



Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Doctorado en Psicología

Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud,
usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión
social de personas con trastorno mental grave en Ecuador

Tesis para optar al Grado de Doctor en Psicología

POR: MARCO ANTONIO GAMBOA PROAÑO

Profesor Guía: Dra. Sandra Saldivia Bórquez

Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina

Profesor Co-Guía: Dra. Pamela Grandón Fernández

Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales

Junio - 2022

CONCEPCIÓN-CHILE

DERECHO DE AUTOR

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado con mucho afecto a mi cómplice y compañera de vida Karla, que con mucha paciencia siempre me brindó su apoyo incondicional en los momentos más difíciles en el desarrollo de este trabajo.

Anthony, Jannis y Keyra mis amados hijos que son la esencia de mi vida y el motor que impulsa mi camino hacia adelante.

A mi padre y madre que han sido un modelos de dedicación, fortaleza y lucha para alcanzar las metas planteadas.

A mis hermanos y sobrinos por creer siempre en mí e impulsar la culminación de mi investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Central del Ecuador por la confianza y apoyo en el proceso de formación, especialmente a la Dra Mercedes Gavilánez, Vicerrectora de Investigación, Doctorados e Innovación; a Hans, Abigail y Estefy de la Unidad Administrativa de Gestión de doctorados quienes apoyaron en mi proceso de formación.

A la Universidad de Concepción y a todo el equipo de maestros que me supieron entregar las herramientas necesarias para poder proponer en práctica los conocimientos.

A las profesoras Sandra Saldivia y Pamela Grandón, mis tutoras quienes me supieron dar el tiempo necesario para que, con su guía, experiencia, y paciencia poder culminar esta investigación.

A la profesora Cristina Romero de la Universidad de Cádiz que me asesoró ante las dudas del DESDE-LTC.

Al Ministerio de Salud Pública y al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que permitió realizar la investigación en la unidades operativas y me brindaron la información requerida para completar la información.

A las personas que participaron en esta investigación; profesionales de salud mental, personas con trastorno mental grave y sus familiares que dieron datos importantes para el desarrollo de esta investigación.

Gracias a Elvis Castro quien me supo otorgar su amistad, conocimiento y consejos para no claudicar en este camino.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera estuvieron y apoyaron la realización de esta investigación.

CONTENIDO

DERECHO DE AUTOR	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	1
ABSTRAC.....	4
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	13
Marco Conceptual	13
Definiciones de trastorno mental.....	13
Oferta sanitaria para salud mental	19
Definiciones de Oferta Sanitaria.....	21
Definición de Estigma.....	40
Marco Empírico	43
Evaluación de los servicios de salud mental	44
Comparación de servicios de salud mental usando el sistema DESDE LTC	46
Estudios de diseños cualitativos y mixtos de evaluación de servicios de salud mental.....	54
Estigma hacia personas con trastorno mental grave.....	63
Estigma hacia las personas con un trastorno mental grave por los profesionales de salud mental.....	66
Auto estigma	68
FUNDAMENTACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	71
Preguntas de investigación.....	76
Hipótesis y supuestos.....	77
Objetivos.....	78
General.....	78
Específicos.....	78
MÉTODO	80

Diseño	80
ESTUDIO CUANTITATIVO	83
Universo y Muestra	83
Muestra	84
Criterios de inclusión de dispositivos.....	86
Criterios de inclusión de informantes clave:	87
Criterios de exclusión de dispositivos.....	87
Definición de variables (definiciones conceptuales y operativas).....	87
Instrumentos de recolección de datos.....	89
Procedimiento	91
Recolección de datos	93
Sistematización de la información	95
Plan de análisis	95
ESTUDIO CUALITATIVO	96
Universo	96
Muestra	98
Criterios de inclusión profesionales de salud	98
Criterios de inclusión usuarios.....	99
Criterios de inclusión familiares de usuarios con un trastorno mental grave	99
Criterios de exclusión usuarios.....	100
Muestra de profesionales de salud.....	100
Muestra de familiares de personas con un trastorno mental grave	101
Muestra de usuarios con un trastorno mental grave	102
Instrumentos de recolección de datos.....	103
Procedimiento	104
Recolección de datos	104
Sistematización de la información	106
Plan de análisis de datos.....	106
CONSIDERACIONES ÉTICAS	109
RESULTADOS.....	111

DISCUSIÓN..... 185
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 208
RECOMENDACIONES..... 211
LIMITACIONES..... 213

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de las dimensiones propuestas por Goldman para definir la enfermedad mental grave.....	15
Tabla 2. Dimensiones SIDDD en la definición de trastorno mental severo	16
Tabla 3. Criterios para definir la enfermedad mental severa (DDD)	17
Tabla 4. Dimensión geográfica de la Matriz de Salud Mental. Funciones que se llevan a cabo en cada nivel	23
Tabla 5. Elementos clave de las fases temporales adecuados a los diferentes niveles geográficos de la Matriz de la salud mental.....	25
Tabla 6. Principios de los servicios comunitarios de salud mental y la relación con los niveles geográficos del modelo matricial.....	26
Tabla 7. Instituciones de salud por zona y nivel de atención en el que existe un profesional de salud mental y población de cobertura	86
Tabla 8. Operativización de variable fase cuantitativa.....	88
Tabla 9. Profesionales de Salud por Institución según zona de salud.....	97
Tabla 10. Personas con trastorno mental grave mayores de 18 años por zonas y rango de edad atendidas en el MSP 2015.....	97
Tabla 11. Establecimientos sanitarios a los que pertenecen los profesionales entrevistados/as.....	101
Tabla 12. Tipo de profesionales entrevistados/as	101
Tabla 13. Características de los familiares de personas con trastorno mental grave entrevistados.....	102
Tabla 14. Características de la muestra de personas con un trastorno mental grave	103
Tabla 15. Descripción sociodemográfica de la Zona 8 y Zona 9.....	116
Tabla 16. Resumen de codificaciones de dispositivos, de acuerdo con códigos DESDE-LTC	118
Tabla 17. Descripción de los profesionales de salud entrevistados en las dos Zonas sanitarias.....	132
Tabla 18. Familiares de personas con trastorno mental grave entrevistados/as	151

Tabla 19. Descripción de los usuarios con un trastorno mental grave entrevistados..... **167**

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo de Atención de Salud Mental.....	34
Figura 2.	Tipología de la investigación Mixta.....	81
Figura 3.	Diseño del estudio: Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en el Ecuador.	82
Figura 4.	Grupo de personas entrevistadas	98
Figura 5.	Diagrama de centros de atención ambulatoria para personas con trastornos mentales graves.....	121
Figura 6.	Establecimientos de atención de día para personas con trastorno mental grave.	123
Figura 7.	Establecimientos de atención residencial para personas con trastorno mental grave.	126
Figura 8.	Temas y subcategorías de entrevistas a profesionales.....	134
Figura 9.	Temas y subcategorías de las entrevistas a familiares de personas con un trastorno mental grave	152
Figura 10.	Temas y subcategorías de las entrevistas a personas con un trastorno mental grave	168

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Zonas de planificación en salud en Ecuador	83
Gráfico 2. Atención Ambulatoria por zonas.....	120
Gráfico 3. Tipos básicos de atención por zona	127
Gráfico 4. Tasa de profesionales de salud mental por cada 100.00 habitantes, por Zona Sanitaria	128
Gráfico 5. Distribución de tipos de profesionales <i>de salud mental de Zona 8</i>	129
Gráfico 6. Profesionales de salud mental de la zona 9.....	130
Gráfico 7. Número de profesionales de salud mental, por rama y zona sanitaria	131

RESUMEN

Antecedentes

Para hacer frente a los problemas de salud mental en el Ecuador se requiere de un sistema de cuidados sanitarios descentralizado, participativo, integral, continuo y preventivo, para disminuir las barreras psicosociales que se encuentran en la sociedad. Hablar de problemas de salud mental, es hablar también de trastornos mentales, y dentro de estos tenemos a los trastornos mentales graves que para este trabajo lo entendemos de acuerdo con la definición propuesta por Slade quien se basa para esto en las dimensiones de: diagnóstico, duración, discapacidad, seguridad, y apoyo formal e informal (SIDDD).

La oferta sanitaria en salud mental para personas con trastornos mentales graves es lo que en este estudio se describe, para los cual se toma como marco teórico lo propuesto en la matriz de salud mental.

Objetivo

Describir los recursos existentes en la red sanitaria del Ecuador, y analizar las percepciones de los profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave.

Método

Esta investigación se realizó a través de un diseño mixto parcialmente mezclado simultáneo con estado dominante. Para recabar la información de la oferta sanitaria se utilizó la herramienta DESDE-LTC aplicada a funcionarios de los servicios sanitarios de las zonas sanitarias 8 y 9, la información sobre percepción de la inclusión social se recolectó a través de entrevistas semi estructuradas, aplicadas a profesionales de salud mental, usuarios con trastorno mental grave y a sus familiares.

Resultados

La asistencia sanitaria pública en Ecuador se distribuye en nueve (9) zonas socio-sanitarias, este estudio se desarrolló en las dos zonas más habitadas, zona 8 y 9 que representa cerca del 50% de la población total del país. En estas zonas se evidenció un escaso número de centros de salud mental, siguiendo la clasificación estandarizada de la herramienta DESDE-LTC. Así, 32 establecimientos sanitarios ofertan atención **ambulatoria**, 12 en la zona 8 y 20 en la zona 9, los 20 dispositivos de la zona 9 tuvieron más de una codificación por lo que estos mismos dispositivos sanitarios codificaron para atención **ambulatoria, de día y residencial**.

La tasa de profesionales de salud mental en la zona 8 fue de 0,96 psicólogos, 0,46 psiquiatras y 0,39 enfermeras y otros profesionales por cada

100.000 habitantes, mientras que en la zona 9 se identificó una tasa de 2,66 psicólogos, 2,11 psiquiatras y 1,15 enfermeras y otros profesionales por cada 100.000 habitantes.

Otro de los resultados que se evidenció en este estudio es el estigma presente en los profesionales de salud mental, en los familiares de las personas con un trastorno mental grave y en los mismos usuarios, condición que dificulta la inclusión social de las personas con trastorno mental grave.

Conclusiones

El estudio desarrollado en las zona 8 y zona 9 evidenció la limitada oferta sanitaria destinada para la atención de personas con un trastorno mental grave.

Se observa que las personas con un trastorno mental grave perciben que no cuentan con las mismas oportunidades que el resto de la población, lo que limita su inclusión en el contexto en el que se desenvuelven.

PALABRAS CLAVE: inclusión social, percepción, psiquiatría comunitaria, servicios de salud mental, trastorno mental grave.

ABSTRAC

Background

In order to address mental health problems in Ecuador, a decentralized, participatory, comprehensive, continuous and preventive health system is required to reduce psychosocial barriers found in society. To speak of mental health problems is also to speak of mental disorders, and within these we have serious mental disorders, which for this work we understand according to the definition proposed by Slade, who bases his definition on the dimensions of: diagnosis, duration, disability, safety and formal and informal support (SIDDD).

The mental health supply for people with severe mental disorders is what is described in this study, for which the theoretical framework proposed in the mental health matrix is taken as the theoretical framework.

Objective

To describe the existing resources in Ecuador's health network, and to analyze the perceptions of health professionals, users and family members about the services and social inclusion of people with severe mental disorders.

Method

This research was conducted through a partial simultaneous mixed design with dominant state. To collect information on health services, the

DESDE-LTC instrument applied to health service officials in health zones 8 and 9 was used; information on perceptions of social inclusion was collected through semi-structured interviews, applied to mental health professionals, users with severe mental disorder and their family members.

Results

The results obtained in zones 8 and 9, show a low number of mental health facilities that can be classified according to the DESDE-LTC tool, thus, 32 health facilities offer outpatient care, twelve (12) in zone 8, the remaining twenty (20) in zone 9, had more than one coding so some of these same health facilities coded for outpatient, day and residential care.

The rate of mental health professionals in zone 8 was 0.96 psychologists, 0.46 psychiatrists and 0.39 nurses and other professionals per100,000 inhabitants, while in zone 9 a rate of 2.66 psychologists, 2.11 psychiatrists and 1.15 nurses and other professionals per100,000 inhabitants was identified.

Another of the results evidenced in this study is the presence of stigma among mental health professionals, family members of people with a serious mental disorder and the users themselves, which hinders their social inclusion.

Conclusions

The study conducted in zones 8 and 9 revealed the scarce health supply for the care of people with severe mental disorders.

It was observed that people with a severe mental disorder perceive that they do not have the same opportunities as the rest of the population, which limits their social inclusion in the community

KEY WORDS: social inclusion, perception, community psychiatry, mental health services, severe mental disorder.

INTRODUCCIÓN

Una de las brechas de conocimiento en el contexto ecuatoriano, es la falta de evidencia sobre la disponibilidad de servicios de salud mental para personas con un trastorno mental grave. Por esta razón este estudio buscó establecer una descripción de la oferta sanitaria disponible en dos de las zonas más grandes del país, estas abarcan cerca del 50% de la población del Ecuador, complementando esta descripción, con la percepción que tienen los usuarios con un trastorno mental grave sobre sus posibilidades de inserción social.

Trastorno mental grave es definido de acuerdo a las dimensiones de diagnóstico, duración y discapacidad (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000) o por las dimensiones de seguridad, apoyo formal e informal, diagnóstico, discapacidad y duración (Slade, Powell, & Strathdee, 1997), sin embargo trastorno mental y normalidad son conceptos extremadamente heterogéneos y cambiantes por lo que resulta imposible establecer límites fijos entre ambos (Frances, 2014).

Las percepciones sobre las personas con trastorno mental grave se asocian, por lo general con riesgo para el resto de la población, (Thornicroft & Tansella, 2005), dificultando la inclusión social de éstos.

Rechazo, discriminación, paternalismo, sobreprotección, estigma por parte de la comunidad, (Bengochea-Seco et al., 2016), de profesionales de la salud (Stefanovics et al., 2016), de familiares de personas con trastorno mental grave (Moll & Saeki, 2009) y autoestigma por el mismo grupo que padece de este trastorno (Strbad, Svab, Zalar, & Svab, 2008), son algunas de las respuestas que se asocian a estereotipos negativos asociados al trastorno mental como la peligrosidad o impredecibilidad.

Con el tratamiento basado en la comunidad se pretende modificar estas percepciones, ya que con este modelo se procura dar respuestas adecuadas a las necesidades reales de la población en el campo médico, social y psicológico (Rosa-Dávila & Mercado-Sierra, 2020), e impulsar el desarrollo de servicios en los diferentes niveles atención, a nivel local, regional e internacional (L. Salvador-Carulla et al., 2005).

Resulta difícil realizar reportes de los progresos en atención comunitaria, por la diversidad de factores que influyen en las comunidades (Becker et al., 2002); sin embargo para poder registrar los avances en este campo la “Matriz de la Salud Mental”, propone un marco común que permite compartir los resultados de los avances (Thornicroft & Tansella, 2005).

En el análisis de los datos que reportaron países en el Atlas de Salud Mental de las Américas (2018), se obtiene como resultado que: el 76% de los países dispone de una política o plan de salud mental independiente, el 67% dispone de una ley independiente en materia salud mental, el 46% de estos países tienen una política independiente que se actualizó en los 5 últimos años y el 92% de los países han desarrollado o actualizado sus políticas o planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales o regionales de derechos humanos. Los recursos financieros asignados para la salud mental son de alrededor de \$13.8 dólares estadounidenses per cápita (mediana anuales con una diferencia significativa entre los países de ingresos altos (\$48 per cápita) y aquellos de ingresos medianos y bajo (\$2.5 per cápita). La mediana de gasto público regional en salud mental es de sólo 2.0% del presupuesto de salud y una gran parte de estos fondos va a la asistencia hospitalaria, aproximadamente el 60%, sobre todo a los hospitales psiquiátricos. En referencia a los profesionales con mayor presencia en el sector de salud

mental son los psicólogos/as (5,4 por 100.000 habitantes) especialmente en América del Sur, seguidos por los profesionales en enfermería (3,87 por 100.000 habitantes) especialmente en el Caribe no latino. La representación de los psiquiatras es baja comparada con otros profesionales de salud mental (1,39 por 100.000 habitantes), aunque similar al promedio mundial, y es casi inexistente para el área infantil. El 80% de la fuerza laboral para salud mental trabaja en el sector público de salud. En los hospitales psiquiátricos trabajan 1 de cada 5 psiquiatras y un tercio de los profesionales en enfermería en salud mental, quienes atienden a menos del 1% de la población. En lo que se refiere a los programas de promoción y prevención, 73% de los países tienen al menos dos programas nacionales de promoción y prevención de la salud mental en funcionamiento, destinados principalmente a prevención del suicidio, desarrollo infantil temprano, promoción de salud mental en los padres y promoción de salud mental en las escuelas (OMS, 2018).

En los servicios de salud mental del Ecuador aún persisten algunas barreras para accesibilidad, como un insuficiente número de profesionales en salud mental en los tres niveles de atención, con escasos conocimientos para poder identificar y contener problemas de esta índole, sumado a barreras psicosociales como la percepción negativa que tiene la población para las personas con trastornos mentales (MSP, 2014a).

Los dispositivos sanitarios se encuentran distribuidos en el Ecuador en 9 zonas sanitarias que dan cobertura de salud a toda la población. Esta investigación se desarrolló en las zonas 8 y 9 y se recopiló información sobre los dispositivos sanitarios que tiene la capacidad de brindar atención a las personas con un trastorno mental grave, de acuerdo con los criterios que se establecen en la herramienta DESDE-LTC. Estas zonas fueron seleccionadas ya que en ellas se encuentra casi el 50% de la población total del territorio ecuatoriano. Se describieron las necesidades y el grado de satisfacción que perciben las personas con trastorno mental grave al recibir la atención, y la percepción de los profesionales de salud sobre la calidad de atención entregada.

También se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos recopilados mediante entrevistas a profesionales de salud, usuarios (con trastorno mental grave) y familiares, sobre la percepción que tienen con respecto a la inclusión social de personas con trastorno mental grave.

El presente trabajo se divide en 6 capítulos. El primer capítulo corresponde al marco teórico donde se discuten los conceptos teóricos principales que fundamenta el estudio abordando temas como las definiciones de trastorno

mental grave, oferta sanitaria para salud mental, definiciones dimensiones y principios, la oferta sanitaria en salud mental en Ecuador y el estigma.

En el capítulo 2 se presenta la fundamentación, objetivos e hipótesis de trabajo. En el capítulo 3 se presenta el método de la investigación. En el capítulo 4 se presentan los resultados obtenidos en la investigación. En el capítulo 5 se presenta la discusión de los principales resultados obtenidos, con relación a la hipótesis del estudio y de acuerdo con el modelo teórico presentado en el marco teórico de la tesis. Por último, en el capítulo 6 se presentan las conclusiones de la tesis, donde se comentan las limitaciones del estudio y se perfilan posibles proyecciones de la presente investigación.

MARCO TEÓRICO

Marco Conceptual

Definiciones de trastorno mental

La dificultad para definir trastorno mental deriva de la multiplicidad de elementos externos e internos que inciden en este, la variedad de patologías graves, asociadas al estrés, a condiciones sociales, enfermedades médicas, abuso de sustancias, discapacidad intelectual o trastornos de personalidad, son elementos que dificultan alcanzar una definición consensuada (Vallejo & Leal, 2012).

El concepto de trastorno mental sigue la misma lógica del pensamiento médico, implica una estructura o función anormal en alguna parte del organismo, busca signos y síntomas, los correlaciona con alteraciones neurobiológicas para descubrir el agente etiológico y establece acciones profilácticas (McHugh & Slavney, 2001).

Concepciones filosóficas indican que los trastornos mentales no solo son de carácter biológico, sino que inevitablemente están influidos por factores políticos, técnicos y científicos (Reznek, 1992).

Generalmente, las definiciones de trastorno mental requieren la presencia de desconsuelo, discapacidad, disfunción, descontrol y/o desventaja; al evaluar a una determinada persona carecemos de una definición general de trastorno mental que nos ayude a decidir si es normal o no, si está loca o es mala (Frances, 2014).

Un trastorno mental es el conjunto de síntomas que conllevan sufrimiento subjetivo e interfieren notablemente en la vida del sujeto o suponen un rompimiento biográfico, con pérdida objetiva de la realidad y trastornos del comportamiento no clínicos que conllevan importantes conflictos en la relación interpersonal y/o social (Vallejo & Leal, 2012).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2013), se define al trastorno mental como *“...un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional o el*

comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos y del desarrollo que subyacen en su función meta” (APA, 2013).

Goldman (1981) propuso una definición de la persona con un trastorno mental grave, en el que resaltó tres dimensiones: diagnóstico, duración y discapacidad, tal como se describe en la tabla 1 (Goldman, Gattozzi, & Taube, 1981).

Tabla 1. Características de las dimensiones propuestas por Goldman para definir la enfermedad mental grave

<i>Criterio</i>	<i>Descripción</i>
<i>Diagnóstico</i>	Usuarios que cumplan con los criterios del DSM para los trastornos de esquizofrenia y esquizoafectivos; trastorno bipolar y depresión mayor y trastorno delirante (paranoide).
<i>Duración</i>	Al menos de un año desde el inicio del trastorno
<i>Discapacidad</i>	Suficiente como para deteriorar de forma grave el funcionamiento en el desempeño de roles en, al menos una de las siguientes áreas: ocupación, responsabilidades familiares o alojamiento

Nota Fuente: Adaptado de Goldman et al. (1981) Defining and counting the chronically mentally ill.

La investigación llevada a cabo por Slade y colaboradores (1997), quienes buscaron definir el trastorno mental grave y en ese proceso aplicaron encuestas a grupos de usuarios, departamentos gubernamentales y organismos profesionales, identificó cinco dimensiones que aportaban a una definición;

seguridad, apoyo formal e informal, diagnóstico, discapacidad y duración, SIDDD por sus siglas en inglés (Slade et al., 1997) (tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones SIDDD en la definición de trastorno mental severo

<i>Dimensión</i>	<i>Descripción</i>
<i>Safety</i> <i>Seguridad</i>	Auto-daño involuntario, ej. auto-negligencia. Daño intencional. Seguridad de los demás. Abuso por otros, ej. Físico, sexual, emocional, financiero.
<i>Informal and formal support</i> <i>Apoyo formal e informal</i>	Ayuda de cuidadores informales, incluyendo amigos y parientes. Ayuda de servicios formales, tales como centros de día, personal pagado, servicios voluntarios, hospitalizaciones, medicación y detención bajo una ley de salud mental.
<i>Diagnosis</i> <i>Diagnóstico</i>	Enfermedad psicótica, demencias. Enfermedad neurótica severa. Trastorno de la personalidad. Trastorno del desarrollo.
<i>Disability</i> <i>Discapacidad para funcionar eficazmente en la comunidad</i>	Empleo y recreación. Cuidado personal. Habilidades domésticas. Relaciones interpersonales.
<i>Duration</i> <i>Duración en cualquiera de las cuatro dimensiones anteriores</i>	Períodos varían entre 6 meses y 2 años

Nota Fuente: Adaptado de Slade et al. (1997) Current approaches to identifying the severely mentally ill.

En la misma línea, Ruggeri y colaboradores (2000) realizaron un estudio con la finalidad de encontrar algunos criterios generales para definir la enfermedad mental severa (SMI, por sus siglas en inglés). Los investigadores identificaron

tres dimensiones: diagnóstico, duración y discapacidad (DDD) (Ruggeri et al., 2000) (tabla 3).

Tabla 3. Criterios para definir la enfermedad mental severa (DDD)

<i>Crterio</i>	<i>Descripción</i>
<i>Diagnóstico</i>	Un diagnóstico de psicosis no orgánica o trastorno de la personalidad.
<i>Duración</i>	Una duración que se caracteriza por enfermedad prolongada y tratamiento a largo plazo y con una historia de dos años o más de enfermedad mental o tratamiento.
<i>Discapacidad</i>	<p>Que debe incluir al menos tres de los ocho criterios especificados por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: como la falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables. • Autonomía: se puede ver deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral. • Autocontrol: como la incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal. • Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales. • Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés. • Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información. • Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales y en la interacción; e influyen en diferentes planos, generando barreras sociales tales como estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, riesgo de desventaja • Originan desventaja social y marginación expresada en el aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda y exclusión social (Blanco & Pastor, 1997).

Nota Fuente: Adaptado de Ruggeri et al. (2000) Definition and prevalence of severe and persistent mental illness

De las tres definiciones de personas con un trastorno mental grave revisadas, dos se refieren a este problema como enfermedad mental grave

(Ruggeri y Goldman), aquí se manifiesta que debe existir la presencia de un diagnóstico, con una duración de al menos un año y debe existir una discapacidad en alguna de las áreas en las que se desenvuelve la persona (DDD). Lo que caracteriza a la enfermedad mental es que los síntomas y signos presentes son identificables y son el producto de alteraciones anatómicas con agentes etiológicos reconocibles.

Por otro lado, la investigación realizada por Slade y colaboradores (1997) suma a las dimensiones de diagnóstico, duración y discapacidad la presencia de seguridad, y de apoyo formal e informal (SIDDD). Y es precisamente esta definición de trastorno mental grave la que se empleó en esta investigación, considerando que el término trastorno, es más específico para referirse a alteraciones mentales y toma relevancia en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental, se lo considera de etiología multicausal provocando síntomas, acciones, o comportamientos clínicamente significativos que pueden estar asociados a patologías mentales o alteraciones cognitivas y del desarrollo, que se mantienen en el tiempo, provocando un sufrimiento a la persona que lo padece así como a su entorno familiar. Los trastornos mentales graves considerados en este estudio son la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastorno depresivo mayor (APA, 2013; OMS, 1997).

Oferta sanitaria para salud mental

Aunque en muchos países de Latinoamérica se han reestructurado los servicios de atención en salud mental, aún persisten barreras significativas para la atención, especialmente para personas con un trastorno mental grave (Saldivia et al., 2014; Saldivia, Vicente, Kohn, Rioseco, & Torres, 2004), limitando la accesibilidad de quienes requieren una atención socialmente justa (Thornicroft & Tansella, 2005).

Por otra parte, los nuevos modelos de organización de servicios, que han diversificado la oferta, también han generado dificultades para llegar a un consenso sobre la clasificación, descripción, análisis y comparación de estos sistemas de organización de la oferta sanitaria (Becker et al., 2002; S. Johnson et al., 1998; L. Salvador-Carulla et al., 2005).

Tansella y Thornicroft (1998) proponen el modelo matriz de salud mental compuesto por una dimensión geográfica y una dimensión temporal que intenta establecer un marco común para las comparaciones internacionales sobre la disponibilidad y utilización del servicio (Thornicroft & Tansella, 2005), lo que impulsó al desarrollo de instrumentos como el DESDE-LTC (Descripción y evaluación de servicios y directorios en Europa para el cuidado a largo plazo)

(L. Salvador-Carulla et al., 2013), que es un instrumento diseñado para la comparación internacional de servicios para discapacidades y atención a largo plazo (L. Salvador-Carulla et al., 2006).

La utilización de la matriz de la salud mental como base conceptual, y la herramienta derivada de ésta, el DESDE-LTC, fueron el modelo e instrumento para el desarrollo de esta investigación, ya que esta herramienta permite la comparación de los dispositivos sanitarios, con un lenguaje homologado. Si bien es cierto la herramienta fue desarrollada para la descripción estandarizada en Europa, tanto los autores de la Matriz, como de la herramienta DESDE-LTC sugieren estudios en otras latitudes. En Ecuador se hace imperativo la realización de una evaluación de los servicios de salud mental con herramientas que permitan visualizar la disponibilidad de los dispositivos sanitarios y su distribución en el territorio.

Estos hallazgos pueden contribuir a una toma de decisiones basadas en la evidencia que disminuyan las brechas de acceso a los servicios sanitarios, especialmente para las personas con trastornos mentales graves, y permitan diversificar una oferta que -hasta ahora- es escasa y tienen como eje la atención en un hospital especializado (psiquiátrico), único a nivel nacional de carácter público y que se lleva gran parte del presupuesto destinado para la salud mental.

Definiciones de Oferta Sanitaria

Los servicios de salud mental reúnen a un conjunto de dispositivos que proveen de intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades derivadas de las alteraciones del estado de salud mental. Su organización responde a los objetivos planteados en las políticas sanitarias que intentan intervenir con efectividad y eficiencia las necesidades de la población, adaptándose a las tendencias sociales, culturales, avances científicos, momento histórico y los cambios en las políticas sanitarias propias de cada país (Thornicroft & Tansella, 2005).

Esta definición se ajusta al posicionamiento de investigación del presente trabajo, recalcando que es una definición propuesta desde la matriz de salud mental que tiene un planteamiento bidimensional: una dimensión geográfica y una dimensión temporal.

Dimensión geográfica

Esta dimensión está compuesta por tres niveles: 1) nivel país o regional en el que se promulgan las leyes sobre salud mental o los estándares clínicos mínimos que rigen a cada uno de los países, respondiendo a los ámbitos sociales, políticos, económicos y profesionales; 2) nivel local que es el área de captación de la población que requiere de servicios de salud mental, éste se podría considerar el nivel más importante ya que aquí se puede evidenciar la organización de los servicios de salud mental, formular estrategias para dar una atención integral y conocer las características sociodemográficas de cada área; finalmente tenemos 3) nivel del paciente que es el ámbito donde se aplican las intervenciones terapéuticas integrales, teniendo al paciente y la familia como aliados del tratamiento (Thornicroft & Tansella, 2005).

De lo anterior se deriva las funciones de los servicios de salud mental en cada uno de los niveles de la dimensión geográfica (tabla 4).

Tabla 4. Dimensión geográfica de la Matriz de Salud Mental. Funciones que se llevan a cabo en cada nivel

<i>DIMENSIÓN GEOGRÁFICA</i>		
<i>Nivel país o regional</i>	<i>Nivel local</i>	<i>Nivel del paciente</i>
Recibir la información local	Proporcionar a la población variadas alternativas de cuidados de salud mental que mejore la calidad de vida	Disminuir el padecimiento del paciente y la familia
Sintetizar y analizar la información	Realizar trabajo colaborativo entre profesionales del servicio o de otras carteras del estado	Promover la recuperación y la inclusión social
Jerarquizar prioridades	Ejecutar programas de prevención específicos en función de indicadores establecidos	
Formular planes estratégicos, para desarrollar servicios	Realizar una vigilancia activa del servicio con la finalidad de proponer hipótesis de investigación de las terapias o factores etiológicos	
Crear y aplicar programas Comparar el plan nacional con el funcionamiento de servicios locales		
Establecer estándares nacionales		

Nota Fuente: Adaptado de Thornicroft y Tansella (2005) La Matriz de la Salud Mental, Manual para la mejora de servicios.

Dimensión Temporal

La dimensión temporal del modelo matricial hace referencia a los elementos destinados a la evaluación de los diferentes niveles geográfico, basándose en: 1) los recursos, que se entiende como aquellos bienes presentes en el sistema de cuidados de salud mental, pudiendo ser éstos *recursos visibles*, como los profesionales sanitarios y los servicios de salud mental, y *recursos invisibles*, como la experiencia, cualificación y formación del personal, lo que constituye un punto importante para la relación entre el personal de salud y las personas con trastorno mental grave; 2) los procesos, son las actividades que tienen como finalidad proporcionar a la persona con un trastorno mental una amplia gama de procedimientos clínicos que contribuyan a mejorar los resultados de los usuarios; y 3) los resultados, que son los cambios evidenciados en el funcionamiento, la morbilidad y mortalidad, que son atribuidos al eficacia de los tratamientos aplicados y que puede ser recogidos a través de diferentes instrumentos y diseños de investigación; los niveles descritos en la dimensión temporal son de aplicación diferenciada de acuerdo a nivel de la dimensión geográfica (tabla 5) (Thornicroft & Tansella, 2005).

Tabla 5. Elementos clave de las fases temporales adecuados a los diferentes niveles geográficos de la Matriz de la salud mental.

Dimensión ↓	TEMPORAL		
	(A) Recursos	(B) Procesos	(C) Resultados
<i>(1) Nivel país o regional</i>	Gastos en los servicios de salud mental, y destino del presupuesto.	Indicadores de desempeño o actividad (tasa de hospitalización)	Tasas de suicidio
	Leyes de salud mental	Directrices clínicas y protocolos de tratamiento	Tasas de personas sin techo
	Políticas y directivas gubernamentales	Estándares básicos de la atención	Tasas de personas en prisión
	Programación de la formación del personal de salud mental		Investigaciones especiales
	Guías y protocolos de tratamiento		
<i>(2) Nivel local (área de captación)</i>	Presupuesto del servicio local y equilibrio entre los servicios hospitalarios y comunitarios	Vigilancia de los contactos con los servicios y patrones de utilización de los servicios	Tasas de suicidio
	Evaluación de las necesidades de la población local	Procedimientos de auditoría	Resultados agregados en el nivel local
	Diversidad y cantidad de profesionales	Caminos de atención y continuidad	Morbilidad somática
	Servicios clínicos y no clínicos	Enfoque sobre grupos especiales	
	Relaciones de trabajo entre servicios		
<i>(3) Nivel del paciente</i>	Evaluación de las necesidades individuales	Calidad percibida de los tratamientos	Disminución de síntomas
	Peticiones de los pacientes	Continuidad del clínico	Impacto sobre los cuidadores
	Peticiones de los familiares	Frecuencia de las visitas	Satisfacción con los servicios
	Destrezas y conocimientos de los profesionales	Patrón del proceso de atención para los pacientes individuales	Calidad de vida
	Contenido de los tratamientos clínicos		Discapacidad
	Información de los pacientes y cuidadores		Necesidades

Nota Fuente: Adaptado de Thornicroft y Tansella (2005) La Matriz de la Salud Mental, Manual para la mejora de servicios.

La organización de los servicios, como se propone en la Matriz de Salud Mental se basa en nueve principios: **Autonomía, Continuidad, Efectividad; Accesibilidad, Comprensividad, Equidad; Responsabilidad, Coordinación, Eficiencia**; estos principios conforman el modelo mnemotécnico denominados los tres ACE, considerando que *responsabilidad* es una traducción del inglés *accountability*. Cada principio se relaciona con los niveles de la dimensión geográfica (tabla 6) (Thornicroft & Tansella, 2005).

Tabla 6. Principios de los servicios comunitarios de salud mental y la relación con los niveles geográficos del modelo matricial.

	<i>Principio</i>	<i>Nivel Geográfico del Modelo Matricial</i>		
		<i>Paciente</i>	<i>Local</i>	<i>País</i>
Primer ACE	1 Autonomía	X		
	2 Continuidad	X	X	
	3 Efectividad	X	X	
Segundo ACE	4 Accesibilidad		X	
	5 Comprensividad		X	
	6 Equidad		X	X
Tercer ACE	7 Responsabilidad (Accountability)		X	X
	8 Coordinación		X	X
	9 Eficiencia		X	X

Nota Fuente: Adaptado de Thornicroft & Tansella (2005) La Matriz de la Salud Mental

Principios de los servicios comunitarios de salud mental

Autonomía: es la capacidad del usuario para tomar decisiones y ser parte activa en la elección del tratamiento más adecuado, esta autonomía se promueve con la aplicación de cuidados y tratamiento eficaces (Thornicroft & Tansella, 2005).

Continuidad: este principio se aplica en el nivel paciente y nivel local, es la capacidad para ofertar y recibir intervenciones, en un tiempo coherente a corto plazo dentro de un equipo o entre equipos (continuidad transversal), y que forme parte de una serie ininterrumpida de contactos durante un periodo prolongado de tiempo (continuidad longitudinal) (Thornicroft & Tansella, 2005).

Efectividad: en el nivel del paciente se define como los beneficios que se espera tener de un tratamiento, en el nivel local se define como los beneficios que se espera obtener de los servicios (Thornicroft & Tansella, 2005).

Accesibilidad: es una característica del servicio en el nivel local y es la percepción que tienen los usuarios y cuidadores, sobre la posibilidad de ser atendidos donde y cuando lo requieran (Thornicroft & Tansella, 2005).

Comprensividad: principio que se aplica al nivel local y hace referencia a la capacidad de un servicio para cubrir la atención global en diferentes trastornos mentales sin importar el grupo etario, etnia, sexo, gravedad del diagnósticos (horizontal); y la medida en la que el servicio dispone de componentes de cuidado ambulatorio y comunitario, centros de día, hospitalización de agudos y cuidados residenciales de larga duración, enlace con otros servicios y su utilización por grupos priorizados de pacientes (vertical) (Thornicroft & Tansella, 2005).

Equidad: es un principio presente en el nivel local y estatal y hace referencia a la distribución de recursos disponibles de manera justa, de acuerdo con las necesidades de cada servicio (Thornicroft & Tansella, 2005).

Responsabilidad (Accountability): principio aplicado a los niveles locales y estatales que hace referencia a la relación dinámica que debe existir entre los

servicios de salud mental, los pacientes, sus familias y la población en general (Thornicroft & Tansella, 2005).

Coordinación: este principio que se aplica en el nivel estatal y local, se pone de manifiesto en la aplicación coherente de tratamiento para cada paciente, los que están establecidos en un plan que responde a objetivos claros con acciones necesarias y efectivas, en este sentido en la coordinación de corte transversal se remite la información de un episodio de tratamiento que puede ser en el mismo servicio o entre servicios, mientras que en la coordinación longitudinal se remite la información de las interconexiones entre profesionales y entre organismos durante un periodo más prolongado de tratamiento (Thornicroft & Tansella, 2005).

Eficiencia: este principio también se hace efectivo en el nivel estatal y local y procura maximizar los resultados, minimizando los recursos necesarios (Thornicroft & Tansella, 2005).

Los principios descritos son la base ética que han identificado los autores para el desarrollo de la Matriz de la Salud Mental, distribuyéndolos en cada uno de los niveles de la dimensión geográfica, sin descartar la aplicación de ellos en

la dimensión temporal, tomando en cuenta que los recursos, procesos y resultados se encuentran en todos los niveles, y que además estas fases no siguen un orden establecido; sino que responden a la realidad de cada organismo. La aplicación de estos principios recae principalmente en los profesionales de salud, quienes están en contacto con los usuarios, sus cuidadores y resto de profesionales, y deberían ser el ente generador de procesos que permitan una toma de decisiones acertada para la mejor la calidad del servicio (Thornicroft & Tansella, 2005).

Oferta Sanitaria en Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 32, garantiza el derecho a la salud mediante políticas públicas y a través del acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. El texto señala que las prestaciones de los servicios sanitarios se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Ecuador, 2008).

Esta garantía estatal de derechos considera dentro de su fuente de financiamiento, la contribución de todas las personas con un contrato de trabajo, quienes están obligados a afiliarse al sistema de seguridad social, específicamente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en cuya red de centros asistenciales pueden recibir prestaciones sanitarias. El aporte contributivo es proporcional a los ingresos percibidos y financia contingencias por enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, desempleo, invalidez, vejez y muerte (IESS, 2021).

El conjunto de la oferta sanitaria pública está integrado por instituciones públicas y privadas. La red pública integral está conformada por centros dependientes del ya mencionado Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que asisten a los trabajadores formales que aportan a la seguridad social; de centros a los que acude el personal militar (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISFA)) o policial (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)); por centros dependientes de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD's), que demandan a sus usuarios un co-pago; y por los establecimientos de salud que dependen administrativamente del Ministerio de Salud Pública (MSP), a los que puede acceder toda la población, sin co-pago, siempre que no sean usuarios del IESS, ISFA o ISPOL. La red privada o complementaria, la conforman centros de salud privados con

los que existen convenios para la derivación de usuarios, especialmente cuando no existe camas para procedimientos o internamientos de larga estancia en cualquier especialidad, prestaciones que son financiadas con fondos públicos (MSP, 2014a).

Oferta Sanitaria en Salud Mental en Ecuador

A mediados del año 2014 en el Ecuador se incorporan normativas que establecen la importancia de la salud mental, diferenciándola de otras especialidades existentes en el sistema de salud pública, estas normativas son de carácter obligatorio y de aplicación en todo el sistema de salud pública y privada (MSP, 2014a).

Las instituciones del sector público que trabajan en el tema de salud mental están enfocadas en dar atención psiquiátrica. En el país existe un hospital psiquiátrico (Hospital Julio Endara) que provee de atención terciaria y un centro ambulatorio especializado de nivel secundario (Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro), ambos de carácter público que ofrecen atención de psiquiatría y psicología ambulatoria, los dos ubicados en la zona 9.

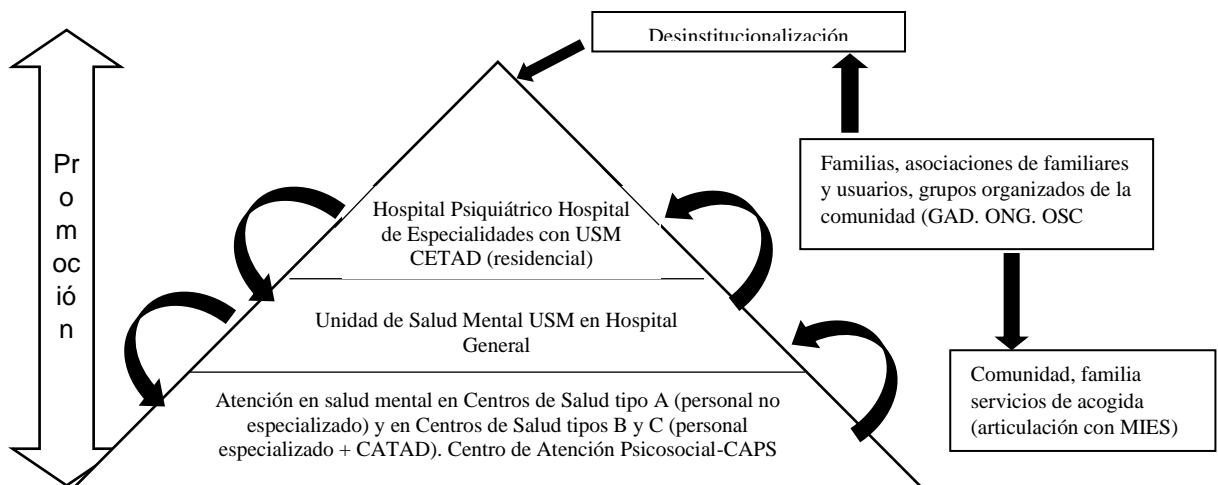
En el primer nivel de atención, se cuenta con 174 psicólogos clínicos en unidades operativas, distribuidos en 23 provincias, Galápagos no cuenta con psicólogo clínico, según datos reportados en el Instrumento de Evaluación de Salud Mental (IESM) (OMS, 2015). El segundo nivel de atención, se concentra en hospitales generales que brindan atención psicológica y psiquiátrica, en 15 provincias de las 24 del país se ofrece algún tipo de atención para temas relacionados con la salud mental (OMS, 2015).

Existen 1.484 camas en hospitales públicos y hospitales privados de la Red Complementaria, lo cual significa 9.88 camas por cada 100.000 habitantes. Del total de camas disponibles el 0.2% están asignadas de manera exclusiva para niños y adolescentes. De las personas atendidas el 52% son hombres. El 3% son menores de 17 años (MSP, 2014a).

Una de las normativas aplicadas para garantizar actividades de promoción, prevención, provisión de bienes y servicios que favorezcan a la salud mental de la población es el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, que incorpora lineamientos que requieren de un trabajo de los diversos actores comunitarios en conjunto con las diferentes instituciones para cumplir los objetivos planteados (MSP, 2014b).

Otra normativa es el Modelo de Atención de Salud Mental, en donde se definen los niveles de atención del sistema público de salud, para personas con alteraciones en su salud mental. Este se basa en la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud, contemplando factores políticos, técnicos, económicos y sociales que potencien los recursos y habilidades de las personas, para que se apropien del cuidado y recuperación integral de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano, por sobre el énfasis tradicional de discapacidad, y así traspasar el modelo médico-biologista. La atención de salud mental abarca los tres niveles de atención (figura 1) que se distribuyen en nueve zonas de planificación (MSP, 2014a).

Figura 1. Modelo de Atención de Salud Mental



Nota: Fuente. Adaptado de MSP. (2014) Modelo de Atención de salud mental

Primer nivel de atención conformado por centros de salud tipos A, B y C; y Centro de Atención Psicosocial (CAPS) (MSP, 2014a).

a) Centro de Salud A: atiende a una población de hasta 10.000 habitantes, asignados o adscritos; presta servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos por ciclos de vida, brindan atención a través de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), en medicina y enfermería familiar/general, odontología general y obstetricia, promueve acciones de salud pública y participación social; cuenta con botiquín y/o farmacia institucional (MSP, 2015).

b) Centro de Salud B: atiende a una población de 10.001 a 50.000 habitantes asignados o adscritos y presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y cuidados paliativos por ciclos de vida. Brinda atención en medicina y enfermería familiar/general, odontología general, psicología, nutrición, obstetricia, rehabilitación y dispone de farmacia institucional (MSP, 2015).

c) Centro de Salud C: atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes asignados o adscritos y presta servicios de promoción de

la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y cuidados paliativos por ciclos de vida Brinda atención en medicina y enfermería familiar/general, odontología, psicología, ginecoobstetricia, pediatría, obstetricia, nutrición, maternidad de corta estancia, emergencia (MSP, 2015).

d) Centros de Atención Psicosocial (CAPS): son establecimientos que brindan atención médica y psicológica a personas con trastornos mentales, con la finalidad de facilitar la autonomía y la inclusión social y familiar (MSP, 2014a).

Segundo Nivel de Atención conformado por hospitales básicos y hospitales generales. Estos últimos, a través de la Unidad de Salud Mental (USM) contarán con un servicio de desintoxicación de acuerdo con las necesidades y el perfil epidemiológico de la población (MSP, 2014a).

a) Hospital Básico: establecimiento de salud que cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia e internación y con las especialidades clínicas y/o quirúrgicas básicas de medicina interna, medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y

odontología. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención y direcciona la contra referencia (MSP, 2015).

b) Hospital General: establecimiento de salud que cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia e internación y con las especialidades clínicas y/o quirúrgicas de: medicina interna, medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general, odontología y otras especialidades reconocidas de conformidad con la ley, según su perfil epidemiológico (MSP, 2015).

c) Centro de Atención Ambulatoria Especializado “San Lázaro” (CAAE); esta institución se encarga de crear y garantizar otras modalidades terapéuticas para dar atención integral a los usuarios con trastornos mentales a raves de la asistencia ambulatoria y comunitaria, descentralizada, preventiva e integral (MSP, 2015).

Tercer Nivel de Atención conformado por hospitales especializados como los hospitales psiquiátricos, o los centros especializados para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y hospitales de especialidades (MSP, 2014a).

a) Hospital Especializado; establecimiento de salud de alta complejidad con infraestructura adecuada, equipamiento de alta tecnología y talento humano con especialidades y subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas. Cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia e internación en una determinada especialidad y subespecialidad clínica y/o quirúrgica. Dispone de unidades de cuidados de enfermería. Además puede contar con un centro quirúrgico y terapia intensiva (cuidados intensivos), cuidados paliativos, así como de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de alta resolución (MSP, 2015).

- i. **Hospital Psiquiátrico;** se refiere al Hospital Psiquiátrico Julio Endara que, además de lo que caracteriza a los hospitales especializados, debería contar con una brigada móvil de seguimiento a domicilio y una brigada específica para la reinserción familiar de pacientes institucionalizados (OMS, 2015).
- ii. **Los CETAD;** los centros especializados de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, además de las actividades características de los centros de atención de tercer nivel, realizan actividades de seguimiento en la comunidad (OMS, 2015).

Ecuador no cuenta con un sistema nacional de salud único, sino con una oferta pública fragmentada, que depende de instituciones distintas, para asistir a distintas poblaciones, lo que dificulta realizar procesos de evaluación que faciliten comparaciones con sistemas sanitarios de otros países (MSP, 2014a).

Sin embargo, un primer acercamiento a un estudio de este tipo, que permita identificar y describir los recursos sanitarios disponibles, en un territorio específico, para una población bien definida, puede contribuir con hallazgos que aporten a una más efectiva organización de los servicios y a optimizar los recursos del sistema de salud, en particular de los servicios de salud mental. Para este trabajo se analizó cada centro de salud que brinda atención en salud mental a personas con un trastorno mental grave, para corroborar si pueden ser considerados como una Unidad Básica de Atención.

Para poder definir a un servicio de salud mental como una *Unidad Básica de Atención* (BICU), este debe estar constituido por una unidad administrativa propia, que cuente con un grupo de profesionales de su propia plantilla, que haya sido reconocido como servicio de salud, que todas las actividades realizadas las disfruten los mismos usuarios y que no sea parte de un hospital, que tenga financiamiento independiente (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011).

Los pocos documentos emitidos por la autoridad sanitaria proponen algunos lineamientos específicos para brindar atención en salud mental (OMS, 2015). Sin embargo, ello también evidencia la falta de normativa, guías clínicas y otros documentos necesarios para brindar una atención con procesos estandarizados a la población requirente.

Con estos antecedentes la *oferta sanitaria en salud mental* para las personas con un trastorno mental grave se define como: “...*la disponibilidad de recursos con los que una comunidad cuenta para la atención de problemas relacionados con la salud mental*” (Temporelli, 2009).

Definición de Estigma

La conducta humana es el producto de la interacción entre la información nueva y el conocimiento previo, y del uso de heurísticos que amplían la capacidad para adaptarse (Morales, Gaviria, Moya, & Cuadrado, 2007), lo que resulta en actitudes que se hacen presentes de forma manifiestas o encubiertas, cognitivas, afectivas o conductuales; otorgándole algún grado de favorabilidad o desfavorabilidad (Eagly & Chaiken, 2007).

Así en la sociedad se establecen diversos medios con los que categoriza a sus integrantes, otorgando algunos atributos que los identifica como miembros de esta, sin embargo, en el intercambio social es posible encontrar a individuos poseedores de algún elemento distinto que no son características de esa identidad social; convirtiéndoles en seres diferente al resto de los integrantes, a quienes se les señala como portadores de defectos y que se los menosprecia, son menos apetecibles, malvados, peligrosos o débiles, es decir con un amplio descrédito, es así como el estigma emerge (Goffman, 1963).

El estigma es la construcción cognitivas de las señales, estereotipos, prejuicios y discriminación (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007) elementos que limitan las oportunidades y pueden deteriorar la calidad de vida de los grupos estigmatizados quienes pierden el status dentro de su grupo social (Link & Phelan, 2001).

Las personas con un trastorno mental grave, sufren de estigma no solo por parte de la población en general, también perciben estigma desde los profesionales de salud, quienes que con ciertas conductas incitan a que el usuario desconfíe del sistema sanitario, incidiendo en un deterioro de su autoestima y un mayor aislamiento de su entorno social (Mestdagh & Hansen, 2014). De igual manera las personas con un trastorno mental grave, que

internalizan los atributos que los consideran diferentes a la población en general dan paso al auto estigma (Corrigan & Nieweglowski, 2021), lo que dificulta aún más su inclusión en la sociedad (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007).

Las Naciones Unidas definen la inclusión como el proceso mediante el cual se logra la igualdad y se superan las disparidades en la productividad, las aptitudes (educación) y el empleo, la segmentación del mercado laboral y la informalidad, que son las causas principales de desigualdad (OEA, 2015).

El artículo 340 de la Constitución de la República del Ecuador establece que *“... El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo”* (Ecuador, 2008).

Sin embargo, en la práctica diaria se evidencia que aún falta desarrollar estrategias conjuntas entre profesionales sanitarios, familia, usuario y comunidad para ampliar intervenciones socializantes (Moll & Saeki, 2009).

Las personas con un trastorno mental grave, a lo largo de la historia han recibido por parte de la sociedad actitudes discriminatorias, excluyentes y hostiles, que no les ha permitido participar en las actividades normales de los ciudadanos. La exclusión social se hace presente ante la ausencia de oportunidades reales de participación que pueden demostrarse en acciones enmascaradas o manifiestas (Davey & Gordon, 2017). La inclusión social es la participación real de las personas en actividades, tiempos y espacios en los que quiere estar (Gordon, Davey, Waa, Tiatia, & Waaka, 2017).

El proceso de inclusión social para personas con trastornos mentales graves en el Ecuador es una de las cuentas pendientes del estado y la sociedad en general, en este estudio se pudo conocer lo que piensan de la inclusión social tanto las personas con trastorno mental grave, como sus familiares y los profesionales de salud.

Marco Empírico

En este apartado se podrá evidenciar algunos estudios, realizados en los últimos cinco años, sobre evaluaciones de los servicios de salud mental, y el

estigma que sufren las personas con un trastorno mental grave por parte de la población en general y de los profesionales de salud mental.

Evaluación de los servicios de salud mental

Los servicios de salud mental han cambiado en las últimas décadas, pasando de una atención hospitalaria a una atención comunitaria. En este nuevo modelo, con servicios socio sanitarios diversificados, se hace necesario realizar comparaciones estandarizadas sobre la provisión de servicios de salud mental de distintos países

En ese contexto, la evaluación de los sistemas de salud mental se torna compleja, especialmente por la heterogeneidad de la terminología utilizada para denominar a las diversas unidades, lo que complica las comparaciones a nivel local, regional o internacional. Para dar respuesta a este desafío, se han realizado estudios que, usando una terminología descriptiva, que apunta a lo que el dispositivo hace, más que a su nombre y definición formal, busca describir a través de una terminología que permite homologar la prestación de servicios, la utilización del servicio, la calidad de la atención y el financiamiento (Montagni et al., 2018).

Diversos estudios de evaluación de servicios de salud mental, que describen, evalúan y comparan entre distintas regiones del mundo, han utilizado la metodología derivada del sistema de Descripción y Evaluación de los Servicios de Cuidados de Larga Duración (DESDE-LTC); sin embargo, la mayor parte de ellos se han realizado en Europa.

El DESDE-LTC, como se señaló, permite describir y clasificar de forma estandarizada los Tipos Básicos de Atención (TBA), éstas son las unidades de análisis más pequeñas que ofertan servicios para la atención a largo plazo y pueden ser categorizados como servicios de información, accesibilidad, ayuda mutua y voluntariado, atención ambulatoria, atención en centros de día, o atención en centros residenciales. El sistema recoge información sobre insumos, procesos y disponibilidad y utilización de los servicios en las áreas sanitarias o en servicios individuales; fue desarrollada por investigadores europeos a partir de instrumentos previos de evaluación de sistemas de salud (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011), como el *European Services Mapping Schedule* (ESMS) (Sonia Johnson, Kuhlmann, & Group, 1997); la *Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Mayores en Situación de Dependencia* (DES-MD), que se derivó del proyecto Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España (DESDAE) (Salvador Carulla, 2003); y la *Descripción Estandarizada de*

Servicios para Personas con Discapacidad en España (DESDE) (L Salvador-Carulla, Romero, & Poole, 2004).

De la aplicación del DESDE-LTC, se puede obtener un inventario del tipo de atención que proporciona cada Unidad Básica de Atención (BICU), que son las unidades funcionales de organización de la atención dentro de un área (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011).

Se entiende como Atención a Largo Plazo (**Long Time Care (LTC)**), al conjunto de servicios destinados a personas que requieren de ayuda externa por un periodo prolongado de tiempo, para desarrollar las actividades de la vida diaria (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011).

Comparación de servicios de salud mental usando el sistema DESDE LTC

Un estudio reciente buscó evaluar los servicios de salud mental de ocho países de Europa con diferentes sistemas de salud mental públicos. El número total de Tipos Básicos de Atención (MTC) en los países seleccionados fue de 1.270, de estos 822 MTC (65%) prestaban atención sanitaria básica y 448 (35%) otro tipo de atención. Estas proporciones oscilaban entre el 22% en Suceava y el 49% en Verona; 156 servicios residenciales se clasificaron como

proveedores de atención sanitaria básica y 205 de otros cuidados; los servicios ambulatorios constituían una proporción importante de otros servicios de atención (sociales) a personas con problemas de salud mental. Los resultados obtenidos aportan con una taxonomía original, permitiendo una distinción clara de cada servicio, según la principal actividad ofertada: Los autores presentan un documento con las comparaciones transnacionales de los servicios de salud mental en Europa, útil para la toma de decisiones en lo referente a los servicios de salud mental (Cetrano et al., 2018).

Un estudio realizado en áreas de Finlandia (Helsinki y Uusimaa) y España (Girona) se planteó comparar la estructura, asignación de recursos y la productividad de los servicios de salud mental, usando el sistema DESDE-LTC. Las dos regiones son económicamente desarrolladas dentro de sus respectivos países, el gasto sanitario per cápita fue mayor en Finlandia. En España (Girona) se encontró mayores tasas de desempleo y una mayor población inmigrante, en Finlandia (Helsinki y Uusimaa) se encontraron mayores ingresos y nivel educativo, la tasa de mortalidad por suicidio fue 1,6 veces mayor en Helsinki y Uusimaa que en Girona. En cuanto a los servicios de salud mental, se identificó 246 Unidades Básicas de Atención (BICU) y 265 MTC en la región de Helsinki y Uusimaa, y en Girona había 39 BICU y 40 MTC. El personal de los servicios de salud mental era 6,7 veces mayor en Helsinki y Uusimaa, que en Girona. Con

esta investigación se exalta la importancia de realizar una comparación estandarizada de los sistemas de salud mental que puedan contribuir en la elaboración de políticas públicas encaminadas a garantizar el acceso a la atención en salud mental de dos regiones con marcadas diferencias históricas y socioculturales (Sadeniemi et al., 2018).

Salinas-Pérez y colaboradores (2018), realizaron un estudio en Chile con la finalidad de describir los servicios de salud mental disponibles en cinco distritos sanitarios de Chile Central que prestan atención a más de 4 millones de habitantes. Los distritos Metropolitano Oriente y Metropolitano Sur, en Santiago de Chile, y dos pequeñas zonas del distrito sanitario de Talcahuano (Talcahuano y Hualpén) eran densamente pobladas; a diferencia de la ruralidad del distrito de Maule. Metropolitano Oriente presenta el mayor índice de envejecimiento, la menor tasa de analfabetismo y de desempleo, y la mayor tasa de hogares unipersonales y de personas solteras. El distrito de salud Maule, que es rural y abarca tres zonas, tuvo la mayor tasa de analfabetismo y desempleo y el mayor índice de dependencia. La mayor disponibilidad para la atención residencial de población adulta estaba en el área Metropolitano Sur (60,0%) y en el distrito Metropolitano Oriente (25,0%). La atención ambulatoria para adultos representó el 37,5% en Metropolitano Oriente, el 25,0% en Metropolitano Sur y el más bajo -23,5%- en el Maule. La atención diurna

comprendía una baja proporción de la prestación de servicios de salud mental en Metropolitano Sur (15,0%) y una alta proporción en Talcahuano (47,4%). Los servicios para niños y adolescentes en las 19 pequeñas zonas de captación urbanas ofrecían servicios residenciales y comunitarios para este grupo de población y en Maule sólo ofrecían atención ambulatoria. En general, se detectaron diferencias en la disponibilidad, localización y profesionales con formación en salud mental, en las áreas urbanas y rurales. Este estudio generó información útil sobre la provisión de servicios de salud mental, y datos que pueden compararse con los encontrados en Europa y Australia, permitiendo mejorar la planificación local (Jose A Salinas-Perez et al., 2018).

La aplicación del DESDE-LTC permitió la comparación de los servicios de salud mental de Austria, Inglaterra, Finlandia, Francia, Italia, Noruega, Rumanía y España, con el propósito de mejorar la asignación de recursos y la planificación en general. Se identificaron 857 equipos o BSICs codificados en 1018 MTCs. Helsinki y Uusimaa, junto con Hampshire, mostraron la mayor diversidad de tipos de atención, mientras que Suceava y Loiret fueron los menos diversos, esta información fue importante para comprender el proceso de implementación de la atención a la salud mental con énfasis en la atención comunitaria y tomar decisiones para la planificación de políticas públicas (Gutiérrez-Colosía et al., 2019).

En un estudio multicéntrico realizado en Europa Budapest (Hungría), Tel-Aviv (Israel) y Cataluña (España), usando la herramienta (DESDE-LTC), se obtuvo como resultados que en las tres regiones había dos tipos de servicios de atención ambulatoria. El primero brindaba atención aguda, no móvil las 24 horas del día; el segundo servicio, disponible en las tres zonas, proporcionaba una atención continua, que incluía un contacto regular con un profesional sanitario, que podía ser de larga duración si era necesario. En Budapest y Cataluña existía servicios de atención aguda, móvil y de horario limitado y servicios no agudos con contactos móviles de alta intensidad, no móviles con contactos de media y baja intensidad. La existencia de diferentes tipos de dispositivos de salud mental, indican un avance en los procesos de desinstitucionalización de las personas con alguna necesidad de cuidado de larga duración, inclinándose hacia un enfoque comunitario, con la presencia de diversos profesionales con una adecuada formación. Este estudio reafirma la confiabilidad de utilizar la herramienta DESDE-LTC, comparar los resultados entre varios países y poder proponer alternativas para mejorar los servicios de salud mental disponibles (Alonso-Solís et al., 2020).

El Estudio realizado en zonas sanitarias de Australia, Canadá y Finlandia, tuvo como objetivo analizar la prestación de servicios de salud mental, basados en indicadores de sistemas, terminología y clasificación de servicios mediante la

aplicación del DESDE-LTC. En las tres zonas existía una población extremadamente baja, diversidad en los datos demográficos respecto a grupos etarios prevalentes, etnias, población migrante, nivel de estudios, tipos de familia y tasas de desempleo. En Laponia, los s'ami tenían una tasa de suicidio alta. En Nunavik, la tasa de suicidio de los inuit era unas 9 veces superior a la canadiense, mientras que la tasa en Kimberley era 4 veces superior a la media australiana. En Kimberley se codificó a 27 BSIC entre atención ambulatoria y residencial de carácter público (81,1%), en Nunavik se clasificó a 14 BSIC que fueron descritos por 15 MTC utilizando 7 códigos diferentes, el 60% de los servicios eran públicos. Sólo uno de los dos hospitales regionales ofrecía atención psiquiátrica, los usuarios con trastorno mental grave eran derivados para su hospitalización aguda a Montreal. En Laponia se codificaron 50 BSIC para describir a 55 MTC; el 87,3% de los servicios se financiaban con fondos públicos (MTC). La atención en esta región estaba bien equilibrada (47,3% de atención sanitaria, 52,7% de otros cuidados). Este estudio brinda parámetros que permiten comprender como se presta la atención en las regiones remotas, y contribuye con elementos en la toma de decisiones para la planificación de los servicios que estén al alcance para los residentes de estas zonas remotas, basándose en las necesidades locales, los patrones locales de atención y la evaluación comparativa. (Salinas-Perez et al., 2020).

El estudio realizado en Europa (Australia, Finlandia, Italia y España) que buscó evaluar la fuerza de trabajo y la relación con los patrones de atención en las áreas locales, aplicó el DESDE-LTC) y un enfoque de investigación de los ecosistemas de salud mental emergentes (MHESR). Los resultados muestran que, en la atención residencial para enfermos agudos, la región de South East Sydney Local Health District (SLHD), es la que tiene el mayor número de trabajadores en relación con la tasa de disponibilidad de servicios de todas las regiones. La región de Australian Capital Territory Primary Health Network, en adelante (ACT) y Helsinki tenían una disponibilidad similar de servicios residenciales de agudos, el ACT tenía una mayor capacidad de personal. Aunque el ACT tenía una tasa más alta de servicios residenciales comunitarios que de atención hospitalaria aguda, su capacidad de personal en los servicios residenciales comunitarios era inferior a la de la atención hospitalaria. En la atención ambulatoria, las tasas de personal coincidieron en gran medida con las tasas de disponibilidad de servicios en todas las regiones del estudio, con la excepción de la atención sanitaria no aguda en la comunidad, en la que la plantilla de Helsinki era significativamente mayor en relación con su tasa de servicios disponibles que en todas las demás regiones. El personal de ACT era similar al de Helsinki, aunque estaba distribuido por una tasa de servicios significativamente mayor. En general el patrón de disponibilidad y perfil de la mano de obra de psicólogos, psiquiatras y enfermeras variaba, incluso dentro del mismo país. Esta investigación provee de información como una evidencia

real para la toma de decisiones en la distribución de recursos en los servicios (Furst, Salinas-Perez, Gutiérrez-Colosia, & Salvador-Carulla, 2021).

Los estudios descritos, la mayoría realizados en Europa, nos dan cuenta de la diversidad de características que tienen las poblaciones residentes en las zonas estudiadas; así, el sexo, etnia, grupo etario, nivel de educación, conformación del hogar o la situación de empleo, difieren en cada zona. Sin embargo, existe algo que tienen en común en todas ellas, y es que la oferta para la atención a problemas de salud mental no es suficiente, ni tampoco la tasa de profesionales de salud mental.

La homologación de la clasificación de servicios de salud mental que propone la herramienta DESDE-LTC, devela la inequidad de oferta de estos servicios en las diferentes zonas, a pesar de que estas pertenezcan al mismo país estudiado, la atención ambulatoria, de día y residencial, en la mayoría de las zonas no es suficiente para el número de habitantes, y es inexistente en zonas remotas o rurales. Estos resultados se tornan importantes para la toma de decisiones en base a la evidencia que permita mejorar los servicios destinados a dar respuesta a las necesidades asociadas a la presencia de un trastorno mental grave.

Estudios de diseños cualitativos y mixtos de evaluación de servicios de salud mental.

Los resultados obtenidos utilizando metodologías distintas al DESDE-LTC reportan barreras de acceso, explicadas principalmente por la falta de personal, recursos económicos y medicación, así como la localización distante de los dispositivos asistenciales, respecto de su población de referencia.

Un estudio cualitativo realizado en Indonesia, en el que participaron ocho mujeres y cuatro hombres de entre 30 a 69 años, beneficiarios de cobertura sanitaria universal, reportó como barreras para el acceso a los servicios de salud mental la distancia, carencia de medios de transporte y el costo. Todas las narraciones coincidían en la carencia de recursos sanitarios, no existían profesionales especializados en salud mental, los medicamentos ya no estaban en la lista de cobertura del seguro y los centros de salud no atendían sus demandas; además, se reportaron actitudes negativas, estigma, percibidas desde los profesionales que los atendían y desde la comunidad a la que pertenecían (Tristiana, Yusuf, Fitryasari, Wahyuni, & Nihayati, 2018).

Un estudio realizado en el Estado de Jalisco, México, en que se aplicó la herramienta EvaRedCom en 31 centros con servicios para la atención de la salud mental, mostró una tasa de 0,64 profesionales de salud mental por cada

10.000 habitantes, un tiempo invertido para el desplazamiento a estos servicios de mínimo 30 minutos, lo que demandaba un costo elevado. Estas barreras para el acceso a la atención, carencia de profesionales, tiempo de desplazamiento y costo de éste, se evidenciaban en el Estado de Jalisco, que cuenta con la mayor infraestructura de salud mental comunitaria en México, lo que brinda evidencia para mejorar el modelo de atención mental comunitaria implementado y permitiría corregir errores para facilitar la extensión del modelo (Carmona-Huerta et al., 2021).

En Ciudad de México se realizó un estudio cualitativo, usando encuestas semiestructuradas, aplicadas a 25 profesionales de 19 centros de salud de atención primaria. Los resultados no reportaron barreras relacionadas con las características de los profesionales, pero si con la falta de personal, medicamentos, limitaciones presupuestarias, inestabilidad laboral, sobrecarga laboral, falta de cobertura y horarios limitados, sin descartar los estereotipos que tienen los profesionales hacia los usuarios, a quienes consideran agresivos y violentos, lo que influye en el resultado de los tratamientos (Martinez, Galván, Saavedra, & Berenzon, 2017).

Otra investigación en Ciudad de México buscó analizar la situación actual de la atención en salud mental, usando una metodología mixta que requirió entrevistar al personal de 19 centros, y aplicar un cuestionario a los usuarios.

Los profesionales de la salud manifestaron que las condiciones de escasez de recursos, desigualdad y la forma en que se definían las prioridades nacionales impactan en la calidad de las prestaciones realizadas en los centros, específicamente, lo que se ve reflejado en los recortes del presupuesto para personal y medicamentos. Esto se corroboró con las respuestas del 78% de los usuarios, quienes mencionaron que compraban los medicamentos, lo que impactaba en sus ingresos, que eran inferiores al salario mínimo. Por otro lado, para el personal entrevistado, lo planteado en las políticas públicas sobre salud mental no se reflejaba en la práctica cotidiana, por la falta de interés de las autoridades sobre el tema, a lo que se suma que la detección, atención, referencia y contra referencia de problemas no se adecuaba a lo definido por las guías clínicas. En conclusión, usando un modelo socio ecológico, atención de se identificó que la interacción entre los diferentes de niveles de influencia detectados operaba en cascada. Así, la falta de asignación presupuestaria a la salud tiene un impacto negativo en los programas que no se los considera prioritarios, entre ellos la salud mental; ello conlleva recortes de personal, escases de insumos, en especial los medicamentos, lo que impulsa a los usuarios a la adquisición de estos, encareciendo el servicio; lo que deja solo en el papel lo establecido en la políticas públicas que justifican y orienta las acciones encaminadas al cuidado de la salud mental (Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano, & Galván-Reyes, 2018).

Usando metodología cualitativa, un estudio hizo un análisis de contenido y temático de las respuestas de los tomadores de decisiones de los ministerios de salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, a preguntas que abordaban los siguientes tópicos: 1) desafíos emergentes en salud mental; 2) estrategias actuales y potenciales (a corto plazo, los próximos dos meses; y a medio plazo, los próximos seis meses) para hacer frente a la pandemia; y, 3) estrategias y oportunidades para la reforma de la salud mental. Los resultados muestran como problemas emergentes de salud mental reportados la ansiedad, el estrés y el miedo producto de la pandemia y de las medidas de salud pública adoptadas por las autoridades., sumado a la violencia doméstica que afectaba a niños y mujeres. Se identificaron como poblaciones de alto riesgo a los usuarios que ya estaban en contacto con el servicio y los posibles nuevos usuarios que han sufrido pérdidas de familiares o laborales, grupos relevante de considerar para una adecuada planificación. Entre los retos a abordar por los servicios ambulatorios se identificaban la limitada capacidad para usar plataformas virtuales en telemedicina, en especial cuando se trata de grupos de adultos mayores o comunidades indígenas. Los principales obstáculos señalados para acceder a los servicios de salud mental, incluidas las terapias y otros tipos de atención, fueron las medidas de bloqueo nacional, que cerraron la mayoría de los centros de salud primaria, la escasez de recursos, los conocimientos del paciente sobre el uso de herramientas tecnológicas y el acceso a medicamentos. Las

estrategias planteadas para afrontar las necesidades en salud mental durante la pandemia incluyeron difundir información por medios de comunicación masivos, el fortalecimiento de los servicios de salud mental a través de la telemedicina y las líneas telefónicas nacionales o locales de atención a la salud mental, y el apoyo psicosocial. Los participantes sugirieron la creación e inclusión de comisiones para la salud mental dentro de los grupos de trabajo técnicos, lo que permitiría dar prioridad a los servicios de salud mental no sólo en la respuesta actual, sino también en el entorno post pandémico, basados en el fortalecimiento del marco legal, financiero y la asistencia de socios nacionales e internacionales (Antiporta & Bruni, 2020).

En Lima, Perú se realizó un estudio sobre una muestra de 4.445 adultos, de ambos sexos, con la finalidad de caracterizar el acceso a los servicios de salud mental, aplicando la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), una versión modificada del Programa de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS-S) y un cuestionario que evaluaba el acceso. El estudio se convirtió en el primero en informar sobre la prevalencia y carga de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y evidenció una alta carga de enfermedad de estos trastornos (11,8%; IC (10,7-13,0)). Además, evidenció que muchos de estos sujetos no accedían a atención cuando lo requerían, solo el 3,6% reportó haber accedido a servicios sanitarios cuando lo necesitó. La

morbilidad o la multimorbilidad psiquiátrica fueron los factores que más fuertemente se asociaba con el uso de los servicios de salud mental, independientemente de la gravedad de la discapacidad percibida; los individuos encuestados con niveles altos de discapacidad percibieron mayor necesidad de atención médica. Las variables sociodemográficas, como sexo femenino y estar desempleado, se asociaron con el acceso a los servicios de salud mental. Estos resultados invitan a revisar las políticas establecidas, con la finalidad de reducir las brechas de los servicios de salud mental; específicamente, se debería identificar y apoyar a las personas que reconocen una necesidad de atención y que presentan un grado de discapacidad (Saavedra & Galea, 2019).

En Brasil, específicamente en Vitória da Conquista, se realizó un estudio cualitativo que buscó identificar la estructura de la red de atención psicosocial (RAPS) a través de entrevistas semiestructuradas. Se recolectó información de gestores, profesionales y usuarios (N=33) sobre temas relacionados con estructura y composición, organización, articulación e integralidad de la atención y articulación intersectorial de los RAPS. Entre los resultados destaca la falta de servicios, dificultad para el acceso, una articulación fragmentada y servicios especializados centralizados. Estos hallazgos dan cuenta de la limitada oferta de atención integral en salud mental (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Chile se ha convertido en un lugar de migración, especialmente de países de América del Sur, lo que trae consigo inequidades en el acceso a los servicios de salud mental. Una investigación reciente revisó la literatura sobre políticas nacionales de salud mental y la salud mental de los migrantes en Chile. Se identificaron desigualdades persistentes y escasos de servicios de salud mental, tanto para la población local como para los migrantes, una baja priorización hacia los servicios de salud mental y un financiamiento escaso (Blukacz, Cabieses, & Markkula, 2020).

Carreño y colaboradores (2020) realizaron un estudio con metodología cualitativa en el que analizaron las necesidades de atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo de origen latinoamericano en Chile. La información se recogió de personas solicitantes de refugio, profesionales de salud y personal de instituciones dedicadas a temas de refugio. Los principales hallazgos asociados a temas de salud mental se ordenaron en tres categorías emergentes. La primera, barreras de acceso a los servicios de atención primaria, se identificaron tanto por la población usuaria como por los agentes institucionales de salud y de la protección internacional, y eran producto de la falta de información, la desconfianza y distancia con los servicios de salud mental; un segundo ámbito se asoció a la experiencias de atención, donde existe la necesidad de atención en salud mental de los refugiados; sin embargo, perciben la falta de preparación de los equipos que brindan este servicio;

finalmente, hay factores de estrés vinculados a la experiencia de asentamiento e integración en Chile, los que se ven explicados por el sentimiento de nostalgia y añoranza que se asocia al hecho de estar fuera de su país, la percepción de discriminación y las dificultades de aculturación expresadas por los participantes, el desempleo y descalificación profesional; por otra parte, el mismo proceso de solicitud de asilo re-victimiza al solicitante (Carreño, Blukacz, Cabieses, & Jazanovich, 2021).

En resumen, la mayor cantidad de investigaciones relacionadas con la evaluación de servicios se realiza en Europa y Australia y busca homologar la terminología para contribuir a la planificación de política pública para la atención de problemas de salud mental. En América, son escasas las investigaciones en este ámbito, a excepción de los trabajos realizados en Chile.

Las investigaciones presentadas en este apartado evidencian el desarrollo de diversas metodologías utilizadas para caracterizar los servicios de salud mental disponibles en los diferentes países; estos resultados resaltan la falta de asignación presupuestaria para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, la baja tasa de profesionales de salud mental y la distribución inequitativa de los dispositivos de salud mental.

Estos hallazgos en conjunto evidencian las brechas vigentes en la oferta sanitaria para la atención a los problemas de salud mental, cuyas consecuencias deben ser asumidas por los usuarios, quienes deben invertir tiempo y dinero para poder recibir atención, encareciendo un servicio que en teoría debería ser gratuito.

Esta Tesis Doctoral evaluó los servicios de salud mental disponibles para las personas con un trastorno mental grave en Ecuador. Para este propósito se utilizó la herramienta DESDE-LTC, instrumento que permitió describir y clasificar los diferentes dispositivos de salud mental en las dos zonas más pobladas del Ecuador, y estimar la tasa de profesionales de salud mental disponibles por 100.000 habitantes. La información se recopiló en el nivel local, siguiendo el modelo de la matriz de salud mental.

Un punto para destacar en esta investigación es la inclusión de información recopilada a través de entrevistas semiestructuradas, realizadas a profesionales de salud mental, usuarios con un trastorno mental grave y sus familiares, sobre la percepción que tienen del acceso a los servicios de salud mental y sobre los servicios recibidos u ofertados; el análisis de la entrevistas complementó la información recopilada sobre la oferta de servicios de salud mental disponible en las dos zonas estudiadas.

Los resultados obtenidos, permiten una descripción de la situación actual y pueden facilitar comparaciones con otras zonas sanitarias a nivel local, regional o internacional, con la finalidad de proponer acciones para mejorar los servicios de salud mental y homologar procesos de intervención.

Estigma hacia personas con trastorno mental grave

El estigma es un fenómeno de construcción social, de naturaleza dinámica, que se vincula a la identidad social y tiene la función de identificar lo que resulta extraño o desconocido; la discriminación, la desacreditación, el rechazo o el distanciamiento social son algunos comportamientos que las personas con trastornos mentales han vivido a lo largo de su historia (Palacios-Espinosa, 2021).

Las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, son muchas veces identificados por la sociedad como personas peligrosas, lo que trae consigo graves consecuencias, como discriminación, rechazo y exclusión para la persona que padece el trastorno y para los familiares, que en muchos casos sienten la carga de la enfermedad lo que incide en la adherencia a tratamiento, proceso donde la familia es un eslabón clave (Carbonell, Navarro-Pérez, & Mestre, 2019; Murcia & Cardozo, 2014; Padilla, Posada, & Medina, 2018). Muchas de estas actitudes derivan de la falta de información o del exceso de

ésta, pero con contenido que perpetúan estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias al utilizar términos para calificar a las personas con trastornos mentales graves como sujetos salvajes, peligrosos, violentos, sucios, tontos y de conducta bizarra (Jaramillo, 2019; Suárez-Vergne, Tardivo, Cano, & Fernández, 2019; Treviño-Elizondo, Willis, Siller-González, & Quiroga-Garza, 2018).

Este tipo de estereotipos no proviene solamente de los medios de comunicación, en esto participan diversos actores sociales, incluidos los actuales y futuros profesionales de salud mental, quienes pueden pensar que las personas con un trastorno mental son peligrosas y pueden sentir incomodidad al relacionarse con ellos, además de tener actitudes negativas hacia la recuperación, resultados similares a los que presenta la población general (Grandón, Vielma-Aguilera, Bustos, Castro-Alzate, & Saldivia, 2018; Masedo et al., 2021). En profesores de educación secundaria también se han reportado actitudes negativas, como desconfianza, inseguridad, o compasión, elementos que incrementan el estigma hacia las personas con un trastorno mental (Balboa & Fernández, 2021).

El estigma hacia estas personas ha generado interés en varios investigadores, quienes han examinado el fenómeno usando diferentes metodologías, corroborando que el rechazo que sufre una persona con un

trastorno mental grave, es producto de ideas negativas que tiene la población en general, que los identifican como “unos locos”, dificultando así el proceso de inclusión de las personas en el campo laboral, educativos o recreacional, lo que, a su vez, genera que las personas con un trastorno mental grave opten por usar, como estrategia de afrontamiento, la aceptación, resignada o el conformismo. Sin embargo, los escasos programas que han incluido a las personas con un trastorno mental grave en el ámbito laboral o recreacional, han generado sentimientos positivos de orgullo, sentirse bien, tranquilidad o satisfacción personal, lo que indica que el contacto social mejora las oportunidades para la inclusión social de las personas dentro de la comunidad (Álvarez, Ramos, Riera, & Rupérez, 2018; Carmona Monferrer, Fernández Carrasco, & Homet Mir, 2020; Frías et al., 2018; Harandi, Taghinasab, & Nayeri, 2017) .

Una revisión sistemática evidenció que el estigma hacia las personas con un diagnóstico de esquizofrenia interviene de forma negativa en los procesos de recuperación y de inclusión social, frente a lo cual los investigadores proponen desarrollar estrategias que modifiquen los falsos conceptos que existe sobre los trastornos mentales (Chang Paredes, Ribot Reyes, & Pérez Fernández, 2018).

Estigma hacia las personas con un trastorno mental grave por los profesionales de salud mental

En el sistema sanitario las personas con trastornos mentales experimentan estigma por parte de los profesionales de salud durante la interacción (Saif, Shakhoori, Nooh, & Jahrami, 2019). Las opiniones de los profesionales hacia los usuarios con un trastorno mental grave no difieren significativamente de las de la población general y las actitudes discriminatorias, como la distancia social, varían en función de las condiciones de la patología de los usuarios, siendo la psicosis el trastorno en el que más se evidencia el estigma (Navarro Gómez & Triguero Ramos, 2019). En algunos casos, los usuarios y sus familiares perciben que el vocabulario que utilizan los profesionales se relaciona con sentimientos negativos, que causan un impacto social y los estigmatiza, especialmente si tienen un diagnóstico de esquizofrenia (Calatayud, Molina, & Colom, 2018; Roelandt et al., 2020). En los hospitales, psiquiátrico o general, también se ha reportado estigma por parte de los profesionales de salud, con los mismos estereotipos que tiene la población general (Alarcón, 2017).

El proceso de estigma hacia las personas con un trastorno mental grave afecta la calidad de vida de quienes padecen el trastorno. Las actitudes

negativas del personal de salud se reportaron en un estudio realizado en médicos, farmacéuticos y enfermeras de Nigeria a quienes se les aplicó el cuestionario CAMI 2, que valora actitudes de profesionales de salud hacia personas con enfermedad mental. Las actitudes negativas hacia las personas con un trastorno mental grave por parte del personal sanitario nigeriano derivaban de creencias culturales negativas y actos tradicionales muy arraigados, lo que daba paso a una aversión social hacia estas personas. El estudio evidenció que el estigma también se presentaba en aquellos profesionales de salud que tenían contacto directo con las personas con un trastorno mental grave y era resultado de considerar a estas personas como un ser inferior, especialmente aquellas que se encontraban ingresadas en algún hospital psiquiátrico y que requerían tratamientos coercitivos, lo que impediría incluirlos en la sociedad (Ubaka, Chikezie, Amorha, & Ukwe, 2018).

La formación y preparación para los actuales y futuros profesionales debe incluir necesariamente aspectos de prevención que disminuyan el estigma (Sapag & Velasco, 2020). La comprensión biomédica de los trastornos mentales suele tener efectos negativos en las actitudes de los futuros profesionales (Masedo et al., 2021). Como estrategia de disminución del estigma en esta población, se sugiere realizar constantes evaluaciones con instrumentos construido para este fin y proponer una educación basada en un modelo

psicosocial que permite una visión más holística de la persona, por encima del diagnóstico. (Jean Gajardo et al., 2021; Masedo et al., 2021).

Auto estigma

Las personas con un trastorno mental grave, especialmente las que tienen un diagnóstico de esquizofrenia, sufren procesos de auto estigma que se relacionan con la desesperanza, depresión y riesgo suicida. Esto puede retrasar la búsqueda de ayuda, con el riesgo de empeorar el cuadro clínico (Bär et al., 2021; Gonzáles, Abelleira, & Benítez, 2018; Yildiz, Kiras, İncedere, & Abut, 2019). Esta es una razón más para valorar el paso de un tratamiento hospitalario al comunitario (Martínez-Felix, Ferrer-Yeves, & Martínez-Martínez, 2020; Roe & Yamin, 2017).

La interiorización del estigma público, o auto estigma, es una condición que afecta negativamente la autoestima, la autoeficacia y el empoderamiento de quienes padecen de estos trastornos, pero los estudios sobre este tema son aún limitados.

Para evaluar el fenómeno se han creado cuestionarios basados en un modelo jerárquico que distingue la conciencia del estereotipo, el acuerdo, la aplicación a uno mismo y el daño a uno mismo; sin embargo, los instrumentos basados en este modelo han demostrado contener ítems ofensivos, que desaniman a completar la prueba (P. W. Corrigan et al., 2012; Shah, Nieweglowski, & Corrigan, 2020). En esta misma línea, varios investigadores han adaptado instrumentos para medir el auto estigma, con la finalidad de proponer estrategias para su disminución (Rus, Hidalgo, Canut, Lorenzo, & Sábado, 2018; Trigueros, Navarro Gómez, Aguilar-Parra, Cangas Díaz, & Ortiz Jimenez, 2019).

Las personas que tienen un trastorno mental grave llevan consigo la etiqueta de ser peligrosos o violentos; estos atributos hacen que sean excluidos de la sociedad y del disfrute de actividades cotidianas como la educación, el trabajo o el ocio. Se puede asumir que la falta de información sobre los trastornos mentales en la población general propicia este tipo de actitudes; sin embargo, diversas investigaciones han evidenciado que estas actitudes también están presentes en los profesionales de salud, quienes si poseen información sobre los trastornos mentales.

Los diversos estudios presentados demuestran la existencia de estigma hacia las personas con un trastorno mental grave tanto de la población general, como del personal de salud, en este estudio los resultados encontrados no fueron diferentes a los ya presentados, a pesar de tener un modelo de salud mental comunitario desde el año 2014, que en teoría propiciaría un menor grado de estigma, reflejado en mayores oportunidades de inclusión social y en una atención brindada por profesionales sanitarios carentes de estereotipos.

En la matriz de salud mental en el nivel usuario (paciente), en la fase de resultados, se propone el desarrollo de temas que aborden la satisfacción de servicios, calidad de vida, necesidades, discapacidad entre otros; en esta investigación se recopila la percepción que tienen los usuarios con un trastorno mental grave, sobre las dificultades para su inclusión social, calidad de vida y su percepción de la presencia de discapacidad, que son algunos de los elementos de cómo se expresa el estigma social, sin embargo estas categorías en las investigaciones revisadas no las relacionan con la oferta sanitaria disponible. La relación entre estos elementos amplía la visión sobre los dispositivos sanitarios y su distribución en el territorio, resultados que contribuirán en la toma de decisiones basados en las necesidades reales de la población que requiere de estos servicios.

FUNDAMENTACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En las últimas décadas las discusiones sobre cuál es el mejor modelo de atención a los problemas de salud mental revelan una polarización entre los paradigmas biomédicos, biopsicosociales y psicosociales (Patel et al., 2007; Weber & Juruena, 2016).

La reforma de los servicios psiquiátricos busca proteger los derechos humanos de los pacientes y otorgar tratamiento a los casos graves en la comunidad, proporcionando los mejores tratamientos disponibles y utilizando las modalidades menos restrictivas de atención; sin embargo, un problema crítico en estos procesos es la escasez de servicios y recursos humanos, en particular de psiquiatras y enfermeras especializadas (Razouk, Gregorio, Antunes, & Mari, 2012).

En el desarrollo de cualquier proceso de reforma de los servicios psiquiátricos es necesario prestar especial atención a aspectos claves como las orientaciones sobre los pasos, obstáculos y errores en la implementación de los procesos de atención de salud mental comunitaria; la necesidad de coordinar las políticas, planes y programas; la exigencia de ampliar los servicios

para la totalidad de la población que lo requiera; la importancia de promover la sensibilización de la comunidad acerca de los trastornos mentales para aumentar los niveles de búsqueda de ayuda; y la necesidad de establecer disposiciones financieras y presupuestarias eficaces para apoyar directamente los servicios prestados en la comunidad (Thornicroft et al., 2010).

La desinstitucionalización ha ido implementándose paulatinamente en algunos países que mantienen un sistema de salud mental consolidado; sin embargo, coexisten barreras especialmente para los usuarios institucionalizados, que aún no logran acceder a servicios en la comunidad (Costa, Correa, & da Silva, 2015).

En Ecuador, la implementación del modelo comunitario en salud mental, y el proceso de desinstitucionalización en uno de los psiquiátricos más antiguos de la región (San Lázaro), son indicadores de cambio que se están dando sobre la oferta sanitaria en salud mental destinada para las personas con un trastorno mental grave, disminuyendo ciertas barreras de accesibilidad encontrados en otros estudios, como un insuficiente número de profesionales de salud mental en los tres niveles de atención o un escaso conocimientos para identificar y contener problemas de este tipo (MSP, 2014a). Sin embargo, avanzar hacia servicios de salud mental que brinden atención a personas con trastorno mental

grave, demanda una serie de acciones que generen mayor sensibilidad hacia esta población y sus intervenciones y de trabajo interdisciplinario (Zaraza-Morales & Hernández-Holguín, 2016).

Se debe contemplar que actualmente, solo en la Zona Sanitaria 9, que comprende al Distrito Metropolitano de Quito, existen servicios de salud mental especializados para atender problemas de salud mental.

En este sentido, se debe subrayar que un servicio de salud mental será considerado como una *Unidad Básica de Atención* (BICU), si está constituido por una unidad administrativa propia, con su grupo de profesionales, que sea reconocido por la autoridad sanitaria como servicio de salud y que todas las actividades realizadas las disfruten los mismos usuarios (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011). Se debe sumar que debe existir alguna normativa, guías clínicas y otros documentos necesarios para brindar una atención con procesos estandarizados a la población requirente.

A partir de los antecedentes mencionados en párrafos anteriores, cabe preguntar ¿Que caracteriza en Ecuador a la oferta sanitaria en salud mental dirigida a las personas con un trastorno mental grave?, ¿Cómo perciben los

usuarios del servicio la atención recibida?, ¿Cómo perciben los profesionales de salud el servicio ofertado a los usuarios con un trastorno mental grave?, o ¿Cómo perciben los familiares de personas con un trastorno mental grave la atención que le brindan a su familiar?

Otro tema relevante de abordar en esta investigación apunta a las actividades de rehabilitación psicosocial que faciliten la inclusión social de personas con un trastorno mental grave (Galvanese, Nascimento, & D'Oliveira, 2013), quienes aún deben hacer frente a la herencia cultural que los etiqueta como personas a las que se debe temer y excluir (Salles & Barros, 2013).

Los procesos de inclusión social de las personas con un trastorno mental grave pueden verse afectados por la presencia de actitudes negativas o estereotipos hacia esta población; para llegar a identificar y caracterizar estos procesos se requiere evidencia científica (L. Salvador-Carulla et al., 2008; Torres-Gonzalez et al., 2014). Una de las estrategias para disminuir el estigma hacia las personas con un trastorno mental grave por los profesionales de salud, es fortalecer la formación y capacitación de éstos últimos (Camacho-Arce, Caballero-Baldivieso, & Venegas-Arzabe, 2009), lo que permite contar con profesionales capaces de comprender el mundo de los usuarios y sus necesidades (Athie et al., 2016; Cardoso & Galera, 2011); que brinden respeto,

dignidad y receptividad, siendo estos atributos indispensables para fortalecer la autonomía de las persona con un trastorno mental grave (de Andrade, Filha, Vianna, Silva, & Costa, 2012).

La percepción negativa que tienen los profesionales de salud, usuarios y la población en general hacia las personas con trastornos mentales y un sistema de salud enfocado en un modelo curativo, con énfasis en la atención psiquiátrica y con procesos de evaluación e intervención no estandarizados, es lo que caracterizaba a la oferta sanitaria en salud mental hasta antes de la implantación del modelo comunitario de salud mental (MSP, 2014a). Con la implementación de un modelo basado en un enfoque comunitario, se podría asumir que el estigma que reciben las personas con un trastorno mental grave por parte de los profesionales de salud o por la población en general, se reduciría, resultados que deberían contrastar con los hallazgos antes mencionados, asumiendo, dado que un modelo comunitario ofrecería más y mejores oportunidades de inclusión en el ámbito laboral, social y recreacional.

Sin embargo, persisten dudas respecto de si las personas que padecen de un trastorno mental grave perciben que tienen las mismas oportunidades que el resto de la población, es decir ¿Existe inclusión social para esta población?, ¿Cuál es la percepción de los familiares de personas con un

trastorno mental grave sobre la inclusión social?, ¿Cuál es la percepción de los profesionales de salud sobre la inclusión de personas con un trastorno mental grave?

La caracterización de la oferta sanitaria destinada a las personas con trastorno mental grave quedaría incompleta si no se analiza cómo la perciben los diferentes actores involucrados en el proceso, es decir los profesionales de salud mental, los usuarios y sus familiares. Al identificar estos dos aspectos se reafirma la pertinencia de la utilización del marco conceptual basada en la matriz de la salud mental, y la utilización de la herramienta DESDE-LTC, así nos situamos en las dimensiones geográficas a nivel de usuario, y en la dimensión temporal en la fase de resultados, dando respuesta a la satisfacción con el servicio, calidad de vida y discapacidad.

Preguntas de investigación.

1. ¿Qué caracteriza a la oferta sanitaria del Ecuador para la atención a personas con trastorno mental grave, desde la perspectiva del modelo de matriz de salud mental?

2. ¿Cuáles son las percepciones de los profesionales de salud y usuarios sobre estos servicios?
3. ¿Cuáles son las percepciones de los profesionales de salud, usuarios y familiares sobre la inclusión social de personas con trastorno mental grave?
4. ¿Cómo se vincula el estigma con la oferta y distribución de los servicios de salud mental?

Hipótesis y supuestos.

Las hipótesis que a continuación se exponen cumplen con la función de describir y explicar el fenómeno, así como de guía para dar un orden y una lógica a la investigación (Fernández Collado, Baptista Lucio, & Hernández Sampieri, 2014).

1. Los centros sanitarios en Ecuador cuentan con procesos estandarizados de atención para personas con trastornos mentales graves.
2. Los centros sanitarios del primer nivel de atención son una unidad administrativa propia y tienen una plantilla propia y suficiente de profesionales.

3. Los profesionales de salud, los familiares de personas con un trastorno mental grave y los usuarios con un diagnóstico de trastorno mental grave perciben que esta situación les dificulta la inclusión en la sociedad.

Objetivos.

General

Describir y analizar los recursos existentes en la red sanitaria del Ecuador para la atención a personas con trastornos mentales graves y la percepción de los profesionales de salud, usuarios y familiares sobre estos servicios y la inclusión social de esta población.

Específicos

1. Caracterizar los recursos sanitarios y los procesos asociados, para la atención a pacientes con trastorno mental grave.
2. Describir la percepción de personas con trastorno mental grave sobre la calidad de los servicios recibidos en la institución sanitaria pública en que se atienden.

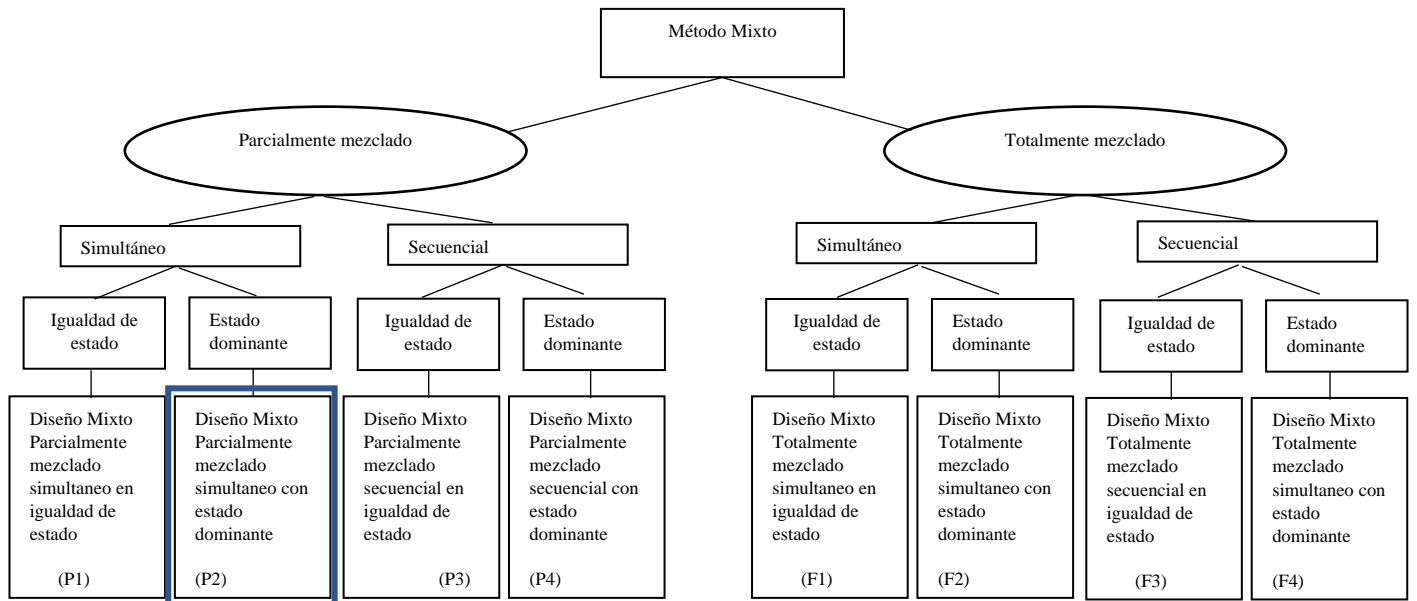
3. Describir la percepción de profesionales de la salud sobre la calidad del servicio entregado a personas con trastorno mental grave.
4. Identificar la percepción de personas con trastorno mental grave sobre los facilitadores y obstáculos, asociados al sistema sanitario, para su inclusión social.
5. Identificar la percepción de profesionales de la salud sobre los facilitadores y obstáculos, asociados al sistema sanitario, para la inclusión social de personas con trastorno mental grave.
6. Identificar la percepción de familiares de personas con trastorno mental grave sobre los facilitadores y obstáculos, asociados al sistema sanitario, para la inclusión social de estos usuarios.

MÉTODO

Diseño

Se plantea un diseño mixto que combina estrategias cuantitativas y cualitativas en distintas fases del proceso investigativo. Los métodos mixtos implican recopilar, analizar e interpretar datos cuantitativos y cualitativos en un solo estudio o en una serie de estudios que investigan el mismo fenómeno subyacente. Tres dimensiones se analizan en este tipo de clasificación: (a) nivel de mezcla, parcialmente mezclado versus totalmente mezclado; (b) orientación temporal, concurrente versus secuencial; y (c) énfasis de los enfoques, estatus igual versus estado dominante. De la combinación de las tres dimensiones resultan ocho alternativas de diseños mixtos (figura 2) (Leech & Onwuegbuzie, 2009).

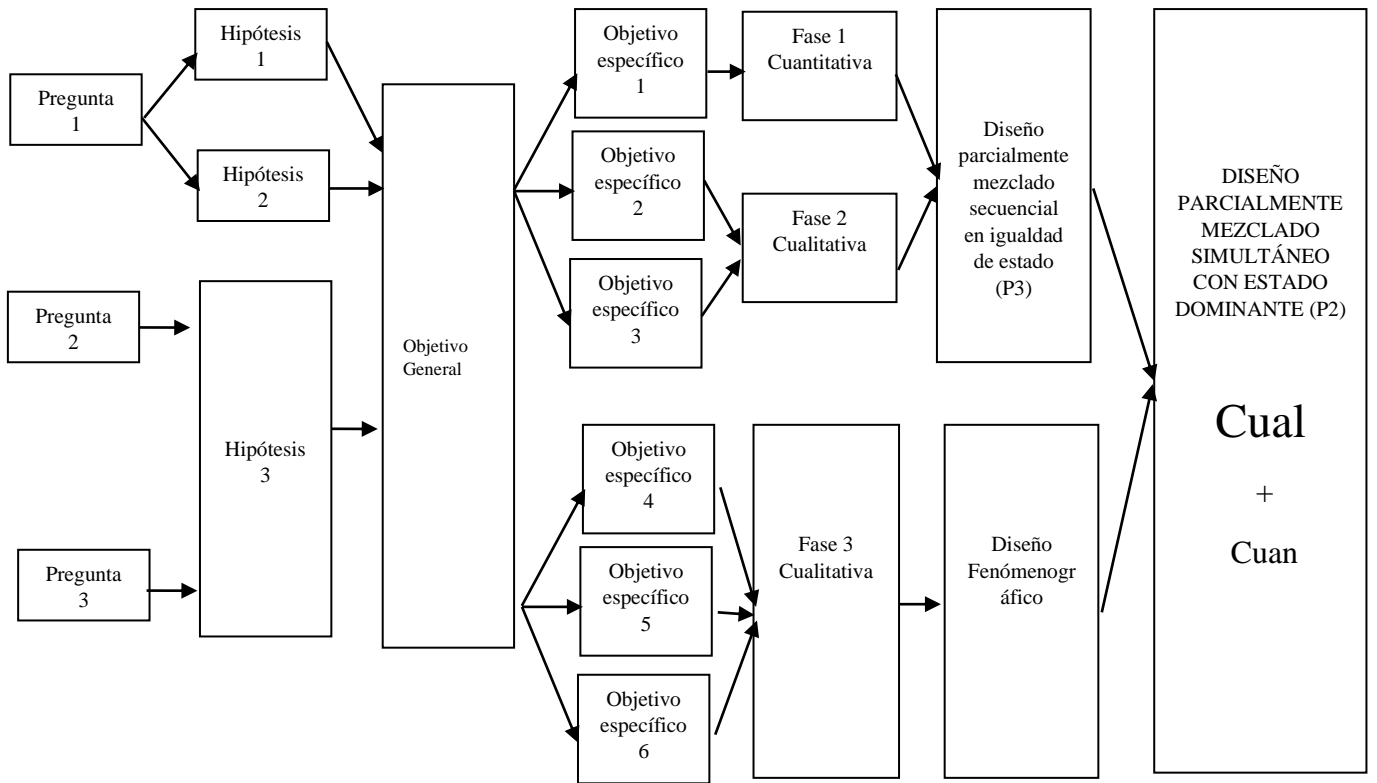
Figura 2. Tipología de la investigación Mixta



Nota Fuente: Adaptado de Leech & Onwuegbuzie (2009) A typology of mixed methods research designs

Para esta Tesis Doctoral, se definió un **Diseño Mixto Parcialmente Mezclado Simultáneo con Estado Dominante (P2)**, lo que implica conducir un estudio en dos dimensiones que ocurren simultáneamente, de tal manera que cualquiera puede tener el mayor énfasis. En este caso, la fase cualitativa será la que tiene mayor peso (figura 3) (Leech & Onwuegbuzie, 2009).

Figura 3. Diseño del estudio: Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en el Ecuador.



ESTUDIO CUANTITATIVO

Universo y Muestra

Universo

Zonas sanitarias: en Ecuador, las zonas de planificación en salud están territorialmente distribuidas y conformadas por provincias, de acuerdo con una proximidad geográfica, cultural y económica. Se han definido 9 zonas sanitaria (gráfico 1) (Senplades, 2012), las que constituyen el universo del estudio cuantitativo.

Gráfico 1. Zonas de planificación en salud en Ecuador



Nota Fuente: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (2012).

Dispositivos sanitarios: A nivel nacional existen 2.865 dispositivos de salud que tienen dependencia administrativa pública, tanto del Ministerio de Salud Pública (N= 2.094), como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (N=771) (MSP, 2021).

Muestra

Zonas sanitarias: Usando un muestreo no probabilístico por conveniencia se seleccionaron las zonas sanitarias a incluir en el estudio. Para ello se definieron dos criterios: la cantidad de habitantes asistidos y la oferta de servicios disponibles para la atención de personas con una enfermedad mental grave.

Revisados los datos, las zonas 8 (Guayaquil) y 9 (Quito) atienden a casi el 50% de la población del Ecuador (tabla 7) y – en concordancia con lo anterior- en ellas se localizan la mayor cantidad de servicios sanitarios de segundo y tercer nivel. En la zona 9 existen dos hospitales especializado-públicos para tratamiento de personas con un trastorno mental grave; mientras la zona 8 cuenta con servicios ambulatorios de psiquiatría.

La zona 9 representa a la Región de la Sierra, y cuenta con dos hospitales especializados y un centro ambulatorio especializados públicos, para tratar problemas de salud mental. La zona 8 representa a la Región Costa y, aunque no cuenta con hospitales especializados para la atención de problemas de salud mental público, si incluye recursos especializados para la atención ambulatoria. Por otra parte, estas dos zonas son consideradas las más importantes del país, porque en una se localiza la capital del país (zona 9, Quito), y en la otra, la ciudad considerada la capital económica nacional (zona 8, Guayaquil).

Dispositivos sanitarios: Las dos zonas comprenden un total de 206 dispositivos de salud con recursos para asistir los problemas de salud mental; 108 de ellos se localizan en la zona 8 y 98 en la Zona 9 (tabla 7).

Tabla 7. Instituciones de salud por zona y nivel de atención en el que existe un profesional de salud mental y población de cobertura

<i>ZONAS SELECCIONADAS</i>	<i>NIVEL DE ATENCIÓN</i>			<i>POBLACIÓN</i>
	<i>PRIMER NIVEL</i>	<i>SEGUNDO NIVEL</i>	<i>TERCER NIVEL</i>	
Zona 1	42	8	0	1 430 491
Zona 2	20	6	0	577 189
Zona 3	55	8	2	1 456 302
Zona 4	54	2	1	1 780 717
Zona 5	63	2	0	2 286 782
Zona 6	43	3	3	1 085 251
Zona 7	46	2	1	1 308 630
Zona 8	87	8	13	4 387 434
Zona 9	70	11	17	2 781 641

Criterios de inclusión de dispositivos

1. Centros de salud de las zonas seleccionadas, que dependan administrativamente del MSP y del IESS.
2. Prestar atención en psiquiatría y salud mental

Criterios de inclusión de informantes clave:

El informante clave es aquella persona que cuenta con conocimiento del funcionamiento del establecimiento de salud, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Director del servicio de salud/coordinador/jefe servicio/ informante designado por autoridades del centro de salud u hospital.
2. En funciones un mínimo 6 meses

Criterios de exclusión de dispositivos

1. Ser institución de salud privada o dependiente de la Policía Nacional, del Ejército Nacional o GADs.

Definición de variables (definiciones conceptuales y operativas)

La tabla 8 describe, conceptual y operacionalmente, las variables incluidas en el estudio descriptivo de servicios sanitarios para personas con un trastorno mental grave (TMG).

Tabla 8. Operativización de variable fase cuantitativa

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Fuente de datos (Método de recolección)
<i>Oferta Sanitaria en Salud Mental</i>	Disponibilidad de recursos con los que una comunidad cuenta para la atención de los problemas relacionados con la salud mental (Temporelli, 2009).	Atención Ambulatoria Dispositivos disponibles para la atención de urgencias o de contacto regular para personas con un TMG (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011).	Aguda <ul style="list-style-type: none"> • Móvil • No móvil No Aguda <ul style="list-style-type: none"> • Móvil • No móvil 	Instrumento Mapa de Servicios DESDE – LTC
		Atención de Día Dispositivos disponibles para la atención, a la vez, de varios usuarios con TMG, durante un horario determinado. Los usuarios pueden ser atendidos durante una crisis o con citas programadas con antelación (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011).	Aguda <ul style="list-style-type: none"> • Episódica • Continua No Aguda <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo • Atención relacionada con trabajo • Atención estructurada no relacionada con trabajo • Atención no estructurada 	
		Atención Residencial Dispositivos disponibles para alojamiento de usuarios con TMG, quienes pueden ser atendidos durante una crisis asociada al trastorno o no. Su ingreso puede ser a lo largo de las 24 horas del día (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011).	Aguda <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura médica 24H • No Cobertura médica 24H No Aguda <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura médica 24H • No Cobertura médica 24H • Otra residencial no aguda 	

Instrumentos de recolección de datos

Descripción y Evaluación Estandarizada de Servicios y Directorios en Europa para la Atención a Largo Plazo (*DESDE-LTC*)

Esta herramienta, desarrollada por Salvador-Carulla y colaboradores (2011), permite recoger información de insumos con que cuenta y de los procesos que se desarrollan en centros sociales y/o sanitarios de salud mental, disponibles en un área territorial y administrativamente delimitada (Tansella & Thornicroft, 1998). La información permite describir y clasificar, utilizando un esquema de diagrama o árboles, a los dispositivos del área. El instrumento, que se presenta en extenso en el apartado anexo (anexo 1), consta de 4 secciones principales:

A. Preguntas Introdutorias: Detalla la cobertura y la población del área donde se aplica el cuestionario.

B. Diagramas de Tipos Básicos de Atención (TBA): Proporcionan un sistema estandarizado para clasificar y codificar tipos básicos de atención para la población de un área.

C. Diagramas de Utilización de la Atención (Utilización de TBA): Proporcionan un método estandarizado para medir niveles de utilización de los tipos básicos de atención por la población del área de cobertura.

D. Inventario de Servicios: Proporciona una descripción individual y detallada de los servicios de atención de larga duración.

El DESDE-LTC permite comparaciones nacionales e internacionales por la clasificación estandarizada en base a categorías concretas, específicamente, se identifican centros sanitarios que entregan servicios de Información, Accesibilidad, Ayuda mutua y voluntariado, Atención Ambulatoria, Atención de Día o Atención Residencial; lo que permite obtener una descripción de los centros de un área de cobertura desde un enfoque socio-sanitario.

Esta herramienta puede utilizarse de dos formas: como una descripción simple para catalogar servicios y tipos básicos de atención en el área seleccionada; o como una evaluación compleja o cuantitativa, para comparar tipos de atención y servicios entre varias áreas socio-sanitarias o en una misma área a lo largo de un periodo de tiempo definido. En este estudio, orientado a identificar la oferta sanitaria, la herramienta será usada para describir los servicios básicos de atención ambulatoria, en centros de día y la atención residencial, que ofertan atención a la población con un trastorno mental grave.

Los resultados se presentan en árboles o diagramas que identifican a los servicios sanitarios disponibles en cada zona.

El uso de esta herramienta mostró una alta viabilidad en cuatro dominios: aplicabilidad, aceptabilidad, practicidad y relevancia, sin mayores diferencias en países de Europa y Chile; con un coeficiente de confiabilidad de 0,96. La evaluación de presencia o ausencia de las ramas mostró un coeficiente de Kappa de 0,9, lo que sugiere fiabilidad de las ramas de los principales tipos de atención (MTC). El análisis de las estructuras permitió la interoperabilidad de la herramienta con el desarrollo de un lenguaje a notación decimal de los servicios de atención a largo plazo, que es la fuente principal de información para la descripción. Las ramas principales y secundarias del DESDE-LTC están formadas por códigos o ítems que miden características independientes de los servicios evaluados (L. Salvador-Carulla, Dimitrov, et al., 2011).

Procedimiento

El primer paso, previo al levantamiento de datos de la fase cuantitativa, fue delimitar las zonas sanitarias que ingresarían al estudio, de acuerdo con los criterios antes expuestos.

Delimitadas las zonas sanitarias, se procedió a realizar las gestiones administrativas para obtener los permisos de ingreso a todos los dispositivos de salud que contaban con algún profesional de salud mental. Se obtuvo una respuesta favorable de la Gerencia del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, y de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, permisos obligatorios para ingresar a la revisión del Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador, durante el 2018. Obtenida la aprobación del Comité de Ética, el protocolo fue presentado a Inteligencia de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para una nueva revisión. Este organismo hizo observaciones al protocolo, por lo que se realizaron las modificaciones y se procedió a ingresarlo nuevamente al Comité de Ética y, posteriormente, a Inteligencia de Salud, para su aprobación definitiva, lo que ocurrió el 17 de agosto de 2018 con oficio Nro. MSP-DIS- 2018-018-O. Los documentos de aprobación se adjuntan en el apartado anexo, (anexo 2).

Con el protocolo aprobado, Inteligencia de Salud ofició a las coordinaciones zonales para que se facilite el ingreso a los dispositivos ambulatorios seleccionados. Sin embargo, desde cada coordinación distrital se solicitaron nuevos oficios para proceder con la autorización y designación de los funcionarios, y fechas, de entrevistas. En los hospitales, los departamentos

académicos solicitaron que el protocolo sea sometido a sus propios comités de ética, para aprobar desde esas instancias la viabilidad o no de la investigación. Realizado esto y una vez aprobado, se designaron fecha y se definió al personal que colaboró en el estudio.

Recolección de datos

Terminadas las gestiones administrativas, se procedió a la recolección de datos, aplicando el DESDE-LTC y un guion temático asociado. Para este proceso se realizó una única entrevista, presencial, con una duración entre 45 y 60 minutos. La información fue recogida por el investigador principal y por un psicólogo clínico y una psicóloga infantil, quienes fueron previamente capacitados en el uso de la herramienta DESDE-LTC. El investigador principal tuvo una capacitación inicial con la tutora de esta tesis, quien conoce y tiene experiencia en la aplicación del instrumento. Las dudas que surgieron durante el proceso fueron resueltas en conjunto y – cuando ello no ocurrió - se consultó con una de las autoras de la herramienta (Dra. Cristina Romero). El investigador principal replicó la capacitación a los dos psicólogos que apoyaron la toma de datos. La información se recogió en la zona 9 entre los meses de agosto y diciembre del 2018 y en la zona 8 en el mes de mayo del 2019.

De los 108 centros de salud de la Zona 8 que contaban con un profesional de salud mental, se logra recabar información vía entrevistas de 59, todos del primer nivel de atención; no se autorizó el ingreso a centros del segundo nivel de atención. En la zona 9, de los 98 centros de salud se recabó información vía entrevistas de 58 de ellos, lo que incluían centros de los tres niveles de atención. Todas las personas entrevistadas participaron voluntariamente y explicitaron esto firmando un formulario de consentimiento informado.

El proceso de entrevistas presenciales se vio interrumpido por cambios en la autoridad sanitaria que generaron problemas político-administrativos. Para completar la información de los restantes centros, se solicitó a la Subsecretaría de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud Pública y a la Secretaría de Planificación Central del IESS, en el caso de los datos obtenidos de los centros sanitarios administrados por el IESS, se los incluyó luego por sugerencia de la desarrolladora del instrumento con la finalidad de abarcar a la mayor cantidad de centros que atienden a la población. Los datos recolectados, son los necesarios para el registro y descripción de los servicios a través de árboles o matrices para la visualización de la oferta de tipos de atención ambulatoria, de día y residencial.

Sistematización de la información

Con los datos obtenidos con la herramienta DESDE-LTC, se procedió a construir el Sistema de árboles o diagramas para la descripción estandarizada de la disponibilidad y utilización de servicios de atención a largo plazo. Sistematizada la información, se logró caracterizar los recursos y procesos de los centros sanitarios para la atención a pacientes con trastorno mental grave.

Plan de análisis

El primer paso, previo a la obtención de datos, fue tener en un archivo Excel un catastro de todos los dispositivos, por Zona y nivel de atención (primario, secundario y terciario); a partir de este catastro, se identificaron todos aquellos centros que contaban con profesionales de salud mental, los que ingresaron a una base de datos general y fueron – finalmente- de los que se recogió información.

Cada centro fue caracterizado según la zona a la que pertenecía, dependencia administrativa, tipología según el Ministerio de Salud Pública (primario, secundario, terciario), provincia, distrito, código de identificación

otorgado por la autoridad sanitaria y población a la que atiende. Esa información, sumada a la recogida vía entrevistas, permitió clasificarlo en uno, o más, códigos DESDE-LTC, y construir los diagramas de árboles para atención ambulatoria, de día y residencial.

En paralelo, los datos de la plantilla profesional al 2019, en cada centro permitieron calcular las tasas de profesionales por cada 100.000 habitantes, para cada zona. Se recogió el número de profesionales porque todos ellos cumplen funciones en los establecimientos de salud por 40 horas semanales, distribuidas en 8 horas diarias. Esta información fue proporcionada por los coordinadores de cada zona.

ESTUDIO CUALITATIVO

Universo

El estudio se realizó sobre profesionales sanitarios, familiares y usuarios de centros de tratamiento para personas con trastornos mentales graves.

Los datos sobre recursos profesionales de salud mental disponibles en cada nivel de atención fueron proporcionados por los representantes de la

autoridad sanitaria. El profesional sanitario incluido en este estudio fueron psicólogos, quienes se desempeñan en centros del primer nivel de atención, y psiquiatras, que brindan atención en el segundo y tercer nivel asistencial, ya que las enfermeras y demás profesionales de salud laboran en la institución, pero no tienen formación específica en salud mental (tabla 9).

Tabla 9. Profesionales de Salud por Institución según zona de salud.

<i>ZONAS SELECCIONADAS</i>	<i>PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</i>	<i>SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN</i>	<i>TERCER NIVEL DE ATENCIÓN</i>	<i>TOTAL</i>
Zona 8	48	4	7	59
Zona 9	47	12	11	70
Total	95	16	18	129

El universo de usuarios del sistema público de salud que presenta algún diagnóstico de trastorno mental grave fue recogido de la estadística del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, año 2015 (tabla 10).

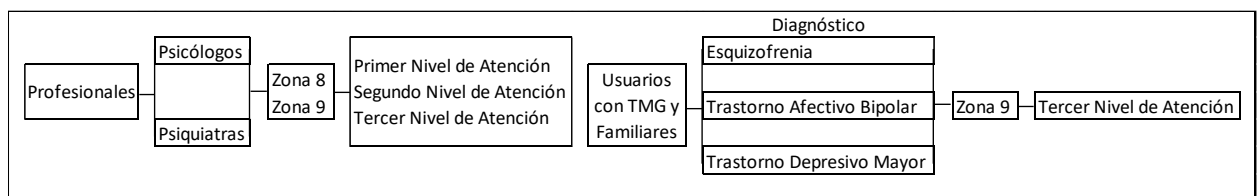
Tabla 10. Personas con trastorno mental grave mayores de 18 años por zonas y rango de edad atendidas en el MSP 2015

<i>Zona</i>	<i>Trastorno mental Grave</i>	<i>N</i>
<i>Zona 8</i>	<i>Esquizofrenia</i>	<i>1093</i>
	<i>Afectivo bipolar</i>	<i>69</i>
	<i>Depresivo recurrente</i>	<i>151</i>
<i>Zona 9</i>	<i>Esquizofrenia</i>	<i>1181</i>
	<i>Afectivo bipolar</i>	<i>252</i>
	<i>Depresivo recurrente</i>	<i>354</i>
<i>Total</i>		<i>3100</i>

Muestra

Para esta fase se utilizó un muestreo de máxima variación, que es una de las técnicas más frecuentemente utilizadas. En ella, se amplía una gama de individuos, grupos o configuraciones en virtud de que todos o la mayoría de los tipos de individuos, grupos o configuraciones estén representado. En este estudio se entrevistó a profesionales de salud mental en las dos zonas y de los tres niveles de atención, se entrevistó a usuarios con un trastorno mental grave y sus familiares con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno depresivo bipolar y trastorno depresivo mayor, en este caso de la zona 9 y del tercer nivel de atención (figura 4). De esta manera, se pueden presentar las múltiples perspectivas de los individuos que ejemplifican la complejidad del mundo (Onwuegbuzie & Leech, 2007).

Figura 4. Grupo de personas entrevistadas



Criterios de inclusión profesionales de salud

1. Ser profesional de salud que haya realizado alguna atención en salud mental a personas con trastorno mental grave en el último semestre previo a la investigación.

2. En funciones mínimo 6 meses

Criterios de inclusión usuarios

1. Usuarios de la red sanitaria pública (MSP-IESS), con algún diagnóstico de trastorno mental grave de acuerdo con la CIE-10.
2. Utilicen o hayan utilizado los servicios de salud mental del MSP los últimos 6 meses.
3. Mayor de 18 años.

Criterios de inclusión familiares de usuarios con un trastorno mental grave

1. Ser familiar de pacientes con algún trastorno mental grave
2. Contacto frecuente con usuario con trastorno mental grave
3. Mayor de 18 años

Criterios de exclusión usuarios

1. Ser usuarios de la red sanitaria pública con un diagnóstico de enfermedad mental grave de origen orgánico (demencias o patología dual)
2. Estar hospitalizado o descompensado

Muestra de profesionales de salud

Las entrevistas se realizaron a 67 profesionales que laboran en establecimientos de salud de los distintos niveles de atención, que pertenecen al Ministerio de Salud Pública (MSP).

En la zona 8 las entrevistas fueron a profesionales que prestan servicios en centros de salud del primer nivel de atención, esto corresponde al 68.7% del total de entrevistas realizadas (n=46). El restante 31.3% de entrevistas se realizó en la zona 9, con la siguiente distribución: profesionales de salud del primer nivel de atención (n=8), equivalente al 11,9%; el 17.9% (n=12) a profesionales del segundo nivel de atención; y -finalmente - el 1,5% se realizó a un profesional del tercer nivel de atención, todos los porcentajes son respecto al total (tabla 11).

Tabla 11. Establecimientos sanitarios a los que pertenecen los profesionales entrevistados/as

<i>ZONA</i>	<i>Nivel asistencial</i>	<i>Tipo de Centro</i>	<i>N= 67</i>
ZONA 8	1er nivel	A	26
		B	18
		C	2
		A	7
ZONA 9	1er nivel	Hospital Básico	1
	2° nivel	Hospital General	12
	3° nivel	Hospital Especializado	1

Los administradores de los centros sanitarios participaron como entrevistados y designaron al resto de profesionales para que participen en este estudio, sin interrumpir las atenciones programadas. Los profesionales entrevistados cumplen diferentes roles en sus lugares de trabajo (tabla 12).

Tabla 12. Tipo de profesionales entrevistados/as

<i>Profesionales</i>	<i>n = 67</i>
Administrador/a Técnico/a	24
Psiquiatra	7
Psicólogo/a Clínico/a	32
<i>Cargo</i> Jefe enfermería	1
Administradora Farmacia	1
Calificador Discapacidad	1
Responsable de Salud Mental	1

Muestra de familiares de personas con un trastorno mental grave

Las entrevistas a los familiares de personas con un trastorno mental grave se realizaron en su totalidad en el Hospital Especializado Julio Endara. De las 13 entrevistas, el 69.2% (N=9) fueron mujeres. Sobre la relación que

tienen las personas entrevistadas con la persona que padece un trastorno mental grave se distribuye, el 31% (n=4) eran padres o madres, 31% (n=4) eran esposo/a, 31% (n=4) son hermanos/as y un 7% (n=1) correspondió a la hija de una persona que padece el trastorno. En relación con el diagnóstico que presentaba el familiar del entrevistado, un 61.5% (n=8) tenía un diagnóstico de esquizofrenia, 23.1% (n=3) un trastorno depresivo mayor y 15.1% (n=2) un diagnóstico de bipolaridad (tabla 13).

Tabla 13. Características de los familiares de personas con trastorno mental grave entrevistados

<i>Variable</i>		<i>Frecuencia (n = 13)</i>
<i>SEXO</i>	Hombre	4
	Mujer	9
<i>RELACIÓN</i>	Hermano	1
	Madre	3
	Esposo	2
	Esposa	2
	Hermana	3
	Padre	1
	Hija	1
<i>DIAGNÓSTICO DEL USUARIO</i>	Bipolaridad	2
	Depresión Mayor	3
	Esquizofrenia	8

Muestra de usuarios con un trastorno mental grave

Las entrevistas a las personas con un trastorno mental grave se realizaron en el Hospital Especializado Julio Endara. De las 32 personas entrevistadas, 71,87% (n=23) fueron mujeres; en relación con el tipo de

trastornos mentales presentados por los entrevistados, el 15,63% (n= 5) tenían diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, 50% (n=16) de trastorno depresivo y 34,37% (n=11) un diagnóstico de esquizofrenia. La media de edad de las mujeres fue de 44,5 (DS=11,5; [22 – 60]). La media de edad de los hombres fue de 41,3 años (DS=10,43; [24 – 60]) (tabla 14).

Tabla 14. Características de la muestra de personas con un trastorno mental grave

<i>Diagnóstico</i>	<i>Sexo</i>	<i>N=32</i>	<i>M Edad</i>
<i>Bipolar</i>	<i>Hombre</i>	2	41.5
	<i>Mujer</i>	3	40.3
<i>Depresión</i>	<i>Hombre</i>	2	47.5
	<i>Mujer</i>	14	47.6
<i>Esquizofrenia</i>	<i>Hombre</i>	5	38.8
	<i>Mujer</i>	6	39.5

Instrumentos de recolección de datos

Entrevista semi-estructurada

Es una técnica que utiliza como recurso el diálogo y tiene la finalidad de obtener respuestas verbales a las incógnitas trazadas sobre un problema específico, consiguiendo la información de acuerdo con los significados que los informantes atribuyen a los temas planteados (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013). La entrevista planteada pretendió

recabar información, para lo que se elaboró un guion temático con dos ejes: (a) Percepción de profesionales de salud y usuarios sobre la atención a personas con trastorno mental grave, para profundizar este eje se plantearon las siguientes dimensiones: (a.1) Acceso al servicio, (a.2) Calificación del personal, (a.3) Tratamiento recibidos, y (a.4) Calidad de vida; el segundo eje (b) Percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre la inclusión social de personas con trastorno mental grave, que se profundizó a través de las dimensiones (b.1) Actitudes sociales, (b.2) políticas y legislación apropiadas y (b.3) en lo laboral y educativo (anexo 3).

Procedimiento

Los trámites administrativos realizados en la fase cuantitativa sirvieron para acceder a la muestra y realizar las entrevistas de la fase cualitativa.

Recolección de datos

Las entrevistas se realizaron en el lugar que el director del centro de salud designó para este fin, las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30 a 45 minutos y fueron audio-grabadas.

Para realizar las entrevistas a las personas con un trastorno mental grave que cumplían con los criterios de inclusión, se accedió a un listado de usuarios que asistirían a consulta con el médico psiquiatra, durante una semana específica. Con los datos del día, hora y consultorio al que acudirían los usuarios, cada entrevistador se dirigía a un consultorio diferente con la finalidad de identificar a las personas e invitarles a participar en la investigación, previamente se verificó el diagnóstico en las historias clínicas de cada persona, procedimiento que fue realizado por el personal de salud del centro.

Identificado el usuario, se le invitaba a participar del estudio, una vez aceptaba, procedía a firmar un formulario de consentimiento informado. La entrevista se realizaba en la sala de espera del hospital.

Cuando el usuario acudía con compañía de un familiar, y si éste cumplía con los criterios de inclusión, también se le invitaba a participar en la investigación; si aceptaba, debía explicitar su voluntad con la firma de un formulario de consentimiento informado. Estas entrevistas también se realizaron en la sala de espera, tuvieron una duración aproximada de 25 a 30 minutos y fueron audio-grabadas.

Sistematización de la información

Todas las entrevistas fueron transcritas por las personas que realizaron las entrevistas, y supervisado por el investigador principal para garantizar la calidad del texto.

Con los temas abordados en las entrevistas a profesionales de salud y usuarios sobre la percepción que tienen en la calidad de atención entregada y recibida respectivamente se abordan los objetivos específicos dos y tres. Los objetivos cuatro, cinco y seis del estudio se abordan a partir de los otros temas incluidos en las entrevistas realizadas.

Plan de análisis de datos

Recopilada la información, cada entrevista fue transcrita para ser ingresada al programa de análisis cualitativo Nvivo 11 (QSR Internacional), que permite agilizar los procesos que requieren los análisis basados en las técnicas de análisis temático y de contenido (San Emeterio, de León Elizondo, & Arazuri, 2011).

El análisis de contenido es un método para el tratamiento de la información que permite identificar, organizar, analizar en detalle y reportar patrones o temas, a partir de cuidadosas lecturas de la información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión o interpretación del fenómeno (Braun & Clarke, 2006). Los temas o estructuras identificados son el producto de los significados, realidades y experiencias que tiene la población sobre el fenómeno planteado (Mieles Barrera, Tonon, & Alvarado Salgado, 2012).

El análisis de contenido surgió a partir de categorías preestablecidas, de acuerdo con el marco teórico, del guion temático y de los objetivos propuestos. Las categorías principales fueron la percepción de profesionales de salud y usuarios sobre la atención a personas con trastorno mental grave; y la percepción de profesionales de salud sobre la inclusión social de personas con trastorno mental grave; y en los familiares y usuarios con un trastorno mental grave la categoría fue el impacto del trastorno.

Dentro de cada categoría se elaboraron subcategorías, estas son el producto de los aspectos en común detectadas en cada unidad de análisis, así se pudo ingresar las codificaciones.

Para garantizar la *credibilidad* de la investigación, la transcripción de las entrevistas fue realizada de forma exacta y completa, sin que existan interpretaciones de la persona que realizó la tarea. La calidad de los datos permitió una comprensión profunda del tema investigado, porque los sujetos entrevistados exponían sus percepciones de acuerdo con la realidad que vivían. Los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas de los familiares fueron triangulados con la co-tutora de esta investigación, quien es experta en temas de estigma e investigación cualitativa; mientras que los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los profesionales de salud, y a las personas con un trastorno mental grave, se triangularon con una investigadora experta en investigación cualitativa (Valdés, 2006).

La *transferibilidad*, que es la rigurosidad con la que se desarrolla una investigación cualitativa, permite que otros investigadores puedan replicar la investigación, esto se aseguró porque el método se redactó con precisión y rigurosidad, proceso que está relacionado con la confiabilidad y la validez (Castillo & Vásquez, 2003).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio obtuvo la aprobación del Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador, con fechas 1 de marzo de 2018 y 2 de agosto de 2018, y por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud, el 17 de agosto de 2018, registrada en oficio Nro. MSP-DIS-2018-0158-O.

De acuerdo con la Declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki, para cumplir los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y autonomía, a todos los individuos se les garantizó su participación voluntaria, la que debían explicitar con la firma de un formulario de consentimiento informado. Se resguardó la confidencialidad de los datos personales de los participantes y quienes se aseguró que podían retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna implicación para él/ella ni para su vinculación con el sistema de salud.

El documento de Consentimiento Informado contenía la descripción general del estudio, los propósitos de la investigación, los procedimientos a realizar, el manejo de la información y los beneficios por participar en el estudio. La

confidencialidad de la información fue garantizada con la asignación de un código alfanumérico para la identificación de los participantes.

RESULTADOS

Los datos recabados en este estudio reportan que en las zonas estudiadas existen 255 centros de salud en el primer nivel de atención, ocho (8) hospitales generales, que corresponden al segundo nivel asistencial; y 23 hospitales de especialidades, que conforman el nivel terciario. De los establecimientos de salud dependientes del IESS, se suman 14 centros de salud en el nivel primario, 19 hospitales en el nivel secundario; tres (3) hospitales en el tercer nivel de atención (MSP, 2021).

Descripción de las áreas socio-sanitarias. Para efectos de describir las zonas socio-sanitarias, se recogió un conjunto mínimo de datos de información, basados en la herramienta Socio Demographic Schedule (SDS), que es un instrumento validado internacionalmente, que permite la comparación y el análisis de resultados de las zonas estudiadas. Los datos se recogieron de fuentes oficiales de la Secretaría Técnica de Planificación del año 2019, y del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), del año 2019.

La Secretaría Técnica de Planificación del Ecuador, encargada de la planificación integral del territorio nacional, ha dividido al Ecuador en 9 zonas sanitaria. Las dos zonas incluidas en este estudio, Zona 8 y Zona 9, abarcan en conjunto al 40,9% de la población total del país (tabla 15).

Zona 8, Está conformada por los cantones de Guayaquil, Durán y Samborondón, de la provincia del Guayas. Tiene una superficie de 4.691,59 km². La población proyectada para el 2020, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), bordeaba los 4.387.434 de habitantes, lo que representaría el 25,1% de la población del Ecuador. El 49,5% son hombres (2.172.363) y el 50,5% son mujeres (2.215.071). El 84,8% de los habitantes vive en áreas urbanas, mientras que el 15,2% que se sitúa en el sector rural se dispersa en un territorio que constituye el 93% del área total de la zona (Senplades, 2019b).

La zona se caracteriza por el desarrollo de actividades portuarias destinadas a la agroexportación e importaciones, lo que ha contribuido a que se convierta en un importante polo de desarrollo con un gran número de empresas que generan aproximadamente el 20,7% del total nacional de ingresos (INEC, Directorio de empresas - DIEE 2016 a septiembre 2018); la población económicamente activa (PEA) es de 1.415.365 personas, y la tasa de ocupación digna de 41,7% (Senplades, 2019b).

Según la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (2017), la tasa general de desempleo alcanzaba el 6,2% y la de desempleo juvenil llegaba al 13,8%, el subempleo en la Zona era de 20,8%; mientras que la

tasa de ocupación en el sector informal se ubicó en el 41,1%. En la zona existen aún niveles de pobreza preocupantes; la pobreza por ingresos era de 10,6% y la incidencia de pobreza por necesidades básicas insatisfechas de las personas alcanzaba al 27,4% (Senplades, 2019b).

En cuanto a cifras de educación, el 27,3% de adolescentes en edades de 15 a 18 años no asistía a programas de educación (Senplades, 2019b).

Según informes del Ministerio de Salud Pública, aproximadamente el 22,3% de niños menores de dos años tiene problemas de desnutrición crónica y la tasa de mortalidad infantil era de 10,4 por cada 1.000 nacidos vivos (Senplades, 2019b).

De acuerdo con la nomenclatura que maneja el Ministerio de Salud Pública, en la Zona 8 existen 118 centros de salud del primer nivel de atención; tres (3) hospitales generales, que corresponden al segundo nivel asistencial; y 10 hospitales de especialidades, comprendidos en el tercer nivel de atención. Respecto de los establecimientos de salud dependientes del IESS, estos incluyen tres (39 centros de salud de nivel primario; siete (7) hospitales en el nivel secundario, y un hospital de nivel terciario (MSP, 2021).

Zona 9, abarca el 44,6% de la superficie de la provincia de Pichincha e incluye al Distrito Metropolitano de Quito, lo que comprende una superficie aproximada de 4.217,95 km². La zona reúne al 16,1% (2.781.641) de la población nacional y el 86,4% de la población de la provincia de Pichincha (3.228.233); el 51,4% son mujeres (1.428.929) y el 48,6% hombres (1.352.712); mientras que el 72% de la población habita en el área urbana; la población es predominantemente joven (Senplades, 2019a).

La actividad productiva incluye dos componentes principales; por un lado, la que se basa en el comercio e industrias manufactureras; y por otro, los prestadores de servicios de actividades profesionales, técnicas y de investigación el aporte al PIB de la zona equivale aproximadamente al 22,11%. La población económicamente activa equivale al 68,6% con una tasa de empleo digno o adecuado del 38,5% (Senplades, 2019a).

De acuerdo a datos oficiales, la tasa general de desempleo alcanzaba al 9,1%, de este porcentaje el 18,6% representa el desempleo juvenil, mientras que la tasa de subempleo en general equivale al 13,5%, el porcentaje de pobreza medido según población con necesidades básicas insatisfechas, alcanzó el 29,7%, con estos datos los niveles de pobreza por necesidades básicas insatisfechas alcanzó el 25,3% en la zona urbana y el 40,7% en la zona rural (Senplades, 2019a).

La tasa neta de inasistencia a programas de bachillerato alcanzaba al 18,3%, especialmente concentrado en áreas rurales (Senplades, 2019a).

En relación con la situación de salud de la población, en esta zona se presentan patologías infectocontagiosas y carenciales que generan problemas de mortalidad y morbilidad, así como casos de suicidio, accidentes de tránsito o muerte por causa de terceros (Senplades, 2019a).

Además, existe un porcentaje de 14% (2669) de partos atendidos en adolescentes menores de 16 años, que según los datos reportado en esta fuente indica que en este grupo etario existe un riesgo de mortalidad 4 veces más que en mujeres de 20 a 30 años, y una mortalidad de sus hijos recién nacidos del 50%; también pueden presentar problemas en el campo educativo, económico, laboral y familiar. Por otro lado se indica que las cifras de desnutrición crónica en menores de cinco años alcanza al 25,5% (Senplades, 2019a).

Tabla 15. Descripción sociodemográfica de la Zona 8 y Zona 9

	<i>Áreas de Salud</i>			
	<i>Zona 8</i>	<i>Zona 9</i>	<i>Nacional</i>	
<i>Superficie Km²</i>	4.691,59	4.217,95	256.370	
<i>Número de Habitantes</i>	4.387.434	2.781.641	17.510.643	
<i>% Hombres</i>	49,5	48,6	49,5	
<i>% Mujeres</i>	50,5	51,4	50,5	
<i>% Urbanidad</i>	84,8	72,0	64,0	
<i>Tasa de Empleo Adecuado</i>	41,7	38,5	34,0	
<i>Distribución por grupos de edad</i>	<i>0-19</i>	36,4	34,6	37,9
	<i>20-39</i>	30,9	31,9	30,8
	<i>40-64</i>	25,5	25,8	23,8
	<i>65 y más</i>	7,2	7,8	7,5
	<i>Primer nivel</i>	121	148	2.662
<i>N° Unidades operativas MSP-IESS</i>	<i>Segundo nivel</i>	10	17	167
	<i>Tercer nivel</i>	11	15	42

Descripción de la oferta de servicios sanitarios

Los resultados que se presentan corresponden a las diferentes unidades de análisis; es decir, a meso-organizaciones (hospitales), micro-organizaciones (un servicio), y modalidades de atención. Cada servicio se describirá por uno o varios códigos, basados en la estructura/actividad fundamental que ofrece. Para ser considerados en la clasificación, los establecimientos de salud debían contar con al menos un profesional de salud mental que realice algún tipo de atención a personas con un trastorno mental grave, incluido en éstos los

diagnósticos de esquizofrenia (F20.X), trastorno afectivo bipolar (F31.X) y/o trastorno depresivo recurrente (F33.X).

En las dos zonas existen 322 establecimientos de salud que tienen dependencia administrativa o del Ministerio de Salud Pública o del IESS; del total, 206 ofertan asistencia de salud mental. Se recolectó información de 152 de ellos, a través de una entrevista presencial y complementada con datos provistos por coordinadores departamentales; de los restantes 54 establecimientos, la información fue recogida solo de los coordinadores departamentales.

Analizados los 206 centros sanitarios, siguiendo los criterios del DESDE-LTC, solo fueron incluidos 32 establecimientos sanitarios; los 174 restantes, pese a brindar atención a personas con un trastorno mental grave, no se incluyeron por no especializarse en este tipo de atención. Los establecimientos de salud excluidos correspondieron a 157 centros de atención primaria y 17 establecimientos de tercer nivel de atención; 88 centros eran de la Zona 8 y representaban al 88% del total de centros sanitarios del área: y 86 de la Zona 9; un 86% de todos los centros con que cuenta esa Zona.

De acuerdo con los parámetros del DESDE-LTC, los centros sanitarios pueden ser codificados en una o más rama o tener más de una codificación

dentro de una misma rama. En la rama de Centros de Atención Ambulatoria, de los 32 dispositivos, 17 fueron codificados con dos códigos; dentro de los Centros de Día, los dos (2) dispositivos incluidos se codificaron en más de una rama. Finalmente, en Atención Residencial incluidos se codificaron como centros ambulatorios y uno de ellos también cumplía criterios como Centros de Día (tabla 16).

Tabla 16. Resumen de codificaciones de dispositivos, de acuerdo con códigos DESDE-LTC

Rama	Atención Ambulatoria (O) (n=32)	Centros de Día (D) D8.1 (n=2)	Residenciales (R) R11 (n=2)
O3.1	2	2	1
O9.1	1		
O10.1	12		
O3.1 – O9.1	5		
O3.1 – O10.1	12		1

Centros de Atención Ambulatoria (O)

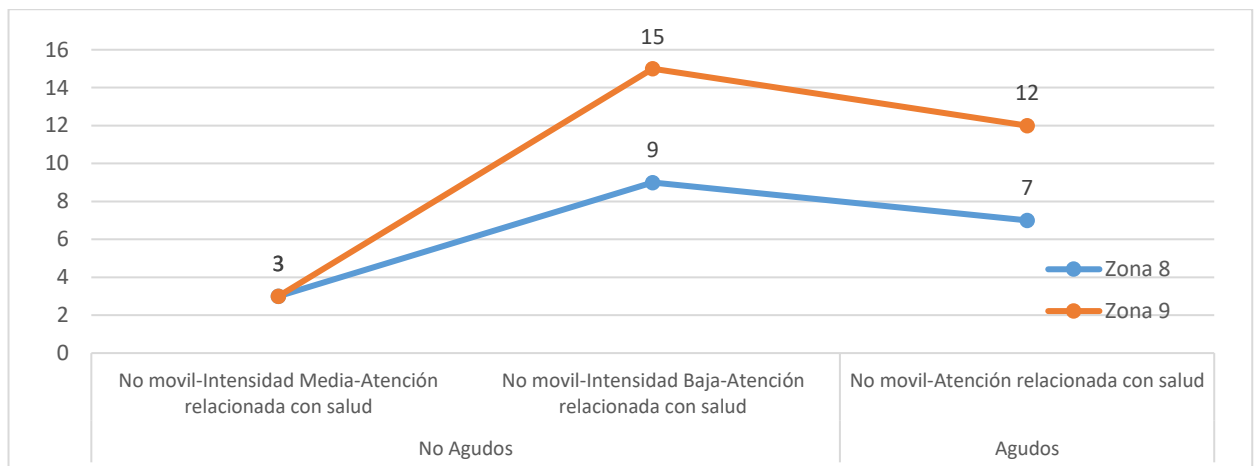
Los 32 centros que asisten a personas con enfermedad mental grave en ambas zonas sanitarias proveen de contacto entre el personal de salud y la persona con un trastorno mental grave, contacto asociado a la presencia del diagnóstico y que – preferentemente – es cara a cara. (figura 5).

Del total de centros, 19 establecimientos se codifican **O3.1**, es decir, cuentan con una atención disponible las 24 horas del día los siete días de la semana, brindan atención y tratamiento inicial en respuesta a una situación de crisis, deterioro en el estado mental o físico, comportamiento o problemática social relacionada con su estado; por lo general, son las unidades de urgencia y la atención es otorgada por profesionales sanitarios especializados en salud mental.

En el análisis, seis (6) dispositivos fueron codificados como **O9.1**; estos son dispositivos de salud que pueden proporcionar al usuario con un trastorno mental grave atención al menos tres (3) veces por semana o quincenalmente, si se requiere. Corresponden, principalmente, a hospitales generales y especializados. Finalmente, 24 centros sanitarios fueron codificados como **O10.1**, es, decir, la intensidad de la prestación que pueden otorgar tiene una frecuencia menor a una vez cada quince días.

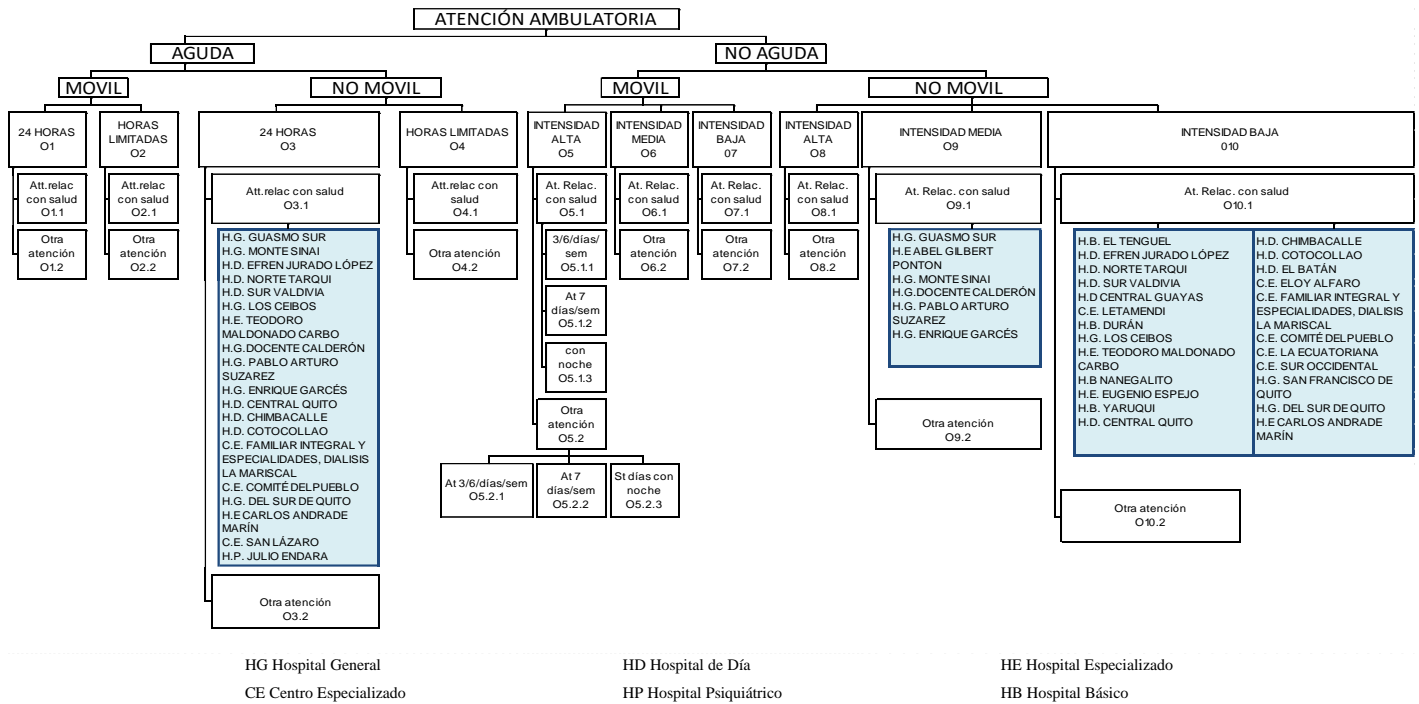
Respecto de la distribución territorial, la zona 9 contiene la mayor cantidad de dispositivos de atención ambulatoria (grafico 2), los que son ofertados principalmente por hospitales generales, característica que es común en ambas zonas, aunque en la zona 9, este servicio también es ofertado por hospitales especializados (figura 5).

Gráfico 2. Atención Ambulatoria por zonas



*No móvil = no recibe atención domiciliaria

Figura 5. Diagrama de centros de atención ambulatoria para personas con trastornos mentales graves

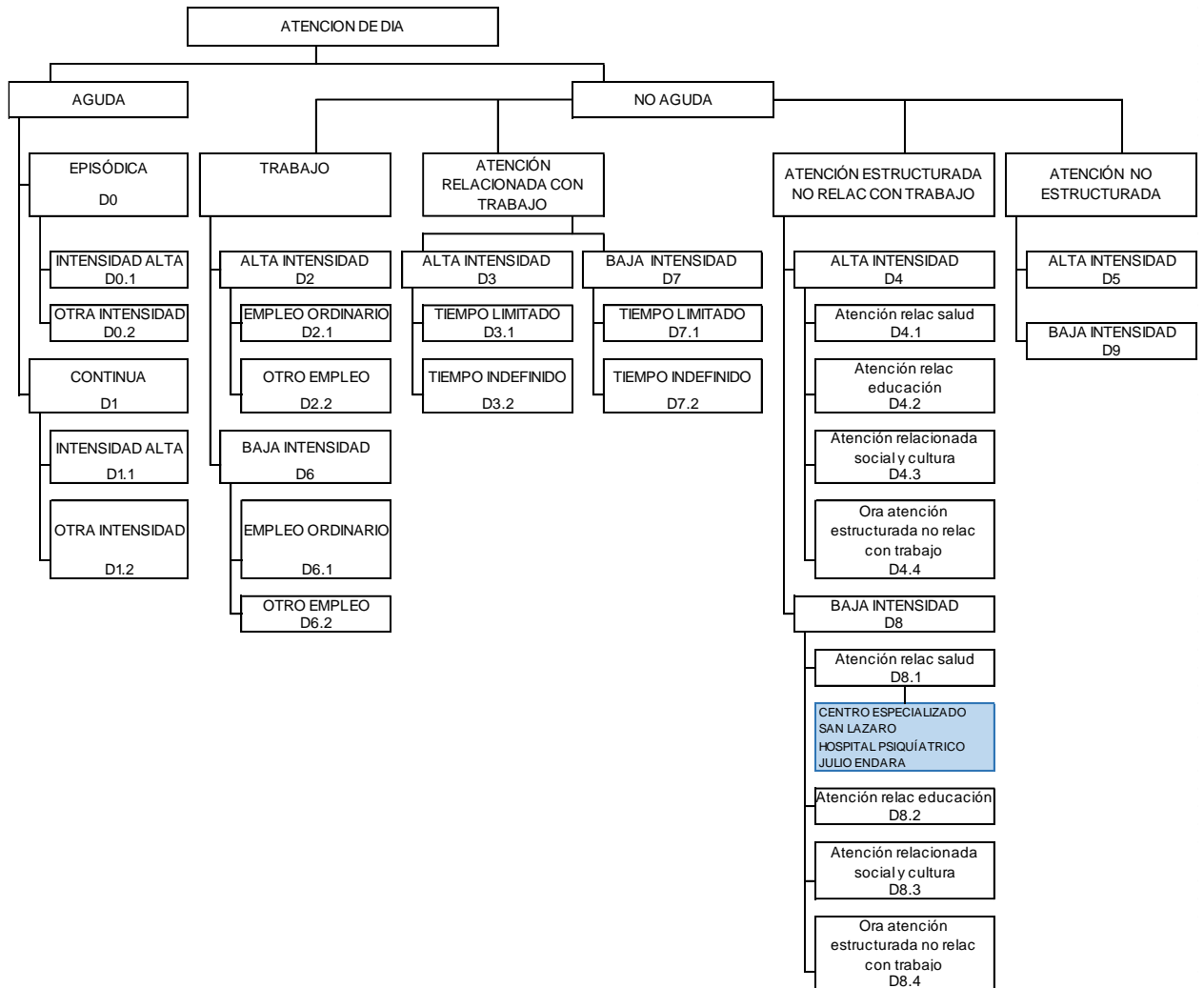


Centros de Día (D)

De los 32 centros analizados, solo dos cumplen criterios como Centros de Día y ambos se encuentran en la Zona 9. Se trata de centros que están disponibles normalmente para varios usuarios al mismo tiempo y proporcionan alguna combinación de atención a personas con trastornos mentales graves, atienden durante un horario establecido, que es más prolongado que el de un contacto cara a cara con el profesional. La codificación específica que tienen es **D8.1** (figura 6); considerando que la atención habitual es menos del equivalente

a cuatro medios días por semana y realizan actividades de rehabilitación física, social o psicológica. Los dispositivos sanitarios que codificaron para este tipo de atención son el Centro Especializado Ambulatorio San Lázaro, que, dentro de su oferta sanitaria, tiene organizados a los usuarios en grupos para las actividades descritas al igual que el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, que da este tipo de atención a usuarios ambulatorios.

Figura 6. Establecimientos de atención de día para personas con trastorno mental grave.



ATENCIÓN RESIDENCIAL (R)

En esta rama se codifican dos dispositivos de salud, ambos en la zona 9. Estos establecimientos proporcionan alojamiento nocturno a los usuarios en un

propósito relacionado con la atención clínica y social a las personas con trastornos mentales graves; corresponden al Hospital Psiquiátrico Julio Endara, que se codificó en más de una rama, y el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Ambos establecimientos sanitarios brindan atención cerrada por un tiempo limitado, siempre con la presencia de un especialista de salud mental.

En el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, además de la atención ambulatoria y la ya mencionada atención como Centro de Día, también permanecen ingresadas personas por un tiempo ilimitado, acompañadas durante las 24 horas del día por personal que puede atender alguna de sus demandas; de manera que este dispositivo sanitario tiene más de una codificación en la misma Rama, como la de prestar atención a personas no agudas, con una cobertura no médica de 24 horas, con una permanencia superior a las 4 semanas (figura 7).

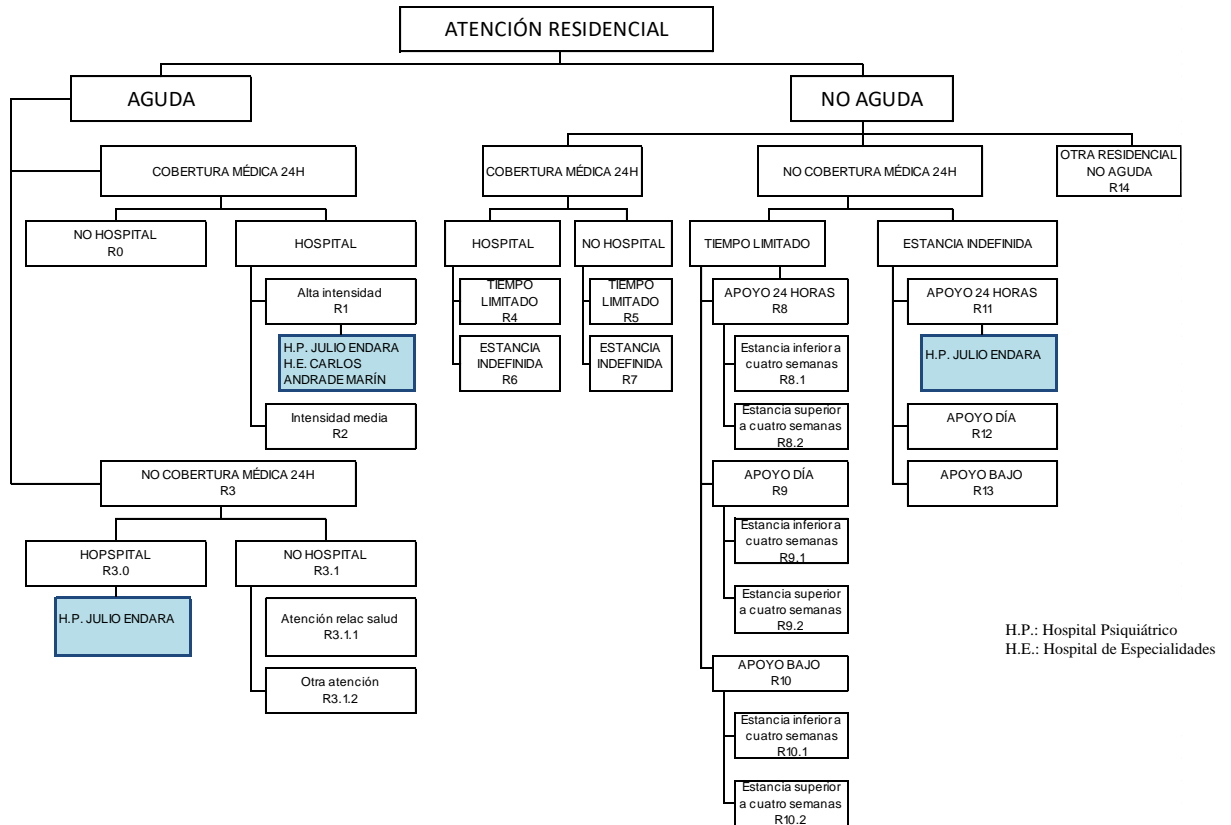
Con codificación **R1** se identificaron a los dos hospitales especializados, el Hospital Psiquiátrico Julio Endara y el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, en este tipo de dispositivos, los usuarios pueden ingresar durante las 24 horas del día debido a una crisis, deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con el trastorno psiquiátrico, existe cobertura médica las 24 horas y los usuarios admitidos con

un deterioro de su estado físico o mental tienen vigilancia durante 24 horas, si lo requieren.

El Hospital Psiquiátrico Julio Endara también se codificó con el código **R3.0**, que corresponde a centro sanitarios que ofertan atención aguda, sin cobertura médica, durante las 24 horas del día y están localizados en un hospital registrado.

Finalmente, este mismo centro residencial, el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, se codificó **R11** porque proporciona atención residencial y garantiza que el paciente está atendido las 24 horas, por tiempo indefinido.

Figura 7. Establecimientos de atención residencial para personas con trastorno mental grave.



En resumen, el gráfico 3 muestra la distribución de los tres tipos de dispositivos en las dos zonas estudiadas; se observa una mayor cantidad y diversidad de servicios en la Zona 9, que incluye dispositivos en las tres ramas. En la zona 8 se observan solo centros de atención ambulatoria. Si los resultados se estiman en una tasa de profesionales por 100.000 habitantes, se observa que la zona 8 cuenta con 20 psiquiatras, lo que equivale a una tasa de 0,46; se contaba con 42 psicólogos equivalente a una tasa de 0,96 y 17 profesionales no médicos, ni psicólogos que atienden a personas con un

trastorno mental grave que equivalen a una tasa de 0,39 por 100.000 habitantes. En la zona 9 se puede observar una tasa de profesionales de salud mental por 100.000 habitantes distribuidos en 68 psiquiatras que equivale a una tasa de 2,11; 86 psicólogos que equivale a una tasa de 2,66 y 37 profesionales no médicos, ni psicólogos que brindan atención a personas con un trastornos mentales graves que equivalen a una tasa de 1,15 por 100.000 habitantes (gráfico 4).

Gráfico 3. Tipos básicos de atención por zona

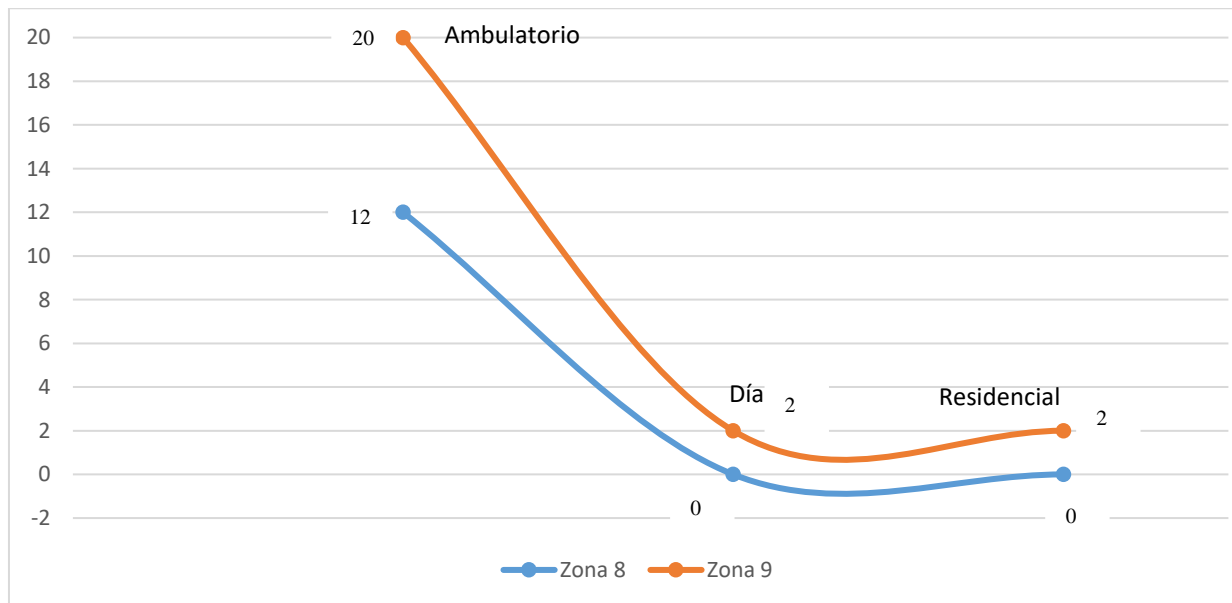
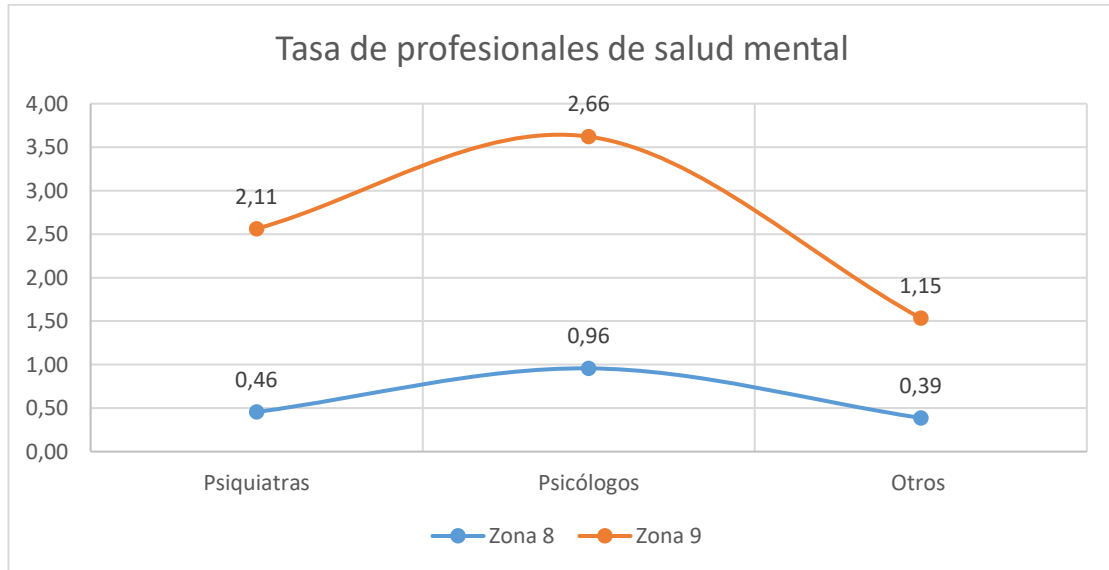


Gráfico 4. Tasa de profesionales de salud mental por cada 100.00 habitantes, por Zona Sanitaria



En las Zonas estudiadas, el personal de salud mental que brinda atención en los diferentes establecimientos sanitarios está conformado mayoritariamente por psicólogos; la categoría “otros” incluye enfermeras, que no tienen formación especializada para abordar problemas de salud mental, médicos familiares y terapeutas ocupacionales (gráfico 5, gráfico 6).

Gráfico 5. Distribución de tipos de profesionales *de salud mental de Zona 8*

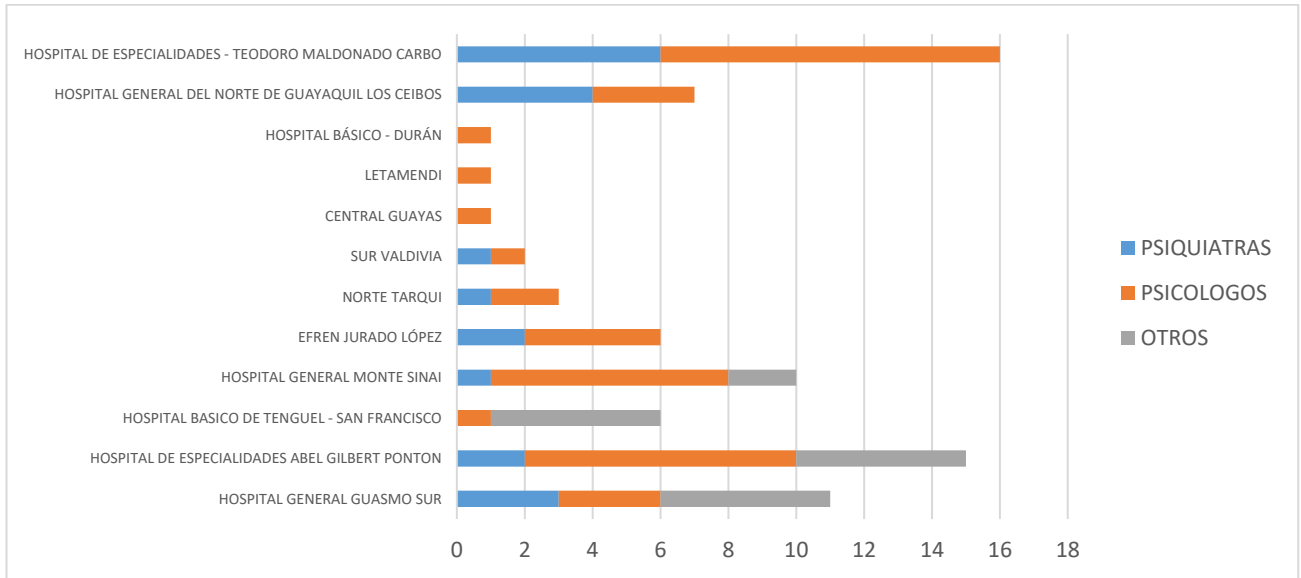
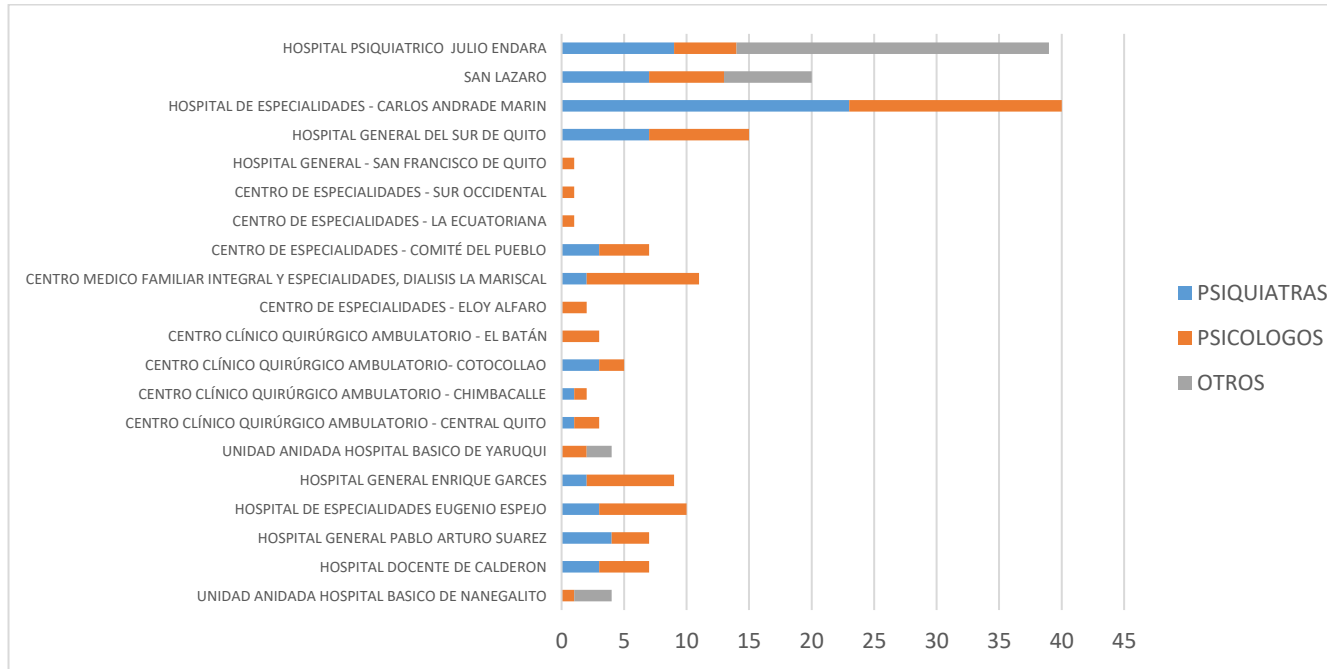
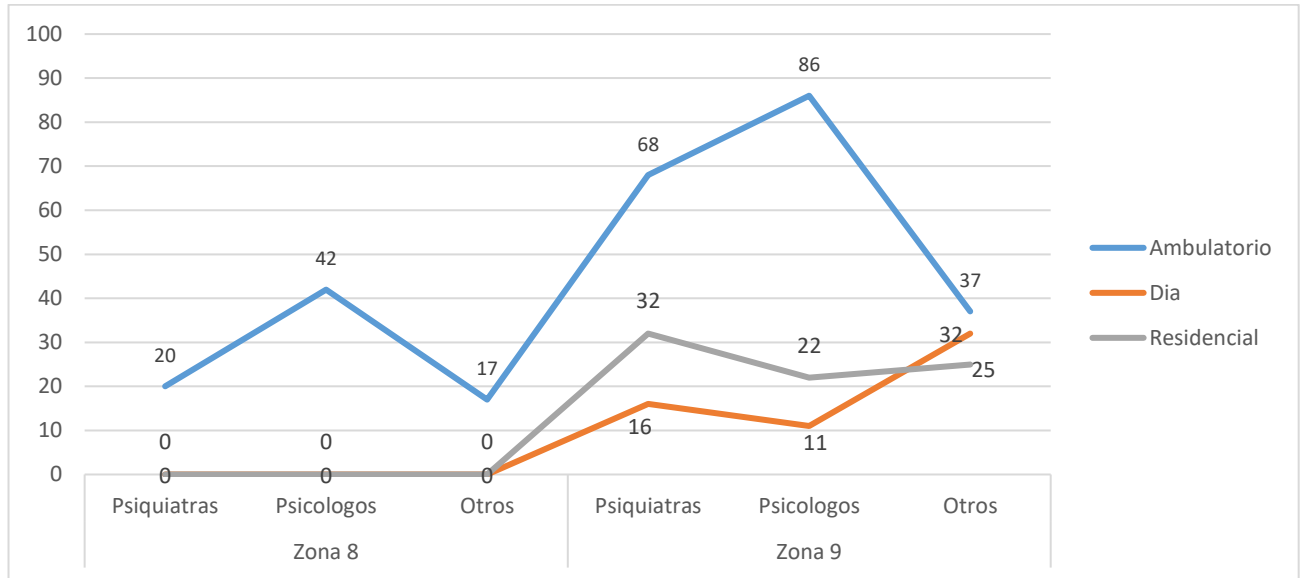


Gráfico 6. Profesionales de salud mental de la zona 9



La distribución de profesionales de salud mental en cada una de las zonas, al igual que de los servicios, es desigual. En la Zona 8 la cantidad de profesionales se distribuyen en 12 centros de atención ambulatoria; mientras en la Zona 9 los profesionales se distribuyen en 20 establecimientos de salud, algunos de los cuales codificaron en varias ramas (gráfico7).

Gráfico 7. Número de profesionales de salud mental, por rama y zona sanitaria



Resultados del Estudio Cualitativo

A continuación, presentamos los resultados cualitativos del estudio. Estos se agrupan de acuerdo a la definición y perfil de personas entrevistadas: profesionales de salud, usuarios con un trastorno mental graves y familiares de personas con un trastorno mental grave.

1. Profesionales de Salud

Esta población corresponde a profesionales de salud que cumplen diferentes roles en el establecimiento sanitario (tabla 17).

Tabla 17. Descripción de los profesionales de salud entrevistados en las dos Zonas sanitarias

<i>ID</i>	<i>CARGO</i>	<i>PROFESION</i>	<i>INSTITUCION DE SALUD</i>	<i>TIPO</i>	<i>ZONA</i>
EP01	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP02	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP03	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	8
EP04	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP05	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	B	8
EP06	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP07	Administrador Técnico	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP08	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	C	8
EP09	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	B	8
EP10	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP11	Administradora Técnica	Médico Familiar	Primer Nivel	B	8
EP12	Administrador Técnico	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP13	Administrador Técnico	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP14	Administradora Técnica	Médico Familiar	Primer Nivel	A	8
EP15	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	8
EP16	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP17	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	A	8
EP18	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	A	8
EP19	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	8
EP20	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP21	Administradora Técnica	Enfermera	Primer Nivel	A	8
EP22	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	B	8
EP23	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP24	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	A	8
EP25	Administradora Técnica	Médico Familiar	Primer Nivel	A	8
EP26	Calificador Discapacidad	Médico Familiar	Primer Nivel	B	8
EP27	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP28	Responsable de Salud Mental	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	8
EP29	Administrador Técnico	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP30	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	B	8
EP31	Administrador Técnico	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP32	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	A	8
EP33	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	A	8
EP34	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	8
EP35	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	C	8
EP36	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	B	8
EP37	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	A	8

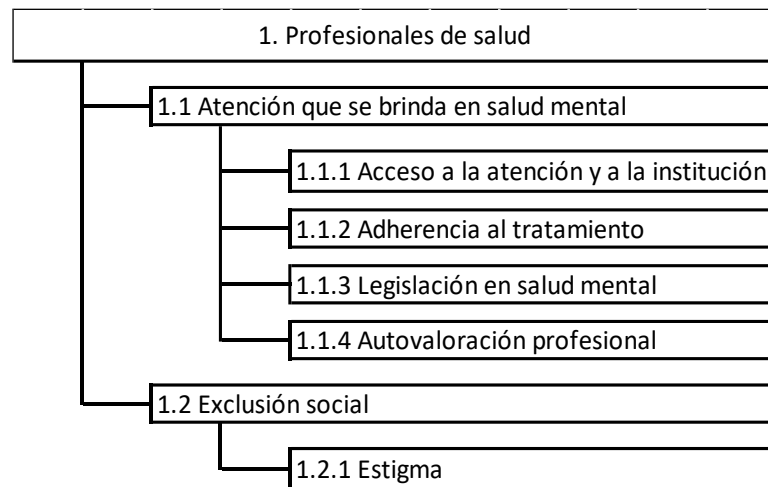
EP38	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	A	8
EP39	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	8
EP40	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	B	8
EP41	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	B	8
EP42	Administradora Técnica	Odontóloga	Primer Nivel	B	8
EP43	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP44	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP45	Administradora Técnica	Médico General	Primer Nivel	A	8
EP46	Administrador Técnico	Médico General	Primer Nivel	B	8
EP47	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	9
EP48	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	9
EP49	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Primer Nivel	Hospital Básico	9
EP50	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	9
EP51	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	9
EP52	Administradora Farmacia	Farmacéutica	Primer Nivel	A	9
EP53	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	9
EP54	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Primer Nivel	A	9
EP55	Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP56	Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP57	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP58	Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP59	Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP60	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP61	Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP62	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP63	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP64	Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP65	Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP66	Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Segundo Nivel	Hospital General	9
EP67	Jefe enfermería	Enfermera	Tercer Nivel	Hospital Especializado	9

Temas y categorías

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas a los profesionales que trabajan en el Ministerio de Salud Pública. Se

identificaron dos grandes temas: atención que se brinda en salud mental y exclusión social. Cada uno de estos temas está conformado por subcategorías, las que a continuación se detallan (figura 8).

Figura 8. Temas y subcategorías de entrevistas a profesionales



1.1 Atención que se brinda en salud mental

Este tema trata sobre la percepción que tienen los profesionales de salud acerca del acceso que tienen las personas con trastorno mental grave a la institución y a la atención, los factores que facilitan u obstaculizan el proceso de adherencia al tratamiento, la autoevaluación profesional y el marco legal de la salud mental. Este tema está conformado por las subcategorías, acceso a la

atención y a la institución, adherencia al tratamiento, legislación en salud mental y autoevaluación profesional.

1.1.1 Acceso a la atención y a la institución

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha clasificado a los establecimientos de salud en: primer nivel, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención. El primer nivel de atención está conformado por los centros de salud tipo A, B y C, estos brindan atención ambulatoria o internamientos de corta estancia a mujeres en labor de parto normal de acuerdo con su capacidad resolutive, en horarios establecidos

[...] nosotros atendemos desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde, obviamente también tenemos el área de emergencia y que como ya te comenté atiende las 24 horas, pero consulta externa es de lunes a viernes de ocho de la mañana a cinco de la tarde (EP27).

Los centros del primer nivel de atención se encuentran cerca de la población general, y a cada sector le corresponde un centro de salud; esto facilita la ubicación de usuarios considerados vulnerables. En el caso de que los usuarios acudan a un centro de salud que no les corresponde, reciben atención y orientación, y son derivados al establecimiento de su territorio.

[...] Si es asequible, nosotros nos manejamos por una sectorización o geo ubicación, entonces como usted puede ver nosotros tenemos un mapa donde tenemos ubicados incluso los pacientes, los pacientes con trastornos mentales graves, con consumo, embarazadas, todo ese tipo de pacientes los tenemos localizados, donde hay que darle seguimiento y abarca con todo (EP09).

[...] Si, aquí tenemos pacientes como lo dice obviamente la política, acérquese a su centro, de salud más cercano entonces los pacientes que pertenecen al sector, todos deben ser atendidos, y en ocasiones hay pacientes que no pertenecen pues bueno se acercaron y desean una consulta igual se les atiende y se los deriva, se les da una orientación para que puedan acudir al centro de salud más cercano, y se van seguros, porque hay bastantes que no conocen, entonces en su centro de salud van a tener esa, esa atención (EP03).

Los servicios ofertados en el primer nivel de atención están relacionados con la promoción y prevención de la salud, evidenciado en la creación de clubes de adolescentes y actividades de prevención de enfermedades, en ocasiones el personal de salud acude a realizar atenciones domiciliarias con el programa médico del barrio, estos servicios tienen la finalidad de cubrir y resolver las necesidades básicas de salud de la familia, el individuo y la comunidad.

[...] Ya nosotros hacemos atención primaria de salud, de primer nivel, medicina general, odontología, obstetricia, hacemos tamizaje neonatal, inmunizaciones, atención odontológica, farmacia, atención de estadística de primera instancia, promociones de salud, atención del médico comunitario, visitas domiciliarias. Tenemos al club del adulto mayor, tenemos el club de la embarazada. Psicoprofiláctico y obstétrico, tenemos el taller de adolescentes tenemos las atenciones con los CNH (Creciendo con Nuestros Hijos) y los CDI (Centros de Desarrollo Infantil) en la atención de los niños menores de los 5 años (EP06).

Claro tenemos el servicio de consulta externa que como bien dijo trabajamos de 8 a 4y 30 y en cuanto a la consulta de los domicilios tenemos implementada la estrategia médica del barrio en nuestra unidad de salud y en nuestro Distrito, en el cual día a día trabajamos para poder captar e identificar estos pacientes vulnerables. Trabajamos con pacientes vulnerables y prioritarios, pero también existe un agendamiento por call center de los pacientes que no pueden acudir a la consulta, ellos agendan por call center, y mediante consulta externa y la planificación de salidas con los de EAIS (Equipo de Atención Integral de Salud), entonces se planifica y se envía un médico para que de la atención a los domicilios, y mediante la estrategia médico del barrio pues prácticamente todas las demandas se salen a visitar pacientes vulnerables esos paciente que no pueden acudir a un centro de salud (EP08).

Con el propósito de prestar atención a las demandas de la población, se ha organizado la atención bajo un agendamiento previo y en casos excepcionales por demanda espontánea.

El paciente tiene que llamar al 171, agendar su cita, pero, si el paciente viene y tiene alguna patología y hay tal vez disponibilidad de algún turno, se le da la consulta por demanda espontanea, siempre y cuando eso no interfiera en los pacientes que ya están previamente agendados (EP04).

Los pocos casos de personas con un trastorno mental grave (TMG), que acuden al primer nivel de atención son resueltos por los profesionales de salud de acuerdo con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP), tales como el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) o la Guía de Intervención para los Trastornos Mentales, Neurológicos y por el Uso de Sustancias (MhGAP).

[...] Si, tuve unos dos casos, pero específicamente fue el caso de una jovencita que fue derivada de un colegio por presentar problemas emocionales, pero ya en la consulta nos dimos cuenta de que ella estaba presentando alucinaciones visuales y auditivas, Y era un problema que tenía su generación, pero el ambiente familiar de ella le fue llevando para que se den cadena estas cuestiones, entonces lo que hicimos fue seguir el protocolo de atención...[...]. Le derivamos a que le vea una doctora y una psiquiatra que tenemos aquí en la Martha, que ella maneja la parte psicotrópica en depresiones de acuerdo la guía MhGAP por qué no todos los médicos lo hacen, Y le hicimos atención y el medicamento le ayuda regular esto, pero al mismo tiempo le hicimos la interconsulta con la doctora para especialidad psiquiatría y neurología para aquellos nos faciliten el diagnóstico definitivo porque nosotros nos manejamos con diagnóstico presuntivo (EP32).

El siguiente nivel de atención corresponde al nivel secundario de atención conformado por los hospitales generales; aquí se otorgan servicios de salud especializados en modalidades ambulatorias o de internación, son los establecimientos de referencia de los centros de salud de primer nivel de atención por su mayor capacidad resolutive, en cada zona existe una reducida cantidad de hospitales por lo que se han emplazado en lugares estratégicos para facilitar el acceso

“[...] está muy accesible y visible, como lo renovaron, entonces todo el mundo conoce le dicen hospital del cisne, entonces sí” (EP35).

Sin embargo, en este nivel se devela la falta de profesionales de salud mental, el desabastecimiento de medicación, o los pocos espacios destinados para atención ambulatoria e internamiento para personas con trastornos mentales. El escaso presupuesto destinado para la salud mental deja entrever que esta es una especialidad de poca importancia en las políticas públicas de salud.

Yo siempre creo que no somos ningunos superhéroes para poder tratar con todas las personas que acuden aquí, por lo cual se necesita del apoyo de otros profesionales, sin embargo, esto depende del presupuesto que se asigne para el centro de salud (EP47).

[...] No hay la medicación [...] ni siquiera aquí hay toda la medicación, eso es un problema, hay temporadas que hay el medicamento, hay otra temporada que ya no hay y lamentablemente ahí toca mandarles a los pacientes a que busquen en otro lado a que compren (EP65).

[...] No hay camas específicas para psiquiatría no, no hay para salud mental, entonces nosotros nos apoyamos en el servicio de base y junto con el servicio de base coordinamos y explicamos al servicio de base... (EP56).

Yo vengo un día, y ya me tengo que ir a una reunión, imagínese, si es complicada, complicada la situación realmente esperemos que este tema de salud mental, vaya cogiendo más fuerza o vayamos teniendo más apertura, más apoyo, Salud mental necesita un consultorio; yo atiendo por aquí, yo atiendo por allá, atiendo allá afuera, entonces es difícil hacer salud mental de una manera más adecuada, mas no tenemos ni privacidad siquiera con el paciente para que pueda hacer una catarsis más adecuada (EP18).

Si bien es cierto que los usuarios deben seguir ciertos parámetros para acceder a la atención de salud mental, algunos servicios han realizado arreglos internos para atender las necesidades de estas personas antes de lo establecido.

[...] Quizá un mes pero depende, pero nosotros tenemos un sistema interno que llamamos al paciente sin cita como usted vio que lo cité al paciente que se venga sin cita porque hay pacientes que necesitan inicialmente un seguimiento más estrecho, entonces tengo que llamarle que venga aunque sea sin cita para ver cómo está pero sin embargo que coja no más su cita, es lo que nosotros hacemos por esta situación de las citas que a veces son muy extensas y que están agotados incluso los turnos extras (EP64).

Si en el segundo nivel de atención no se pueda dar una respuesta adecuada al usuario, se lo deriva al tercer nivel de atención, es decir al hospital psiquiátrico. Aquí el usuario puede tener tratamiento de forma ambulatoria o puede ser internado, según el criterio clínico del profesional.

[...] Porque a veces hay pacientes que en uno o tres días no van a salir de emergencia, o no van a salir en dos semanas que requieren más tiempo porque es muy riesgoso o porque está muy avanzada y no tiene buen pronóstico mandamos a tercer nivel, tratamos de que sea en menor medida posible y tratamos de coordinar con tercer nivel, con Julio Endara que es el único tercer nivel que tenemos en enfermedad mental grave para normatizar esto, para ver que pacientes son aquellos que son candidatos para tercer nivel y que pacientes no, en esa parte si tenemos que poner en ambos lados, por ejemplo pacientes que tienen comorbilidades medicas muy fuertes que el hospital no tenga la capacidad, me explico por ejemplo en un caso muy avanzado, tiene terapia de diálisis renal, cosas que el hospital de tercer nivel no tiene (EP56).

1.1.2 Adherencia al tratamiento

Otro punto importante sobre la atención que se brinda en salud mental es la administración de tratamientos acordes a las necesidades de las personas con un trastorno mental grave, lo que puede facilitar el proceso de recuperación.

Los resultados favorables que se han obtenido, según los profesionales de salud mental al aplicar diversos tratamientos se ven reflejados en el progreso de las relaciones familiares, sociales y/o laborales de los usuarios.

Si hay resultados, la verdad es como que yo predico no es como que solo por un tiempo tienen que deben de llevar, sino que siempre vamos con un seguimiento siempre vamos con un control, porque ellos lo necesitan, entonces dependiendo hay ciertas, pacientes que van avanzando, van mejorando se van manteniendo de una manera más, más entre comillas normal, llevando su vida un poco más razonable podríamos decir y que tengan una buena socialización no solo con su familia sino pues también con las personas de afuera (EP03).

Los profesionales de salud asumen que la familia cumple un rol importante en la adherencia al tratamiento y en la estabilidad, mejora y recuperación de la persona con un trastorno mental grave.

[...] La familia es la parte fundamental porque ellos son la compañía diaria del paciente, dentro del trabajo como psicólogos que hacemos es tratar a la familia no solamente a dar seguimiento al paciente, es duro para la familia tener un paciente con trastorno mental grave y no saber

cómo manejarlo porque sufren también estrés al ver a su familiar de esa manera (EP30).

El apoyo de la familia es vital tanto para cuestiones físicas como para lo que nos concierne en lo que son las afecciones mentales, imagínese usted que importante es el apoyo para el paciente, para un paciente que se encuentra con un grado de ansiedad importante, incluso en otro tipo de patologías más serias siempre es importante que el paciente cuenta con el apoyo del familiar y con el acompañamiento muchas veces para una evolución favorable (EP61).

En los usuarios que carecen de apoyo familiar se evidencia la mayor cantidad de recaídas.

“[...] Para los que no tienen una familia...muchos están deambulando en calles, es penoso ver este tipo de grupo de personas con estas patologías sin ningún tipo de ayuda familiar” (EP22).

Algunos profesionales utilizan la psicoeducación como estrategia destinada a que los familiares puedan afrontar los obstáculos que se presentan al brindar apoyo a la persona con un trastorno mental grave.

[...] Muchos como te mencionaba son personas de escasos recursos económicos y por ende son también el nivel sociocultural es bajo entonces no es que no quieran tratarle mejor a su familiar si no que no saben cómo hacerlo entonces también dentro de la terapia es parte de aprender, de enseñarles cómo ayudarles de mejor manera a sus familiares porque no todos saben o están con la preparación adecuada para a saber cómo intervenir de una manera más adecuada o como tratarles (EP66).

La visión que tienen los profesionales de salud sobre los trastornos mentales graves influye directamente sobre las terapias que aplican o sugieren aplicar. Algunos profesionales lo hacen desde una visión comunitaria a través de brindar intervenciones psicosociales, otros desde un modelo biomédico, pueden utilizar tratamientos más invasivos como la utilización de electrochoques o la prolongación de internamientos cuando las personas no responden a las intervenciones usuales y hay riesgo de auto o heteroagresividad.

Trabajamos netamente con la terapia psicológica desde mi contexto, pero si se requiere que estos pacientes trabajen en otro tipo de terapia, como la terapia de la natación o que haga algún tipo de deporte, que si lo hacemos, nosotros manejamos dentro del distrito 2 laboratorios ambulatorios e intensivos en donde se manejan grupos no solamente por consumo que es prioritariamente que se abre un intensivo pero se maneja todo tipo de trastorno mental, grupos terapéuticos, y dentro de esos grupos terapéuticos existe el deporte, las terapias ocupacionales, la terapia familiares, entonces este tipo de terapias se ve implementada en todo en centro de salud pero debido a la brecha de talento humano, la falta de profesionales para cubrir estas áreas es lo que nos limita (EP28).

[...] Si vemos un paciente que tiene una patología que tiene muy mal pronóstico porque la evaluación es muy muy agresiva que son pacientes que no podemos contar sobre todo con las medidas de seguridad suficientes en este hospital, porque es un hospital general, no es un hospital especializado que es un paciente que no ha respondido para nada bien a los tratamientos farmacológicos, que su enfermedad esta resistente y que el riesgo de autoagresión y heteroagresion es muy alto y que incluso necesitamos una terapia más invasiva, tal vez terapia electroconvulsiva u hospitalizaciones más prolongadas (EP56).

1.1.3 Legislación en salud mental

La inexistencia de una ley en salud mental en el país hace que varios profesionales de la salud mental citen diversos documentos internacionales propuestos por la OMS para orientarse en la intervención y así solventar estos vacíos legales en Ecuador.

No, pero si entiendo que la OMS de alguna manera nos habla, la Organización Mundial de la Salud nos habla ellos tienen que ser integrados a la sociedad y qué tienen que darles el trato igual que a cualquier persona y los derechos humanos también indican eso (EP40).

Algunas sugerencias para la ley de salud mental manifestadas por los profesionales de salud se basan en brindar un diagnóstico oportuno, la aplicación de tratamientos psicosociales y farmacológico adecuados, y el involucrar a varias instituciones estatales que puedan facilitar la inclusión social de personas con trastorno mental grave.

...muchas cosas, la primera creo que todo parte de un diagnóstico oportuno entonces cualquier persona que se sospeche que tiene algún trastorno mental grave en cualquier etapa que esté atravesando necesita y debe tener un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento oportuno... (EP34).

Primero, la obligatoriedad de apoyo y acompañamiento de familiares a estos pacientes. Segundo, monitoreo y compromiso de la familia con la adherencia al tratamiento. Tercero, pacientes sin soporte familiar, se cuente con casas de acogida o comunidades para trastornos mentales graves en situación de abandono.

Además, el estado se debería encargar de la generación de especialistas y profesionales en Salud Mental, así como la gratuidad permanente de medicamentos y fácil acceso a los servicios de salud (EP58).

1.1.4 Autovaloración profesional

La mayoría de los profesionales de salud entrevistados presentaban cierta resistencia a autoevaluarse en su trabajo, porque manifiestan que los que tienen que evaluarlos son los usuarios, lo que muestra una perspectiva centrada en estos. No obstante, los profesionales se perciben como comprometidos con su trabajo y con los usuarios, lo que se ve en la consulta dentro del establecimiento de salud o en las visitas domiciliarias que realizan.

Yo, creo que esa es una pregunta que tendría que hacerla mucho más a los pacientes, debido a que nosotros dentro del contexto del ministerio de salud pública, como psicólogos como médicos, hablando generalizadamente damos toda la ayuda prioritaria y nos solamente dentro del centro de salud, nosotros visitamos los domicilios si el paciente no se ha acercado, por ejemplo, hablemos del mismo caso de depresión, si la próxima semana no se viene pues estamos visitándole para saber que paso, porque no fuiste a la consulta, o si hoy le toco consulta vemos en nuestra agenda que no llevo el paciente vamos al día siguiente y visitamos al paciente a ver que paso (EP28).

[...] Totalmente comprometida, comprometida con el trabajo que realizo en la comunidad, muchos años que tengo dando desde la psicología, desde la comunidad, la gente llega a ser parte de ti, aunque yo me cuido

mucho de no apropiarme de ellos de no vincularme mi parte personal, porque vuelvo a repetir hoy estamos aquí mañana no sabemos y son situaciones que debo dejar empoderado a la familia, me siento muy responsable para mi es una vocación la psicología, amo la psicología y siento que en todas partes debemos estar en todas partes debemos participar, no solo es la psicología, vienen a una consulta psicológica no, la embarazada necesita de psicología, el adulto mayor necesita psicología, el niño, el adolescente...entonces yo creo que si damos lo que mejor podemos, de pronto desde mi aportación me califico con eso, desde el compromiso, entregada en lo que mejor puedo hacer (EP22).

La constante actualización de conocimientos de los profesionales tiene como finalidad mejorar la aplicación de los tratamientos para que estos sean los más adecuados para los usuarios y su familia, esta actualización la realizan a través de la asistencia a cursos o programas de posgrado.

Yo soy psicóloga clínica, tengo un diplomado internacional en reducción de la demanda y tengo un posgrado en terapia familiar sistémica, entonces yo como profesional que me ido formando utilizo esas tres herramientas, utiliza lo que es la psicología clínica identificando la problemática, utilizó como terapeuta familiar que trabajo con la familia juntamente con la comunidad, entonces son componentes en los cuales yo he ido alimentándolo como profesional la cual me permite hacer una atención integral tanto del paciente, como de la familia (EP32).

1.2 Exclusión Social

El proceso de exclusión que sufren las personas con trastorno mental grave dentro de la sociedad se basa, fundamentalmente, en los estereotipos que

pesan sobre ellas y que en gran medida son compartidos por los profesionales de salud mental. Los profesionales asocian los síntomas del trastorno mental a altos niveles de agresividad y peligrosidad que pueden poner en riesgo la vida de los sujetos o de otras personas. Este tema lo conforma la subcategoría estigma.

1.2.1 Estigma

Para algunos profesionales de salud mental la característica principal que poseen las personas con un trastorno mental grave es la agresividad, lo que les convierte en personas peligrosas, estos estereotipos no se distancian de los que posee el resto de la población.

“Un trastorno mental grave es aquel que no permite un desenvolvimiento adecuado en el área laboral, familiar y social y puede poner en riesgo su integridad física o la de terceras personas” (EP58).

En la esquizofrenia, mayormente es el hecho de sus conductas de agresividad, otros en el caso de la depresión son del suicidio, O el deseo de morirse esta es una de las cosas más relevantes, que es el caso de los pacientes con este tipo de problemas [...] (EP35).

Pero no solo la agresividad caracteriza a una persona con trastorno mental grave, algunos profesionales de salud mental también les atribuyen

deterioro cognitivo, afectaciones en la conciencia, voluntad y sensopercepciones, lo que les dificulta las relaciones interpersonales. En base a estos estereotipos, los profesionales de salud mental emiten sugerencias sobre los trabajos a los que pueden acceder las personas con un trastorno mental grave, los que pueden propiciar el aislamiento de los usuarios

Un trastorno mental grave es un trastorno, donde se ve dificultado el relacionarse interpersonalmente como también pueden ser las formas de actuar o tener ciertos déficits en las esferas cognitivas, afectivas, sociales y personales en donde ya se rompe esta estructura o ya no existen, además también hablamos de trastornos mentales graves cuando se encuentra afectada la conciencia y la voluntad, entonces la persona ya no se vuelve una persona propia de sí o trabaja en función a lo que es la patología o el trastorno está apoderándose de él, como lo que es en la psicopatía que hay una conexión entre la conciencia y la voluntad, que esto puede desaparecer y podríamos hablar de que tiene alucinaciones y otra clase de patologías que se asocian (EP47).

“[...] Trabajos un poco más solitarios, no en un ambiente laboral lleno de gente, [...] un trabajo más independiente en donde el mismo se maneje porque si ve rodeado de gente se considerará amenazado” (EP32)

Estas sugerencias emitidas por los profesionales de salud mental se basan en las características asignadas a las personas con un trastorno mental grave; muchas de éstas con una fuerte carga de prejuicio, que en algunos casos los llevan a verlos como discapacitados. Algunos profesionales de salud creen que el tratamiento farmacológico y psicológico no sirven para una persona con un trastorno mental grave, ya que el trastorno dejará secuelas en sus funciones cognitivas, lo que afectará sus relaciones personales incluso

poniendo en riesgo la vida otras personas o de sí mismos. Es decir, no creen en la recuperación de estas personas.

[...] Yo considero que es una discapacidad porque las personas que tienen un trastorno mental grave, o si siempre tiene crisis a pesar de estar medicados o a pesar de tener su tratamiento psicoterapéutico, entonces siempre van a tener una crisis y en esas crisis ellos pueden cometer muchas equivocaciones, incluso atentar contra su vida, a pesar de estar adheridos a su tratamiento, entonces por eso yo creo que es una discapacidad y por eso es que nosotros debemos estar un poco más pendientes de las personas que tienen algún tipo de diagnóstico de un trastorno mental grave, por eso hecho, no entendí muy bien la pregunta que categoría le pongo porque no hay categorías (EP53).

Cuando tenemos secuelas permanentes a pesar del tratamiento, si, en cualquier tipo de discapacidad en deterioro cognitivo, deterioro en las relaciones interpersonales en el tema de la convivencia, de la vida diaria, en funcionamiento ahí hablamos de discapacidades cuando hay un deterioro permanente, secuelas permanentes (EP34).

[...] Bueno, obviamente habría que considerar caso por caso, pero por ejemplo una persona que tenga un grado de concentración por lo menos mínimo yo creo que si pudiera trabajar en actividades de limpieza que no implica el uso de herramientas cortopunzantes o el uso de herramientas que puedan implicar algún tipo de riesgo por ejemplo una persona que pueda barrer que pueda trapear que pueda limpiar, pero sin ningún tipo de objeto que pueda poner en riesgo su vida ni la de otros (EP33).

A pesar de estas percepciones que tienen algunos profesionales de salud mental, existe también un grupo que impulsan proceso de inclusión, porque cree que las personas con un trastorno mental grave pueden hacer cualquier actividad si así lo desean, dependiendo de la evolución del trastorno.

Yo pienso que cualquier trabajo, usted sabe que ellos no pueden ser presionados el paciente verdad, pero la persona que le contrate tenga el conocimiento, para pensar que este paciente tiene algún tipo de trastorno para que pueda ser ayudado en el momento que le pueda dar algún tipo de crisis o para que la presión o el estrés no sea puesto sobre él, y trabajos donde ellos no puedan correr peligro verdad, pero yo pienso que por lo menos todos cuando ya están regulados pueden tener cualquier tipo de trabajo (EP05).

[...] Claro también, tenemos incluso, no aquí, pero tenemos otros lados pacientes que han terminado su carrera, incluso en la cárcel donde yo trabajaba tenemos a dos pacientes que eran esquizofrénicos y ellos ahora están estudiando leyes, entonces medicado y controlado podría darse (EP40).

2. Familiares de personas con un trastorno mental grave

Temas y categorías

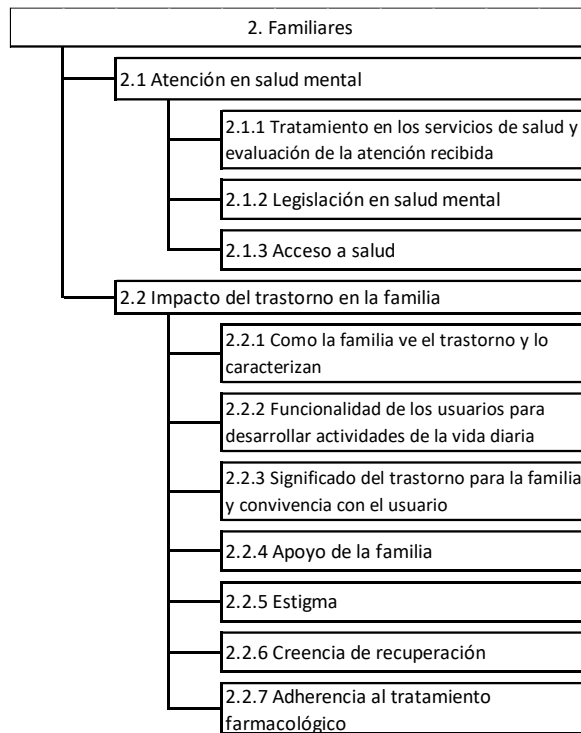
La tabla 18 resume las características de las personas que fueron entrevistadas en este grupo.

Tabla 18. Familiares de personas con trastorno mental grave entrevistados/as

<i>ID</i>	<i>SEXO FAMILIAR ENTREVISTADO</i>	<i>RELACIÓN</i>	<i>DIAGNÓSTICO DEL FAMILIAR</i>
EF01	Hombre	Hermano	Bipolaridad
EF02	Mujer	Madre	Bipolaridad
EF03	Hombre	Esposo	Depresión Mayor
EF04	Mujer	Esposa	Depresión Mayor
EF05	Mujer	Hermana	Esquizofrenia
EF06	Mujer	Hermana	Esquizofrenia
EF07	Mujer	Madre	Esquizofrenia
EF08	Mujer	Hija	Esquizofrenia
EF09	Mujer	Madre	Esquizofrenia
EF10	Mujer	Esposa	Esquizofrenia
EF11	Hombre	Esposo	Esquizofrenia
EF12	Hombre	Padre	Esquizofrenia
EF13	Mujer	Hermana	Depresión Mayor

De las entrevistas a los familiares, se obtuvieron dos grandes temas: atención en salud mental e impacto del trastorno en la familia. Cada uno de estos temas está conformado por subcategorías que se detallan más en la figura 9.

Figura 9. Temas y subcategorías de las entrevistas a familiares de personas con un trastorno mental grave



2.1 Atención en salud mental

Se refiere a la percepción que tienen los familiares sobre la atención recibida por el usuario en el sistema de salud, los tratamientos recibidos y la evaluación que se realiza sobre estos. Además, incluye el acceso a la atención y la información sobre aspectos estructurales de la atención como es el marco legislativo. Dentro de este tema se agrupan las siguientes subcategorías.

2.1.1 Tratamiento en los servicios de salud y evaluación de la atención recibida

Antes de su contacto con el sistema de salud la familia posee escaso conocimiento sobre los trastornos mentales. Esto lleva a que tengan expectativas de una rápida recuperación de su pariente las que se ven redefinidas por la información entregada por los profesionales.

“Como le digo nunca me imaginé que este problema era demasiado grave, porque siempre paso su vida normal buena, pero en estos meses vengo a enterarme de esto que ha sido un problema grave si no se lo trata” (EF07).

“Con el tratamiento pueden estar controlados, pueden controlarse la enfermedad, pero no en su totalidad, tienen siempre sus caídas, pero son leves no es en gravedad, entonces controlando con medicación de por vida porque eso lo que nos explican aquí, debe ser controlada porque es una enfermedad que debe ser tratada de por vida, pero no es que se controla en su totalidad, siempre habrá un porcentaje que siempre serán agresivos pero que se puedan controlar, eso es la enfermedad” (EF02).

El tratamiento de salud mental es conceptualizado, principalmente, como ambulatorio farmacológico.

“Pero yo no podría buscar otro médico, que no sea especialista no podría yo alterar la medicación, porque yo he visto que mi hijo le va bien con el actual tratamiento, se está controlando bien” (EF07),

Y de atención cerrada, y en menor medida como no tradicional, particularmente mediante la realización de actividad física.

“Si está bien porque también le han mandado hacer deporte y todo eso [...]Le mandaron a correr y a caminar porque eso le gusta” (EF04).

En general la atención recibida es evaluada positivamente. Esta evaluación se basa en la efectividad del tratamiento en la reducción de síntomas.

“Sabe yo le catalogaría como excelente, porque usted viene a este lugar y varias personas que les dan la posibilidad para que se curen y traten de integrarse a la sociedad...o sea esta es una ayuda bastante grande para la familia y la sociedad y las mismas personas que sufren esta enfermedad...Porque yo he estado en las consultas con los médicos, él ha estado conmigo, entonces sé que le están valorando y si necesita que la medicación le suban o le bajen o le mantienen, pero siempre están pendiente de los cambios que tiene” (EF10).

Cuando estos no disminuyen, baja la satisfacción con la atención. Esto se relaciona con el escaso tiempo que el profesional dedica al usuario y con un tratamiento farmacológico sin variaciones.

“Si regular cada una tiene sus deficiencias, puede mejorar un poco, pero si esta normal. Muchas veces el tiempo, o sea el doctor no tiene el tiempo ni para preguntarle de como esta, sino que simplemente le revisa la fecha le manda el mismo medicamento anterior y listo, siguiente paciente... Si exactamente, no se presta un poco más de tiempo para poder investigar a un paciente para saber sus necesidades sus problemas eso” (EF01).

Además, el personal de salud es percibido como competente técnica y humanamente. No obstante, en algunos casos se requieren más competencias relacionales con los usuarios.

“Yo creo que falta un poquito más de capacitación...A lo personal no solo enfocarse a la medicina, sino ir un poco más a los problemas personales, hacer más, mas, más como le explicó más humano en los pacientes” (EF01).

Finalmente, los familiares sugieren mejorar la atención y por tanto el tratamiento recibido mediante distintas estrategias. En primer lugar, sería deseable combinar el tratamiento farmacológico con otros tipos de intervención hacia los usuarios basados en el uso del cuerpo (actividad física y respiración) y con intervenciones de apoyo a la familia.

“Porque le escucha y le da consejos sí, porque eso me sabe contar el doctor me dijo esto, me aconsejo esto, pero yo estimo no sé yo que de pronto yo no sé del asunto pero a mí me parecería que deberían darles ejercicios, de pronto unos tips de como ella podría manejar tal o cual situación, o como ella podría, algo que le ayude, o sea como le puedo decir que ella piense de otra manera, que le ayude a que ella piense de otra manera, porque ella a veces tiene pensamientos muy negativos, ella siempre piensa que se va a morir...Vera yo en cierto modo no le veo como decir algo que pueda decir que le estén llevando bien. Porque yo me imagino deben de dar, de acuerdo a la situación, dar una terapia específica depende de acuerdo a los síntomas y signos, darle algo específico algo que le ayude a ella, por ejemplo, por decirle ejercicios de respiración” (EF13).

En segundo lugar, sería importante contar con equipos multidisciplinarios y con una mayor cantidad de profesionales.

“Me gustaría que implementen más psicólogos, más psiquiatras, más profesionales a nivel mental porque usted sabe hay tanto suicidios, o sea la depresión le lleva a grados altos de suicidio y todo eso, entonces me imagino que debería más profesionales que se hagan cargo de esto porque yo pienso que en toda etapa de la vida, en alguna etapa de la vida todo ser humano necesita de un psicólogo” [...] (EF13).

Finalmente es necesario poder mejorar la coordinación entre profesionales para evitar derivaciones innecesarias.

[...] Si no hay, incluso en los hospitales de Quito que tú vas incluso tratan de ayudarte de decirlo, pero esto fuera más rápido si hicieran una referencia inmediata acá, sino que allí hacen un proceso, que mejor debería ser automático para que la gente no pierda demasiado el tiempo...si es muy difícil, resulta que toca ir a esos hospitales luego esperar que vengan los psicólogos o psiquiatras resulta que son sitios algo pasajeros pues por un ratito, y deberían mandar directamente” (EF03).

2.1.2 Legislación en salud mental

Los familiares desconocen si existe una legislación en salud mental en Ecuador.

“No, no hay, es más me parece que de salud mental es recién que se está, les están dando apertura porque ahora hay más depresión, y es en todo el mundo a nivel mundial, pero de la salud mental nadie se ha preocupado” (EF13).

No obstante, realizan sugerencias sobre lo que debería contemplar una. Estas sugerencias incluyen considerar intervenciones psicosociales, algunas de las que deberían estar orientadas a la inclusión laboral, aumento de instituciones especializadas y recursos profesionales capacitados. Además, se requiere educación hacia la comunidad a través de campañas de divulgación sobre los trastornos mentales.

“Bueno primeramente tienes que tener un lugar donde ellos puedan estar haciendo actividades, donde se puedan concentrar, incluso donde se puedan desarrollar laboralmente, bajo control médico” (EF01).

“Crear por ejemplo centros médicos de psiquiatría y psicología para que ayuden a las personas que se orienten o dar charlas a los familiares a ver si tienen chicos con estos problemas, que en realidad no sabe, piensan que son rebeldes, pero en realidad tienen estos tipos de trastornos de enfermedades, eso diría que los gobiernos o alguien que está administrando el país, que creen estos centros médicos y les capaciten y den charlas gratuitas” (EF02).

2.1.3 Acceso a salud

El acceso al hospital, único con atención cerrada en el país, puede ser difícil para los que viven distantes, particularmente en provincias. Esto implica tiempo y esfuerzo en el desplazamiento. No obstante, las familias perciben que el esfuerzo vale la pena.

“Si claro desde Machala son más o menos son 12 horas...Claro si representa todo representa gasto no mucho, pero como madre y como familia nosotros tenemos que hacer una y otra diligencia para estar con él, pero imagínese de eso se trata la familia [...] Si, bueno yo vengo en un carro particular, privado como le digo es un sacrificio mío el poder llegar hasta aquí, y es por una razón por la mejoría de mi hijo, no importa donde sea” (EF07).

Por otra parte, el acceso a la atención profesional es expedito, una vez se ha iniciado el tratamiento en salud mental. Los controles con profesionales son regulares.

“Antes venía cada mes, ahora me están llamando cada dos meses o tres...Si es fácil cuando tiene la doctora, ya me manda la orden y tengo que coger el turno” (EF10).

2.2 Impacto del trastorno en la familia

Este tema considera el significado que el trastorno tiene para la familia, los apoyos requeridos para afrontar la situación, la convivencia con el usuario y la visión que se tiene de este, y su funcionalidad y recuperación. Esta última está asociada a la adherencia al tratamiento farmacológico. Además, se incluye la percepción de discriminación social que los familiares observan se tiene sobre las personas con trastorno mental grave. Las categorías incluidas son:

2.2.1 Como la familia ve el trastorno y lo caracterizan

Los trastornos mentales graves según los familiares se caracterizan principalmente por la presencia de agresividad.

“Conozco que es muy agresivo, y a veces se ponen mal, se ponen agresivo, busca pelea, se pone a hablar solo, la otra vez cogió la escoba, se sabe poner bravo, el otro día se ha pegado con la pared, se ha dado con la caja se le ha hinchado el ojo” (EF05).

En algunas ocasiones se presentan molestias somáticas y cambios extremos en el estado de ánimo.

“Claro ella tiene estados de ánimos extremos, o bien esta eufórica o feliz o esta triste y se deprime, cuando llega a esos extremos es porque esta descompensada, es cuando esta con los síntomas de la enfermedad” (EF01).

Estas variaciones de ánimo pueden poner en riesgo la vida de quien lo padece y de sus familiares.

“Y después se puso agresivo, mal genio, me tratado mal y empezó peor [...] Se puso agresivo, se quiso suicidar” (EF10).

También existe la presencia de alteraciones en el pensamiento y presencia de alucinaciones auditivas y/o visuales lo que provoca ciertos comportamientos extraños en los usuarios.

“Aumentaba las cosas, botaba las cosas afuera, regalaban las cosas [...] todo lo que tenía regalaba porque decía que era millonaria” (EF08).

Estos síntomas se agudizan cuando el usuario se ha descompensado.

“En caso de que se descompense nos toca estarle acompañando al hospital, toca cuidarle cuando está en casa de que no haga cosas que pongan en peligro su salud” (EF01).

Algunos usuarios pueden aislarse como estrategia de afrontamiento de la crisis.

“Si, se enoja, se pone enojada y comienza a o sea ya no quiere hablar, ya no quiere conversar, se va, se aísla [...] me dice no, no me pasa nada, déjenme en paz no quiero saber nada, se pone en ese estado” (EF13).

Los familiares perciben que el trastorno apareció de manera abrupta y lo atribuye a determinados contextos sociales (como el trabajo y los estudios), factores hereditarios o producto de accidentes.

“No, no le digo era normal, un día que fue a trabajar y allí a los 23 años apareció esta enfermedad” (EF05).

En otro relato se indica,

“Una vez nos llamaron al psicólogo a la mamá de ella y a mí y nos dijeron que la enfermedad venia por parte de la mamá de ellas” (EF12).

Además, la familia tiene una visión crónica del trastorno y los síntomas.

“Pero igual es un problema que tiene para toda la vida” (EF01).

2.2.2 Funcionalidad de los usuarios para desarrollar actividades de la vida diaria

La pérdida del contacto con la realidad, o los comportamientos agresivos de las personas que padecen un trastorno mental grave, hacen que los familiares los consideren como personas con discapacidad.

“Y en realidad esta misma enfermedad le hace que él no pueda conservar un trabajo, que no pueda estar porque son cambios bruscos a pesar del tratamiento” (EF02).

Esta condición dificulta el desarrollo en el campo laboral, académico y social del usuario.

“Ella no termino sus estudios ella abandono sus estudios y para encontrar un empleo ella no puede porque no está capacitada, protege mucho su vida” (EF01).

Por lo general las personas que padecen estos trastornos son víctimas de rechazo o discriminación, a pesar de que existe una legislación que protege a las personas con discapacidad.

“Si claro porque este gobierno les obliga algunas empresas, o sea la sociedad en sí no se preocupa por este tipo de personas porque les obliga el estado a tener por cada 25 empleados tienen que tener uno con discapacidad, entonces ahí es donde le dan la oportunidad a esta persona con discapacidad, pero no porque la misma gente toma conciencia y dice le voy a dar oportunidad a esta persona, eso no hay esa comprensión ese amor esa ayuda por parte de la gente” (EF02).

En este sentido los mismos familiares creen que los usuarios no son capaces de hacer actividades fuera del contexto familiar; es decir asumen que las actividades de cuidado o aseo dentro de casa son las más adecuadas para ellos. Lo importante es mantener a las personas entretenidas en actividades que puedan realizar.

“Tengo unos perros, Y le digo que me dé lavando la olla del perro para poner la comida, aunque me habla, pero me da lavando, Y tengo tres cuyes para los que me da poniendo la comida, y eso es lo que hace” (EF10).

2.2.3 Significado del trastorno para la familia y convivencia con el usuario

Para los familiares el convivir con una persona que tiene un trastorno mental grave es difícil y estresante, especialmente cuando el usuario se ha descompensado.

“Es extraño cuando ella conversar cosas raras [...] Nos hacía asustar, nos contaba de alguien que estaba siguiéndola en la casa, pero ahora ya está más tranquila” (EF11).

Esta convivencia provoca en los familiares sensaciones antagónicas, por un lado, tranquilidad y alegría cuando su pariente está estable, pero por otro lado tristeza, temor, angustia y una gran carga cuando están descompensados.

“Porque yo lloraba y lloraba porque él se iba a matar” (EF06).

“Me he alegrado mucho [...] Claro, sé que tiene un comienzo, y si le he dicho porque ella pensó que no, pero le dije que ya no comía hielo y le hice notar que si estaba mejorando y solo tenía 4 días aquí [...] Pero claro, estoy más tranquilo” (EF03).

Esta convivencia ha atraído como consecuencias cambios en el estado de ánimo de los familiares, sufrimiento, intranquilidad, temor e incertidumbre, perciben que el trastorno ha afectado a toda la familia.

“Veras yo eso representa un problema grave para la familia porque eso no nos dábamos cuenta de que eso se nos iba a escapar de las manos y lo muy grave que es, por eso estamos ahorita en este hospital...No dormía tanto tenía que estar pendiente las 24 horas del día, a veces de lo que fumaba las pastillas perdían su efecto, y cosas así” (EF03).

2.2.4 Apoyo de la familia

La mayor cantidad de apoyo que recibe una persona que tiene un trastorno mental grave proviene de la familia más cercana, y en menor medida de la familia extendida.

“No, no saben visitar, ahí en fila viven los hermanos” (EF10).

El apoyo hace que las personas con estos padecimientos puedan evolucionar mejor.

“Bueno ahora ha sido más cercana, tengo más comunicación con él, ahora me siento como madre que debo estar al lado de él, siempre compartir siempre estar apoyando emocionalmente, también apoyando económicamente, porque creo que de eso se trata mucho que las personas tienen este problema de que la familia debe estar en primer lugar, más cercas de ellos apoyándole, exigiéndole que tome su medicación y así” (EF07).

En algunas ocasiones el hecho de apoyar al familiar afectado por un trastorno mental grave ha provocado problemas de diferente índole al familiar, como desgaste emocional y problemas de pareja.

“Yo lloraba a esta institución para que le acojan aquí, y además tenía también problemas tensionales provocados por la situación de mi hermano y personales por eso me daban fluoxetina por dos meses. Era por mi hermano

y por la relación con mi esposo...Claro, tenía problemas graves con mi marido hasta llegar a la agresión por parte de él” (EF06).

2.2.5 Estigma

Las personas con trastornos mentales son discriminadas porque los ven como peligrosas lo que genera temor. Esta información es transmitida fundamentalmente por los medios de comunicación, que se refieren al tema solo cuando hay una situación violenta en el que están involucrados usuarios con trastorno mental grave.

“No, yo pienso que no, el problema que en nuestra sociedad existe es la discriminación, porque de hecho si ellos buscan un trabajo particular la gente lo discrimina, piensan que es una discapacidad, pero no porque mi hijo es muy inteligente, es muy trabajador” (EF07).

“Solo cuando hablan en los medios en las noticias es cuando hay algún accidente algún crimen, ahí investigan que esta persona ha tenido un trastorno bipolar que no ha sido tratado o un trastorno mental, ahí solo hablan, ahí solo dicen” (EF02).

2.2.6 Creencia de recuperación

Algunos familiares tienen la certeza que la recuperación de sus parientes depende de la adherencia al tratamiento. La recuperación es conceptualizada como volver a la “normalidad” esto implica tener una familia, trabajar y adaptarse al entorno.

“Yo pienso y tengo la firme certeza que él se va a recuperar bien, o sea muy pronto, yo sé cómo se dice que ya tiene que tomar la medicación pero que el este siempre en tratamiento yo sé que va ser un hombre normal, va tener su familia, va a poder tener su trabajo, como dice en la sociedad no va tener ningún problema él” (EF07).

2.2.7 Adherencia al tratamiento farmacológico

El abandono del tratamiento farmacológico se suele deber a que los usuarios se encuentran estables o porque quieren evitar síntomas secundarios que provocan ciertos medicamentos. Este abandono puede conducir a una recaída, lo que conduce a retomar el tratamiento.

“Ahorita ella ha dejado de consumir el medicamento, deberían revisarle nuevamente el tratamiento, una vez que corta por lo general le cambian de medicamento, porque la misma medicina que estaba tomando ya no le hace efecto, entonces deben empezar de nuevo con otro tratamiento” (EF01).

Usuarios con un trastorno mental grave

Los usuarios entrevistados fueron hombres y mujeres, quienes presentaban un diagnóstico de esquizofrenia, bipolaridad o depresión (tabla 19).

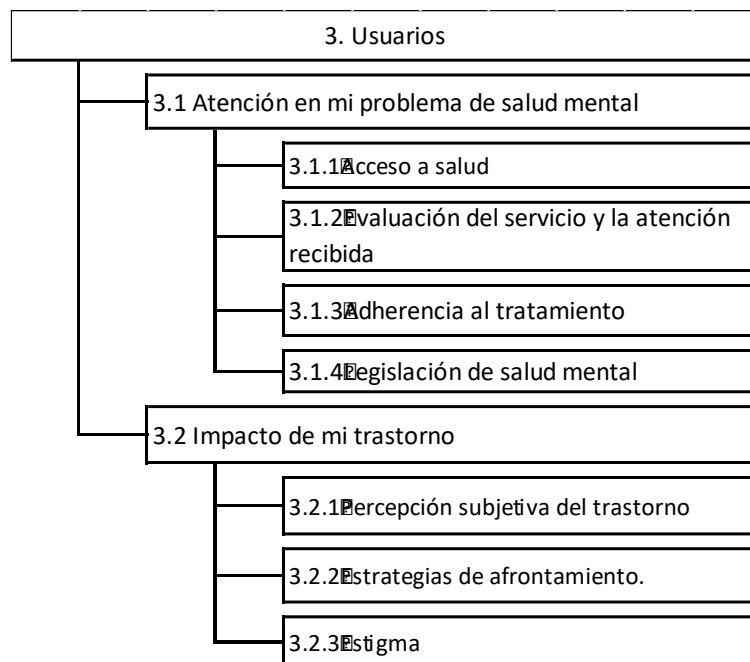
Tabla 19. Descripción de los usuarios con un trastorno mental grave entrevistados

<i>ID</i>	<i>SEXO</i>	<i>DIAGNÓSTICO DEL FAMILIAR</i>	<i>EDAD</i>
<i>EU01</i>	<i>Hombre</i>	<i>Bipolar</i>	40
<i>EU02</i>	<i>Mujer</i>	<i>Bipolar</i>	52
<i>EU03</i>	<i>Mujer</i>	<i>Bipolar</i>	31
<i>EU04</i>	<i>Hombre</i>	<i>Bipolar</i>	43
<i>EU05</i>	<i>Mujer</i>	<i>Bipolar</i>	38
<i>EU06</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	48
<i>EU07</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	59
<i>EU08</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	37
<i>EU09</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	44
<i>EU10</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	49
<i>EU11</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	56
<i>EU12</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	41
<i>EU13</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	55
<i>EU14</i>	<i>Hombre</i>	<i>Depresión</i>	60
<i>EU15</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	57
<i>EU16</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	60
<i>EU17</i>	<i>Hombre</i>	<i>Depresión</i>	35
<i>EU18</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	22
<i>EU19</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	28
<i>EU20</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	52
<i>EU21</i>	<i>Mujer</i>	<i>Depresión</i>	58
<i>EU22</i>	<i>Mujer</i>	<i>Esquizofrenia</i>	46
<i>EU23</i>	<i>Mujer</i>	<i>Esquizofrenia</i>	29
<i>EU24</i>	<i>Hombre</i>	<i>Esquizofrenia</i>	32
<i>EU25</i>	<i>Hombre</i>	<i>Esquizofrenia</i>	50
<i>EU26</i>	<i>Hombre</i>	<i>Esquizofrenia</i>	44
<i>EU27</i>	<i>Mujer</i>	<i>Esquizofrenia</i>	54
<i>EU28</i>	<i>Hombre</i>	<i>Esquizofrenia</i>	44
<i>EU29</i>	<i>Mujer</i>	<i>Esquizofrenia</i>	29
<i>EU30</i>	<i>Mujer</i>	<i>Esquizofrenia</i>	43
<i>EU31</i>	<i>Hombre</i>	<i>Esquizofrenia</i>	24
<i>EU32</i>	<i>Mujer</i>	<i>Esquizofrenia</i>	36

Temas y categorías

De las entrevistas a usuarios, se obtuvieron dos grandes temas: atención en mi problema de salud mental e impacto de mi trastorno; cada uno de estos temas está conformado por subcategorías (figura 10).

Figura 10. Temas y subcategorías de las entrevistas a personas con un trastorno mental grave



3.1 Atención en mi problema de salud mental

Este tema hace referencia a la percepción que tienen las personas con un trastorno mental grave sobre el acceso a los servicios de salud, la evaluación que hacen del servicio, la adherencia al tratamiento y la legislación existente en salud mental.

3.1.1 Acceso a los servicios de salud

Acceder al único hospital especializado con atención cerrada de carácter público en todo el país, se convierte en un problema para quienes lo hacen desde otras provincias.

“No, he este hospital no queda cerca, no queda cerca de mi casa, porque no queda en la misma ciudad ni en la misma provincia yo soy residente en Santo Domingo de los Tsachilas. y me toca viajar” (EU31).

Esto requiere de esfuerzo en lo económico y en tiempo de traslado.

“Veras para mí se me hace un poco difícil porque yo vivo bien al norte, yo vivo en San Carlos y de allá hasta acá exactamente me demoro 2 horas o 2 horas y media depende del tráfico, como yo trabajo si tengo los recursos pero cuando yo estoy sin trabajo tengo que estarle pidiendo a mi mama para venir porque si se gasta, se gasta en el bus, yo cojo uno, dos, tres buses de venida y tres de ida, y bueno gasto tres dólares de ida

y venida, y lo único y yo vengo es porque las pastillas me las dan gratis, solo por eso” (EU32).

Para acceder a la primera cita con el profesional de salud mental de este hospital, existe un tiempo prolongado de espera, lo que puede tener consecuencias negativas para los usuarios sobre todo en lo laboral.

“[...] Hay que tener un poquito de paciencia porque te dan las citas para dos meses un mes, y cuando vienes se demoran los doctores en atender, por ejemplo, cuando yo estaba en el otro trabajo, yo trabajaba en un restaurante una vez mi jefe no me quería dar permiso y me dijo te doy dos horas y las dos horas me demora de allá para acá , y vine acá y le dije a la doctora si me podía y que yo vine temprano y si me podía atender antes me dijo que no que tenía que esperar mi turno, bueno en realidad me demore hora y media aquí, y ya llegue al trabajo y lo perdí el trabajo porque me demore mucho, o sea yo recomendaría que si te dicen a la hora que te dicen la cita que a esa hora te atiendan que no te digan 20 minutos más o la doctora no llego, está en una reunión o te cambio a otra o cosas así, hay que tener mucha paciencia para venir al hospital se demoran un poquito” (EU32).

Una vez iniciado el tratamiento, los controles con los profesionales son regulares y en cada control se procura la entrega de la medicación.

“Al inicio los dos veces a la semana, luego una vez a la semana ahora vengo cada quince días” (EU09).

“La medicina me regalan” (EU28).

“[...] ya dos meses, me da ella un turno entonces voy a información y ahí me dan el turno, si la doctora dice dos meses correcto me dan a los dos meses o dos meses y una semana, o sea no es exacto, pero promedia más o menos de lo que pide la doctora” (EU14).

3.1.2 Evaluación del servicio y la atención recibida

Por lo general los profesionales de salud mental que atienden a las personas con un trastorno mental grave son evaluadas positivamente.

“Para mí es buena me atienden bien, nos tratan de ayudarnos en las citas cuando estoy mal me atienden más pronto” (EU08).

“Son buenos doctores, el doctor Otacoma es un profesional y la doctora Díaz es una excelente doctora también y me saco de muchas crisis, estoy estable por ellos, me siento bien” (EU19).

Fundamentalmente porque perciben como favorables los resultados derivados de los tratamientos farmacológicos y psicológicos, que contribuyen a su estabilidad emocional y económica.

“Me ayudado a estar estable, y si no hubiera sido por este centro, estuviera ahorita pagando por un psiquiatra particular e imagínate en estos tiempos, en estos momentos son difíciles, por la situación económica” (EU26).

[...] *“Por mi parte yo estoy muy agradecido porque si no hubiera sido por los medicamentos que recibo y de la atención psicológica que me ayuda también un poco a resolver mis problemas diarios yo estuviera, no estuviera en un estado de ánimo estable ósea no me sentiría el mayor parte muy nervioso y no me sentiría tan tranquilo como me siento ahora” (EU31).*

Por otro lado, existe una valoración negativa hacia la planificación que tiene el hospital y la falta de profesionales, que se evidencia en los largos tiempos de espera y en el cambio constante de médicos psiquiatras.

“[...] A veces no, porque si se demora. A veces el mismo médico está en emergencia y el mismo médico viene atender, entonces en ese sentido si a veces si nos hemos demorada bastante” (EU20).

“[...] “Porque el doctor que está al tanto no le atiende y viene otros doctores que no están al tanto, no atienden seguido, el mismo mes me atendió otra doctora, siempre me atienden otras doctoras, o sea otras personas que no están al tanto de eso no, porque a veces me dicen una cosa, a veces me dicen otra cosa” (EU25).

“[...] “Al llegar aquí han sido las cosas con la psicóloga muy diferente, con la psiquiatra, bueno me cambiaron estábamos de acuerdo en un estado medio, no sé ahora con el nuevo doctor que me han cambiado no sé verdaderamente, pero con la doctora que ya llevo más de 2 años estoy muy bien” (EU14).

También valoran negativamente a algunos profesionales de la salud y del área administrativa, porque perciben que existe un trato diferente a usuarios que provienen de otras provincias.

“[...] “Bueno en el hospital como le digo no todas las profesionales se les puede decir que son excelentes y que están sobre su ética, hay unitas que porque están aquí se creen dueñas del hospital o cualquier empleado, pero si también hay profesionales muy respetuosos que saben llevar su profesión como lo amerita” (EU14).

“[...] “Como le digo, hay gente que creo que les tratan mal, a mí no me han atendido mal, pero a otra gente si les tratan mal, al menos que vengan de algún otro pueblo y así les discriminan se puede decir porque les tratan mal” (EU16)

3.1.3 Adherencia al tratamiento

Para algunos usuarios uno de los principales factores que influyen en la no continuidad de su tratamiento se basa en la percepción de abandono, o falta de apoyo de su familia.

“[...] Mal porque son ingratos no vienen a verme y yo tampoco puedo ir porque no me han dicho donde viven para irlos a ver [...]” (EU07).

“[...] he en mi caso es que, como quiera le digo que perdí a mi familia a mis dos hijas porque nadie me entendía a mí de la depresión que yo tenía me llegue a separar también, porque el padre de mis hijos no entendía lo que tenía hasta que busque ayuda y aquí me están ayudando” (EU05).

La administración de medicamentos provoca en las personas con un trastorno mental grave algunos efectos secundarios a nivel somático, lo que afecta el funcionamiento de los usuarios.

“[...] Si, a veces subir de peso debido a que tienen lactosa, algo así y a veces resequedad en la garganta, y bueno así dicen que por tanto tomar medicina a veces tienen efectos colaterales [...]” (EU24)

“[...] Era, era una persona muy activa bastante despierta y he multifacético bastante, bastante hiperactivo, en cambio cuando empecé a tomar la medicina todo eso cambio me cambio ahora soy una persona muy pasiva” (EU04).

Algunos de los usuarios prefieren dejar de administrarse la medicación, en unos casos para evitar efectos no deseados y poder cumplir con sus actividades habituales, y en otros porque perciben que ya no la necesitan.

“A cabalidad con la de psiquiatría no, porque me manda mucha medicación para que duerma y eso es superficial, me da mucho sueño y tengo que dejar de tomar, yo conduzco y hay veces a la doctora que le digo que estoy tomando para no tener inconveniencias porque no me gusta tomar medicina [...]” (EU14).

“[...] Bien, si con ella me tomaba los medicamentos los primeros meses por lo que no dormía y eso; me dio unas gotas, unas pastillas, vivía con eso y ahora me dio medicamento, pero no siento la necesidad de que debo tomar porque ya estoy bien, pero yo no me la tomo, porque yo le dije yo ya me siento bien porque me voy a tomar esos medicamentos [...]” (EU13).

En ocasiones, la discontinuidad del tratamiento trae como consecuencia que los síntomas propios del trastorno se exacerben y que las personas tengan que ser internadas para lograr estabilizarlas.

“[...] Si una vez deje de tomar las pastillas y pelee hasta con mi esposo tenía problemas graves, pero ahora ya estoy mejor más estable [...]” (EU06).

“[...] No la verdad es que me dio una vez y me trajeron inmediatamente para acá. Entonces me dio una crisis y me trajeron inmediatamente para acá desde ahí estoy haciéndome atender aquí ya son como no sé cuántos años, cuatro o cinco años” (EU04).

En otras ocasiones las personas con un trastorno mental grave han dejado de administrarse el medicamento, para poder cumplir con sus objetivos, como por ejemplo el poder ser madres, pero son desalentadas por los profesionales de salud.

“Yo, tengo desde los 20 años que, que me dio la enfermedad, pero de lo que recaí desde los 18 y he recaído exactamente, me parece que he recaído 3 o 4 veces, pero eso he recaído por ese motivo por lo que quiero ser madre y lamentablemente la doctora me hizo entender que yo jamás podre ser madre que no voy a poder tener hijos porque no puedo dejar de tomar las pastillas” (EU32).

Se debe considerar que si los usuarios abandonan el tratamiento pueden surgir algunos problemas en el ámbito familiar como quiebres y en lo laboral pérdida de trabajo.

“Bueno a lo que no estaba en tratamiento, me afecto mucho perdí mi trabajo, yo mismo la pareja actual que tenía y mi hijo y me alejé de esa persona, deje mi hogar, me aleje de mi hijo, me separe de la madre de mi hijo, después con mi actitud perdí mi trabajo también. Era el cambio de humor que yo sentía que afloraría con más tiempo, entonces enemistades con compañeros, no me gustaba seguir ordenes, si me decían que esto no haga así, yo creía saber más y lo hacía” (EU01).

El tratamiento psicológico también puede ser considerado innecesario al notar discrepancias entre el psicólogo y el psiquiatra, o porque no encuentran una respuesta adecuada a su padecimiento.

“[...] Primero si asistía, ahora ya no asisto la verdad ya me cansa” (EU11).

“[...] Al principio si ahorita como ya no estoy con la psicóloga ósea ya en si la psicóloga porque, porque no como le digo en que el tiempo un choque entre la psicóloga la psiquiatra y me enredaba mucho, entonces como más segura me sentía con la psiquiatra yo, entonces me quede con la psiquiatra y deje lo otro” (EU05).

Por otro lado, el apoyo familiar, el deseo y la expectativa de recuperarse y la confianza en Dios hace que un grupo de usuarios se mantenga constante con los tratamientos farmacológicos y psicológicos

“[...] Él me dice, cuando tienes cita con la doctora, cuando tienes cita médica tú, le digo tal fecha, no te olvidaras irás, y ya me llamas, más luego ya nos vemos y ya me está preguntando, me manda mensajes, como no voy a la casa ahorita, voy a otro lado, ya me ha de decir, ya me estaba mandando mensajes mamita como te fue con el doctor” (EU13).

“[...] Siempre he sido una persona independiente, siempre he sido desde pequeño una persona independiente y en el momento que se dieron cuenta ellos que estaba así, yo entre en ese estado así de depresión primero, de ahí vino el problema, toda la gente se sorprendió pues porque pensaban que yo estaba consumiendo algún tipo de sustancia, y toda la gente me dio la espalda, comenzó hablar, comenzó a intimidarse, comenzaron hablar atrás mío, atrás de mis espaldas, pensando que no me iba a recuperar, pero gracias a Dios me recupere” (EU26).

3.1.4 Legislación de salud mental

La inexistencia de un marco legislativo en Ecuador sobre salud mental es reafirmada por los usuarios quienes lo manifiestan en sus relatos:

“No, no he escuchado ninguna ley, no, no escuchado sobre este tema que haya una ley que le den más ayuda [...]” (EU05).

En este sentido, si los usuarios pudieran ser parte de la construcción de una ley de salud mental, sus aportes serían dirigidos a la creación de nuevos hospitales, con la cantidad necesaria de personal para cubrir las necesidades de las personas, la implementación de terapias integrales que ayuden a los usuarios a incluirse en la sociedad, fundamentalmente mediante el trabajo.

“[...] O sea yo le considero mejor y debería implementarse más lugares así en el país, porque es un beneficio para las personas tengan su medicación y las que no se puedan quedar aquí a dormir o no puedan venir...” (EU01).

“[...] Yo creo que si tal vez medidas preventivas unas leyes para que no discriminen a la persona que está padeciendo algún trastorno mental no que conozcan la situación y que igual siga habiendo oportunidades laborales y de inserción al campo laboral” (EU04).

Otro de los aspectos que consideran importantes es la creación de grupos de apoyo conformados por personas con trastorno mental grave y sus familiares, con la finalidad de apoyarse mutuamente, compartir estrategias de afrontamiento sobre el trastorno para así ir disminuyendo el tratamiento farmacológico, y dar a conocer a la comunidad este tipo de problemas, para que estas personas puedan ser aceptadas en la sociedad.

“[...] Yo siempre he creído que es importante un grupo de apoyo con el profesional una vez a la semana para poder conocernos mejor, darnos tips o pautas de cómo mejorar sin las pastillas [...]” (EU06).

“[...] El apoyo de la familia, de trabajo de jefe para que las personas no seamos visto como algo raro, en donde nos podamos desenvolver [...]” (EU09)

3.2 Impacto de mi trastorno

En este tema se analiza el impacto que ha tenido el trastorno en las personas que lo padecen, los procesos de discriminación que han tenido que soportar y las estrategias utilizadas para poder sobrellevar el trastorno. Aquí se incluyen las subcategorías: percepción subjetiva del trastorno, estrategias de afrontamiento y estigma.

3.2.1 Percepción subjetiva del trastorno

Las personas con un trastorno mental grave saben que las alteraciones en el pensamiento, las sensopercepciones, los ciclos de sueño-vigilia o el estado de ánimo, son síntomas que caracterizan a su trastorno.

“[...] Te la describo o sea para mí la enfermedad empezó como algo paranormal, fue algo que perturbaba mi cabeza, pensé que iba a quedar como una persona loca mismo [...]” (EU26).

“[...] Que le diré, vera yo ahorita me manejo con pastillas porque cuando me empezó la depresión no podía dormir, vivía sin dormir entonces de

ahí me mandaron al psiquiatra, y la psiquiatra me mando pastillas [...]" (EU16).

"[...] Me dicen cosas que me dan como ordenes, esa es la esquizofrenia paranoide, veo cosas cuando estoy dormido siento cosas, y así he sentido algo como que se me hala o he visto fantasmas todo eso se ver y es fuerte" (EU24).

"Mi carácter varía mucho demasiada tristeza o demasiada euforia, en esos momentos de euforia uno piensa que puede hacerlo todo, cree que puede correr no se cansa, que puede hacer todo que es una parte inconsciente que esta, como si uno tomara mucho y la parte inconsciente esta como eufórico, y cuando uno está triste siente que no vale nada" (EU01).

Sin embargo, estas alteraciones no han sido impedimento para poder realizar actividades domésticas, recreativas o laborales, ya que perciben que tienen las mismas capacidades que el resto de las personas

"[...] Veo televisión, las novelas, con eso paso con eso me entretengo o como a mí me gusta hacer de todo un poquito me pongo hacer, ya cuando me hace falta algún material cojo y dejo botando y no hago nada [...]" (EU13).

"[...] Tengo mi enfermedad, pero me siento con las mismas capacidades [...]" (EU24).

"[...] Collares, bisutería, también le doy a la costura así poco, también me pongo a coser, me hostigo y ya dejo botando y me voy a ver la novela, o si no tengo que arreglar la casa, lavar los platos, cocinar, pero yo no cocino, ya cuando es tarde ahí me pongo hacer cualquier cosa para mi hijo para la merienda, y que lleve mi hijo para el siguiente día el almuerzo [...]" (EU13).

Los usuarios atribuyen el surgimiento de su trastorno a causas biológicas y psicosociales. Entre las primeras están condiciones hereditarias, errores médicos y enfermedades.

“[...] Yo nací con esto, pero mi mamá no se ha dado cuenta, pero yo cuando necesite ayuda yo busque ayuda [...]” (UE19).

“[...] Lo que pasa es que mi enfermedad es adquirida es bipolar orgánica, porque a raíz de una aneurisma malformada en mi cerebro cuando me hicieron la cirugía apretaron las venas del sistema nervioso y adquirí esta enfermedad...me acuerdo que había un ventanal grande en la sala de las gradas del segundo piso y yo con mi mala costumbre de siempre caminar viendo para abajo al piso entonces yo iba caminando bajando las gradas y no me doy cuenta que el ventanal estaba allí y plap me golpee aquí en la parte frontal derecha del cerebro, y dese ahí se me ha malogrado por esta parte y también inclusive en la época de la adolescencia también este como todo comienza una a desarrollarse no estaba en plenitud mi cerebro” (EU03).

“[...] Tengo depresión, comenzó desde que me dio hipoglicemia, soy diabética [...], yo primero me vinieron trayendo directo a emergencias, entonces de emergencia me ingresaron al hospital y del hospital, acá en el hospital me diagnosticaron que era diabética en segundo grado, y desde ahí ya me comenzó la depresión” (EU16).

Las segundas están asociadas a sufrimiento en la infancia y en la vida adulta

“[...] Es la acumulación desde mi infancia hasta ahora que fue el momento en que explote [...]” (EU17).

“[...] Porque vivir en la oscuridad es triste conmigo ha sido bien triste, bien amarga mi vida desde antes desde mi niñez” (EU11),

Cuando falleció mi padre hace 19 años me dio depresión postparto [...]” (EU08)

“[...] Estaba tranquila si no que a raíz de un problema que tuve, ahí me puse mal y de ahí entonces mucho problema tenía, ahí la doctora en el Comité también me ayudo bastante de lo que no dormía, hubo dos meses que no dormía” (EU13).

3.2.2 Estrategias de afrontamiento.

Los usuarios utilizan distintas estrategias de afrontamiento para sobrellevar su trastorno. Utilizan estrategias centradas en el problema y en el manejo de las emociones. Dentro de las primeras está la búsqueda de información que les permite conocer sobre su diagnóstico y los posibles tratamientos.

“[...] Bueno yo tengo trastorno bipolar, entonces ya llevo bastante tiempo en tratamiento, bueno no es lo que me han dicho, parte lo que me han dicho lo averiguo” (EU01).

“[...] Bueno, las enfermedades mentales de acuerdo a lo que yo he leído hay muchas cosas primeramente porque hay de nacimiento, retrasos, bueno hay muchas enfermedades y cuando la persona es adicta a una droga también son mentales, no tengo nada de experiencia he leído libros sí, pero no tengo nada de experiencia, entonces yo estoy porque quería saber dónde falle o que método puedo usar para estar yo más en paz y estar con Dios” (EU14).

Dentro de las estrategias centradas en la emoción está el ocultamiento del trastorno. Los usuarios utilizan esta estrategia para no ser discriminados u ofendidos y evitar momentos bochornosos

“[...] Yo prefiero evitar conversar del problema que tengo porque se espantan [...]” (EU 10).

“[...] La verdad es que yo por la enfermedad que yo tengo siento un poco de vergüenza porque por ejemplo yo tengo un novio y él no sabe de mi enfermedad, y yo jamás lo diré según yo pero no sé, la gente cuando tú le dices de esa enfermedad de esquizofrenia porque lo que yo tengo es esquizofrenia me tratan de loco tu eres esto tu eres lo otro y en realidad no, mira yo vivo sola trabajo hago mis cosas sola y mientras yo esté tomando la pastilla ósea vive una vida normal solo que tienes que estar con el tratamiento ahí, ahí y que te puedo decir afrontar” [...] (EU32).

Otra de las estrategias utilizadas es el aislamiento, se intenta disminuir el contacto social para evitar el sufrimiento asociado a la discriminación.

“[...] No me relaciono con nadie, yo entro a mi casa y estoy con mis hermanos y así cuando vengo al hospital y así, para que no, no tengo tiempo para saber si, es más ni siquiera me voy a la tienda entonces es mi hermana la que se va a comprar lo que sea, yo no, entonces no tengo tiempo de que me discriminen” (EU16).

Finalmente, los usuarios intentan controlar el malestar que les generan las críticas hacia ellos/as y su situación.

“[...] Ahora por ejemplo la familia o de parte de mis hijos, mis hijos, ellos siempre le critican o sea ellos no tienen la palabra adecuada que el psicólogo o psiquiatra, lo que ellos dicen mami usted siempre que anda en los loqueros, entonces yo a veces antes si me ofendí y si me sentía mal pero ya últimamente ya sólo los escucho y trato de que no me afecte” (EU15).

3.2.3 Estigma

Los usuarios perciben que los diagnósticos psiquiátricos son desconocidos para la mayoría de la población. Manifiestan que por lo general se los asocia a estereotipos negativos, entre los que destaca la agresividad. Por tanto, a las personas con trastorno mental grave se les considera peligrosas lo que genera temor en la población.

“Porque yo me he dado cuenta de que la gente tiene desconocimiento de lo que es el trastorno bipolar, piensan que la persona que tiene bipolaridad es agresiva, eso es lo que le viene a la mente, [...] bueno uno escucha trastorno bipolar es como que uno piensa que la persona es agresiva, así uno tenga tratamiento ya lo tachan así” (EU01).

“Recién me fui a trabajar, estuve los tres meses y no me renovaron el contrato y es triste porque uno se prepara y da lo mejor posible y la gente tiene miedo porque si a uno le cogen los tres meses, para luego botarle, raro es la empresa que le tiene a uno trabajando ahí” (EU01).

Esto ha provocado que los usuarios tengan menos oportunidades de desarrollo en la sociedad, y para compensar, de alguna manera, esta desventaja recurre a apoyos del estado como la obtención del carné de discapacidad con la esperanza de obtener alguna plaza de trabajo.

“Si tengo yo el carné, porque me han dicho que puedo conseguir trabajo para mí, pero no me sale siempre voy todos los martes, pero no hay posibilidad de que me den trabajo y estoy sin trabajo cuantos años, como más de cuatro años estoy sin trabajo, toda la vida mismo no he conseguido trabajo, si consigo después de unos cinco años, lo consigo

solo por unos cuatro meses, así, pero toda la vida estada así sin trabajo decente, pero nunca he tenido trabajo. También como me afecta la enfermedad la depresión, entonces no puedo estar trabajando” (EU25).

Las personas tienen el deseo y la esperanza de poder contar con los apoyos necesarios para poder desenvolverse en la sociedad y no ser discriminados,

[...] El apoyo de la familia, de trabajo de jefe para que las personas no seamos visto como algo raro, en donde nos podamos desenvolver [...]" (EU09).

DISCUSIÓN

El estudio presentado es el primero en Ecuador que recoge información descriptiva estandarizada sobre la oferta de servicios socio-sanitarios para atender la demanda derivada de trastornos psiquiátricos graves. Desde esa perspectiva, da cuenta de una mirada más comprensiva del sistema de asistencia sanitaria actual. A la par, se recogió información cualitativa de usuarios, familiares y profesionales, buscando complementar la perspectiva, desde una mirada del usuario – beneficiario – demandante de las prestaciones. En ese sentido, busca tener un entendimiento más comprensivo del proceso de desarrollo e implementación de un sistema de atención a los problemas de salud mental de la población, específicamente de las personas con un trastorno mental grave.

El Programa de Acción para la Reducción de las Brechas en Salud Mental (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sugiere apoyar a países de ingresos medios como Ecuador, para que logren disminuir las brechas en salud mental a través de acciones de promoción y orientando a los estados para que desarrollen normativas que permitan mejorar los sistemas de salud mental recogiendo el aporte de los gobierno y las organizaciones en la asignación de recursos financieros y humanos, y así garantizar una mayor

cobertura en la atención de personas con trastornos mentales y una disminución de la carga generada por éstos (OMS, 2008).

En las últimas décadas, algunos países han reforzado la oferta de servicios de salud mental en el primer nivel de atención (Minoletti, Soto-Brandt, Sepúlveda, Toro, & Irrázaval, 2018) como una estrategia que permite una mayor cobertura para atender a la demanda por patología psiquiátrica y problemas asociados a la salud mental de la población. Así, los centros de nivel primario no son solo la puerta de entrada al sistema, sino también el espacio donde se realiza la primera evaluación y – eventualmente – la derivación a dispositivos del nivel secundario, si ello es necesario. En el caso de Ecuador, nuestro estudio reporta que, de los 157 establecimientos de primer nivel de atención identificados en las dos zonas estudiadas, que contaban con al menos un profesional de salud mental y que incluían en su cartera de servicios la atención en salud mental, tuvieron que ser excluidos todos ellos del proceso de descripción y consecuente codificación DESDE-LTC, porque la atención que brindaban era básicamente recibir y derivar las consultas a establecimientos de segundo o tercer nivel (L. Salvador-Carulla, Romero López-Alberca, et al., 2011).

Las personas con un trastorno mental grave, una vez atendidos en los niveles de atención especializada (secundaria y/o terciaria)), deberían mantener contacto con centros del primer nivel de atención para el seguimiento de sus necesidades sanitarias; sin embargo, los usuarios prefieren desplazarse hasta el servicio en el que si perciben que recibieron ayuda, incluso realizan este desplazamiento tan solo para retirar la medicación, encareciendo un servicio público que debería ser gratuito (MSP, 2018).

En este sentido, esa falta de respuesta de los centros y profesionales de salud puede ser considerada como un obstáculo que impide que las personas con un trastorno mental grave se incluyan dentro de su comunidad, incrementando el estigma.

El informe del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS; WHO-AIMS, en su acrónimo original en inglés), mostraba que el año 2015 existían en Ecuador 199 dispositivos sanitarios de nivel primario (OMS, 2015); lo que aumentaba para el 2019, donde solamente en la Zona 8 y Zona 9 existían 157 centros de atención primaria que contaban con al menos un profesional de salud mental. Sin embargo, aunque ello evidencia un incremento de la oferta sanitaria, esta no parece ser capaz de resolver un porcentaje elevado de las patologías de menor complejidad, que permita referir a establecimientos de nivel secundario solo la demanda de atención a personas

con un trastorno mental grave que por sus características no pueda ser cubierta en el primer nivel asistencial.

Caracterización de los recursos sanitarios y los procesos asociados, para la atención a personas con trastorno mental grave.

Características sociodemográficas de la población

Si bien es cierto el punto central de este estudio es la descripción de la oferta sanitaria, es muy importante que las características sociodemográficas de la población que va a utilizar estos servicios sean evidenciadas, ya que, según las características de la población de cada zona, se podrá tomar una decisión sobre lo que realmente se requiere en ella.

Se debe destacar que los servicios sanitarios dispuestos en cada una de las zonas socio sanitarias atienden a una población que pertenece a un amplio rango de edades, desde niños hasta adultos mayores, lo que resta una especificidad en la atención para cada grupo etario, especialmente si presentan algún trastorno mental grave, pero se observa una distribución de la población por grupo etario y sexo muy similar en las zonas 8 y 9; población que constituye cerca del 50% de la población nacional.

La estructura social en ambas zonas es muy heterogénea, como se puede evidenciar en los informes entregados por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES); sin embargo, la problemática social es muy homogénea. En ambas se observan altos índices de pobreza, especialmente asociadas a necesidades básicas insatisfechas (NBI), que son más evidentes en la población rural, el incremento en embarazos de adolescentes y las consecuencias que ello tiene en el ámbito familiar, educativo, personal y económico (Senplades, 2019a, 2019b).

No obstante, lo anterior, las dos zonas presentan características bien definidas en su población. En la zona 8, el 96% de la población vive en el área urbana, que representa el 7% de la superficie de la Zona, el mayor porcentaje de población corresponde a mujeres 50,81%; existe un 22,33% de desnutrición crónica en niños menores de 2 años, una tasa de mortalidad de 10,42 por cada 1000 nacidos vivos, hay un 44,88% personas con un empleo adecuado y la cobertura de los servicios básicos agua potable y alcantarillado cubierto alcanza al 84% y 61,7% respectivamente (Senplades, 2019b). En la zona 9, el 72% de la población vive en la zona urbana; sin embargo, en la última década ha crecido la población en los sectores periféricos; el 51,37% de la población son mujeres; la desnutrición crónica en niños menores a cinco años es del 25,5%, la tasa de mortalidad es de 11,27 por cada 1000 nacidos vivos; el empleo adecuado alcanzó un porcentaje del 38,5% y en esta zona la cobertura de agua

potables alcanza al 93,77% y de alcantarillado al 85,41% (Senplades, 2019a). Desde el año 2014 en ambas zonas se ha incrementado la infraestructura sanitaria, sin embargo, el sistema sanitario no ha aumentado su cobertura ni diversificado las prestaciones hacia las personas con trastornos mentales graves, probablemente por la falta de financiamiento que impide el incremento del recurso humano y de infraestructura.

La importancia de describir a la población que conforma cada una de las zonas, es para que la distribución de los dispositivos de salud mental en el territorio, tengan como base las necesidades reales de los usuarios.

Oferta de atención ambulatoria (RAMA O)

La carencia de establecimientos que puedan brindar atención ambulatoria a personas con un trastorno mental grave es algo que caracteriza a las dos zonas estudiadas; estos representan tan solo el 15, 5 % (N=32) de los establecimientos que brindan servicios de salud mental. Todos estos establecimientos codificados en la - Rama O - según la herramienta DESDE-LTC, son hospitales generales u hospitales especializados según la nomenclatura que maneja el MSP, y por lo tanto su área de cobertura es a nivel nacional.

Lo que caracteriza a la atención ambulatoria es dar respuesta a los usuarios con algún trastorno mental sobre ciertas dificultades derivadas de su trastorno, sean estas clínicas o sociales, así como la entrega de la medicina prescrita por los especialistas; sin embargo, la realidad manifestada en las entrevistas realizadas a los usuarios y sus familiares indican que para poder acceder a la gratuidad de los medicamentos deben invertir económicamente y en el tiempo de traslado, encareciendo un servicio aparentemente gratuito, resultado de la escasa asignación presupuestaria y falta de voluntad política, como se evidenció también en un estudio realizado en México, en la que los usuarios incluso debían adquirir la medicina (Berenzon Gorn, Saavedra Solano, Medina-Mora Icaza, Aparicio Basaurí, & Galván Reyes, 2013).

Oferta de atención en Centros de Día (RAMA D)

Estos dispositivos se caracterizan por brindar atención a varios usuarios al mismo tiempo, en el que su periodo de permanencia es mucho mayor que el destinado en la atención cara a cara con el profesional tratante, en este tipo de atención se combinan varias actividades que son programadas y planificadas con antelación por varios profesionales. En este sentido el panorama es más desalentador ya que los resultados evidencian que tan solo dos dispositivos cumplen con las características para ser clasificados como atención de día, que

además son dispositivos que también se codifican en la Rama O. Ambos se encuentran en la zona 9.

El informe IESM-OMS Ecuador (2015), señalaba que la autoridad sanitaria tenía planificado la creación a nivel nacional de 25 centros cuyas actividades caracterizan a la atención de día, destinados para el tratamiento de personas con trastorno mentales graves y consumo problemático de sustancias psicoactivas (OMS, 2015); sin embargo, en la recolección de datos para esta investigación no se evidenció ningún otro centro sanitario con estas características, reflejando los muy escasos avances en la implementación del modelo comunitario en salud mental, como estaba previsto.

Oferta de atención residencial (RAMA R)

Este tipo de dispositivos se caracterizan por brindar a los usuarios un sitio para pernoctar por un tiempo planificado o indefinido, debido a crisis o necesidades clínicas y sociales derivadas de su trastorno.

En esta Rama -R - se codificaron dos centros de atención cerrada, ambos ubicados en la zona 9. El primero, el Hospital psiquiátrico Julio Endara, que también oferta servicios ambulatorios y de centro de día, codificados en la Rama O y Rama D respectivamente; es un dispositivo bajo administración del

Ministerio de Salud Pública, que brinda alojamiento programado e indefinido para hombres y mujeres, desde los 16 años; mientras que el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, que también fue codificado en la Rama O, está administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y disponible para personas mayores de 18 años que coticen en el IESS; aquí el tiempo de permanencia está acotado. Cabe destacar que la asignación presupuestaria estatal para salud mental está destinada en su mayor parte al hospital psiquiátrico, específicamente, un 28% del presupuesto destinado para salud mental (OMS, 2015) , restando un presupuesto menor para los establecimientos codificados en las otras ramas de atención, obstaculizando el desarrollo de un modelo comunitario.

Disponibilidad de recursos humanos

Este estudio evidencia la falta de profesionales de salud mental en el sistema sanitario público del Ecuador, de lo que se puede inferir que las necesidades de los usuarios no sean cubiertas adecuadamente y ello sea percibido como parte de un proceso de discriminación, hallazgo similares a lo señalado en estudios previos llevados a cabo en países con un precario cuidado comunitario, como Argentina y Venezuela (Wagner, Runte Geidel, Torres-González, & King, 2011).

Como alternativa a esta brecha se sugiere un cuidado de personas no especializadas, que se les pueda capacitar para el cuidado ya que el profesional de salud disponible es insuficiente en varios países del mundo, y evitar que las personas con un trastorno mental grave sigan siendo víctimas de violaciones de sus derechos humanos (Gureje & Oladeji, 2022)

En relación con las tasas de profesionales disponibles en los centros de salud mental, se observa una heterogeneidad marcada entre las zonas estudiadas: En la zona 8 la tasa de profesionales psiquiatras (0,46), psicólogos (0,96) y otros (0,39) por cada 100.000 están muy por debajo de lo observado en la zona 9, que cuenta con una tasa de 2,11 psiquiatras, 2,66 psicólogos y de 1,15 de otros profesionales, por cada 100.000. Sin embargo, los establecimientos de salud mental que fueron codificados en nuestro estudio tienen, en la práctica, cobertura nacional, a pesar de encontrarse ubicados en las dos zonas descritas, con lo cual las tasas de profesionales por 100.000 habitantes son aún menores y no respaldan lo señalado para el análisis nacional en el informe IESM-OMS Ecuador, que se leían más alentadores al reportar tasas país de 1,7 psicólogos, 1,5 psiquiatras y 30 de otros profesionales, por cada 100.000 habitantes (OMS, 2015). En comparación con Chile el número de profesionales en salud mental equivale a una tasa de 171,5 psicólogos; 7 psiquiatras y 9,8 otros profesionales de salud mental por cada 100.000 habitantes según el segundo informe de sistemas de salud mental de

Chile (OPS, 2014), lo que podría indicar la poca inversión en salud mental que Ecuador realiza en este campo; esto además se puede corroborar con la mediana que informa la presencia de profesionales de salud mental en América que tiene tasas de 5,4 psicólogos; 1,4 psiquiatras y 10,3 de otros profesionales de salud mental por cada 100.000 habitantes (OMS, 2018).

En este sentido se puede señalar que lo que caracteriza a la oferta sanitaria disponible en las zonas estudiadas es la heterogeneidad en la asignación de recursos; por un lado, solo la zona 9 cuenta con una oferta insuficiente, pero más diversificada en modalidades de atención y una mayor tasa de recurso humano, mientras que la zona 8 ofrece exclusivamente atención ambulatoria y menores tasas de profesionales de salud mental.

Esta inequidad en la distribución de los servicios sanitarios es un factor en común que la mayoría de los países experimenta. En un estudio realizado en Chile, se obtuvieron diferencias entre el 35.5% y el 23.5% en los servicios ambulatorios identificados en las distintas áreas sanitarias analizados (J. A. Salinas-Perez et al., 2018). Por otra parte, los dispositivos de salud no se encuentran equitativamente distribuidos en el territorio, de manera que se encuentren más disponibles para el usuario, ya que mantienen una organización orientada a la atención hospitalaria, que tradicionalmente se encuentran alejadas de la población.

Las consecuencias de esta inequidad en la distribución de servicios sanitarios en salud mental recaen sobre la población que demanda estos servicios, estos deben hacer una inversión económica y de tiempo para lograr llegar a la Zona 9 y recibir una atención especializada, o recibir la medicación, a pesar de que en el modelo de atención en salud mental propuesto por el Ministerio de Salud Pública se enuncia que en los hospitales generales deben existir unidades de salud mental hospitalaria que presten servicios tanto ambulatorios como de hospitalización a toda la población que lo requiera (MSP, 2014a).

En este sentido la realidad ecuatoriana no se compara con otros países que han implementado un modelo comunitario en salud mental, como el caso de Chile, que cuenta con una variedad de servicio para usuarios agudos y no agudos en las distintas zonas sanitarias, aunque los investigadores también reportan inequidades (Saldivia, Grandón, Albornoz, & Toro, 2008; Jose A Salinas-Perez et al., 2018). Contar con una atención de salud mental que se encuentre al alcance de la población que lo requiera demanda una inversión pública en la que se pueda evidenciar una mejor formación del talento humano y desarrollar directrices técnicas específicas para que los tratamientos y prestaciones médicas, psicológicas y sociales pueda entregarse en los diferentes territorios con los criterios de calidad adecuados (Cova, Grandon, Saldivia, Inostroza, & Novoa, 2019; González et al., 2016; Minoletti, Sepúlveda,

et al., 2018; Minoletti, Soto-Brandt, et al., 2018; Parra, 2021; Rossetti, del Carpio, & Heredia, 2018).

Los hallazgos muestran que en Ecuador, la salud mental no es vista como un eje fundamental en el desarrollo de las personas, lo que se evidencia en la baja asignación presupuestaria que el estado otorga a la salud mental (1,46% del presupuesto nacional), y de ese total el 28% se destina a un hospital psiquiátrico (OMS, 2015). Estos datos también evidencian el divorcio entre lo que se define para el desarrollo de un modelo de atención comunitario y la ejecución del presupuesto nacional, en el que se da prioridad a la atención biomédica, y son resultados comparables con los obtenidos en México, que reportan la existencia de pocos hospitales psiquiátricos, pero que reciben el 80% del presupuesto destinado para salud mental (Berenzon Gorn et al., 2013).

PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Para que la salud mental sea considerada como un componente importante de la salud integral de la población, ésta debe plasmarse en un plan nacional de salud mental con sistemas de información, que garantice la inversión en programas para el desarrollo de profesionales cuya acción no se enfoquen exclusivamente en la atención biomédica (Minoletti, Soto-Brandt, et al., 2018). Si bien es cierto el país ha señalado implementar un modelo

comunitario para la atención en salud mental, la formación que reciben la mayoría de los profesionales no apunta a este objetivo; sin embargo, muchos de los profesionales entrevistados han invertido en formación extra que les permita cubrir estas falencias y así mejorar la atención a los usuarios.

En ese sentido, la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de atención recibida por los profesionales de salud mental es valorada como positiva, valoración basada en la percepción que las intervenciones recibidas abarcan mucho más que solo la patología, considerándolas intervenciones integrales, ya que intervienen en el usuario y sus familiares, posiblemente porque es la única alternativa ofertada por lo que han evidenciado mejoras. Estos resultados son similares a los presentados por Randemark et al. (2006), que dan una valoración positiva a los tratamientos, con la diferencia que en el estudio de Randemark las intervenciones consideran al individuo con su historia individual y social, en busca de su bienestar (González-Pando, de la Garza, Aparicio-Basauri, Arboleya, & González-Menéndez, 2020; Jorge, Randemark, Queiroz, & Ruiz, 2006; Saizar, Sarudiansky, & Korman, 2013). Por otro lado, existe una valoración negativa por parte de los usuarios hacia el profesional no médico, ni psicólogo que les atiende en los establecimientos de salud, posiblemente derivada de una experiencia de contacto mínimo y esporádico,

En la misma línea, la autoevaluación que realizan los profesionales de salud mental sobre la calidad de sus intervenciones es positiva, basado en que consideran que las intervenciones aplicadas de forma integral a los usuarios benefician a estos en su funcionamiento personal, familiar y social. Sin embargo, en contraposición a la positiva valoración que los profesionales tienen de su propio trabajo, algunos de ellos perciben que las intervenciones aplicadas no son lo suficientemente efectivas y que se subutilizan intervenciones que han demostrado ser efectivas, como la terapia electro convulsiva, señalando que esta práctica debería estar distribuida en los servicios ambulatorios de salud mental, aunque esto contradiga lo que establece el modelo de atención comunitaria del Ecuador (MSP, 2014a) y la propia evidencia internacional, que enfatiza la necesidad de criterios claros y un contexto de aplicación que resguarde la seguridad del paciente (Romero-Tapia, 2018). Por otra parte, se reportan juicios sobre la supuesta efectividad de las intervenciones, lo que genera que usuarios y profesionales valoren la atención; sin embargo, se alude a procedimientos muchos de los cuales no se encuentran estandarizados.

Estos juicios pueden complementarse con la percepción de los profesionales que prestan atención. Un estudio realizado en Madrid concluyó que, si bien los usuarios presentaban un alto nivel de satisfacción con las atenciones recibidas, los profesionales reportaban altos niveles de insatisfacción (Vázquez Caubet & Sanz Fuentenebro, 2019).

INCLUSIÓN SOCIAL

Los servicios de salud mental comunitaria tiene como objetivo proveer de una variedad de cuidados de la salud mental a la población, haciendo uso de recursos diversos disponibles en la comunidad y de esta manera favorecer el proceso de inclusión social de las personas que padecen un trastorno mental (MSP, 2014a; Thornicroft & Tansella, 2005). Ello requiere contar con un equipo de profesionales que apoyen estos procesos; sin embargo, nuestros resultados muestran que los profesionales de salud mental tienen una percepción de las personas con un trastorno mental grave como fundamentalmente agresivos, violentos, que provocan temor, incomodidad o rechazo.

Estas percepciones se evidencian en varios estudios y no se alejan de las encontradas en la población en general (Grandón, Vielma, Bustos, Castro, & Saldivia, 2018; Lobo, Tirado, Romero, & Cortés, 2020; Loubat, Lobos, & Carrasco, 2017; Matamoros & Marín, 2019; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillén, & Izquierdo, 2011; Santiago, Navarro, Pérez, & Betancort, 2016; Vaccari et al., 2020). Esta percepción que tienen los profesionales de salud mental incrementa el estigma hacia las personas con un trastorno mental grave, dificultando los procesos de inclusión social.

Se debe recalcar que la dificultad para la inclusión social de las personas con un trastorno mental grave es el resultado del estigma, que si bien es cierto nuestro estudio reportó que los profesionales de salud también tienen actitudes estigmatizantes, existen estudios que no comparten nuestros resultados, como el llevado a cabo en un hospital psiquiátrico de Lisboa, en el que los resultados evidenciaron un bajo nivel de actitudes estigmatizantes por parte de los profesionales de salud hacia las personas con un trastorno mental grave (Silva et al., 2021). En los casos que se evidencian altos niveles de estigma a través de psicoeducación, se puede evidenciar una disminución de actitudes negativas (Gureje & Oladeji, 2022). Los cambios positivos relacionados con el estigma dirigidos hacia las personas con un trastorno mental grave, también van modificando a través del tiempo, es decir que las nuevas generaciones estigmatizan menos en relación con las más antiguas (Pescosolido, Halpern-Manners, Luo, & Perry, 2021).

La dificultad percibida por las personas con un trastorno mental grave para los procesos de inclusión social fue otro de los resultados reportado en este estudio. Para afrontar o disminuir esta exclusión, los usuarios acuden a estrategias de afrontamiento que se desarrollan en dos líneas. Por un lado, hay quienes ocultan su diagnóstico para tener las mismas oportunidades que el resto de la población y evitar el rechazo, de forma similar a lo evidenciado en

estudios cualitativos realizados en centros de atención a personas con esquizofrenia y sus familiares (Cacciuttolo, 2018; Zaraza-Morales & Hernández-Holguín, 2017); por otro lado; hay quienes hacen evidente su diagnóstico con la obtención de una certificación oficial de discapacidad, conocida en Ecuador como carné de discapacidad, con la finalidad de obtener algún beneficio por parte del Estado. En esta línea, un estudio realizado en el Distrito Metropolitano de Quito arroja resultados similares en cuanto a la limitación de capacidades para desarrollar actividades de la vida diaria (Gamboa Proaño, Castro Alzate, Bustos, Grandón, & Saldivia, 2021).

Otro de los resultados que evidencia la dificultad en los procesos de inclusión social que viven las personas con un trastorno mental grave se obtuvo de los familiares de estos usuarios, quienes perciben que la falta de políticas por parte del Estado hace que este problema no se visibilice y que la población general ante el desconocimiento rechace a quienes presentan un diagnóstico de trastorno psiquiátrico. Ante el rechazo de la sociedad, la persona con trastorno mental grave acude a la familia en busca de apoyo, aunque esto represente para los familiares un impacto a nivel económico, social y desencadene problemas emocionales. En esa línea, la carga de los cuidadores es un resultado reportado por diversos estudios, incidiendo sobre la adherencia al tratamiento y la mejora en la calidad de vida (De Vicente, Magán, & Berdullas, 2010; del Carmen Martínez-Cardona et al., 2020; Guerrero-Hidalgo,

Hidalgo-Candel, Romero-Urrea, del Rocío Acebo-Murillo, & Gonzales-Calero, 2020; Lahera et al., 2020; López, 2018; Marqués & Castillo, 2017; Sánchez & Facundo, 2016; Torras & Tomàs, 2018).

Los hallazgos sobre el estigma evidenciados en esta investigación se ligan con las dificultades de inclusión social, esto es similar a los resultados a la investigación realizada en Brasil en el que relacionan al estigma con un proceso sistémico de exclusión social producto de los atributos que se le otorga a los trastornos mentales graves (Guimarães & Pedersen, 2021)

PÁRRAFOS FINALES

Los datos reportados en este estudio develan que el desarrollo de un modelo comunitario de salud mental en Ecuador es solo un espejismo cuya implementación y desarrollo no se evidencia en una distribución equitativa y diversa de servicios y en recursos profesionales suficientemente especializado, concentrándose en dispositivos tradicionales como es el hospital psiquiátrico.

La escasa presencia de dispositivos de atención diversos contradice los principios de **Accesibilidad** que garantice que los usuarios puedan ser atendidos cuando y donde lo requieran; **Continuidad**, que requiere la presencia

de una gama amplia de servicios ofertada por un dispositivo o la diversidad de dispositivos disponibles para la población; esto acarrea el incumplimiento del principio de **Equidad**, entendido como la justa distribución de los recursos en el territorio, cosa que no se evidenció en la zona 8, especialmente por la ausencia de dispositivos para atención de día y residencial, y en la misma zona 9 donde, a pesar de contar con una mayor diversidad de dispositivos, estos no son los suficientes para la demanda, remarcando la práctica hospitalaria con un modelo biomédico dominante.

Lo identificado a nivel local se deriva de la no aplicación de los principios del modelo comunitario desde el nivel público central, la falta de equidad, así como la no aplicación del principio de **Responsabilidad**, determinado por el tipo de actuación más adecuado por parte del estado para garantizar una relación armónica entre el servicio, el usuario, los familiares y la comunidad; cumplir con este principio demanda procedimientos y prácticas de **Coordinación**, a nivel transversal y longitudinal, que garanticen el cumplimiento del principio de **Eficiencia**, que permita el máximo resultado con los mínimos recursos.

Los principios detallados a nivel macro (nacional) y meso (local) repercuten a nivel usuario en la **Autonomía** que éstos pueden alcanzar a través de la entrega de tratamientos eficaces, con la finalidad de que el usuarios tenga

la capacidad de elegir y tomar decisiones; **Continuidad**, en las intervenciones, coherentes en el tiempo de aplicación; determinados por la **Efectividad**, que sería la prueba de que en los dispositivos están entregando en la vida real lo que tenían planificado, es decir tratamientos que brindan beneficios a los usuarios.

Las entrevistas realizadas a los diferentes actores confirman la falta de una política de salud mental, tal como se reportó en un informe en el que se manifiesta que Ecuador se encuentra entre el 30% de países de América Latina y el Caribe que no cuentan con este instrumento, realidad que deja desprotegidos a todos los actores involucrados en el proceso, y con la urgencia de crear e implementar una ley que contenga actividades destinadas a la promoción, prevención y tratamiento, incluidos los farmacológicos y que sea aplicable y consensuada con los involucrados, procurando realizar estas actividades de salud mental no solamente en los hospitales psiquiátricos. Estos resultados son similares a los señalados por Henao y por Razzouk (Henao et al., 2016; Hernando-Pina & Valverde-Eizaguirre, 2020; Razzouk, Gregório, Antunes, & Mari, 2012).

El documento Implementación de Políticas y Planes de Salud Mental en América Latina señala que para poder incrementar el número de servicios sanitarios es necesario la existencia de una unidad de gestión central,

localizada a nivel del ministerio de salud respectivo, que pueda tomar decisiones políticas, administrativas y financieras que garanticen una influencia efectiva sobre todos los componentes de los servicios de salud mental (Salud-Mental, 2007); indicación compartida por los profesionales sanitarios clínicos; sin embargo, tanto lo que este sugerido como lo que puedan percibir y demandar el personal de salud y los usuarios requiere para su implementación de una voluntad política, reflejada en recursos y acciones, que permita pasar de la planificación a la implementación, incluyendo evaluaciones periódicas de lo gestionado e implementado.

La disposición de los servicios de salud mental en el territorio hace más evidente el estigma que se tiene hacia las personas con un trastorno mental grave, es así como los dispositivos que se encuentran cerca de la población no son tomados en cuenta por estos usuarios ni para retirar su tratamiento farmacológico, porque se sienten discriminados, porque los mismos profesionales de salud mental los miran como violentos o agresivos, atributos dados también por la población en general.

A pesar de tener un modelo de atención mental con un enfoque comunitario que debería facilita la inclusión de las personas con trastorno mental grave, este aún sigue tan solo plasmado en un documento, el modelo de

atención ofertado no contribuye a que los usuarios puedan gozar de las mismas oportunidades que tienen la población en general, factor que se podría considerar como una barrera para la inclusión social (Bouey-Varga & Cuarán-Collazo, 2019), incrementado el estigma hacia estas personas.

Se debe destacar que la recopilación de datos a través de entrevistas (cualitativo) y la recopilación de los datos que dan cuenta sobre la oferta sanitaria disponible en las zonas 8 y 9 para la atención de personas con trastornos mentales graves (cuantitativo), visibiliza la distribución desorganizada e inequitativa de los dispositivos de salud mental de las dos zonas estudiadas, y se da una explicación de cómo se valoran estos servicios desde la percepción de diferentes actores, si bien no se indagó directamente sobre el estigma, este emergió en las entrevistas, tomando gran relevancia en esta investigación, ya que este estigma se puede expresar como barreras que dificultan la inclusión social.

La presencia de estigma puede explicar también el hecho de que existan pocos dispositivos de salud mental, pues la persona con un trastorno mental al ser consideradas violentas o agresivas, por los profesionales de salud dan señales de que no pueden estar en contacto con el resto de la población que requiere de estos servicios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Del análisis de la oferta sanitaria en salud mental para personas con un trastorno mental grave realizado en la zona 8 y la zona 9 del Ecuador, se concluye:

1. Todos los centros de salud con profesionales de salud mental fueron sometidos a los criterios de análisis de la herramienta DESDE-LTC; en el que se descartaron como Unidades Básicas de Atención a todos los servicios sanitarios de primer nivel de atención ya que el abordaje que realizan hacia las personas con un trastorno mental grave se limita a la referencia del usuario al nivel superior de atención.
2. La clasificación de los servicios en salud mental permitió identificar a 32 establecimientos distribuidos en la zona 8 y zona 9.
3. La construcción e implementación de una política pública en la que intervengan los involucrados en este proceso, es una necesidad urgente, ya que se debe contar con un marco normativo que regule las actividades de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales graves, pero contando con una asignación presupuestaria acorde a la necesidad de la población.

4. La oferta sanitaria para las personas con un trastorno mental grave es limitada en la zona 8 y zona 9; sin embargo, la atención que en estos servicios se brinda es calificada por los usuarios como positiva, ya que han notado resultados favorables en su proceso de recuperación. Esta es la percepción que tiene los tres grupos de la población entrevistados.

5. La calidad de servicio en salud mental depende de las habilidades y vocación de los profesionales que brindan la atención, más que de las políticas estatales que miran a la salud mental como una especialidad de menor importancia.

6. Muchos de los tratamientos entregados por los profesionales de salud mental en los diversos servicios de salud tienen como objetivo la disminución de síntomas y la mejora de la calidad de vida de los usuarios. Sin embargo, la búsqueda de estos resultados se realiza sin contar con procedimientos estandarizados

7. Los resultados obtenidos en el análisis de las entrevistas de los usuarios detallan dos posturas opuestas: por un lado, existen usuarios que indican que el tener un trastorno mental grave es una condición discapacitante, mientras que otros usuarios indican que no poseen ninguna discapacidad, tan solo tienen un problema.

8. Los procesos de inclusión social están limitados por la presencia del estigma reportado por los usuarios con un trastorno mental grave. Ello limita sus actividades, porque evitan el contacto con otras personas, se les asignan características de ser violentos y agresivos, lo que genera temor en la población general. Muchas de estas actitudes son compartidas por los profesionales de salud y por los familiares; también se evidencia autoestima en los usuarios.
9. Frente a los procesos de exclusión social, las personas con un trastorno mental grave buscan estrategias de afrontamiento que les permitan sobrellevar su padecimiento y buscar espacios en la sociedad.
10. La presencia de estigma por parte de los profesionales de salud mental, pueden ser consideradas como barreras que limitan la oferta sanitaria destinada para las personas con un trastorno mental grave.

RECOMENDACIONES

1. Se requiere generar un proceso de construcción participativa de un marco normativo, que involucre a diferentes actores relacionados con la salud mental pertenecientes a la sociedad civil, academia y carteras del estado.
2. Se requiere incrementar el presupuesto nacional destinado a salud mental, que permita generar acciones asociadas a la promoción de la salud mental y a la prevención de los trastornos mentales.
3. Se debería impulsar la creación de instrumentos, protocolos y guías clínicas acordes con la sociedad ecuatoriana, con la finalidad de contar con procesos estandarizados a nivel nacional y que a futuro estos puedan ser actualizados.
4. Se debe dar prioridad a mejorar la atención de salud mental en el nivel primario, lo que garantizaría una oferta de prestaciones en los centros que más cerca se encuentran de la población.

5. Se debe articular los perfiles requeridos por la autoridad sanitaria con la formación de los actuales y futuros profesionales de salud mental.
6. Se debe contar con alternativas diversas de actualización de conocimientos teóricos y prácticos para los profesionales de salud mental, que incluyan entre sus ejes transversales la lucha contra el estigma hacia las personas con trastornos mentales.
7. Se debe educar e informar a la población general sobre la salud y los trastornos mentales, para facilitar los procesos de inclusión necesarios para las personas con un trastorno mental grave.
8. Que requiere generar investigación que, entre otros temas, aborden la realidad ecuatoriana a través de marcos teóricos como la Matriz de Salud Mental, que permitan evaluar los resultados de forma estandarizada y faciliten comparaciones longitudinales y a nivel nacional, regional/o y global, permitiendo evaluar avances y realizar ajustes y apunte a una oferta sanitaria en salud mental pertinente y suficiente.

LIMITACIONES

1. Una de las principales limitaciones de este estudio es su cobertura, fue realizado en dos zonas, que, si bien son la que mayor población a nivel nacional, no necesariamente reflejan la realidad de otras zonas sanitarias menos atendidas.
2. Solamente se clasificó a los establecimientos que pueden brindar servicios a personas con trastorno mental grave, sin incluir servicios para otros trastornos, como consumo de drogas, con elevada comorbilidad con algunos diagnósticos psiquiátricos incluidos aquí, u otros grupos etarios.
3. Se restringió el ingreso a los establecimientos de segundo nivel de atención en la zona 8, por lo que las entrevistas a profesionales de estas instituciones no se realizaron y la información se recogió de los registros de datos secundarios existentes.
4. Las entrevistas realizadas a las personas con un trastorno mental grave, así como a sus familiares, se realizó exclusivamente en el hospital psiquiátrico, por lo que lo manifestado por estos actores no puede ser

considerado como un criterio que pueda ser generalizado para otras zonas u otros niveles de atención.

5. La tasa de profesionales de salud mental- psiquiatras, psicólogos u otros profesionales - que brindan atención a personas con un trastorno mental grave en las zonas estudiadas son, en la práctica, recursos de referencia nacional.
6. El periodo de toma de datos, retrasado por la lenta y demandante tramitación administrativa para poder ingresar a los dispositivos, recoge la actividad rutinaria en un periodo prepandemia; de manera que es probable que los hallazgos se vean modificados, amplificando las carencias, en el periodo post-pandémico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcón, R. D. (2017). Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 818-825.
- Alonso-Solís, A., Ochoa, S., Grasa, E., Rubinstein, K., Caspi, A., Farkas, K., . . . m, R. G. (2020). A method to compare the delivery of psychiatric care for people with treatment-resistant schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1-13. doi:10.3390/ijerph17207527
- Álvarez, E. J. S., Ramos, M. D. B., Riera, J. R. M., & Rupérez, F. D. M. (2018). Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental. *Revista Española de enfermería de salud mental*(5).
- Antiporta, D. A., & Bruni, A. (2020). Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-makers. *BULL PAN AM HEALTH ORGAN*, 44, 1. doi:10.26633/rpsp.2020.154
- APA. (2013). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. México.
- Athie, K., Menezes, A. L. D., da Silva, A. M., Campos, M., Delgado, P. G., Fortes, S., & Dowrick, C. (2016). Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *Bmc Health Services Research*, 16. doi:10.1186/s12913-016-1740-8
- Balboa, C. C., & Fernández, P. G. (2021). Actitudes del profesorado de secundaria hacia estudiantes con diagnóstico de trastorno mental en colegios de la provincia de Concepción y Diguillín: Un estudio cualitativo. *Revista de Investigación Educativa*, 39(1), 283-298. doi:10.6018/rie.428681
- Bär, J., Pabst, A., Röhr, S., Lupp, M., Renner, A., Nagl, M., . . . König, H.-H. (2021). Mental health self-stigma of Syrian refugees with posttraumatic stress symptoms: investigating sociodemographic and psychopathological correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Becker, T., Hülsmann, S., Knudsen, H. C., Martiny, K., Amaddeo, F., Herran, A., . . . Vázquez-Barquero, J. L. (2002). Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), 465-474. doi:10.1007/s00127-002-0591-2
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., . . . Gil-Sanz, D. (2016). Adaptación al español de la escala *Internalized Stigma of Mental Illness* para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. doi:10.1016/j.rpsm.2016.01.007
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., & Galván-Reyes, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de Mexico*, 60(2), 184-191.
- Berenzon Gorn, S., Saavedra Solano, N., Medina-Mora Icaza, M. E., Aparicio Basaurí, V., & Galván Reyes, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México:¿ hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 252-258.

- Blanco, A., & Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. In R. A (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 33-55). Madrid: Editorial Pirámide.
- Blukacz, A., Cabieses, B., & Markkula, N. (2020). Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: A narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-15.
- Bouey-Varga, E., & Cuarán-Collazo, J. (2019). Inclusión Social de personas con diagnóstico psiquiátrico que viven en hogares protegidos en Chile social. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(2), 166-171.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Cacciuttolo, P. (2018). El significado de vivir con esquizofrenia. *Psiquiatr. salud ment*, i: 169-f: 177.
- Calatayud, G. L., Molina, V. R., & Colom, J. J. (2018). Fraseología relacionada con psiquiatría y psicología del español coloquial y estigma en salud mental. *Norte de salud mental*, 15(59), 85-92.
- Camacho-Arce, C., Caballero-Baldivieso, D., & Venegas-Arzabe, F. (2009). The state of mental health primary care in the social services of El Alto, La Paz, Bolivia. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health*, 25(6), 511-517. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000268835700007
- Carbonell, Á., Navarro-Pérez, J.-J., & Mestre, M.-V. (2019). Risk factors associated with the family care of people with serious mental illness. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 24(4), e438-e443. doi:10.4317/medoral.23133
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Psychiatric hospitalization and maintaining the treatment outside the hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 85-92. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000288868700012
- Carmona-Huerta, J., Durand-Arias, S., Rodriguez, A., Guarner-Catalá, C., Cardona-Muller, D., Madrigal-de-León, E., & Alvarado, R. (2021). Community mental health care in Mexico: a regional perspective from a mid-income country. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 7. doi:10.1186/s13033-020-00429-9
- Carmona Monferrer, M., Fernández Carrasco, R. D., & Homet Mir, G. (2020). CALIDAD DE VIDA E INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. *Puerto Rican Journal of Psychology/Revista Puertorriqueña de Psicología*, 31(2).
- Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B., & Jazanovich, D. (2021). "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud colectiva*, 16, e3035.
- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*, 34(3), 164-167.
- Cetrano, G., Salvador-Carulla, L., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gutiérrez-Colosía, M. R., Gonzalez-Caballero, J. L., . . . Amadeo, F. (2018). The balance of adult mental health care: Provision of core health versus other types of care in eight European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. doi:10.1017/S2045796018000574
- Chang Paredes, N., Ribot Reyes, V. d. I. C., & Pérez Fernández, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705-719.

- Corrigan, & Nieweglowski, K. (2021). Difference as an indicator of the self-stigma of mental illness. *Journal of Mental Health, 30*(4), 417-423. doi:10.1080/09638237.2019.1581351
- Corrigan, & O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist, 42*(2), 90-97. doi:10.1080/00050060701280573
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A. C., & Rüsck, N. (2012). Self-stigma of mental illness scale--short form: reliability and validity. *Psychiatry Res, 199*(1), 65-69. doi:10.1016/j.psychres.2012.04.009
- Costa, N. D., Correa, S. G. D., & da Silva, P. R. F. (2015). Considerations regarding access to Community Psychosocial Centers in Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva, 20*(10), 3139-3150. doi:10.1590/1413-812320152010.19482014
- Cova, F., Grandon, P., Saldivia, S., Inostroza, C., & Novoa, C. (2019). Promoción y prevención en salud mental: ¿ esperanza fundada, vana ilusión o contrabando psicopatologizador? *Papeles del Psicólogo, 40*(3), 211-216.
- Davey, S., & Gordon, S. (2017). Definitions of social inclusion and social exclusion: the invisibility of mental illness and the social conditions of participation. *International Journal of Culture and Mental Health, 10*(3), 229-237.
- de Andrade, F. B., Filha, M. D. F., Vianna, R. P. D., Silva, A. O., & Costa, I. D. C. (2012). Evaluation of Participant Satisfaction with Community Therapy: A Mental Health Strategy in Primary Care. *Psychiatric Quarterly, 83*(3), 325-334. doi:10.1007/s1126-011-9202-2
- De Vicente, A., Magán, I., & Berdullas, S. (2010). Abordaje psicosocial y familiar del trastorno mental grave.
- del Carmen Martínez-Cardona, M., González, C. E., Vélez-Velásquez, A. L., Muñoz-Avendaño, N., Peláez, J. L., De Rubio, M. B., & Toconas-Morea, V. R. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39*(5), 643-653.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica, 2*(7), 162-167.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social cognition, 25*(5), 582-602.
- Ecuador, A. N. C. d. (2008). *Constitución Polpitica del Ecuador*. Quito-Ecuador
- Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación. *Editorial McGraw Hill*, 95.
- Frances, A. (2014). *¿SOMOS TODOS ENFERMOS MENTALES? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid.
- Frías, V. M., Fortuny, J. R., Guzmán, S., Santamaría, P., Martínez, M., & Pérez, V. (2018). Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. *Enfermería Clínica, 28*(2), 111-117.
- Furst, M. A., Salinas-Perez, J. A., Gutiérrez-Colosia, M. R., & Salvador-Carulla, L. (2021). A new bottom-up method for the standard analysis and comparison of workforce capacity in mental healthcare planning: Demonstration study in the Australian Capital Territory. *Plos One, 16*(7 July). doi:10.1371/journal.pone.0255350

- Galvanese, A. T. C., Nascimento, A. D., & D'Oliveira, A. (2013). Art, culture and care in psychosocial healthcare services. *Revista De Saude Publica*, 47(2), 360-367. doi:10.1590/s0034-8910.2013047003487
- Gamboa Proaño, M., Castro Alzate, E. S., Bustos, C., Grandón, P., & Saldivia, S. (2021). Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador).
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Psychiatric Services*, 32(1), 21-27.
- González, J., Abelleira, C., & Benítez, N. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(2), 33-41.
- González-Pando, D., de la Garza, C. L. S., Aparicio-Basauri, V., Arboleya, T., & González-Menéndez, A. M. (2020). La psicología ante la terapia electroconvulsiva (I): Aspectos históricos y conceptuales. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 125-138.
- González, L. M., Peñalosa, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., & Landaeta, A. P. V. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 89-95. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Gordon, S., Davey, S., Waa, A., Tiatia, R., & Waaka, T. (2017). Social inclusion and exclusion, stigma and discrimination, and the experience of mental distress. *Aotearoa, New Zealand: Mental Health Foundation of New Zealand*.
- Grandón, P., Vielma-Aguilera, A., Bustos, C., Castro-Alzate, E. S., & Saldivia, S. (2018). Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47, 72-81. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502018000200072&nrm=iso
- Grandón, P., Vielma, A., Bustos, C., Castro, E., & Saldivia, S. (2018). Evaluation of the stigma towards people with a diagnosis of Schizophrenia using a Knowledge Scale. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 72-81. doi:10.1016/j.rcp.2017.01.009
- Guerrero-Hidalgo, L. E., Hidalgo-Candel, C., Romero-Urrea, H., del Rocío Acebo-Murillo, M., & Gonzales-Calero, M. J. (2020). Fundamentos teóricos sobre la esquizofrenia: una visión desde la psicoeducación del cuidador. *Prohominum*, 2(1), 73-81.
- Guimarães, P. N., & Pedersen, D. (2021). The role of moral explanations and structural inequalities in experiences of mental illness stigma in Northern Minas Gerais, Brazil. *Transcultural Psychiatry*, 13634615211055000.
- Gureje, O., & Oladeji, B. D. (2022). Quality care for people with severe mental disorders in low-resource settings. *The Lancet Psychiatry*, 9(1), 3-5.
- Gutiérrez-Colosía, M. R., Salvador-Carulla, L., Salinas-Pérez, J. A., García-Alonso, C. R., Cid, J., Salazzari, D., . . . Amaddeo, F. (2019). Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(2), 210-223. doi:10.1017/S2045796017000415
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212.

- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 175-183.
- Hernando-Pina, M., & Valverde-Eizaguirre, M.-Á. (2020). A propósito de “en la vida diaria”: terapia ocupacional, recuperación y rehabilitación psiquiátrica. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 17(2), 244-248.
- IESS. (2021). Afiliación obligatoria. Retrieved from <https://www.iess.gob.ec/es/afiliacion-obligatoria>
- Jaramillo, S. T. (2019). Lenguaje periodístico y enfermedad mental: una mirada crítica al abordaje de la información. *Poiésis*, 0(37), 212-220. doi:10.21501/16920945.3345
- Jean Gajardo, J., Francisca Espinosa, T., Irene Muñoz, E., Rodrigo Goycolea, M., Valdebenito, A., Mónica Oyarzún, S., & Carolina Pezoa, C. (2021). Translation and content analysis of the opening minds scale for healthcare Practitioners (OMS-HC) for the assessment of stigma towards mental illness in health care professionals in Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 59(2), 91-101. doi:10.4067/s0717-92272021000200091
- Johnson, S., Kuhlmann, R., & Group, E. (1997). The European Service Mapping Schedule (ESMS). Aufl. Turin. Online verfügbar unter http://psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3843/pss_59_04_0421_02.pdf, zuletzt geprüft am, 11, 2013.
- Johnson, S., Salvador-Carulla, L., Munizza, C., Beecham, J., De Jong, P., Kuhlmann, R., . . . Thornicroft, G. (1998). Description and classification of mental health services: A European perspective. *European Psychiatry*, 13(7), 333-341. doi:10.1016/S0924-9338(99)80699-3
- Jorge, M. S. B., Randemark, N. F. R., Queiroz, M. V. O., & Ruiz, E. M. (2006). Reabilitación Psicosocial: visión del equipo de Salud Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 734-739.
- Lahera, G., Cid, J., Gonzalez-Pinto, A., Cabrera, A., Mariner, C., Vieta, E., . . . Crespo-Facorro, B. (2020). Necesidades de las personas con psicosis y sus cuidadores: «en voz propia». *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 13(2), 80-89. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.11.002>
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality & Quantity*, 43(2), 265-275. doi:10.1007/s11135-007-9105-3
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Lobo, D. M. V., Tirado, C. G. U., Romero, A. S. C., & Cortés, A. M. R. (2020). Explicación neurobiológica desencadenantes de alteraciones psiquiátricas dependientes de las diferentes etapas hormonales de la mujer. *Revista Neuronum*, 7(1), 250-277.
- López, L. A. (2018). Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia. *Metas de enfermería*, 21(8), 4.
- Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). ESTIGMATIZACIÓN DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA Y CONSECUENCIAS PARA EL PROCESO DE REHABILITACIÓN. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39).
- Marqués, Á. C., & Castillo, S. C. (2017). EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA CONTMG EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. Paper presented at the I Congreso Nacional de investigadoras/es noveles en Trabajo Social.

- Martínez-Felix, S., Ferrer-Yeves, C., & Martínez-Martínez, C. (2020). Aislamiento social y autoestima en personas con trastorno mental: Efecto de las actividades ocupacionales. *Revista Española de enfermería de salud mental*(12).
- Martinez, W., Galván, J., Saavedra, N., & Berenzon, S. (2017). Barriers to integrating mental health services in community-based primary care settings in Mexico city: A qualitative analysis. *Psychiatric Services*, *68*(5), 497-502. doi:10.1176/appi.ps.201600141
- Masedo, A., Grandón, P., Saldivia, S., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E. S., Bustos, C., . . . Moreno-Küstner, B. (2021). A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Medical Education*, *21*(1). doi:10.1186/s12909-021-02695-8
- Matamoros, S. d. V. V., & Marín, J. M. M. (2019). Análisis del estigma hacia personas con trastorno mental grave en la población de Cáceres. *RES: Revista de Educación Social*(29), 142-153.
- McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (2001). *Perspectivas de la psiquiatría*: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *49*(1), 79-87. doi:10.1007/s00127-013-0729-4
- Mieles Barrera, M. D., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 195-225. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072012000200010&nrm=iso
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irrarázabal, M., Díaz, R., . . . Chacón, S. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *42*, e131.
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., & Irrarázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *42*, e136.
- Moll, M. F., & Saeki, T. (2009). Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *17*, 995-1000. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600011&nrm=iso
- Montagni, I., Salvador-Carulla, L., McDaid, D., Straßmayr, C., Endel, F., Näätänen, P., . . . Katschnig, H. (2018). The REFINEMENT Glossary of Terms: An International Terminology for Mental Health Systems Assessment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(2), 342-351. doi:10.1007/s10488-017-0826-x
- Morales, F., Gaviria, E., Moya, M., & Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social* (D. M. Ndeti Ed.). Madrid: Mc Graw Hill.
- MSP. (2014a). *Modelo de Atención de Salud Mental*. Quito-Ecuador: Comisión Nacional de Salud Mental
- MSP. (2014b). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Quito-Ecuador: MSP

- MSP. (2015). *Tipología para Homologar Establecimientos de Salud por Niveles*. Quito-Ecuador: MSP
- MSP. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*. Ecuador
- MSP. (2021). El visualizador web GeoSalud 3.7.7.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I., & Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173.
- Murcia, M. I. S., & Cardozo, S. V. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 194-202. doi:10.1016/j.rcp.2014.05.001
- Navarro Gómez, N., & Triguero Ramos, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática.
- NIMH. (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. In. Washington D.C.: National Institute of Mental Health, NIMH.
- OEA. (2015). *Desigualdades e inclusión social en las Américas: 14 ensayos*. Whashington.
- OMS. (1997). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Vol. volumen 1). Washington: Org.
- OMS. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*: Geneva: World Health Organization.
- OMS. (2015). *Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*.
- OMS. (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. Washington, DC Retrieved from <http://iris.paho.org>.
- Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2007). A Call for Qualitative Power Analyses. *Quality & Quantity*, 41(1), 105-121. doi:10.1007/s11135-005-1098-1
- OPS. (2014). *Sistema de Salud Mental de Chile; Segundo informe* Santiago
- Padilla, E. M., Posada, D. O., & Medina, P. S. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atencion Primaria*, 50(9), 519-526.
- Palacios-Espinosa, X. (2021). El inestimable costo del estigma de la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 1-4.
- Parra, M. A. (2021). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud.
- Patel, V., Aroya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., . . . van Ommeren, M. (2007). Global Mental Health 3 - Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370(9591), 991-1005. doi:10.1016/s01406736(07)61240-9
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L., & Perry, B. (2021). Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. *JAMA network open*, 4(12), e2140202-e2140202.
- Razouk, D., Gregorio, G., Antunes, R., & Mari, J. D. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry*, 11(3), 191-195. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000309699800018
- Razzouk, D., Gregório, G., Antunes, R., & Mari, J. D. E. J. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(3), 191-195. doi:10.1002/j.2051-5545.2012.tb00130.x

- Reznek, L. (1992). Philosophy of psychiatry and the neurosciences. *Current Opinion in Psychiatry*, 5(5), 732-734. Retrieved from http://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/1992/10000/Philosophy_of_psychiatry_and_the_neurosciences_.24.aspx
- Roe, D., & Yamin, A. (2017). Desarrollo Narrativo y Terapia Cognitiva (NECT): Una intervención grupal para reducir el auto-estigma en personas con trastornos mentales severos. *V Xerte*, 384.
- Roelandt, J.-L., Baleige, A., Koenig, M., Demassiet, V., Agoub, M., Barikova, V., . . . Castelpietra, G. (2020). How service users and carers understand, perceive, rephrase, and communicate about “depressive episode” and “schizophrenia” diagnoses: an international participatory research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(9), 1201.
- Romero-Tapia, Á. (2018). ¿ Es bioéticamente adecuada la aplicación de la Terapia Electroconvulsiva? *Cuadernos de Bioética*, 29(95), 13-24.
- Rosa-Dávila, E., & Mercado-Sierra, M. A. (2020). Salud Mental Comunitaria: Una Explicación del Modelo. *Voces desde el Trabajo Social*, 272-290.
- Rossetti, M. P. C., del Carpio, S. V., & Heredia, A. (2018). Capítulo 16. La atención en salud mental en Hospitales Generales. *Salud Mental y Derecho Derechos Sociales e Intersectorialidad*, 275.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155. doi:10.1192/bjp.177.2.149
- Rus, M. S., Hidalgo, J. M., Canut, M. T. L., Lorenzo, A. G., & Sábado, J. T. (2018). Adaptación y validación preliminar de la forma española de la escala CAMI-S (Community attitudes towards mental illness). *Revista de enfermería y salud mental*(10), 5-13.
- Saavedra, J. E., & Galea, J. T. (2019). Access of Mental Health Services by the Adult Population in Metropolitan Lima, Peru: Characteristics, Perceptions and Need for Care. *Community Mental Health Journal*, 57(2), 228-237. doi:10.1007/s10597-020-00639-y
- Sadeniemi, M., Almeda, N., Salinas-Pérez, J. A., Gutiérrez-Colosía, M. R., García-Alonso, C., Ala-Nikkola, T., . . . Salvador-Carulla, L. (2018). A comparison of mental health care systems in northern and southern Europe: A service mapping study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). doi:10.3390/ijerph15061133
- Saif, F. A., Shakhouri, H. A., Nooh, S., & Jahrami, H. (2019). Association between attitudes of stigma toward mental illness and attitudes toward adoption of evidence-based practice within health care providers in Bahrain. *Plos One*, 14(12). doi:10.1371/journal.pone.0225738
- Saizar, M. M., Sarudiansky, M., & Korman, G. P. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedad*, 25(2), 451-460.
- Saldivia, S., Grandón, P., Albornoz, E., & Toro, A. (2008). Estudio de servicio de salud mental en el sistema público de salud de Chile. *Informe final., Ud Concepción, Editor.*
- Saldivia, S., Runte-Geidel, A., Grandon, P., Torres-Gonzalez, F., Xavier, M., Antonioli, C., . . . King, M. (2014). The Maristan stigma scale: a standardized international measure of

- the stigma of schizophrenia and other psychoses. *BMC Psychiatry*, 14, 182. doi:10.1186/1471-244x-14-182
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., & Torres, S. (2004). Use of Mental Health Services in Chile. *Psychiatric Services*, 55(1), 71-76. doi:10.1176/appi.ps.55.1.71
- Salinas-Perez, J. A., Gutierrez-Colosia, M. R., Furst, M. A., Suontausta, P., Bertrand, J., Almeda, N., . . . Salvador-Carulla, L. (2020). Patterns of Mental Health Care in Remote Areas: Kimberley (Australia), Nunavik (Canada), and Lapland (Finland): Modèles de soins de santé mentale dans les régions éloignées: Kimberley (Australie), Nunavik (Canada) et Laponie (Finlande). *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 721-730. doi:10.1177/0706743720944312
- Salinas-Perez, J. A., Salvador-Carulla, L., Saldivia, S., Grandon, P., Minoletti, A., & Lopez-Alberca, C. R. (2018). Integrated mapping of local mental health systems in Central Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e144.
- Salinas-Perez, J. A., Salvador-Carulla, L., Saldivia, S., Grandon, P., Minoletti, A., & Lopez-Alberca, C. R. (2018). Integrated mapping of local mental health systems in Central Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 42, e144. doi:10.26633/RPSP.2018.144
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Social representation of users of a Psychosocial Care Center and those in their social network on mental illness and social inclusion. *Saude E Sociedade*, 22(4), 1059-1071. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000331128200009
- Salud-Mental. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Rev Psiquiatr Urug*, 71(2), 111-116.
- Salvador-Carulla, L., Alvarez-Galvez, J., Romero, C., Gutierrez-Colosia, M. R., Weber, G., McDaid, D., . . . Johnson, S. (2013). Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: the eDESDE-LTC study. *Bmc Health Services Research*, 13. doi:10.1186/1472-6963-13-218
- Salvador-Carulla, L., Dimitrov, H., Weber, G., McDaid, D., Venner, B., Sprah, L., . . . Johansson, S. (2011). DESDE-LTC: EVALUATION AND CLASSIFICATION OF SERVICES FOR LONG TERM CARE IN EUROPE. In G. DESDE-LTC (Ed.), *USABILITY OF THE EDESDE-LTCI INSTRUMENT: Feasibility, Consistency, Reliability and Validity* (pp. 165). España.
- Salvador-Carulla, L., Poole, M., Gonzalez-Caballero, J. L., Romero, C., Salinas, J. A., & Lagares-Franco, C. M. (2006). Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*(432), 19-28. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-39049180870&partnerID=40&md5=2172fc77da5d274228d55f2739fa2c13>
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., & Poole, M. (2004). Escala para la descripción estandarizada de servicios para personas con discapacidad en España (Vol I & II). *Madrid: IMSERSO*.
- Salvador-Carulla, L., Romero López-Alberca, C., Poole, M., Solans, J., Knapp, M., McDaid, D., & Sprah, L. (2011). DESDE-LTC Description and Evaluation of Services and Directories in Europe for Long Term Care, Instrument - Mapping Tree: Executive Agency for Health and Consumers.
- Salvador-Carulla, L., Saldivia, S., Martinez-Leal, R., Vicente, B., Garcia-Alonso, C., Grandon, P., & Haro, J. M. (2008). Meso-level comparison of mental health service availability and

- use in Chile and Spain. *Psychiatric Services*, 59(4), 421-428. doi:10.1176/appi.ps.59.4.421
- Salvador-Carulla, L., Tibaldi, G., Johnson, S., Scala, E., Romero, C., & Munizza, C. (2005). Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain. An investigation using the European Service Mapping Schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2), 149-159. doi:10.1007/s00127-005-0860-y
- Salvador Carulla, L. (2003). Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España. *Estudios de I+ D+ I*(24).
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Network of Psychosocial Care: Evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cadernos de saude publica*, 37(3). doi:10.1590/0102-311X00042620
- San Emeterio, M. Á. V., de León Elizondo, A. P., & Arazuri, E. S. (2011). Fundamentos en el manejo del NVIVO 9 como herramienta al servicio de estudios cualitativos. *Contextos educativos: Revista de educación*(14), 11-30.
- Sánchez, M. G. A., & Facundo, F. C. (2016). El cuidado a la persona con esquizofrenia desde la perspectiva del familiar cuidador. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 3(1), 39-49.
- Santiago, H. G., Navarro, M. W., Pérez, P. L., & Betancort, E. N. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, 14(55), 103-111.
- Sapag, J. C., & Velasco, P. R. (2020). Stigma toward mental disorders and addictions: Study in Chilean primary care. [Estigma hacia los trastornos mentales y adicciones: estudio en la atención primaria de Chile]. *Atencion Primaria*, 52(5), 361-363. doi:10.1016/j.aprim.2019.07.014
- Senplades. (2012). *Proceso de desconcentración del Ejecutivo en los niveles administrativos de planificación*. Quito
- Senplades. (2019a). *Agendas Zonales- Zona 9-Distrito Metropolitano de Quito*. Quito-Ecuador
- Senplades. (2019b). *Agendas Zonales Zona 8- Guayaquil*. Guayaquil-Ecuador: Semplades
- Shah, B. B., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2020). Perceptions of difference and disdain on the self-stigma of mental illness. *J Ment Health*, 1-7. doi:10.1080/09638237.2020.1803231
- Silva, M., Nascimento, S., Pereira, T., Lourenço, B., Nascimento, M., Gonçalves, M., & Nobre, A. (2021). Stigma Attitudes Towards People with Mental Illness among Professionals Working in a Psychiatric Hospital. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 7(4), 126-132.
- Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177-184. doi:10.1007/bf00788236
- Stefanovics, E., He, H. B., Ofori-Atta, A., Cavalcanti, M. T., Neto, H. R., Makanjuola, V., . . . Rosenheck, R. (2016). Cross-National Analysis of Beliefs and Attitude Toward Mental Illness Among Medical Professionals From Five Countries. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 63-73. doi:10.1007/s11126-015-9363-5
- Strbad, M., Svab, I., Zalar, B., & Svab, V. (2008). STIGMA OF MENTAL ILLNESS: COMPARISON OF PATIENTS' AND STUDENTS' ATTITUDES IN SLOVENIA. *Zdravniški Vestnik-Slovenian*

- Medical Journal*, 77(8), 481-485. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000261515000001
- Suárez-Vergne, Á., Tardivo, G., Cano, E. D., & Fernández, M. F. (2019). Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia en Twitter. *Espacio Abierto*, 28(3), 75-90.
- Temporelli, K. (2009). Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud. *Estudios Económicos*, 26, 73-93. Retrieved from http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2525-12952009002200003&nrm=iso
- Thornicroft, G., Alem, A., Dos Santos, R. A., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., . . . Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2), 67-77. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000279039200002
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). *La matriz de la salud mental. Manual para mejora de servicios*. Madrid.
- Torras, M. G., & Tomàs, E. P. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 31-39.
- Torres-Gonzalez, F., Ibanez-Casas, N., Saldivia, S., Ballester, D., Grandon, P., Moreno-Kustner, B., . . . Gomez-Beneyto, M. (2014). Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 97-110. doi:10.2147/ndt.s41063
- Treviño-Elizondo, F. A., Willis, G. B., Siller-González, B., & Quiroga-Garza, A. (2018). La representación de la enfermedad mental en la prensa escrita española. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 24(2), 1861-1874. doi:10.5209/esmp.62251
- Trigueros, R., Navarro Gómez, N., Aguilar-Parra, J. M., Cangas Díaz, A. J., & Ortiz Jimenez, L. (2019). Adaptación y validación al contexto español de la Escala de Autoestigma en Familiares de Personas con Enfermedad Mental. *Anales de Psicología*, 35(3), 371-377.
- Tristiana, R. D., Yusuf, A., Fitryasari, R., Wahyuni, S. D., & Nihayati, H. E. (2018). Perceived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 63-67. doi:10.1016/j.ijnss.2017.12.003
- Ubaka, C. M., Chikezie, C. M., Amorha, K. C., & Ukwe, C. V. (2018). Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(4), 483-494. doi:10.4314/ejhs.v28i4.14
- Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S., Cova, F., Vielma-Aguilera, A., Victoriano, V., . . . Grandón, P. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 6. doi:10.1186/s13033-020-0340-5
- Valdés, A. A. (2006). La triangulación como técnica de cientificidad en investigación cualitativa pedagógica y educacional. *REXE: Revista de estudios y experiencias en educación*, 5(10), 11-38.
- Vallejo, J., & Leal, C. (2012). *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 1). España.
- Vázquez Caubet, J. C., & Sanz Fuentenebro, F. J. (2019). Usuarios satisfechos y profesionales quemados. Evaluando la satisfacción en un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(4), 300-310.

- Wagner, L. C., Runte Geidel, A., Torres-González, F., & King, M. B. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciencia & Saude Coletiva*, *16*, 2077-2087.
- Weber, C. A. T., & Juruena, M. F. (2016). Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, *62*(4), 361-367. doi:10.1590/1806-9282.62.04.361
- Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., & Abut, F. B. (2019). Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): reliability and validity study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *29*(4), 640-649. doi:10.1080/24750573.2018.1533189
- Zaraza-Morales, D. R., & Hernández-Holguín, D. M. (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciencia & Saude Coletiva*, *21*, 2607-2618. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802607&nrm=iso
- Zaraza-Morales, D. R., & Hernández-Holguín, D. M. (2017). Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín-Colombia. *Aquichan*, *17*(3), 305-315.

ANEXOS

Anexo 1

DESDE-LTC

DESCRIPCION Y EVALUACION ESTANDARIZADA DE SERVICIOS Y DIRECTORIOS EN EUROPA PARA ATENCION A LARGO PLAZO

INSTRUMENTO - MAPA DE SERVICIOS

Versión 2011

Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)

Ref. Proyecto: 2007/116



El DESDE-LTC es una adaptación del “European Service Mapping Schedule” (ESMS-I) (Johnson et al, 2000) (incluye además modificaciones del ESMS-II), y del Diagrama Estandarizado de Servicios para Discapacidad en España (DESDE) (Salvador et al, 2006) e instrumentos relacionados (DESDAE y DESDE). Estos instrumentos han sido desarrollados por el Grupo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team); coordinado por el Centro Studi e Ricerche in Psichiatria en Turin (Italia) y la Asociación Científica Psicost en España.

Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000; 405:14-23.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Expert Panel. Usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities based on a mental healthcare assessment model (DESDE). Acta Psychiatr Scand 2006; 111(Suppl. 432): 19-28

Para cualquier información acerca del ESMS contactar por favor con Sonia Johnson (s.johnson@ucl.ac.uk)

Para cualquier información acerca del DESDE contactar por favor con Luis Salvador Carulla (luis.salvador@telefonica.net) o Asociación Científica Psicost asociacionpsicost@telefonica.net.

El desarrollo del DESDE-LTC ha sido financiado por la Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) (Proyecto Ref. 2007/116).

El DESDE-LTC ha sido desarrollado por un consorcio europeo que incluye los siguientes participantes: ESPAÑA: PSICOST (Luis Salvador-Carulla, Cristina Romero & Miriam Poole) y Fundació Caixa Catalunya (Josep Solans); REINO UNIDO: London School of Economics (LSE) (Martin Knapp, David McDaid & Tihana Matosevic); AUSTRIA: University of Vienna (UWIEN, Austria) (Germain Weber); NORUEGA: SINTEF (Britt Venner); BULGARIA: PHA (Hristo Dimitrov); ESLOVENIA: Scientific Research Center- Slovenian Academy of Sciences&Arts (SRC SASA - ZRC SAZU) (Lilijana Sprah) e IRIO (Mojca Dernovsek).

Los colaboradores no institucionales del proyecto son: REINO UNIDO: Dept. of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical Schools; ITALIA: Centro Studi e Ricerche in Psichiatria (CSRP); ESPAÑA: ETEA, Universidad de Córdoba; Universidad de Alicante; Fundació Villablanca; Dpto. Statistics and Operations Research. Universidad Politécnica de Catalunya; NORUEGA: Dept Research & Development, Division of Mental Health Serv. Akershus University Hospital. Los colaboradores institucionales son: OECD – Health Division; BULGARIA: Ministry of Health. National Center for Public Health Protection; ESPAÑA: Departament de Salut, Direcció General d’Avaluació i Planificació, Generalitat de Catalunya); Departamento de Salud Mental, Madrid; Departamento de Igualdad y Salud, Jerez.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
a. Principios generales	3
b. Directrices generales	5
El Diagrama de Atención a Largo Plazo (LTC)	11
SECCIÓN A	12
Preguntas introductorias	12
SECCIÓN B	13
a. Principios para la Codificación de la Atención a Largo Plazo	13
b. Directrices para la Codificación de la Atención a Largo Plazo	16
Diagrama de Codificación de la Información sobre la Atención	18
Diagrama de Codificación de la Accesibilidad a la Atención	20
Diagrama de Codificación de la Atención de Ayuda Mutua y Voluntariado	22
Diagrama de Codificación de la Atención Ambulatoria	26
Diagrama de Codificación de la Atención de Día	31
Diagrama de Codificación de la Atención Residencial	36
SECCIÓN C	37
a. Principios para la Contabilización de la Atención a Largo Plazo	37
b. Normas para la Contabilización de la Atención a Largo Plazo	41
Diagrama de Contabilización de la Accesibilidad a la Atención	44
Diagrama de Contabilización de la Información sobre la Atención	45
Diagrama de Contabilización de la Atención Comunitaria	46
Diagrama de Contabilización de la Atención de Día	47
Diagrama de Contabilización de la Atención Residencial	48
SECCIÓN D	49
a. Principios para el Inventario de Servicios	49
b. Directrices para el Inventario de Servicios	49
REFERENCIAS	52

INTRODUCCION

a. PRINCIPIOS GENERALES

¿Qué es la Atención a Largo Plazo (LTC)?

La Atención a Largo Plazo –LTC- (o de larga duración) es un término general que define a un “conjunto de servicios para personas que dependen de ayuda externa para las actividades básicas de la vida diaria durante un largo periodo de tiempo” (OECD, 2005). En este conjunto se incluyen “servicios sanitarios y/o sociales diseñados para ayudar a las personas que tienen algún tipo de discapacidad o necesidades de atención crónica. Los servicios pueden ser de corta o larga duración y pueden facilitarse en la propia casa de la persona, en la comunidad o en recursos residenciales (US Departamento Salud). Actualmente, los Estados Miembros de la Unión Europea utilizan una gran variedad de definiciones que no siempre son coincidentes (EC, 2008).

¿Qué es el DESDE-LTC?

La ‘Descripción y Evaluación Estandarizada de Servicios y Directorios en Europa para Atención a Largo Plazo’ (DESDE-LTC) es un instrumento para la descripción y clasificación estandarizada de servicios para Atención a Largo Plazo (LTC) en Europa.

El DESDE-LTC sigue el enfoque de evaluación de servicios desarrollado por el Grupo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team) y PSICOST desde 1997, que comienza con la creación del ESMS (European Service Mapping Schedule) para la evaluación de servicios en salud mental (Johnson y cols., 2000), y

continúa con adaptaciones relacionadas con la evaluación de servicios para población mayor en España (DESDAE) (Salvador-Carulla et al, 2005) y población con discapacidad (Salvador-Carulla et al, 2006).

El instrumento pretende recoger información de insumos y proceso de los servicios a un meso-nivel (áreas sanitarias/sociales) y a un micro-nivel (servicios individuales) como define la versión modificada de la Matriz de Thornicroft y Tansella que fue desarrollada para la evaluación de servicios de atención a salud mental (Tansella & Thornicroft, 1998).

El DESDE-LTC permite llevar a cabo, de una forma estandarizada, las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de atención a largo plazo de un área sociosanitaria específica. Se incluye la provisión de servicios sociales y servicios de salud, por parte del voluntariado y sector privado. El sector privado es opcional y depende del objetivo del estudio.
- Registrar los cambios ocurridos en el tiempo en los servicios de un área de cobertura determinada.
- Delimitar y comparar la **estructura** y la **oferta** de los servicios de atención a largo plazo entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria.
- Medir y comparar los **niveles de provisión/disponibilidad** y utilización de los principales Tipos Básicos de Atención (TBA) entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria usando un sistema de codificación internacional.

¿Cuál es la población diana del DESDE-LTC?

Esta versión del DESDE-LTC se centra en servicios dirigidos a los siguientes grupos de población: Adultos (18+) y personas mayores (65+) con i) discapacidad física severa (incluidos en los registros locales, regionales o nacionales elaborados para este grupo de población, u otro sistema equivalente en caso de no disponibilidad de registros); ii) discapacidad intelectual (CIE-10); iii) trastornos mentales (CIE-10); iv) personas mayores con discapacidad severa (incluidos en los registros locales, regionales o nacionales elaborados para este grupo de población, u otro sistema equivalente en caso de no disponibilidad de registros). La Sección B incluye una descripción detallada de estos grupos de atención a largo plazo.

¿Cuál es la estructura del DESDE-LTC?

El DESDE-LTC utiliza un 'Sistema de árboles o diagramas' para la descripción estandarizada de la disponibilidad y utilización de servicios de atención a largo plazo (Diagrama de Clasificación de Atención a Largo Plazo). La página 11 ilustra su estructura general. El DESDE-LTC consta de 4 secciones principales:

A. Preguntas Introductorias. Se refieren al área de cobertura y la población diana para las que se cumplimenta el cuestionario.

B. Diagramas de Tipos Básicos de Atención (Clasificación de TBA). Proporcionan un sistema estandarizado para clasificar y codificar tipos básicos de atención/servicio para la población de un área de cobertura específica, basado en las principales actividades del servicio.

Se complementa con un glosario de términos con ejemplos concretos de los códigos que establece el instrumento.

C. Diagramas de Utilización de la Atención (Utilización de TBA): Proporcionan un método estandarizado para medir niveles de utilización de los tipos básicos de atención por la población del área de cobertura

D. Inventario de Servicios: Proporciona una descripción individual y detallada de los servicios de atención de larga duración, obteniendo dos tipos de listados: por un lado, un listado de servicios tipificados según los códigos que establece la sección B, y por otro, un informe detallado de las características de cada servicio siguiendo un enfoque tradicional (listado de servicios, directorio o catálogo).

El DESDE-LTC ha sido diseñado para permitir **comparaciones nacionales e internacionales**. Por tanto, los tipos de atención más importantes de cada área de cobertura deben asignarse a una categoría concreta: Información, Accesibilidad, Ayuda mutua y voluntariado, Atención Ambulatoria, de Día o Residencial. El DESDE-LTC efectúa una descripción de los servicios de un área de cobertura desde un enfoque sociosanitario. El instrumento permite un análisis independiente de los servicios sociales y sanitarios de un área geográfica determinada si se requiere y se acuerda en todas las áreas del estudio.

Este cuestionario puede utilizarse de dos formas: una descripción simple para catalogar servicios y tipos básicos de atención en el área seleccionada (usando un máximo de dos dígitos en su codificación); y una evaluación compleja ó cuantitativa, para comparar tipos de atención y servicios entre varias áreas sociosanitarias o en una misma área a lo largo de un periodo de tiempo definido. Se requiere un entrenamiento básico en el uso del DESDE-LTC antes de aplicar el instrumento.

DIRECTRICES GENERALES

Grupo de Servicios incluidos: el “grupo de servicios por defecto” al que se aplica el diagrama de clasificación es el conjunto de servicios sociosanitarios de atención a largo plazo en un área de cobertura determinada.

Podrán incluirse en el análisis todos aquellos servicios en los que, por regla general, el 20% de sus usuarios son personas con necesidades de atención a largo plazo. Los dispositivos ofertados desde servicios de salud, servicios sociales, sector privado y de voluntariado, deberían incluirse a menos que se especifique de otra forma en el estudio.

Es importante destacar que hay diferentes unidades de análisis en esta investigación y que las comparaciones deben efectuarse entre unidades de análisis dentro de un mismo grupo. Las diferentes unidades de análisis incluyen Macro-organizaciones (p.e. Complejo Sanitario), Meso-organizaciones (p.e. un Hospital), Micro-organizaciones (p.e. un servicio) o unidades más pequeñas dentro de un servicio: Tipos Básicos de Atención, Modalidades de Atención, Unidades clínicas o de atención, Programas de intervención, Actividades, Micro-Actividades o Filosofías de atención.

El DESDE-LTC se centra en la evaluación de **Servicios (Sección D)** y **Tipos Básicos de Atención (Secciones B y C)**. Cada servicio individual se describe por uno o varios códigos basados en la estructura/actividad fundamental que ofrece el servicio (**Tipo Básico de Atención**), p.e. un mismo servicio podría incluir un tipo básico de atención codificado en la Rama D como servicio de Día y otro clasificado como residencial en la Rama R.

Se incluyen tanto los servicios situados dentro del área sociosanitaria como aquellos **servicios situados fuera del área** pero que hayan sido utilizados al menos por cinco habitantes al año, de cada 100.000 (para dispositivos residenciales y de día) del área sociosanitaria. Los servicios localizados dentro del área sociosanitaria pero que no ofrecen atención a ninguno de sus habitantes deben ser incluidos en el estudio y consignados como “0” en la sección C (Utilización).

Servicios específicos de atención a largo plazo de un área de cobertura que no cumplan los criterios de inclusión del DESDE-LTC podrían detallarse en un anexo.

Definición operativa de servicios o Unidad Básica de Atención (BICU)

Definimos un ‘servicio’ como Unidad Básica de Atención (BICU) constituido por una unidad administrativa y un grupo de estructuras y profesionales organizados que proporcionan atención. Los BICU son los sistemas o unidades funcionales mínimos a nivel ‘micro’ de la organización de la atención dentro de un área de cobertura. BICU se refiere sólo a funciones de la atención y no a otros insumos (productos y dispositivos) o a procedimientos (intervenciones). Las funciones que proporciona el servicio “microorganización” se pueden describir como la unidad de análisis más pequeña llamada ‘Tipos Básicos de Atención’ descrita abajo.

Criterios de inclusión (BICU)

Para que un servicio o BICU sea reconocido como una unidad de análisis debe cumplir alguna de los siguientes criterios:

Criterio “A”: Reconocimiento del servicio como entidad legal independiente (con su CIF) y/o Registro oficial independiente.

Este registro es independiente y no como parte de una meso-organización (p.e un servicio de rehabilitación en un hospital general). SI NO:

Criterio “B”: El servicio cuenta con Unidad administrativa propia y/o oficina de secretaría y cumple dos descriptores adicionales (ver abajo). SI NO:

Criterio “C”: El servicio cumple cuatro descriptores adicionales:

- C1. Cuenta con su propia plantilla de profesionales
- C2. Todas sus actividades las disfrutan los mismos usuarios
- C3. Emplazamiento independiente (no es parte de otro recurso p.e. hospital)
- C4. Financiación independiente y contabilidad específica
- C5. Documentación independiente cuando se trata de una meso-organización.

Criterios de exclusión (BICU)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar BICU de otros componentes de la atención y otras organizaciones de sistema de atención.

1.- Otros componentes de insumos de la atención:

- Productos de salud, instrumentos y otros dispositivos. Los productos sanitarios como inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC.
- Intervenciones de atención son parte del proceso de atención y no se codifican en el DESDE-LTC. Las intervenciones de atención se detallan en la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (ICHI).

2.- Otras organizaciones en el sistema de atención

- Dispositivos a otros niveles de organización. Los sistemas de organización existen a un meso-nivel (agrupaciones de servicios o estructuras que incluyen diferentes servicios en una gran organización como Hospitales Generales) o a un macro-nivel (p.e. complejos sanitarios nacionales e internacionales) se excluyen de esta clasificación.

- Servicios genéricos dirigidos a la población general o grandes grupos (p.e. mayores, inmigrantes, etc) que son importantes para muchos usuarios de atención a largo plazo pero que no se han creado específicamente para esta población, no deben incluirse, con la excepción de aquellos servicios en los que más del 50% de los usuarios son personas con necesidades de atención a largo plazo. Deben excluirse también servicios destinados a atención sanitaria primaria que puedan prestar algún tipo de atención a usuarios con necesidades de atención a largo plazo pero que no se especializan en este tipo de atención.

Servicios específicos de atención a largo plazo del área de cobertura que no cumplan los criterios de inclusión del DESDE-LTC podrían detallarse en un anexo.

Descripción operativa de los Tipos Básicos de Atención (TBA)

La tipología de atención que proporciona el servicio “micro-organización” o “Unidad Básica de Atención” (BICU) se describe a partir de unidades de análisis más pequeñas llamadas “Tipos Básicos de Atención” –TBA- (MTC en inglés).

Un TBA es el principal DESCRIPTOR de la ‘función de atención genérica’ que proporciona un servicio. Estas funciones de atención genérica describen una actividad básica que lleva a cabo la BICU (por ejemplo, los usuarios duermen en el recurso), y que ha sido

seleccionada como unidad para permitir comparaciones de servicios entre diferentes territorios diferentes en un proceso iterativo de grupos europeos de expertos en los proyectos consecutivos ESMS/DESDE.

El descriptor normalmente, pero no siempre, se incluye en la definición y objetivos del servicio. Aquí, la codificación se basa en la actividad actual y funcionamiento del servicio, y no en su objetivo teórico o su nombre. Estos descriptores no se solapan, no pueden contabilizarse doblemente.

Cada función de atención se describe en un lenguaje simple y tiene un código alfanumérico específico (por ejemplo, ofrece alojamiento durante la noche para pacientes agudos en un recurso con atención médica 24horas R2). Estos códigos se definen a través de una serie de descriptores o calificadores estructurados jerárquicamente en cinco niveles:

-Primer Nivel- **Estatus del usuario.** Este nivel hace referencia al estado clínico de los usuarios del servicio (p.e. si están en situación de crisis o no): agudo o no agudo.

-Segundo Nivel- **Tipo general de atención.** Este nivel describe la tipología general de la atención (móvil/no móvil, cobertura médica /no cobertura médica).

-Tercer nivel- **Intensidad de la atención.** Este nivel hace referencia a la intensidad de la atención que el servicio puede ofrecer excepto para la atención aguda residencial donde el tercer nivel describe si la atención se ofrece en un hospital registrado o no.

-Cuarto nivel- **Subtipo de atención.** Este nivel proporciona una descripción más específica del tipo de atención en un determinado servicio.

-Quinto nivel- **Calificadores adicionales.** Este nivel añade calificadores adicionales que pueden ser necesarios para diferenciar entre recursos de atención similares.

A continuación se describen los criterios utilizados para codificar los TBA para una BICU independiente:

Criterios de inclusión (TBA)

- A. TBA PRINCIPAL: La definición y descripción que proporciona en DESDE-LTC para un código determinado coincide con el objetivo/finalidad de un servicio Y con la actividad habitual de este servicio. En caso de desacuerdo entre el objetivo definido y la principal actividad habitual del servicio, se usará la principal actividad para seleccionar el código TBA. Se utilizan puntos de corte cuando se considere necesario para permitir una codificación basada en la principal actividad/funcionamiento del servicio.
- B. TBAs ADICIONALES: Los TBAs adicionales deberán usarse para describir el rango de actividades principales cuando las principales características del servicio no pueden codificarse con un simple código DESDE-LTC. En este caso, el servicio debería describirse usando MÁS DE UN descriptor principal. Por ejemplo, la unidad de agudos de un hospital puede proporcionar también atención de urgencia no móvil 24 horas, que es un descriptor completamente diferente al R2 (descriptor principal) y se dirige a diferentes grupos de usuarios. Entonces, este servicio tiene dos descriptores principales o "TBAs": R2, O3.

Deben tenerse en cuenta los siguientes criterios cuando se utilicen códigos adicionales.

a. La actividad principal adicional es fundamental para diferenciar el servicio de otros servicios relacionados tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los gestores. Siguiendo el ejemplo anterior (R2, O3), una unidad de agudos residencial en un hospital general con urgencias ambulatorias se diferenciaría claramente de una unidad similar sin atención de urgencias. Registrar un TBA secundario en vez de un calificador adicional, aclararía que la unidad cumple criterios para TBA.

b. El servicio cumple los criterios A o B para BICU pero hay múltiples grupos de usuarios. El principal grupo de usuarios podría usarse para seleccionar el principal TBA y los otros para seleccionar los TBAs adicionales.

c. Las unidades clínicas se identifican en un servicio que cumple los tres primeros criterios "C" que recoge la definición operativa de un BICU

- C1. Cuenta con su propia plantilla de profesionales
- C2. Todas sus actividades las disfrutan los mismos usuarios que son claramente un grupo diferente del grupo diana al que atiende la BICU
- C3. Emplazamiento independiente y no es parte de otro recurso

d. Una parte significativa de la actividad del servicio se relaciona con otro código DESDE-LTC diferente al código principal. Por ejemplo, más del 20% de la actividad de un servicio ambulatorio de atención no móvil es atención móvil. Este servicio podría ser codificado como O8, O6.

Criterios de inclusión (TBA)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar TBAs de otras unidades de análisis en la investigación sobre servicios.

1.- Unidades de atención (p.e. unidades clínicas). Unidades de input de atención que cumplen algunos (pero no todos) de los criterios para ser clasificados como BICU por lo que deberían considerarse como parte de un servicio (p.e. una unidad de trastornos de la alimentación en salas psiquiátricas de agudos de hospital general). Los TBAs no son unidades de atención, sin embargo, una unidad de atención puede identificar un TBA adicional si cumple el criterio 'c3' de abajo.

2.- Actividades del servicio. Los TBAs no son simples actividades del servicio. Los descriptores TBAs se basan en las principales actividades o funciones críticas para comparar servicios entre diferentes territorios. Los servicios deberían llevar asignado un código y no es habitual que un servicio pueda conseguir más de tres códigos. Cuando dos funciones claramente diferentes de un servicio ofrecen atención al mismo grupo de usuarios, sólo una de ellas debería codificarse como un TBA mientras que la otra debería considerarse como una actividad y no como un TBA. Se recomienda revisar cuidadosamente los criterios de inclusión mencionados abajo antes de codificar una actividad del servicio como un TBA. Las actividades de un servicio deberían codificarse usando otros instrumentos de descripción de servicios individuales.

Las actividades de un servicio pueden usarse para definir otras unidades de análisis en la investigación de servicios,

principalmente para describir la atención en un solo servicio o en diferentes servicios:

- *Modalidad de Atención* es un tipo principal de intervención (o actividad) que se puede aplicar para describir un número determinado de tareas que constituyen el rango completo de atención que proporciona un servicio (De Jong, 2000). Describe 10 tipos de actividades que identifican diferentes patrones de atención desarrollados en grupos similares de servicios.

- *Paquetes de Atención*. Conjunto de intervenciones de atención integradas diseñadas para el mismo grupo de usuarios. Los paquetes de atención pueden describirse para un servicio único o para un grupo de servicios integrados.

- *Programas de intervención*. Conjunto de actividades programadas en un periodo de tiempo limitado (normalmente menos de un año y no más de 3 años) sin una estructura estable en el tiempo. En algunas ocasiones los servicios desarrollan a partir de programas que se han ido repitiendo a lo largo de los años.

- Otros componentes de insumos de atención son los productos de salud, las herramientas y otros dispositivos. Los productos de salud como las inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC.

Población diana: la 'población por defecto' a la que se aplica el DESDE-LTC es la población del área de cobertura con necesidades de atención a largo plazo. Se incluyen personas mayores con discapacidad mental o física, adultos con discapacidad intelectual o física (página 4).

Por supuesto, los grupos de población específicos incluidos en un estudio dependerán de los objetivos y necesidades del propio estudio que se describe en la Sección A.

Teniendo en cuenta la posibilidad de modificar el grupo diana al que va a aplicarse el instrumento, de ahora en adelante nos referiremos al **Grupo diana** en vez de a las personas con necesidades de atención a largo plazo.

Selección de partes del DESDE-LTC. La cumplimentación de toda la escala completa proporcionará una visión global de la estructura y nivel de provisión de servicios de un área sociosanitaria. Sin embargo, no siempre será posible ni necesario usar la escala completa, pudiéndose seleccionar la sección del Diagrama de Atención a Largo Plazo y las partes de la escala que se requieran.

Por ejemplo, el instrumento puede usar sólo diagrama residencial si este es el único aspecto de la provisión de servicios que es de interés; también puede usarse la Sección B (disponibilidad) sin la Sección C (utilización) si no existe información detallada acerca de su utilización. Para efectuar estudios comparativos es importante que cada área de cobertura use las mismas secciones del instrumento.

Definición de áreas sociosanitarias. El DESDE-LTC está diseñado para comparar áreas geográficas, por tanto, deben tenerse en cuenta los límites sanitarios, sociales o administrativos de esta área. Se necesita un ejercicio preliminar para clasificar áreas de cobertura cuando no tenemos disponible esta información. El DESDE se dirige fundamentalmente a las áreas de cobertura más pequeñas localizadas en un territorio a un nivel H4 (ver abajo

definición de niveles de territorialización). Las áreas sociales pequeñas pueden ser más pequeñas que las áreas sanitarias pequeñas, y las áreas de atención especializada (p.e. Salud Mental) pueden ser más pequeñas que las áreas para Atención a Largo Plazo (LTC) pero más grandes que las áreas de atención primaria. Las áreas entre 50 y 250.000 habitantes se usaron en el instrumento original para servicios de salud mental (ESMS). La comparación de áreas con DESDE-LTC puede ampliarse a 50.000-500.000 habitantes según el territorio y las divisiones territoriales usadas en el país o región de referencia.

Las áreas geográficas diferentes se codifican en relación al sector que las describe. Por ejemplo, las áreas sanitarias se describen con una "H", las áreas sociales con una "S" y las áreas educativas con una "E".

H0: Nivel pan-nacional

Por ejemplo, Unión Europea o regiones sanitarias de la OMS.

H1: Nivel nacional

Por ejemplo, el sistema de salud nacional en España

H2: Nivel regional

Por ejemplo, Estados (Lander) en Austria o Alemania, Condados en Suecia, Comunidad autónoma en España, Departamento en Francia, etc.

H3: Máxima unidad administrativa de salud mental

Por ejemplo, área de salud mental cubierta por un hospital general de referencia para atención aguda.

H4: Unidad administrativa básica de salud mental especializada

Por ejemplo, área cubierta por un centro de salud mental comunitaria.

H5: Área administrativa local de atención sociosanitaria

Por ejemplo, municipios, áreas sanitarias locales, área cubierta por un centro de atención primaria.

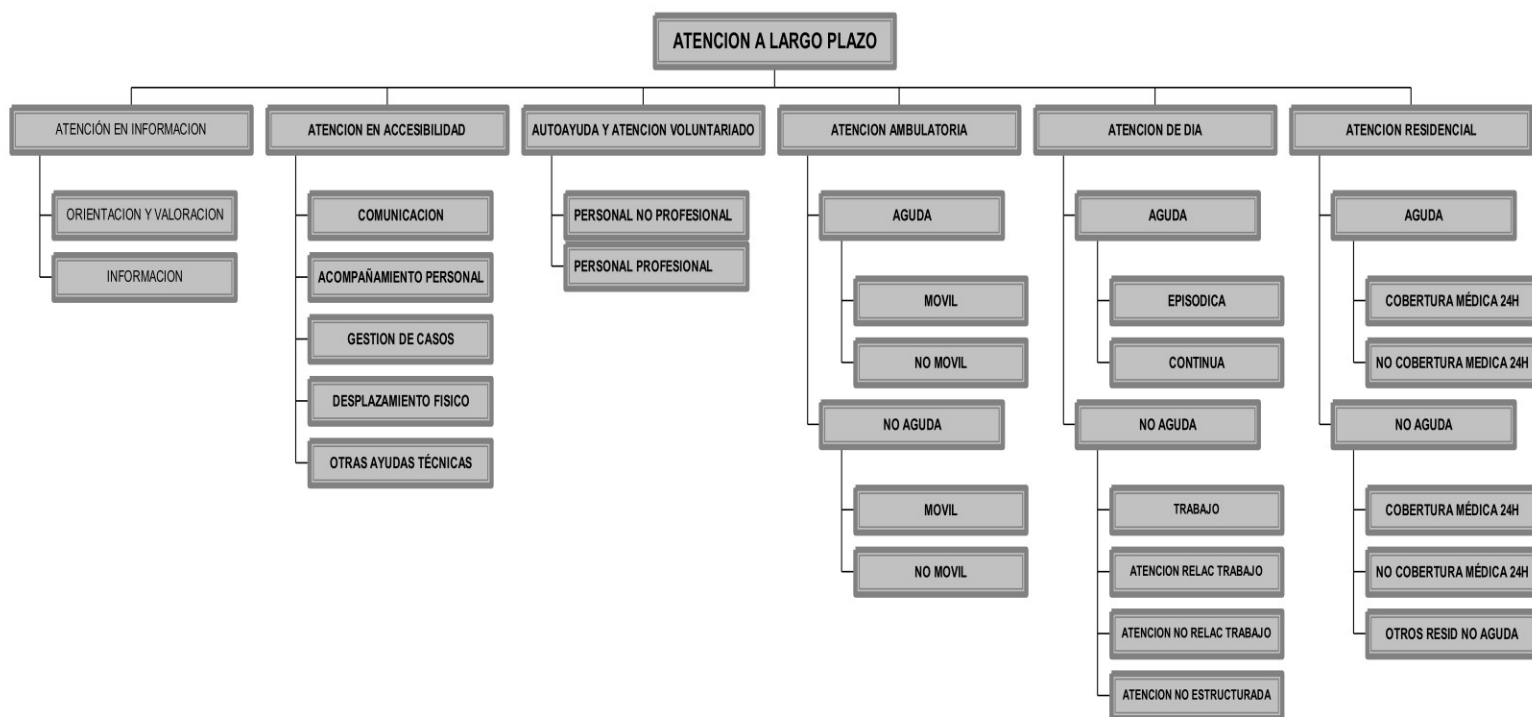
Periodo de referencia del estudio. El periodo de referencia para cumplimentar la sección B (codificación) es un mes. Cuando está disponible esta información se puede usar la media mensual de utilización en un año. Sin embargo, cuando esta información no está disponible, es necesario recoger datos en un mes específico. Febrero debe excluirse. Los meses con periodos largos de vacaciones también deben excluirse. Los meses más apropiados para efectuar comparaciones pueden ser mayo, octubre, y noviembre.

La recogida de datos de utilización de servicios para la Sección C debe efectuarse en el mismo periodo de tiempo. En caso de no disponer de esta información, la recogida de datos de utilización de servicios debe seguir uno de los siguientes parámetros:

1. Datos directos recogidos de forma prospectiva:
 - a una semana en caso de servicios ambulatorios y de día
 - a un día en caso de servicios de información, accesibilidad, de urgencia y residenciales
2. Datos indirectos recogidos a partir de la tasa media mensual obtenidos de la base de datos anual del servicio.

Todas las áreas deben tener los mismos periodos de referencia e indicarlo en la Sección A.

DIAGRAMA PARA LA ATENCION A LARGO PLAZO



SECCION A
CLASIFICACION DEL AREA

PREGUNTAS INTRODUCTORIAS
(FICHA TÉCNICA DEL ESTUDIO)

1. Datos del evaluador:

Nombre:

Profesión:

Correo electrónico:

Fecha de cumplimentación del cuestionario:

2. Periodo de referencia al que se refieren los datos del estudio.
Mes de referencia (p.e. del 1 al 30 de noviembre) o censo prospectivo.

Desde/..../ hasta/..../

Censo prospectivo a un día:/..../

Censo prospectivo a una semana:/..../ a/..../

Censo prospectivo a un mes:/..../ a/..../

3. ¿Qué fuentes de información se han usado para cumplimentar la escala?

4. Nombre y Localización del área de cobertura de referencia

5. ¿En qué localidad, región y país se encuentra?

6. ¿Cuál es el tamaño de su población?

7. ¿Qué criterios se han utilizado para definir el área de cobertura? (p.e. límites administrativos del municipio, sector de servicios de salud, etc.) Indicar si estos criterios se corresponden con distritos censales o no.

8. La población por defecto a la que normalmente se aplica el DESDE-LTC son los grupos de población con necesidades de atención a largo plazo con más de 18 años del área de cobertura, definidos en la página 4 (personas con discapacidad física severa, discapacidad intelectual, trastorno mental severo y personas mayores con discapacidad).

Intervalo de edad del grupo diana que se va a incluir en la aplicación del instrumento (años)	De <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Grupos diagnósticos que se van a incluir en la aplicación del instrumento (marque aquellos que vaya a incluir)	
---	--

Adultos con discapacidad física severa (registrados)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Adultos con discapacidad intelectual (CIE-10)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Adultos con trastorno mental (CIE-10)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------

Personas mayores con discapacidad física o intelectual (registrados) o personas mayores con trastornos mentales	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Otra categoría diagnóstica (especificar código CIE-10 cuando sea posible)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

SECCION B CLASIFICACION DE ATENCION A LARGO PLAZO (CLASIFICACION DE TBA)

a. PRINCIPIOS PARA CLASIFICACION DE LA ATENCION A LARGO PLAZO

- El propósito de la sección B es obtener una clasificación completa de los tipos básicos de atención para las personas con necesidades de atención a largo plazo de la población local, clasificados de acuerdo con su función, disponibilidad y emplazamiento.
- El DESDE-LTC proporciona un listado de todos los servicios identificados en un área de cobertura con el código asignado a cada uno de ellos. Este listado ofrece una visión global de la disponibilidad de servicios y tipos de servicios. Se pueden encontrar en las 'Plantillas' de la herramienta DESDE-LTC.
- El DESDE-LTC dispone de un **glosario** con las definiciones de todos los términos usados en el diagrama de clasificación de la atención a largo plazo que se puede encontrar en Directrices para clasificar la atención a largo plazo. Junto a las definiciones de cada categoría aparecen ejemplos de tipos de atención a largo plazo así como directrices sobre qué categorías deben ser mutuamente excluyentes.
- Se establecen **seis grandes diagramas** independientes para: 1) atención de información; 2) atención en accesibilidad; 3) atención de ayuda mutua y voluntariado; 4) atención ambulatoria; 5) atención de día; y 6) atención residencial. Sin embargo, los dispositivos de ayuda mutua y voluntariado no se incluyen en los Diagramas de Utilización de la Atención, ya que

se asume que su volumen de actividad no puede documentarse con precisión.

- La clasificación de cada servicio en el diagrama se identifica por la combinación de una letra y un número que constituye el código del servicio: (i) la "I", "A", "S", "O", "D" ó "R" mayúscula indica si se trata de un tipo básico de atención de información, accesibilidad, de ayuda mutua y voluntariado, de día, ambulatorio, y/o residencial, (ii) a la rama final de cada uno de estos árboles se le asigna un número.

CODIGOS OPCIONALES

Esta clasificación puede completarse con códigos opcionales que proporcionan información adicional de las características del servicio.

CODIGOS PARA LA POBLACION DIANA

Estos códigos describen los principales grupos diana atendidos en un servicio añadiendo letras mayúsculas delante del código DESDE-LTC.

Grupos de edad

- **C** - para Niños y adolescentes (p.e. atención estructurada no aguda de día para niños C-D4).
- **A** - para Adultos
- **E** - para personas Mayores

Grupos diagnósticos

Dos letras mayúsculas después del código DESDE-LTC describen el grupo de usuarios:

- **SP** - para Discapacidad Física Severa;
- **ID** - para Discapacidad Intelectual
- **MD** - para Trastornos Mentales (CIE-10)
- **ED** - para Mayores con Discapacidad Severa.

- **MG** – puede usarse para pacientes médicos sin otra especificación (genérica).

Los servicios dirigidos a secciones CIE-10 o a trastornos específicos pueden clasificarse usando el código CIE-10 correspondiente delante del código DESDE-LTC.

CÓDIGOS DESCRIPTORES DE CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DE LOS SERVICIOS.

Estos códigos opcionales se incorporan al código DESDE-LTC para facilitar una visión rápida de las características de los TBA y las BICU con los que se relacionan que pueden ser relevantes para cuestiones de política local o investigación. Estos códigos son parte de una descripción general del servicio que se efectúa en la Sección D y, por tanto, no son parte de la estructura jerárquica del árbol de decisión del sistema DESDE-LTC. Estos códigos son letras minúsculas que se añaden al final del código DESDE para proporcionar una descripción adicional acerca de la localización del servicio o el significado de la provisión del servicio cuando éste es un descriptor principal (por ejemplo teleasistencia). Además no usan puntos de corte.

“a” Atención aguda (complementario)

Este código describe atención aguda desde dispositivos no agudos no residenciales (ramas “O” y “D”) que no cumplen criterios para considerarla un TBA independiente. A modo de ejemplo, esto puede ser relevante para diferenciar dispositivos ambulatorios con capacidad de proporcionar atención aguda como actividad ordinaria frente a centros ambulatorios que no proporcionan atención aguda en un estudio específico de estos servicios.

“c” Atención cerrada

Este código describe servicios de aislamiento con un alto nivel de seguridad con puertas cerradas con llave. Normalmente estas unidades se dirigen a pacientes judiciales con

enfermedad mental que presentan riesgo para ellos mismos o los demás.

“d” Atención domiciliaria

Este código describe servicios que sólo atienden a los usuarios en su domicilio. Si un servicio proporciona atención móvil como parte un actividad más amplia o más general no debería codificarse como “d”.

“e” eCare

Dirigido a todos los servicios médicos de atención sanitaria, servicios sociales y tecnologías relacionadas con las nuevas tecnología de la comunicación y la información (TICs) (p.e. telemedicina, teleconsulta, teleradiología, telemonitorización).

Dispositivos especializados para profesionales de atención sanitaria (robótica y sistemas avanzados para diagnóstico y cirugía, simulación y dispositivos de modelación, dispositivos de simulación y modelaje, herramientas para entrenamiento) NO se incluyen en esta clasificación.

Cuando un servicio ambulatorio proporciona atención mediante teleconsulta, la “e” puede añadirse al final de código DESDE-LTC para diferenciar este servicios de servicios cara a cara (p.e. O8.1e).

“h” Atención proporcionada en un dispositivo hospitalario

Este código adicional describe atención no residencial proporcionada en una meso-organización registrada como “hospital” pero que no se relaciona con atención residencial aguda (p.e. una unidad ambulatoria o un hospital de día situado en un dispositivo hospitalario para diferenciar estos servicios de unidades similares situadas en la comunidad).

Este código excluye dispositivos de Atención a Largo Plazo Institucional que se clasifican como “I”.

“i” Atención institucional

Este código describe servicios residenciales caracterizados por ser de estancia indefinida para un grupo de población determinada y que normalmente tiene más de 100 camas. Este código es relevante para una mejor descripción de la atención residencial en los principales grupos de población: “C”, “E”, “ID” y “MD”.

Este código adicional puede proporcionar información relevante en relación al balance de la atención a grupos de población específicos tales como salud mental, discapacidad intelectual o mayores donde la atención residencial a largo plazo caracterizó el modelo de atención “institucional” (por ejemplo atención aguda, tiempo limitado y estancia indefinida: R2.i, R4.i, R6.i).

“j” Atención judicial

Servicios cuyo principal objetivo es proporcionar atención a pacientes judiciales (hospitales de seguridad o prisiones, salas de vigilancia para pacientes bajo custodia judicial, unidades psiquiátricas y de discapacidad física en prisiones y unidades de seguridad regional). Estas unidades pueden codificarse en un árbol independiente debido a las características especiales de la población diana.

“l” Atención de enlace

Son servicios de enlace donde se realiza una consulta específica a un subgrupo de pacientes en otra área (p.e una consulta ambulatoria de Discapacidad Intelectual en un servicio de medicina general o consulta para trastornos mentales en servicios de atención médica general de un hospital).

“m” Gestión de casos

La gestión de casos la encontramos en servicios cuyo principal objetivo es la coordinación de la atención pero el proceso de coordinación de la atención incluye diferentes

formas de atención clínica. Estos servicios pueden incluir gestión intensiva de casos, tratamiento asertivo comunitario, gestión de enfermedad o incluso atención personalizada. Debe prestarse especial atención si estos dispositivos cumplen criterios para BICU y TBAs y no son unidades de atención o programas de atención dentro de un servicio.

“r” TBA de referencia en el área

Esta letra describe al principal y/u oficial servicio de referencia para un TBA disponible en un área. Este código opcional es especialmente relevante en salud mental para diferenciar el centro de salud mental de referencia de otras unidades ambulatorias del mismo área, o el servicio hospitalario de agudos de referencia de otras unidades de agudos que también podría usar el mismo grupo diana del área.

“s” Atención especializada

Servicios para subgrupos específicos de la población diana atendidos en el área (p.e. servicios para personas mayores con Alzheimer dentro del grupo “E”, o servicios para trastornos alimentarios dentro del grupo “MD”).

Podrán añadirse otros códigos opcionales cuando se considere necesario dependiendo de los objetivos específicos de la investigación.

- Algunos servicios pueden cumplir criterios para codificar TBAs en más de una rama del Diagrama. Esto ocurrirá especialmente en áreas con servicios comunitarios altamente integrados en los que p.e., el mismo equipo puede proporcionar atención de urgencias, atención continuada y atención de día - el glosario ofrece una explicación más detallada-

- La Sección B describe el máximo funcionamiento habitual de un servicio en un periodo de tiempo determinado. No se trata de una descripción de la capacidad teórica de un servicio o de la provisión de alta intensidad que es claramente inusual en el

servicio y que no representa el nivel de provisión típica en un año de referencia. Nos interesa saber cuál es el nivel más alto de actividad de un servicio durante un periodo de tiempo determinado cumpliendo los criterios mínimos de funcionamiento requeridos en cada código (p.e. D1 20% - 10%).

b. DIRECTRICES PARA CLASIFICACION DE LA ATENCION A LARGO PLAZO

Los servicios se clasifican en función de una serie de descriptores como estatus del usuario, tipología de la atención, intensidad, tiempo de estancia y movilidad. Estos descriptores proporcionan una clasificación basada en "Tipos Básicos de Atención" que incluyen atención de información, atención en accesibilidad, autoayuda y atención voluntariado, atención ambulatoria, atención de día y atención residencial. Los servicios se constituyen tanto por un simple TBA como por una combinación de varios TBAs.

Se incluyen varios ejemplos de tipos básicos de atención en cada código. Esta lista de ejemplos no pretende ser exhaustiva. También se aportan algunas instrucciones para situaciones en las que determinadas ramas son mutuamente exclusivas, p.e. pares de ramas en las que no sería posible clasificar un mismo servicio específico en ambas ramas a la vez.

El sistema de codificación sigue el orden original establecido en el European Service Mapping Schedule (ESMS) (Johnson et al, 2000), diseñado para servicios de salud mental, y su adaptación a servicios de discapacidad (DESDE) (Salvador-Carulla et al, 2006), aunque ha sido modificado para permitir la clasificación de la atención a largo plazo según niveles de descripción (página 7). Debido a esta regla, los códigos no siguen una disposición ordinal en la Rama D (Atención de Día).

El sistema de codificación debería rellenarse después de completar la Sección D y teniendo en cuenta la información que proporciona ésta.

I. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE LA ATENCIÓN DE INFORMACIÓN

I ATENCIÓN PARA INFORMACIÓN Y VALORACION

Dispositivos cuyo principal objetivo es proporcionar información y valoración a usuarios/as con necesidades de atención a largo plazo. Estos dispositivos no conllevan un seguimiento posterior del usuario.

I1 Dispositivos de orientación y valoración

Dispositivos en los que se efectúa una valoración profesional y una posterior orientación al usuario.

P.e. Centro de valoración y orientación donde se realiza una intervención profesional que incluye evaluación y elaboración de proyecto individualizado para el usuario.

I1.1 Relacionada con salud

I1.2 Relacionada con educación

I1.3 Relacionada con aspectos sociales y culturales

I1.4 Relacionada con Otros (no Trabajo)

I1.5 Relacionada con Trabajo

I2 Dispositivos de información

Dispositivos dirigidos exclusivamente a proporcionar información a usuarios/as con necesidades de atención a largo plazo.

Se incluyen aquí dispositivos de información acerca de accesibilidad.

No se incluyen dispositivos dirigidos a la valoración.

I2.1 Interactiva

Dispositivos dirigidos a la información donde existe una interacción entre el usuario (personas con necesidades de atención a largo plazo) y el informador.

I2.1.1 Interactiva presencial

Dispositivos dirigidos a informar a usuarios/as/as con necesidades de atención a largo plazo a través de una interacción cara a cara.

I2.1.2 Otra Interactiva

Dispositivos dirigidos a informar de forma interactiva a usuarios/as/as con necesidades de atención a largo plazo a través de tecnologías de la comunicación (TIC) o teléfono. El servicio clasificado aquí debe cumplir los siguientes criterios:

-Dispone de personal especializado en atención a largo plazo.

-Presenta información útil para el campo de la atención a largo plazo.

-En caso de páginas web, la información se actualiza al menos de forma mensual

Sólo se clasificará con este código aquel dispositivo donde exista una persona que gestiona la página y su actualización.

Se incluyen dispositivos de información interactiva a través de Internet y de teléfono

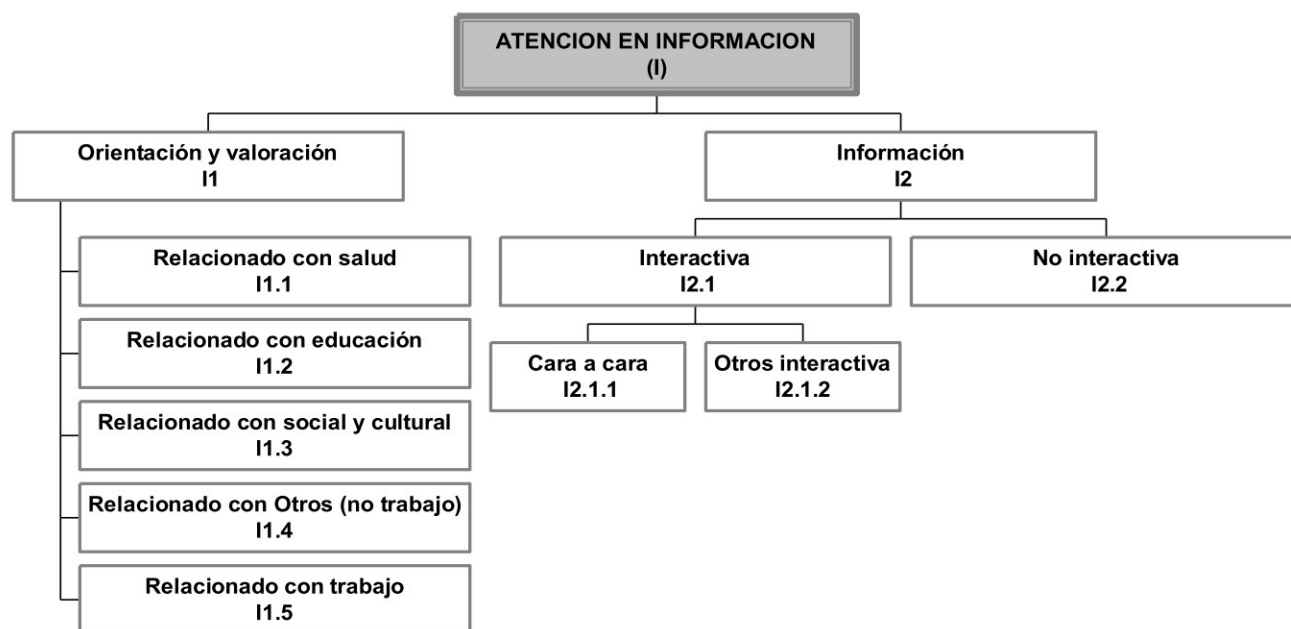
I2.2 No interactiva

Dispositivos dirigidos a informar (con actualización trimestral) a personas con necesidades de atención a largo plazo sin que exista interacción entre el usuario y el informador y/o la información no se actualiza de forma mensual.

Sólo se clasificará con este código aquel dispositivo donde exista una persona identificada que gestiona la página y su actualización.

Se incluyen páginas web informativas que no implican interacción.

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION DE INFORMACION



A. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE LA ATENCIÓN EN ACCESIBILIDAD

A ATENCIÓN EN ACCESIBILIDAD

Dispositivos cuyo principal objetivo consiste en la facilitación de medidas de accesibilidad para personas con necesidades de atención a largo plazo.

A1 Comunicación

Dispositivos dirigidos a facilitar el acceso a la información

Se incluyen aquí TBAs de intérprete de lenguaje de signos y traductores relacionados con atención sanitaria.

A2 Movilidad física

Dispositivos dirigidos a facilitar la movilidad física de personas con necesidades de atención a largo plazo.

Incluye dispositivos dirigidos a mejorar la movilidad física de la persona con necesidades de atención a largo plazo (p.e. servicios de transporte).

No se incluyen dispositivos de movilidad (p.e. silla de ruedas)..

A3 Acompañamiento personal

Dispositivos cuyo principal objetivo es facilitar el acompañamiento a usuarios con necesidades de atención a largo plazo por parte de personal remunerado y no relacionados con la atención. El personal de acompañamiento no incluye ningún tipo de atención directa (el acompañamiento voluntario o no remunerado se codificará en la rama "S").

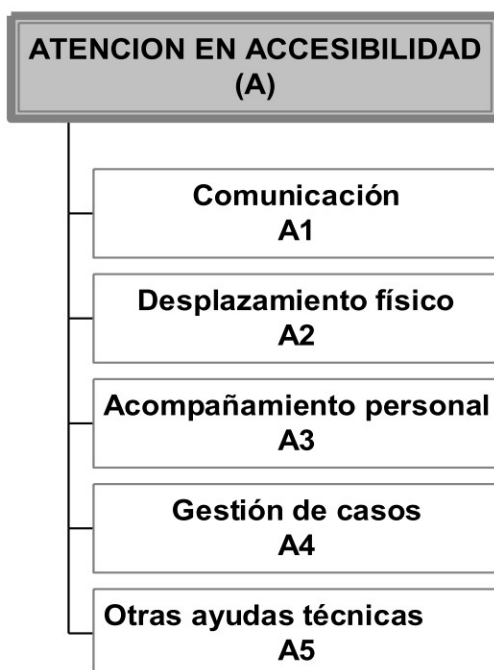
A4 Gestión de casos

Dispositivos cuyo principal objetivo es facilitar la coordinación de la atención así como la accesibilidad a los diferentes tipos de servicios, profesionales y herramientas de los usuarios con necesidades de atención a largo plazo. La coordinación de la atención no incluye ningún tipo de atención directa (p.e incluye gestión de casos pero no gestión intensiva de casos con atención asertiva comunitaria en el área de salud mental).

A5 Otras ayudas técnicas

Dispositivos dirigidos a facilitar el acceso a la atención sin incluir ningún tipo de atención directa.

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION EN ACCESIBILIDAD



S. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE LA ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO (S)

S ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO

El objetivo de estos dispositivos es proporcionar algún tipo de apoyo, autoayuda o contacto a personas con necesidades de atención a largo plazo, con personal no remunerado que ofrece atención en accesibilidad información , ambulatoria, de día o residencial.

S1 ATENCIÓN CON PERSONAL NO ESPECIALIZADO

Dispositivos dirigidos específicamente a población con necesidades de atención a largo plazo, donde el porcentaje de personal especializado en evaluación, apoyo o atención a largo plazo es menor al 60% del total del personal. El 100% del personal tiene una vinculación exclusivamente voluntaria al servicio, aunque el personal administrativo o de gestión puede ser remunerado.

Deben clasificarse aquí los grupos de autoayuda dirigidos por usuarios/as/as, las asociaciones de cuidadores informales que proporcionan apoyo mutuo y los servicios proporcionados totalmente por voluntarios.

S1.1 Dispositivos con personal voluntario no especializado en Atención de Información

S1.2 Dispositivos con personal voluntario no especializado en Atención en Accesibilidad

S1.3 Dispositivos con personal voluntario no especializado en Atención Ambulatoria

S1.4 Dispositivos con personal voluntario no especializado de Atención de Día

S1.5 Dispositivos con personal voluntario no especializado de Atención Residencial

S2 ATENCIÓN CON PERSONAL ESPECIALIZADO

Dispositivos diseñados para población con necesidades de atención a largo plazo, que cuentan de forma regular con al menos un 60% del personal con formación o titulación específica en evaluación, apoyo o atención a personas con necesidades de atención a largo plazo.. El 100% del personal tiene una vinculación exclusivamente voluntaria al servicio aunque el personal administrativo y de gestión puede estar pagado.

Se incluyen aquí dispositivos atendidos de forma regular por personal profesional voluntario especializado.

S2.1 Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención de Información

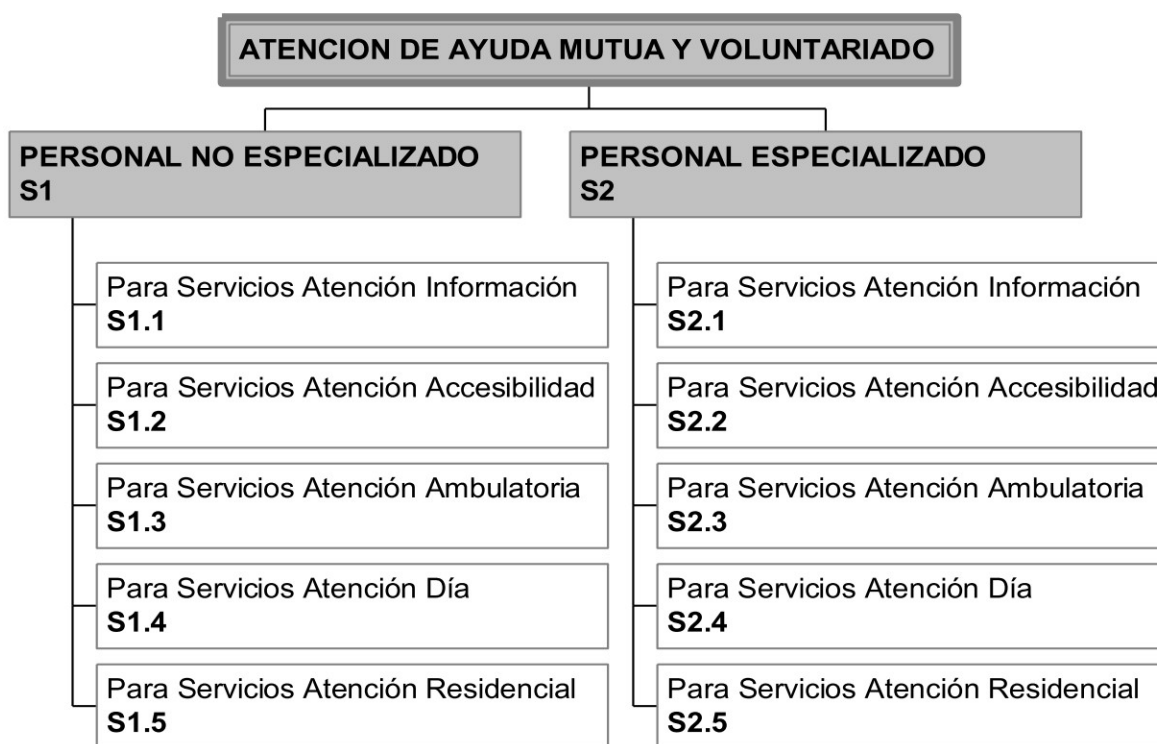
S2.2 Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención de Accesibilidad

S2.3 Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención Ambulatoria.

S2.4 Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención de Día.

S2.5 Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención Residencial

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO



O. DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE ATENCION AMBULATORIA

O ATENCIÓN AMBULATORIA

Dispositivos que (i) conllevan un contacto entre el personal y usuarios/as con el objetivo de la atención a las personas con necesidades de atención a largo plazo y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas; (ii) no ofrecen atención de día o residencial como la descrita más adelante.

Atención aguda (O1-O4)

Dispositivos de urgencia que (i) proporcionan atención y tratamiento inicial en respuesta a una situación de crisis, deterioro en el estado mental o físico, comportamiento o problemática social relacionada con su estado; y (ii) en los que dicha respuesta se produce normalmente en el mismo día dentro del horario laboral.

Atención Móvil & Domiciliaria (O1-O2)

Dispositivos donde el contacto se produce normalmente en un abanico variado de emplazamientos incluyendo la propia casa del usuario/a y que corresponden a aquellos considerados como más apropiados desde el punto de vista de profesionales y usuarios/as. Para que un servicio sea considerado como móvil & domiciliario, se requiere que al menos el 50% de los contactos se realicen fuera del lugar donde está establecido dicho servicio. Si la atención móvil se proporciona en al menos el 20% de los contactos, debería añadirse un código secundario de movilidad al TBA no móvil. En algunos casos, a la atención ambulatoria móvil se le añade un calificador adicional "d" para describir su actividad móvil.

Para algunos servicios, el emplazamiento principal de provisión de la atención puede variar de un día a otro (p.e., los dispositivos de áreas rurales que se desplazan de pueblo en pueblo); esto no significa que tenga que ser clasificado como 'móvil & domiciliario', a menos que el personal realice su trabajo fuera del emplazamiento principal del día.

Ningún dispositivo debería clasificarse a la vez como 'móvil & domiciliario' y 'no-móvil' - si el 50% de las visitas tienen lugar fuera del centro principal donde se localiza el servicio, éste debe ser clasificado únicamente como móvil & domiciliario, aunque tanto la utilización móvil & domiciliaria como la no móvil debe ser

contabilizada en la Sección C. Los servicios no destinados específicamente a ofrecer atención móvil pero que proporcionan atención móvil como parte de su actividad habitual podrán diferenciarse de los servicios no móviles añadiendo un calificador adicional "d" (p.e. O8.1d).

O1 24 horas

Dispositivos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

O1.1 Atención relacionada con la salud

Dispositivos cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada durante el periodo descrito por el código, y donde una parte del personal son profesionales cualificados en atención sanitaria (Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Medicina Rehabilitadora y Psicología).

O1.2 Otra atención

Dispositivos que no cumplen el criterio de servicios dirigidos a la atención relacionada con la salud.

O2 Horario limitado

Dispositivos que no están siempre disponibles (menos de 24 horas al día, 7 días a la semana).

Ejemplo de Ramas O1 y O2 - equipos de intervención en crisis y equipos móviles & domiciliarios de tratamiento en domicilios de personas mayores. Algunos dispositivos ambulatorios pueden proporcionar también atención de urgencia (además de atención continuada) por lo que se contabilizarán en ambas ramas.

Dispositivos que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y 'de horario limitado' - si existe algún periodo de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como 'de horario limitado'.

O2.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)

O2.2 Otra atención (ver O1.2)

Este código puede incluir servicios cuya principal función es proporcionar apoyo para actividades de la vida diaria (limpieza,

barrido, cocina, etc.) en hogares en situación de crisis durante un tiempo limitado a la semana (p.e. debido a enfermedad del cuidador principal).

Atención no-móvil (O3-O4)

Dispositivos que no cumplen los criterios para 'móvil & domiciliario'.

O3 24 horas (ver O1)

O3.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)

Unidades de urgencia en Hospitales Generales que pueden ofrecer atención específica a usuarios con necesidades de LTC. Estos servicios pueden proporcionar atención a un grupo específico de población. Por ejemplo, los usuarios con problemas de salud mental son atendidos por profesionales sanitarios especializados en salud mental.

O3.2 Otra atención (ver O1.2)

O4 Horario limitado (ver O2)

Dispositivos que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y de 'horario limitado' - si existe algún período de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como de 'horario limitado'.

O4.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)

Unidades de urgencia en centros ambulatorios y de atención primaria o centros de salud mental que pueden proporcionar atención específica a usuarios con necesidades de LTC durante situaciones de crisis en horario limitado.

O4.2 Otra atención (ver O1.2)

No aguda (O5-O10)

Dispositivos que proporcionan a los usuarios/as un contacto regular con un profesional de la salud, que puede ser a largo plazo

si se requiere. Los servicios no agudos de atención continuada pueden proporcionar también atención aguda/urgencia de forma regular. Sólo cuando la atención aguda sea mayor al 20% de la actividad ordinaria del servicio, se codificará en las ramas de agudo y no agudo.

Atención móvil & domiciliaria (O5-O7) (ver "atención móvil" de para "atención aguda")

O5 Intensidad alta

Dispositivos con capacidad para realizar contactos cara a cara con usuarios/as al menos 3 veces por semana, si está clínicamente indicado.

O5.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)

O5.1.1 Atención de 3 a 6 días por semana

Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención menor a 7 días/semana 3 horas/día.

O5.1.2 Atención 7 días por semana al menos 3 horas/día

Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana 3 horas/día.

O5.1.3 Atención 7 días por semana incluyendo atención durante la noche.

Dispositivos cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana incluyendo la atención durante la noche.

O5.2 Otra atención

Dispositivos que no cumplen el criterio de servicios dirigidos a la atención relacionada con la salud especializada.

O5.2.1 Atención de 3 a 6 días por semana

Dispositivos no dirigidos a la atención clínica especializada de los usuarios con una frecuencia habitual de la atención menor a 7 días/semana 3 horas/día.

O5.2.2 Atención 7 días por semana al menos 3 horas/día

Dispositivos no dirigidos a la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana 3 horas/día.

O5.2.3 Atención 7 días por semana incluyendo atención durante la noche

Dispositivos cuyo objetivo principal no es la atención clínica especializada de los usuarios con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana incluyendo la atención durante la noche.

O6 Intensidad media

Dispositivos que no tienen capacidad para proporcionar un contacto con los usuarios/as de al menos 3 veces a la semana, pero que sí pueden proporcionar atención quincenalmente cuando se requiera.

O6.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)

O6.2 Otra atención (ver O5.2)

O7 Intensidad baja

Dispositivos que no tienen capacidad para atender a sus usuarios con una frecuencia quincenal.

Ejemplo de Ramas O5 a O7 - Dispositivos que pueden ser clasificados en estas ramas son los equipos de enfermería comunitaria y los equipos de apoyo.

'Alta intensidad', 'intensidad media' y 'baja intensidad' son mutuamente excluyentes - si un servicio puede proporcionar contacto tres veces a la semana, se clasificará como de 'alta intensidad', incluso si algunos de sus usuarios/as son atendidos en dicho servicio con una frecuencia menor. Si un servicio puede proporcionar contacto al menos una vez quincenalmente, pero no con un mínimo de tres veces por semana, será de 'media intensidad', incluso si alguno de los usuarios/as contactan con dicho servicio menos de una vez cada quince días. Sólo los

dispositivos que generalmente no pueden proporcionar contacto de forma quincenal deben ser clasificados como de baja 'intensidad'.

O7.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)

O7.2 Otra atención (ver O5.2)

Atención no-móvil (O8-O10)

O8 Intensidad alta (ver O5)

O8.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)

O8.2 Otra atención (ver O5.2)

O9 Intensidad media (ver O6)

O9.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)

O9.2 Otra atención (ver O5.2)

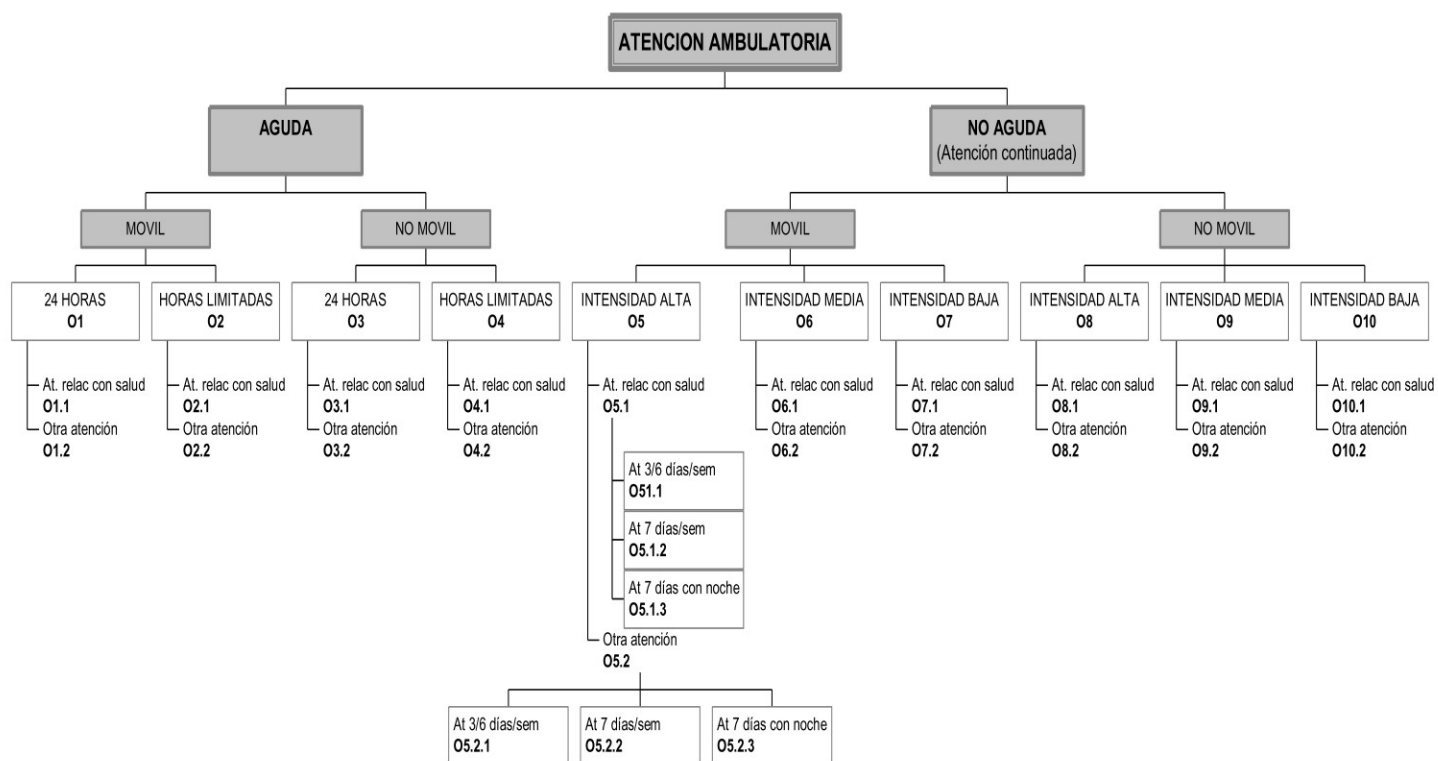
O10 Intensidad baja (ver O7)

Ejemplo de Ramas O8 a O10 - Ejemplos de dispositivos que pueden clasificarse aquí son las clínicas ambulatorias y los centros de salud mental comunitarios en los que menos del 20% de los contactos con los usuarios/as se realizan fuera de la localización principal del servicio.

O10.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)

O10.2 Otra atención (ver O5.2)

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION AMBULATORIA



D. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION DE DIA

D ATENCION DE DÍA

Son dispositivos que (i) están disponibles normalmente para varios usuarios/as al mismo tiempo (en lugar de atender a los usuarios/as de uno en uno); (ii) proporcionan alguna combinación de atención a problemas relacionados con LTC, p.e. actividad estructurada, contacto social y/o apoyo; (iii) se encuentran disponibles durante un horario de apertura establecido; y (iv) se espera que los usuarios/as los utilicen más allá de los períodos en los que tienen un contacto "cara a cara" con el personal (el dispositivo no sólo se basa en que los usuarios/as vengan a la cita con el profesional de referencia y se marchen al acabar la consulta). El seguimiento de la atención suele planificarse con antelación.

AGUDA

D0 EPISODICA

Dispositivos en los que habitualmente se proporciona atención a pacientes con deterioro en su estado de salud en un único o limitado número de episodios de atención y durante un periodo de tiempo determinado.

D0.1 Alta intensidad

Dispositivos en los que habitualmente se proporciona atención a pacientes con deterioro en su estado de salud en un único o limitado número de episodios de atención y durante un periodo de tiempo determinado. El episodio de atención dura menos de 24 horas por lo que el usuario es admitido y dado de alta en el mismo día. El episodio incluye actividades de atención complejas y coordinadas tales como diagnóstico, evaluación, intervenciones y otros tipos de atención sanitaria que requieren una elevada formación profesional y que no se limita a un contacto cara a cara como ocurre en la atención ambulatoria. La complejidad de la intervención es tal que se asemeja a la situación de atención en crisis.

Ejemplos de Atención aguda episódica son las unidades de día de quimioterapia en oncología o las unidades de terapia electroconvulsiva en salud mental.

D0.2 Otra intensidad

Dispositivos que proporcionan atención aguda episódica pero que no cumplen criterios de alta intensidad.

ATENCION AGUDA CONTINUADA

Dispositivos en los que (i) los usuarios/as son admitidos habitualmente durante una situación de crisis o a un deterioro de su estado de salud (mental o físico), comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) el principal objetivo del dispositivo es aliviar este deterioro/crisis; (iii) la atención se ofrece de forma continua – no episódica, al menos 5 días por semana durante un periodo de tiempo limitado. Estos dispositivos de día se constituyen para ofrecer una alternativa a la hospitalización o acelerar la descarga de las unidades de hospitalización antes de que termine la crisis o el usuario se estabilice.

Frecuentemente se incluyen en esta sección hospitales de día.

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de 4 semanas para usuarios derivados desde una unidad de agudos (R2 ó R3). Al menos el 80% de los usuarios han sido admitidos en menos de cuatro semanas en los últimos doce meses (en otro caso clasificar el recurso como D4.2).

D1.1 Alta intensidad

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de 72 horas. Al menos el 20% de los usuarios han sido admitidos en menos de 72 horas en los últimos doce meses.

Se incluyen en este código los hospitales de día dirigidos a la atención de usuarios con agravamiento significativo de su estado de salud que se asocia a un riesgo para ellos mismos, su familia u otros, necesitando una atención inmediata. Estos servicios son una alternativa a la admisión hospitalaria. El usuario habría necesitado hospitalización en otra área de cobertura que no disponga de este tipo de dispositivos.

D1.2 Otra intensidad

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de cuatro semanas desde el inicio de la crisis en usuarios derivados de una unidad de agudos residencial (R2 o R3). Al menos el 80% de los usuarios han sido admitidos en los últimos doce meses en menos de cuatro semanas desde el inicio de la crisis (en cualquier otro caso clasificar el dispositivo como D4.2).

Se incluyen en esta sección hospitales de día dirigidos a la atención de usuarios con agravamiento significativo de su estado de salud que se asocia a un riesgo para ellos mismos, su familia u otros, necesitando una atención inmediata. Estos servicios NO son una alternativa a la admisión hospitalaria sino un sistema complementario de hospitalización que permite la derivación temprana antes de que la crisis haya remitido. El usuario habría necesitado una estancia hospitalaria más prolongada en otra área de cobertura que no disponga de este tipo de dispositivos. Los servicios de gestión intensiva de casos pueden codificarse aquí.

NO AGUDA (D2-D9)

Todos los dispositivos de día que no satisfagan el criterio de dispositivos para atención aguda en crisis.

TRABAJO (D2, D6)

Dispositivos de trabajo que proporcionan a sus usuarios la oportunidad de estar remunerados por su trabajo. Estos servicios suelen ser dispositivos de empleo con apoyo u oportunidades en el mercado general de trabajo.

D2 Alta intensidad para atención no aguda

Dispositivos que normalmente están disponibles para atender usuarios/as durante al menos el equivalente a 4 medios días por semana. Para que el servicio sea clasificado como de 'alta intensidad', no se requiere que todos los usuarios/as necesiten una atención tan frecuente, pero ésta debe ser posible si así se requiere.

D2.1 Empleo ordinario

Los usuarios tienen registrada su discapacidad y se les paga al menos el salario mínimo. La empresa sigue la normativa laboral

del mercado general. En caso de que no exista un salario mínimo, sugerimos calcular una estimación a partir del salario para trabajos similares aparecidos en la prensa local en el último mes. Sin embargo, los empleados con discapacidad reconocida pueden no haber obtenido este trabajo a través de un concurso completamente abierto – su puesto de trabajo puede estar reservado específicamente para usuarios con discapacidad dependiendo de la normativa nacional/ regional o local.

D2.2 Otro empleo

La organización sigue la normativa laboral específica para usuarios con discapacidad reconocida. Los empleados reciben un salario de al menos el 50% del salario mínimo local para ese tipo de trabajo. En caso de que no exista un salario mínimo, se sugiere efectuar una estimación a partir de salarios de empleos similares publicados en la prensa local durante el último mes. El trabajo puede incluirse en un empleo con apoyo o en un emplazamiento donde algunos trabajadores no son usuarios con necesidades de LTC.

D6 Baja intensidad para atención no aguda

Dispositivos en los que los usuarios son atendidos habitualmente menos del equivalente a cuatro medios días por semana.

D6.1 Empleo ordinario (ver D2.1)

D6.2 Otro trabajo (ver D2.2)

ATENCION RELACIONADA CON TRABAJO (D3, D7)

Dispositivos en los que los usuarios llevan a cabo una actividad relacionada con el trabajo que sería pagada en el mercado abierto pero donde los usuarios no cobran o cobran menos del 50% del salario local esperado por este trabajo. En caso de que no exista un salario mínimo, se sugiere efectuar una estimación a partir de salarios de empleos similares publicados en la prensa local durante el último mes.

D3 Alta intensidad en atención relacionada con el trabajo (ver D2)

D3.1 Tiempo limitado

Recursos donde los usuarios/as realizan una actividad relacionada con el trabajo para la que se ha fijado un tiempo límite.

Incluye centros de impartición de cursos de Formación Profesional Ocupacional (FPO) por un periodo de tiempo fijo p.e. 2 años.

D3.2 Tiempo indefinido

Recursos donde los usuarios/as llevan a cabo una actividad relacionada con el trabajo para la que no se ha fijado un tiempo límite.

Incluye centros ocupacionales y talleres cuyo fin es la integración sociolaboral.

Cuando un centro presta formación o atención ocupacional continuada al mismo grupo de individuos por largos periodos de tiempo (p.e. más de dos años) el recurso no se codifica como de 'tiempo limitado' aunque se trate de diferentes ciclos con un tiempo limitado (p.e. los individuos usan el centro por un periodo de tiempo más largo que la duración del curso).

D7 Baja intensidad para atención relacionada con trabajo (ver D6)

D7.1 Tiempo limitado (ver D3.1)

D7.2 Tiempo indefinido (ver D3.2)

ATENCIÓN DE DÍA ESTRUCTURADA NO RELACIONADA CON TRABAJO (D4, D8)

Dispositivos que proporcionan actividades estructuradas que no están relacionadas con trabajo y que estarían disponibles al menos el 25% de la jornada laboral. Estas actividades podrían incluir entrenamiento de habilidades, actividades creativas como arte o música y grupos de trabajo.

D4 Alta intensidad para atención de día estructurada (ver D2)

D4.1 Actividades de día relacionadas con la salud

Dispositivos que cumplen los criterios de atención de día de disponibilidad programada cuya actividad fundamental es la atención clínica a largo plazo (física, psicológica y/o social). Al menos el 20% del personal son profesionales cualificados de la salud.

Se incluyen aquí dispositivos cuya actividad fundamental es la rehabilitación física y la rehabilitación social o psicológica. También se incluyen dispositivos dirigidos a la mejora de aspectos sociales de la atención a largo plazo por parte profesionales de la salud (p.e. talleres de habilidades sociales).

D4.2 Actividades de día relacionadas con la educación

Dispositivos dirigidos a la formación reglada de sus usuarios/as. Se entiende por educación reglada toda aquella que forma parte del Sistema Educativo y dispone de un currículum y plan de estudios establecido.

Se incluyen aquí centros de Educación Especial y Formación Profesional.

D4.3 Actividades de día relacionadas con la participación social y cultural

Dispositivos que proporcionan actividades estructuradas relacionadas con la participación social y cultural.

Se incluyen aquí centros de educación y formación complementaria no reglada, así como apoyo a la educación. También se incluyen actividades deportivas y clubs sociales que fomenten la participación social de forma estructurada y los talleres cuyo fin prioritario no es la integración sociolaboral del usuario.

D4.4 Otras actividades de día estructuradas

Dispositivos que proporcionan algún tipo de actividad estructurada que no cumple criterios para ser clasificada como "Actividades relacionadas con educación, promoción de la salud o participación social y cultural".

Se incluyen aquí dispositivos dirigidos a la prevención de forma estructurada.

- D8 Baja intensidad para atención no aguda** (ver D6)
- D8.1 **Actividades de día relacionadas con la salud** (ver D4.1)
- D8.2 **Actividades de día relacionadas con la educación** (ver D4.2)
- D8.3 **Actividades de día relacionadas con la participación social y cultural** (ver D4.3)
- D8.4 **Otras actividades de día estructuradas** (ver D4.4).

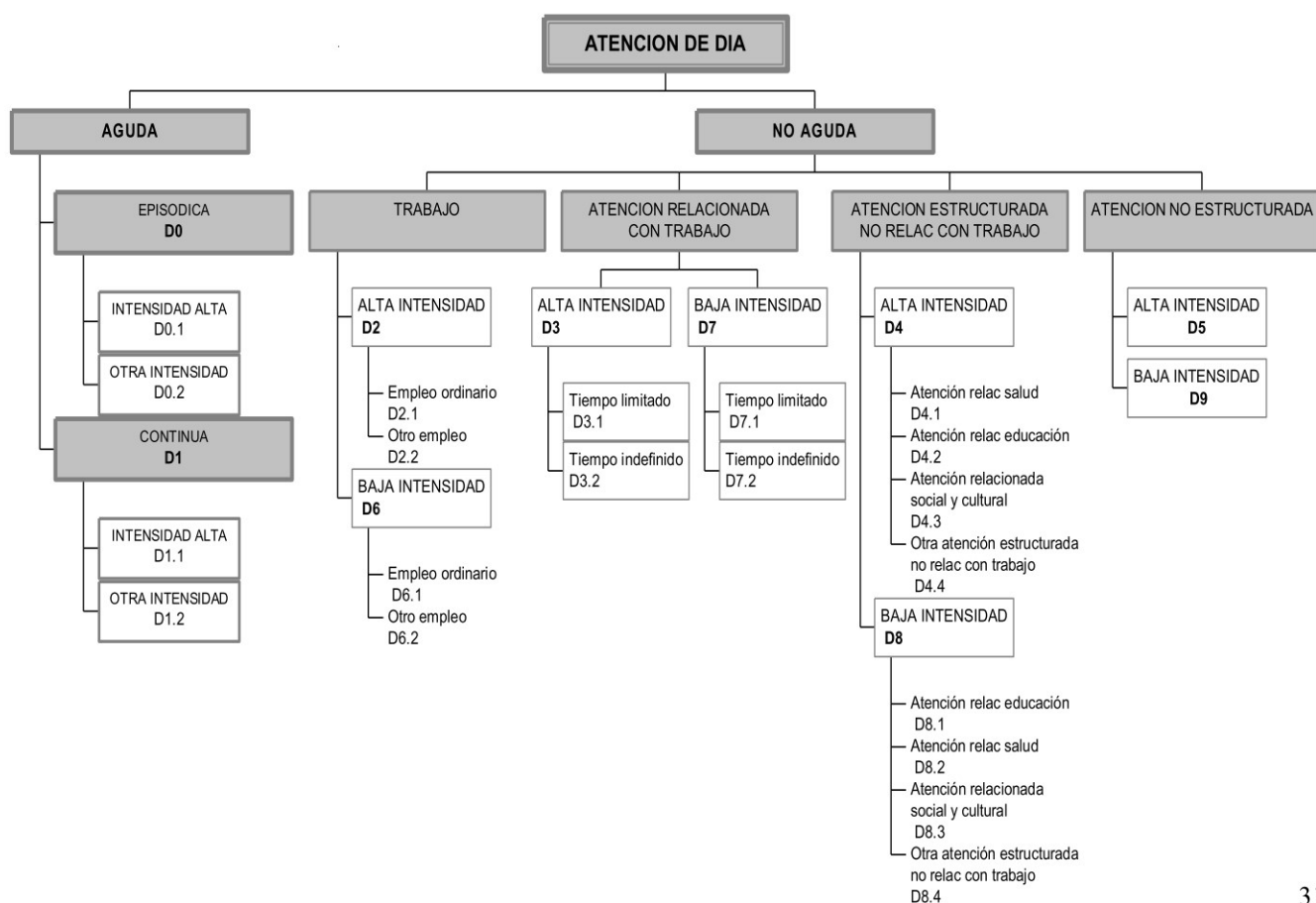
ATENCIÓN NO ESTRUCTURADA

Dispositivos que cumplen los criterios para servicio de día no agudo pero donde no se ofertan actividades estructuradas, o éstas sólo están disponibles durante menos del 25% de la jornada, por lo que las principales funciones del servicio son la provisión de contacto social, ayuda práctica y/o apoyo.

Se incluyen aquí clubes sociales que cumplen las características de "actividades no estructuradas".

- D5 Alta intensidad para atención no aguda** (ver D2)
- D9 Baja intensidad para atención no aguda** (ver D6)

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION DE DIA



R. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION RESIDENCIAL

R ATENCION RESIDENCIAL

Dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los usuarios/as y cuyo propósito se relaciona con la atención clínica y social de las personas con necesidades de atención a largo plazo – los usuarios no utilizan estos servicios simplemente porque son personas sin hogar.

La mayoría de los dispositivos residenciales son clasificables como pertenecientes a sólo una de las ramas, aunque ocasionalmente puede ser necesario codificar un único servicio en varias ramas - p.e., una residencia que incluye a la vez camas destinadas para ingresos en crisis y camas para ingresos planificados por periodos indefinidos.

AGUDA (Disponibilidad inmediata en crisis)

Dispositivos donde (i) se ingresa a los usuarios/as debido a una crisis, deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con trastorno psiquiátrico; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas del día; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso.

ATENCION MÉDICA 24 HORAS

Dispositivos localizados dentro de hospitales u otras meso-organizaciones residenciales donde existe una cobertura médica 24 horas (incluye médicos residentes). Se excluyen servicios en los que la cobertura la estudian de medicina no graduados.

HOSPITALARIO

Los hospitales son meso-organizaciones con un reconocimiento legal en la mayoría de los países. Este reconocimiento legal puede usarse como base para identificar servicios hospitalarios. Constituyen excepciones las unidades que tienen menos de 20 camas y/o no cobertura médica 24 horas que deberían clasificarse como no hospitalarias a pesar de tener un reconocimiento legal de hospital. Aquellos países en los que no exista un criterio legal para decidir qué son hospitales y qué no, y en caso de duda, los servicios deberían clasificarse como servicios hospitalarios si tienen cobertura médica 24 horas. Podría consultarse a un grupo de expertos y/o administrativos sanitarios locales o regionales cuando exista duda acerca de qué servicios deberían considerarse hospitalarios o no.

AGUDA CON COBERTURA MÉDICA 24H

R0 NO HOSPITALARIO

Dispositivos de atención aguda con cobertura médica 24 horas localizados fuera de un hospital registrado (p.e. residencias para personas mayores con atención médica 24 horas con menos de 20 camas y no registrados como hospitales).ja

Ejemplo de rama R0. Los hospitales para usuarios con características específicas sin cobertura médica 24 horas (que pueden tener personal y atención de baja intensidad) no se incluyen aquí (p.e. algunos hospitales psiquiátricos de baja provisión, algunos hospitales para pacientes geriátricos, hospitales para lesiones cerebrales).

Este es un código residual que debería asignarse sólo tras una cuidadosa evaluación.

R1 HOSPITALARIO ALTA INTENSIDAD

Camas en las que los pacientes son admitidos debido a un deterioro de su estado físico o mental lo suficientemente grave como para requerir vigilancia continuada durante 24 horas y/o medidas especiales de aislamiento.

Ejemplo de rama R1. Estos servicios incluyen dispositivos de atención intensiva para LTC. En salud mental, la "vigilancia continua" también incluye servicios de seguridad donde los usuarios son admitidos al ser considerados por los profesionales como peligrosos para sí mismos o los demás, o aquellos a los que una orden judicial oblige, por razones de seguridad, a ser atendidos en este dispositivo específico en lugar de los dispositivos locales habituales. Las camas asignadas a ingresos involuntarios no deben ser clasificadas automáticamente como unidades de seguridad - es posible que alguna persona con ingreso involuntario sea asignada a un dispositivo genérico para pacientes agudos. Sólo las camas específicamente destinadas a proporcionar un mayor nivel de vigilancia y/o seguridad, y no aquellas a las que se asignan rutinariamente los usuarios/as del área sociosanitaria de referencia, pueden ser clasificadas como de alta intensidad.

R2 HOSPITALARIO DE INTENSIDAD MEDIA

Dispositivos de atención aguda con cobertura médica 24 horas localizados en un hospital registrado donde (i) los usuarios son admitidos debido a un deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso. Los dispositivos proporcionan, de forma habitual, un nivel de vigilancia y/o seguridad de intensidad media en sus ingresos.

Ejemplo de rama R2. Se incluyen unidades hospitalarias en las que se ingresan rutinariamente los usuarios/as agudos de una determinada área sociosanitaria, así como las unidades de agudos de hospitales generales, psiquiátricos y monográficos. Una sala localizada en una meso-organización que carece de cobertura médica directa, debería codificarse aquí si existe una cobertura médica 24 horas disponible en la meso-organización y que proporciona tratamiento agudo si es necesario.

Estos dispositivos residenciales pueden también ofrecer atención de urgencia (junto a atención residencial de agudos). En este caso, se clasificarían en ambas ramas (R2 y R3) si la atención de urgencia para el grupo de población específico se ofrece en el mismo hospital por parte del servicio descrito

R3 NO COBERTURA MEDICA 24 HORAS

Dispositivos sin cobertura médica 24 horas donde (i) los usuarios son admitidos debido a un deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso.

R3.0 HOSPITALARIO

Dispositivos de atención aguda sin cobertura medica 24 horas localizados en un hospital registrado.

Ejemplo de rama R3.0. Algunos hospitales registrados pueden proporcionar atención aguda de baja intensidad con cobertura médica 24 horas (p.e. algunas salas de agudos en hospitales psiquiátricos monográficos, algunos hospitales para pacientes geriátricos, o algunos hospitales par lesiones cerebrales). Se excluyen unidades hospitalarias que carecen de cobertura médica 24 horas pero en las que esta provisión está disponible en la meso-organización donde se localiza el servicio.

Este es un código residual que debería asignarse sólo tras una cuidadosa evaluación.

R3.1. NO HOSPITALARIO

Dispositivos de atención aguda sin cobertura médica 24 horas localizados fuera de hospitales registrados.

R3.1.1 Atención relacionada con la salud

Dispositivos residenciales cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto y donde una parte del personal, durante el periodo descrito por el código, tiene formación cualificada en atención sanitaria (Psicología, Medicina, Fisioterapia, Enfermería) o equivalente pero no proporciona cobertura médica 24 horas.

Ejemplo rama R3.1.1 - Incluye una oferta de camas no hospitalarias que pueden utilizarse como alternativa al ingreso hospitalario. Pueden incluirse aquí dispositivos tales como las casas de crisis, las residencias de crisis o las camas de urgencia de los centros comunitarios de salud menta. Aquellos "dispositivos residenciales" con plantilla médica de alta intensidad pero que no proporcionan cobertura medica 24 horas (p.e. residencias para personas mayores) también se codificarían en esta rama.

R3.1.2 Otra atención

Dispositivos residenciales que no responden a los criterios establecidos para la clasificación de atención relacionada con la salud no hospitalaria.

NO AGUDOS (DISPONIBILIDAD PROGRAMADA) (R4-R13)

Todos los dispositivos residenciales que no satisfagan el criterio de dispositivos de atención aguda. Habitualmente, los ingresos en situaciones de crisis se remiten a otros dispositivos.

ATENCION MEDICA 24 HORAS (R4-R7)

HOSPITALARIO

R4 Tiempo limitado

Dispositivos donde rutinariamente se especifica un período máximo de permanencia. Un dispositivo debe clasificarse como de tiempo limitado si se ha fijado un período máximo de estancia para al menos el 80% de los residentes en dicho dispositivo.

Ejemplo Rama R4 - Pueden incluirse aquí las salas de ingreso que admiten usuarios/as para rehabilitación o los programas comunitarios terapéuticos en los que se especifica al comienzo de la intervención que dicho programa finalizará en un periodo concreto de meses o años.

R6 Estancia indefinida

Dispositivos que no cumplen los criterios mencionados para la atención de 'tiempo limitado'.

Ejemplo Rama R6 - Pueden clasificarse en esta rama las salas de ingreso psiquiátrico de larga duración para personas mayores, en las cuales los usuarios/as son ingresados durante períodos de tiempo indefinidos con asistencia de personal durante las 24 horas del día.

NO HOSPITALARIO (ver R3)

R5 Tiempo limitado (ver R4)

R7 Estancia indefinida (ver R6)

NO COBERTURA MÉDICA 24H (R8-R13)

Tiempo limitado (R8-R10) (ver R4)

R8 Apoyo 24 horas

Dispositivos que proporcionan atención residencial durante el horario no laboral y se garantiza que el paciente está atendido las 24 horas.

Ejemplo de rama R8 – Se incluyen aquí dispositivos residenciales que proporcionan atención no aguda de 15 a 8 horas porque todos los usuarios están en su trabajo de 8 a 16 horas. Si alguno de los usuarios se pone enfermo, los cuidadores estarán disponibles todo el día en el dispositivo.

R8.1 Estancia igual o inferior a cuatro semanas

La estancia se limita normalmente a un periodo corto de tiempo habitualmente menor a cuatro semanas.

P.e. Unidades de respiración que atienden a usuarios con problemas severos.

R8.2 Estancia superior a cuatro semanas

R9 Personal asignado durante el día

Los miembros del equipo se encuentran en el dispositivo al menos cinco días por semana durante una parte del día, con responsabilidades relacionadas con el seguimiento y atención clínica y social del usuario.

R9.1 Estancia igual o inferior a cuatro semanas (ver R8.1)

R9.2 Estancia superior a cuatro semanas (ver R8.2)

R10 Bajo nivel de apoyo

Dispositivos en los que el usuario reside por necesidades relacionadas con el seguimiento de su problema, y donde existe una conexión directa entre residir en dicho recurso y algún grado de apoyo del equipo que habitualmente está presente menos de cinco días por semana.

R10.1 Estancia igual o inferior a un mes (ver R8.1)

R10.2 Estancia superior a un mes (ver R8.2)

sistema de atención del área de cobertura por lo que debe incluirse en el mapa de atención local.

Ejemplos de ramas R8 a R10 - Las residencias, los hogares para grupos, las comunidades terapéuticas y otros dispositivos específicamente diseñados para usuarios con necesidades de atención a largo plazo pueden clasificarse en estas ramas siempre y cuando dichos dispositivos especifiquen un periodo de estancia fijo. Como ejemplo podemos citar los dispositivos que proporcionan programas de rehabilitación de duración limitada o aquellos que proporcionan alojamiento temporal.

Estancia indefinida (R11-R13) (ver R6)

R11 Apoyo 24 horas (ver R8)

R12 Personal asignado durante el día (ver R9)

R13 Bajo nivel de apoyo (ver R10)

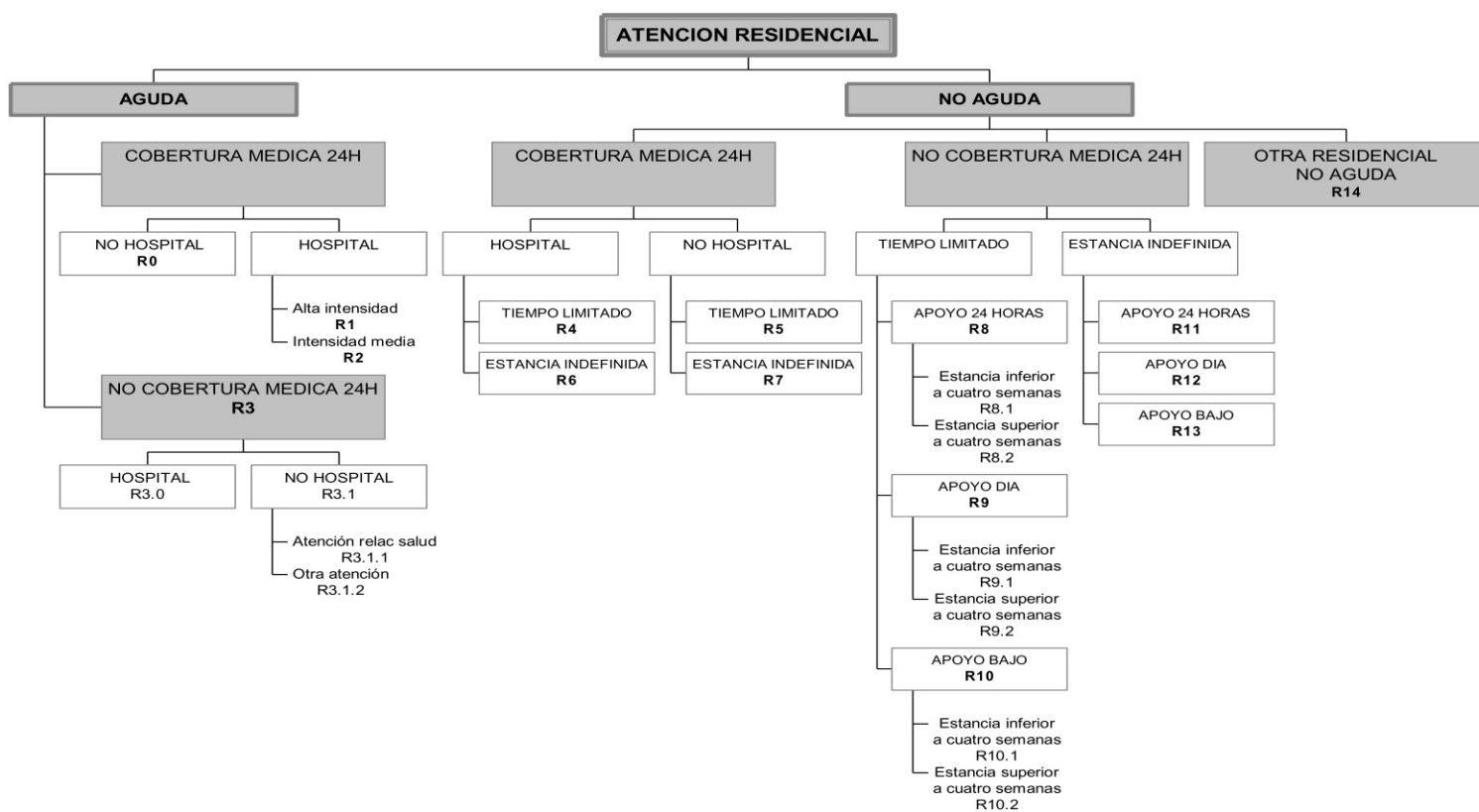
Ejemplo Ramas R11 a R 13 - Se deben incluir aquí aquellos dispositivos residenciales en los que no se especifica ni se fija una duración máxima de la estancia, pero cuyo objetivo es proporcionar un alojamiento permanente cuando en caso de necesidad.

R14 OTRA ATENCION RESIDENCIAL NO AGUDA

Servicios de atención residencial no aguda no clasificados en ningún otro código.

Este código se usa para clasificar dispositivos residenciales que no pueden clasificarse con otro código. Normalmente estos dispositivos requieren una explicación detallada de sus características en la sección D y/o otros códigos no residenciales para comprender su TBA. Un posible ejemplo es un hostel situado junto a un centro de atención (normalmente un hospital) cuyo principal objetivo no es proporcionar atención sino el mero alojamiento de los usuarios atendidos en el dispositivo. Sin embargo, el técnico local considera que este servicio, financiado con fondos públicos, constituye un componente crítico en el

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION RESIDENCIAL



SECCION C DIAGRAMA DE UTILIZACION DE LA ATENCIÓN A LARGO PLAZO

A. PRINCIPIOS PARA CONTABILIZAR SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Los diagramas de atención de esta sección permiten la contabilización de los niveles de utilización de los principales tipos básicos de atención en un área sociosanitaria. Deben tenerse en cuenta los siguientes principios generales:

- **Población del área de cobertura:** La unidad básica es de nuevo la población del área de cobertura de referencia. Por tanto, la contabilización debe incluir todo uso de dispositivos para personas con necesidades de atención a largo plazo por parte de estos colectivos. Se incluyen todos aquellos usuarios cuya dirección permanente está en el área de cobertura, y aquellos cuya última dirección permanente no-institucional, anterior a la admisión a un recurso residencial, estaba dentro del área de cobertura.

- **Grupo diana:** con el fin de contabilizar los contactos con el servicio, es necesario identificar los grupos diana incluidos en la contabilización. El grupo diana por defecto de aplicación del cuestionario es el de población con necesidades de atención a largo plazo. Sin embargo, las necesidades de un estudio en particular o la estructura de un servicio en concreto pueden llevar a decidir variar dicho criterio.

En la Sección A se especifican las características del grupo diana que se va a utilizar en el estudio.

- La contabilización de la utilización de los tipos básicos de atención en cada área de cobertura debe especificarse en datos por 100.000 habitantes para **que permita la comparación entre áreas**. Esto puede hacerse dividiendo los totales netos por el número total de habitantes del área de cobertura y luego multiplicándolos por 100.000.

Para la contabilización es preferible ofrecer tasas de población general. Sin embargo, como alternativa, la utilización del servicios puede referirse a la población específica definida como "grupo diana" (p.e. adultos mayores de 18 años) por 100.000 habitantes. Esto debería especificarse claramente en las características del estudio.

- Pueden ocurrir recuentos dobles al utilizar este método; por ejemplo, las personas que viven en un servicio residencial, y que se les atiende a un servicio de día, se contabilizan en dos categorías. El DESDE-LTC no permite por tanto la valoración del total de usuarios/as de tipos básicos de atención para personas con necesidades de atención a largo plazo en un área de cobertura.

- Sin embargo, aunque una persona puede ser atendida en varios recursos y por tanto ser contabilizada en diferentes partes del instrumento, no se debe contabilizar ningún contacto con el servicio en más de una rama. Las reglas que se exponen abajo permitirán que cada contacto entre un individuo y un recurso específico de personas con necesidades de atención a largo plazo sea contabilizado una sola vez.

- Las contabilizaciones deben basarse en la población diana establecida. En estudios comparativos es esencial que todos los centros usen el mismo grupo diana.

- La rama final de cada diagrama resume el nivel de utilización de los tipos de atención de esa rama. Al final de cada rama disponemos de un recuadro que contabiliza el nivel de utilización de los tipos de atención de esa rama. Se pueden sumar los datos de las ramas adyacentes para obtener la utilización total de la categoría superior (p.e. las cantidades para atención continuada de intensidad alta, media y baja pueden sumarse para obtener una cifra global de atención continuada).

- En el caso en que la información sea limitada, y no sea posible rellenar una rama final, se pueden calcular los datos sólo para las categorías superiores del diagrama (por ejemplo, cuando no sea posible diferenciar contactos según su nivel de intensidad en atención continuada, puede efectuarse la contabilización sólo para contactos de atención móvil & domiciliaria (O5-O7) y contactos de atención no móvil (O8-O10).

Por tanto, podremos obtener diferentes niveles de detalle en la información final según el acceso y la disponibilidad de los datos requeridos:

-Grado I: Información genérica a nivel de Ramas Principales. P.e. 90 usuarios de servicio ambulatorio sin especificar móvil & domiciliaria o no móvil ni el nivel de intensidad de la utilización. Se clasifican como "O".

-Grado II: Información genérica más extensa a nivel de Subramas. P.e. 20 plazas móviles de intensidad media

(clasificados en O6) y 70 no móviles de intensidad baja (clasificados en O10) para atención continuada ambulatoria.

-Grado III: Recogida extensa de datos por grupo de evaluadores externos:

- recogida retrospectiva de bases de datos y evaluación prospectiva limitada a un día (p.e. Atención de urgencia).

- recogida retrospectiva de bases de datos y evaluación prospectiva limitada a una semana (p.e. atención de día).

Para la recogida de datos retrospectiva se puede utilizar la tasa media mensual de utilización registrada en bases de datos y referida a un mes concreto del año anterior no incluido en periodos vacacionales (se excluyen los meses de diciembre, enero, febrero, abril, julio y agosto).

- recogida de datos prospectivos limitados a un periodo de un mes.

Es importante que el nivel de especificidad conseguido, así como el periodo de referencia en la recogida de información, sea el mismo para todas las áreas evaluadas y hacerlo constar en los datos generales de la Sección A.

- En los casos donde la información sea limitada, se podrán seleccionar de forma independiente sólo algunas partes de los diagramas, p.e. si no hay datos de utilización, cumplimentando sólo la Sección B para clasificar y codificar el servicio pero no cumplimentar la Sección C de contabilización. Debe recalcarse la importancia de que en estudios comparativos se acuerde cumplimentar las mismas partes partiendo de la base de una misma población diana.

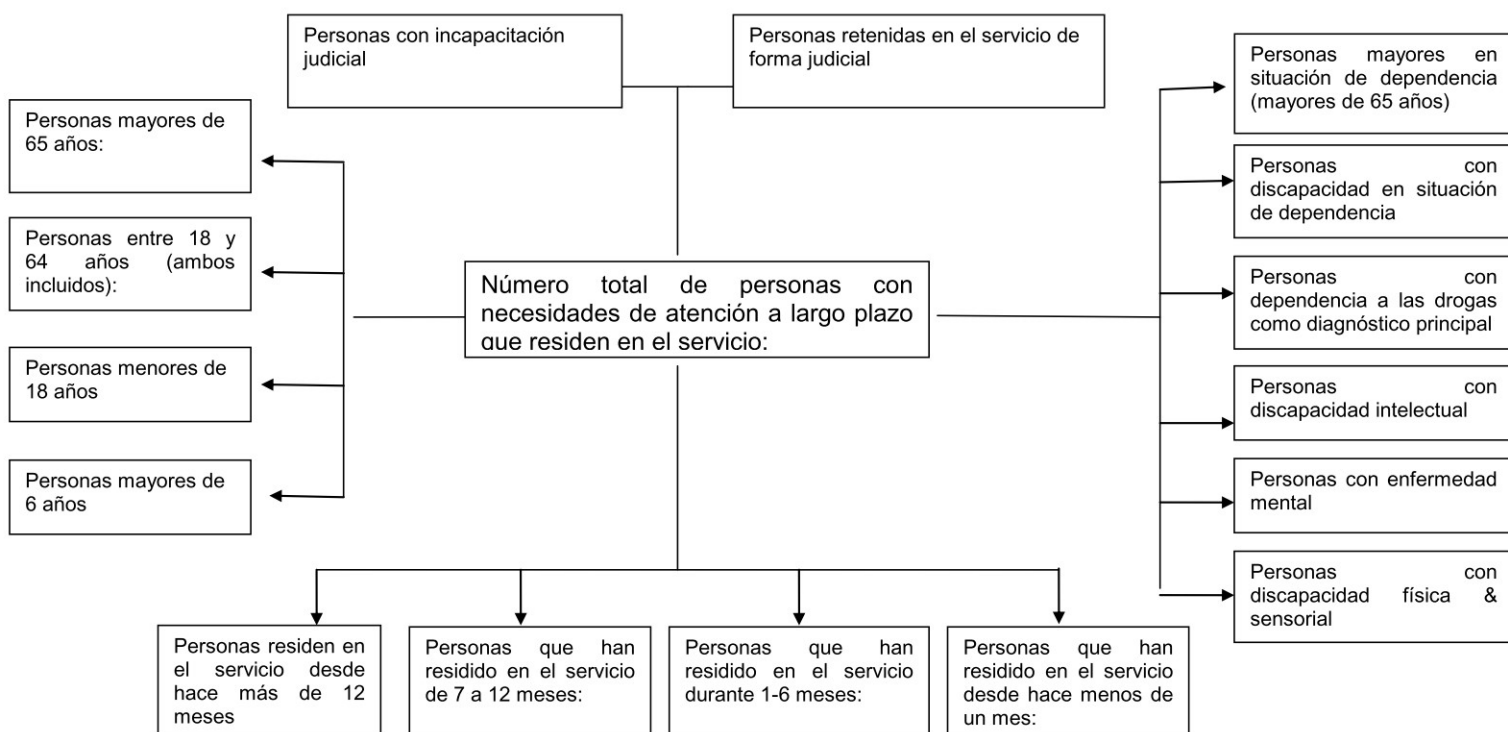
- Los Diagrama de Utilización de la Atención han sido diseñado de manera que, en aquellas áreas en las que no se disponga de los datos, sea posible efectuar una recogida de

datos prospectiva de los tipos de atención utilizados por la población del área de cobertura de referencia, con el fin de obtener la información requerida.

- Los dispositivos de autoayuda no se incluirán en la valoración de la utilización, ya que es probable que sea difícil evaluar con precisión su volumen de actividad. El cálculo de la utilización en las ramas de Información y Accesibilidad es opcional.

En caso de recurrir a la recogida de datos prospectiva, se desglosarán los datos de utilización como se muestra en el gráfico de Utilización de servicios:

UTILIZACION DE SERVICIOS



b. NORMAS PARA LA CONTABILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Las definiciones de los tipos básicos de atención se encuentran en el glosario de la sección B (Diagrama de Tipos Básicos de Atención a Largo Plazo).

La contabilización debe limitarse a las ramas "O", "D" y "R". Puede proporcionarse contabilización opcional para las ramas "I" y "A".

Diagrama de Utilización de Servicios de Información

La contabilización debe efectuarse calculando la media del número total de contactos de información establecidos con el tipo básico de atención por parte de la población diana del área de cobertura en el último mes. En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

Diagrama de Utilización de Servicios de Accesibilidad

El recuento se realiza calculando la media del número de contactos de atención dirigida a la accesibilidad establecida con el dispositivo por parte de la población diana del área de referencia en el último mes. En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

Diagrama de Utilización de Servicios Ambulatorios

Atención aguda (crisis)- el cálculo de la utilización de servicios de urgencia se obtiene contabilizando el número total de contactos de urgencia en el último mes.

-Contactos de urgencia móvil & domiciliario- aquellos contactos que tienen lugar fuera de los centros de atención donde el equipo implicado lo hace rutinariamente.

-Contactos de urgencia no móviles- los contactos de urgencia que tienen lugar en el emplazamiento donde el personal implicado esté localizado durante ese día, se clasificarán como no móviles.

(N.A.: Los contactos no móviles pueden tener lugar en dispositivos que hayan sido clasificados en la Sección B como móviles & domiciliarios).

-Contactos 24 horas- contactos de urgencia que tienen lugar en dispositivos que permanecen abiertos 24 horas al día, siete días por semana.

-Contactos en horario limitado- contactos de urgencia que tienen lugar en dispositivos que no están abiertos 24 horas al día, siete días por semana.

Dispositivos de atención no aguda- Debe contarse el número de usuarios/as de estos dispositivos en el último mes. Esto debe incluir todos los usuarios/as que han tenido algún contacto con el equipo de atención que (i) no eran contactos de urgencia; y (ii) no eran parte integral del cuidado desarrollado por servicios residenciales o de día.

-Dispositivos de atención no aguda móvil & domiciliaria - se contarán como usuarios/as de dispositivos móviles & domiciliarios si al menos uno de sus contactos ha tenido lugar fuera del servicio para personas con necesidades de atención a largo plazo asignado o del emplazamiento donde tienen lugar habitualmente las consultas asistenciales.

-Usuarios/as de atención no aguda de intensidad alta- los usuarios/as que han sido vistos al menos tres veces durante una semana en el último mes se clasificarán como usuarios/as de servicio de intensidad alta. Por ejemplo, si un usuario ha sido atendido el lunes, miércoles y viernes durante una de las semanas del mes anterior, será

clasificado como usuario de intensidad alta incluso cuando no hubiera otros contactos durante el mismo mes.

-Usuarios/as de atención no aguda de intensidad media - usuarios/as que han sido vistos al menos dos veces durante el último mes pero menos de tres veces por semana en dicho período.

-Usuarios/as de atención no aguda de intensidad baja- usuarios/as que han sido atendidos una o dos veces en el último trimestre y para los cuales se ha planificado alguna visita en los tres meses siguientes.

(N.A.: Al igual que ocurre con la atención de día, puede acontecer que usuarios/as clasificados aquí como usuarios/as de baja intensidad, utilicen dispositivos que hayan sido clasificados como de 'alta intensidad' en los diagramas de clasificación de la atención de la sección anterior. Si un usuario es atendido una vez al mes por miembros del equipo de atención a personas con necesidades de atención a largo plazo, será un usuario de baja intensidad aunque el equipo mantenga contacto con otros usuarios/as varias veces por semana).

Diagrama de Utilización de Servicios de Día

Atención aguda de Día. Hace referencia a la utilización inmediata de la atención de día por parte de la población de referencia en el último mes debido a situaciones de crisis.

- **Usuarios/as de alta intensidad** – usuarios que han sido admitidos en el servicio dentro de las primeras 72 horas.
- **Usuarios/as de otra intensidad** – sujetos cuyo patrón de admisión desde una unidad de agudos residencial no cumple criterios para usuarios de alta intensidad.

En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo (página 37).

Atención de Día no aguda (de disponibilidad programada): en este caso debe contarse el número de individuos que han hecho uso de cada tipo de servicio en el último mes, separando a los individuos en dos categorías:

- **Usuarios/as de intensidad alta-** aquellos individuos que han utilizado el dispositivo al menos el equivalente a cuatro medios días a la semana durante al menos tres de las cuatro últimas semanas.

- **Usuarios/as de intensidad baja-** individuos que han sido atendidos en dispositivos de día de disponibilidad programada durante el pasado mes, pero cuyo patrón de atención no cumple criterios para ser considerados usuarios/as de intensidad alta.

En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

(N.A.: Es importante subrayar que la Sección B se ha diseñado para medir el máximo nivel de funcionamiento del servicio y no su capacidad. La Sección C se emplea para medir niveles actuales de uso del servicio por parte de la población. Por tanto, usando este método de contabilización, puede ocurrir que algunos de los usuarios/as de los dispositivos clasificados en la Sección B como 'dispositivos de intensidad alta', serán clasificados aquí como 'usuarios/as de intensidad baja').

Diagrama de Utilización de Atención Residencial

Cada tipo de servicio residencial se define igual que en el glosario de la Sección B (Diagramas de Atención a Largo Plazo).

La contabilización para cada tipo de servicio residencial se obtiene calculando la media de personas del área de cobertura que residía en cada tipo de dispositivo en algún momento del mes pasado.

No se podrá contabilizar a un usuario como si estuviera ocupando dos camas en la misma noche -si tiene una plaza residencial de larga duración pero ha sido admitido en una cama de atención aguda durante el periodo de referencia, sólo se contabilizará la cama de atención en crisis.

(Si el número de personas del área de cobertura que usan un tipo específico de servicio residencial ha fluctuado durante el último mes, la media debe calcularse contando el número total de noches de ocupación de camas por parte de usuarios del área, y dividirlo por el número de días del último mes).

DIAGRAMA DE CONTABILIZACION DE ATENCIÓN EN INFORMACIÓN

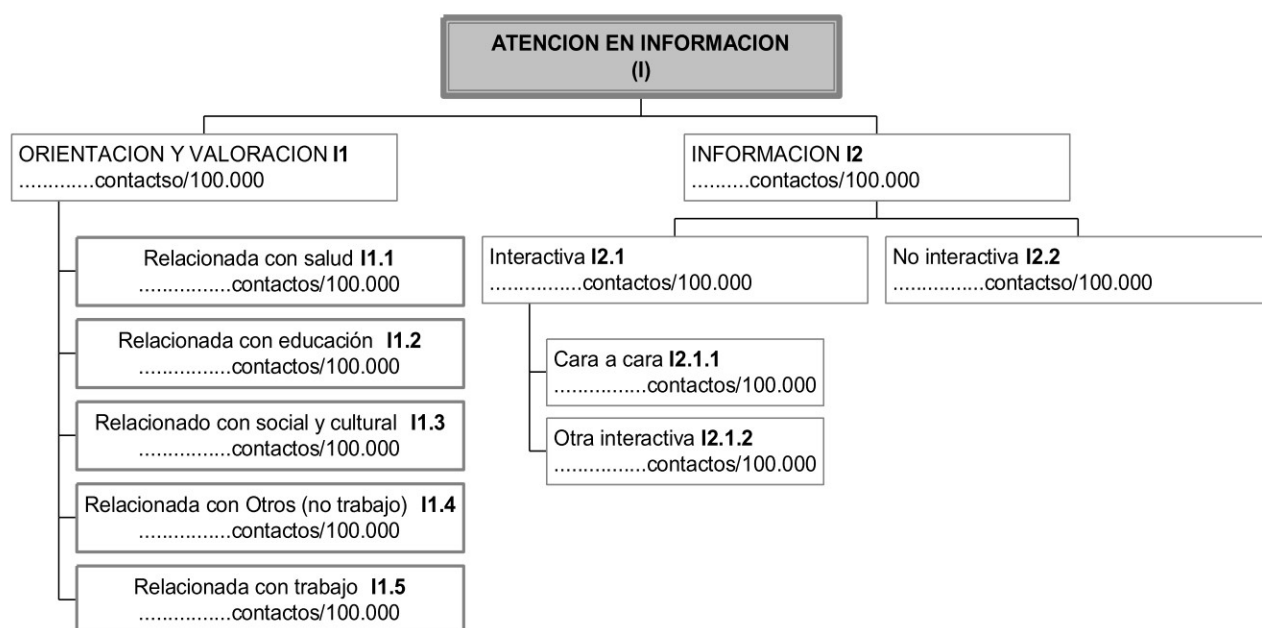


DIAGRAMA DE CONTABILIZACION DE ATENCION EN ACCESIBILIDAD

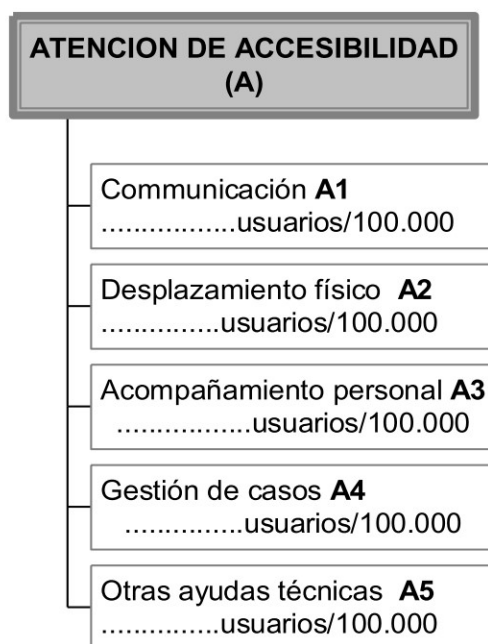


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE ATENCION AMBULATORIA

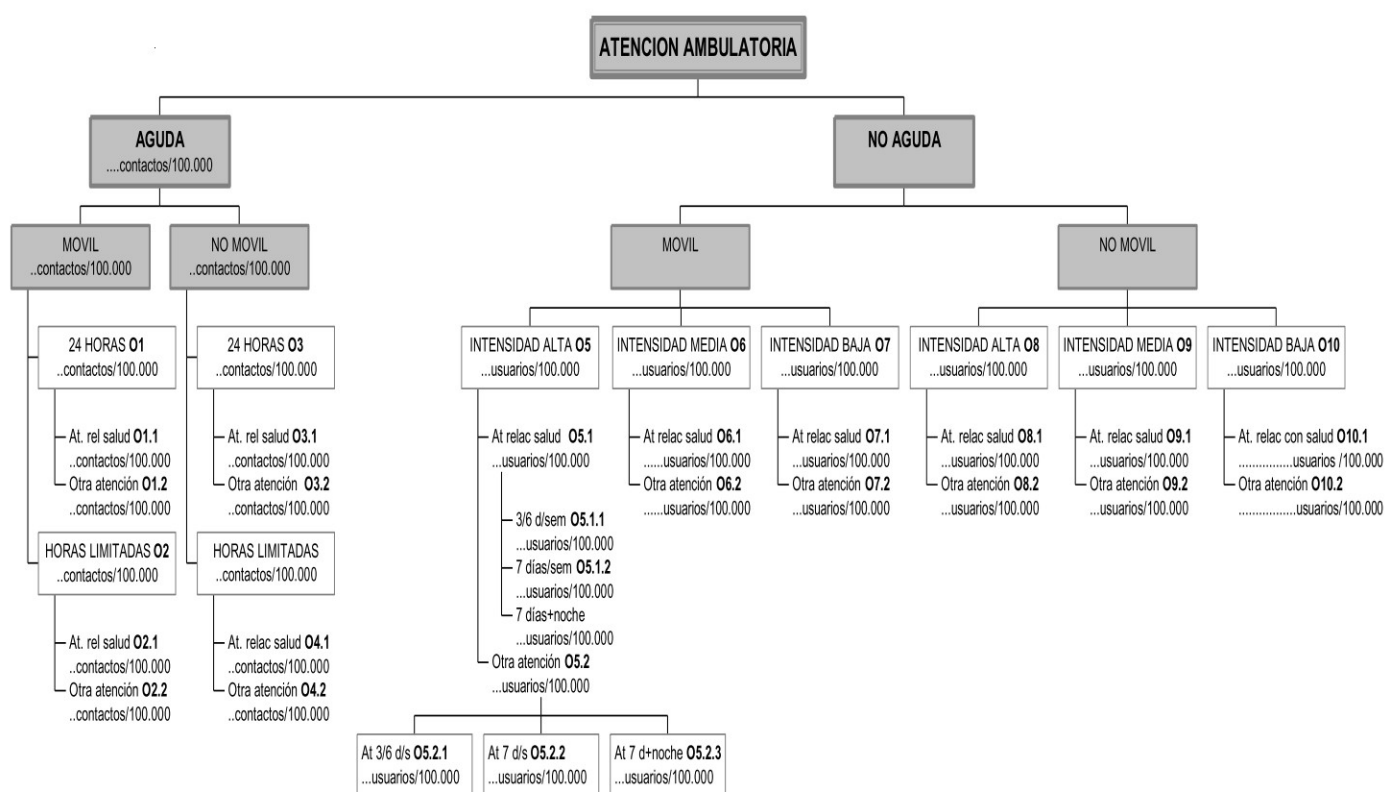


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE ATENCION DE DIA

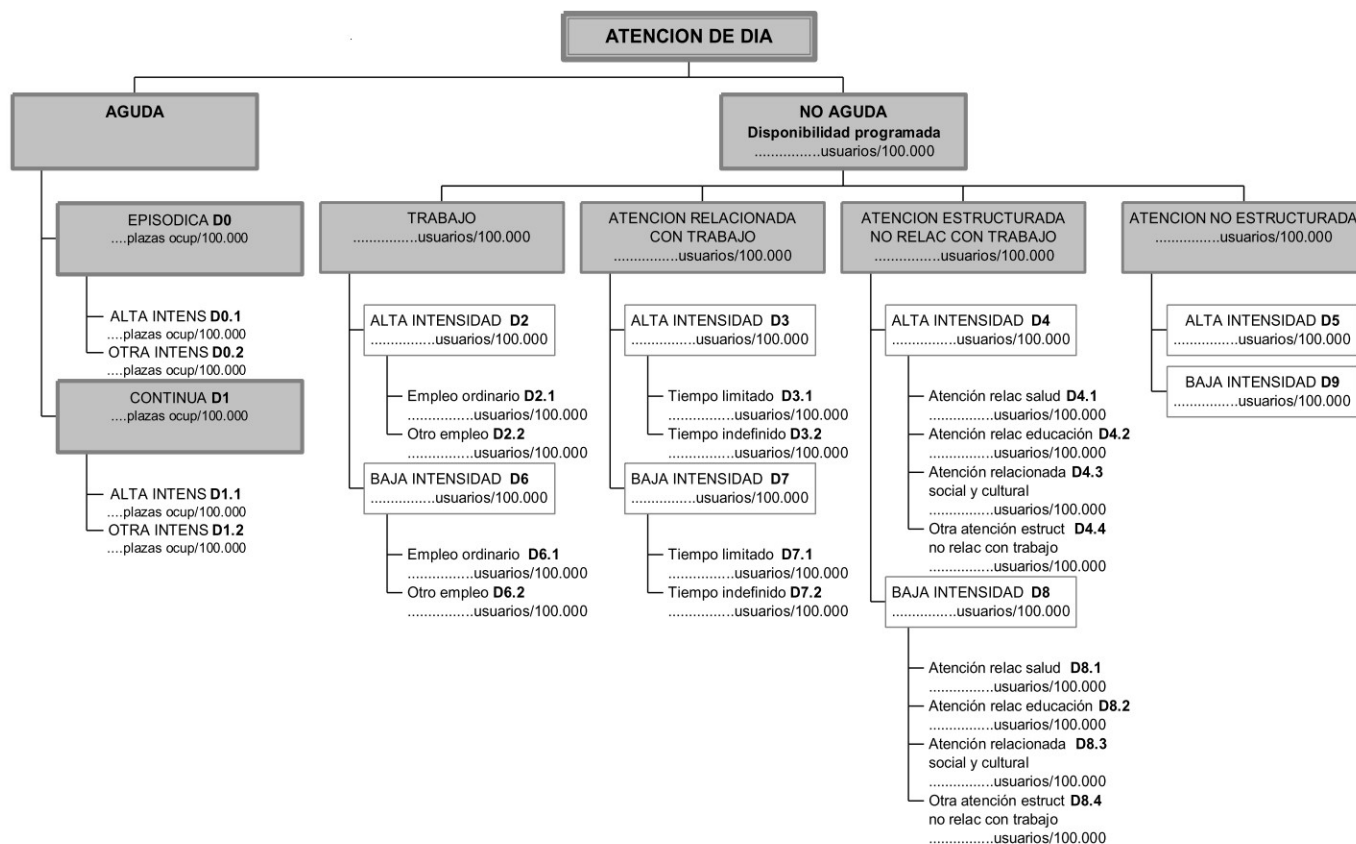
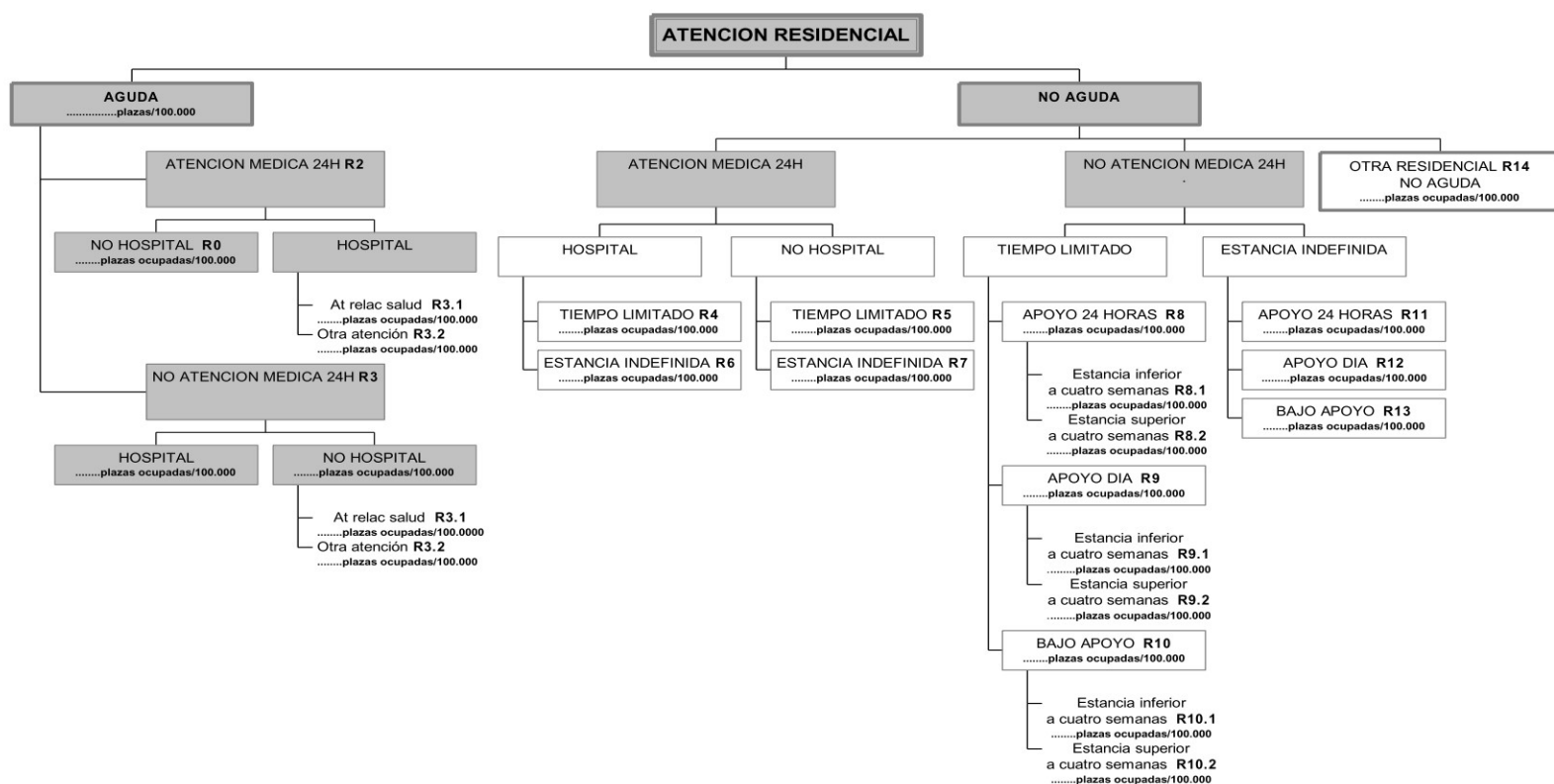


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE ATENCION RESIDENCIAL



SECCION D INVENTARIO DE SERVICIOS

a. PRINCIPIOS PARA EL INVENTARIO DE SERVICIOS

Esta sección complementa a la Sección B proporcionando un listado más detallado de los servicios del área de cobertura y una descripción de sus características (listado o catálogo de servicios).

El Formulario para la Sección D está disponible en el Formulario 3 de Formularios y plantillas DESDE-LTC.

Se pueden efectuar tantas copias del formato como sea preciso del Inventario de Servicios para reseñar todos los servicios del área- las hojas de inventario no están por tanto numeradas-

Además, en los Formularios y plantillas DESDE-LTC se encuentra la Plantilla 1 (Disponibilidad de servicios clasificados en el área – listado de servicios) donde podemos recoger una lista de todos los servicios localizados en el área de referencia.

b. DIRECTRICES PARA INVENTARIO DE SERVICIOS

A continuación se indican instrucciones específicas para la cumplimentación de cada uno de los ítems que se recogen en el inventario:

1. NOMBRE DEL SERVICIO

Indicar el nombre completo del servicio.

2. CODIGOS

-CODIGO DESDE-LTC

Indicar los códigos que describen los TBA del servicio según las directrices de la Sección B.

-CODIGO CIF

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

-CODIGO ICHA

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional para las cuentas de salud (ICHA).

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_10_en.htm.

-CODIGO ICHI

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional de Intervenciones Sanitarias (ICHI) <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

3. LOCALIZACION DEL SERVICIO

Indicar los siguientes datos del servicio:

- Comunidad Autónoma, Provincia, Municipio y Código Postal donde se encuentra situado el servicio.
- Dirección postal, Teléfono, Fax, Dirección electrónica y Web del servicio.
- CIF del servicio como entidad legal (si aplicable).
- Nº REGISTRO O AUTORIZACION del servicio.
- FECHA DE CONSTITUCIÓN. Indicar la fecha en que se constituye el servicio evaluado.
- UBICACIÓN. Especificar si el servicio está dentro de una gran institución (meso-organización). En su caso, especificar el número total de camas de la institución (meso-organización) donde se localiza el servicio.

4. TIPO DE RECURSO

Indicar el tipo de recurso. Por ejemplo, centros de día, talleres protegidos, centros de salud menta, residencias geriátricas, hospitales psiquiátricos, etc.

5. TITULARIDAD DEL SERVICIO

Se clasificará la titularidad del servicio como Social/Sanitario/Educativo/Judicial/Otros.

6. PROPIEDAD, GESTION Y FINANCIACION

Propiedad: Indicar el nombre de la entidad propietaria del servicio.

Gestión: Indicar el nombre de la agencia responsable del empleo del personal y del resto de la gestión del servicio.

Financiación. Especificar si la financiación del servicio es Pública, Privada u Otra.

Régimen jurídico. Especificar si el servicio se acoge a un régimen jurídico de Fundación, Asociación, Cooperativa, Sociedad Anónima, Sociedad Limitada u Otros.

7. DOTACION DEL SERVICIO

Indicar la disponibilidad del servicio evaluado según los criterios de cada tipo de atención.

- Servicio de Teleasistencia

Indicar el número de terminales del recurso especificando terminales ocupadas y terminales disponibles.

- Servicio de Ayuda a Domicilio.

Indicar el número total de usuarios del recurso especificando ocupación y disponibilidad de horas usuario/mes.

- Servicio de Atención de Día

Indicar el número total de plazas/camas disponibles del recurso y el número de camas/plazas asignadas a atención a largo plazo, ocupadas y disponibles.

- Servicio de atención residencial

- Estancia de tiempo limitado

Indicar el número de plazas/camas de tiempo limitado disponibles en el servicio para LTC.

Indicar el número total de plazas/camas disponibles del recurso y el número de camas/plazas asignadas a atención a largo plazo, ocupadas y disponibles.

SI LA ATENCIÓN RESIDENCIAL/DÍA ESTÁ DISPONIBLE

Escribir el número total de plazas/camas disponibles en el servicio y el número de plazas/camas asignadas a LTC, ocupadas y disponibles.

- Estancia de tiempo limitado

Indicar el número de plazas/camas de tiempo limitado disponibles en el servicio para LTC.

8. PRECIO

- Sólo para Teleasistencia.

Indicar Coste mensual/usuario y Coste anual/usuario.

- Sólo para servicio de atención a domicilio

Indicar Precio público, Coste mensual/usuario y Precio de concierto.

- Sólo para Servicios Residenciales y de Día

Indicar Precio público plaza/cama, Precio plaza concertada y Precio plaza privada especificando el intervalo en el que se sitúa el precio de las plazas/camas.

9. ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS

Indicar si el servicio oferta actividades especializadas de manera permanente para personas con necesidades de atención a largo plazo, especificando el nombre de la Actividad, si es Grupal o Individual, el número de horas y días por semana que está disponible; si la actividad tiene un Presupuesto y Emplazamiento (diferente al del servicio); y si está Autorizada o no por la administración correspondiente.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN QUE OFRECE EL SERVICIO. Indicar si el servicio oferta algún programa específico para personas con necesidades de atención a largo plazo especificando el horario en que está disponible (número de horas y días a la semana), la duración y si está Autorizado o no por la administración correspondiente.

OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS

Registra si existe alguna actividad no especializada en el servicio para personas con necesidades de atención a largo plazo excluyendo transporte o comedor.

10. EQUIPO DE ATENCIÓN

Indicar el código de la Clasificación Internacional de Ocupaciones (ISCO-08)

<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>

Especificar la ocupación actual del personal, no su cualificación o formación académica.

11. AMBITO DE ACTUACION

Especificar la cobertura del recurso indicando si el servicio está disponible para usuarios de ámbito Local, Provincial/Autonómico/Nacional/Otros (p.e. Otros para áreas de salud mental).

12. CONDICIONES DE ADMISION

Se especificarán los criterios que cada servicio requiere para admitir un nuevo usuario (Edad, Sexo y Tipología prevalente que atiende el servicio).

13. PERFIL DEL USUARIO

Detallar aquí los principales tipos de usuarios/as para los que el servicio está dirigido. Se indicará:

- Tipo de Atención a Largo Plazo. En caso de que el usuario cumpla criterios para más de un grupo diana (p.e. mayor de 65 años con trastorno mental), detallar cada uno.
- Intervalo de edad
- N° usuarios/contactos en cada tipo de condición de salud.

14. HORARIO DEL SERVICIO

Indicar el horario y los días de la semana en que el servicio se encuentra disponible.

15. MAXIMA FRECUENCIA DE ATENCION/CONTACTO

Indicar la máxima frecuencia en la que un mismo usuario puede ser atendido, de forma regular, por el servicio. Indicar si la atención puede ser Diaria (especificar 1, 2 ó 3 veces/día), Semanal (especificar menos o más de 3 veces/día), Quincenal ó Mensual.

16. FECHA DE LA RECOGIDA DE INFORMACION

Especificar la fecha en la que se han recogido los datos.

17. RELACIONES CON OTROS SERVICIOS

Describir cualquier contacto o intercambio de personal que tiene lugar regularmente con cualquier servicio de atención a largo plazo. Por ejemplo visita a residencias por miembros del equipo de salud mental comunitaria.

18. NOMBRE DEL EVALUADOR

19. OBSERVACIONES

Se añade este último apartado para los casos en que el evaluador considere importante consignar algún detalle o característica del servicio evaluado que no quede reflejado en los ítems anteriores.

REFERENCIAS

De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 405: 8-13.

European Commission. Long-Term Care in the European Union. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Dg [online] 2008 April 28 [cited 2009, January the 22nd]; 46 (26). URL available from: http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=388.

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23.

OECD. The OECD Health Project: Long Term Care for Older People. Paris: OECD Publishing; 2005.

Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy. Glossary of Terms. United States. Department de Of Health & Human Services [on line] 12 November 2003 [cited 2009, January the 18th] URL available from: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml>.

Salvador-Carulla L. Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España. IMSERSO [en línea] 12/07/2005 [cited 2009, January the 18th]; <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudiosidi-24.pdf>.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM, for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Consensus Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114 (Suppl.432): 19-28.

Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998; 28: 503-508.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth edition ICD-10. Who Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2004.

Anexo 2



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
COMITÉ DE ÉTICA
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS



Formulario de Conocimiento y Evaluación de la Propuesta de Investigación

Sección A: Administrativa

Facultad:	CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Carrera:	PSICOLOGIA CLÍNICA
Título de la investigación:	OFERTA SANITARIA Y PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD, USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD E INCLUSION SOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ECUADOR.
Línea de Investigación a la que pertenece el proyecto:	SALUD Y BIENESTAR
Investigadores proponentes:	MARCO GAMBOA PROAÑO
Fecha de recepción del documento:	02 DE FEBRERO DE 2018

SECCIÓN B: Ética

EVALUACIÓN ÉTICA DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

	C	NC	NA	Observaciones
1. Respeta a la persona y comunidad que participa en el estudio.	X			
2. Autonomía: Consentimiento informado/Idoneidad del formulario escrito y del proceso de obtención. Voluntariedad	X			
3. Beneficencia (Valoración del estudio para la persona, comunidad y país).	X			
4. Confidencialidad.	X			
5. Aleatorización equitativa de la muestra.			X	
6. Protección de la población vulnerable.	X			
7. Riesgos potenciales del estudio.	X			
8. Beneficios potenciales del estudio.	X			
9. Idoneidad ética y experticia del Investigador.	X			
10. Declaración de conflicto de intereses.	X			



SIMBOLOGÍA: C: cumple. NC: no cumple. NA: no aplica.

Sección C: Metodológica

EVALUACIÓN METODOLÓGICA DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (coherencia entre ítems)				
	C	NC	NA	Observaciones
1. Coherencia entre título, objetivos, hipótesis (de ser pertinente), introducción y justificación. Marco teórico y problema de investigación.	X			
2. Metodología				
a. Diseño del estudio.	X			
b. Sujetos y tamaño de la muestra.	X			
c. Definición de variables.	X			
d. Medición de variables y procedimientos.	X			
e. Estandarización.	X			
f. Manejo de datos.	X			
g. Análisis estadístico.	X			
h. Resultados y beneficios esperados.	X			
i. Referencias Bibliográficas.	X			
j. Coherencia entre cronograma, tiempo y personal.	X			
k. Anexos.	X			

SIMBOLOGÍA: C: cumple, NC: no consta, NA: no aplica

Sección D: Jurídica

	C	NC	NA	Observaciones
1. La investigación está acorde a la legislación y normativa vigente nacional e internacional.			X	
2. Es un estudio multicéntrico y cuenta con la aprobación del Comité de Ética del país donde radica el patrocinador del estudio.			X	



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
COMITÉ DE ÉTICA
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS



3. Existe contrato entre el promotor del estudio y los investigadores.			X	
4. Existen acuerdos relevantes entre el promotor de la investigación y el sitio clínico en donde ésta se realice.			X	
5. Existe póliza de seguro, que cubra las responsabilidades de todos los implicados en la investigación y prevea compensaciones económicas y tratamientos a los sujetos participantes, en caso de daño ocasionado por el desarrollo del ensayo clínico.			X	

SIMBOLOGÍA: C: cumple; NC: No cumple; NA: No aplica

Sección E: Resultados

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN ÉTICA

Aprobado Negado Pendiente de cumplir observaciones

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN METODOLÓGICA

Aprobado Negado Pendiente de cumplir observaciones

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN JURÍDICA

Aprobado Negado Pendiente de cumplir observaciones

COMENTARIOS:

La Universidad Central del Ecuador protege el desarrollo y producción intelectual de los participantes en las distintas etapas de la presente investigación, bajo la presunción de buena fe, sin afectar derechos de terceros y en observancia a la normativa vigente en el Ecuador, determinándose que la responsabilidad directa en caso de controversia será del autor en corresponsabilidad con el Tutor y el Revisor de la investigación. En todo caso la Universidad se mantendrá indemne y actúa para todos los efectos legales como un tercero de buena fe exento de culpa.

Título de la investigación:	OFERTA SANITARIA Y PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD, USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD E INCLUSION SOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ECUADOR.
Nombre del/los Investigador/es	MARCO GAMBOA PROAÑO



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
COMITÉ DE ÉTICA
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS



Miembros de la Comité de Investigación de Facultad-COIF:

Nombre:	Wilson Echeverría Villacreces	CI:	100078283-7	f)
Nombre:	Susana Baldeón Loza	CI:	170695525-7	f)
Nombre:		CI:		f)

Secretario(a) Abogado (a):

Nombre:		CI:		f)
---------	--	-----	--	----

Quito, 05 de FEBRERO de 2018

PARA USO EXCLUSIVO DEL SEISH-UCE:

Aprobado Negado Pendiente de cumplir observaciones

Fecha del informe _____

Dr. Fernando Salazar M., Presidente (e) Firma: _____

Dr. Patricio Pazán., Secretario (e) Firma: _____

Abg. Flavia Bolaños Z., Asesora Jurídica Firma: _____

OFERTA SANITARIA Y RECEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD, USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ECUADOR	Título de la investigación:
MARCO GAMBRA PROAÑO	Nombre del/los investigador/es



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Oficio No. 015-CI-FCPs-2017
Quito, Febrero 14 de 2018


Doctor
Marco Gamboa,
DOCENTE DE LA FACULTAD
Presente. -


De nuestra consideración:

Después de nuestro cordial saludo, nos permitimos devolver una copia del Proyecto **"Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador"** y el Formulario de Conocimiento y Evaluación de la Propuesta de Investigación, el mismo que se encuentra aprobado para la continuación de su ejecución.

Particular que comunicamos a usted para los fines consiguientes.

Atentamente,


Dra. Susana Baldeón L.,
DOCENTE


Dr. Wilson Echeverría V.
DOCENTE

Devuelvo lo indicado

SB/WE/Ivonne



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
Aprobado por MSP: Of. No.MSP-VGVS-2017-0955-O/21-11-2017

**EL SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES
HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SEISH - UCE**

CERTIFICA:

Que conoció la evaluación realizada por el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Psicológicas al Protocolo de Investigación presentado por el Doctor, **Marco Antonio Gamboa Proaño**, Docente de la Facultad de Ciencias Psicológicas, 003-FCP-DD-2018 con el tema:

“Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador.”

Una vez analizados los fundamentos metodológicos, bioéticos y jurídicos del mencionado estudio, el Subcomité certifica la **VIABILIDAD ÉTICA**.

Quito, 1 de marzo del 2018.

Dr. Fernando Salazar Manosalvas
PRESIDENTE



Dr. Patricio Pazán León
SECRETARIO

Germania R.

Quito, 03 abril de 2018

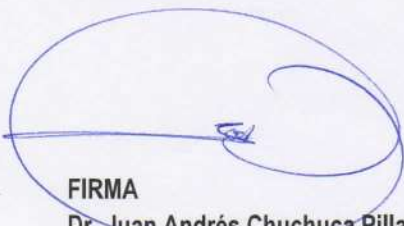
Señor Doctor
Ronny Alejandro De La Torre Cevallos
DIRECTOR NACIONAL DE INTELIGENCIA DE LA SALUD
Ministerio de Salud Pública
Presente

Asunto: Carta de conformidad de protocolo de investigación observacional: "Oferta Sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador".

De mi consideración:

Yo **Juan Andrés Chuchuca Pillajo**, con CI **0104759907**, en calidad de **Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subrogante** en atención al literal h, referente a las atribuciones y responsabilidades de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud que reza: "*Validar los requerimientos de investigación y acción operativa sobre servicios de salud y atención a las personas, para la definición de prioridades de investigación en coordinación con las instancias respectivas;*" manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado: "*Oferta Sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador*", el mismo que en caso de ser autorizado por la Dirección Nacional de Inteligencia en Salud, sería desarrollado en todos los establecimientos de salud de la zona 8 y 9 del Ministerio de Salud Pública que cuenten con profesionales de salud mental, con el acompañamiento para este fin del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones. Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.


Atentamente,



FIRMA

Dr. Juan Andrés Chuchuca Pillajo
Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subrogante

**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD**

	Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	Fecha de elab:	02 abril 2018
		Área/Proceso:	Comisión de Salud Mental
INFORME TÉCNICO		PCISRSMCE-INF- #0082	
Página 1 de 2			

ASUNTO: Carta de conocimiento y acuerdo para el desarrollo de la investigación: "Oferta Sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador".

ANTECEDENTE:

Con Oficio Nro. MSP-DNGA-SG-10-2018-4438-E, suscrito por el Mgs. Marco Proaño Gamboa, cédula 1714631304, doctorante de la Universidad de Concepción – Chile, quien solicita a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud una carta que manifieste conocimiento y acuerdo con la realización de su investigación, toda vez que en los establecimientos que se prevé realizar la mencionada actividad supera en número de 100.

OBJETIVOS:

Emitir respuesta al Oficio Nro. MSP-DNGA-SG-10-2018-4438-E, suscrito por el Mgs. Marco Proaño Gamboa, cédula 1714631304, doctorante de la Universidad de Concepción – Chile.

ANÁLISIS:

Resumen de la investigación.- El investigador en el resumen de su investigación cita:

Título: *Oferta Sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador*

Para afrontar la problemática de los trastornos mentales, es necesario que la prestación de servicios en salud mental sea descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad, para contribuir a la disminución de algunas barreras psicosociales que excluyen de actividades a personas que sufren un trastorno mental, más aún si es un trastorno mental grave.

Trastorno mental grave es definido de acuerdo a las dimensiones de diagnóstico, duración y discapacidad (1) o por las dimensiones de seguridad, apoyo formal e informal, diagnóstico, discapacidad y duración (2), sin embargo trastorno mental y normalidad son conceptos extremadamente heterogéneos y cambiantes por lo que resulta imposible establecer límites fijos entre ambos (3).

Basados en el marco teórico propuesto en la matriz de salud mental, se obtendrá evidencia sobre la disponibilidad y organización de los servicios de salud mental de la red sanitaria ecuatoriana; sin descartar el modo en el que se atiende, interpreta, analiza, recuerda y emplea la información para elaborar juicios y realizar acciones, lo que puede facilitar u obstaculiza la inclusión social de las personas con trastorno mental grave.

El diseño mixto de esta investigación combina estrategias cuantitativas y cualitativas en distintas fases del proceso investigativo. La investigación de métodos mixtos implica recopilar, analizar e interpretar datos cuantitativos y cualitativos en un solo estudio o en una serie de estudios que investigan el mismo fenómeno subyacente (4). El diseño de esta investigación será Diseño Mixto Parcialmente Mezclado Simultáneo con Estado Dominante (P2), implica conducir un estudio con dos facetas que ocurren simultáneamente, de tal manera que cualquiera de las facetas tiene el mayor énfasis, en este estudio la fase cualitativa será la que tiene mayor peso (4).

Los resultados obtenidos en esta investigación constituirán un paso necesario en la implementación y consolidación de cambios al sistema de salud pública ecuatoriana; permitirán una comparación local, regional e internacional de los servicios de salud mental, contribuirá en el establecimiento de estrategias para mejorar la salud mental, con la aplicación de programas y políticas gubernamentales que disminuyan las percepciones negativas hacia las personas con trastorno mental grave, mejorar la inclusión social y aportará con datos a las investigaciones sobre evaluación de servicios en salud mental que en Latinoamérica aún son insuficientes.

PALABRAS CLAVE: inclusión social, percepción, psiquiatría comunitaria, servicios de salud mental, trastorno mental grave.

**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD**

	Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	Fecha de elab: 02 abril 2018
		Área/Proceso: Comisión de Salud Mental
INFORME TÉCNICO	PCISRSMCCE-INF- #0082	Página 2 de 2

De la muestra

Para el desarrollo de la investigación, se encuentran involucrados todos los establecimientos de salud de la zona 8 y 9 del Ministerio de Salud Pública que cuenten con profesionales de salud mental.

Requisitos de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud

Uno de los requisitos para la autorización del desarrollo de una investigación en salud, la entidad en cuestión solicita: "Carta suscrita por la autoridad máxima del establecimiento (salud, educación, etc.) en el que se realizará el estudio, que manifieste conocimiento y acuerdo con el mismo." Al estar involucrados alrededor de 100 establecimientos de salud, no es factible la firma de 100 cartas de los establecimientos en cuestión.

Del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública y la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

El literal h de las Atribuciones y Responsabilidades del documento citado sobre la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud reza: "Validar los requerimientos de investigación y acción operativa sobre servicios de salud y atención a las personas, para la definición de prioridades de investigación en coordinación con las instancias respectivas;"

CONCLUSIONES:

- La investigación "Oferta Sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador" no se contrapone a lo estipulado en el Plan Nacional Estratégico de Salud Mental, al contrario sus resultados aportarán a la construcción de un modelo de atención de salud mental basado en evidencia.
- El presente informe técnico no representa una revisión, ni aprobación metodológica del protocolo de investigación.

RECOMENDACIONES:

- Salvo mejor criterio de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud se sugiere proceder con la firma de la "Carta suscrita por la autoridad máxima del establecimiento (salud, educación, etc.) en el que se realizará el estudio, que manifieste conocimiento y acuerdo con el mismo", de acuerdo al formato adjunto.
- Para efectos de coordinación se sugiere contactar con el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, una vez que el doctorante cuente con la aprobación de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud.

	NOMBRE	CARGO	SUMILLA	FECHA
Revisado por:	Psc. Carlos Díaz	Gerente Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones		03/04/2018
Elaborado por:	Mgs. Roberto Enriquez	Comisión de Salud Mental		03/04/18



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA

Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud

*Dr. Marco Sumbaco
Dra. Silvia Mancheno Duran*

Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0093-O

Quito, D.M., 30 de mayo de 2018

Asunto: Respuesta a la solicitud de evaluación de protocolo MSPCURI000264-2 "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de la salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador"

Doctora
Silvia Mancheno Duran
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
En su Despacho

De mi consideración:

En atención a la solicitud de evaluación suscrita por la Dra. Silvia Mancheno Duran, Decana de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador referente al protocolo de Investigación denominado: "*Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador*", codificado por la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud (DIS) como: MSPCURI000264-2, informo a Usted que una vez revisado el mismo, en conjunto con La Gerencia del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones; se realizan las observaciones descritas en el informe adjunto como anexo al presente.

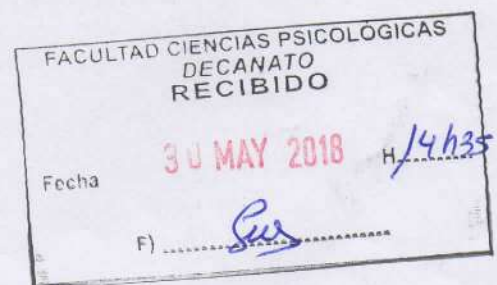
Por lo tanto, el proceso de evaluación del estudio se encuentra **PENDIENTE** hasta que sean subsanadas las observaciones realizadas.

El plazo máximo para solventar las observaciones planteadas es de 30 días; en caso de no recibir respuesta dentro del plazo señalado se dará por terminado el trámite. En caso de requerir tiempo adicional, es necesario poner en conocimiento a esta Dirección sobre este particular.

La Dirección de Inteligencia en Salud del Ministerio de Salud Pública busca promover la investigación de calidad en Ecuador, por lo cual ratificamos nuestra disposición para solventar cualquier duda o consulta.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Adelaine Aguirre M.
Atentamente,





Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0093-O

Quito, D.M., 30 de mayo de 2018

Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez.
DIRECTORA NACIONAL DE INTELIGENCIA DE LA SALUD

Referencias:

- MSP-DNGA-SG-10-2018-5283-E

Anexos:

- 5283-18.pdf
- 5283-18_20180412114610000777026001523559007.pdf
- 5283-18_2018041211461000.pdf
- 5283-180211290001523559007.pdf
- 5283_10317304001523559109.pdf
- 5283_20465414001523559145.pdf
- mspcuri000264-2_0187474001527692662.pdf

Copia:

Señor Psicólogo

Carlos Díaz Guerra

Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

Señora Magíster

Miriam del Rocio Obando Rodriguez

Analista de la Dirección Nacional de Inteligencia

Señora Ingeniera

Gianina Lizeth Suarez Rodriguez

Especialista de Investigación y Análisis 1

Señorita Técnica

Laura Mercedes Torres Heredia

Asistente de la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud

Señora

Tatiana Gulnara Beltran Loyo

Asistente

mo





Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección de Inteligencia de la Salud

Estudios Observacionales

Informe de Revisión de Protocolo de Investigación

“Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador”

MSPCURI 000264-2

Fecha

30-05-2018



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección de Inteligencia de la Salud

SOLICITUD: Revisión del Protocolo de Investigación

INSTITUCIÓN SOLICITANTE: Universidad Central del Ecuador

Una vez revisado el protocolo del proyecto de investigación titulado: **"Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador"** con codificación interna: **MSPCURI000264-2**, se realizan las siguientes observaciones metodológicas y éticas:

1. Título:

- Sin observaciones

2. Resumen estructurado:

- Se recomienda presentar el resumen en el formato establecido en el formulario para la presentación de protocolos de investigación en salud.

3. Problema de Investigación:

- Sin observaciones.

4. Justificación:

- Sin observaciones.

5. Marco teórico:

- Sin observaciones.

6. Objetivos del Estudio:

- Sin observaciones.

7. Hipótesis del Estudio:

- No se encuentra esta sección en el documento presentado; sin embargo, en uno de los documentos adjuntos en el protocolo se presenta un diagrama con tres preguntas y la primera contiene dos hipótesis, de ser el caso colocarlas o aclarar por qué no se colocan.

8. Metodología:

- Se coloca el número de establecimientos en los cuales se realizará la investigación; sin embargo, no se coloca el número mínimo de sujetos de investigación que se plantea incluir en el estudio, es necesario contar con un cálculo muestral, lo cual permite asegurar que los resultados obtenidos serán estadísticamente significativos.
- Se sugiere explicar de mejor manera cómo se procederá a aplicar el "instrumento de descripción y evaluación estandarizada de servicios y directorios en Europa, para atención a largo plazo (DESDE -LTC)", en los sujetos participantes de la investigación y en los establecimientos establecidos. Actualmente solo adjunta un documento que contiene conceptos del instrumento.



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección de Inteligencia de la Salud

colocar en el texto

variable

2018 de 2017

no incluir indicaciones

de ale. en entrevistas o no consentimiento

esto

- Se coloca que: "la recopilación de datos en esta fase es a través de una entrevista que se realizará a los participantes, sobre la percepción que..."; sin embargo, no se adjunta la o las entrevistas que se realizarán.
- Se recomienda colocar un cuadro de operacionalización de variables en el cual se describa lo siguiente: (variable, definición, dimensión, indicador, escala y tipo), esto permitirá entender todas las variables que se plantean medir en el presente estudio.

9. Recursos materiales y humanos:

- Se recomienda actualizar las fechas en el cronograma de ejecución de las actividades que se van a llevar a cabo en la investigación.

10. Consideraciones éticas y de género:

- Se recomienda que, en el caso de que el paciente no pueda dar su consentimiento informado, quién otorgará el mismo es el representante legal o el tutor del participante y no el médico tratante como se describe en este apartado.

11. Consentimiento informado:

- El consentimiento informado presentado es un documento muy resumido que si bien indica el objetivo y resultados esperados de la investigación, no permite a los participantes saber cómo intervendrán en el estudio. Por lo tanto, es necesario que se cuente con una sección en la que se explique claramente los procedimientos en los cuales se tomará contacto con los participantes, cuánto tiempo durará cada procedimiento (entrevista), cuántas veces tendrá que participar, entre otras consideraciones que el investigador considere pertinentes.
- Como se indica en la metodología: "las entrevistas tendrán una duración aproximada de 60 a 75 minutos y serán audio-grabadas", por lo que se recomienda tener una concordancia entre lo descrito en la metodología y el consentimiento informado.
- En el caso que el paciente no pueda dar su consentimiento informado, quién otorgará el mismo es el representante legal o el tutor y no el médico tratante como se indica en el apartado de "Consideraciones éticas y de género".

12. Resultados Esperados:

- Sin observaciones.

13. Referencias Bibliográficas:

- Sin observaciones.

14. Recomendaciones:

- Tener en cuenta todas las recomendaciones emitidas en el presente informe, todas las recomendaciones emitidas en el oficio Nro. MSP-DIS-2018-0072-O y que todos los cambios que se realicen al protocolo deberán ponerse en conocimiento del CEISH que aprobó el protocolo, mismo que deberá emitir una carta de actualización de la aprobación.
- Se recomienda colocar títulos a cada uno de los anexos y hacer referencia a los mismos dentro de la metodología.
- La Gerencia del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, recomienda: "preestablecer el equipo de expertos evaluadores del guión para la entrevista estructurada, con el fin de no tener por medio ningún conflicto de intereses en caso de que los expertos formen parte de los



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección de Inteligencia de la Salud

grupo soc.
expertos

establecimientos de salud de la Zona 8 y 9 del Ministerio de Salud Pública o, que el doctorante, informe a la autoridad competente el nombre de los integrantes designados para formar parte del grupo de expertos".

- La Gerencia del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones la socialización de los resultados al Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, debido a que los mismos podrían generar beneficios y aportes a la construcción de un modelo de atención de salud basado en evidencia.

Por lo tanto, el proceso de evaluación del estudio se encuentra: **PENDIENTE**

La Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud del Ministerio de Salud Pública busca promover la investigación de calidad en Ecuador, por lo cual ratificamos nuestra disposición para solventar cualquier duda o consulta.

		Fecha
Elaborado por:	Msc. Miriam Obando Analista de Investigación	29-05-2018
Revisado por:	Msc. Ing. Gianina Suárez Especialista en Investigación y Análisis	29-05-2018
Aprobado por:	Med. Adriana Granizo Directora Nacional de Inteligencia de la Salud	30-05-2018



APROBACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN – ESTUDIOS OBSERVACIONALES

El Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador (SEISH-UCE), informa que una vez analizados los fundamentos metodológicos, bioéticos y jurídicos, **APRUEBA** el Protocolo de Investigación denominado **"OFERTA SANITARIA Y PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD, USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ECUADOR"**, CÓDIGO 0004-FCP-DD-2018, presentado por el señor doctor:

MARCO ANTONIO GAMBOA PROAÑO

La aprobación tiene una vigencia de 18 meses (*de acuerdo a la duración del estudio*). Se le recuerda que se debe informar al SEISH-UCE, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada. Y una vez que se concluya con el estudio se debe presentar un informe final de resultado de la misma a este Subcomité.

Quito, 02 de agosto de 2018

DR. FERNANDO SALAZAR M.
PRESIDENTE SEISH-UCE

DR. PATRICIO PAZÁN L.
SECRETARIO SEISH-UCE

Meg.



Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador
Investigador responsable: Marco Gamboa Proaño
Profesora guía: Sandra Saldivia Bórquez – Universidad de Concepción
Profesora co guía: Pamela Grandón- Universidad de Concepción
Profesor coguía: Harold Miunster de la Rosa – Universidad Central del Ecuador



Consentimiento informado

Estimado usuario(a) o representante legal: este documento le entregará toda la información que necesita para decidir su participación, de manera libre y voluntaria, en el estudio que le presentamos.

El estudio titulado “Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador” será realizado por Marco Antonio Gamboa Proaño, Marco Antonio Gamboa Proaño, cédula 1714631304, Psicólogo y académico de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador, alumno del Doctorado en Psicología de la Universidad de Concepción (Chile) dirección de residencia: Conjunto Terracota g casa 41 Viñedos y Venezuela, Barrio San Nicolás-Sangolquí, teléfono 0996426309-022333105 correo electrónico: magamboa@uce.edu.ec. El ámbito territorial corresponde a las instituciones de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, en el que existe al menos un profesional de salud mental tanto en la zona 8 como en la zona 9.

A continuación se presenta información sobre el estudio, le solicitamos pueda leerla con detención y en caso de dudas, realizar las consultas que estime convenientes con total libertad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Los objetivos de este trabajo consisten en describir los recursos existentes en la red sanitaria del Ecuador para la atención de personas con trastornos mentales graves,

Analizar las percepciones de los profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave. A través de un diseño mixto parcialmente mezclado simultáneo con estado dominante.

Los resultados obtenidos constituirán un paso necesario en la implementación y consolidación de cambios al sistema de salud pública ecuatoriana; permitirán una comparación local, regional e internacional de los servicios de salud mental, contribuirá en el establecimiento de estrategias para mejorar la salud mental, con la aplicación de programas y políticas gubernamentales que disminuyan las percepciones negativas hacia las personas con trastorno mental grave, mejorar la inclusión social y aportará con datos a las investigaciones sobre evaluación de servicios en salud mental que en Latinoamérica aún son insuficientes.

PROCEDIMIENTO

La invitación a participar de esta investigación científica es en razón de su condición de representante legal o de usuario de los servicios de Salud Mental en la zona 8 o zona 9, en consulta ambulatoria, y que está dentro del grupo de personas entre 18 y 65 años. Se invitará a todos los usuarios con estas características, y quienes acepten serán entrevistados por personal sanitario entrenado para realizar una entrevista con una duración entre 60 y 75 minutos, estas serán audio grabadas, la entrevista busca encontrar la percepción que tiene sobre los servicios de salud mental en los que se atienden y cómo perciben la inclusión social de personas con un diagnóstico de trastorno mental grave. En el caso de ser necesario y de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, se puede hacer contacto por una segunda ocasión.

Su participación implica tener disponibilidad para:

- Solicitar información sobre el diagnóstico médico y el tratamiento farmacológico que actualmente tiene prescrito.
- Responder a las preguntas formuladas en la entrevista.
- La actividad tendrá una duración aproximada de 60 a 75 minutos y serán realizadas en las instalaciones del Servicio de Psiquiatría o en su domicilio, de acuerdo a su preferencia. Todas las actividades estarán a cargo del equipo investigador.

BENEFICIOS

Su participación permitirá profundizar en el conocimiento sobre la vinculación de las personas con trastornos mentales graves en las actividades cotidianas y determinar la calidad de servicios que recibe con la finalidad de mejorarlos.



Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador
Investigador responsable: Marco Gamboa Proaño
Profesora guía: Sandra Saldivia Bórquez – Universidad de Concepción
Profesora co guía: Pamela Grandón- Universidad de Concepción
Profesor co guía: Harold Miunster de la Rosa – Universidad Central del Ecuador



RIESGOS

Si decide participar, es importante tener en cuenta que este estudio no reviste ningún riesgo (físico, ni psicológico) asociado a las actividades antes mencionadas. No obstante, en caso que algún participante presente alguna molestia psicológica producto de la evaluación, se le ofrecerá la atención requerida por profesionales de salud mental.

CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean las de este estudio. Sus respuestas de la entrevista serán codificadas usando un código de identificación alfa numérico y, por lo tanto, esa información se manejará de forma anónima. Los datos serán custodiados por el Investigador Responsable. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por usted.

PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación. Cuando deba concurrir al Servicio de Salud Mental para una actividad asociada al proyecto, le será cancelado el costo de los pasajes.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse del proyecto en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste.

Si usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en que serán publicados, resguardados por el Investigador Responsable.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con el Investigador Responsable, Dr (C) Marco Antonio Gamboa Proaño, al teléfono 0996426309-022333105 o al correo electrónico: magamboa@uce.edu.ec

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio descrito, entendiendo que este cumple las características que han sido reseñadas y sobre la base de las siguientes condiciones adicionales:

Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por Marco Antonio Gamboa Proaño, Cédula de ciudadanía 171463130-4. Teléfonos: (02)2333-105 ó 0996426309.

Para cualquier duda, queja o inquietud que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir al Dr. Fernando Arroyo Arellano, Presidente del Sub-Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador, Teléfono (02)3216-365, comite.etica@uce.edu.ec

Podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique. No hay efectos negativos o riesgos identificables en esta investigación.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero no mi identidad, los datos personales permanecerán en forma confidencial.



Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador
 Investigador responsable: Marco Gamboa Proaño
 Profesora guía: Sandra Saldivia Bórquez - Universidad de Concepción
 Profesora co guía: Pamela Grandón- Universidad de Concepción
 Profesor co guía: Harold Miunster de la Rosa - Universidad Central del Ecuador



Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada (o) u obligada (o).

Se firman dos copias de este documento, una de las cuales quedará en poder de cada participante y otra en manos del investigador responsable.

Completar la información que se solicita a continuación:


Yo, _____ (nombre completo, datos de identificación) comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente, declaro conocer los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

Fecha: ___/___/___

En atención a estas consideraciones, libremente marque la que corresponda.

Yo ACEPTO participar en este estudio

Yo NO ACEPTO participar en este estudio


 Marco Gamboa Proaño
 Investigadora Responsable

 Firma del participante o representante legal



Código	Nombre de la persona (Escribir en letra clara)	Fecha	Place o fecha





Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador
 Investigador responsable: Marco Gamboa Proaño
 Profesora guía: Sandra Saldívar Bórquez – Universidad de Concepción
 Profesora co guía: Pamela Grandón- Universidad de Concepción
 Profesor co guía: Harold Münster de la Rosa – Universidad Central del Ecuador

Formato de asentimiento informado

Le invitamos a participar en una investigación cuyo título es "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador" será realizado por Marco Antonio Gamboa Proaño, Marco Antonio Gamboa Proaño, cédula 1714631304, Psicólogo y académico de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador, alumno del Doctorado en Psicología de la Universidad de Concepción (Chile) dirección de residencia: Conjunto Terracota g casa 41 Viñedos y Venezuela, Barrio San Nicolás-Sangolquí, teléfono 0996426309-022333105 correo electrónico: magamboa@uce.edu.ec. El ámbito territorial corresponde a las instituciones de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, en el que existe al menos un profesional de salud mental tanto en la zona 8 como en la zona 9.

Los objetivos de este trabajo consisten en describir los recursos existentes en la red sanitaria del Ecuador para la atención de personas con trastornos mentales graves,

Analizar las percepciones de los profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios e inclusión social de personas con trastorno mental grave. A través de un diseño mixto parcialmente mezclado simultáneo con estado dominante.

La invitación a participar de esta investigación científica es en razón de su condición de representante legal o de usuario de los servicios de Salud Mental en la zona 8 o zona 9, en consulta ambulatoria, y que está dentro del grupo de personas entre 18 y 65 años para realizar una entrevista con una duración entre 60 y 75 minutos, estas serán audio grabadas, la entrevista busca encontrar la percepción que tiene sobre los servicios de salud mental en los que se atienden y cómo perciben la inclusión social de personas con un diagnóstico de trastorno mental grave. En el caso de ser necesario y de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, se puede hacer contacto por una segunda ocasión.

Las personas encargadas del estudio garantizan el manejo confidencial de su información personal, y Usted puede retirarse del estudio si lo desea.

Por favor escriba su nombre y firma si acepta libremente participar en el estudio.

Declaro que me han explicado en qué consiste el estudio y lo he entendido bien.

Código asignado	Nombre de la persona (Escribir en letra clara)	Cédula de ciudadanía	Lugar Fecha DD-MM-AAAA	Firma o huella digital

Foto



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud

Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0158-O

Quito, D.M., 17 de agosto de 2018

Asunto: RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROTOCOLO MSPCURI000264-3:
"Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social..."

Señor
Marco Antonio Gamboa Proaño
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al oficio Nro. MSP-DNGA-SG-10-2018-11102-E, de fecha 7 de agosto de 2018, en el que Sr. Marco Gamboa Proaño docente de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central Del Ecuador; remite el protocolo del estudio observacional denominado: *"Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastornos mental grave en Ecuador"*, codificado por la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud (DIS) como: **MSPCURI000264-3**, y una vez subsanadas las observaciones emitidas mediante informe técnico, en el oficio Nro. MSP-DIS-2018-0093-O de fecha 30 de mayo del 2018; cumplidos los requisitos mínimos para la evaluación del mismo, contando además con el criterio favorable de la Gerencia del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de la Salud, se **APRUEBA** la versión adjunta del protocolo.

Le recordamos que una vez finalizada la investigación, es responsabilidad del investigador principal enviar a esta Dirección y a la Gerencia del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de la Salud los resultados de la misma; así como las publicaciones que se realicen como producto de este estudio.

La Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud, aprueba los protocolos de los estudios observacionales en el ámbito de sus competencias, en base a una revisión de la calidad metodológica y ética de los estudios. Sin embargo, el contenido, la autoría y la responsabilidad sobre los resultados del estudio corresponden al Patrocinador y al Investigador Principal, exonerando al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.

El presente estudio se desarrollará en los todos los establecimientos de la zona 8 y zona 9 del Ministerio de Salud Pública, que cuenten con profesionales de salud mental, al cual



**Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud**

Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0158-O

Quito, D.M., 17 de agosto de 2018

ponemos en conocimiento para los fines pertinentes.

Cabe mencionar que si bien los resultados podrían contribuir a la salud pública, éstos no son de carácter vinculante para esta Cartera de Estado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez.
DIRECTORA NACIONAL DE INTELIGENCIA DE LA SALUD

Referencias:

- MSP-DNGA-SG-10-2018-11102-E

Anexos:

- 11102..pdf
- mspcuri000264-3.pdf

Copia:

Señor
Fernando Marcelo Salazar Manosalvas
Salazarfdo@yahoo.com
0993906174/2040104

Señor Doctor
Juan Andres Chuchuca Pillajo
Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Señora Magister
Mercedes Del Pilar Allauca Tierra
Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

Señorita Magister
Mariana Italia Pihuave Nacif
Coordinadora Zonal 8 - Salud

Señora Magister
Carmen Tatiana Guerrero Díaz
Coordinadora Zonal 9 - Salud

Señora Magister



**Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud**

Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0158-O

Quito, D.M., 17 de agosto de 2018

Miriam del Rocio Obando Rodriguez
Analista de la Dirección Nacional de Inteligencia

Señora Magister
Gianina Lizeth Suarez Rodriguez
Especialista de Investigación y Análisis 1

Señorita Doctora
Cristina Magdalena Paez Aviles
Especialista de Investigación y Analisis 1

Señora
Tatiana Gulnara Beltran Loyo
Asistente

Señorita Técnica
Laura Mercedes Torres Heredia
Asistente de la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud

mo



Coordinación Zonal 9 - Salud
Hospital Especializado Julio Endara

Oficio Nro. MSP-CZ9-HJE-2018-0082-O

Quito, 12 de septiembre de 2018

Asunto: RECTIFICACIÓN: Autorización para proyecto de estudio aprobado por la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud del MSP, Facultad de Ciencias Psicológicas de la UCE.

Señor
Marco Antonio Gamboa Proaño
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo. En respuesta al Documento No. MSP-CZ9-HJE-2018-0110-E, en el que se informa sobre la autorización para proyecto de estudio aprobado por la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud del MSP, de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la UCE; me permito indicar que el Hospital Especializado Julio Endara mantiene sus puertas abiertas para la investigación nacional e internacional, por lo que procedo a autorizar el ingreso de los investigadores/estudiantes siempre que reporten sus actividades dentro del hospital con antelación al Departamento de Docencia e Investigación y los mismos presenten:

1. Carta de compromiso de confidencialidad del uso de la información obtenida en el hospital (firmada por los estudiantes y autores principales de la investigación);
2. Carta de compromiso para la entrega de una copia de la investigación una vez finalizada, al hospital y a la Coordinación Zonal 9.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Martha Beatriz Gordon Rosero
GERENTE HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA CZ9

Referencias:
- MSP-CZ9-HJE-2018-0110-E



Coordinación Zonal 9 - Salud
Hospital Especializado Julio Endara

Oficio Nro. MSP-CZ9-HJE-2018-0082-O

Quito, 12 de septiembre de 2018

Anexos:
- 1009_rectificación.pdf

Copia:
Señor Doctor
Jacinto Esteban Bonilla Escobar
Responsable de Docencia e Investigación Hospital Especializado Julio Endara CZ9

jb



Coordinación Zonal 9 - Salud
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez
Oficio Nro. MSP-CZ9-HPASGEHO-2018-0306-O

Quito, 17 de septiembre de 2018

Asunto: RESPUESTA SOBRE PROYECTO APROBADO POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE INTELIGENCIA DE LA SALUD, Autor: Marco Antonio Gamboa Proaño

Señor
Marco Antonio Gamboa Proaño
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. S/N-G626 que hace referencia sobre la **"APROBACIÓN DEL PROYECTO POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE INTELIGENCIA DE LA SALUD"** permítame mencionar que para dar inicio a la misma en nuestro hospital debe presentar en la Coordinación de Docencia e Investigación:

1. Carta de aprobación del estudio por parte de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud.
2. Protocolo de Investigación del trabajo aprobado por la Dirección de Inteligencia de la Salud.
3. Firmar el acuerdo de confidencialidad de la información obtenida en el Hosp. Provincial General Pablo Arturo Suárez.

Finalmente, el enlace con esta Casa de Salud para lo referente a Docencia e Investigación es el Dr. Diego Noboa, teléfono 02-397-9300 ext. 2047.

Particular que informo para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Paula Carolina Herrera Duchi
GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ



Coordinación Zonal 9 - Salud
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez
Oficio Nro. MSP-CZ9-HPASGEHO-2018-0306-O

Quito, 17 de septiembre de 2018

Referencias:

- MSP-HPASADFI-2018-0477-E

Anexos:

- 0477-e0406504001536182271.pdf

Copia:

Señor Doctor

Diego Mauricio Noboa Escobar

Responsable de la Gestión de Docencia e Investigación

DN

**Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud**

Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0303-M

Quito, D.M., 20 de septiembre de 2018

PARA: Srta. Mgs. Mariana Italia Pihuave Nacif
Coordinadora Zonal 8 - Salud

ASUNTO: Establecimientos considerados en investigación observacional en salud.

De mi consideración:

La Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud-DIS, con fecha 17 de agosto de 2018 aprobó la ejecución de la investigación en salud titulada: *"Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador"*, la cual además cuenta con la aprobación por parte del Subcomité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador. Por lo cual, se envía el presente documento para dar a conocer los nombres de todos los establecimientos pertenecientes a la Coordinación Zonal 8 en los cuales se plantea realizar dicha investigación (archivo anexo).

En virtud de lo cual, solicitamos gentilmente se proceda a comunicar este particular a los establecimientos bajo su competencia detallados en la lista adjunta, para los fines pertinentes, con el objetivo de que la investigación pueda dar inicio.

Tener en consideración que de acuerdo a lo informado por el investigador principal, todos los gastos que involucre la realización de dicha investigación se encuentra a cargo de los investigadores. Adicionalmente, informo que este estudio cuenta con el aval académico de la Universidad Central del Ecuador.

Es necesario dar a conocer que la DIS es una instancia que busca evaluar aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de los estudios observacionales con el fin de garantizar los derechos de los participantes de la investigación en salud. Que además, busca promover la investigación de calidad en Ecuador, por lo cual ratificamos nuestra disposición para solventar cualquier duda o consulta.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez.

DIRECTORA NACIONAL DE INTELIGENCIA DE LA SALUD



**Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud**

Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0303-M

Quito, D.M., 20 de septiembre de 2018

Anexos:

- lista_establecimientos_zonal_8_mspcuri000264-3.xls

Copia:

Sr. Marco Antonio Gamboa Proaño

Sra. Mgs. Miriam del Rocio Obando Rodriguez
Analista de la Dirección Nacional de Inteligencia

Sra. Mgs. Gianina Lizeth Suarez Rodriguez
Especialista de Investigación y Análisis 1

Srta. Dra. Cristina Magdalena Paez Aviles
Especialista de Investigación y Analisis 1

Sra. Tatiana Gulnara Beltran Loyo
Asistente

Srta. Laura Mercedes Torres Heredia
Asistente de la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud

mo



Coordinación Zonal 9 - Salud
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M

Quito, D.M., 28 de septiembre de 2018

PARA: Sr. Dr. Pablo David Andrade Altamirano
Médico Familiar

Sr. Dr. Jorge Luis Peñaherrera Yanez
Gerente Hospital General Docente de Calderón

Sra. Dra. Paula Carolina Herrera Duchi
Gerente del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez

Sra. Mgs. Carmen Maria de los Angeles Alarcon Dalgo
Gerente del Hospital General Enrique Garcés

Sra. Mgs. Martha Beatriz Gordon Rosero
Gerente Hospital Especializado Julio Endara CZ9

Sra. Dra. Carolina Alejandra Almeida Solano
Directora del Hospital Alberto Correa Cornejo

Sra. Psic. Janina Pilar Vergara Ayala
Directora Distrital de Salud 17D01

Sra. Dra. Alejandra Carolina Cascante Castañeda
Directora Distrital de Salud 17D02-Calderón a Guayllabamba

Sr. Dr. Edisson Roberto Quito Torres
Director - Distrito 17D03

Sr. Dr. Juan Gabriel Quizanga Camino
Director Distrital de Salud 17D04 Puengasi a Itchimbia

Sra. Dra. Sylvia Paulina Proaño Raza
Directora Distrital SALUD 17D05

Sr. Dr. José Patricio Galarraga Garces
Director Distrital de Salud 17D07

Sra. Dra. Veronica Rocio Rodriguez Bravo
Directora Distrital 17D08 - Conocoto a la Merced - SALUD

Sr. Mgs. Pablo Sebastian Carrera Rivadeneira
Director Distrital de Salud 17D09

Coordinación Zonal 9 - Salud
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M

Quito, D.M., 28 de septiembre de 2018

ASUNTO: Establecimientos considerados en investigación observacional en salud.

De mi consideración:

En relación a Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0302-M, de 20 de septiembre de 2018, en el que hace mención a la investigación en salud titulada "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en el Ecuador". Por lo que se solicita "se proceda a comunicar este particular a los establecimientos bajo su competencia detallados en la lista adjunta, para los fines pertinentes, con el objetivo de que la investigación pueda dar inicio".

Con este antecedente, solicito muy gentilmente dar apertura a la investigación que se desarrollará en los establecimientos de salud detallados en lista adjunta y que tiene el aval de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud – DIS y del Subcomité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador (CEISH-UCE). La investigación dará comienzo a partir del 4 de octubre de 2018.

Sírvase encontrar en anexo adjunto:

- Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0302-M para mayor información.
- Matriz con Establecimientos de Salud donde se va a realizar la investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Med. Natalia Sofia Alvaro Ramirez

**DIRECTORA ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
- CZ9**

Referencias:

- MSP-DIS-2018-0302-M

Av. Juan León Mera N 26-38 y Santa María
Quito – Ecuador • Código Postal: 170516 • Teléfono: 593 (02) 3931-020 • www.salud.gob.ec



Coordinación Zonal 9 - Salud
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M

Quito, D.M., 28 de septiembre de 2018

Anexos:

- lista_establecimientos_zonal_9_mspcuri000264-3_xls
- msp-dis-2018-0302-m.pdf

Copia:

Sra. Psic. Maria Victoria Gonzalez Orquera
Especialista Zonal de Discapacidades 1

Srta. Psic. Mara Estefania Villacorte Paucar
Especialista Zonal de Discapacidades 1

Sra. Lcda. Inalvis Castellanos Gallardo
Especialista de Investigación y Analisis 1

mv



Firmado electrónicamente por:
**NATALIA SOFIA
ALVARO
RAMIREZ**

Av. Juan León Mera N 26-38 y Santa María

Quito – Ecuador • Código Postal: 170516 • Teléfono: 593 (02) 3931-020 • www.salud.gob.ec



Coordinación Zonal 9 – SALUD
Hospital General Docente de Calderón

Memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2018-3580-M

Quito, D.M., 01 de octubre de 2018

PARA: Sra. Dra. Sandra Genoveva Torres Dávila
Médico Especialista en Psiquiatría 3

ASUNTO: AUTORIZACIÓN E INICIO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

En base al Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0302-M, suscrito por la Dra. Adriana Granizo, Directora Nacional de Inteligencia en Salud, mediante el cual se comunica la aprobación del protocolo de investigación titulado *“Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en el Ecuador”*, mismo que tiene el aval de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud – DIS y del Subcomité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador (CEISH-UCE), solicito comedidamente se brinden las facilidades necesarias al Investigador Principal y su equipo de trabajo para su ejecución, mismo que dará inicio el próximo 4 de octubre del 2018.

En virtud de lo anterior, adjunto a la presente el protocolo aprobado y los datos del investigador principal, que consta como responsable del cumplimiento de todas las actividades y tiempos, según lo detallado en dicho documento, y además solicito comedidamente se comunique en la brevedad posible a la Unidad de Investigación en el caso de identificar algún incumplimiento con dichas actividades, especialmente la firma del consentimiento informado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Med. Danny Patricio Flores Almeida
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS - HGDC

Referencias:

- MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M

Anexos:

- protocolo0505411001538415200.doc



Coordinación Zonal 9 – SALUD
Hospital General Docente de Calderón

Memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2018-3580-M

Quito, D.M., 01 de octubre de 2018

PARA: Sr. Dr. Víctor Oswaldo Torres Dávalos
Médico Especialista en Pediatría

ASUNTO: AUTORIZACIÓN E INICIO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

En base al memorando Nro. MSP-DI-2018-0001 del suscrito por el Dr. Víctor Torres Dávalos, médico especialista en Pediatría, en el cual se solicita la autorización para iniciar el protocolo de investigación "Efectos secundarios y prevalencia de infecciones de origen bacteriano en pacientes con tratamiento con antibióticos en la Unidad de Pediatría del Hospital General Docente de Calderón", el suscrito, en su calidad de Coordinador Zonal de Salud Pública, autoriza el inicio de la investigación y el protocolo de investigación, siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 10 del Reglamento de la Ley Orgánica de Investigación Científica y Tecnológica (LOICTE).

En virtud de lo anterior, se autoriza a la presentación del protocolo de investigación y el inicio de la investigación, siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 10 del Reglamento de la Ley Orgánica de Investigación Científica y Tecnológica (LOICTE).

En consecuencia, se autoriza el inicio de la investigación y el protocolo de investigación.

Atentamente,

Md. Víctor Torres Dávalos
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS - HGDC

Fecha: 01/10/2018
MSP-CZ9HGDC-2018-3580-M



Dirección Distrital 17D02
Unidad Distrital Provisión y Calidad de Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-CZ9-D17D02PROVCALIDS-2018-1011-M

Quito, 02 de octubre de 2018

PARA: Sr. Dr. Cristian Mauricio Guachamin Peralvo
Administrador Técnico del Centro de Salud Calderón ✓ *Arce*

Srta. Mgs. Cristina Paola Cabezas Cazañas
Administradora Técnica del Centro de Salud Carapungo 1-Encargada ✓ *R*

Sra. Dra. Fernanda Vanessa Balarezo Cabezas
Administradora Técnica del Centro de Salud Guayllabamba *María Flores*
09984039983

Sra. Dra. Luisa Marianita Cabezas Armas
Administradora Técnica del Centro de Salud Marianitas *No aplica*
No escrito psicología

Sra. Dra. María Soledad Sánchez Morales
Administradora Técnica del Centro de Salud Llano Chico *No aplica*

Sra. Dra. María Teresa Altamirano Álvarez
Administradora Técnica del Centro de Salud San Juan *Ulorius*

Sr. Med. Miguel Alejandro Jiménez Pérez
Administrador Técnico del Centro de Salud San José de Morán ✓ *R*

Sra. Mgs. Sylvia Karina Maldonado Fonseca
Administradora Técnica del Centro de Salud Carapungo 2 ✓ *Andico*

ASUNTO: Establecimientos considerados en investigación observacional en salud.

De mi consideración:

Luego de enviar un cordial saludo, pongo en su conocimiento el Memorando MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M, a fin de que los ESPN del Distrito 17D02, que se encuentran en el listado adjunto brinden las facilidades necesarias para que la investigación se pueda realizar de la mejor manera.

"En relación a Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0302-M, de 20 de septiembre de 2018, en el que hace mención a la investigación en salud titulada "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en el Ecuador". Por lo que se solicita "se proceda a comunicar este particular a los establecimientos bajo su competencia detallados en la lista adjunta, para los fines pertinentes, con el objetivo de que la investigación pueda dar inicio".



Dirección Distrital 17D02
Unidad Distrital Provisión y Calidad de Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-CZ9-D17D02PROVCALIDS-2018-1011-M

Quito, 02 de octubre de 2018

Con este antecedente, solicito muy gentilmente dar apertura a la investigación que se desarrollará en los establecimientos de salud detallados en lista adjunta y que tiene el aval de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud – DIS y del Subcomité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador (CEISH-UCE). La investigación dará comienzo a partir del 4 de octubre de 2018.

Sírvase encontrar en anexo adjunto:

- *Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0302-M para mayor información.*
- *Matriz con Establecimientos de Salud donde se va a realizar la investigación."*

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Katherine Alexandra Verdesoto Vásquez
EXPERTA DISTRITAL DE PROVISIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD-RESPONSABLE

Referencias:

- MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M

Anexos:

- lista_establecimientos_zonal_9_mspcuri000264-3_.xls
- msp-dis-2018-0302-m.pdf

Copia:

Sra. Psic. María José Russo Argüello
Analista Distrital de Calidad de Servicios de Salud 1

Sr. Dr. Hugo Esteban Salazar Lozano
Especialista Distrital de Vigilancia Epidemiológica 2-Responsable

Srta. Mgs. María Georgina De la Cruz Inlago
Especialista Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad-Responsable

Sr. Lcdo. Byron Alejandro Bucheli Vaca
Analista Distrital de Comunicación, Imagen y Prensa



Dirección Distrital 17D02
Unidad Distrital Provisión y Calidad de Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-CZ9-D17D02PROVCALIDS-2018-1011-M

Quito, 02 de octubre de 2018

VI

- Sr. Dr. Cristian Arroyave Guachamba Pachon
Administrador Técnico del Centro de Salud Calderon
- Sra. Mg. Cristina Parillo Capama Capalla
Administradora Técnica del Centro de Salud Carapungo 1 Desplazada
- Sra. Dra. Herminia Vancos Beltrán-Cármon
Administradora Técnica del Centro de Salud Guaybabamba
- Sra. Dra. Lina Mariana Cabezas Jarama
Administradora Técnica del Centro de Salud Martinitas
- Sra. Dra. María Solana Méndez Morales
Administradora Técnica del Centro de Salud Llano Chica
- Sra. Dra. María Teresa Abadillo Álvarez
Administradora Técnica del Centro de Salud José Juan
- Sr. Med. Miguel Alejandro Jiménez Piro
Administrador Técnico del Centro de Salud San José de Manabí
- Sra. Mg. Sylvia Kátia Meléndez Pineda
Administradora Técnica del Centro de Salud Carapungo 2

ASUNTO: Estudio científico considerado en investigación observacional en salud.

De la consideración:

Luego de enviar un correo electrónico, junto con su consentimiento el Memorando MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M, a fin de que los ESPN del Distrito 17D02, que se encuentran en el estado al tanto tienen las facilidades necesarias para que la investigación se pueda realizar de la mejor manera.

"En relación a Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0301-M, de 29 de noviembre de 2018, en el que hace mención a la investigación en salud titulada: "Opinión, satisfacción y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personal con trastorno mental grave en el Ecuador". Por lo cual se solicita se proceda a comunicar esta particular a los establecimientos bajo su competencia de acuerdo en la línea aludida, para los fines pertinentes, con el objetivo de que la investigación pueda dar lugar



Coordinación Zonal 9 - Salud
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez
Oficio Nro. MSP-CZ9-HPASGEHO-2018-0466-O

Quito, 06 de diciembre de 2018

Asunto: Respuesta favorable para realizar Investigación, Investigador responsable:
Marco Antonio Gamboa Proaño

Psicologo Clinico
Marco Antonio Gamboa Proaño
En su Despacho

De mi consideración:

En relación a Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0302-M, de 20 de septiembre de 2018, en el que hace mención a la investigación en salud titulada "*Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en el Ecuador*", la misma que se encuentra aprobada por la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud, permítame mencionar que el tema se encuentra AUTORIZADO, pero para dar inicio a la investigación debe presentar los siguientes documentos en la Coordinación de Docencia e Investigación:

1. Carta suscrita por el establecimiento responsable del estudio, que manifieste conocimiento y acuerdo con la propuesta de investigación.
2. Carta de aprobación del estudio por parte de un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), reconocido por el MSP (solo para estudios experimentales)
3. Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones en Salud.
4. Adjuntar consentimiento informado (de ser el caso) e instrumentos de evaluación como entrevistas, guiones, instrumentos de recolección de información, entre otros.
5. Firma el acuerdo de confidencialidad de la información obtenida en el HPAS.
5. Si no dispone los formatos, solicitarlos al correo: docenciahpas@gmail.com

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Paula Carolina Herrera Duchi
GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ



Coordinación Zonal 9 - Salud
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez
Oficio Nro. MSP-CZ9-HPASGEHO-2018-0466-O

Quito, 06 de diciembre de 2018

Referencias:

- MSP-CZ9-CZ-PSS-2018-3479-M

Anexos:

- lista_establecimientos_zonal_9_mspcuri000264-3_.xls
- msp-dis-2018-0302-m.pdf

Copia:

Señor Magíster
Luis Alberto Ruiz Chavez
Analista Administrativo 3 - Responsable de la Gestión

Señor Doctor
Diego Mauricio Noboa Escobar
Responsable de la Gestión de Docencia e Investigación

Señorita
Patricia Margarita Paredes Pérez
Responsable de Psiquiatría y Psicología (E)

Señora Magíster
Paulina Susana Proaño Silva
Directora Asistencial Hospitalaria

DN



SOLICITUD Y APROBACION DE PRESRTAMO DE HISTORIA(S) CLINICA(S) DEL HGDC

Quito 14-12-2018

Yo, Marco Gamboa Proaño de CI 1714631304 en mi calidad de _____ de este hospital me comprometo solemnemente a utilizar la información registrada en la historia clínica bajo estrictos parámetros de confidencialidad prescritos en el Registro Oficial N° 427 del 29 de agosto del 2015, en el capítulo III, Confidencialidad en los documentos con la información de salud, que prescribe:

Art 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con identificación de diagnóstico y tratamiento, siendo los datos consignados en ellos confidenciales.

El uso de los documentos que contienen información de salud no podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evolución de calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligado a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

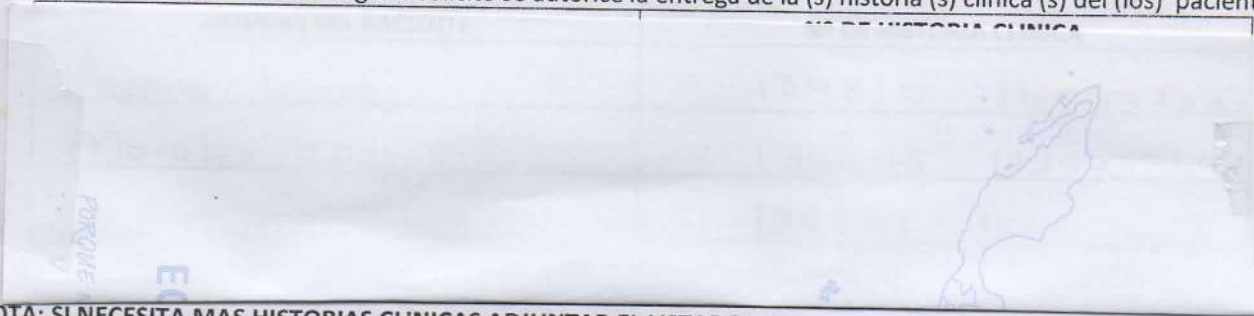
Art 9.- El personal operativo y administrativo de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que tenga acceso a información de los/las usuarios/as durante el ejercicio de sus funciones, deberá guardar reserva de manera indefinida respecto de dicha información y no podrá divulgar la información contenida en la historia clínica, ni aquella constante en todo documento donde reposen datos confidenciales de los/las usuarios/as.

Art 12.- En el caso de historias clínicas cuyo uso haya sido autorizado por el/la usuario/a respectivo para fines de investigación o docencia, la identidad del/a usuario/a deberá ser protegida, sin que pueda ser revelada por ningún concepto.

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

[Firma]
SOLICITANTE
FIRMA Y SELLO

Conociendo estos antecedentes legales solicito se autorice la entrega de la (s) historia (s) clínica (s) del (los) paciente (s):



NOTA: SI NECESITA MAS HISTORIAS CLINICAS ADJUNTAR EL LISTADO

SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA(S) HISTORIA(S) CLINICA(S) PARA SU REVISIÓN EXCLUSIVA EN EL AREA DE ARCHIVO SIN PODER SACAR COPIAS XEROX Y DE NINGUNA MANERA EXTRAER O MUTILAR PARCIAL O TOTAL LA HISTORIA CLINICA, una vez terminado devolver la (s) al personal de archivo de manera ordenada y completa.

AUTORIZADO	<input checked="" type="checkbox"/>	NEGADO	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	--------	--------------------------

EN CASO DE SER NEGADO DESCRIBIR EL MOTIVO

[Firma]
COORDINACIÓN ESTADÍSTICA
COORDINACIÓN ESTADÍSTICA HGDC
FIRMA AUTORIZADA
Ministerio de Salud Pública
Hospital Docente de CALDERÓN
4 DE ENERO
REVISIÓN
ARCHIVO
[Firma]

S. Puno - Favor Area HCL -
Pure el Norte 18/12/2018
10:00

**Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y
Centros Estatales de Recuperación de Adicciones**

Memorando Nro. MSP-SNPSS-PCISRSMCCE-2019-0013-M

Quito, 04 de enero de 2019

PARA: Srta. Mgs. Mariana Italia Pihuave Nacif
Coordinadora Zonal 8 - Salud

ASUNTO: Videoconferencia, investigación Universidad Central del Ecuador

De mi consideración:

Me refiero al Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0303-M, del 20 de septiembre de 2018, suscrito por la Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez, Directora Nacional de Inteligencia de la Salud, en el que informa a su Autoridad la aprobación de la ejecución de la investigación en salud titulada: "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador", la cual además cuenta con la aprobación por parte del Subcomité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador."

Al respecto, convocamos a videoconferencia a la responsable de salud mental de zona 8, a fin de coordinar el desarrollo del presente estudio doctoral, el día lunes 07 de enero de 2019, a las 08h00. El usuario skype de conexión es roberto.enriquez.anaya

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Juan Bernardo Sanchez Jara
**GERENTE DE PROYECTO DE CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE
SERVICIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA Y CENTROS
ESTATALES DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES**

Referencias:

- MSP-DIS-2018-0303-M

Copia:

Srta. Psic. María Fernanda Philco Romero
Especialista Zonal de Discapacidades 1 - Coordinación Zonal 8 - Salud

Psc. Clínico Marco Antonio Gamboa Proaño

Sr. Mgs. Roberto Javier Enriquez Anaya
**Analista del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la red de Salud Mental
Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones**



**Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y
Centros Estatales de Recuperación de Adicciones**

Memorando Nro. MSP-SNPSS-PCISRSMCCE-2019-0013-M

Quito, 04 de enero de 2019

Srta. Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez.
Directora Nacional de Inteligencia de la Salud

re

Quito, D.M., 30 de enero de 2019

Ingeniero
Mauricio Marchán
Director del Centro de Atención Ambulatoria San Lázaro

En su despacho

Ref.: aprobación proyecto por la **Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud**

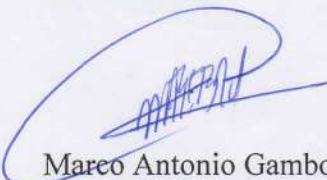
De mi consideración:

Me dirijo a su decencia para notificarle que la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, mediante **Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0158-O aprobó el proyecto "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión de personas con trastornos mentales grave en Ecuador"**, con código MSPCURI000264-3.

Por lo anterior solicito de la manera más comedida, se sirva autorizar el inicio del proceso de recolección de la información en las instalaciones del Centro de Atención Ambulatoria San Lázaro. Para ello fueron designadas cinco personas egresadas de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador.

Se adjunta Documento de aprobación.

Cordialmente,


Marco Antonio Gamboa Proaño
Docente Facultad de Ciencia Psicológicas
Universidad Central del Ecuador
Investigador responsable en Quito

CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA
ESPECIALIZADO "SAN LAZARO"
DIRECCION
RECIBIDO: *Melid S.*
FECHA: *31-01-2019*
HORA: *11:27*

cc: Dr. Daniel Zúñiga, Presidente de Docencia e Investigación CAAE

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ

El/la señor/a Marco Gamboa Picoán con cargo de Docente del U.C.E. (institución) y con cédula de identidad o ciudadanía No. 71462004 que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

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

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

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

2. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

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

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

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

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

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

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

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...)"

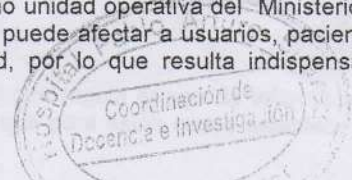
4. El Código Integral Penal tipifica:

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

5. "EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO", en razón de la autorización obtenida para su actividad de tipo docente y/o investigación dentro del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez como unidad operativa del Ministerio de Salud Pública, puede tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO" se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón



20-02-2019.

de sus funciones maneje en el Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez como unidad operativa del Ministerio de Salud Pública.

CLÁUSULA TERCERA.- DEFINICIONES:

Para los efectos del presente Acuerdo se entenderá en singular o plural los por:

Autodeterminación: el paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de las carreras en áreas de la salud.

Ciudadano, a: Persona considerada como miembro activo de un Estado, titular de derecho político y sometido a sus leyes. Según el art. 6 de la Constitución de la República del Ecuador se define como "todas las ecuatorianas y los ecuatorianos son ciudadanos y gozarán de los derechos establecidos en la Constitución".

Estudiante: alumno regular de una Institución de Educación Superior (IES), de pregrado, grado o posgrado.

Estudiante de posgrado o posgradistas: profesional debidamente reconocido con todos los derechos y deberes inherentes a su título, que cumple con el programa académico de posgrado de una institución de educación superior con el objetivo de obtener un título de especialista, es un estudiante de posgrado en especialidades médicas.

Ética: dentro de la actividad docente, los profesores y estudiantes deberán respetar y fomentar el ejercicio de los derechos de los pacientes, guardando el secreto profesional, de acuerdo con los principios de la bioética y la normativa aplicable a los profesionales del área correspondiente.

Interno/interna rotativo, a: estudiante del área de salud (medicina, enfermería, obstetricia, nutrición, tecnología médica o carreras afines) que se encuentra en el último año de la carrera universitaria y que realiza labores asistenciales-docentes en los establecimientos asignadas según la programación de la universidad.

Investigador, a: Persona que realizar actividades intelectuales y/o experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia.

Profesor/profesora o docente: es quien se dedica profesionalmente a la enseñanza, bien con carácter general, bien especializado en una determinada área de conocimiento, asignatura, disciplina académica, ciencia o arte.

Proyecto de Investigación y desarrollo: Son las actividades que favorecen el desarrollo de la ciencia y tecnología para beneficio de la sociedad.

Relación asistencial-docente: vínculo funcional que se establece entre las Instituciones de Educación Superior (IES) y los establecimientos de salud, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de áreas de práctica formativa en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación asistencial-docente.

Servidor Público.- Serán servidoras o servidores públicos todas las personas que en cualquier forma o a cualquier título trabajen, presten servicios o ejerzan un cargo, función o dignidad dentro del sector público.

Tutor: Docente responsable de las actividades asistenciales que realizarán los estudiantes de un curso, así como del alcance y procedimientos que podrán ser desarrollados por el estudiante bajo su supervisión, en base a las competencias adquiridas y habilidades desarrolladas según su malla curricular.

Unidad asistencial-docente (UAD): Establecimiento de salud, público o privado, destinado a la integración entre la docencia y la asistencia en salud, para el fortalecimiento de competencias, conocimientos y prácticas, que propendan a desarrollar el componente asistencial de los futuros profesionales de salud, en el marco de un desenvolvimiento enfocado a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad - curación y rehabilitación.

CLAUSULA CUARTA.- OBLIGACIONES:

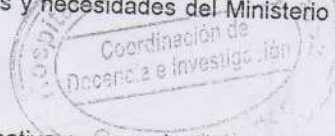
"EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información generada en el Hospital General Pablo Arturo Suárez y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO" se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública, o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades del Ministerio de Salud Pública.

CLÁUSULA QUINTA.- SANCIONES:

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

"EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO" conoce que el incumplimiento de lo previsto en el presente Acuerdo será sancionado de conformidad con lo determinado en la Ley Orgánica del Servicio Público, en relación al Régimen



Disciplinario, y lo determinado en los procesos constantes en el código orgánico general de procesos según corresponda el caso, sin perjuicio de las acciones penales que pudieran generarse.

CLÁUSULA SEXTA.- DECLARACIÓN:

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

"EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO" declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público, código orgánico general de procesos, Código Orgánico Integral Penal y de sus respectivos reglamentos de aplicación.

CLÁUSULA SEPTIMA.- VIGENCIA:

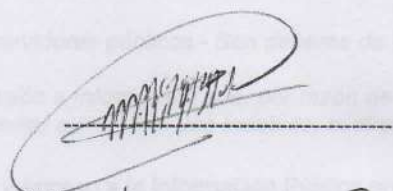
Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

CLÁUSULA OCTAVA.- PUBLICACIÓN:

"EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO" se compromete a publicar en la "REVISTA Pablo Arturo Suárez", parte de los resultados de cualquier investigación que genere en el hospital y de la cual sea parte, manteniendo los derechos de su autoría.

CLÁUSULA NOVENA.- ACEPTACIÓN:

"EL SERVIDOR PÚBLICO / CIUDADANO" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, el.....20.10.2019.....2019.



Marco Gamboa Proaño

(Nombre y firma del servidor)

C.I. 7.14.63.13.04.....

Tema de la Investigación o de la información requerida:

"OFERTA SANITARIA Y PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD, UDUARIOS Y FAMILIARES SOBRE LOS SERVICIO DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN EL ECUADOR"

Datos de contacto del investigador principal

Nombre: Marco Gamboa Proaño

Celular: 0996426309

Correo electrónico: magamboa@uce.edu.ec



gm
3/3

Quito, D.M., 26 de marzo 2019

Doctor
Esteban Bonilla
Director de Docencia e Investigación del Hospital Especializado Julio Endara

En su despacho

Me dirijo a su decencia para solicitarle de la manera más comedida se sirva autorizar un alcance para la investigación denominada "oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre ella servicios de salud e inclusión de personas con trastornos mentales graves en Ecuador" la misma que fue aprobada el 28/12/2018 y que durante el mes de enero hasta el 19 de febrero del 2019 se recolectó la muestra. De acuerdo a la aprobación por parte de la DIS hemos estado visitando los demás Centros de Salud y Hospitales de la zona 9 pero lamentablemente no hemos obtenido la apertura solicitada. Por lo que acudimos a usted para solicitarle se nos permita la recolección de la muestra durante la primera de semana de abril para concluir la muestra solicitada de la zona 9 para la investigación presentada.

Se adjunta Documento de aprobación

Cordialmente,



Marco Antonio Gamboa Proaño
Docente de la Facultad de Ciencias Psicológicas
Universidad Central del Ecuador
Investigador responsable Quito

**Memorando Nro. MSP-SNPSS-PCISRSMCCE-2019-519-TEMP****Quito, D.M., 26 de abril de 2019**

PARA: Sr. Dr. Julio Javier López Marín
Coordinador Zonal 8 - Salud

ASUNTO: Conocimiento a la aceptación de la solicitud de investigación a cabo del Mgs. Marco Gamboa

De mi consideración:

Por medio del presente me permito hacer referencia a los siguientes antecedentes para los fines pertinentes:

1. Al Oficio Nro. MSP-SNPSS-2018-0417-O, del 06 de abril de 2018, suscrito por la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, quien emite respuesta al Mgs. Marco Gamboa, a través de la carta que manifieste conocimiento y acuerdo para la realización de su investigación, al tiempo cita que: "una vez que cuente con la autorización de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud, para efectos de coordinación solicitamos contactar con el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones."

2. Al Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0303-M, del 20 de septiembre de 2018, suscrito por la Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez, Directora Nacional de Inteligencia de la Salud, en el que informa a su Autoridad la aprobación de la ejecución de la investigación en salud titulada: "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador", la cual además cuenta con la aprobación por parte del Subcomité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador."

3. Al Memorando Nro. MSP-SNPSS-PCISRSMCCE-2019-0013-M, del 04 de enero de 2019, suscrito por la Gerencia del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, que convoca a videoconferencia a la responsable de salud mental de zona 8, a fin de coordinar el desarrollo del presente estudio doctoral, cuyo compromiso fue, enviar el cronograma de visitas a los establecimientos de salud de la coordinación zonal 8, a cargo del investigador, a fin de poner en conocimiento oficial a la coordinación en cuestión para el desarrollo esta actividad académica.

Con lo antes expuesto, sírvase encontrar en adjunto el cronograma de visitas a los establecimientos de salud identificados, por parte del Mgs. Marco Gamboa para el desarrollo de la investigación: "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador".

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



**Coordinación Zonal 8 - Salud
Despacho**

Memorando Nro. MSP-CZ8S-DESPACHO-2019-7898-M

Guayaquil, 09 de mayo de 2019

- PARA:**
- Srta. Dra. Ruth Elena Quintero Sánchez
Directora de la Gestión Distrital 09D01 Ximena á 1, Puna - Salud
 - Sr. Dr. Rafael Antonio Vera Villamar
Director de la Dirección Distrital 09D02 - Ximena 2 - Salud
 - Sr. Dr. Nelson Homero Sierra Arteaga
Director Distrital Salud 09D03 García Moreno a Roca - Salud
 - Sra. Dra. Johanna Andrea Romero Sigcho
Directora Distrital 09D04 Febres Cordero - Salud
 - Sra. Mgs. Mónica Elizabeth Espinoza Orellana
Directora Distrital 09D05 Tarqui - 1, Tenguel - Salud
 - Sr. Od. Luis Antonio Gutiérrez Casco
Director Distrital 09D06 - Tarqui 2 - Salud
 - Sr. Dr. Eric Iván Urquizo Rodríguez
Director Distrital 09D07 Pascuales - 1 Salud
 - Sr. Espc. Jorge Aleghyery Merchan Villamar
Director del Distrito 09D08 - PASCUALES 2 - SALUD
 - Srta. Mgs. Catalina De Lourdes Andramuño Zeballos
Director/a Distrital de Salud 09D09 Tarqui 3
 - Sra. Med. Rocio Alexandra Rebolledo Garces
Directora de la Dirección Distrital 09D10 - Progreso-El Morro-Posorja - Salud de la Coordinación Zonal 8 - Salud
 - Sr. Mgs. Rodrigo Javier Mendoza Ramírez
Director Distrital 09D24 Durán - Salud
 - Sra. Mgs. Jacqueline Giovanna Narváez Bustamante
Directora Distrital de Salud 09D23 - Samborondón de la Coordinación Zonal 8 - Salud

ASUNTO: Conocimiento a la aceptación de la solicitud de investigación a cabo del Mgs. Marco Gamboa

De mi consideración:

En atención a memorando Nro. MSP-SNPSS-2019-1941, suscrito por Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, en el cual indica: “ () ... *Por medio del presente me permito hacer referencia a los siguientes antecedentes para los fines pertinentes:*

1. Al Oficio Nro. MSP-SNPSS-2018-0417-O, del 06 de abril de 2018, suscrito por la Subsecretaría



**Coordinación Zonal 8 - Salud
Despacho**

Memorando Nro. MSP-CZ8S-DESPACHO-2019-7898-M

Guayaquil, 09 de mayo de 2019

Nacional de Provisión de Servicios de Salud, quien emite respuesta al Mgs. Marco Gamboa, a través de la carta que manifieste conocimiento y acuerdo para la realización de su investigación, al tiempo cita que: "una vez que cuente con la autorización de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud, para efectos de coordinación solicitamos contactar con el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones."

2. Al Memorando Nro. MSP-DIS-2018-0303-M, del 20 de septiembre de 2018, suscrito por la Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez, Directora Nacional de Inteligencia de la Salud, en el que informa a su Autoridad la aprobación de la ejecución de la investigación en salud titulada: "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador", la cual además cuenta con la aprobación por parte del Subcomité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador."

3. Al Memorando Nro. MSP-SNPSS-PCISRSMCCE-2019-0013-M, del 04 de enero de 2019, suscrito por la Gerencia del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, que convoca a videoconferencia a la responsable de salud mental de zona 8, a fin de coordinar el desarrollo del presente estudio doctoral, cuyo compromiso fue, enviar el cronograma de visitas a los establecimientos de salud de la coordinación zonal 8, a cargo del investigador, a fin de poner en conocimiento oficial a la coordinación en cuestión para el desarrollo esta actividad académica... ()".

Con este antecedente, se solicita brindar las facilidades necesarias para la realización de la investigación: "Oferta sanitaria y percepción de profesionales de salud, usuarios y familiares sobre los servicios de salud e inclusión social de personas con trastorno mental grave en Ecuador", el cual será liderado por Sr. Marco Gamboa Proaño, docente de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador y sus delegados Pablo Maldonado, Norma Pelagallo, mismos que ingresarán a las unidades de salud establecidas en el cronograma adjunto.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Julio Javier López Marín
COORDINADOR ZONAL 8 - SALUD

Referencias:
- MSP-SNPSS-2019-1941

Anexos:
- carta_de_acuerdo(1).pdf
- videoconferencia(1).pdf
- msp-dis-2018-0303-m.pdf
- cronograma_mayo0325092001557174557.pdf

Copia:
Sra. Psic. Darlin Jessenia Panta Panta
Responsable de Salud Mental de la Direccion Distrital 09D02 - Ximena 2 - Salud
Sr. Psic. Luis Enrique Guerrero Hidalgo



**Coordinación Zonal 8 - Salud
Despacho**

Memorando Nro. MSP-CZ8S-DESPACHO-2019-7898-M

Guayaquil, 09 de mayo de 2019

Responsable del Programa de Salud Mental de la Dirección Distrital 09D01

Sra. Psic. Lia Teresita Rivera Reinoso
Psicóloga de la Dirección Distrital de Salud 09D03

Sra. Psic. Veronica Patricia Figueroa Suarez
Responsable de la Gestión de Salud Mental del Distrito 09D04 Febres Cordero - Salud

Sr. Psic. Jorge Eriverto Suarez Castro
Responsable del Programa Violencia Intrafamiliar y Salud Mental Distrito 09D05 Tarqui-1, Tenguel - Salud

Sra. Psic. Carmen Dolores Gómez Orellana
Responsable del Programa de Salud Mental y Miembro de Equipo de Provisión de Salud

Sr. Psic. José Carlos Rivadeneira Paredes
Responsable de salud mental del Distrito 09D07 Pascuales-1 Salud

Srta. Psic. Cassandra Carolina Hidalgo Candell
Responsable Distrital de la Gestión de Salud Mental

Sra. Psic. Irene Argentina Arboleda Laje
Psicologa Clinica del Centro Materno Infantil 24 Horas Posorja

Sra. Psic. Soraya Beatriz Zambrano Garcia
Psicologo/a Clinico/a 1 del Centro de Salud Puerto Hondo y Responsable del Programa de Salud Mental en el Distrito 09D09 Tarqui 3 - Salud

Sra. Psic. Beatriz Ines Merizalde Prexl
Responsable de Salud Mental Distrital

Sra. Psic. Yessenia Marcela León Pinos
Responsable de Salud Mental de la Dirección Distrital de Salud 09D23 Samborondón

Srta. Dra. Carmen Isabel Bravo Ávila
Directora Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud de la Coordinación Zonal 8 - Salud

Sra. Psic. Kathleen Katyuska Crespo Guttler
Especialista Zonal de Discapacidades 1 - Coordinación Zonal 8 - Salud

Sr. Psic. Luis Alberto Siguencia Chávez
Especialista Zonal de Discapacidades 1 - Coordinación Zonal 8 - Salud

kc/cb

**JULIO JAVIER LOPEZ
MARIN**

Validar de electrónicamente
SER AL SERVIDOR PÚBLICO
CON JULIO JAVIER LOPEZ MARIN
1-00101 DAVID MORALES
CERTIFICACION DE INFORMACION
ELECTRÓNICA
DUCADIN, C-EC
Fecha: 2019-05-09 10:42:04-05:00



**Coordinación Zonal 8 - Salud
Despacho**

Memorando Nro. MSP-CZ8S-DESPACHO-2019-7898-M

Guayaquil, 09 de mayo de 2019

Responsable del Programa de Salud Mental de la Dirección Distrital 09D01

Sra. Psic. Lia Teresita Rivera Reinoso
Psicóloga de la Dirección Distrital de Salud 09D03

Sra. Psic. Veronica Patricia Figueroa Suarez
Responsable de la Gestion de Salud Mental del Distrito 09D04 Febres Cordero - Salud

Sr. Psic. Jorge Eriverto Suarez Castro
Responsable del Programa Violencia Intrafamiliar y Salud Mental Distrito 09D05 Tarqui-1, Tenguel - Salud

Sra. Psic. Carmen Dolores Gómez Orellana
Responsable del Programa de Salud Mental y Miembro de Equipo de Provisión de Salud

Sr. Psic. José Carlos Rivadencira Paredes
Responsable de salud mental del Distrito 09D07 Pascuales-1 Salud

Srta. Psic. Cassandra Carolina Hidalgo Candell
Responsable Distrital de la Gestión de Salud Mental

Sra. Psic. Irene Argentina Arboleda Laje
Psicologa Clinica del Centro Materno Infantil 24 Horas Posorja

Sra. Psic. Soraya Beatriz Zambrano Garcia
Psicologo/a Clínico/a 1 del Centro de Salud Puerto Hondo y Responsable del Programa de Salud Mental en el Distrito 09D09 Tarqui 3 - Salud

Sra. Psic. Beatriz Ines Merizalde Prexl
Responsable de Salud Mental Distrital

Sra. Psic. Yessenia Marcela León Pinos
Responsable de Salud Mental de la Dirección Distrital de Salud 09D23 Samborondón

Srta. Dra. Carmen Isabel Bravo Ávila
Directora Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud de la Coordinación Zonal 8 - Salud

Sra. Psic. Kathleen Katyuska Crespo Guttler
Especialista Zonal de Discapacidades 1 - Coordinación Zonal 8 - Salud

Sr. Psic. Luis Alberto Sigüencia Chávez
Especialista Zonal de Discapacidades 1 - Coordinación Zonal 8 - Salud

kc/cb

JULIO JAVIER LOPEZ
MARIN
Núcleo de empujamiento
SERVICIO ABRE-ABRUCO
CALLE JAVIER LOPEZ MARIN,
12-0101-0001-0001
CENTRO DE INFORMACION
ESTADISTICA CENTRAL DEL
ESTADO, C-10
Riata, Pinar del Rio, Ecuador
Fecha: 2019-05-09 10:18:42.014-05:08

Anexo 3

Guion temático

Por medio de esta técnica, se busca obtener información oral y personalizada sobre temas de percepción de inclusión social y calidad de atención.

Esta entrevista será realizada a profesionales de salud mental, familiares de personas con un trastorno mental grave y a usuarios con un trastorno mental grave

La modalidad semi estructurada permite determinar de antemano cuál es la información necesaria de conseguir, se formulan preguntas abiertas otorgando total libertad en las respuestas, lo que posibilita recibir matices en éstas e ir entrelazando temas.

Eje temático Inclusión social

Dimensión 1

Actitudes sociales:

¿Qué significa para Usted, que una persona tenga un trastorno mental grave?

¿Cuáles son las características de una persona con un trastorno mental grave?

¿Como se ven?

¿Como se comportan?

¿Cómo es su vida al compartir con una persona con un trastorno mental grave?

(Familiares)

¿Cuánto tiempo considera que puede estar una persona con este diagnóstico?

¿Considerar a las personas con trastorno mental grave, como una persona con discapacidad?, ¿Por qué? (autovalencia, autonomía).

Dimensión 2

Políticas y legislaciones apropiadas

¿Conoce alguna ley o política que sea destinada a personas un trastorno mental grave?, ¿Recuerda alguna?, ¿Sabe que se describe ahí?

En el caso de poder integrar su opinión para construir alguna ley destinada para personas con trastorno mental grave, ¿qué debería contener esta ley?

Dimensión 3

En lo laboral y educativo

¿Qué tipo de trabajo puede realizar una persona con un trastorno mental grave?

¿En lo educativo, en qué campo se podría desempeñar mejor?

Eje temático calidad de servicios

Dimensión 1

Acceso al servicio

¿El centro de salud al que asiste para recibir atención, es cercano a su residencia?

¿Tiene facilidad de transporte público para llegar a este centro de salud?

¿Cuántas veces al mes tiene cita con el mismo paciente/ médico tratante?

¿Existe la facilidad para acceder a una próxima cita con el mismo médico tratante?

¿Considera que es suficiente la cantidad de profesionales de salud mental en este centro?

Dimensión 2

Calificación del personal

¿Qué calificación otorga a la atención recibida por los profesionales de salud mental, qué calificación otorga a la atención brindada?

Dimensión 3

Tratamientos recibidos

¿Puede explicar en qué consiste el tratamiento que recibe/otorga?

¿Qué otro tratamiento podría sugerir que se apliquen?

¿Qué características tendría este tratamiento?

Dimensión 4

Calidad de vida

¿Cómo ha cambiado su vida gracias al tratamiento que recibe actualmente?