueno todavía no se plantea más adelante en el 2014, tú tienes unos servicios ambulatorios, tienes unos servicios ambulatorios intensivos y tú tienes unos CETAD en lo que tiene que ver con red (...)
Cita 12	(...) en teoría en salud mental en patologías mentales también tú tienes un ambulatorio, un ambulatorio intensivo donde se debería atender a los pacientes que son contra referidos, o captados y que tienen la capacidad resolutive para hacer en patologías mentales superiores (...)
Cita 13	(...) pero todavía no ha habido una red (...)
Cita 14	(...) ahora mismo cuarentena tenemos un compañero que está muy mal ahorita, un compañero de huerto manías y a él lo que le pasó fue que no hubo continuidad en su tratamiento por qué no sabemos porque, en realidad no

hay explicación porque se supone que el hospital psiquiátrico te brinda la asistencia, tele psiquiatría, tele psicología, visitas domiciliarias, no nos contestaron nunca el teléfono ni los pedidos ni nada y el tubo discontinuidad en la medicación, no digamos el tratamiento porque la medicación es una de las pilares del tratamiento, no hubo un seguimiento (...)
--

Nota: Criterios profesionales de la creación de una red de salud mental para brindar una atención integral óptima. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

En términos organizativos, implica contar con redes integradas de servicios, basados en equipos multiprofesionales y con una responsabilidad territorial clara. En términos funcionales, basarse en criterios epidemiológicos, garantizar la continuidad de cuidados y favorecer en los profesionales enfoques de rehabilitación, dinámicas participativas y de trabajo en equipo. Se requiere contar además con una suficiente dotación de profesionales y dispositivos, con sus correspondientes estándares de calidad, sin reconstruir espacios de exclusión ni dejar de atender las necesidades de usuarios y familiares (MSP, 2012, pág. 42).

A continuación, se detalla el personal esencial y las responsabilidades que se cumplen dentro de los tres niveles de atención con los que cuentan el Ministerio de Salud Pública, para brindar una atención adecuada que cubra las necesidades de la población a la cual se dirige.

Tabla 13
Niveles de Atención

NIVEL DE ATENCIÓN		
Primer Nivel	Segundo Nivel	Nivel Zonal
PERSONAL ESENCIAL		
Conformado por psicólogo/a, médico, enfermera, trabajadora social y terapeuta ocupacional (de acuerdo a la disponibilidad del distrito)	Psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajadora social	Responsable zonal de salud mental
RESPONSABILIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en coordinación con la brigada de reinserción del HEJE para sensibilizar a la familia y preparar la llegada del usuario. • Dar continuidad al plan de rehabilitación psicosocial del usuario una vez insertado en la comunidad en concordancia con las recomendaciones realizadas por la brigada de reinserción a través del “informe de reinserción” y estos lineamientos. • Georreferenciar y ubicar en el mapa parlante del establecimiento de salud a los usuarios reinsertados. • Activar la atención emergente con el hospital de referencia en los cuadros agudos de los usuarios. • Continuar con el seguimiento una vez que el usuario es contra referido. 	Atiende emergencias psiquiátricas de acuerdo a los lineamientos operativos de las unidades de salud mental hospitalarias (USMH).	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza registro nominal de los usuarios reinsertados en su zona. • Monitorea el seguimiento comunitario a los usuarios reinsertados • Evalúa la aplicación de estos lineamientos en los tres niveles de atención.
	Brinda consulta ambulatoria de especialidad.	
	Estabiliza, refiere y contra refiere al primer nivel.	

Nota: Detalle de personal y actividades que se realizan en los diferentes niveles de atención en el país. **Adaptado de:** (MSP, 2018, pág. 23). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.2. Niveles de Atención

En la figura 1, podemos observar con que dispositivos de salud mental contamos en los diferentes niveles de atención, y a su vez, especifica qué tipo de atención, apoyo o servicio brindan a la comunidad.

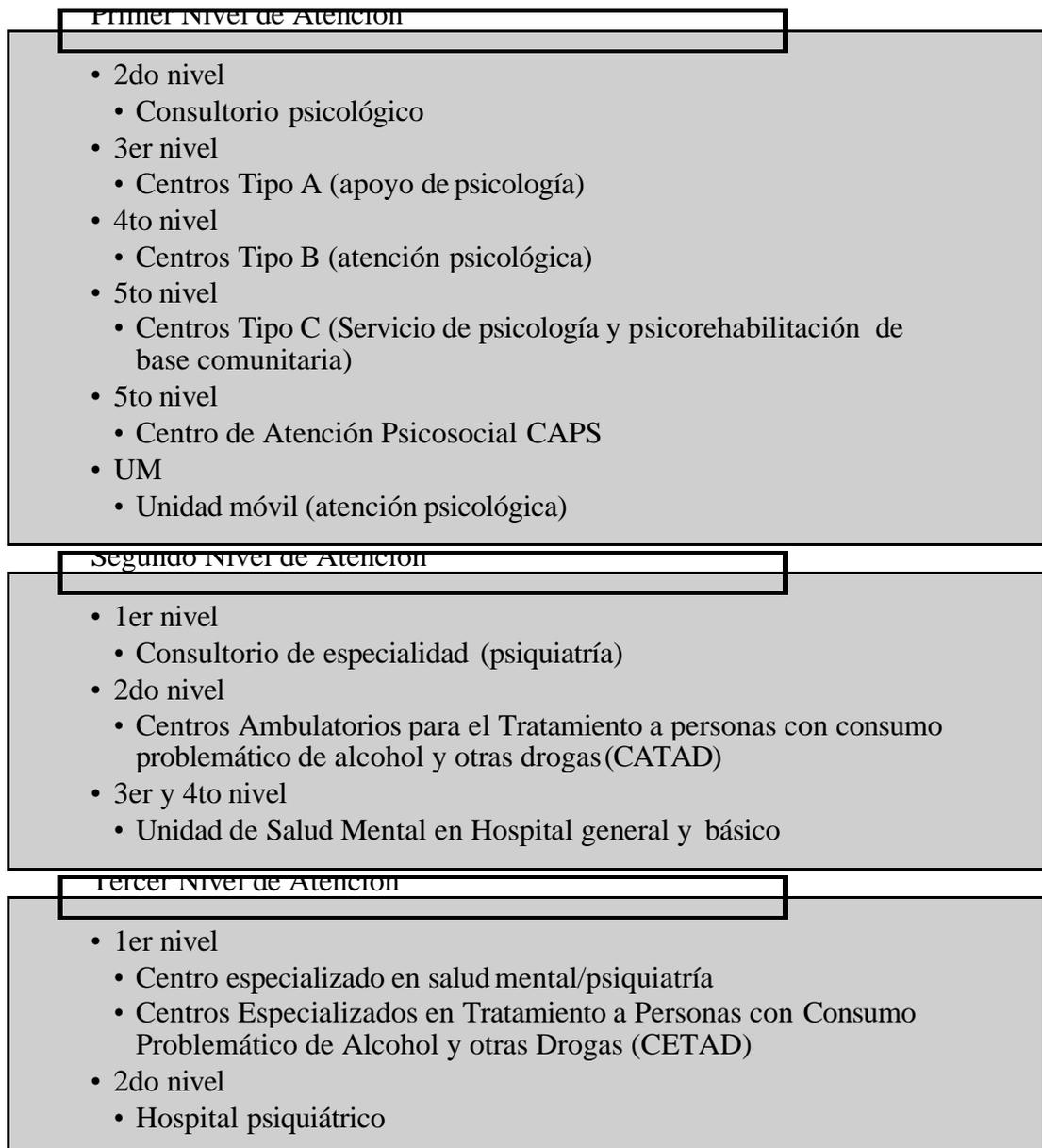


Figura 1 Niveles de Atención en el Sistema de Salud Mental

Adaptado de: MAIS FCI (2012, pág. 89)

Elaborado por: Elaboración por las Autoras.

A continuación, se refleja la importancia a nivel profesional de fortalecer el primer nivel de atención con personal capacitado para tratar con usuarios que presenten algún tipo de sufrimiento mental y puedan realizar la respectiva derivación a otros niveles de atención.

Tabla 14
Entrevista Niveles de Atención

Entrevistas	
Cita 1	(...) de lo otro de primer nivel sé que se realizaron más contrataciones de psicólogos en primer nivel sin embargo en este último año tal vez dos años sean ido reduciendo (...)
Cita 2	(...) fortalecer lo que ya está señalado la atención primaria y la atención en Hospitales generales (...)
Cita 3	(...) el primer nivel es justamente el más descuidado (...)
Cita 4	(...) entonces tú tienes un modelo de salud que trabaja con los médicos familiares, y los médicos familiares están en la capacidad de en el primer nivel de atención atender patologías mentales, atender, eso significa al menos identificar signos y síntomas, habrá algunos que se puedan trabajar en primer nivel, yo lo que he visto, yo lo he palpado, y hecho seguimiento de varios y otros que se han pasado a segundo y tercer nivel, ya entonces si ha habido un proceso (...)

Nota: Criterio profesional acerca del reforzamiento de los primeros niveles de atención y la capacidad de los mismos para referir a usuarios. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.3. Ausencia de Servicios de Salud Mental

9.3.3.1. CAPS

En el año 2014 se dispone de 199 centros de salud tipo B y C con psicólogo en el territorio ecuatoriano. Según el Modelo de Atención de Salud Mental, el centro de salud tipo C debe contar con un médico y una enfermera con formación en salud mental, además de un psicólogo y de un psiquiatra itinerante a cargo de hacer visitas semanales de supervisión y de apoyo al primer nivel. En la práctica, se ha constatado que un gran porcentaje del personal médico y de enfermería del primer nivel no cuenta con capacidad de respuesta en salud mental, en parte por falta de formación en el tema y dinámicas relacionadas con el estigma, así como por un fenómeno de sobrecarga de trabajo. La conjunción de estos factores hace que estos profesionales estén menos dispuestos a brindar atención a los usuarios con trastorno mental que acuden a estos servicios (OPS, OMS, MSP, 2015, págs. 13 - 14).

En la figura 2 podemos apreciar las funciones que corresponden a los CAPS y cómo durante el proceso de implantación del modelo se decidió integrar las actividades de los mismos a los centros de salud tipo C.

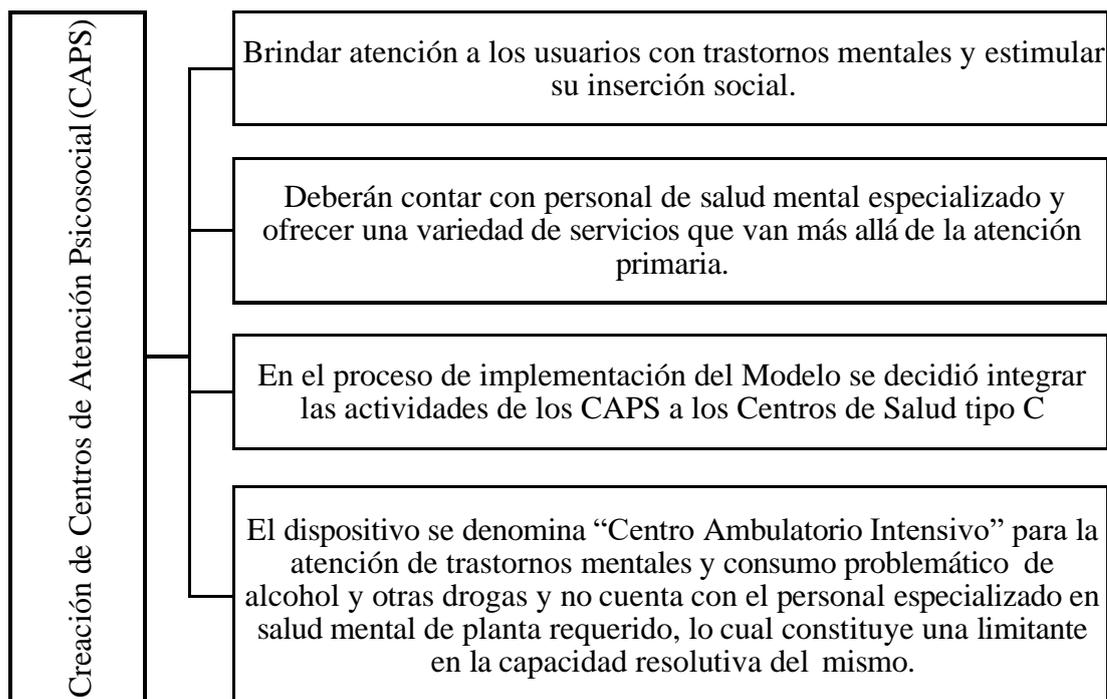


Figura 2 CAPS

Adaptado de: Informe de evaluación del sistema de Salud Mental en el Ecuador (2015, pág. 9).

Elaborado por: Elaboración por las Autoras.

Se pudo obtener a partir de entrevistas, la información de no poseer CAPS destinados a cumplir sus funciones específicas.

Tabla 15
Entrevistas CAPS

Entrevistas	
Cita 1	(...) no tenemos los centros de atención psicosocial (...)

Nota: Ausencia de CAPS. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.4. Carencia de Servicios de Salud Mental

Carencia de servicios de salud mental comunitarios: No se cuenta con unidades/servicios de salud mental comunitarios del sector público que potencien fortalezas y desarrollen capacidades del individuo y la población en conjunto, desde la promoción de la salud, el arte, el deporte y la participación social (MSP, 2012, pág. 36).

En la tabla 16 se puede evidenciar, en la narrativa de los entrevistados, que no se ha implementado correctamente todos los servicios de salud mental que se requieren para lograr la integralidad en la atención.

Tabla 16
Entrevistas Carencia de Servicios de Salud Mental

Entrevistas	
Cita 1	(...) no se ha implementado los servicios de salud mental (...)
Cita 2	(...) no tener servicios es lo principal (...)
Cita 3	Creo que la principal es que no se visibiliza porque no existen los servicios (...)
Cita 4	(...) no hay psicólogos pues bueno me voy al médico, porque siempre la gente va a ir al lugar que queda más cercano de donde vive (...)
Cita 5	(...) necesidad de crear centros ambulatorios, es decir, reforzar la atención primaria, lo cual no se ha hecho (...)
Cita 6	(...) los ambulatorios intensivos que, si se está haciendo las referencias a los otros niveles, al segundo nivel y al tercer nivel que lleguen, no tienes un seguimiento (..)
Cita 7	(...) entonces todavía el tema de salud mental, vuelvo patologías mentales superiores, no drogas, no se ha posicionado en el primer nivel de atención país, todavía no están fuerte (...)
Cita 8	(...) entonces más o menos en salud metal todavía no ha habido una organización fuerte (...)

Nota: Criterio profesional de la desorganización de dispositivos de salud mental a nivel nacional.

Adaptado de: (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.4.1. Territorialidad

Los servicios de salud mental en el Ecuador no están organizados por áreas de captación geográfica (territorialización); asimismo, su distribución no es equitativa ni organizada según las necesidades de la población, encontrándose un fenómeno de concentración en las grandes ciudades (Quito, Guayaquil y Cuenca). En 2014 los servicios existentes, tanto públicos como privados, no mantienen ningún sistema de coordinación entre sí: no existe, por ejemplo, un sistema de referencia y de contra referencia entre los dispositivos hospitalarios y los ambulatorios (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 13).

A continuación, se presenta la importancia de la existencia de dispositivos de salud en las diferentes provincias a nivel nacional, a partir de la perspectiva profesional de los entrevistados.

Tabla 17
Entrevista Territorialidad

Entrevistas	
Cita 1	(...) lo que le faltaría el san lázaro para ser comunitario es ascender a la población de su territorio (...)
Cita 2	(...) si yo tengo un servicio que es territorial este servicio hará un trabajo con la comunidad (...)
Cita 3	(...) no pueden abarcar mucho territorio porque obviamente dos psicólogos no son mucho y si tengo sólo 60 a nivel nacional pues no van a abarcar tanto territorio (...)
Cita 4	(...) el plan original era crear un centro como el San Lázaro, es decir un centro ambulatorio o un centro específicos sobre salud mental ambulatorio por cada provincia (...)

Nota: Criterio profesionales de la necesidad de tener un centro ambulatorio por cada provincia.
Adaptado de: (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.4.2. Unidades Residenciales

En lo que respecta al proceso de desinstitucionalización en curso, cabe mencionar que este se ve obstaculizado por la falta de unidades residenciales para los usuarios

sin posibilidad de reinserción familiar, así como por un sistema aun débil de atención ambulatoria en el primer y segundo nivel, que dificulta el seguimiento a los pacientes dados de alta del hospital. Las limitaciones para ingresar pacientes en los hospitales generales, al no contar éstos con camas de asignación específica en psiquiatría, constituyen un obstáculo adicional en el proceso de desinstitucionalización (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 28).

La disponibilidad de unidades residenciales comunitarias en el Ecuador es muy limitada: solamente el Instituto de Neurociencias de Guayaquil ofrece este tipo de atención en tres hogares protegidos, que albergan 18 usuarios en 2014. A nivel privado funcionan un número indeterminado de hogares o asilos para pacientes psiquiátricos crónicos, cuyas actividades no son reportadas al Ministerio de Salud Pública. A pesar de que el Modelo de Atención plantea la necesidad de crear este tipo de dispositivos residenciales, en la práctica el Ministerio de Salud Pública se ve limitado en este sentido, al estar imposibilitado a incurrir en gastos relacionados con vivienda y alimentación para estas personas. Se discute actualmente la posibilidad de llegar a un acuerdo con el Ministerio de Inclusión Social, que cuenta con algunas facilidades residenciales (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 17).

A continuación, se presenta la perspectiva profesional que refleja la necesidad de contar con unidades de acogida, donde se pueda recibir a las personas con trastorno mental severo, evitando la institucionalización en hospitales monovalentes.

Tabla 18
Entrevistas Unidades Residenciales

Entrevistas	
Cita 1	(...) no tenemos viviendas unidades de acogida que así se llamaban Que eran para donde las personas podían vivir (...)
Cita 2	(...) falta de residencias (...)
Cita 3	(...) otro de los aspectos que estamos señalando en la ley es crear comunidades ambulatorias específicas de los mental y también residencias donde sirvan como vivienda no como espacio terapéutico (...)

Nota: Importancia de la creación de unidades residenciales para la atención de personas con vínculos familiares ausentes. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

A pesar de que se cuenta con mínimas unidades residenciales localizadas en Guayaquil, el HPJE cuenta con tres tipos de residencias que son ocupadas por los pacientes crónicos según la autonomía que manejen en base a su diagnóstico; los pacientes con discapacidad leve ocupan la residencia tipo 1, aquellos que tienen una discapacidad moderada ocupan la residencia tipo 2 y por último los pacientes con discapacidades graves que requieren cuidados prolongados, ocupan la residencia tipo 3 (MSP, 2018).

Estas residencias son denominadas de transición, ya que, dependen del nivel de autonomía que tenga cada paciente y, por ende, a partir de esta se establecerá el talento humano que requiere cada residencia, las residencias según su tipo deben contar con:

Tabla 19
Residencias Transitorias

Residencia de Transición		
<i>Residencia de Transición Tipo 1 (mayor autonomía): usuarios con discapacidad leve</i>	<i>Residencia de Transición Tipo 2 (menor autonomía): usuarios con discapacidad moderada</i>	<i>Residencia Tipo 3 de Cuidados Paliativos: usuarios con discapacidad grave</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Espacios adaptados físicamente para que simulen un ambiente – hogareño. • Deberá contar ambientes sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios adaptados físicamente para que simulen un ambiente hogareño. • Deberá contar ambientes sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios adaptados físicamente para que simulen un ambiente hogareño • Deberá contar ambientes sociales

<p>como: sala de estar, cocina, comedor y ambientes privados como dormitorios y baños para el uso de hasta tres usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta residencia podrá hospedar hasta un máximo de 10 usuarios. • Permitirá la libre circulación del usuario en las instalaciones del Hospital. • Esta residencia servirá para la preparación de los usuarios en el programa de reinserción. 	<p>como: sala de estar, cocina, comedor y ambientes privados como dormitorios y baños para el uso de hasta tres usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La libre circulación se permitirá con supervisión de los operadores de casa y de acuerdo al plan de rehabilitación. • Cuando un usuario logre un de nivel de funcionalidad y autonomía que le permita pasar a la residencia tipo A, será valorado previamente por el equipo de reinserción. 	<p>como: sala de estar, cocina, comedor y ambientes privados como dormitorios y baños para el uso de hasta tres usuarios, con las ayudas físicas para la condición de salud de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerá servicios de cuidados a largo plazo para usuarios que, por condición clínica, discapacidad y condiciones sociales no pueden entrar en el proceso de reinserción, ni en un programa de rehabilitación psicosocial.
---	--	---

Nota: Tipos de residencia con sus funciones específicas y espacios físicos adecuados. **Adaptado de:** (MSP, 2018, págs. 24 - 25). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.4.3. Centros Ambulatorios

El Ecuador cuenta con el equivalente de cuatro centros de salud mental comunitarios en las ciudades de Quito (2), Esmeraldas (1) y Cuenca (1). El Modelo de Atención en Salud Mental concibe estos centros como “ambulatorios intensivos” para el tratamiento de personas con trastorno mental grave y consumo problemático de sustancias psicoactivas. Como se mencionó anteriormente, estos dispositivos están en los centros de salud de primer nivel, con excepción del Centro San Lázaro de Quito, que funciona de manera independiente. Cabe destacar que la autoridad sanitaria tiene previsto crear 25 centros ambulatorios intensivos en el país (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 14).

A continuación, se presenta la perspectiva profesional alrededor de la implementación de centros ambulatorios a nivel nacional, tomando en cuenta que son los únicos servicios que se han creado para avanzar en el modelo comunitario.

Tabla 20
Entrevistas Centros Ambulatorios

Entrevistas	
Cita 1	(...) los únicos servicios que se han implementado creo que son unos 60 a nivel nacional que son los ambulatorios intensivos (...)
Cita 2	(...) empezamos pusimos ambulatorios intensivos y creo que no sabe hacer nada más la verdad (...)

Nota: Criterios profesionales de la creación de centros ambulatorios. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.5. Deficiente Promoción de Salud Mental

Dentro de los modelos de Salud Mental vigentes se recalca la atención que se le va a prestar a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que radica en fortalecer el trabajo del Estado en conjunto con las comunidades (MSP, 2012).

A continuación, se presenta la ausencia de una adecuada promoción de salud mental y de una sociedad sensibilizada, a partir de la narrativa profesional de los entrevistados que son conscientes de la inexistencia de campañas que promuevan una comunidad más informada.

Tabla 21
Entrevistas Deficiente Promoción de Salud Mental

Entrevistas	
Cita 1	(...) la comunidad si estará más sensibilizada y cooperará más y entenderá más los temas de los problemas de salud mental (...)
Cita 2	(...) en ese sentido (...) tenemos campañas de la promoción de salud mental que sean más masivas (...)
Cita 3	(...) no hay todavía en la comunidad una sensibilización relacionada a los factores protectores, la promoción de la salud mental que es un estilo de vida saludable, el poder buscar apoyo apenas se necesite, sino que es como se aguanta hasta que esté muy mal y cuando ya esté muy mal consulto. No está enfocada en la promoción de la salud (...)

Cita 4	(...) no hay promoción, no hay campañas de prevención (...)
Cita 5	Yo creo que eso todavía está en construcción, yo creo el tema de salud mental a nivel, social a nivel comunitario es un tabú, todavía no se le entiende la real dimensión que tiene esto y eso se refleja que mucha gente cuando va a los centros de salud o cuando va al psiquiatra, todavía tiene estas grandes etiquetas de que "halla solo van los locos", y esas formas de expresión, entonces yo creo que falta mucho desde todos los ámbitos, desde el ámbito de la academia (...)

Nota: Criterio profesional de la ausencia de promoción y prevención de la salud y de la enfermedad. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.3.5.1. Escasa Información

Una familia y comunidad ausente es responsabilidad del estado, pero también de sí mismos, ante un presupuesto menor al 2% para salud mental, no existe una adecuada promoción de salud ni prevención de la enfermedad, entonces, tenemos una sociedad que desconoce lo que implica el sufrimiento mental además de tener interiorizado un estigma que concibe al enfermo mental dentro del manicomio y fuera de la sociedad, dejando de lado su responsabilidad como sociedad (Psicólogos Clínicos, 2020).

En la tabla 22 se refleja una consciencia profesional de no contar con una población totalmente sensibilizada y de experimentar un abandono Estatal hacia la salud mental.

Tabla 22
Entrevistas Escasa Información

Entrevistas	
Cita 1	(...) en este momento en la población no está totalmente sensibilizada (...)
Cita 2	(...) no se trata sólo de la educación como tal de la sociedad, es el mismo estado que ha abandonado completamente la salud mental (...)
Cita 3	(...) pero es un porcentaje menor de la población, igual no queremos hablar de eso, aquí se esconde mucho, no solamente a las personas por ejemplo con esquizofrenia, personas con alguna discapacidad intelectual, también se les esconde, entonces es algo que nos incómoda para hablar (...)

Nota: Criterios profesionales acerca de la falta de información, que resulta en una sociedad desensibilizada hacia la salud mental. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.4. Guía de Reinserción de Pacientes crónicos del Hospital Psiquiátrico

Julio Endara

A continuación, se detalla el propósito y objetivos de la guía de reinserción de pacientes crónicos del HPJE sin referente familiar y social institucionalizados.

Tabla 23

Propósito y Objetivos de la Guía de Reinserción de Pacientes Crónicos del HPJE

Propósito			
Favorecer la rehabilitación psicosocial dirigida a la reinserción en la comunidad de personas con trastorno mental severo sin referente familiar y social, institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara de la ciudad de Quito.			
Objetivos			
Establecer los procedimientos específicos para la rehabilitación psicosocial y la reinserción de las personas con trastornos mentales severos institucionalizadas.	Describir los lineamientos generales para el sostenimiento en comunidad de los usuarios reinsertados a través de la red de salud mental.	Lograr la reinserción social de las personas institucionalizadas fomentando el ejercicio de sus derechos de ciudadanía.	Armar una red de apoyo que incluya a la familia que facilite el funcionamiento social del usuario. Disponer de espacios residenciales como alternativas sustitutas al apoyo familiar, como recurso de reinserción en entornos sociales normalizados.

Nota: Propósito y objetivos detallados de la Guía de reinserción. **Adaptado de:** (MSP, 2018, pág. 12)

Elaborado por: Elaborado por las Autoras

9.4.1. Transinstitucionalización

El HPJE se creó con una visión comunitaria, sin embargo, por el cierre del San Lázaro y su transformación a un centro ambulatorio, tomó el carácter de Hospital Monovalente por periodo extenso de tiempo, institucionalizando a pacientes crónicos en sus instalaciones (OPS, OMS, MSP, 2015).

El paso de residencia de un hospital a otro es denominado transinstitucionalización, la cual consiste en el “traspaso a residencias de reposo, residencias para ancianos, lugares de crónicos “no psiquiátricos”” (Rotelli, 2014), en el caso de los pacientes del San Lázaro este proceso terminó en otra instancia psiquiátrica, no obstante, la misma inicio un proceso de desinstitucionalización que en algunos casos terminó con una apropiada transinstitucionalización.

Las personas que han sido institucionalizadas tanto en el San Lázaro como en el HPJE, desde una edad muy temprana no han conocido nada más allá de las paredes y pasillos del hospital en el que residen, no han tenido contacto más que con profesionales y pacientes que se encuentran en su mismo servicio, sus habilidades cognitivas, motrices y sociales se han ido deteriorando, resultando sorprendente escuchar relatos de personas que laboran en la institución, afirmando que antes tenían una mejor comunicación asertiva y mayor autonomía.

A continuación, se presentan las perspectivas de la transición que experimento el San Lázaro de hospital monovalente a centro ambulatorio, que dejó como resultado a pacientes institucionalizados sin lugar de residencia.

Tabla 24
Entrevistas Transinstitucionalización

Entrevistas	
Cita 1	(...) cuando hubo esa transición del San Lázaro, tú te vas a encontrar con un vacío con estas personas, estas personas que prácticamente ya han vivido en el hospital, como Estado, que haces con esas personas, a donde les mandas, eso sería una competencia del MIES probablemente y en mi criterio si, Ministerio de Inclusión, su nombre lo dice, debería el MIES trabajar, algún momento que tuvimos acercamientos con el MIES nos decía que no había una normativa que sea vinculante y que ellos tengan que trabajar en la inclusión de estas personas, entonces partimos desde ese vacío legal, (...)
Cita 2	(...)porque ustedes saben que el Julio Endara fue hecho para ser un hospital comunitario, supuestamente de puertas abiertas pero su

	<p>inauguración fue casi una maldición, se inaugura con 100 personas de San Lázaro son personas que vivían en el San Lázaro, y al ser personas que vivían ahí y no tener una estrategia comunitaria, no cierto de reinserción de un depósito a otro no, eso se llama transinstitucionalización, pero así fue inaugurado el Julio Endara cuando se cerró el San Lázaro es como que pasó de nuevo esto. Se duplica la población del Julio Endara con gente del San Lázaro (...)</p>
--	---

Nota: Criterios profesionales del traspaso de residentes del San Lázaro al HPJE **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.4.2. Etapa 1

A continuación, se detalla el objetivo y las fases que abarca la Etapa 1, así como las actividades que se desarrollaron y el personal humano necesario para ponerlas en marcha.

Tabla 25

Etapa 1: Selección de Usuarios

Etapa 1: Selección de Usuarios Temporalidad: Continua Proceso de evaluación integral	
Objetivo: Determinar el nivel de la calidad de vida, salud e integración social en el que se encuentran los usuarios.	
Fase 1: Evaluación de la población institucionalizada	Fase 2: Clasificación de los usuarios de acuerdo al nivel de autonomía
Actividades:	Actividades:
1. La brigada de reinserción en base a la evaluación del equipo calificador de discapacidades valorará o aplicará si lo requiere los instrumentos y procedimientos necesarios para determinar nivel de discapacidad, estado clínico, nivel de funcionamiento social y autonomía de cada uno de los usuarios.	1. Se realizará una redistribución física de los usuarios en relación a: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de discapacidad, considerando la autonomía (facilidad en el manejo de las instalaciones); • Nivel del supervisión y cuidados que requiere: (mínimo, medio, o alto).
2. Elabora el Plan de rehabilitación psicosocial individualizado consensuado con el usuario	2. Brindar continuidad de cuidados en espacios físicos adaptados y lo más cercanos posible a la convivencia en comunidad que permitan al usuario alcanzar mayor autonomía, orientándolo en la toma de decisiones, que estará a cargo del personal designado para ello,
3. Recolecta datos de ubicación de referentes familiares y sociales del	3. Estos espacios se convertirán en residencias transicionales para los

usuario (revisión de los expedientes).	usuarios especialmente para los usuarios con discapacidad leve o moderada en la medida del alcance de habilidades de autonomía que vayan adquiriendo, permitiendo transitar al usuario de acuerdo a indicadores de funcionalidad y autonomía a residencias de mayor autonomía o viceversa de acuerdo a la evolución del usuario.
--	--

Nota: Detalle de la Etapa 1, con sus fases y actividades. **Adaptado de:** (MSP, 2018, pág. 26) **Elaborado por:** Elaborado por las Autoras

Con respecto a la Fase 1, apartado 1 y 2, al momento de ingresar a una institución hospitalaria, se procede a crear una historia clínica, en la cual se registra sus antecedentes orgánicos, psíquicos, familiares, escolares, laborales y sociales. Después de la valoración del equipo multidisciplinario se inicia el tratamiento que se considera óptimo para la recuperación de la persona (MSP, 2018).

Se realizaron criterios de inclusión para establecer que pacientes podían iniciar el proceso de reinserción, basándose en el nivel de autonomía de cada uno.

Criterios de Inclusión:

- “Usuarios que luego de haber pasado por un programa de rehabilitación psicosocial, muestran un nivel de funcionamiento y autonomía social suficientes para vivir en un ambiente familiar y comunitario” (MSP, 2018, pág. 17.)
- Usuarios que luego de haber pasado por un programa de rehabilitación psicosocial, muestran un nivel de funcionamiento y autonomía social suficiente para vivir en un hogar protegido una vez implementado u otra institución de acogimiento, por ausencia de referente familiar o este no ofrece las condiciones de apoyo necesario (MSP, 2018, pág. 18).

En referencia a la Fase 1, apartado 3, la brigada de reinserción está compuesta por trabajadores sociales quienes se encargaron de realizar una búsqueda de los familiares o referentes sociales de los pacientes crónicos que participaron en el proceso de reinserción. Entonces, se inició una:

Búsqueda activa de familiares o referentes sociales (MSP, 2018, pág. 19):

- Levanta el censo de usuarios.
- Desarrolla una búsqueda documental de datos de ubicación de familiares.
- Valora posibles candidatos para la reinserción, programa y ejecuta acciones que viabilicen su retorno a la comunidad.
- Articula con la red de trabajo social de los tres niveles de atención para la búsqueda y acercamiento familiar (pág. 19).

Con el fin de llevar un registro se realizó una matriz de recolección de datos obtenidos de la historia clínica de cada paciente, con los indicadores principales que proporcionen información de su familia como; dirección, teléfonos de contacto, N.º de historia clínica del usuario, nombres, diagnóstico, entre otros (Anexo 2).

A partir de la Fase 2, apartados 1, 2 y 3, la brigada de reinserción se dedica a redistribuir físicamente a los pacientes brindando los cuidados necesarios dentro de las residencias transitorias en la cuales se encuentran bajo un criterio de autonomía que irá incrementando de acuerdo a la evolución del usuario (MSP, 2018).

Muchas familias no recibieron a sus parientes alegando no tener los recursos suficientes para hacerse cargo de ellos, recurriendo a medios legales, amparos legales, e incluso certificados médicos para rechazarlos (Psicólogos Clínicos, 2020).

A continuación, se refleja el testimonio de los profesionales participantes del proceso, de cómo se llevaron a cabo las dos diferentes fases para cumplir con las actividades propuestas.

Tabla 26
Entrevista Etapa 1

Entrevistas	
Cita 1	(...) tienen una aproximación diagnóstica y un diagnóstico luego confirmado (...)
Cita 2	(...) tienen un estudio psicológico, un estudio psiquiátrico incluso a nivel familiar, si, si tienen familia, si disponen de soportes o apoyos técnicos, todo eso se hizo una aproximación (...)
Cita 3	(...) se le identificó a la familia igual en el equipo decía de trabajo social con aproximación a la familia con llamados de atención hacia el hospital a la familia, una vez que se logró ese enlace con la familia se hizo luego la inducción. (...)
Cita 4	(...) y luego se hizo visitas domiciliarias, todo el equipo, bueno no todo el equipo ya que, de cierta manera, primero iba trabajo social, una vez identificado cual es la familia, cuáles son los más cercanos, se habían padres, si había hermanos, en todo caso se hacía un diagnóstico familia, una vez establecido ese diagnóstico de la aproximación cual era la persona más a fin para poder llevar este proceso (...)

Nota: Testimonios experienciales de la Etapa 1. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.4.2.1. Equipo Multidisciplinario

El equipo multidisciplinario está conformado por profesionales de diferentes especialidades en salud mental, que posibilitan la recuperación de la afección que tiene el usuario, ocupándose del mismo en un nivel de atención biopsicosocial (MSP, 2018).

Para el proceso de desinstitucionalización, el equipo multidisciplinario está constituido por cinco diferentes especialidades que cumplen determinadas funciones, las cuales son:

<p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza la Evaluación clínica de los usuarios, de acuerdo a su competencia. • Capacita y sensibiliza en manejo y prescripción de medicamentos al equipo médico que hará el seguimiento de los casos en primer y segundo nivel de atención. • Capacita y sensibiliza a los familiares en el manejo de síntomas prodrómicos, crisis agudas y manejo de la medicación. • Realiza itinerancia en las residencias transitorias.
<p>a.Psicología</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realiza la evaluación psicológica de los usuarios. <input type="checkbox"/> Establece el plan individual en la historia clínica. <input type="checkbox"/> Brinda terapia individual, grupal y familiar con el fin de reducir recaídas y disminución de la intensidad de la sintomatología. <input type="checkbox"/> Conjuntamente con terapia ocupacional, implementa habilidades sociales de acuerdo a la necesidad de los usuarios. <input type="checkbox"/> Realiza psicoeducación al usuario y su familia con el fin de generar adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, fortalecimiento del vínculo y estrategias de afrontamiento al estrés. <input type="checkbox"/> Trabaja de forma conjunta con equipo para potenciar la integración social del usuario a la comunidad.
<p>a.Terapia Ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realiza y aplica el plan terapéutico ocupacional en base a necesidades individuales del usuario. <input type="checkbox"/> Desarrolla habilidades para el uso adecuado del tiempo libre utilizando como herramientas técnicas, actividades lúdico-recreativas, laborales y educativas. <input type="checkbox"/> Trabaja con psicología en el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía). <input type="checkbox"/> Promueve la recuperación de actividades de autocuidado y actividades para la vida diaria. <input type="checkbox"/> Promueve el desarrollo de la psicomotricidad y la organización de los hábitos laborales, como preparación para el proceso de capacitación laboral.
<p>a.Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gestionará los cuidados que el usuario requiere a nivel salud. <input type="checkbox"/> Organiza y ejecuta las acciones de cuidado para la salud del usuario. <input type="checkbox"/> Capacita a la familia y ofrece alternativas de atención a las crisis del usuario.
<p>a.Trabajo Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realiza el informe de la evaluación socioeconómica y familiar de los usuarios. <input type="checkbox"/> Intervención social y en el entorno fomentando de forma continua la participación de los familiares y personal del equipo de primer nivel de atención. <input type="checkbox"/> Promueve el asociacionismo de familiares y/o usuarios.

Figura 3 Equipo Multidisciplinario

Adaptado de: Lineamientos operativos para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública. (2018, pág. 21)

Elaborado por: Elaboración por las Autoras.

A continuación, se presenta una breve descripción que hace referencia a la aproximación que realiza la brigada de reinserción.

Tabla 27
Entrevistas Equipo Multidisciplinario

Entrevistas	
Cita 1	(...) el equipo de trabajo pudimos realizar esa aproximación que duró algún tiempo (...)

Nota: Criterio profesional de la brigada de reinserción. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020).

Elaborado por: Elaboración por las Autoras.

9.4.3. Etapa 2

A continuación, se detalla las actividades a realizar dentro de la Fase 1, de la Etapa 2 para facilitar la preparación que dará paso a la reinserción de los pacientes crónicos que participan en el programa.

Tabla 28
Etapa2: Preparación para la Reinserción

Etapa 2: Preparación para la Reinserción
Temporalidad: Permanente
Fase 1
<p>1. Implementar servicios de rehabilitación psicosocial acorde a lo planteado en los lineamientos del presente documento, que serán brindados de forma permanentemente a los usuarios de los diferentes niveles; de este modo, permitiendo la aplicación de los planes individualizados, mismos que podrán tener un abordaje grupal o individual de acuerdo a la prestación de servicios y acciones que se plantean en el programa de rehabilitación. Estos servicios –que podrán ser asumidos y trabajados por la brigada de reinserción o a quien designe la institución- son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatría; • Psicología; • Terapia ocupacional; • Enfermería; • Trabajo social.
<p>2. Habilitar espacios adecuados para brindar consultas individuales, abordajes grupales y de entrenamiento en la autonomía de los usuarios.</p>
<p>3. Estructurar talleres permanentes acorde a las necesidades de los usuarios, que permitan el entrenamiento en su autonomía: actividad física, psicoeducación, musicoterapia, teatro, etc.</p>

4. La preparación del usuario no es un proceso impuesto, deberá ser consensuado considerando el derecho del usuario para opinar sobre su plan, requiere un trabajo multidisciplinario con acciones coordinadas, trabajadas de manera paralela y paulatina, generando las condiciones adecuadas para la externación del usuario.

Nota: Preparación para la reinserción. **Adaptado de:** (MSP, 2018, pág. 26) **Elaborado por:** Elaborado por las Autoras

La segunda etapa está enmarcada en la preparación de usuarios y familiares para la reinserción social, de acuerdo con la Fase 1, apartado 2, 3 y 4, la institución proporciona espacios adecuados para realizar abordajes psicoterapéuticos, talleres enfocados en el entrenamiento de autonomía, propiciando a su vez, que el usuario opine sobre su plan, todo esto realizado por el equipo multidisciplinario o como es denominado en el HPJE brigada de reinserción (MSP, 2018).

Los abordajes psicoterapéuticos varían en su modalidad; se realizaron terapias psicológicas a nivel individual, las cuales, se caracterizan por ser un espacio seguro en donde se crea una relación terapéutica paciente – psicólogo, a partir de la cual se inicia una indagación de síntomas de la personalidad que tienen como fin crear opciones de afrontamiento y afirmación de rasgos positivos para el proceso de recuperación (MSP, 2018).

Se aplicaron también terapias psicológicas grupales que consistían en crear un espacio de intercambio de experiencias y manifestación de inconformidades, con fines catárticos y terapéuticos. Otro tipo de terapia aplicado fue la familiar, se trata de una intervención en la cual, el profesional aborda a la familia en su conjunto, estableciendo un tratamiento encaminado a brindar apoyo social al usuario (MSP, 2018).

Y por último tenemos la terapia ocupacional que facilitó el fortalecimiento de habilidades de desempeño ocupacional.

En este sentido, dentro de las instalaciones se desarrollaron asambleas dirigidas a usuarios y familiares, en donde los participantes expresan emociones y sentires, a partir de los cuales, se generan procesos de mediación para solucionar los inconvenientes que se presenten a nivel individual y familiar, basándose en el diálogo abierto y asertivo (MSP, 2018).

A partir de estas asambleas, se realizó un registro de asistencias de la reunión de pacientes crónicos con familiares a fin de establecer una continuidad de asistencias, en el mismo se evidencia los nombres del familiar asistentes, el parentesco con el usuario y una firma que respalde los datos proporcionados (MSP, 2018). (Anexo 3)

En la tabla 29 se presenta los testimonios experienciales de cómo se llevó la psicoeducación familiar que les permitió en lo posterior manejar las situaciones que se podían presentar de acuerdo a la condición clínica de su familiar.

Tabla 29
Entrevistas Etapa 2

Entrevistas	
Cita 1	(...) Sobre todo las normativas de derechos humanos específicos, la misma OMS te determine 10 aspectos básicos de una ley y una de esas es de un marco normativo sobre los derechos humanos, sobre las técnicas, sobre el tema de internación, internación excepcional (...)
Cita 2	(...) las personas con problemas de salud mental puedan ser sujetos de derechos, porque son sujetos de derechos (...)
Cita 3	(...) algo que es importante de lo que no tenemos una ley de Salud Mental, pero sí son unos documentos maravillosos éstos de los derechos humanos, por lo de la declaración de Caracas que ratifica en Brasil, Panamá, la convención de los derechos de personas con discapacidad que tiene esa convención tiene el mismo estatus como institución, es ley en nuestro país y el Ecuador fue el primero en ratificarse, (...)
Cita 4	(...) nos tocó hacer ese tipo de inducción (...)
Cita 5	(...) primero con la familia que se acerque al hospital, luego que reconozca a la familia el paciente (...)
Cita 6	(...) y si tiene o no la familia a la cual está prevista que se le va primero a educarle, porque requiere un proceso, ya que tantos años que ha pasado el paciente, la familia también ya desconocía de ciertos hábitos y de ciertas actitudes del paciente y también de la enfermedad, prácticamente

	la familia le conocía en épocas de crisis, le digo de unas crisis agudas de la enfermedad, entonces la mayoría de los pacientes que fueron inmersos en la familia ya pasaron por un proceso y con la enfermedad tiende a hacerse un poco más tranquilo el paciente con forme avanzan los años, entonces ellos conocieron otro estado de salud del paciente en la psicopatología, pero en lo posterior, como le digo una vez que se hizo ese proceso que también el paciente que en el hospital tuvo un adecuado tratamiento, entonces el paciente también ya toma ciertas diferencias en actitudes y comportamientos, entonces todo eso requería un proceso de psicoeducación a la familia (...)
Cita 7	(...) pero ahí ya va el compañero psiquiatra con información sobre la enfermedad, sobre el tratamiento, también iba trabajo social con el compañero psiquiatra, posteriormente ya vamos con psicología, ya vamos un poquito más avanzando con el proceso (...)

Nota: Narrativa experiencial de la participación en la Etapa 2 del proceso de reinserción. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.4.3.1. Sensibilización

El término reinserción se emplea cuando se quiere dar cuenta de la situación de integrar nuevamente en la sociedad o comunidad a aquel individuo que por una determinada razón fue aislado de la misma (MSP, 2018).

Se debe sensibilizar a la familia tomando en cuenta que, vivimos en una sociedad marcada por el estigma, por ello, se la invita a formar parte del proceso de rehabilitación psicosocial. Entonces, el equipo multidisciplinario inicia un proceso de psicoeducación con la familia que comprende un conjunto de acciones direccionadas al conocimiento de información de la enfermedad, facilitando así el desarrollo de actitudes favorables que permitan una adecuada comunicación con el sistema sanitario (MSP, 2018).

En este sentido la psicoeducación a usuarios consiste en:

Busca orientar al usuario al manejo adecuado de la enfermedad para generar (MSP, 2018):

- Conciencia de enfermedad, información relevante sobre la enfermedad y su tratamiento;
- Manejo de la medicación;
- Uso de factores protectores y prevención de recaídas;
- Autocontrol de síntomas.
- Psicoeducación familiar
- Fortalecer la comprensión y la dotación de recursos y competencias a nivel familiar para:
- Proporcionar información sobre aspectos tales como origen, curso, pronóstico, prevención de recaídas, factores de riesgo, etc.;
- Mejorar habilidades de comunicación y solución de problemas y situaciones conflictivas;
- Enseñar habilidades de afrontamiento para reducir la carga que implica cuidar de una persona con enfermedad mental;
- Tipos de medicación y efectos secundarios, manejo de la misma;
- Disponibilidad de grupos de apoyo en la comunidad. (pág. 18).

A continuación, podemos evidenciar la importancia de la sensibilización de la sociedad tomando en cuenta las normativas de derechos humanos.

Tabla 30
Entrevistas Sensibilización

Entrevistas	
Cita 1	(...) Sobre todo las normativas de derechos humanos específicos, la misma OMS te determine 10 aspectos básicos de una ley y una de esas es de un marco normativo sobre los derechos humanos, sobre las técnicas, sobre el tema de internación, internación excepcional (...)
Cita 2	(...) y luego como es el manejo en lo posterior, ósea eso también es en lo posterior un manejo de también de psicoeducación para que luego el paciente luego de reinsertarlo tenga las actividades que son las que puede el realizar en su hogar, las actividades de la vida diaria, un poco acercarlo

	a las habilidades sociales del cuidado personal, higiene personal, de hábitos todo eso también requería de un proceso a la familia de psicoeducación, para que también en ese sentido la familia les eduque a cómo tratar al paciente y refuerce también los hábitos que el paciente debe reforzarse, porque si no hay esta estimulación lógicamente se los pierde (...)
--	--

Nota: Testimonio experiencial de la participación de la sensibilización de familiares. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.4.4. Etapa 3

La tabla 31 detalla específicamente las actividades que se desarrollaron para la externación y seguimiento del usuario que está por terminar el proceso de desinstitucionalización tomando en cuenta factores de autonomía necesaria, que la familia este adecuadamente capacitada y contar con una red de servicios comprometida a brindar sostenimiento.

Tabla 31

Etapa 3: Externación y Seguimiento

Etapa 3: Externación y Seguimiento	
Temporalidad: Cuando el usuario cuente con las condiciones	
Actividades	
1.	Determinar las condiciones adecuadas para la externación. Se considerará que tanto el usuario y la familia se encuentran en condiciones de externación cuando: <ul style="list-style-type: none"> • El usuario cuenta con un nivel de autonomía suficiente en concordancia a su condición clínica; • La familia haya sido sensibilizada y capacitada en el manejo de recaídas, apoyo en la inserción y clara relación; • Existe una red de servicios de salud y comunitarios sensibilizados y dispuestos a dar sostenimiento al usuario.
2.	Organización de un cronograma de salidas con incremento del tiempo de permanencia de forma paulatina para readaptar al usuario a la convivencia con su familia, socializado con el equipo de primer nivel que realizará el acompañamiento.
3.	Las visitas del usuario deberán ser monitoreadas por el equipo del primer nivel en coordinación de la brigada de reinserción del HEJE.
4.	Una vez que se han generado las condiciones necesarias para la permanencia del usuario en su ambiente familiar, el equipo de profesionales reevaluará la aplicación del plan de rehabilitación y reinserción para tomar la decisión de externación definitiva.
5.	La resolución del equipo será oficializará a través de un acta compromiso (Anexo 4) que deberá ser firmada por la familia, y el establecimiento de salud, que realizará el sostenimiento comunitario y dará continuidad a la rehabilitación

psicosocial de acuerdo a las recomendaciones realizadas a través del informe de reinserción que se entregará al equipo a cargo.

Nota: Detalle de las actividades a realizar dentro de la Etapa 3 para la externación y seguimiento del usuario. **Adaptado de:** (MSP, 2018, pág. 26) **Elaborado por:** Elaborado por las Autoras.

La etapa final consiste en la externación y seguimiento del usuario, con relación al apartado 1, esta se llevó a cabo cuando se tuvo las condiciones necesarias para desarrollarse en su nuevo entorno, mismas que radican en una suficiente autonomía en concordancia con su cuadro clínico (MSP, 2018).

Conforme al apartado 2, se realizó un cronograma de salidas el cual, tenía como particularidad tiempos delimitados para realizar las aproximaciones familiares, los cuales, tenían intervalos de horas que podían transformarse en días, hasta fines de semana completos (MSP, 2018).

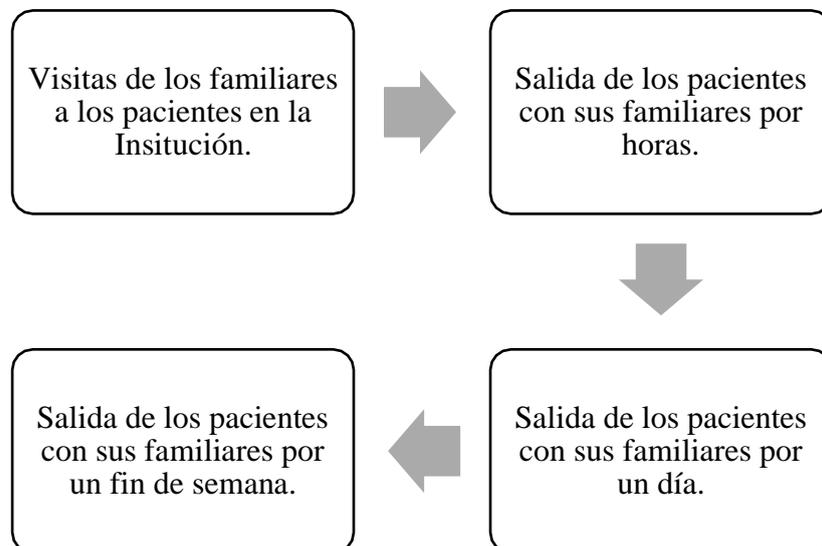


Figura 4: Pasos de acercamiento y reinserción a su nuevo entorno

Adaptado de: Entrevistas a Profesionales de la Salud Mental (Psicólogos Clínicos, 2020).

Elaborado por: Elaboración por las Autoras.

Según el apartado 3, 4 y 5, las visitas que se realizaron a la familia fueron monitoreadas por el equipo de primer nivel en coordinación con la brigada de

reinserción del HPJE, así después de haber generado las condiciones necesarias para que el usuario resida en su ambiente familiar, el equipo multidisciplinario reevaluó el plan de rehabilitación y reinserción con el fin de decidir la externación definitiva, la misma que fue oficializada a través de un acta compromiso (Anexo 4), firmada por la familia y por el establecimiento de salud que lleva a cabo el sostenimiento comunitario y brinda la continuidad requerida (MSP, 2018).

A continuación, se presenta la perspectiva profesional de la brigada de reinserción que facilitó el acercamiento del usuario con la familia, a través, de un cronograma de asistencia.

Tabla 32
Entrevistas Etapa 3

Entrevistas	
Cita 1	(...) dos cosas que son esenciales para que pueda haber una desinstitutionalización que son las residencias terapéuticas, ósea tienen que poder no vivir en el hospital, no estar abandonados en el hospital, pero también para eso deben financiar su vida y entonces de ahí parte la vida que es igual que todos nosotros, todos necesitamos una casa y un trabajo, (...)
Cita 2	(...) entonces huerto manías es ese tipo de dispositivo, no se ofrece tratamiento, no es un dispositivo donde se hace terapia pero sin duda es terapéutico, somos un huerto urbano, cultivamos todo lo que es orgánico y después procesamos artesanalmente para hacer salsas, mermeladas, infusiones tenemos diferentes productos que sin querer son super gourmet, digo sin querer porque no sabíamos nada y hemos tenido mucha ayuda para poder cocinar cosas ricas y de calidad y también hacemos talleres de huerto urbano de agricultura urbana, hacemos talleres de cultivo en cajones, cosas así, pero también talleres de desinstitutionalización, entonces de porque existe huerto manías, porque es importante de que las personas también entiendan de que las personas con problemas de salud mental puedan ser sujetos de derechos, porque son sujetos de derechos, entonces, tenemos esos dos objetivos principales, alcanzar autonomía tras el trabajo y combatir los estigmas. (...)
Cita 3	(...) aproximación de las salidas a los pacientes a sus núcleos familiares (...)
Cita 4	(...) luego que se le ubique a la familia que vaya cierto tiempo como una hora o dos horas, posteriormente dos días, posteriormente un fin de semana y luego ese proceso de inserción duro algunos meses (...)

Cita 5	(...) Hasta el momento no hay pacientes que han regresado, hasta el momento no tenemos, solo para nombrar un caso, un paciente pasó más de 20 años dentro de la institución como usted sabe se fusiono el hospital psiquiátrico San Lázaro con el HEJE, entonces uno de esos pacientes vivió en San Lázaro alrededor de 10 años, paso a nuestro hospital y vivió más, unos 15 años, 12, ya 20 años, pero tenía familiares, entonces hasta el día de hoy ese paciente como le digo se hizo el proceso de reinserción y hasta el día de hoy no hay ninguna recaída, porque la familia también está apoyándose con la información que le damos acá en la institución y también asiste a los controles, entonces el paciente es mantenido con nuestras atenciones también como soporte el hospital, pero la familia acogió al paciente y hasta el día de hoy como unos 2 años no ha regresado el paciente, pece de haber vivido en el hospital como 20 años.
---------------	--

Nota: Testimonio experiencial de la realización de actividades en la Etapa 3. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.4.4.1. Resultados

Tanto el usuario como la familia atravesaron por diferentes procesos de capacitación y psicoeducación que les proporcionaron herramientas necesarias para crear una dinámica familiar que les permitió vivir adaptativamente en su nueva cotidianidad, mediante una comunicación asertiva que permite satisfacer las necesidades principales de la persona desinstitucionalizada evitando así posibles reingresos.

De acuerdo a Sarraceno (2003) citado en Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek y Joskowicz (2013), menciona que el proceso de rehabilitación se lleva a cabo a partir de considerar tres ejes: Hábitat, Bazar o Red Social y Trabajo:

- *Eje Hábitat:* refiere al proceso de consolidación de un lugar para habitar, logrando la pertenencia simbólica y material del espacio. Estrategia de rehabilitación que se desarrolla en conjunto, aunque no se confunden, con la adquisición de la casa.
- *Eje Bazar o Red Social:* se busca crear o potencia lugares que posibiliten el intercambio y consoliden estrategias de afrontamiento junto a familiares o

vínculos afectivos de la persona, a fin de evitar recaídas, mejorar la calidad de vida de la persona y su familia, etc.

- *Eje Trabajo:* entendido como inserción laboral, se considera que el trabajo puede promover un proceso de articulación de intereses, necesidades y deseos, consolidándose como medio de subsistencia y de realización personal y del cumplimiento de aspiraciones y proyectos. En este sentido, distintas estrategias, como las cooperativas o las empresas sociales, buscan aunar el carácter emprendedor económico con el social, promoviendo utilizar recursos que se encontraban en desuso y multiplicando la posibilidad de intercambios sociales (págs. 252 - 253).

La brigada de reinserción en la tabla 33 nos brinda una síntesis del proceso de reinserción de los pacientes a nivel familiar e institucional y de cómo estos se encuentran ubicados en diferentes provincias a nivel país.

Tabla 33
Entrevistas Resultados

Entrevistas	
Cita 1	<p>Conforme nosotros íbamos pasando todas las experiencias, nosotros fuimos viendo las necesidades de que más hacer, no es un proceso, esto viene desde año 2011 más o menos, haga cuenta desde el 2011 hasta el 2020 se lograron insertar algunos de estos pacientes, incluso no solo a nivel familiar sino también a nivel institucional, que quiere decir, siempre ha habido resistencia de que el ministerio de bienestar social, tomen en cuenta de que hay pacientes que no tienen familia pero son pacientes que son manejables, son pacientes que pueden tranquilamente ser autónomos con una buena educación y con un buen soporte, entonces estos pacientes también se hizo también esta aproximación y con la institución que sería un programa institucional, que quiere decir, el ministerio de bienestar social y el ministerio de salud va a compartir este tipo de pacientes pero nosotros comprometiéndonos también a unos pacientes que ellos tienen dentro de sus casas hogares, dentro de sus instituciones a dar una atención, entonces ahí nosotros también tratamos de trabajar interinstitucionalmente y gracias a ellos algunos pacientes que no tuvieron familia, vieron también que eran pacientes autónomos, autosuficientes con habilidades personales, higiénicas y todo eso, lograron también ser reinsertados en instituciones del ministerio de bienestar social, en casa</p>

	hogares, por ejemplo se fueron a Cayambe en grupo de 2 pacientes, otros se fueron a Guayaquil, otros se fueron a Huaquillas, otros están por Babahoyo, se hizo también de esta manera, no únicamente los pacientes que tienen familia, sino también los pacientes que podían ser o vivir en una situación asilar, por eso se trató de hacer ese convenio y se hizo, de hecho se hizo el convenio con el ministerio de bienestar social y le cuento que hasta el día de hoy ya son alrededor de 5 a 6 años que no tenemos, sino ninguna recaída, ningún problema con estos pacientes también reinsertados interinstitucionalmente.
Cita 2	(...) Bueno, el medico lo determina, dependiendo si están dentro de la ciudad están como 2 meses más o menos, bueno se hizo un proceso también igual, fue visita también por el temor de la familia que puede recaer y todo, iniciamos con 15 días, después fue por un mes, después fue por 2 meses, me imagino que ahora estamos por 3 meses las citas (...)
Cita 3	(...) Laboralmente, bajo supervisión seria, porque como le digo es una enfermedad que requiere atención y cuidado, en todo caso como habilidades de la vida diaria como actividades de ocupación, si pero para hacer un tipo de laboral, si habido casos de reinserción laboral pero en etapas tempranas talvez de la enfermedad, primero debe de haber una psicoeducación, pero si la enfermedad se ha cronificado, entonces ahí si es un poquito más delicado, la intervención a nivel ocupacional si se lo puede hacer a cualquier edad pero para una reinserción laboral ya pensaría y debería ser más practico un taller protegido, donde los pacientes acudan y tengan una oportunidad con personas, con cuidadores que conozcan su enfermedad y puedan saber cuándo necesitan cuidado y atención porque eso sería necesario, por la reinserción laboral de por si es un poco delicado pero el taller protegido, la ocupacional eso si da resultados (...)
Cita 4	(...) Esto de la desestigmatización todavía es la gran resistencia que todavía hay, ese es el gran problema que tenemos, en todo lado, esta estigmatización que hay de los pacientes enfermos mentales y eso ahora mucho más, en cuanto a esta pandemia y la crisis que se ha dado en pacientes dentro de este hospital por ejemplo que no son atendidos porque supuestamente son enfermos mentales y que tienen que tener atención especializada y en todo caso son estigmas que son socialmente e incluso en nuestro ministerio de salud hay, que no logran todavía captar que el paciente enfermo mental es un paciente que con debida prevención, con soporte adecuado con oportunidades el paciente es como una persona normal, entonces es el gran reto que hay y eso hemos roto en algún sentido con las familias y con las instituciones con este proceso de reinserción que se dan en los pacientes, y que se continua con los que más podamos, mientras haya como (...)
Cita 5	(...) el Julio Endara se la ha jugado y ha empezado el proceso de reinserción, es mas no se si ustedes han hecho un recorrido, pero no sé qué autoridad ha hablado de la reinserción, yo creo que ninguna, y el Julio Endara ha caminado solito por la reinserción, con las dificultades, con los aciertos porque es un proceso de construcción, y el Julio Endara ha empezado a reinsertar gente (...)

Nota: Testimonio experiencia de los resultados del proceso de desinstitucionalización. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.5. Desinstitucionalización en Argentina y Brasil

A continuación, se presenta un cuadro comparativo básico de salud mental que incluye la información de los países, que cuentan o no con los criterios detallados, que giran en torno al modelo de salud mental comunitaria promulgado a nivel regional en 1990 por la Declaración de Caracas.

Tabla 34

Cuadro comparativo básico de salud mental.

	ECUADOR	BRASIL	ARGENTINA
Cuenta con una ley de salud mental	X	✓	✓
Incentivar la supresión de hospitales monovalente	✓	✓	✓
Concepto de salud mental	✓	✓	✓
Detalle de recursos humanos, materiales y económicos para llevar a cabo acciones en salud mental	X	x	x
Estrategias y acciones	✓	✓	✓
Cuenta con un proceso de desinstitucionalización	✓	✓	✓
Cuenta con una estructura organización y trayectos del paciente	x	✓	✓

Nota: Criterios con los que cuentan los tres países en materia de salud mental. **Adaptado de:** (Henao, y otros, 2016, págs. 184 - 192) **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

9.5.1. Argentina

Perspectiva profesional de cómo ha evolucionado la salud mental en Argentina y Brasil, en temas de desinstitucionalización, transformándose en referentes internacionales de resultados exitosos.

Tabla 35

Entrevistas Argentina

Entrevistas	
Cita 1	(...) la ley de salud mental de Argentina En la cual dice Que no se creará más hospitales psiquiátricos y todos los que hay deben cerrarse entonces esos son como documentos importantes internacionales y de cómo la región (...)

Cita 2	(...) Argentina como les decía sobre todo con la experiencia de la provincia de Río negro (...)
Cita 3	(...) Argentina si tú ves por todo el proceso fuerte para la ley de salud mental, también fue importante, previo y si miras un poco el proceso histórico antes de que se haga la declaraciones Caracas, viene de todo un proceso reflexivo de mujeres y de derechos humanos, la gente que salía de procesos de tortura y de las dictaduras, y es un momento y ellos son las principales personas o desde esa epistemología que se empieza a reflexionar frente al momento, ósea como mismo armamos la Salud mental y propone Caracas (...)

Nota: Criterios profesionales en base a experiencias en Argentina. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

La siguiente figura presenta, la estructura organizativa de cómo funcionan y responden los servicios de salud mental y la trayectoria que el paciente debe seguir para acceder a los mismos, en Argentina.

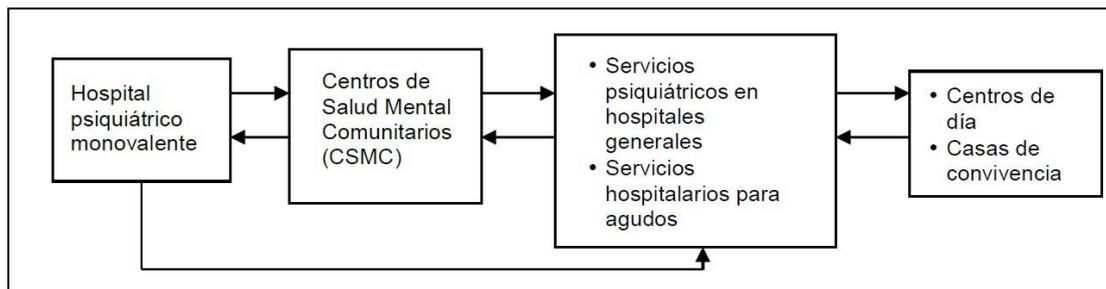


Figura 5 Modelo Argentino: Estructura Organizacional y Trayectos del Paciente.

Adaptado de: Gestión del Modelo de Desinstitucionalización de Adultos con Alteraciones Mentales en el Sistema Público de la Provincia de Buenos Aires. Doctorado en Ciencias de la Administración.

Elaborado por: (Morasso, 2016).

9.5.2. Brasil

A continuación, se presenta a Brasil como un referente en alcanzar la desinstitucionalización, partiendo de la creación de centros de ayuda comunitaria, fortaleciendo su sistema de salud mental.

Tabla 36
Entrevista Brasil

Entrevistas	
Cita 1	(...) Brasil también se logró el tema de desinstitucionalización con los centros de ayuda comunitaria creo que ellos se llaman centro de atención psicosocial no estoy segura que son como el eje de la salud mental de la comunidad (...)
Cita 2	(...) si tú miras el trabajo de las organizaciones en Brasil, en salud mental es muy fuerte (...)

Nota: Criterios profesionales en base a experiencias en Brasil. **Adaptado de:** (Psicólogos Clínicos, 2020). **Elaborado por:** Elaboración por las Autoras.

La siguiente figura presenta, la estructura organizativa de cómo funcionan y responden los servicios de salud mental y la trayectoria que el paciente debe seguir para acceder a los mismos, en Brasil.

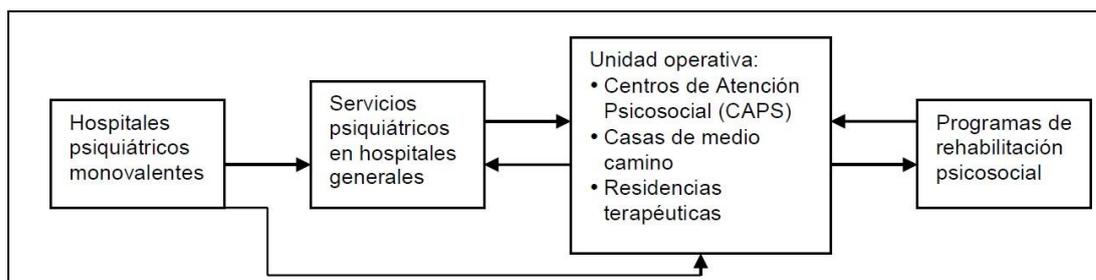


Figura 6 Modelo Brasileño: Estructura Organizacional y Trayectos del Paciente.

Adaptado de: Gestión del Modelo de Desinstitucionalización de Adultos con Alteraciones Mentales en el Sistema Público de la Provincia de Buenos Aires. Doctorado en Ciencias de la Administración.

Elaborado por: (Morasso, 2016).

10. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

10.1. Evolución del modelo comunitario

A partir del año 1995 Ecuador respondiendo a las declaraciones de organismos internacionales y regionales inicia una descentralización de los servicios de Salud Mental, es decir, se construye una visión consciente de lo que representa en la vida de una persona con problemas de salud mental, estar adherida a hospitales monovalentes. La perspectiva biológica ha estado inmersa dentro de los servicios de salud mental

desde hace varios siglos, no sólo en el sistema de salud mental en sí, sino también en la formación académica de sus profesionales, a pesar de ello, existe una visibilización y concientización profesional que permite validar al usuario de la institución como sujeto de derechos que debe estar inmerso en su comunidad llevando una calidad de vida igual a la de una persona promedio (OPS, OMS, MSP, 2015).

Según el ATLAS de Salud Mental en la Américas (2017), tener una ley de Salud Mental representa proteger a los pacientes que acceden a estos servicios, delimitando su estructura. Ecuador no cuenta con una ley de Salud Mental, sin embargo, cuenta con una legislación, en la cual se ha incluido proporcionar servicios integrales en los tres niveles de atención con personal capacitado que pueda atender, evaluar, establecer un diagnóstico presuntivo y derivar si es necesario a instituciones especializadas. Es necesario mencionar que en la actualidad el Colegio De Psicólogos De Pichincha ha realizado la ardua labor de estructurar una ley de Salud Mental que ha sido enviada a la asamblea para su revisión y posible aprobación con el fin de que en un futuro podamos contar con una ley que especifique todos los protocolos y procesos que se deben seguir y respetar para optimizar la Salud Mental en el Ecuador.

Se ha establecido que el sistema de Salud Mental en términos teóricos está orientado por dos modelos vigentes creados desde el año 2014, contar con un modelo de atención en salud mental representa un hito histórico debido a que posiciona al Ecuador dentro del modelo comunitario, permitiendo la reestructuración de los dispositivos sanitarios vigentes y la construcción de nuevos centros que faciliten avanzar en esta transición (OPS, OMS, MSP, 2015).

Según el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (2015):

El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 fue aprobado en julio de 2014. Esta nueva normativa establece una visión, misión, objetivos, principios y lineamientos estratégicos, con el objetivo de mejorar la salud mental de la población ecuatoriana. Constituye un avance significativo con respecto al último Plan Nacional de Salud Mental de 1999, en la medida en que enfatiza en el enfoque comunitario como uno de los ejes organizativos de las acciones en salud mental. El documento enumera una serie de lineamientos estratégicos, de los cuales se destacan aquí algunas acciones encaminadas hacia una reforma del sistema de salud mental (págs. 6 - 7).

Como menciona el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (2015), el PENSM establece lineamientos estratégicos con acciones específicas a implementarse dentro de los diferentes servicios de Salud Mental, a pesar de ello ha presentado problemas para la implementación del mismo, ya que, no se ha llevado a la práctica varios lineamientos que ayudarían en el progreso hacia un modelo comunitario.

Basándonos en la existencia de estas perspectivas teóricas, más no prácticas, se pone en evidencia la necesidad de contar con una ley de Salud Mental que proporcione una visión específica de la política para diferentes situaciones. Con relación a las declaraciones brindadas por los profesionales entrevistados “es el mismo Estado que ha abandonado completamente la salud mental” (Psicólogos Clínicos, 2020), pero no es solamente asunto del Estado en sí, sino, de los profesionales que laboran dentro del mismo, ellos deben tener la certeza de que el modelo comunitario es la mejor opción para el tratamiento del sufrimiento mental.

Partiendo, del testimonio brindado por un entrevistado:

(...) hay una gran falencia en el Ecuador que es la ausencia absoluta de un marco normativo de salud mental a nivel legislativo que no existe no hay en la Constitución ecuatoriana no hay algún marco normativo de la ley orgánica de salud, apenas hay un artículo, relacionado y específico sobre salud mental que es justamente direccionado para crear políticas (...) (Psicólogos Clínicos, 2020).

No contar con un marco normativo resulta un obstáculo para avanzar en la transición hacía un modelo comunitario, ya que, no permite “(...) contar con un lineamiento prioritario que destine recursos específicos (...) (Psicólogos Clínicos, 2020)”, para la salud mental, que parte de una ausencia de interés político. Entonces, tenemos líderes políticos que no le asignan la relevancia suficiente a la salud mental, no priorizan esta rama de la salud y, por ende, no impulsan la creación de políticas de salud mental públicas.

10.2. La Salud Mental en el Sistema de Salud Pública

Para acceder a los servicios de salud mental dentro del sistema de salud pública existen tres niveles diferentes que pueden solventar las necesidades que el usuario presente; debido a la escasa información de cómo funciona este sistema para el usuario, muchas de las personas recurren en primera instancia al hospital de especialidades que se encuentra ubicado en el tercer nivel de atención, ignorando los establecimientos previos (MSP, 2012).

El primer nivel de atención es nombrado dentro de los manuales e incluso dentro del informe de evaluación como un servicio al cual se le debe prestar mayor atención, fortaleciendo sus funciones para que sea posible tener un efecto importante a nivel poblacional sobre el acceso a los servicios, entonces, los profesionales pertenecientes

a este nivel deben contar con las suficientes capacitaciones para tratar a sus pacientes, brindando cuidados adecuados para su valoración (MSP, 2012).

Tomando en cuenta que, según los lineamientos establecidos en el MASI – FCI (2012), el personal con el que debe contar el primer nivel está constituido por un psicólogo, un médico, una enfermera, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional, no obstante, el personal varía de acuerdo a la disponibilidad del distrito. Existen casos en los que, los dispositivos de atención primaria únicamente cuentan con un médico y una enfermera que no están capacitados adecuadamente para atender casos que implican sufrimiento mental leve, moderado o severo y esto desemboca en no poder brindar una atención integral que alivie la afección del usuario.

(...) entonces tú tienes un modelo de salud que trabaja con los médicos familiares, y los médicos familiares están en la capacidad de en el primer nivel de atención atender patologías mentales, atender, eso significa al menos identificar signos y síntomas, habrá algunos que se puedan trabajar en primer nivel, yo lo que he visto, yo lo he palpado, y hecho seguimiento de varios y otros que se han pasado a segundo y tercer nivel, ya entonces si ha habido un proceso (...) (Psicólogos Clínicos, 2020).

Es preciso mencionar que, un médico debe estar en la capacidad de atender usuarios que padezcan algún tipo de sufrimiento mental, atender en el sentido de identificar signos y síntomas e incluso construir un posible diagnóstico para referir a los siguientes niveles de atención logrando dar continuidad a una atención integral (MSP, 2012).

El segundo nivel de atención abarca los hospitales generales, los cuales cuentan con profesionales en psiquiatría, psicología, enfermera y trabajadora social; este nivel

de atención está dirigido a atender emergencias psiquiátricas y brindar consultas ambulatorias de especialidad (MSP, 2012).

El tercer nivel comprende a los hospitales especializados en patologías mentales moderadas y graves que requieren muchas veces de internación, la misma que por disposición de los modelos de salud mental debe oscilar entre 15 y 21 días (MSP, 2012).

El intervenir en determinantes de la salud mental requiere la participación de muchas instituciones estatales, privadas y de organizaciones de la sociedad civil, comunidades y familias. Abordar la salud mental de la población únicamente desde la provisión de los servicios, delimita la responsabilidad hacia el Sistema Nacional de Salud, soslayando la intersectorialidad. En esencia, se trata de fortalecer Estrategias y prácticas sociales favorables para la promoción de la salud mental, prevenir los problemas más comunes y de gran impacto en salud mental y garantizar el acceso a servicios de salud mental contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de la población, como fin de la Estrategia (PENSM, 2014, pág. 65).

Para lograr avanzar en la Salud Mental dentro de un enfoque comunitario, los servicios prestados por instituciones de salud no son suficientes, debe existir acciones participativas y preventivas en el sentido de que, las políticas públicas de salud mental deben estar dirigidas hacia la promoción de la salud, promoviendo la creación de programas enfocados en las necesidades de la población y visibilizando las posibles patologías mentales que pueden presentarse en un individuo de la sociedad (PENSM, 2014).

Resulta preciso establecer que el PENSM (2014) define a la promoción de Salud Mental como: “una estrategia integral y un conjunto de actividades positivas encaminadas a: 1. Mejorar la visibilidad y el valor de la salud mental a nivel de las sociedades, las secciones de las sociedades y los individuos, y 2. Proteger, mantener y mejorar la salud mental (pág. 65)”.

A partir de esto y según la perspectiva profesional de las personas entrevistadas sobre la promoción y prevención de salud mental, se obtuvo una narrativa negativa en base a la existencia de promoción y prevención en el contexto ecuatoriano:

(...) entonces me parece que el sistema de salud en general está volcado hacia la enfermedad, el ministerio de salud, no es un ministerio de salud es un ministerio de la enfermedad, en donde el centro o el foco es la enfermedad no es la salud, entonces las acciones de promoción es chistoso porque a pesar de que ya sabemos que es más eficiente y es menos costoso en trabajar en prevención y promoción, y en la práctica no se hace, yo creo que son muchas cosas entre lo que es urgente el tema de la atención ya que la persona está ahí necesitando atención pero también que no logramos como país es difícil sostener programas a largo plazo y la promoción y prevención duran más tiempo, los hospitales se levantan en un año, tienes un hospital armado, montado y funcionando, pero la prevención y promoción se puede medir cada cinco años en realidad lo ideal para ver el efecto es a los 10 años dicen los expertos. (...) (Psicólogos Clínicos, 2020).

Todo servicio prestado a la comunidad depende de la correcta asignación financiera, que según el reporte presupuestario que se ha llevado desde el 2012 hasta 2019, la salud mental ha obtenido menos del 2% del mismo, lo que resulta insuficiente en temas de promoción y prevención (ver tabla 8).

10.3. Salud mental y consumo problemático de drogas

En Latinoamérica existe una problemática social por el consumo abusivo de drogas ya sean legales o ilegales, la mayoría de Estados está en una lucha constante contra las drogas, ya que se ha interiorizado socialmente que este es el factor detonante de delincuencia, suicidios, desestructuración familiar, desempleo, prostitución, entre otros.

Ecuador no es una excepción, la mayoría de los gobiernos de turno han enfocado sus campañas y recursos en políticas que promueven la lucha contra las drogas y la rehabilitación de las personas que han sido afectadas por ellas, es por ello que, a nivel nacional se cuenta con 81 dispositivos enfocados en la rehabilitación por consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, denominados CATAD's y CETAD's, los cuales se definen dentro del MAIS – FCI (2012) como:

El CATAD es un establecimiento que funciona en el segundo nivel de atención para brindar servicios especializados a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, que cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. Es un establecimiento de referencia zonal. Las actividades de salud que se desarrollan son tratamiento ambulatorio y ambulatorio intensivo (MSP, 2012, pág. 91).

El CETAD es un establecimiento que funciona en el tercer nivel de atención para brindar servicios especializados al consumo problemático de alcohol y otras drogas. Cuenta con personal profesional de salud formado en la temática (MSP, 2012, pág. 84).

La Salud Mental no ha sido un tema relevante al cual prestar atención para los diferentes gobiernos que han desarrollado su gestión a lo largo de los años, en sus

campañas no se promueve la desestigmatización del enfermo mental, ni se invierte en campañas de promoción de la salud ni prevención de la enfermedad, invalidando a la persona que padece alguna patología mental. No existe una comunidad que participe activamente en el acompañamiento a sus integrantes, además, tenemos un déficit de dispositivos que faciliten una rehabilitación psicosocial continua y que promuevan una reinserción adaptativa entre miembros de la familia y la comunidad. Según el IESM OMS:

El Modelo de Atención en Salud Mental prevé la creación de dos dispositivos esenciales en el proceso de desinstitucionalización, como son las unidades residenciales para personas con trastorno mental grave y la apertura de centros de salud mental comunitarios. Sin embargo, en el proceso de implementación de la normativa, los centros de salud mental comunitarios se integraron a los centros de salud tipo B y C del primer nivel por razones de optimización de recursos humanos especializados (OPS, OMS, MSP, 2015, pág. 3).

Las unidades residenciales para personas con trastorno mental grave permiten que a pesar de una ausencia familiar no se encuentren vinculados al hospital monovalente, ya que a pesar de sus intentos de cambio estructural aún conserva este “encerrar” dentro de determinada área a un grupo de usuarios que cumplan ciertos criterios.

Basándonos en la perspectiva profesional de los entrevistados es evidente la ausencia de unidades residenciales, convirtiéndose en un obstáculo para lograr una desinstitucionalización total a nivel nacional, ellos mencionan que:

“(...) no tenemos viviendas unidades de acogida que así se llamaban Que eran para donde las personas podían vivir (...)” (Psicólogos Clínicos, 2020).

“(…) otro de los aspectos que estamos señalando en la ley es crear comunidades ambulatorias específicas de los mental y también residencias donde sirvan como vivienda no como espacio terapéutico (…)” (Psicólogos Clínicos, 2020).

Otro dispositivo necesario para llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización son los CAPS, mismos que por diferentes limitantes no pudieron estructurarse dentro de los servicios de salud mental, a pesar de ello, a nivel territorial los centros de salud tipo B y C, asumieron sus funciones compensando el déficit financiero y la falta de recursos humanos. El responsabilizarse de funciones ajenas a las de su competencia, llevó a que se los denomine Centro Ambulatorios Intensivos, que brindan atención a trastornos mentales, a pesar, de que muchos de ellos no cuentan con el personal capacitado para realizarlo.

Según el IESM OMS (2015), un obstáculo presente en los servicios de salud mental, es la insuficiencia de personal capacitado en la misma:

Identificar una serie de obstáculos en el proceso de desinstitucionalización, entre ellos la capacidad insuficiente del personal del primer nivel de atención, las dificultades de admisión en las unidades de salud mental de los hospitales generales, así como un problema cultural: el hospital psiquiátrico es percibido como un “depositario” de las personas con trastorno mental de las que nadie se quiere encargar (pág. 18).

10.4. Red de servicios a personas con sufrimiento mental

El modelo comunitario asegura el acceso a una atención integral, es decir, que se va a enfocar en todas las áreas importantes de la vida del usuario para alcanzar una totalidad adaptativa, es por ello que, resulta necesaria la construcción y mantenimiento de una red de salud mental, para mantener el equilibrio psíquico de la persona desinstitucionalizada.

Una red de servicios sólida debe encontrarse posicionada a nivel territorial asegurando la continuidad del proceso de desinstitucionalización y de la rehabilitación psicosocial, territorial en el sentido que, deben distribuirse equitativamente a nivel zonal para que no exista dificultad de movilización del usuario que requiera determinada atención.

La modalidad de abordaje propuesta consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de comunidad, que integra las disciplinas de psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario, entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial. Se propicia que se realice preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (MSP, 2012, pág. 99).

A partir de las entrevistas realizadas, tener una red de servicio de salud mental es un componente fundamental e imprescindible para los profesionales de la salud mental, que expresaron:

“(...) crear toda una red porque eso es uno de los elementos principales, crear una red de Salud Mental (...)” (Psicólogos Clínicos, 2020).

“(...) por qué no es una cuestión de protocolo es una cuestión de sistema y de redes como tal (...)” (Psicólogos Clínicos, 2020).

“(...) habido esfuerzos para comenzar a armar una red (...)” (Psicólogos Clínicos, 2020).

“(…) en teoría en salud mental en patologías mentales también tú tienes un ambulatorio, un ambulatorio intensivo donde se debería atender a los pacientes que son contra referidos, o captados y que tienen la capacidad resolutive para hacer en patologías mentales superiores (…)” (Psicólogos Clínicos, 2020).

La red de servicios de salud mental contiene las modalidades ambulatoria y ambulatoria intensiva los cuales favorecen la desinstitucionalización y el éxito de la misma, debido a que prestan espacios terapéuticos a los cuales pueden acudir tanto el paciente como su familia, la accesibilidad a estas modalidades permite que la persona con TMS mantenga un equilibrio biopsicosocial, que le permita desarrollar adaptativamente actividades de la vida diaria.

Modalidad ambulatoria: Tienen como objetivo evaluar, diagnosticar y proporcionar tratamiento ambulatorio conforme a las necesidades y evaluación en salud mental realizada por el profesional. Cuando en este nivel se detecte o se presenten situaciones de mayor complejidad se realizará la referencia al ambulatorio intensivo (MSP, s.f).

Modalidad ambulatoria intensiva: Brinda tratamiento ambulatorio intensivo a personas que presentan trastornos mentales graves y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas en un período de tratamiento diario o casi diario durante el día. Este espacio terapéutico proporciona tratamiento, individual, familiar, grupal, multifamiliar, ocupacional y terapias complementarias (MSP, s.f).

“(…) los únicos servicios que se han implementado creo que son unos 60 a nivel nacional que son los ambulatorios intensivos (...), (...) empezamos pusimos

ambulatorios intensivos y creo que no sabe hacer nada más la verdad (...)" (Psicólogos Clínicos, 2020).

El centro ambulatorio más importante a nivel nacional es el San Lázaro y a pesar de los múltiples beneficios que brinda a la población a la cual se dirige, el hecho que este centralizado en una sola provincia y se invisibilizado a nivel de promoción general dificulta el acceso de muchos usuarios a nivel país.

10.5. Guía de Reinserción de Pacientes Crónicos del HPJE

Aproximadamente 100 pacientes con diagnóstico de trastorno mental severo se encontraban institucionalizados dentro del HPJE por diversas situaciones que abarcaban temas familiares, de gestión política y carencia de dispositivos de salud mental que proporcionen una atención fuera de la institución, es justo puntualizar que el HPJE fue creado con una visión comunitaria y no manicomial, sin embargo, por situaciones políticas de salud pública tuvieron que acoger a los pacientes con trastorno mental severo que residían en el antiguo Hospital Psiquiátrico San Lázaro.

Partiendo, de concientización del número elevado de pacientes residentes dentro del hospital, en el año 2012 se inicia un proceso de desinstitucionalización con los pacientes crónicos, que se encontraban institucionalizados durante 20 años o más. Basándose en el marco legal mencionado anteriormente, estructuran una guía de reinserción social con el fin de evitar que la cronificación de su cuadro clínico aumente a niveles en los cuales pierdan totalmente su autonomía e identidad, es así que enmarcándose en un proceso de rehabilitación psicosocial logran la externación de 38 pacientes desde el año 2012 hasta la actualidad.

El alcance de esta guía y sus lineamientos operativos será a nivel nacional de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Ministerio de Salud Pública,

avanzando sustancialmente en el modelo comunitario centrado en el proceso de desinstitucionalización, logrando así disminuir la población institucionalizada dentro de los servicios de salud mental pública dentro el Ecuador.

Los hospitales psiquiátricos son establecimientos hospitalarios especializados que prestan servicios de internación y residenciales de larga estancia para personas con trastornos mentales. Generalmente, estos establecimientos son independientes y están separados, aunque pueden tener algún vínculo con el resto del sistema de atención sanitaria. En nuestra Región, de los 29 países que comunicaron datos, solo un país informó que no tenía un hospital psiquiátrico. De tal manera, en la mayoría de los países, los hospitales psiquiátricos son los principales establecimientos de salud mental con internación (OPS, OMS, 2015, pág. 12).

Este establecimiento, el único de su tipo dependiente del MSP, (...) brinda servicios ambulatorios y de hospitalización para adultos y adolescentes, el hospital ofrece atención a través de grupos de autoayuda para personas con consumo problemático de sustancias, grupos para familiares de pacientes con trastorno mental y para padres de adolescentes. El Hospital Julio Endara está llevando a cabo un proceso de desinstitucionalización desde el año 2013. Para tal efecto, cuenta con un equipo multidisciplinario de reinserción, encargado de evaluar el nivel de autonomía de los pacientes, de entrar en contacto con las familias e instituciones y de realizar un acompañamiento del proceso. Hasta ahora se han dado de alta 18 personas, 10 de las cuales fueron reinsertadas en su núcleo familiar y 8 acogidas en unidades del Ministerio de Inclusión Social para adultos mayores. Se prevé igualmente que las personas “judicializadas” que se encuentran internadas beneficien de un proceso de reinserción comunitaria próximamente. Además de la estrategia de reinserción comunitaria, el hospital ha puesto en marcha una

estrategia de limitación de la duración de la admisión (máximo 21 días), con el fin de evitar la “cronificación” de las personas hospitalizadas. A pesar de esto, el porcentaje de ocupación de camas se mantiene en 85%, lo cual se explica por un aumento de ingresos de pacientes con cuadros agudos, puesto que hay mayor disponibilidad de camas (aumento de “turnover”). La política de hospitalización de corta duración ha dado frutos, puesto que desde 2013 ningún paciente ha sufrido una institucionalización ligada a una hospitalización prolongada. De los 37 pacientes crónicos 16 han sido identificados como candidatos para una reinserción comunitaria (OPS, OMS, MSP, 2015, págs. 17 - 18).

El propósito de la guía de reinserción de pacientes del HPJE se basa en la rehabilitación psicosocial y cómo por medio de esta se puede reinsertar en la comunidad a los usuarios con TMS, contando con objetivos claros que se enfocan en establecer procedimientos específicos, que permitan el sostenimiento en comunidad de los usuarios reinsertados. Reinsertar socialmente a los usuarios ejerciendo sus derechos de ciudadanía por medio de la construcción de una red de apoyo que integra a la familia facilitando su desenvolvimiento social (MSP, 2018).

10.5.1. Etapa 1

10.5.1.1. Selección de usuarios

La selección de usuarios se basó en la reevaluación de la población institucionalizada determinando el nivel de discapacidad, estado clínico, funcionamiento social y autonomía, esto a partir del análisis de las historias clínicas con las que contaba cada paciente desde su ingreso a la institución. La elaboración del plan de rehabilitación individualizado, se lleva a cabo con la participación del usuario, este constará de actividades y de cuidados que se asemejen a la realidad a la cual será

insertado, a través de la estimulación de su autonomía y toma de decisiones, las cuales, permitirán su acceso a las residencias tipo 1 y tipo 2 (MSP, 2018).

Durante esta etapa se realiza una búsqueda activa de familiares de los pacientes que van a formar parte del proceso, recolectando datos de ubicación y contactos, por medios de los cuales se realizó una aproximación, que permitió realizar un diagnóstico familiar y posteriormente impartir una inducción, para determinar con que persona es viable realizar el proceso (MSP, 2018).

10.5.2. Etapa 2

10.5.2.1. Preparación para la reinserción

Durante esta etapa se realizaron diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas, a nivel individual, grupal y familiar por parte de la brigada de reinserción social, brindando consultas, entrenando a los usuarios en habilidades de independencia, organizando talleres informativos que le permitan al familiar conocer el cuadro clínico del paciente y manejarlo en el caso de que se presenten crisis agudas. Todo esto basado en técnicas de psicoeducación que generen un conocimiento sólido para los familiares y un entrenamiento eficaz para los usuarios (MSP, 2018).

En referencia a las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud mental, pudieron describir cómo se llevó a cabo esta etapa:

(...) y si tiene o no la familia a la cual está prevista que se le va primero a educarle, porque requiere un proceso, ya que tantos años que ha pasado el paciente, la familia también ya desconocía de ciertos hábitos y de ciertas actitudes del paciente y también de la enfermedad, prácticamente la familia le conocía en épocas de crisis, le digo de unas crisis agudas de la enfermedad, entonces la mayoría de los pacientes que fueron inmersos en la familia ya pasaron por un proceso y con la

enfermedad tiende a hacerse un poco más tranquilo el paciente con forme avanzan los años, entonces ellos conocieron otro estado de salud del paciente en la psicopatología, pero en lo posterior, como le digo una vez que se hizo ese proceso que también el paciente que en el hospital tuvo un adecuado tratamiento, entonces el paciente también ya toma ciertas diferencias en actitudes y comportamientos, entonces todo eso requería un proceso de psicoeducación a la familia (...) (Psicólogos Clínicos, 2020).

“(...) pero ahí ya va el compañero psiquiatra con información sobre la enfermedad, sobre el tratamiento, también iba trabajo social con el compañero psiquiatra, posteriormente ya vamos con psicología, ya vamos un poquito más avanzando con el proceso (...)” (Psicólogos Clínicos, 2020).

10.5.3. Etapa 3

10.5.3.1. Externación y seguimiento

Cuando el usuario y la familia contaron con las condiciones adecuadas para la externación, se inició con un cronograma de salidas que permitió al usuario convivir en su entorno familiar, durante algunas horas las primeras semanas, extendiéndose a días y logrando pasar un fin de semana completo con la familia. Estas visitas fueron monitoreadas por un equipo de atención primaria coordinada con la brigada de reinserción del HPJE (MSP, 2018).

Cuando la brigada de reinserción determinó que las condiciones necesarias para el desarrollo y permanencia del usuario en su entorno familiar son las óptimas, decidió reevaluar su plan de rehabilitación y reinserción para hacer oficial la externación por medio de un acta compromiso (MSP, 2018).

11. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El Ecuador se encuentra en un proceso de transición del modelo hospitalocéntrico hacia el modelo comunitario, a pesar de contar con modelos teóricos en los cuales se fundamenta la integración del país en este enfoque, no contar con un plan de implementación que asegure el progreso del mismo, representa un obstáculo muy grande en el área de la salud mental, esto sumando al mínimo presupuesto que se le asigna a esta rama de la salud, incrementa el número de barreras que existe entre la enfermedad y el alcanzar un plan de tratamiento que permita a la persona tener una calidad de vida adecuada.

A pesar de no contar con una ley de salud mental que en cierto modo cree políticas de salud pública que faciliten el progreso hacia el modelo comunitario, el HPJE en su proceso de transición ha hecho posible la construcción de una guía de reinserción social de pacientes crónicos con TMS, lo que evidencia una evolución en la atención integral comunitaria, haciendo eco en todos los dispositivos sanitarios públicos a nivel nacional.

Basándonos en la perspectiva profesional de las personas entrevistadas, resulta beneficioso que se implemente una ley de salud mental, en el sentido de, contar con un presupuesto destinado específicamente para la salud mental, la existencia de un plan de implementación de todo el marco teórico que está establecido en los modelos, permitiendo la construcción de dispositivos comunitarios que faciliten procesos de rehabilitación y desinstitucionalización.

Existen cuatro componentes principales que determinan la salud mental en el Ecuador, el primero es la promoción de la salud, la cual resulta ineficiente, incrementando la desinformación de los servicios que se brinda y evitando la

colaboración y participación activa de la comunidad en la vida de una persona con sufrimiento mental. Si no existe promoción de la salud no se puede dar paso a la prevención de la enfermedad, ya que, tenemos una sociedad desinformada que ignora los niveles de atención a los cuales debe acudir, incluso esta desinformación lleva en muchos casos a que la condición clínica avance a una fase aguda, antes de buscar ayuda profesional.

En ciertas ocasiones, las personas que acuden a centros de atención primaria presentando algún tipo de patología mental en su fase inicial, no reciben la atención adecuada ni la derivación oportuna porque no cuentan con el personal capacitado que pueda reconocer signos y síntomas de este tipo de afecciones, es por ello que, uno de los lineamientos estratégicos de la PENSM (2014), está enfocado en el fortalecimiento de la atención primaria lo que llevaría a que la mayoría de dispositivos de este nivel cuenten con al menos un psicólogo que pueda cubrir la necesidades de la población.

Se estructura una red de salud mental que brinde el sostenimiento propicio a pacientes desinstitucionalizados y a usuarios que deban continuar con su tratamiento individualizado. La red de salud mental a nivel nacional es difusa, sin embargo, el trabajo del equipo multidisciplinario permite realizar las conexiones adecuadas con los diferentes niveles de atención en salud mental, tomado en cuenta el espacio territorial en el que va a residir el paciente desinstitucionalizado, para las visitas a la institución especializada sean en un lapso trimestral e incluso semestral.

Cuando se llega hasta el tercer nivel de atención se puede recibir dos tipos de intervención, la primera que es ambulatoria y sigue un proceso de rehabilitación psicosocial que encamina a la persona a ser contra referida a niveles inferiores de atención y la segunda que consiste en una internación hospitalaria por un tiempo

limitado que oscila entre 15 y 21 días en los cuales, se realiza un plan de rehabilitación psicosocial que permite al usuario llegar a un estado de equilibrio psíquico para desenvolverse adaptativamente dentro de su entorno. Esta internación no aleja al usuario de la familia, ni rompe sus vínculos con la comunidad, al contrario, promueve el mantenimiento de redes y la comunicación asertiva con sus familiares, entorno social y laboral.

Dentro de las entrevistas se suscitó un ejemplo de cómo la ausencia de red de servicios de salud mental perjudica a una persona que requiere un tratamiento continuo para desarrollar sus actividades de la vida diaria.

(...) ahora mismo cuarentena tenemos un compañero que está muy mal ahorita, un compañero de huerto manías y a él lo que le pasó fue que no hubo continuidad en su tratamiento por qué no sabemos porque, en realidad no hay explicación porque se supone que el hospital psiquiátrico te brinda la asistencia, tele psiquiatría, tele psicología, visitas domiciliarias, no nos contestaron nunca el teléfono ni los pedidos ni nada y el tubo discontinuidad en la medicación, no digamos el tratamiento porque la medicación es una de las pilares del tratamiento, no hubo un seguimiento (...) (Psicólogos Clínicos, 2020).

La persona mencionada no es la única que ha experimentado un retroceso significativo en su proceso de rehabilitación psicosocial, aquellas personas que han sido reinsertadas o que llevan un tratamiento en este tipo de patologías que residen en provincias alejadas de servicios de segundo y tercer nivel experimentan procesos de recaídas e incluso reingresos por la falta de territorialidad al disponer de estos servicios, entonces sí tenemos servicios de salud mental pero no ubicados de la manera más adecuada a nivel nacional tomando en cuenta que cada familia cuenta con un

presupuesto que en mucho de los caso no les permite movilizarse a las ciudades donde se les proporciona medicinas y atención médica.

En referencia a los 38 pacientes que formaron parte de la guía de reinserción social, continúan su tratamiento psicosocial acudiendo a la red de servicios que fue organizada por la brigada de reinserción, según lo que haya establecido el plan individualizado. El paciente acude a las instalaciones del HPJE para ser atendido por las diferentes especialidades con las que cuenta este nivel, permitiéndole al hospital observar la evolución del paciente reinsertado.

Debemos recordar que no todos los pacientes fueron reinsertados en sus entornos familiares, algunos experimentaron procesos de transinstitucionalización a instituciones gubernamentales en las que experimentan entornos no psiquiátricos y realizan actividades que potencian sus habilidades.

Han pasado alrededor de 5 a 6 años desde que se terminaron los procesos de reinserción con los usuarios con diagnósticos de TMS, a pesar de ello, la brigada de reinserción continúa haciendo los seguimientos oportunos que permiten mantener contacto con el usuario, esto se llega a determinar en base a las declaraciones de los profesionales.

No han existido reingresos de los pacientes en la institución hospitalaria, cada usuario permanece dentro de su entorno familiar o asilar sin presentar recaídas o problemas relevantes de acuerdo a su condición clínica.

En referencia a los avances que han experimentado otros países en el campo de la salud mental como Argentina y Brasil, podemos mencionar que Ecuador basa su modelo en la estructura organizativa y de implementación que ha llevado a Brasil a posicionarse, como el modelo más exitoso en los países de Sudamérica, esto como

consecuencia de los cambios realizados en los servicios, creando dispositivos que cubran las necesidades de determinado problema de salud mental, uno de ellos es el Núcleo de Atención Psicosocial que posteriormente se denominó CAPS, que resultan ser los mismos dispositivos que el MAIS -FCI (2012), creará para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y proporcionar atención integral que contribuya en la continuidad de tratamientos.

A nivel nacional es un tanto contradictorio que existan 81 dispositivos destinados a la rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y no existan CAPS ni unidades residenciales exceptuando el caso de Guayaquil, que brinden rehabilitación y residencias a usuarios con trastorno mental severo o algún otro tipo de afección mental. Los dos tipos de problemática merecen el mismo tipo de atención y presupuesto por parte del MSP y el mismo grado de preocupación y activismo por parte de la sociedad, así tendríamos un sistema más sólido y una sociedad más educada e interesada que luche por los derechos humanos y civiles de las personas que padecen sufrimiento mental.

Esta preocupación por el consumo problemático de drogas es impulsada por las autoridades gubernamentales en sus campañas, por los medios de comunicación audiovisuales con su difusión masiva de las consecuencias de este consumo, por diferentes tipos de activismo en contra de las drogas. A diferencia del gran silencio que existe alrededor de la salud mental, resultando muy raro que medios de comunicación impartan algún tipo de información acerca de lo que implica determinada afección, cómo se podría manejarla y cómo relacionarse con una persona que la padezca. En las campañas para elegir un mandatario no se promueve la creación de dispositivos para el tratamiento de este tipo de patologías y por parte de la sociedad

no existe un interés que le permita dejar de lado ideas preconcebidas y prejuicios llevándolos a excluir y discriminar a estas minorías.

Tomando en cuenta todos los obstáculos que se presentan al momento de acceder a servicios integrales de salud mental, un avance significativo es, el proceso de desinstitucionalización que implementó el HPJE con sus pacientes crónicos institucionalizados el cual, se llevó a cabo por medio de etapas que abarcan fases que facilitaron la reinserción de los pacientes y la educación de los familiares construyendo un estilo de vida favorable para los participantes.

La primera etapa se enfocó en seleccionar usuarios con los que se pueda trabajar entrenamiento de habilidades de autonomía, ubicándolos a partir de determinados criterios dentro de residencias adaptadas físicamente que brindaron los cuidados necesarios que exigió el plan de tratamiento individualizado construido con el usuario.

Dentro de esta etapa la labor más importante fue la búsqueda activa de familiares, realizar el primer contacto e informarles del proceso que se llevaría a cabo y del cuál serían partícipes, resultó no ser una buena noticia para todas las familias, muchas de ellas mostraron resistencia a integrar en su entorno familiar a su pariente acudiendo a instancias legales e incluso médicas que les permitan rechazar este proceso.

Superando este tipo de adversidades inicia la etapa dos. Hay que tomar en cuenta que la brigada de reinserción al concretar un acercamiento físico con la familia realizó una aproximación diagnóstica, tomando en cuenta factores sociales y económicos que interfirieron con el usuario y su reinserción, por ello se establecieron condiciones adecuadas para la vinculación con el usuario. Entonces se realizó una psicoeducación con la familia que incentivó la participación activa de la misma en el proceso de rehabilitación psicosocial del usuario.

La educación familiar consistió en brindarles conocimientos oportunos acerca de la condición clínica de su pariente y brindarle herramientas que le permitan mantener una comunicación asertiva con el mismo, a fin de evitar estigmas incrementando la red social familiar y el apoyo dentro de este proceso. La brigada de reinserción estableció contacto con la red de salud mental que realizará el sostenimiento del usuario en base a las indicaciones que le fueron impartidas por la brigada.

Mientras tanto el usuario dentro del hospital se benefició de espacios psicoterapéuticos que promovieron la adquisición de diferentes habilidades que lo ayudarían en su desenvolvimiento dentro de su entorno familiar, todos los participantes del proceso contaron con espacios para expresar emociones que resultaron de ciertos inconvenientes a los cuales se les brindó una solución por medio del dialogo abierto y asertivo. No se establecieron límites de tiempo para superar las fases de cada etapa, cada usuario atravesó las etapas según adquiría las habilidades que le permitirían evolucionar dentro de la institución y en su relación con su núcleo familiar.

Cuando el usuario y la familia estaban listos, es decir, que contaban con las condiciones necesarias para que se dé la externación como tener la autonomía suficiente del usuario, el manejo consciente de la condición clínica por parte de la familia y el establecimiento de la red de servicios de salud y comunitario que dará sostenimiento facilitando la continuación del proceso de desinstitucionalización.

Se inició con visitas paulatinas a la familia que fueron incrementando en tiempo según la adaptabilidad que demostró el usuario en su nuevo entorno, el tiempo de adaptación osciló de 6 meses a 2 años hasta lograr la externación total, todas estas visitas fueron monitoreadas por el equipo de primer nivel con el que cuenta la comunidad.

Cuando la brigada de reinserción comprobaba la existencia de condiciones necesarias para la permanencia del usuario en el ambiente familiar, decidían la externación definitiva reconfigurando el plan de rehabilitación y reinserción.

Posteriormente se realizó una resolución oficial que fue validada por un acta compromiso firmada por la familia y el dispositivo de salud que brindaría el sostenimiento comunitario y la continuidad a la rehabilitación psicosocial.

Conforme nosotros íbamos pasando todas las experiencias, nosotros fuimos viendo las necesidades de que más hacer, no es un proceso, esto viene desde año 2011 más o menos, haga cuenta desde el 2011 hasta el 2020 se lograron insertar algunos de estos pacientes, incluso no solo a nivel familiar sino también a nivel institucional, que quiere decir, siempre ha habido resistencia de que el ministerio de bienestar social, tomen en cuenta de que hay pacientes que no tienen familia pero son pacientes que son manejables, son pacientes que pueden tranquilamente ser autónomos con una buena educación y con un buen soporte, entonces estos pacientes también se hizo también esta aproximación y con la institución que sería un programa institucional, que quiere decir, el ministerio de bienestar social y el ministerio de salud va a compartir este tipo de pacientes pero nosotros comprometiéndonos también a unos pacientes que ellos tienen dentro de sus casas hogares, dentro de sus instituciones a dar una atención, entonces ahí nosotros también tratamos de trabajar interinstitucionalmente y gracias a ellos algunos pacientes que no tuvieron familia, vieron también que eran pacientes autónomos, autosuficientes con habilidades personales, higiénicas y todo eso, lograron también ser reinsertados en instituciones del ministerio de bienestar social, en casa hogares, por ejemplo se fueron a Cayambe en grupo de 2 pacientes, otros se fueron a Guayaquil, otros se fueron a Huaquillas, otros están por Babahoyo, se hizo también

de esta manera, no únicamente los pacientes que tienen familia, sino también los pacientes que podían ser o vivir en una situación asilar, por eso se trató de hacer ese convenio y se hizo, de hecho se hizo el convenio con el ministerio de bienestar social y le cuento que hasta el día de hoy ya son alrededor de 5 a 6 años que no tenemos, sino ninguna recaída, ningún problema con estos pacientes también reinsertados interinstitucionalmente (Psicólogos Clínicos, 2020).

12. CONCLUSIONES

- A nivel regional, la Declaración de Caracas emitida en (1990), fue un acontecimiento fundamental en la cual, se promulgó la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud, dejando de lado el modelo hospitalocéntrico que obstaculiza la recuperación de los usuarios del mismo para adoptar un modelo comunitario el cual implica una atención descentralizada participativa, integral, continua y preventiva, la misma que permite la participación de la familia y de la comunidad manteniendo la dignidad personal, los derechos humanos y civiles y las redes sociales. Este hecho trascendental ha permitido realizar una transición hacia el modelo comunitario, por medio del cual se asegura no volver a institucionalizar a ningún usuario con sufrimiento mental, tomando en cuenta que la institucionalización implica la cronificación del trastorno, la discapacidad social, la vulneración de los derechos humanos y civiles, la despreocupación total de los familiares con el usuario, que termina en abandono familiar desentendiéndose de sus responsabilidades como parientes (MSP, 2018).
- A pesar de no contar con una ley de salud mental, existe una legislación en la cual se estipulan los derechos, modelos y planes que guían el accionar del ámbito de la Salud Mental. El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015 – 2017 (2014), y el Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención

Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (2012) vigentes, se enfocan en cuatro componentes primordiales que son la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación de la comunidad, promoviendo la participación social y la inserción del componente de Salud Mental en la atención primaria de salud. Tanto el Modelo como el Plan no cuentan con un desarrollo práctico adecuado de los diferentes lineamientos estratégicos, actividades propuestas teóricamente, a pesar de ello insisten en llevar a cabo el modelo comunitario para los diferentes procesos que beneficien a los usuarios de servicios de salud mental.

- A partir de las entrevistas (2020), realizadas se determinó que no existía un conocimiento general acerca de un procedimiento de desinstitucionalización a nivel nacional, según su perspectiva no se realiza una adecuada promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales, resultan más eficaces y menos costosas para la población y el Estado, no obstante, desde su experiencia profesional pueden decir que el Ecuador ha avanzado de cierta manera en materia de derechos humanos y civiles y en la implementación del modelo comunitario en los usuarios institucionalizados, como en los nuevos usuarios que acceden a servicios de Salud Mental. Tienen conocimiento de los centros ambulatorios y reconocen su importante papel dentro de la atención al sufrimiento mental, a pesar de ello, son conscientes de la falta de territorialidad que existe a nivel nacional; es decir, no todas las provincias cuentan con dispositivos, ni personal capacitado que pueda orientar y brindar tratamiento a una persona que requieran servicios de Salud Mental.
- Desde la perspectiva en Salud Mental de los profesionales entrevistados, refiriéndonos al HPJE consideran que el Ecuador tiene un sistema de Salud

fragmentado que le da mayor importancia al consumo problemático de alcohol, otras sustancias y tabaco en contraste a los diferentes trastornos mentales, esto se debe a que existe una mayor preocupación a nivel social y comunitario, de lo que implica culturalmente la palabra droga, es así que a la par se genera un marketing político basado en la lucha contra estas sustancias que fragmentan a la familia, siendo esta la primera institución de la sociedad. Por ello, existen dos tipos de dispositivos que se encargan del tratamiento, del consumo problemático de alcohol y otras drogas, los cuales se denomina Centros Ambulatorios para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD) y el Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) (MSP, 2012).

- Posterior al cierre del Hospital San Lázaro para brindar servicios únicamente ambulatorios, los pacientes crónicos pasaron a residir en el HPJE incrementando el número de usuarios institucionalizados a 100, a partir del año 2012 el HPJE inicia un proceso de desinstitucionalización basado en los Lineamientos operativos para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2018), para reinsertar en la sociedad a los usuarios que tengan familiares que puedan responsabilizarse de ellos, a pesar que, se encuentran viviendo alrededor de 20 años en el ámbito hospitalario, existen dos actividades indispensables para llevar a cabo este proceso, la revisión de historias clínicas de los usuarios que facilitan conocer que pacientes pueden entrar en este programa y concluirlo con éxito y la búsqueda activa de los familiares, un ardua labor realizada por el equipo multidisciplinario que se encargó de recopilar la información necesaria como, nombres completos, números de contacto, dirección domiciliaria,

entre otras. Debido a la falta de difusión de información respecto a la salud mental tenemos una sociedad que en su mayoría está llena de estigmas y discriminación, es por ello, que los obstáculos a presentarse fue la negativa de la familia a aceptar a sus parientes dentro de su entorno, acudiendo a instancias médicas e incluso legales para librar esta responsabilidad.

- El proceso de desinstitucionalización cuenta con lineamientos generales para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del HPJE (MSP, 2018), la reinserción consiste en integrar a un miembro nuevamente a la sociedad o comunidad a la que pertenecía, y que debido a su institucionalización se alejó de ella. Para poder concretar la misma, el usuario institucionalizado requiere una rehabilitación psicosocial, que radica en la realización de intervenciones individuales, familiares, de redes sociales de apoyo, de la red de servicios de salud que posteriormente darán sostenimiento en la comunidad. Todas estas acciones en conjunto actuaron sobre el paciente y su entorno mejorando su funcionamiento psicosocial, superando los obstáculos integrativos que se presentaron para el usuario con TMS. Las herramientas facilitadas en las intervenciones tuvieron como finalidad que el usuario pueda desenvolverse adaptativamente en actividades de la vida diaria que exige su entorno familiar y social, alcanzando así bienestar en todas sus esferas vitales que engloban los niveles físicos, psicosociales y espirituales. La adecuada rehabilitación que llevó a cabo el equipo multidisciplinario del HPJE permite que tanto el usuario como la familia gocen de una calidad de vida satisfactoria, alcanzando metas y objetivos personales.
- La conformación de un equipo multidisciplinario que ofrece una atención integral al usuario es sumamente importante para manejar el trastorno del paciente dentro

de los lineamientos para la desinstitucionalización (MSP, 2018), es así que, el equipo en conjunto evalúan al usuario y a sus necesidades, determinando un plan de tratamiento individualizado que se llevara a cabo durante el proceso de rehabilitación y que se modificara para la externación definitiva, entonces, el profesional de psiquiatría se encarga de establecer su esquema médico para tratar el diagnóstico, el psicólogo elabora un plan terapéutico integral que promuevan el desarrollo de habilidades, aptitudes y destrezas, el médico general se encargará de evaluar y tratar los problemas orgánicos que presente el usuario, terapia ocupacional se encargará de potenciar la práctica de hábitos de autocuidado que estimulen la autonomía del usuario, la trabajadora social se ocupa de evaluar al entorno en donde se desarrolla la familia reportando la situación socio-económica y fomentando la participación activa y continua de los familiares, y por último enfermería administra los cuidados que el paciente necesita a nivel salud. Todo este trabajo en conjunto posibilita una adecuada adaptación del usuario a su nuevo entorno evitando que surjan elementos o situaciones que puedan desestabilizarlo.

- El HPJE tiene los espacios requeridos y adaptados físicamente que simulan un ambiente hogareño, denominadas residencias de transición (MSP, 2018), las mismas que sirvieron para la preparación de los usuarios que fueron desinstitucionalizados, existen tres tipos, el tipo 1 es para usuarios con discapacidad leve que tienen mayor autonomía, permitiéndoles la libre circulación del usuario en las instalaciones hospitalarias; el tipo 2 también permite la libre circulación con supervisión profesional de acuerdo a lo que se haya establecido en el plan de rehabilitación y la residencia de tipo 3 se encarga de prestar cuidados paliativos a usuarios con discapacidad grave, cuidados que implican un periodo extenso de tiempo y por ello, estos usuarios no pueden ser parte del proceso de

reinserción. Estos espacios facilitan la posterior adaptación del usuario al entorno al que va ser insertado después de atravesar el proceso de rehabilitación psicosocial, en estos espacios ponen en práctica sus habilidades de autocuidado, así como sus habilidades sociales con sus compañeros de residencia, favoreciendo así su vida en la comunidad.

- Los Lineamientos del Programa de Rehabilitación Psicosocial y Reinserción de usuarios Institucionalizados (2018), cuentan con tres etapas para llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización, en la etapa 1 se realiza una selección de usuarios determinando la calidad de vida, salud e integración social con la que cuentan los mismos, para ello se realiza una evaluación de la población institucionalizada y una clasificación de los usuarios de acuerdo al nivel de autonomía, durante la etapa 2 se efectúa la preparación para la reinserción por medio de la implementación de servicios de rehabilitación psicosocial, habilitando espacios apropiados para impartir consultas individuales y abordajes grupales, construcción de talleres que cubran las necesidades de los usuarios facilitando el entrenamiento de su autonomía y finalmente en la etapa 3 que consiste en la externación y seguimiento del usuario cuando este y su familia cuenten con las condiciones suficientes para realizarla.
- Dentro del proceso de desinstitucionalización, según los Lineamientos del Programa de Rehabilitación Psicosocial y Reinserción de usuarios Institucionalizados (2018), la familia cruza etapas de sensibilización y psicoeducación, las mismas que evitan el estigma y promueven el apoyo al paciente por medio de la participación activa en el proceso de la rehabilitación psicosocial, así mismo incrementan la red social de familia fomentando el asociacionismo. La psicoeducación radica en el conjunto de acciones educativas

que brindan información sobre la enfermedad de determinado usuario, favoreciendo el desarrollo de actitudes positivas hacia la misma, proponiendo el desarrollo de habilidades específicas para la adherencia a los tratamientos e incentivando una comunicación asertiva con el sistema sociosanitario al cual pertenece el usuario, todo esto con el fin de reducir el estigma familiar que ha llevado al usuario a ser excluido, teniendo una percepción negativa de su condición e incluso considerándolos inferiores culturalmente.

- Los 38 pacientes que participaron en el proceso de desinstitucionalización del HPJE han experimentado una reinserción y transinstitucionalización exitosa en diferentes provincias a nivel nacional, hasta la actualidad no existen registros o evidencia que sugieran recaídas que requieran nuevamente institucionalizar al usuario, al contrario todos las personas cumplen con las citas trimestrales en el servicio especializado y cuentan con el apoyo de la red de Salud Mental que cubren satisfactoriamente las necesidades individuales como familiares. Es preciso mencionar que a la actualidad no se realizan procesos de institucionalización ningún usuario con sufrimiento mental, en el caso de que sea necesario un internamiento este no debe durar más de 15 días para posteriormente volver a su entorno siguiendo a cabalidad su plan de rehabilitación psicosocial individualizado (MSP, 2012). La construcción de una red de salud mental es indispensable y favorable para toda la población, con profesionales capacitados en esta área permite una adecuada evaluación y tratamiento dependiendo del nivel de gravedad del trastorno que padece una persona, así no acuden en primera instancia al hospital especializado, sino que van siguiendo el orden de niveles de atención de salud mental y sus necesidades pueden ser cubiertas en cualquiera de estos niveles sin llegar al hospital monovalente.

13. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios sucesivos basados en investigaciones cuantitativas o mixtas que establezcan porcentajes de usuarios desinstitucionalizados a nivel nacional posterior a la aplicación de la guía realizada por el HPJE en las diversas instituciones del sector público, determinando así intervalos de tiempo definitivos para llevar a cabo este proceso, y a su vez establecer cómo se estructuran las redes de salud mental en el país, especificando el avance en creación de CAPS y unidades residenciales, creando un registro de cuantos existen y en que provincias han sido insertados.
- Parece ser necesario realizar una investigación del marco legal y la cobertura del mismo a nivel de cumplimiento de derechos de las personas con sufrimiento mental en el país, estableciendo la existencia o no de una ley de salud mental posterior a la gestión que está llevando a cabo el Colegio de Psicólogos de Pichincha y como la aprobación o no de la misma ha afectado a los usuarios de los servicios de salud mental y los profesionales que laboran en este espacio, simultáneamente establecer una matriz comparativa con las directrices principales que nos alejan de cumplir con el modelo comunitario instituido en Brasil.
- Es importante considerar realizar un estudio de como la academia está involucrada en promover procesos de salud mental comunitaria dentro de sus propias instituciones y si se ha logrado establecer vínculos con el estado que promuevan campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como, detallar la diferencia de mallas curriculares evidenciando cuales comprenden el enfoque comunitario para la preparación de futuros profesionales.

Anexo 1 Entrevistas Profesionales del MSP.

1. Desde su perspectiva profesional ¿Cómo considera usted que ha ido evolucionando la salud mental en el contexto ecuatoriano desde que inició su carrera profesional?
2. ¿Cree usted que como país ya hemos iniciado un proceso de transición del enfoque custodio manicomial hacia el enfoque comunitario?
3. ¿Cuál es su perspectiva partiendo de la transición Hospital Psiquiátrico San Lázaro y los pacientes del mismo que pasaron a residir en el HPJE?
4. ¿Se podría decir que somos un país más concentrado en el consumo problemático de alcohol, drogas y tabaco que en el sufrimiento mental?
5. El plan estratégico nacional hay unos lineamientos estratégicos dentro de estos uno nos dice implementar un enfoque de promoción en salud mental y prevención del sufrimiento mental, ¿Cómo el Estado ha llevado la promoción y la prevención dentro de nuestra sociedad?
6. ¿Usted conoce de algún proceso de desinstitucionalización que se esté dando en el Ecuador o en Quito?
7. ¿Usted me podría comentar acerca de su experiencia dentro de la salud mental de la desinstitucionalización en el contexto de Brasil y en Argentina?
8. ¿Usted cree que es necesario establecer una ley de salud mental en el Ecuador?

Anexo 2 Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con CI _____ declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre “ANÁLISIS SITUACIONAL Y DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE 38 PACIENTES DEL AÑO 2012 A LA ACTUALIDAD POR PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA”, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso parte del equipo estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana, que guía la investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad.

Las Investigadoras Responsables del estudio, Katherine Belén Estrella Viana y Katherine Samanta Iturralde Lozada, se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo relacionado con la investigación.

Asimismo, las entrevistadoras me han dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización.

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Memoria de Título de las investigadoras. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

QUITO, a _____ de _____ del 2020

Firma Participante

Firma Investigadoras

Anexo 3 Entrevistas a Profesionales del HPJE.

1. ¿Cuándo inició el plan de desinstitucionalización?
2. ¿En base a que necesidad se implementa el plan de desinstitucionalización?
3. ¿Con cuántos pacientes cuenta este proceso?
4. ¿De qué servicios son los pacientes de este proceso?
5. ¿Existe un protocolo a seguir para este procedimiento?
6. ¿El proceso este dividido en fases y cuáles son?
7. ¿Quiénes participaron durante el proceso?
8. ¿Cómo se realiza el seguimiento de los pacientes en su vida diaria?
9. ¿Qué dificultades encontraron al momento de realizar el proceso?
10. ¿Nos puede hablar acerca de su experiencia en cada fase del proceso de desinstitucionalización?
11. ¿Ha habido casos de reingresos de los pacientes que participaron en el proceso de desinstitucionalización?

Anexo 4 Matriz de recolección de datos obtenidos de la Historia Clínica.



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA



Anexo 1

Matriz de recolección de datos obtenidos de la Historia Clínica

MATRIZ DE PACIENTES CRONICOS HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA

N°	HISTORIA CLINICA	NOMBRE	EDAD	FECHA DE INGRESO	DIAGNOSTICO	PROCEDENCIA	FAMILIAR	DIRECCION	OBSERVACIONES
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									

Conocoto Av. Manuela Cañizares OE3-376
 Teléfono: 593 (2) 2342 651 – 2349 574
 hcie@hcie.acb.ec

Anexo 5 Registro de asistencia a reunión con familiares.



Anexo 2

Registro de asistencia a reunión con familiares

PRIMERA REUNIÓN DE REISERCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS CON FAMILIARES

ASISTENCIA: REUNION (FECHA)

Nº	NUMERO DE HISTORIA	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	FECHA DE INGRESO	FAMILIAR QUE ASISTIO	Parentesco	Firma
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

Anexo 6 Acta de Compromiso con los Familiares de los Pacientes.



Anexo 5

Acta de Compromiso con los familiares de los pacientes

ACTA COMPROMISO

Conocoto, FECHA..

Yo, (Nombre del Familiar), PARENTESCO CON EL PACIENTE, NOMBRE
DEL PACIENTE

ME COMPROMETO:

EJEMPLO

Acudir todos los domingos para visitar y compartir con mi hijo, además de
buscar una nueva vivienda para que mi hijo se adapte, resida conmigo y su hermana.

Desde el mes de enero del 2015, el paciente será llevado paulatinamente al
domicilio para cumplir con el proceso de reinserción, que se está llevando a cabo en la
Institución; en el mes de Febrero del 2015, será reinsertado definitivamente al
domicilio.

Con tal propósito firmo al pie de la presente.

NOMBRE DEL FAMILIAR
PARENTESCO CON EL PACIENTE
CI:

Referencias

- Asamblea Constituyente. (2011). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Ediciones Jurídicas.
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades* (796 ed.). Quito, Pichincha, Ecuador: Editora Nacional. Recuperado el Marzo - Julio de 2020
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal* (180 ed.). Quito, Pichincha, Ecuador: Editora Nacional. Recuperado el Marzo - Julio de 2020
- Comunidad Autónoma de Aragón. (2003). *PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL*. Aragón: Gráficas Lema, S.L.
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (Noviembre de 2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83 - 96. Recuperado el Marzo - Julio de 2020, de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. (J. J. Utrilla, Trad.) México D.F., México: Fondo de Cultura Económica, S. A. de C. V. Recuperado el Marzo - Julio de 2020
- Henaó, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (20 de Mayo de 2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 184 - 192.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hospital Especializado Julio Endara. (Octubre de 2018). Propuesta para la Modernización y Reforma del Hospital Especializado en Salud Mental Julio Endara. Quito, Pichincha, Ecuador: HEJE.
- Hospital Especializado Julio Endara. (2019). Propuesta Programática Estratégica para el Hospital Especializado Julio Endara. Quito, Pichincha, Ecuador: HEJE.
- HPJE. (2020). *Resumen de situación de personas institucionalizadas en el Hospital Especializado Julio Endara*. Quito. Recuperado el marzo - julio de 2020
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Tipología Para Homologar Establecimientos de Salud Por Niveles*. Acuerdo Ministerial 5212, Quito. Recuperado el Marzo de 2020, de <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Modelo Para La Desinstitucionalización De Personas Con Trastorno Mental Y Larga Estancia Hospitalaria, En El Marco Del Sistema General De Seguridad Social En Salud Y Protección Social En Colombia*. Antioquia, Colombia. Recuperado el Julio de 2020
- Morasso, A. M. (2016). Gestión Del Modelo De Desinstitucionalización De Adultos Con Alteraciones Mentales En El Sistema Público De La Provincia De Buenos Aires. *Doctorado En Ciencias De La Administración*. La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el Marzo - Julio de 2020, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP. (2012). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Ecuador.
- MSP. (2012). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP. Recuperado el Marzo - Julio de 2020, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (Vol. 6.3)*. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el Marzo - Julio de 2020
- MSP. (2018). *Lineamientos operativos para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública*. Ecuador.
- MSP. (2018). *Lineamientos operativos para la rehabilitación psicosocial y reinserción de personas con trastorno mental severo del Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública*. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 24 de Julio de 2020
- MSP. (s.f). *Ministerio de Salud Pública*. (Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social, Ed.) Recuperado el Julio de 2020, de <https://www.salud.gob.ec/modalidades-de-la-atencion-de-lo-servicios-de-salud-mental-comunitaria/>
- OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020*. Suiza: Impreso en Ginebra,.
- OMS. (2017). *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. Washington, DC: OMS / OPS.

- OMS, OPS. (1990). Declaración de Caracas. *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*, (págs. 1-5). Caracas. Recuperado el Marzo - Julio de 2020, de https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- OPS, OMS. (2015). *Atlas Regional de Salud Mental*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS, OMS, MSP. (2015). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Quito: MSP / OPS. Recuperado el Mayo - Julio de 2020
- Ossó, A. B., Santos, M. J., Vigués, M. P., Ribera, E. P., Arjona, D. R., & Sanjaume, S. S. (2014). *Escuchar, Observar y Comprender* (1 ed.). Barcelona, España: Taller Gràfic. Recuperado el Mayo - Julio de 2020
- PENSM. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Ecuador.
- Psicólogos Clínicos. (1 - 14 de Julio de 2020). Análisis situacional y descriptivo del proceso de desinstitucionalización de 38 pacientes del año 2012 a la actualidad por parte del equipo multidisciplinario del hospital psiquiátrico julio endara. (K. Estrella Viana, & K. Iturralde Lozada, Entrevistadores) Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el Agosto de 2020
- Rotelli, F. (4 de Septiembre de 2014). *Página 12*. Recuperado el Julio de 2020, de www.pagina12.com.ar : <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-254476-2014-09-04.html>
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., & Joskowicz, A. (2013). *SALUD MENTAL Y DESINSTITUCIONALIZACIÓN: RESISTENCIAS Y OBSTÁCULOS EN LOS PROCESOS DE EXTERNACIÓN EN UN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES*. Argentina: FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA / SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES / ANUARIO DE INVESTIGACIONES /.
- Tribunal Constitucional. (2006). *Función Legislativa* (423 ed.). Quito, Pichincha, Ecuador: Editora Nacional. Recuperado el Marzo - Julio de 2020