UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

Estado actual de la atención en Salud Mental, en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir, de la zona urbana de la provincia del Cañar.

Tesis previa a la obtención del título de: Psicóloga Clínica

AUTORA: Elsa Avelina Quishpi Betún

DIRECTORA: Doctora Ana Lucía Pacurucu

CUENCA - ECUADOR

2015

DEDICATORIA

Con el más profundo afecto, dedico esta investigación a toda mi familia, en especial a mis padres y hermanos, quienes me han brindado su apoyo incondicional, lo que me ha motivado a seguir adelante y me ha enseñado que con esfuerzo, todo es posible.

Elsa Q.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS, mi familia, amigos y compañeros de militancia por sus palabras de aliento y apoyo desinteresado.

Además, estoy muy agradecida con mi directora de tesis, Dra. Ana Lucía Pacurucu, por ser una excelente guía y sobre todo, un gran soporte durante el desarrollo y ejecución de este trabajo de investigación.

Elsa Q.

ÍNDICE

RESUMEN V
ABSTRACT VI
INTRODUCCIÓN VII
CAPÍTULO I: SALUD MENTAL Y BUEN VIVIR 1
INTRODUCCIÓN 1
1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS 1
1.1.1. MOVIMIENTO DE HIGIENE MENTAL 3
1.2. SALUD MENTAL 4
1.2.1. SISTEMA DE SALUD MENTAL 8
1.2.2. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DEL ECUADOR . 9
1.2.3. SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO 13
1.2.4. SISTEMA NACIONAL DE SALUD MENTAL 16
1.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 25
1.3.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL 26
1.4. BUEN VIVIR O SUMAK KAWSAY 28
1.4.1. COSMOVISIÓN INDÍGENA DEL SUMAK KAWSAY 28
1.4.1.1. Filosofía andina del Buen Vivir (Ávila, 2012). 29
1.4.2. SALUD: BUEN VIVIR VS MUNDO OCCIDENTAL 30
1.4.3. PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2013-2017 (PNBV) 31
1.4.4. SALUD MENTAL EN EL MARCO DEL BUEN VIVIR 32
1.5. AGENDA ZONAL 6 34
CONCLUSIÓN 36
CAPÍTULO II: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 37
2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 37
2.1.1. METODOLOGÍA 37
2.1.1.1. Tipo de investigación: 37
2.1.1.2. Población: 37
2.1.1.3. Criterios de Inclusión: 37
2.1.1.4. Criterios de exclusión: 38
2.1.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 38
2.1.2.1. Encuesta a Usuarios: (Ver Anexo No. 1) 38
2.1.2.2. Encuesta a Profesionales: (Ver Anexo No. 2) 38

2.1.3. PROCEDIMIENTO 39
2.2. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 40
2.2.1. ENCUESTA A USUARIOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO. 40
2.2.2. ENCUESTA A USUARIOS DE SALUD DEL SECTOR PRIVADO. 48
2.2.3. ENCUESTA A PROFESIONALES EN SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR. 54
2.3. CONCLUSIONES 60
CAPÍTULO III: PROPUESTA: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL 62
3. CAMPAÑA "ABRIENDO MENTES" 62
INTRODUCCIÓN: 62
OBJETIVOS: 63
3.1. GENERALIDADES DE LA CAMPAÑA 63
3.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA 63
3.1.2. POBLACIÓN BENEFICIADA: 64
3.1.3. RECURSOS: 64
3.1.4. PLANIFICACIÓN 64
3.1.5. CRONOGRAMA: 65
3.2. PLAN DE ACCIÓN 65
3.2.1. ROMPER ESTEREOTIPOS DE LA SOCIEDAD EN RELACIÓN A LA SALUD MENTAL. 65
3.2.1.1. Conceptos: 66
3.2.1.2. Carteles para la Exposición: 67
3.2.2. ALERTAR A LA CIUDANÍA SOBRE LOS DETERMINANTES DE UNA MALA SALUD MENTAL. 68
3.2.2.1. Generalidades: 68
3.2.2.2. Carteles para la Exposición: 69
3.2.3. BRINDAR PAUTAS A LA CIUDADANÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. 70
3.2.4. PROMOVER EN LA CIUDADANÍA LA BÚSQUEDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL. 70
3.3. CONCLUSIÓN 70
BIBLIOGRAFÍA 72
ANEXOS 75

RESUMEN

El Buen Vivir o Sumak Kawsay es un programa del gobierno Ecuatoriano que establece políticas y metas para mejorar la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas. Siendo la salud mental esencial dentro de este programa, ya que abarca una amplia gama de actividades relacionadas directa o indirectamente con el componente de bienestar, promoción, prevención de trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Este trabajo consiste en determinar el estado actual de la atención en salud mental; es decir, su demanda, el número de profesionales y centros de atención existentes en la zona urbana de cada cabecera cantonal de la provincia del Cañar.

Palabras claves: Salud Mental, Trastornos mentales, Buen Vivir, Sumak Kawsay.

ABSTRACT

Good Living or *Sumak Kawsay* defined as the level of welfare, happiness and satisfaction of individual and collective needs, is a program of the Ecuadorian government which establishes policies and goals to improve the quality of life of the population. Mental health is an essential part within this program, since it covers a wide range of activities related directly or indirectly to welfare, promotion, mental disorder prevention, treatment and rehabilitation of people affected by such disorders.

This work aims to determine the current state of mental health care; which includes its demand, number of existing professional in charge, and care centers in the urban area of each cantonal capital of the province of Cañar.

Keywords: Mental Health, Mental disorders, Good Living, *Sumak Kawsay.*

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas

Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

La salud mental es una área de estudio, de investigación y de práctica que se encuentra en el desarrollo de la salud pública, en la psiquiatría, psicología y en otras ramas del conocimiento; sin embargo, es algo más que una disciplina científica, ya que involucra a diversos sectores de la sociedad, con el objetivo de promover los derechos de las personas con enfermedades mentales y así mejorar la calidad de su tratamiento.

Los problemas de salud mental pueden conducir a trastornos emocionales y conductuales severos, transformándose en un problema social y de salud pública. Si las enfermedades mentales no son detectadas y tratadas a tiempo y de manera adecuada, pueden producir malestar significativo en los individuos, afectando su calidad de vida, así como su rendimiento a nivel familiar, social y laboral.

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia a nivel mundial y contribuyen de manera significativa a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. La OMS (2011) menciona que los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente; sin embargo, estas cifras podrían aumentar para el 2020, ya que se prevé que la depresión mayor se convertirá en la segunda causa de pérdida de años de vida saludable en la población mundial. (OMS, 2004)

Es así que surge la necesidad de continuar y fortalecer el campo de la salud mental, no sólo limitándose en brindar tratamiento a las enfermedades mentales, también para prevenir aquellas enfermedades y conductas que están íntimamente ligadas a este campo; de este modo, hacer frente a las necesidades actuales y futuras de una manera más eficaz, ya que la carga de enfermedades mentales es el reflejo de la prevalencia de estados psicopatológicos, pero también es el resultado de un conjunto de estados y problemas en los cuales el comportamiento desempeña un papel preponderante.

Hablar de salud mental es como un objetivo o una aspiración de la sociedad, siendo muy necesario su abordaje y su adecuada incorporación al sistema de salud, con la importancia que siempre debió tener. De esta forma se podría alcanzar el desarrollo de capacidades, habilidades y competencias psicosociales, forjando una identidad sólida, con una autoestima equilibrada y en armonía con la naturaleza, en definitiva, para alcanzar el Buen Vivir de las y los ecuatorianos.

Conforme han avanzado los años, la asistencia en salud mental ha evolucionado en su estructura, sistema de salud público y en su conceptualización. Pese a estos avances alcanzados a nivel nacional, es muy importante analizar la demanda de estos servicios por parte de la ciudadanía en cada una de las localidades.

La presente investigación surge como respuesta a esta gran inquietud. Es así que se plantea determinar el Estado Actual de la Atención en Salud Mental, en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir, de la zona urbana de la provincia del Cañar. Para ello es preciso identificar el número de personas de la zona urbana que acuden en busca de atención referida a salud mental, así como el número de profesionales que brindan atención pública y privada; Valorar el grado de conocimiento sobre el Buen Vivir o Sumak Kawsay, de los usuarios del servicio de salud; Detectar los avances desde el 2009 hasta el 2013 de los requerimientos planteados para la provincia del Cañar en la agenda zonal 6, en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir; y finalmente, proponer actividades para extender la atención de salud mental en la provincia del cañar.

CAPÍTULO I: SALUD MENTAL Y BUEN VIVIR

INTRODUCCIÓN

En la antigüedad, desde los primeros mitos religiosos y fábulas heroicas, a las enfermedades mentales se les asignaba un carácter sobrenatural, religioso, mágico, dando origen a la creencia de que las enfermedades se daban por un designio divino o se interpretaba la locura como una posesión demoníaca, en la que existía una lucha por el alma humana entre el bien y el mal; o era una forma de fatalidad o castigo. (Marina, 2014). Estas creencia fueron compartidas, por los legos, los sanadores profesionales y la misma sociedad, debido a que estas dolencias no se parecían en nada a otras enfermedades de tipo físico.

En la actualidad aún se mantiene ese tipo de pensamiento, aunque, desde diversos aspectos, dependiendo de la cultura en la que se vive. El campo de la salud mental ha progresado con el pasar del tiempo, desarrollándose estrategias para una mejor atención, tanto en el ámbito púbico, como en el privado.

Este capítulo hace referencia a la salud mental desde sus antecedentes históricos, su evolución, sus avances en el sistema, tanto a nivel mundial y sobre todo, a nivel nacional. A esto se suma el análisis del Buen Vivir o Sumak Kawsay en relación a la Salud Mental; ya que el Buen Vivir plantea una serie de objetivos necesarios para una mejor calidad de vida para todas y todos los Ecuatorianos.

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En un principio, los tratamientos se basaban en el exorcismo, con la intención de expulsar los demonios de su cuerpo; la misma que implicaba el uso de agua bendita, santos, rezos, oraciones, tomar pócimas extrañas, etc. Sin embargo, éstas prácticas se hicieron cada vez más complejas y crueles, utilizando la tortura, por medio de azotes, encadenamientos, inmersiones en agua helada o muy caliente, con la idea de que así el cuerpo se transformaría en un lugar desagradable para el demonio. (Psiquiatría Net, 2009).

a) Edad Media: La edad Media se caracterizó por el aumento de casos de personas con enfermedades mentales, estas enfermedades aún no se las consideraba propiamente como una dolencia, al contrario, se los acusaba de brujería, por tal motivo, estas personas no fueron asistidas por el ámbito de salud pública, sino que más bien, el cuidado estaba a cargo de sus familiares y fueron tratadas por sacerdotes.

A finales de la Edad Media, las personas con enfermedades mentales, denominados "locos", se los encerraba en "leprosarios" lugares donde encerraban a los leprosos o enfermos incurables, sin embargo, la custodia y el cuidado se mantuvo en manos de órdenes religiosas hasta principios del siglo XX. (Marina, 2014).

b) Edad moderna: Poco a poco, este tipo de pensamiento mágico, da lugar al pensamiento basado en la razón; la sociedad cada vez fue más exigente y compleja, necesitaban más conocimientos y habilidades para desenvolverse. Es así que surgieron varias figuras discrepantes de la postura demonológica en relación a los enfermos mentales.

Juan Luís Vives (1492 – 1540), a través de su libro "El socorro de los pobres" (subventione pauperum), cuestiona el origen sobrenatural de la enfermedad mental, defendió un trato más humano para los enfermos mentales y plantea su encierro con finalidades terapéuticas. Desde una visión secularizada de lo que es la atención pública, él propone la prohibición de la mendicidad, que las ciudades se encarguen de la atención a los pobres, la obligación de trabajar en talleres a todos aquellos que estaban capacitados y entre otras.

Reginald Scott (1538 – 1599) Defendió que aquello que las "brujas" confesaban en los interrogatorios, era por la tortura que recibían. Es así que denunció la corrupción existente en los casos de acusaciones y explicaciones demonológicas, negando que las causas de las enfermedades mentales hayan sido por demonios o brujas.

Johann Weyer (1515 – 1588), se especializó como médico en las enfermedades mentales y realizó detalladas descripciones clínicas, considerado como el primer psiquiatra y padre de la Psicopatología moderna. En primera instancia, atacó directamente la concepción demonológica, considerando que los casos de brujería, eran más bien, casos de enfermos mentales u orgánicos, por lo que se pronunció en contra de la persecución indiscriminada de brujas. Dio descripciones clínicas de algunos trastornos mentales y sus tratamientos, basándose en la empatía y la comprensión de estos sujetos, a través de su obra "Sobre las

ilusiones de los demonios y de hechizos y venenos" (De Praestigiis Daemonum et Incantationibus C.a.Venificiis) del año 1563.

En el siglo XVII aún se mantiene el encierro, sobre todo, para aquellos que no tenían familia y para los que padecían de enfermedades contagiosas; cambiando únicamente la estructura institucional, lugares llamados "casa de fuerza", "casa de trabajo" y "hospitales". Hospitales que en aquella época surgieron como medida de protección; "protección de la gente sana contra la enfermedad", institucionalizando el encierro y provocando la exclusión de los enfermos mentales. Es en este siglo cuando surgen hechos relevantes, como, el auge de la observación, junto a la descripción clínica de los diferentes trastornos y la tendencia creciente a recluir a estos enfermos en centros e instituciones. (Sánchez, 1997).

c) Edad contemporánea (Salaverry, 2012): Los hospitales, manicomios o asilos, a diferencia de la época medieval, en la que predominaba un tipo de pensamiento mágico; el trato hacia los enfermos mentales fue diferente, pero no dejó de ser inhumano, ya que eran colocados en confinamientos masivos sin clasificaciones o diferencias, muchas veces, siendo enjaulados, encadenados a celdas, o colocados en cajas de madera.

A pesar de que las personas con enfermedades mentales han sufrido las consecuencias de la ignorancia, los prejuicios y de la falta de recursos, a lo largo del tiempo, ha variado el modo en que la sociedad comprendía y trataba a estos sujetos; logrando su incorporación en los problemas de salud pública, dando paso al surgimiento de sistemas políticos con la intención de mejorar la atención, a favor del bienestar y el control social.

1.1.1. MOVIMIENTO DE HIGIENE MENTAL

Hasta 1946 no se encuentran referencias técnicas a la salud mental como campo o como disciplina, sin embargo, se hablaba de higiene mental; incluso en 1849 ya se había incluido el "desarrollo mental y físico sano del ciudadano" como primer objetivo de la salud pública para la sociedad Berlinesa. (Bertolote, 2008).

"La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus

propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico" (OMS, 1950).

El 19 de Febrero de 1909 se crea el Comité nacional para la higiene mental alentado por Clifford Beers, ya que en 1908 escribió un libro llamado *A Mind That Found It self,* en el que denuncia los tratos indignos y humillantes que había recibido en los sanatorios cuando fue internado en tres instituciones como paciente psicótico; de esta forma se da origen al Movimiento de la Higiene mental en EEUU. (Bertolote, 2008).

El Movimiento de la Higiene mental nace con la intención de mejorar la situación de los internos psiquiátricos, la prevención de los trastornos mentales y a la creación de nuevas formas de asistencia para los enfermos leves, aquellos que no requerían de internación.

En 1919 fue creado el Comité Internacional de Higiene Mental que posteriormente, en 1948 fue reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental (World Federation of Mental Health, WFMH por sus siglas en inglés).

Actualmente la FMSM es la única coalición del mundo para la salud mental internacional y multidisciplinar; tiene como objetivo principal proteger y promover los derechos y el bienestar de los enfermos mentales y de sus familiares, así como prevenir la enfermedad mental en las poblaciones más vulnerables, para ello, es necesario expandir la base del conocimiento para el entendimiento de las causas, tratamiento y prevención de la enfermedad mental, aumentar el empleo de los conocimientos ya existentes sobre salud mental, haciendo especial hincapié en la prevención, identificar y promover a través de todos los debates de programas políticos, los aspectos esenciales de salud mental y estimular el desarrollo de organizaciones miembros y otros grupos de participación de los ciudadanos. (Álvarez, 1988, p.304)

"La higiene mental se inscribe, junto a sus principios filantrópicos, en una tentativa de mantenimiento del orden que asegure la defensa social" (Campos, 2001).

1.2. SALUD MENTAL

En el año de 1948 se estableció la Organización Mundial de la Salud y desde sus más tempranos inicios, tuvo una sección administrativa dedicada especialmente a la salud mental,

en respuesta a las demandas de sus Estados Miembro, es por tal motivo que en el mismo año se celebró el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres.

a) Marco conceptual

El Campbell's Dictionary of Psychiatry define la salud mental como sinónimo de higiene mental y como un estado de bienestar psicológico. El Oxford English Dictionary menciona a la higiene mental como una serie de medidas para preservar la salud mental y, posteriormente, se refiere a la salud mental como estado.

No existe una definición "oficial", por lo que cualquier definición al respecto, estará influenciada por diferencias culturales, subjetivas, y disputas entre teorías profesionales. Sin embargo, se cuenta con una concepción universal de amplia interpretación, propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

Previo a la conceptualización de salud mental, es escencial enunciar la definición de Salud, lo cual hace referencia a "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia" (OMS, 2001). Apatir de esta definición, surge la concepción de Salud Mental como "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad." (OMS, 2001).

La salud física y mental no pueden existir solas, ya que el funcionamiento de las áreas físicas, mentales y sociales son interdependientes, incluso la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente.

Cabe recalcar, que la definición dada por la OMS respecto a salud; al mencionar "mental" (así como físico y social), hace alusión a las dimenciones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos.

Flugel (1948), Presidente del Comité del Programa de Conferencias, mencionó que "La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos".

Por otra parte, la Academia Americana de Psiquiatría menciona que la salud mental es estar bien consigo mismo, estar bien con los demás y afrontar los problemas de la vida diaria (Atención primaria en Salud Mental, 2011, p. 7).

El ministerio de Salud del Ecuador en su declaración hacia el buen vivir se refiere a la Salud mental "Como la condición humana con un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social para el logro del bienestar individual y colectivo que contribuye a los procesos de cambio" (Puertas, 2012). En este sentido, la salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales, es un estado de armonía y equilibrio del ser humano, sintiéndose bien consigo mismo, permitiendo su realización en base a sus creencias, interactuando de manera coherente, consciente y respetuosa con su entorno, desarrollando valores y suscitando condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y así desarrollarse como sujeto de derechos.

Salud mental o "estado mental", en términos generales, es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural garantizando su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. "Salud" surge como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero al hablar de salud mental, existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico de un individuo. (Puertas, 2012).

Un punto en común en la que coinciden los expertos es que la salud mental y las enfermedades mentales no son tomados en cuenta como dos conceptos opuestos, ya que la ausencia de un desorden mental no necesariamente indica que se tenga salud mental o sufrir de un determinado trastorno mental no es impedimento para disfrutar de una buena salud mental.

b) Características de la salud mental:

Aguilar (2006), indica los siguientes parámetros para considerar a una persona mentalmente sana, basándose en el autor inglés Crichtem:

- Querer vivir.
- Contar con una salud biológica adecuada.
- Poseer una escala de valores.

- Demostrar una independencia personal y madurez que le permita enfrentar sus conflictos internos e interpersonales.
- Desempeñar de manera adecuada sus obligaciones sociales, al punto que representen una satisfacción y no un deber.
- Adaptarse a su medio social con una razonable tolerancia hacia quienes lo conforman, lograr una participación enriquecedora en lo personal y no prejuiciosa en sus relaciones con los demás. (Semiología Médica Integral, 2006, p.123).

Según la OMS (2007), en una persona mentalmente sana, se puede encontrar las siguientes características:

PERSONA MENTALMENTE SANA - OMS	
Están satisfechas consigo mismas	• No se sienten presas de sus propias emociones • Capacidad para captar las decisiones y fracasos de la vida sin alterarse • Actitud tolerante • No sobrevaloran ni subestiman sus capacidades y habilidades
Percepción de que son componentes para enfrentar las situación problemáticas	• Se sienten bien con los demás • Capacidad de amar y tener en consideración los intereses de los demás • Relaciones interpersonales duraderas y satisfactorias • Confiar y sentir la confianza de los demás. • Se sienten parte de la comunidad • No se aprovechan de los demás, ni permiten ser utilizados
Satisfación de las demandas de la vida	• Afrontan sus dificultades en su debido tiempo • Aceptan sus responsabilidades • Modifica y se adapta a su ambiente cuando es necesario • Se proyecta, planifica y se enfrenta al mundo sin temor • Mente abierta • Utilizan sus aptitudes y capacidades • Se fijan metas reales y alcanzables • Toman sus propias decisiones • Sienten gratificación
Vive positivamente en tres niveles de la vida	• En lo social • En su mundo interno propio • En lo cultural

Fuente: Fisher, 2007. Salud mental y autocuidado.
Elaborado por: La autora.

Marie Johoda en 1950, propuso 5 criterios en referencia a la salud mental:

- Ausencia de síntomas y signos de enfermedad mental
- Normalidad de conducta
- Adaptación al medio
- Unidad interna de la personalidad
- Percepción correcta de la realidad

1.2.1. SISTEMA DE SALUD MENTAL

El sistema de salud mental es el "conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental y prevenir los trastornos mentales" (OMS, 2013).

Por siglos las enfermedades mentales han sido tratadas como un problema social, separado de cualquier problema de salud física, cuando en realidad los trastornos de salud mental suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, y como respuesta a muchas situaciones de la vida que afectan a la totalidad del organismo.

Para que la salud mental de las poblaciones mejore, "es imprescindible que los gobiernos se impliquen y adopten con voluntad política estrategias sistemáticas" (OMS, 2002) y se lo puede lograr a través de un sistema de salud mental eficiente para poder ofrecer una respuesta apropiada, en donde los trastornos mentales sean tratados con eficacia y respeto de los derechos humanos, con el objetivo de reducir los niveles altos de morbilidad, mortalidad, discapacidad y así cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento.

Todos los países de América del Sur poseen un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), en algunos países el plan fue desarrollado por funcionarios de los respectivos ministerios de salud, mientras que en otros surgió de manera participativa. Con respecto al plan de emergencias, solo Ecuador cuenta con este componente. Sin embrago, sólo en seis países de América del Sur; tales como Argentina, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, constan con un documento que explicitaba la política nacional de salud mental, aunque en la mayoría, su formulación es posterior al 2002 y en algunos casos la salud mental no se halla entre las prioridades de las autoridades involucradas, provocando la inversión de sólo el 2% del total

de los recursos destinados al sector de la salud y a su vez, estos escasos recursos, generalmente son destinados a hospitales psiquiátricos en un 70%.

El eje fundamental de lineamientos para políticas de salud mental, debe ser, con un enfoque social y de derechos, mejorando las condiciones posibles para el desarrollo físico, intelectual y afectivo de los individuos. Es así que en la Constitución Vigente, garantiza a todas y todos los ecuatorianos "una salud mental diversa, diferenciada, individual y colectiva" (MSP, 2009). Esta nueva normativa obliga a la búsqueda de respuestas innovadoras para enfrentar la problemática salud-enfermedad, siendo la salud mental un componente esencial para mejorar la calidad de vida de la población, reconociendo a la persona en su integridad bio-psico-socio- cultural, a través de los distintos niveles de atención de las instituciones del sector salud.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe del 2001, recomienda como prioritarios los siguientes componentes en los sistemas de salud mental:

- Dispensar tratamiento en la atención primaria
- Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
- Prestar asistencia en la comunidad
- Educar al público
- Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores
- Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional
- Desarrollar recursos humanos
- Establecer vínculos con otros sectores
- Vigilar la salud mental de las comunidades y apoyar nuevas investigaciones.

1.2.2. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DEL ECUADOR

En el imperio Inca, las personas que padecían enfermedades tanto físicas, como mentales, eran acogidos por la sociedad, incluso, se los hacía partícipes de las fiestas y celebraciones, sin embargo, cuando se dio la colonización, los enfermos mentales fueron llevado a los conventos y a las cárceles. Es así que se hizo costumbre el encarcelar al "loco", en azotarlos y aquellos que causaban problemas eran expulsados de su ciudad; tomaban actitudes

características de la época medieval, sobre todo en la histeria y en la epilepsia, relacionándolos con influencias sobrenaturales. (Cruz, 2003).

a) Hospitales psiquiátricos:

Hubo una gran inestabilidad económica en el país, lo que hizo que más de la mitad de la población se constituya de vagabundos, indigentes y huérfanos, que deambulaban por la calles de la Real Audiencia, dando lugar a la fundación del "Hospicio Jesús, María y José", el 15 de marzo de 1785. Un año después, se fundó el primer hospital psiquiátrico llamado "San Lázaro", dicha institución cumplió con varias funciones en las que albergaba a "locos, leprosos, virulentos, idiotas, ancianos, vagos, mendigos y huérfanos" (Cruz, 2003). Los encargados de brindar cuidados, sólo se limitaban en observar y compadecer a las personas con enfermedades mentales, aquellos, que han sido mayoritariamente excluidos y postergados; que vivían en condiciones deplorables, alojados en habitaciones obscuras y húmedas, con un sistema de atención coercitiva y custodial.

En Junio del 2012 hubo una transformación real con la creación del Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro, lugar donde el paciente es tratado con mayor respeto, en el que se le brinda una asistencia comunitaria, participativa, descentralizada, integral y preventiva. En la actualidad, esta institución depende del MSP, se encuentra en la ciudad de Quito y coordina con varios organismos públicos, privados, y con la misma comunidad; es considerado como uno de los líderes nacionales en atención y prevención en salud mental. (Serrano, 1999).

En Guayaquil, el 2 de febrero de 1881 se crea el "Manicomio Vélez" el mismo que fue entregado a la Junta de Beneficencia de Guayaquil. En el año de 1909 el hospital fue reconstruido y un año después, en Abril, fue rebautizado como Manicomio Lorenzo Ponce. Se comenzó a profesionalizar el cuidado de los enfermos con la incorporación de médicos, especialistas y enfermeras; es así que en 1934 se dio gran importancia a la psiquiatría y la patología mental, gracias a los avances de la Salud Mental; pero no fue, sino hasta 1954 cuando esta institución se convirtió en un verdadero hospital psiquiátrico y nuevamente se reestructuró con el nombre de Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. No obstante, el estigma aún estaba presente a tal punto que el nombre de Lorenzo Ponce pasó a ser equivalente a "loco y orate" lo cual resultó difícil que la sociedad desaprenda esta asimilación; esto motivó a que los directivos de la Junta de Beneficencia decidieran cambiar el nombre de la

institución el 26 de mayo del 2011, llamándolo Instituto de Neurociencias, la misma que cada vez logra un mayor grado de complejidad y desarrollo.

Dentro del campo de la salud mental, tenemos en Cuenca el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) Humberto Ugalde Camacho, una institución sin fines de lucro que fue fundado el 13 de octubre de 1967 como una clínica para alcohólicos. Al igual que los dos hospitales anteriores, se realizaron varios cambios en su sistema y estructura, así como también, los nombres de sus establecimientos; esta institución no fue la excepción, ya que en 1982, fue denominado Centro Nacional en Alcoholismo, nombramiento que fue reconocido por la OMS. Hoy en día, es una institución que desarrolla programas asistenciales, no sólo en relación al alcoholismo, también trabajan en promoción y prevención en salud mental, investigación y docencia universitaria.

Actualmente funcionan dos Clínicas privadas dependientes de comunidades religiosas; una en Santo Domingo y otra en Ambato. A más de ello, están dos establecimientos, también ubicados en Quito; el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús y el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, institución dependiente del MSP.

Estas entidades trabajan en pro de la salud mental, con la intención de alcanzar el bienestar de la población, es decir, el Buen Vivir a través de la promoción de la salud mental; prevención y tratamiento de enfermedades mentales, así como la rehabilitación y reinserción social de los pacientes. (Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2016).

b) Primeras acciones en Salud Mental:

En Ecuador, la política de desinternalización de los pacientes psiquiátricos se implementó de manera acelerada en la ausencia de programas y servicios de acompañamiento ambulatorio, aunque la desinstitucionalización surgió décadas atrás a nivel mundial; y a nivel regional, se han dado cambios en el modelo de atención, por ejemplo; la reinserción social de los pacientes, cambios en el soporte de la custodia psiquiátrica y los cuidados de salud mental, las mismas que también dependen de la aceptación social y de sus derechos a ser miembros de la comunidad.

Más adelante, el 21 de octubre de 1999 fue aprobado el plan nacional de salud mental. Este plan señala las siguientes líneas y programas de acción:

LÍNEAS Y PROGRAMAS DE ACCIÓN	
• Estructura de los servicios de salud mental en los distintos niveles • Salud mental de los niños • Salud mental de los adolescentes • Salud mental en los adultos • Salud mental en los adultos mayores • Salud mental y género • Salud mental en los grupos étnicos • Alcoholismo y drogadicción	• Violencia en sus diferentes formas de expresión • Salud mental y procesos migratorios • Formación de recursos humanos en salud mental • Investigación en salud mental • Salud mental en situaciones de desastres y conflictos sociales • Legislación en salud mental.

Fuente: IESM-OMS, Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador, 2008.
Elaborado por: La autora.

Este documento contiene un extenso conjunto de metas específicas, pero no se señala el financiamiento y sus posibles fuentes. Cabe recalcar que las metas propuestas en este plan, no han sido evaluadas y en consecuencia, no se ha determinado su cumplimiento.

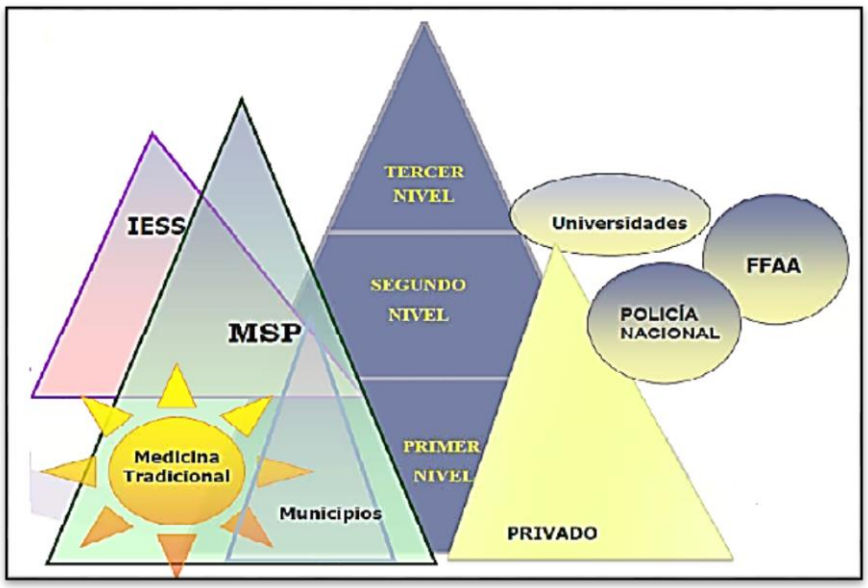
Presupuesto en Salud Mental: En el 2008 y en años anteriores el presupuesto que el MSP de Ecuador entregaba para la salud mental, era de apenas el 0,3% y de esta cantidad, el 59% se lo destinaba a hospitales psiquiátricos. No se capacitaba a los profesionales de la salud en temas de salud mental ni en derechos humanos, a pesar de que los intentos de suicidio se duplicaron, pasando de 1209 a 2351, entre los años 2000 y 2007.

Recursos Humanos: Hasta el 2006 se conoce que en los establecimientos públicos de salud mental trabajaban 1045 personas, es decir, 8 servidores de salud mental para cada 100.000 habitantes; el mayor número de profesionales de este ámbito, era el de los psicólogos con un 17%. En el Ecuador, del 1.4% de todos los médicos, eran psiquiatras.

1.2.3. SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO

El sistema de salud de Ecuador se caracteriza por su segmentación, está constituido por entidades públicas y privadas que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes. En el sector público se encuentra el Ministerio de Salud Pública (MSP), que es la entidad rectora enfocada en la regulación, dirección y control de entes públicos y privados, manteniendo una red de servicios asistenciales para la mayor parte de la población, ya que es la Autoridad Sanitaria Nacional; también está el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que se encuentra financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Mientras que en el sector privado se encuentran las entidades con fines de lucro y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) son entidades de derecho privado pero reciben rentas del sector público. De los 3847 establecimientos de atención a la salud registrados en Ecuador hasta el 2011, el 80% pertenecen al sector público.



Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros del Ecuador, 2013.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública se establece en diferentes niveles de planificación; organizadas en zonas, distritos y circuitos; esta organización no elimina a las provincias, cantones o parroquias, más bien son coordinadas estratégicamente. Cada zona está constituida por distritos que a su vez está conformada por un cantón o unión de cantones, y finalmente están los circuitos que son unidades pequeñas conformadas por una parroquia o un conjunto de ellas.

El Sistema Nacional de Salud trabaja bajo los principios de: equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad, universalidad, descentralización, autonomía.

a) Derecho a la Salud

La salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado para el desarrollo y el logro del Buen Vivir. Existe un marco legal de carácter mandatario que debe ser cumplido; entre los principales instrumentos normativos están la Constitución de la República 2008, la Agenda de Desarrollo Social, los Objetivos del Milenio, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 y para canalizar adecuadamente la información a usuarios internos y externos, se cuenta con el Sistema de Información de Salud, la misma que cuenta con reglamentos, normas y resoluciones, que estructuran adecuadamente este proceso.

b) Constitución de la República 2008:

La Constitución fue aprobada en el 2008, en el que establece un nuevo modelo de estado, representando un nuevo pacto social que reconoce, garantiza y promueve el libre ejercicio de los derechos fundamentales de la población, así como sus responsabilidades, por medio de un marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, humanizando la letra de ley y llenándola de valores y principios.

Ecuador se organizó como un estado constitucional de justicia y derechos, revalorizando a la persona para que exista una convivencia ciudadana en diversidad y armonía con la naturaleza en función del logro del Buen Vivir. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida; en el mandato Constitucional se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud.

El artículo 32 dispone: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos,… que sustentan el buen vivir… mediante el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva”. De la misma forma, en el segundo inciso del referido artículo, se establece que “La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Como propósito del Estado; se estableció derechos que permitan alcanzar el buen vivir o sumak kawsay, dentro del cual, están los derechos a la salud desarrollados en el título VII de la Constitución ecuatoriana; estos derechos son de aplicación directa y necesitan ser desarrollados en la normativa legal ecuatoriana para proteger a la ciudadanía y permitirle el pleno goce de sus derechos. A continuación se mencionarán algunos artículos de la constitución relacionados a la Salud Mental, teniendo en cuenta que no existe una ley de salud mental como tal, pero en varios cuerpos legales se estipulan disposiciones muy claras sobre diversos aspectos de la salud mental de las y los ecuatorianos.

En el artículo 358 y 359 de la Constitución, se establece el Sistema Nacional de Salud para el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, incluyendo los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles.

En relación a la Salud Mental, según el Art. 363, el Estado será responsable de fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario; de brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria y de fortalecer los servicios estatales de salud, incorporando el talento humano en las instituciones públicas de salud y promoviendo el desarrollo integral del personal de salud.

c) Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud:

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud publicada el 25 de septiembre del 2002, sustituye las obligaciones del Consejo Nacional de Salud, creado el 8 de Febrero del 1980. El 28 de enero de 2003 se oficializa el Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la misma que regirá en todo el territorio nacional, estableciendo los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Para su cumplimiento, el Sistema Nacional de Salud se plantea los siguientes objetivos:

- Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión descentralizada y desconcentrada.
- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud.
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud. (Losns, 2002)

1.2.4. SISTEMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

En el Régimen del Buen Vivir se estableció la existencia de un Sistema Nacional de Salud (SNS), que tiene por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, de manera individual y colectiva.

A través de un buen sistema de salud mental, junto a todas las organizaciones interesadas y recursos disponibles, se puede promover, restaurar o mantener la salud mental de manera efectiva.

1.2.4.1. Dirección Nacional de Salud Mental:

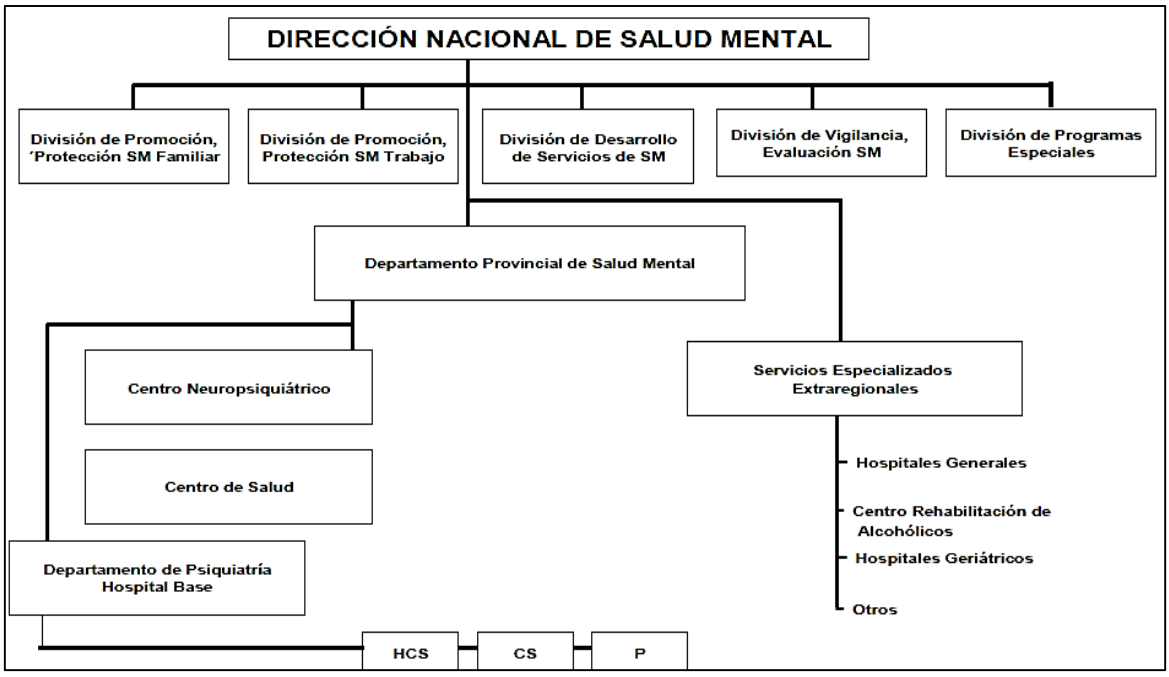
La División Nacional de Salud Mental consta como dependencia de la Dirección Nacional de Salud Familiar, según el Reglamento Orgánico Funcional del MSP del año 1975; pero esto sólo fue nominal hasta el 9 de mayo de 1980, en donde se marca un hito histórico en la salud pública del Ecuador, cuando se crea la Dirección Nacional de Salud Mental perteneciente a la Dirección General de Salud, bajo el Acuerdo 2295 y con una Doctrina acorde con los "planteamientos científicos más modernos que permite visualizar dinámicamente la sociedad con sus características más generales y la manera como ésta determina la aparición de diferentes grupos socio-económicos, con niveles específicos, y, por lo tanto riesgos diferentes de enfermar y de morir". (MSP, 1980).

Esta dirección nace con un presupuesto propio, posteriormente, como sustento para su creación, se elaboran los Lineamientos para el Plan Nacional de Salud Mental.

La Dirección Nacional de Salud Mental pasa a pertenecer a la Dirección de Epidemiología, descendiéndola a división y sin presupuesto en el año de 1984. Es en esa instancia que se crean las Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales y se capacita al personal de salud en atención primaria de salud mental. En 1994 retoma su rol de Dirección Nacional y en 1999se aprueba el Plan Nacional de Salud Mental y se trabaja con él.

La Salud Mental en el Ecuador ha tenido momentos de avance, pero también de retroceso, tal es así que en el 2004, la salud mental desapareció de la estructura del MSP, debido a que el MSP pasó a funcionar con un orgánico basado en la gestión de calidad por procesos. Pero esta realidad cambia en el 2006 dando paso a la estructuración del Equipo de Salud Mental, como parte del Proceso de Control y Mejoramiento de la salud Pública que está constituido por un equipo técnico y multidisciplinario: 1 Psiquiatra, 1 Psicólogo Clínico, 1 Médico General, 1 Trabajadora Social, 1 Economista, 1 Socióloga, 1 Periodista, 1 Educador para la Salud, Secretaría y servicios.

La estructura Técnica de los servicios de Salud Mental desde 1989, se detalla en el siguiente cuadro:



Fuente: MSP, 2010.

El sistema de salud mental del Ecuador se encuentra en un proceso de transición, pasando de un tipo de atención centrada en los grandes hospitales psiquiátricos, hacia una integración en toda la estructura de servicios de salud, con la finalidad de mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana. Para ello contamos con las siguientes líneas de acción planteadas por la Dirección Nacional de Salud Mental, (MSP, 2010):

- Promoción de la Salud Mental y del Buen Trato.
- Prevención y Atención del Maltrato Infantil y de los Adolescentes.
- Prevención y Atención en casos de Violencia Intrafamiliar.
- Salud Mental, Género e Interculturalidad.
- Prevención de alcoholismo, farmacodependencia y tabaquismo.
- Prevención y Atención de enfermedades mentales.
- Desarrollo de servicios de salud mental.

A más de ello, propone 5 programas inmediatos:

- Programa de Investigación en Salud Mental
- Esbozo de un Programa de Promoción, Protección y Atención de la Salud Mental
- Programa Nacional de Alcoholismo
- Programa de Farmacodependencias
- Subprograma de Educación Sexual.

La salud es uno de los elementos más importantes que influye en la calidad de vida de las personas, por lo que la transformación de este sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país y sólo se lo puede lograr con el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a todos los programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva que oferta el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales.

Sin embargo, el principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada en Salud Mental, ya sea a nivel nacional, provincial o cantonal.

Según datos del MSP (2012), el número de profesionales que trabajan en las unidades operativas dependientes del MSP, son de 213 psicólogos y 25 psiquiatras a nivel nacional.

Actualmente, en el sector urbano de la provincia del Cañar, se cuenta con apenas 9 psicólogos y 1 psiquiatra; distribuidos en cada cabecera cantonal, a excepción del cantón Suscal que no cuenta con ninguno de estos dos profesionales; teniendo en consideración que esta provincia está conformada por 7 cantones y con un total aproximado de 225.184 habitantes (INEC, 2010).

1.2.4.2. Profesionales en Salud Mental de la Provincia Del Cañar:

Según la investigación realizada; se puede mencionar la cantidad aproximada de profesionales en salud mental, que brindan atención pública y privada, de manera constante, en las cabeceras cantonales de la provincia del Cañar.

Instituciones Públicas:

- **Azogues**: En las instituciones públicas; se cuenta con 2 psicólogos pertenecientes al MSP, 2 pertenecientes al MIES y una psiquiatra del IESS.
- **Déleg**: 1 Psicóloga Clínica del MSP.
- **Biblián**: 1 Psicóloga Clínica del MSP.
- **Cañar**: 2 Psicólogos Clínicos del MSP.
- **El Tambo**: 1 Psicólogo Clínico del MSP.
- **Suscal**: No cuenta con Psicólogo.
- **La Troncal**: 1 Psicóloga Clínica del MSP.

Instituciones privadas:

En las instituciones privadas cabe recalcar que la mayoría de profesionales en relación a la Salud Mental, trabajan en otra provincia, por lo que sólo acuden con previa cita.

Los profesionales que trabajan en instituciones privadas de salud, de forma permanente, en relación a la Salud mental, son 4:

- 1 Psicólogo Clínico y 1 Trabajadora Social de SEPAM, una institución privada que recibe fondos públicos.
- 1 Médico de la Clínica Santa Marianita.
- 1 Psicólogo Clínico de la Clínica de Especialidades CLEMEX.

Es importante recalcar que los servicios de Psiquiatría también son brindados en varias clínicas privadas de Azogues, pero estos servicios son brindados, en ocasiones, por la Psiquiatra del IEESS; esto se debe a convenios que tienen entre estas instituciones.

1.2.4.3. Problemas frecuentes en salud mental

Ecuador está experimentando un giro de las causas de mortalidad con la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales, y los vinculados al deterioro ambiental. (MSP, 2012). Es así que el modelo de desarrollo y los procesos importantes que se dan en la sociedad ecuatoriana, repercuten, ya sea para bien o para mal, en problemáticas relacionadas a la salud mental, entre las principales están; la población con estados de minusvalía relacionada a privaciones sociobiológicas, en personas sujetas a conflicto o tensión psicosocial y en sujetos que padecen trastornos mentales avanzados.

- En el 2007 la prevalencia en el consumo de alcohol y tabaco alcanzaron a 76,09% y 46,80% respectivamente. Los Bebedores problema se encuentran entre el 20 y 35%. En el 2010, en un estudio realizado a adolescentes, se encontró que 8 de cada 10 estudiantes tuvo su primer consumo antes de los 13 años.
- Entre el 2008 y 2010 las cinco principales enfermedades en relación a salud mental fueron; la depresión, la ansiedad, la epilepsia, y el retardo mental.
- La Depresión es una pandemia presente en nuestro siglo, ya que todos los días 200 millones de personas se deprimen en el mundo. En Ecuador, la depresión está presente en el 20% o 25% de los pacientes con enfermedades crónicas.
- El maltrato infantil, es un problema social tan grande, que en el Ecuador, 5 de cada 10 niños son maltratados.
- La violencia sexual sucede en 1 de cada 4 mujeres ecuatorianas, mientras que la violencia psicológica se da en un 53,9%.

En el 2008, en la provincia del Cañar, se reportaron tres enfermedades principales relacionadas a la Salud Mental, y estas son; depresión con 1.225 casos, el alcoholismo con 276 y el intento de suicidio con 42 casos. Mientras que los índices de mortalidad se centraban en; trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias

psicoactivas con un 2.3%; epilepsia y estado de mal epiléptico con 0.3% y la enfermedad de Alzheimer con 0.1%.

MORBILIDAD EN EL ECUADOR	TOTAL
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos	2557
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	2434
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	1366
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	1189
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	634
F90-F99 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	121
F70-79 Retraso mental	113
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somático	94
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	83
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	69

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Egresos Hospitalarios 2012. **Elaborado por**: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental.

Según datos obtenidos del INEC (2010), dentro de la tasa de mortalidad en el Ecuador, entre las principales causas están:

- Enfermedades hipertensivas
- Enfermedades cerebrovasculares
- Demencia y enfermedad de Alzheimer
- Agresiones (homicidios)
- Cirrosis y otras enfermedades del hígado

En la actualidad se puede tener acceso a datos de morbilidad y mortalidad relacionados a enfermedades mentales, sin embargo, terminan siendo solamente descripciones y datos sobre su prevalencia, más no una conceptualización o reflexión sobre salud mental.

A más de ello, no todos los problemas de carácter mental son siempre detectados y es en el caso de algunas enfermedades "orgánicas" que pueden provocar o generar síntomas emocionales; por ejemplo, en el caso de pacientes con cáncer, diabetes, SIDA; frecuentemente presentan síntomas emocionales, como depresión, estados confusionales, etc. pero no son diagnosticadas o son subestimadas por el personal de salud, teniendo en cuenta que estos malestares influyen grandemente en el tratamiento y en el pronóstico de los pacientes.

También se dan casos de problemas emocionales que suelen expresarse a través de manifestaciones físicas (taquicardia, convulsiones, cefaleas) y como consecuencia, son sometidos a exploraciones o tratamientos innecesarios y costosos.

El incremento sostenido de los problemas de salud mental, han generado nuevas realidades para el abordaje de estas problemáticas, generando varios cambios a nivel estructural, implementando nuevas formas de organización y metodología de trabajo. Se están llevando a cabo varias líneas de acción, una de ellas, es la incorporación de los niveles de atención dentro del sistema ecuatoriano de salud pública, con la intención de mejorar la calidad de vida de las y los ecuatorianos, permitiéndoles llevar una vida individual, social y económicamente productiva, en donde la salud sea un recurso del diario vivir.

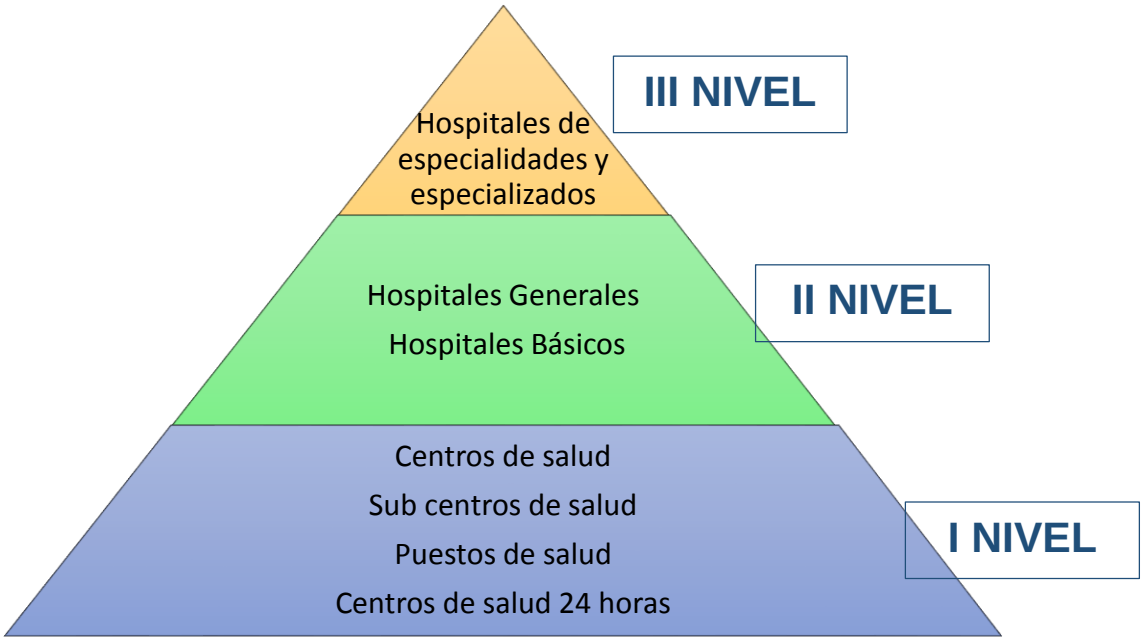
1.2.4.4. Niveles de Atención

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (García, 2006). Los servicios de salud se encuentran organizados en primero, segundo y tercer nivel de atención.

Estos tres niveles de atención consideran como criterio el conjunto salud-enfermedad proponiendo técnicas y objetivos diferentes según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas. Es necesario incorporar la salud mental a las acciones de salud general del país para acrecentar la competencia de los individuos y comunidades para alcanzar sus propios objetivos, ya que la salud mental es imprescindible a la salud integral.

En el sistema ecuatoriano de salud, el nivel primario abarca los centros de salud, sub centros de salud, puestos de salud y centros de salud 24 horas; en el segundo nivel están los

Hospitales Generales y básicos; mientras que en el tercer nivel que es predominantemente hospitalario, cuenta con hospitales de especialidades y especializados.



Fuente: MSP, 2011.

El equipo integral de salud, es el encargado de planificar anualmente las actividades según las modalidades de atención en las unidades operativas de los tres niveles de atención, a ello se suma el desarrollo de Unidades de Atención Mental en los hospitales provinciales y la paulatina incorporación de servicios en las unidades de atención primaria con la mayor calidad posible. A este hecho ha contribuido la gestión universitaria formando psiquiatras y psicólogos, cada uno con diferente perfil.

Primer nivel de atención: Es el nivel del primer contacto, de mayor cobertura pero menor complejidad por medio del cual, se pueden resolver las necesidades de atención básica y las más frecuentes, por medio de una atención integral ambulatoria, enfatizando en promoción y control de la salud, prevención de la enfermedad, procedimientos de recuperación y rehabilitación. Para su cumplimiento es necesario que con sus recursos se proyecte a la comunidad, con el fin de que estas se involucren y confíen en el Sistema, por eso la importancia de que coordinen con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud.

Segundo nivel de atención: Está estrechamente relacionado con los Servicios Clínicos de los Hospitales, en el que generalmente no tiene contacto directo con la comunidad debido a que su trabajo requiere de Unidades de Apoyo más complejos para el Diagnóstico y tratamiento de los pacientes que no pudieron ser atendidos en el nivel primario, pero mantiene su relación con el nivel primario para devolver los casos resueltos y con el terciario cuando la complejidad así lo requiere.

Tercer nivel de atención: Su nivel de cobertura es menor, resolviendo aproximadamente el 5% de los problemas de salud planteados, ya que brinda atención a problemas poco prevalentes, de patologías complejas con requerimiento especializado y de alta tecnología, trabajando bajo el régimen de atención cerrada como es la hospitalización.

1.2.4.5. Niveles de Prevención

Son "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo; sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998). La prevención implica la realización de acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, desarrollando medidas y técnicas para evitar la aparición de una enfermedad, promoviendo el bienestar y reduciendo los riesgos de la enfermedad.

Prevención Primaria: Prevención primaria o frente a las causas, son medidas orientadas a evitar o disminuir la incidencia de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores condicionantes o predisponentes, en donde sus estrategias puedan estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. (OMS, 1998. Colimón, 1978). Incluye actividades que buscan el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales en individuos y comunidades.

Prevención Secundaria: Es el diagnóstico precoz y oportuno, junto a un tratamiento adecuado para el control de la enfermedad, evitando su progresión, reduciendo la prevalencia, el grado de invalidez, las secuelas y la muerte prematura, frente a una enfermedad, que no necesariamente presente manifestaciones clínica pero está en sus primeras fases. La prevención secundaria actúa con el objetivo de reducir los índices de morbilidad y mortalidad, cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. (Vignolo et al., 2011).

Prevención Terciaria: Son acciones oportunas de rehabilitación física, psicológica y social, después de un correcto diagnóstico y tratamiento de enfermedades clínicamente manifiestas. Consiste en minimizar los sufrimientos causados al perder la salud, así como sus secuelas o invalidez, para facilitar la adaptación de los pacientes frente a problemas incurables y prevención o reducción al máximo de las recidivas de la enfermedad. (Vignolo et al., 2011).

1.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

La atención primaria de salud no se centra exclusivamente en el primer nivel de atención, más bien, es la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos de atención, identificando y clasificando los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico de morbilidad y mortalidad, con el fin de dar atención integral y específica a las demandas individuales, teniendo en cuenta la práctica científica con las prácticas aceptadas y efectivas de la atención tradicional.

En 1978 la OMS definió la atención primaria en salud como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". Es así que la OMS considera a la Atención Primaria de Salud (APS) como una prioridad sanitaria, económica y social.

Varios expertos señalan que una adecuada atención en el nivel primario podría resolver entre el 70 y 90% de los procesos de salud-enfermedad, a través del fortalecimiento de actividades

de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; entre los principales problemas de salud mental, tratables desde este tipo de atención, están: la depresión, ansiedad, el maltrato infantil y la identificación como el manejo de los bebedores problema.

En la Constitución Política y en el Plan Nacional para el Buen Vivir establecen que la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud es la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.

La APS plantea pilares fundamentales como cobertura total, participación comunitaria, reorientación del financiamiento sectorial, tecnología apropiada, nuevas modalidades de organización, programación integrada por necesidades, articulación intersectorial y recursos humanos no convencionales.

1.3.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

La Federación Mundial para la Salud Mental (WMHD, 2009), Indica que por siglos el tratamiento y la promoción de la salud mental; así como la prevención de los trastornos mentales, no ha recibido el nivel de atención necesario por parte de los gobiernos, de los profesionales médicos, ni por parte de la ciudadanía; generando que estos pacientes, dentro del sistema de atención de salud general y primaria, no reciban atención con la misma prioridad que el resto de pacientes no psiquiátricos, sobre todo, cuando se trata del diagnóstico, tratamiento y recuperación, a pesar del conocimiento de que los trastornos mentales pueden tener un efecto sobre la salud física, e incluso, muchas dolencias físicas pueden inducir a más problemas de salud mental.

La Hogg Foundation for Mental Health (WMHD, 2009) señala que "Las dolencias mentales y clínicas están estrechamente interconectadas. Por lo tanto, para mejorar la atención que reciben las personas con trastornos mentales es preciso concentrarse detalladamente en el interfaz de la salud mental y la atención médica general".

Debido a que la carga de los trastornos mentales es grande y los problemas de salud mental y física están entretejidos, es necesario fomentar la salud mental con una atención oportuna y eficiente a través de la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria en salud. Es así que en 2008 la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial

de Médicos de Familia (WONCA), proponen una serie de estrategias para la integración de la salud mental en la atención primaria:

- Las políticas y los planes deben incorporar la atención primaria de la salud mental.
- El cambio de actitudes y de conductas requiere asesoramiento y representación.
- Formar trabajadores de atención primaria.
- Las tareas de atención primaria deben ser limitadas y realizables.
- Contar con profesionales e instalaciones especializadas de salud mental para apoyar la atención primaria.
- Acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales en la atención primaria.
- La integración es un proceso, no un evento único.
- Contar con un coordinador de servicios de salud mental.
- Colaboración con otros sectores del gobierno ajenos al ámbito sanitario, organizaciones no gubernamentales, trabajadores de salud a nivel aldea y comunidad, y con los voluntarios.
- Recursos financieros y humanos.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental (2009), una vez lograda la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria; surgirán una serie de beneficios para la ciudadanía en general. Tales como:

- Accesibilidad a la atención de salud mental, su continuidad y manejo prolongado de las personas afectadas.
- Superación de la brecha entre la prevalencia de trastornos mentales y el número de personas que recibe tratamiento y atención.
- Detección de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad.
- Respeto de los derechos humanos, sobre todo, en los hospitales psiquiátricos.
- Reducción de la estigmatización y discriminación.
- Costos eficaces y asequibles.
- Cercanía de los servicios de salud mental a sus hogares.
- Aumento del potencial de recuperación y productividad de las personas.

1.4. BUEN VIVIR O SUMAK KAWSAY

El Buen Vivir o Sumak Kawsay es el principio de la disciplina indígena en la zona andina, cuyo concepto es complejo, no lineal, pero se encuentra vivo y ha sido históricamente construido, motivo por el cual, está en constante resignificación y fue incorporado en la Constitución del 2008.

Sumak es un adjetivo de la palabra quichua que califica lo hermoso, lo bello, la plenitud, la grandeza, lo justo, lo completo, lo superior; mientras que Kawsay es vivir en permanente realización dinámica y cambiante; partiendo de esto, Sumak Kawsay ha sido traducido al castellano como Buen Vivir (Macas, 2012). Aunque su traducción al castellano no sea literal, su esencia es la misma, o por lo menos, es similar.

1.4.1. COSMOVISIÓN INDÍGENA DEL SUMAK KAWSAY

El Sumak Kawsay surge del pensamiento y sabiduría de nuestros antepasados, es vivir en armonía y en equilibrio con la madre tierra (Pachamama), es decir, con el cosmos, con la historia, con la época del reordenamiento de la vida y de la revitalización de las fuerzas naturales, es saber que el deterioro de una especie es el deterioro del conjunto, que todo está interrelacionado, interconectado y es interdependiente. Tiene que ver con una calidad de vida y muerte digna, con la satisfacción de necesidades, con amar y ser amado; todo esto para la prolongación de las culturas humanas y de la biodiversidad. (SENPLADES, 2009).

Vivir bien es entender que si uno gana o pierde, todos hemos ganado o perdido, en la que todo ser se complementa en una conciencia de vida; siempre diferenciándose del vivir mejor, que consiste en ganar a costa del otro, en acumular, en tener el poder y no busca la paz, la armonía ni el equilibro como en el buen vivir. (Huanacuni, 2010).

La cosmovisión indígena o quichua del Buen Vivir se convierte en el fundamento articulador del contexto nacional, para una nueva forma de convivencia ciudadana que está en constante construcción, influyendo en las acciones sociales y en políticas públicas, dando lugar a la elaboración del Plan Nacional para el Buen Vivir.

1.4.1.1. Filosofía andina del Buen Vivir (Ávila, 2012).

Los avances constitucionales del Ecuador, se debe a los principios de la filosofía andina del Buen Vivir, entre las destacables están; la relacionalidad, correspondencia, complementariedad y la reciprocidad.

a) Relacionalidad: La relación es un principio muy importante para la filosofía andina, en donde todo está vinculado, conectado, relacionado entre sí; el ser humano no puede vivir aisladamente; es nada, es algo totalmente perdido si no se encuentra dentro de una red de múltiples relaciones, ya que necesita del otro para subsistir.

b) Correspondencia: La interpretación andina es simbólica, afectiva, celebrativa y ritual, en la que existe una correspondencia entre lo orgánico e inorgánico, lo bueno y lo malo, la vida y la muerte; entendiendo y conociendo el mundo desde la explicación racional o causal pero no de forma exclusiva. Teniendo en cuenta que irrespetar a cualquier ser humano es irrespetar a la naturaleza y a cualquiera de sus miembros

c) Complementariedad: Los elementos son complementarios y armónicos; y para ser pleno o completo depende de todos los elementos restantes por la razón de que todos los entes coexisten. Los complementos son experiencias parciales de la realidad, que se requieren mutuamente para complementarse en el mismo nivel.

d) Reciprocidad: Este principio se lo puede vivir, apreciar y aplicar en lo personal, lo cotidiano, lo cósmico y en lo trascendente. Es la forma práctica de cómo interactúan los principios mencionados anteriormente. Es una contribución complementaria en la que la naturaleza y los seres humanos se condicionan mutuamente; es así que toda actuación humana tiene trascendencia cósmica y forma parte de un orden universal, a tal punto de que se afectaría al principio de reciprocidad de forma irremediable si se descuida, desprotege y daña la naturaleza.

1.4.2. SALUD: BUEN VIVIR VS MUNDO OCCIDENTAL

La concepción del Buen Vivir o Sumak Kawsay habla de reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros, dando paso a la reciprocidad, al mutuo reconocimiento, a la autorrealización y sobre todo, a la construcción de un porvenir social compartido. Estas características están íntimamente relacionadas a la Salud Mental, ya que el cuidado de la vida parte del intercambio y de la actividad humana que se dirigen a la expansión de las potencialidades de los seres y de los colectivos.

SALUD	
BUEN VIVIR O SUMAK KAWSAY	**PENSAMIENTO OCCIDENTAL**
Finalidad: es la vida plena y armónica.	Finalidad: búsqueda del lucro y la productividad.
La salud es compleja y complementaria. Es un modelo de sociedad y de organización horizontal y solidaria.	Es reduccionista y aislada.
El actor fundamental es el individuo que es miembro de una comunidad o colectividad.	Es autónoma y desligada de otras ciencias, de los seres y de la vida misma.
El ser humano sano también lleva consigo enfermedad.	Es la ausencia de enfermedad
La enfermedad es simplemente el ser y su circunstancia, no es algo malo o fatal.	Es algo malo, negativo y debe ser evitado o la persona debe ser curada.
El cuerpo convive con la enfermedad y ésta puede ser una razón para vivir paradójicamente mejor.	Se reduce a la enfermedad del ser humano y esto es un "sesgo antropocéntrico".
Ecología del ser, en la que existe un intercambio dinámico entre la naturaleza, los seres humanos y la colectividad.	La salud es un asunto individual
La salud es siempre comunitaria, el saber está en todos los miembros y se transmite de forma espontánea.	Los médicos son los expertos que tienen la capacidad y el conocimiento exclusivo de poder atender la enfermedad.

Fuente: Ávila, 2012. El derecho a la salud en el contexto del buen vivir: La Constitución ecuatoriana del 2008 y el derecho a la salud. **Elaborado por**: la autora.

El Sumak Kawsay nos plantea una forma de vida distinta a la concepción del mundo occidental. En relación a la salud y a la enfermedad, la filosofía andina, que ha mostrado su eficacia y eficiencia a lo largo de la historia; se basa en profundos contenidos simbólicos, sociales y rituales, para explicar el cosmos, la naturaleza y la vida. Por lo tanto, el derecho a la salud implica que la vida plena puede realizarse de muchas formas y no únicamente desde el saber y la comprensión occidental.

1.4.3. PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2013-2017 (PNBV)

El Plan Nacional para el Buen Vivir combina la conceptualización del Buen Vivir desde la cosmovisión indígena, dando lugar a un fundamento ideológico.

La Constitución actual toma como base el Buen Vivir que se sustenta en el tener, ser, estar, hacer y sentir, con la intención de reconstituir el poder político, social, jurídico o económico y así alcanzar una vida en plenitud. Propone garantizar los derechos de la naturaleza, romper distancias indignas, eliminar el racismo y toda forma de exclusión, generando espacios de participación y deliberación; para su cumplimiento, a más de la constitución 2008, da lugar al Plan Nacional para el Buen Vivir.

El Buen vivir desde el marco de la constitución 2008, es una forma de vida que implica el equilibrio entre los seres humanos y la naturaleza, usando cuidadosamente sus recursos para no comprometer el Buen Vivir de las siguientes generaciones.

La intención es superar el individualismo, buscar la igualdad, ejercer nuestros derechos y respetar los derechos de los demás, así como de la naturaleza; promover la paz, eliminando la discriminación y la explotación.

Es así que el Buen Vivir está relacionado a la calidad de vida, fortaleciendo las capacidades y potencialidades para construir un proyecto de vida común, creando condiciones para satisfacer las necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas; integrando factores asociados con el bienestar, la felicidad, la satisfacción individual y colectiva, en el contexto de las culturas y sistemas de valores, que dependen de relaciones sociales y económicas solidarias, sustentables, por medio de expectativas, normas y demandas.

Para el periodo 2009-2013, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) se denominó Plan Nacional para el Buen Vivir, convirtiéndose en el máximo instrumento de planificación

nacional y de política pública. En la actualidad contamos con el Plan Nacional para el Buen Vivir, periodo 2013-2017; es un instrumento para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública para impulsar las potencialidades de las distintas formas de organización de la producción que incorpore a varios grupos. Este plan es el tercero a escala nacional, el cual está nutrido de la experiencia de los dos planes anteriores, tales como el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013.

El plan actual consta de 12 Estrategias y 12 Objetivos Nacionales, cada objetivo comprende varias políticas y lineamientos; cuyo cumplimiento permitirá "consolidar el cambio que las ciudadanas y ciudadanos ecuatorianos anhelamos para el Buen Vivir" (Ramírez, 2011).

1.4.4. SALUD MENTAL EN EL MARCO DEL BUEN VIVIR

El objetivo número 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir, plantea mejorar la calidad de vida de la población, siendo un proceso multidimensional y complejo; compuesto por políticas y lineamientos estratégicos en la que propone una serie de acciones públicas con un enfoque intersectorial y de derechos, a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados; promoviendo la salud como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, enfatizando en políticas de prevención y generación de un ambiente saludable; tomando en cuenta aspectos relacionados a la promoción, preservación y mejoramiento de la salud mental.

El siguiente cuadro refleja una serie de políticas y lineamientos, que deben de ser ejecutadas, sobre todo, por las instituciones públicas. Esta serie de planteamientos surgen con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población; sin embargo, para la elaboración de este cuadro, se tomó en cuenta, únicamente actividades relacionadas a la salud mental.

SALUD MENTAL Y EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR	
Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población	
Políticas	**Lineamientos**
• **Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social**	- Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de salud. - Regular y evaluar la incorporación de profesionales calificados, capacitados y especializados. - Protección y asistencia a víctimas de violencia. - Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y recategorización laboral para el personal.
• **Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.**	- Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud. -Planificar la oferta de servicios de promoción y prevención. -Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas.
• **Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.**	
• **Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.**	- Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud. - Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado. - Fortalecer y consolidar el primer nivel de atención de salud. - Impulsar la formación de profesionales especialistas y técnicos para el nuevo modelo de atención y de la red pública integral de salud, en todo el territorio.
• **Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.**	
• **Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.**	- Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género. - Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar. - Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar.

• **Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.**	- Fortalecer y desarrollar mecanismos de regulación y control orientados a prevenir, evitar y controlar la malnutrición, la desnutrición y los desórdenes alimenticios durante todo el ciclo de vida. - Desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana y con menores riesgos de malnutrición y desórdenes alimenticios.

Fuente: Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017
Elaborado por: La autora.

1.5. AGENDA ZONAL 6

La Agenda Zonal 6, está basada en la Estrategia Territorial Nacional (ETN) y fuertemente vinculada al Plan Nacional para el Buen Vivir; esta última es el centro del nuevo modelo económico de la zona de planificación 6, que está conformada por las provincias de Cañar, Azuay y Morona Santiago, promoviendo el desarrollo endógeno de la zona, basado en una estrategia incluyente, sustentable y democrática, que incorpore actores y territorios históricamente excluidos de una redistribución equitativa de recursos.

Para esta investigación, se tomó en cuenta a la Provincia del Cañar, la misma que tiene 7 cantones y está dividida en 3 distritos; El distrito 1 está conformada por los cantones Azogues, Biblián y Déleg; el distrito 2 comprende los cantones Cañar, Tambo y Suscal; y el distrito 3 abarca la Troncal.

Con esta nueva visión, parte del análisis de las capacidades, vocaciones y potencialidades de cada territorio para promover la igualdad de oportunidades y asegurar la equidad en el acceso a servicios básicos, un hábitat digno y el aprovechamiento de los recursos productivos. Adicionalmente, plantea el respeto a la naturaleza y a la diversidad histórica y cultural, así como la unidad de los pueblos y la igualdad. Propone elementos para la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno, con el objetivo de construir o reconstruir un país que sea territorialmente equitativo, seguro, sustentable, con acceso universal y eficiente a servicios y recursos productivos a través de un proyecto de vida compartido.

La zona 6 está conformada por una variedad de culturas con visiones y aproximaciones diferentes frente a la solución de problemas similares; es por esto, que se toma en

consideración esta realidad para lograr la descentralización ordenada, una gestión equitativa, inclusiva y sustentable, también para propiciar el crecimiento, así como su estabilidad económica, la prevención, transparencia, solidaridad y corresponsabilidad en sus habitantes, siendo todo esto indispensable para el logro del Buen Vivir.

Esta agenda se entrelaza con los doce objetivos del PNBV, que implica la satisfacción de necesidades básicas de forma estratégica y soberana. Dentro del área de salud, el objetivo principal es garantizar los derechos del Buen Vivir de la población zonal para superar las desigualdades territoriales, fortaleciendo la prestación desconcentrada y descentralizada de los servicios de salud.

Se plantean importantes mejoras en los sectores de protección, seguridad y servicios sociales, en donde garantizan a todos los habitantes de la Zona, la atención integral de salud oportuna y gratuita, para ello se desarrollará un conjunto articulado y complementario de servicios de salud de primero y segundo nivel para la atención a la población urbana y rural, bajo el principio de subsidiariedad.

La zona 6 cuenta con los siguientes programas nacionales de salud:

- Protección Social en Salud, Modalidad de Atención Integral e Intercultural en Salud (Equipos Básicos de Salud-EBAS)
- Modelo de mejora continua de atención materno neonatal
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica
- Atención solidaria y progresiva de pacientes con enfermedades catastróficas y críticas
- Programa de Maternidad Gratuita.
- Campaña de Solidaridad y Responsabilidad Social
- Fortalecimiento de la red primaria y complementaria de salud
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Programa de Alimentación y Nutrición.
- Programas de salud intercultural.

Como es notorio, en la agenda zonal 6 no hace referencia a programas de salud mental, sin embargo, sólo en la zona 4 que está conformada por la provincia de Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas, muestra interés en la salud mental, que entre sus principales líneas de acción, como parte de la reducción de brechas y desigualdades socioeconómicas, plantea; “Universalizar la salud, la educación, la inclusión y la seguridad social, mediante la

ampliación de la protección social rural y la implementación de centros de atención integral en el ámbito de la salud mental" (PNBV, 2014-2017).

CONCLUSIÓN

A pesar de que en el Ecuador, el surgimiento de la salud mental ha tenido sus altibajos; hoy en día, hay mayor interés en este tema; sin embargo, aún falta trabajar más en su promoción; con el objetivo de que toda la ciudadanía pueda acceder a estos servicios sin ningún tipo de dificultad y así alcanzar el Buen Vivir que tanto se anhela. Para ello, es importante que el Estado invierta más en el nivel de la atención primaria en relación a la salud mental, y así se tendría mayor alcance, se empezaría a corregir los problemas de manera temprana y se evitará la necesidad de proporcionar una atención mucho más costosa en los hospitales. Las intervenciones en salud mental, no sólo buscan mejorar el desarrollo del individuo, también el de disminuir los costes económicos y sociales.

La Salud Mental sin duda, debería ser el eje de la Salud Pública y debió de haberlo sido siempre, ya que las políticas públicas en salud no pueden mantenerse al margen de la salud mental, incluso cada acto en nuestra vida está relacionada a la misma.

Es indispensable desarrollar más estrategias basadas en la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales y de la conducta. Una de las formas efectivas de hacerlo, es que la salud mental sea siempre vista desde un enfoque integral, implementado en la Atención Primaria de Salud; generando armonía con la sociedad, con la naturaleza y con el cosmos, como elementos fundamentales para poder alcanzar el Buen Vivir.

CAPÍTULO II

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1.1. METODOLOGÍA

2.1.1.1. Tipo de investigación:

El presente trabajo es una investigación de tipo transversal y cuantitativo, realizado durante el periodo agosto de 2014 hasta abril de 2015.

2.1.1.2. Población:

Universo: Usuarios de la Provincia del Cañar que solicitan asistencia en Salud Mental y profesionales que brindan este tipo de atención.

Muestra: 16 profesionales que brindan atención en Salud Mental y 144 usuarios del sector urbano de la provincia del Cañar; de los cuales, 17 pertenecen al ámbito privado y 126 son del sector público, estos últimos están conformados de 18 usuarios por cada cabecera cantonal.

2.1.1.3. Criterios de Inclusión:

- Usuarios que acuden en búsqueda de atención en salud.
- Usuarios de salud del sector público y privado.
- Profesionales que brinden atención en salud mental.
- Profesionales en salud mental del sector público y privado.
- Usuarios y profesionales pertenecientes a la zona urbana de la provincia del Cañar.
- Personas que deseen participar en el estudio
- Personas entre 18 y 65 años

2.1.1.4. Criterios de exclusión:

- Usuarios y profesionales del sector rural.
- Personas que no deseen participar en la investigación
- Personas menores a 18 años

2.1.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de información, se utilizó como principal herramienta dos tipos de encuestas; una de ellas dirigida a usuarios de salud y otra diseñada para profesionales de salud mental.

Encuesta: es un procedimiento de investigación, compuesta por una serie de preguntas, que sirve para reunir datos o para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado.

2.1.2.1. Encuesta a Usuarios: (Ver Anexo No. 1)

El objetivo de esta encuesta es identificar el número de personas de la zona urbana que acuden en busca de atención referida a salud mental y valorar su grado de conocimiento sobre el Buen Vivir.

Esta encuesta fue aplicada a todos los usuarios del servicio de salud, tanto en el ámbito público, como en el privado; enfocando las preguntas en relación a la frecuencia del uso que hace de los servicios de salud mental y su grado de conocimiento sobre el Plan Nacional para el Buen Vivir.

2.1.2.2. Encuesta a Profesionales: (Ver Anexo No. 2)

El objetivo de esta encuesta es identificar el número de profesionales que brindan atención pública y privada que brindan atención en salud mental y conocer si sus actividades van en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir.

Las preguntas realizadas a los profesionales, están enfocadas en las actividades de salud mental que propone el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, en su objetivo número 3 que hace referencia al mejoramiento de la calidad de vida.

2.1.3. PROCEDIMIENTO

El trabajo de investigación realizado, se llevó a cabo durante 6 meses. Los dos primeros meses, Noviembre y Diciembre de 2014, se realizó el marco teórico con información accesible y oportuna.

En las primeras semanas de Enero, se visitó a los directivos de las áreas de salud, tanto públicas como privadas, de cada cabecera cantonal de la provincia del Cañar, dándoles a conocer los objetivos de la presente investigación, con la intención de recibir su participación y colaboración. Dichas solicitudes fueran oportunamente aceptadas.

Luego se procedió a realizar las encuestas en los 7 cantones de la provincia del Cañar, en horas de la mañana y de la tarde, con una duración de 5 semanas, desde mediados de Febrero hasta el mes de Marzo de 2015.

La aplicación de las encuestas tenía una duración de 10 a 15 minutos por persona en el caso de los usuarios, y en el caso de los profesionales se tomó alrededor de 10 minutos. Toda la información obtenida desde las encuestas, fue procesada de forma cuantitativa, desde un análisis descriptivo y porcentual con el programa Excel 2013.

Cabe recalcar que toda la información obtenida por parte de los usuarios y profesionales fue confidencial y su participación fue voluntaria.

2.2. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

2.2.1. ENCUESTA A USUARIOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO.

Tabla 1:

Usuarios de salud pública, según edad.

	Frecuencia	Porcentajes
18-29	78	62%
30-39	27	21%
40-49	11	9%
50-65	10	8%
TOTAL	**126**	**100%**

La mayor cantidad de personas que acuden a los servicios de salud pública, oscila entre los 18 y 29 años con un total del 62%, seguido, están los usuarios entre la edad de 30 y 39 años con el 21%, mientras que con un total del 9% se encuentran las personas entre 40 y 49 años, finalmente se encuentran los sujetos entre los 50 y 65 años de edad con un total del 8%.

Tabla 2:

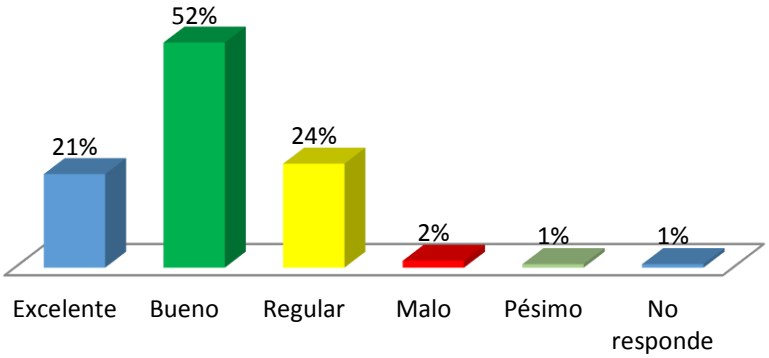
Usuarios de salud pública, según género.

	Frecuencia	Porcentajes
Hombre	51	40%
Mujer	75	60%
TOTAL	**126**	**100%**

Como se muestra en la Tabla 2, el 40% de los usuarios encuestados, son de género masculino y el 60% son de género femenino.

Figura 1:

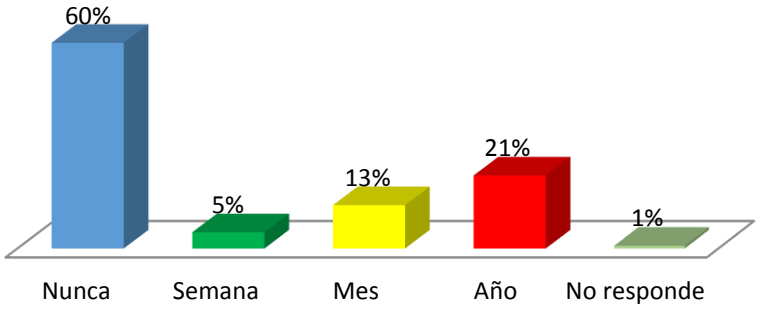
Atención por parte del personal de salud



El 52% de los usuarios expresaron que la atención por parte del personal de salud es buena, el 24% lo califica como regular, seguido por el 21% como excelente, el 2% dice que es malo, el 1% lo califica como pésimo, y el mismo porcentaje de personas, no respondieron a esta interrogante.

Figura 2:

Frecuencia en la búsqueda de los servicios de Salud Mental



El 60% menciona nunca haber acudido a los servicios de salud mental, es decir, que más de la mitad de usuarios nunca han visitado un psicólogo, psiquiatra u otro profesional que

brinde atención en salud mental, sin embargo, el 21% mencionó que si solicita de estos servicios, pero de forma anual, el 13% de forma mensual, el 5% semanalmente y el 1% no responde.

Tabla 3:

Atención gratuita

	Frecuencia	**Porcentajes**
Si	118	94%
No	4	3%
No responde	4	3%
TOTAL	**126**	**100%**

El 94% de las personas atendidas, refieren que su atención fue gratuita, sin embargo, el 3% dice que no fue así y con el mismo porcentaje, no responden.

La mayor parte de los encuestados afirman que la atención recibida en las instituciones públicas de salud, fueron de manera gratuita, sin embargo, el número de personas que mencionaron no recibir una atención gratuita, hacían alusión a que algunos medicamentos no estaban a disposición de estas instituciones, por ende, tenían que comprar una parte de sus recetas en farmacias privadas.

Tabla 4:

Discriminación por parte del personal de salud

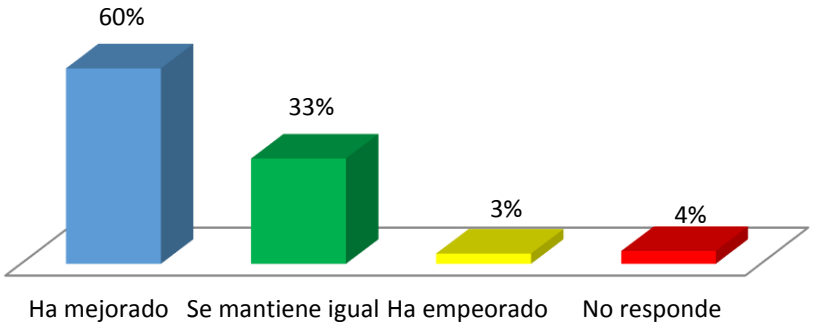
	Frecuencia	**Porcentajes**
SI	11	9%
NO	114	90%
No responde	1	1%
TOTAL	**126**	**100%**

El 90% de los encuestados, mencionaron que no fueron discriminados por parte del personal, en algún momento de su consulta, sin embargo, el 9% de los usuarios dicen que si sufrieron víctimas de algún tipo de discriminación por parte del personal de salud, una cantidad no

muy elevada, pero sí es necesario tomarlo en cuenta, sobre todo al momento de hablar del Buen Vivir. Finalmente el 1% de los usuarios, no responden.

Figura 3:

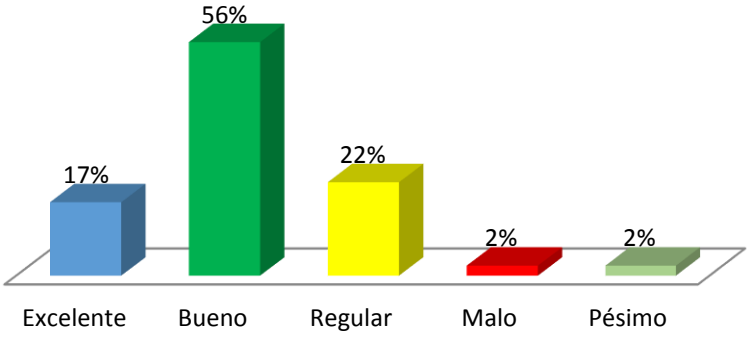
Servicios de salud mental estos últimos 6 años



El 60% de los usuarios encuestados, expresaron que los servicios de salud pública si han mejorado estos últimos 6 años, seguido de un 33%, quienes mencionaron que estos servicios se mantienen igual, el 4% no responde y con un minoría del 3%, dicen que estos servicios han empeorado últimamente.

Figura 4:

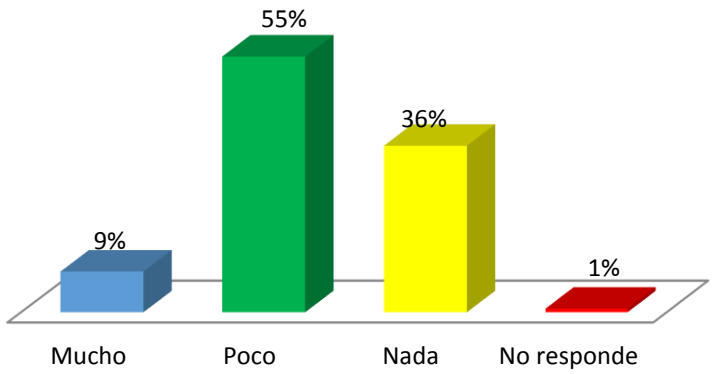
Mirada al sistema de salud público



Como se muestra en la Figura 4 refleja, el 56% de las personas encuestadas, refieren a que el sistema de salud público es bueno, mientras que el 22% lo califica como regular, el 17% menciona que es excelente, el 2% lo expresa como malo y con el mismo porcentaje se refieren a pésimo. Cabe recalcar, que las principales quejas de los usuarios, es que no hay suficiente personal y que la atención no la reciben a tiempo.

Figura 5:

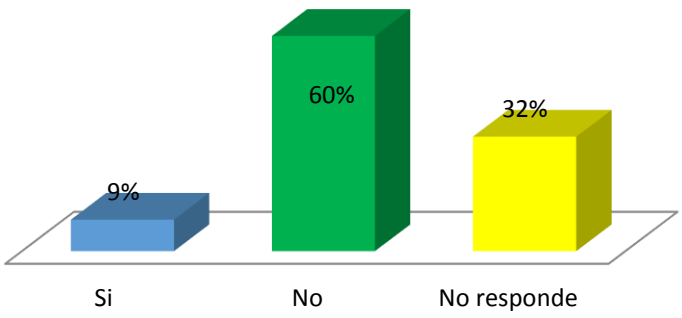
Grado de conocimiento sobre el Buen Vivir o Sumak Kawsay



El 55% de los usuarios encuestados, mencionaron conocer poco sobre el Buen Vivir, ya que en algún momento de sus vidas, han escuchado de ello. El 36% dice no saber nada, el 9% expresa conocer mucho sobre este tema, mientras que el 1% no responde.

Figura 6:

El Buen Vivir únicamente como una concepción indígena



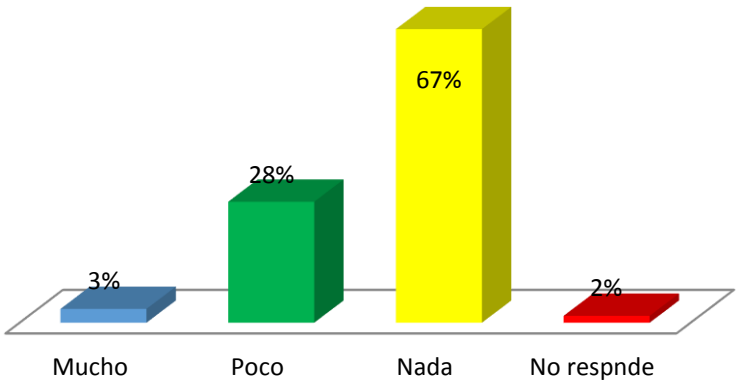
Se puede observar en la Figura 6 que el 60% de los encuestados concuerdan con que el Buen Vivir no se trata únicamente de una concepción indígena, en segundo lugar, están los usuarios que no responden a esta interrogante, con un total del 32%, este resultado, puede deberse a su desconocimiento sobre este tema. Por último, el 9% cree que si se trata únicamente de una concepción indígena.

Conocimiento de la existencia del Plan Nacional para el Buen Vivir

El 56% de los usuarios, dicen no saber de la existencia del Plan Nacional para el Buen Vivir, seguido, está el 42% de encuestados, quienes mencionan si conocer sobre su existencia, sin embargo, esto no implica que conozcan su contenido, y por último, el 2% no responde.

Figura 7:

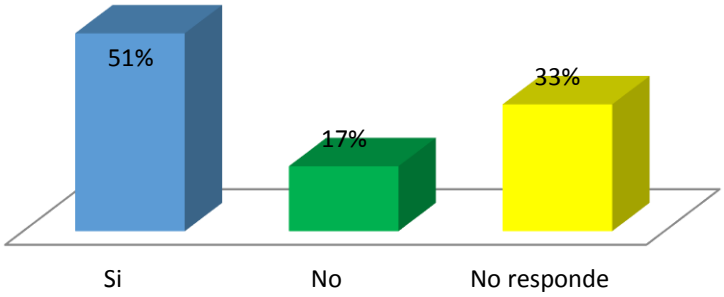
Lectura del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017



La figura № 7, refleja que el 67% de los encuestados, es decir, la mayoría de los usuarios de salud, no han leído el Plan Nacional para el Buen Vivir, el 28% mencionan haberlo leído poco, el 3% mucho y el 2% no responde.

Figura 8:

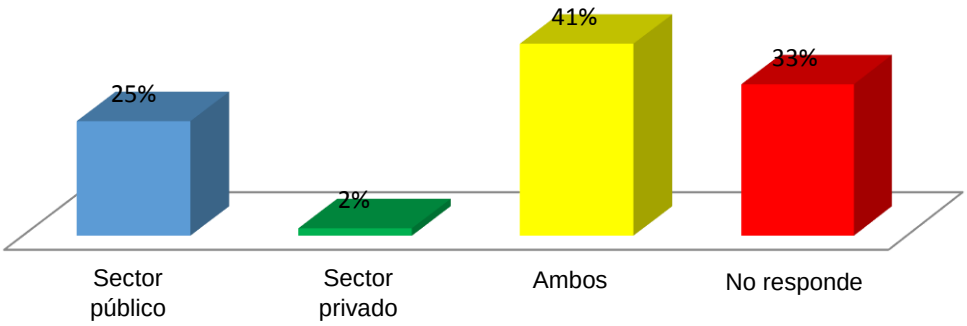
El Buen Vivir como finalidad de la Constitución del 2008



El 51% de las personas encuestadas, consideran que la Constitución vigente desde el 2008, si tienen como finalidad lograr el Buen Vivir, sin embargo, el 33% no contestó esta pregunta, esto se debería a su desconocimiento sobre estos temas, lo que imposibilitó la emisión de una respuesta, finalmente, el 17% cree que la Constitución del 2008, si tienen como finalidad lograr el Buen Vivir.

Figura 9:

EI Plan Nacional para el Buen Vivir como un instrumento para el sector público o privado

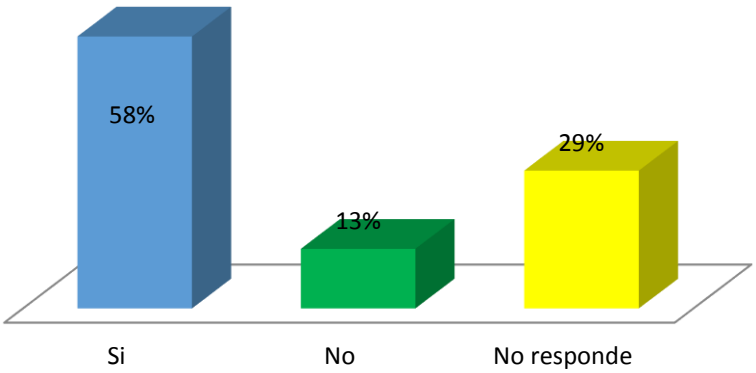


El 41% de las personas encuestadas indican que el Plan Nacional para el Buen Vivir es un instrumento al que se sujetan las políticas, programas y proyectos tanto en el sector público, como en el privado, o consideran que así debería de ser, es decir, que sea una herramienta

aplicable en ambos sectores. El 33% de usuarios no responden, el 25% señala que es un instrumento sólo para el sector público, mientras que el 2% menciona que es únicamente para el sector privado.

Figura 10:

Los servicios de salud mental de acuerdo al Buen Vivir



La Figura № 10, indica que el 58% de los encuestados, indicaron que los servicios de salud mental si van de acuerdo al Buen Vivir; el 29% no responde, esto puede deberse a que nunca recibieron este tipo de atención o que desconocen la conceptualización de estas temáticas, y por último, el 13% dice que estos servicios no van de acuerdo al Buen Vivir.

2.2.2. ENCUESTA A USUARIOS DE SALUD DEL SECTOR PRIVADO.

Azogues es el único cantón que cuenta con servicios de salud en el ámbito privado, mientras que en el resto de cantones pertenecientes a la Provincia del Cañar, no cuentan con este tipo de servicio; por tal motivo, para continuar con la investigación, se procedió a aplicar encuestas en el sector privado, solamente en la cabecera cantonal de Azogues.

Tabla 5:

Distribución de usuarios de salud privada según edad

	Frecuencia	**Porcentajes**
18-29	10	59%
30-39	6	35%
40-49	1	6%
50-65	0	0%
TOTAL	**17**	**100%**

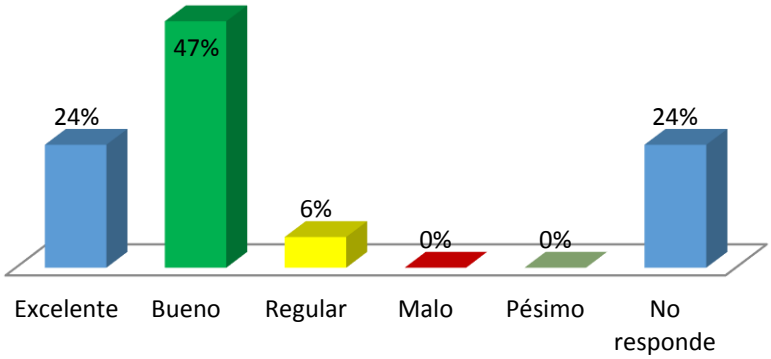
Los resultados, reflejan que el 59% de las personas encuestadas se encuentran entre las edades de 18 a 29 años, el 35% se encuentran dentro de la edad de 30 a 39 y el 6% entre los 40 y 49 años de edad.

Distribución de usuarios de salud privada según género

El 59% de los usuarios encuestados, fueron de género masculino y el 41% del género femenino.

Figura 11:

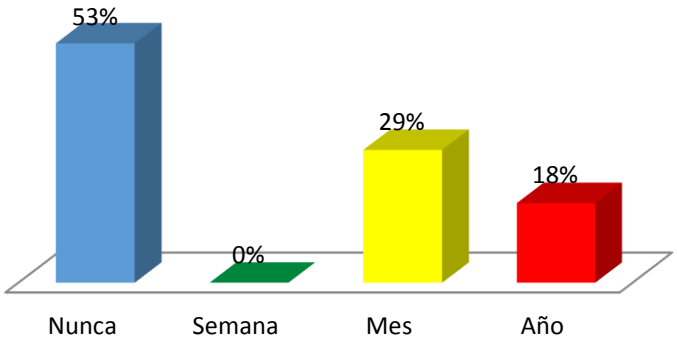
Atención parte del personal de salud



El 47% de los encuestados, mencionan haber recibido una buena atención, el 24% dice ser excelente y con el mismo porcentaje no responden.

Figura 12

Frecuencia en la búsqueda de los servicios de Salud Mental



El 53% de los usuarios de salud privada, nunca ha visitado un psicólogo, psiquiatra u otro profesional en salud mental, el 29% acude de forma mensual y el 18% busca este tipo de atención anualmente.

Atención gratuita

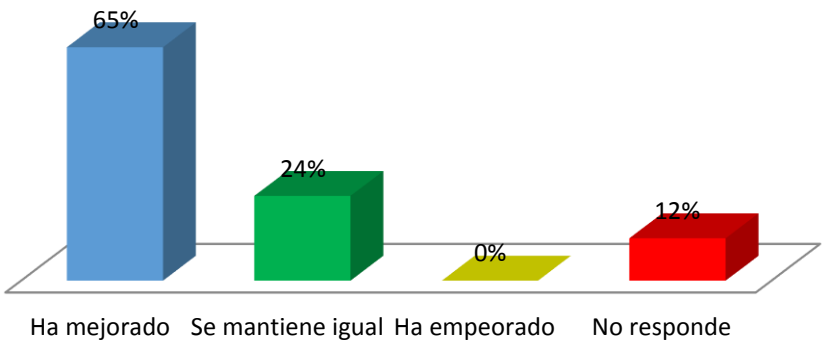
El 53% de los encuestados respondieron que la atención recibida no fue gratuita, lo cual es innegable, ya que son usuarios del sector privado, sin embargo, el 47% dijo que si fue gratuita la atención, esto se podría explicar por los convenios existentes entre las instituciones públicas y privadas, en especial con el Hospital del IESS, quienes remiten a sus pacientes a clínicas privadas, pero los gastos son cubiertos por el mismo IESS.

Discriminación por parte del personal de salud

El 100% de las personas encuestadas mencionaron no haber sido discriminados en algún momento de su consulta.

Figura 13:

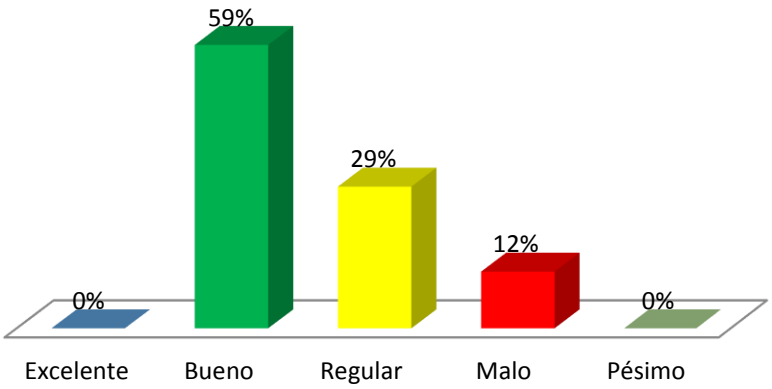
Servicios de salud mental estos últimos 6 años



El 65% de los usuarios encuestados, opinan que los servicios de salud mental si han mejorado estos últimos 6 años, el 24% cree que se mantiene igual y el 12% no emitió una respuesta.

Figura 14:

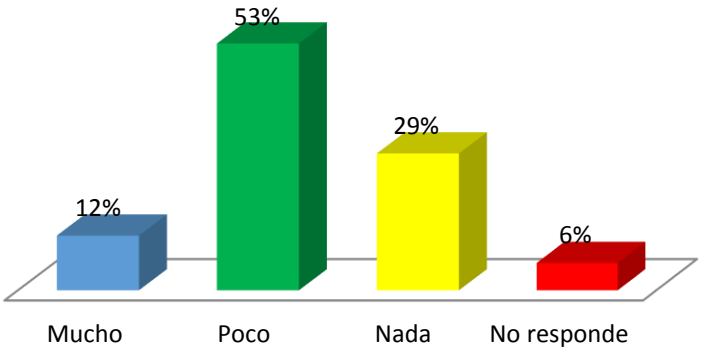
Mirada al sistema de salud público



El 59% de los encuestados, consideran que el sistema de salud público es Bueno, el 29% lo considera como regular y el 12% cree que es malo.

Figura 15:

Grado de conocimiento sobre el Buen Vivir o Sumak Kawsay



El 53% de los usuarios, indicaron conocer poco sobre el Buen Vivir, ya que, alguna vez lo han escuchado, el 29% señaló no saber sobre este tema, el 12% dice saber mucho, mientras que el 6% no responde.

El Buen Vivir o Sumak Kawsay únicamente como una concepción indígena

El 94% de las personas encuestadas, concuerdan con que el Buen Vivir no se trata únicamente de una concepción indígena, mientras que el 6% respondió que sí es exclusivamente una concepción indígena.

Conocimiento de la existencia del Plan Nacional para el Buen Vivir

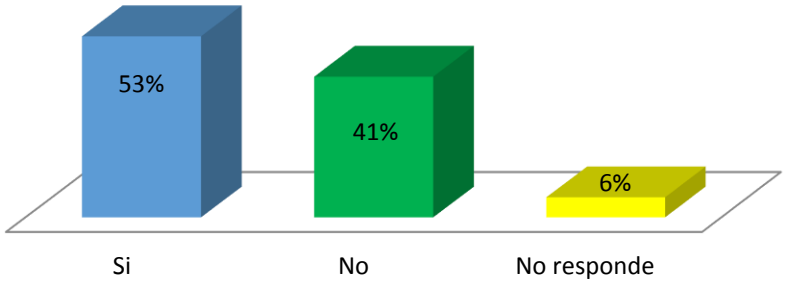
El 53% de los usuarios señaló no conocer de la existencia del Plan Nacional para el Buen Vivir, el 47% mencionó si saber de su existencia, sin embargo, esto no implica que estén al tanto de su contenido.

Lectura del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017

El 53% mencionó no haber leído el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, mientras que el 47% dijo que si lo ha leído, pero poco.

Figura 16:

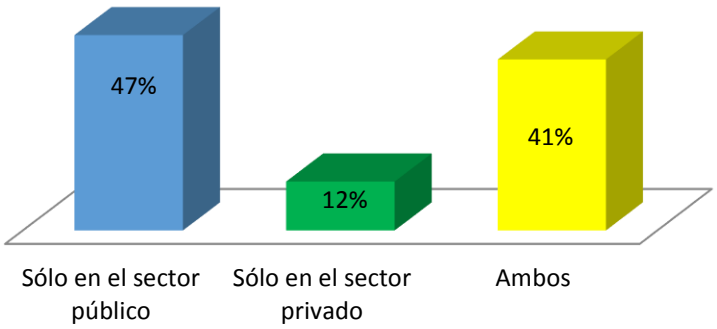
El Buen Vivir como finalidad de la Constitución del 2008



En la figura № 16, se puede observar que el 53% de los usuarios, opina que la Constitución del 2008 si tiene como finalidad lograr el Buen Vivir, el 41% dice que no es así y el 6% no responde.

Figura 17:

EI Plan Nacional para el Buen Vivir como un instrumento para el sector público o privado



El 47% de los encuestados, opinan que el Plan Nacional para el Buen Vivir es un instrumento al que se sujetan las políticas, programas y proyectos sólo en el sector público, seguido del 41% con la opinión de que este documento se sujeta a ambos sectores, tanto en lo público, como en lo privado y el 12% considera que sólo es aplicable en el sector privado.

Servicios de salud mental de acuerdo al Buen Vivir

El 71% de las personas encuestadas, opinan que los servicios de salud mental si van de acuerdo al Buen Vivir, mientras que el 29% dice que no.

2.2.3. ENCUESTA A PROFESIONALES EN SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR.

Tabla 6:

Distribución de profesionales en salud mental según cantón.

	Cantidad de profesionales	Porcentajes
Azogues	9	56%
Biblián	1	6%
Déleg	1	6%
Cañar	2	13%
El Tambo	1	6%
Suscal	0	0%
La Troncal	2	13%
TOTAL	**16**	**100%**

A nivel de toda la provincia del Cañar, se calcula alrededor de 16 profesionales en salud mental, pertenecientes al sector público y privado. En el cantón Azogues, se observa la mayor cantidad de profesionales, con un 56%; seguido de los cantones Cañar y La Troncal con un 13%; los cantones Biblián, Déleg y El Tambo cuentan con 1 sólo psicólogo, siendo el 6% cada uno, y el cantón Suscal no cuenta con profesionales en salud mental.

Tabla 7:

Distribución de profesionales en salud mental según edad.

	Cantidad de respuestas	Porcentajes
18-29	1	6%
30-39	8	50%
40-49	4	25%
50-65	3	19%
TOTAL	**16**	**100%**

En la Tabla 7 se puede observar que el 50% de los profesionales encuestados, que trabajan en instituciones públicas y privadas brindando atención en salud mental, comprenden edades

entre 30 y 39 años, seguido de un 25% con edades entre 40 y 49, mientras que las personas de edades que oscilan entre 50 y 65 son del 19% y únicamente el 6% son de 18 a 29 años de edad.

Distribución de profesionales en salud mental según género.

En el sector de salud mental de la provincia del Cañar, trabajan hombres y mujeres en un 50% cada uno.

Distribución de profesionales en salud mental según la institución.

El 69% de los profesionales en salud mental, trabajan en el sector público, mientras que el 31% pertenece al ámbito privado.

Tabla 8:

Distribución de profesionales en salud mental según su profesión.

	Frecuencia	**Porcentajes**
Psicólogos	12	75%
Psiquiatras	1	6%
Otros	3	19%
TOTAL	**16**	**100%**

El 75% de profesionales en salud mental, está compuesta por psicólogos clínicos y educativos; con el 19% están otros profesionales, tales como 2 trabajadores sociales y 1 médico que no tiene una especialidad en psiquiatría, pero trabaja en temas de salud mental; y el 6% de los encuetados son psiquiatras.

Tabla 9:

Distribución de profesionales en salud mental según unidad operativa

	Cantidad de profesionales	Porcentajes
Centro de salud	7	44%
Puesto de Salud	0	0%
Hospital. General	1	6%
Hospital básico	2	13%
Hospital de especialidades	1	6%
Hospital Especializado	0	0%
Otros	5	31%
TOTAL	**16**	**100%**

El 44% de las unidades operativas, que cuentan con profesionales en salud mental, pertenecen a Centros de Salud, todos ellos corresponden al sector público; el 31% está compuesto por otras instituciones, tales como el MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social) y SOFAMI (Fundación Solidaridad y Familia); con un 13% están los profesionales de Hospitales básicos, seguido del 6% en Hospitales Generales y con la misma cantidad los Hospitales de Especialidades.

Pacientes atendidos en el día/semana/mes

En un promedio general, los profesionales en salud mental atienden alrededor de 9 pacientes diarios, 43 pacientes por semana y 161 pacientes mensualmente.

Servicio asistencial fuera del consultorio

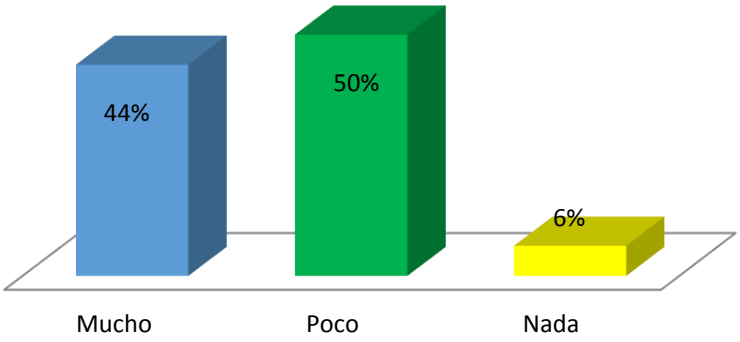
El 69% de los profesionales encuestados, mencionaron realizar algún tipo de servicio asistencial fuera de su consultorio, mientras que el 31% dijo que no lo hace.

Atención o colaboración con movimientos sociales

El 63% de los profesionales en salud mental, mencionaron atender o colaborar con movimientos sociales, mientras que el 38% dijo que no lo hace.

Figura 18

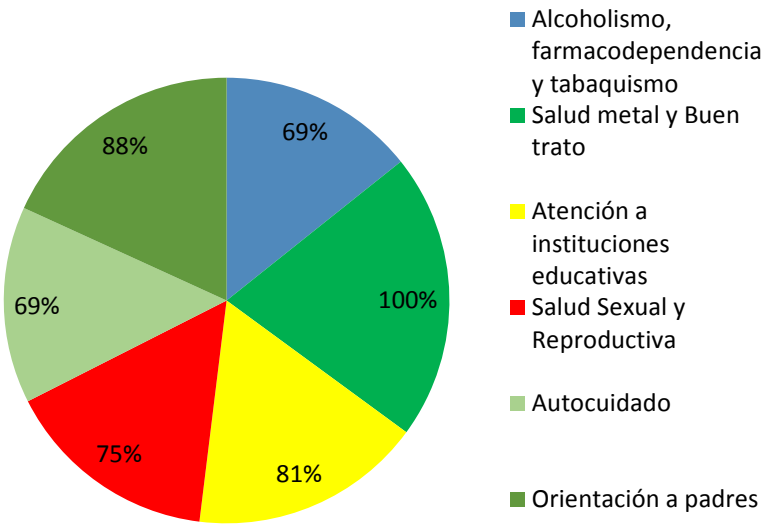
Grado de conocimiento sobre el Plan Nacional para el Buen Vivir



En la figura № 18, se puede observar que el 50% de los profesionales encuestados, dice saber poco sobre el Plan Nacional para el Buen Vivir; el 44% menciona conocer mucho este instrumento, mientras que el 6% dice no estar al tanto de este documento.

Figura 19:

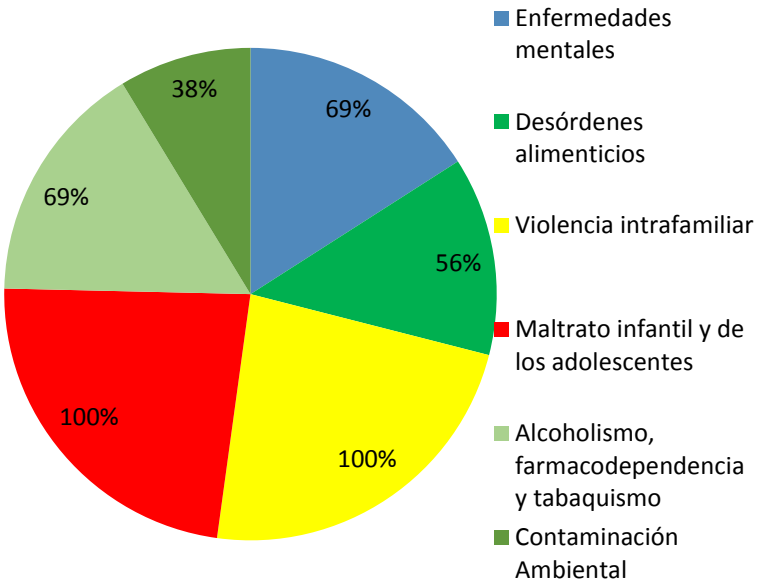
Acciones de promoción de la salud mental



La Figura 19 muestra que el 100% de los profesionales en salud mental, mencionaron realizar acciones de promoción en Salud mental y Buen trato; el 88% trabaja en orientación a padres; el 81% brinda atención a instituciones educativas; el 75% trabaja en temas de salud sexual y reproductiva; el 69% promociona el autocuidado y con el mismo porcentaje, realizan acciones de promoción en temas relacionados al alcoholismo, farmacodependencia y tabaquismo.

Figura 20:

Acciones de prevención y atención, en relación a la salud mental



El 100% de los profesionales encuestados, indicaron realizar acciones de prevención y atención en casos de Violencia intrafamiliar, con el mismo porcentaje, señalaron trabajar en temas de Maltrato infantil y de los adolescentes; el 69% de profesionales intervienen en casos de enfermedades mentales, de Alcoholismo, farmacodependencia y tabaquismo; luego tenemos a los Desórdenes alimenticios que son atendidos por el 56%; y por último, están los problemas referentes a Accidentes, enfermedades y problemas asociados con contaminación ambiental, abordado por el 38% de los profesionales de salud mental.

Tabla 10:

Las políticas de Salud Mental en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir

	Frecuencia	**Porcentajes**
Mucho	9	56%
Poco	6	38%
Nada	1	6%
TOTAL	**16**	**100%**

El 56% de los profesionales en salud mental, menciona que las políticas de Salud Mental si se están llevando a cabo, en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir; el 38% dijo que es poco lo que se está trabajando en este tema y el 6% dijo que no es así.

2.3. CONCLUSIONES

La mayor cantidad de usuarios y profesionales de salud mental, tanto del sector público como del privado, son personas jóvenes, con edades comprendidas entre 18 y 39 años.

La demanda de los servicios de salud mental, por parte de la ciudanía es muy baja, ya que una gran cantidad de personas no buscan este tipo de servicio, a tal punto, de que nunca han visitado un psicólogo, psiquiatra o algún otro profesional afín; y del número de personas que si han solicitados de estos servicios, en su mayoría, lo hacen anualmente.

En las instituciones públicas de salud, los servicios deben ser gratuitos, sin embargo, una mínima cantidad de personas mencionaron que no es así, esto se debería a que una parte de la receta lo tiene que comprar en farmacias privadas, ya que, en ocasiones, la institución pública no cuenta con algunos medicamentos. En algunas instituciones privadas, no cobran directamente al paciente por la atención brindada, la razón sería por los convenios existentes con las instituciones públicas; como es el caso del IESS, esta institución es la encargada de cubrir los gastos del paciente afiliado.

La Constitución del 2008 prohíbe la discriminación de cualquier tipo, sin embargo, aún se puede notar, por medio de las encuetas, que una mínima cantidad de pacientes aún sufren de discriminación, sobre todo en el ámbito público.

Es importante recalcar que los servicios de salud mental si han mejorado estos últimos 6 años, una afirmación con la que concuerdan la mayoría de encuestados del sector público y privado. Sin embargo, el sistema de salud aún tiene que ser optimizado, sobre todo en la cantidad del personal disponible y en el tiempo de espera de los pacientes.

En relación al Buen Vivir o Sumak Kawsay, se evidencia que la mayoría si se familiariza con estos términos, ya que lo han escuchado a través de los diferentes medios de comunicación, sin embargo, es poco lo que realmente se sabe de este tema, es más, muchos de ellos no saben de la existencia del Plan Nacional para el Buen Vivir y si lo saben, lo han leído muy poco.

El Buen Vivir parte de una cosmovisión indígena, que hoy en día se lo está tratando de implementar como una herramienta apta para toda la ciudadanía, en consecuencia, surgió el Plan Nacional para el Buen Vivir como un instrumento al que se sujetan las políticas,

programas y proyectos, especialmente, para sector público; pero esto no excluye al ámbito privado, es así, que la mayoría de usuarios concuerdan con que este instrumento debería de ser aplicado en los ambos sectores.

Un gran número de usuarios y profesionales consideran que los servicios de salud mental si se están llevando a cabo de acuerdo al Buen Vivir, afirmación que genera buenas expectativas en la población urbana de la provincia del Cañar.

A nivel de los profesionales de salud mental, se cuenta con al menos un psicólogo en cada cabecera cantonal a excepción del cantón Suscal; la mayor parte de ellos pertenecen al sector público; Azogues es el único cantón que cuenta con clínicas privadas, pero no todas brindan atención en salud mental.

En la provincia del Cañar, la mayor cantidad de profesionales que brindan atención en salud mental, son los psicólogos, seguido de trabajadores sociales que tratan específicamente estos temas, una psiquiatra del IESS quien suele visitar otras instituciones privadas de salud y un médico especializado en salud mental.

El Plan Nacional para el Buen Vivir, es un instrumento que plantea una serie de actividades relacionadas a la promoción y prevención en temas de salud mental; acciones que están a cargo de los profesionales de salud, sobre todo, en el sector público. Los resultados de esta investigación, reflejan que si se está trabajando en base a lo planteado en este documento, aunque no es su totalidad, pero si se está tratando de mejorar los servicios de Salud Mental con la intención de alcanzar el Buen Vivir.

Como una forma de contribución a este trabajo investigativo, se ha desarrollado una propuesta para lograr una mayor cobertura, alcance y promoción de la Salud Mental a nivel de toda la provincia del Cañar; dicha propuesta será expuesta en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III: PROPUESTA: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL CAMPAÑA "ABRIENDO MENTES"

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (2001) conceptualiza la salud mental como un "estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". De esta forma, se puede deducir que la salud mental está íntimamente relacionada al Buen Vivir, ya que ambos buscan el bienestar, reconociendo a la salud como un estado de balance entre el individuo, la comunidad y el ambiente.

Los trastornos mentales contribuyen de manera significativa a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, ya que tienen una alta prevalencia en todo el mundo, de hecho, la Organización Panamericana de la Salud (2001), menciona que una de cada cuatro personas padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. En consecuencia, los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes que los profesionales de atención primaria atienden en la consulta.

Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales; la situación se agrava si a esto se le suma el estigma social, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales.

La necesidad de una propuesta de salud mental, responde a los resultados encontrados en la población investigada, en donde se pudo evidenciar poca demanda de los servicios de salud mental y la poca cantidad de profesionales existentes en este ramo.

Para reducir esta problemática, es esencial una intervención eficaz a través de la realización de varias campañas de promoción de salud mental, de esta forma, se estaría educando a la población en estos temas que son muy importantes para el diario vivir.

Esta campaña de Salud Mental, estará fundamentado a partir de su promoción, dirigido a profesionales de salud mental, del sector público y privado.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Realizar campañas de promoción de la Salud Mental.

Objetivos Específicos:

- Romper estereotipos de la sociedad en relación a la salud mental.
- Alertar a la ciudanía sobre los determinantes de una mala salud mental.
- Brindar pautas a la ciudadanía para la identificación de problemas de salud mental.
- Promover en la ciudadanía la búsqueda de los servicios de salud mental.

3.1. GENERALIDADES DE LA CAMPAÑA

3.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El presente programa está elaborado para ser desarrollado por todas aquellas personas que buscan trabajar en beneficio de la salud mental, desde cualquier institución, ya sea pública o privada.

Consiste en la planificación de casas abiertas, que permitirán la promoción de la salud mental, por medio de exposiciones verbales y visuales; se presentarán los prejuicios de la sociedad en relación a los trastornos mentales, se brindarán pautas básicas para poder identificar y actuar frente a los problemas de salud mental, y se les facilitará información sobre el lugar donde pueden encontrar ayuda, en este último caso, se trata de elaborar un tríptico con información elemental sobre salud mental y con los datos de la institución, para que sepan a dónde acudir en el caso de necesitar ayuda psicológica o psiquiátrica.

Esta propuesta, va dirigida a toda la ciudadanía en general. Los responsables de llevar a cabo estas campañas, serían principalmente, los profesionales en salud mental, es decir, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales etc.

Para desarrollar esta campaña de forma efectiva, se propone realizar estas casas abiertas en cada una de las instituciones y fuera de ellas, con la intención de promover una buena salud mental a nivel de toda la provincia del Cañar.

3.1.2. POBLACIÓN BENEFICIADA:

Ciudadanía en general.

3.1.3. RECURSOS:

Recursos Humanos: Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales y afines.

Recursos Materiales: Carpas de las mismas instituciones, cartulinas, marcadores, fotocopias e impresiones (Trípticos).

3.1.4. PLANIFICACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD
- Romper estereotipos de la sociedad en relación a la salud mental.	**1** - Lectura, investigación y preparación sobre los estereotipos. - Elaboración de pancartas.
- Alertar a la ciudanía sobre los determinantes de una mala salud mental.	**2** - Lectura, investigación y preparación sobre los determinantes. - Elaboración de pancartas
- Brindar pautas a la ciudadanía para la identificación de problemas de salud mental.	**3** - Lectura, investigación y preparación sobre los problemas de salud mental. - Elaboración de pancartas
- Promover en la ciudadanía la búsqueda de los servicios de salud mental.	**4** - Elaboración de trípticos.

3.1.5. CRONOGRAMA:

Actividad	Día1	Día2	Día3	Día4	Día 5
1					Casa Abierta
2					
3					
4					

3.2. PLAN DE ACCIÓN

A continuación se detallarán cada una de las actividades a ser realizadas en la casa abierta.

3.2.1. ROMPER ESTEREOTIPOS DE LA SOCIEDAD EN RELACIÓN A LA SALUD MENTAL.

Las personas con enfermedad mental sufren, no sólo por el hecho de padecer algún trastorno mental que conlleva, en ciertos casos, discapacidad y dificultades de integración; sino que también por el gran desconocimiento de la sociedad, en relación a las enfermedades mentales y quienes la padecen; en consecuencia, suelen ser etiquetados, discriminados y las enfermedades mentales terminan en un proceso de estigmatización.

La vida no es fácil para estas personas, ya que sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social; determinando y amplificando, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas. (Muñoz Et. Al, 2009).

Es así que surgen los estereotipos, ya que estos son "creencias populares sobre grupos sociales específicos o sobre determinada clase de individuos". Ayudan a simplificar la realidad, ya que la hace más comprensible en un "entorno agresivo, desconocido, incomprensible o inaccesible" (Pla, Adam & Bernabeu, 2013).

Según el diccionario de la Lengua Española (DRA, 2013), el estereotipo es la "imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad, con carácter inmutable".

3.2.1.1. Conceptos:

a) ¿Qué son los Estereotipos?

Son estructuras de conocimiento aprendidos por la mayoría de los miembros de la sociedad, es decir, son creencias, generalmente erróneas, sobre un determinado grupo de personas.

Por ejemplo:

- La locura no tiene cura
- Todos los enfermos mentales son peligrosos
- No estoy loco para irme donde un Psicólogo o Psiquiatra

b) ¿Qué son los Prejuicios?

Son reacciones emocionales negativas ante un estereotipo.

Por ejemplo:

- Ellos me dan miedo.
- Pierdo el tiempo si trato enfermos mentales.

c) ¿Qué es la Discriminación?

Son comportamientos de rechazo que ponen al estigmatizado en situación de desventaja social.

Por ejemplo:

- No quiero que trabajen conmigo
- Prefiero no tener que atenderlos
- Deben de estar encerrados en manicomios.

3.2.1.2. Carteles para la Exposición:

Los siguientes cuadros, pueden ser utilizados como ejemplos para realizar varios carteles de acuerdo a la creatividad de cada profesional y serán explicados verbalmente durante la casa abierta.

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
ESTEREOTIPO	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
PREJUICIO	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, rabia).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
DISCRIMINACIÓN	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo, rechazo a buscar ayuda).

Tomado del artículo: la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mentalu na estrategia completa a basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII

10 MITOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

1. Son violentas, peligrosas.
2. Tienen doble personalidad.
3. No pueden vivir con los demás
4. Son enfermedades incurables y nunca se recuperarán.
5. Si tienen una esquizofrenia será como consecuencia del consumo de drogas
6. La enfermedad mental causa discapacidad intelectual.
7. Las enfermedades mentales las tienen las personas con debilidad de carácter.
8. A mí no me puede tocar.
9. Son perezosos, informales, impredecibles.
10. No pueden trabajar

Fuente: Iglesias, 2013. Elaborado por: La autora.

3.2.2. ALERTAR A LA CIUDANÍA SOBRE LOS DETERMINANTES DE UNA MALA SALUD MENTAL.

La mala salud mental, generalmente surge como consecuencia de llevar un inadecuado estilo de vida, relacionado a actividades sociales e intrapersonales.

Se recomienda investigar a profundidad cada uno de los determinantes mencionados a continuación para que su exposición sea más clara y entendible.

3.2.2.1. Generalidades:

Principales determinantes de una mala salud mental:

El estatus laboral: ser refiere a su condición laboral o los roles sociales; tener menos recursos económicos, menor autonomía, incluso combinar el trabajo fuera de casa con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos.

La edad: Posibilidad de tener un trastorno mental, en especial en los grupos de más edad, generalmente más de 65 años.

La clase social y el nivel educativo: la pertenencia a un determinado distrito, en este caso los más desfavorecidos.

La migración: experiencias traumáticas del proceso migratorio, procesos de adaptación a la cultura del país anfitrión, condiciones de la vivienda, falta de apoyo social, ingresos precarios.

Dificultades ambientales: el ruido, sobre todo en las grandes urbes

Hábitos y estilos de vida: la no realización de ejercicio físico, aumenta la posibilidad de tener un problema de salud mental, ya que esto ayuda al mantenimiento de las facultades físicas y la prevención de la dependencia, de esta forma ayuda a mejorar las capacidades sociales, y a evitar los problemas de ansiedad o depresión.

El tabaquismo: Varios estudios indican que entre un 30 y 60% de personas con problemas mentales fuman.

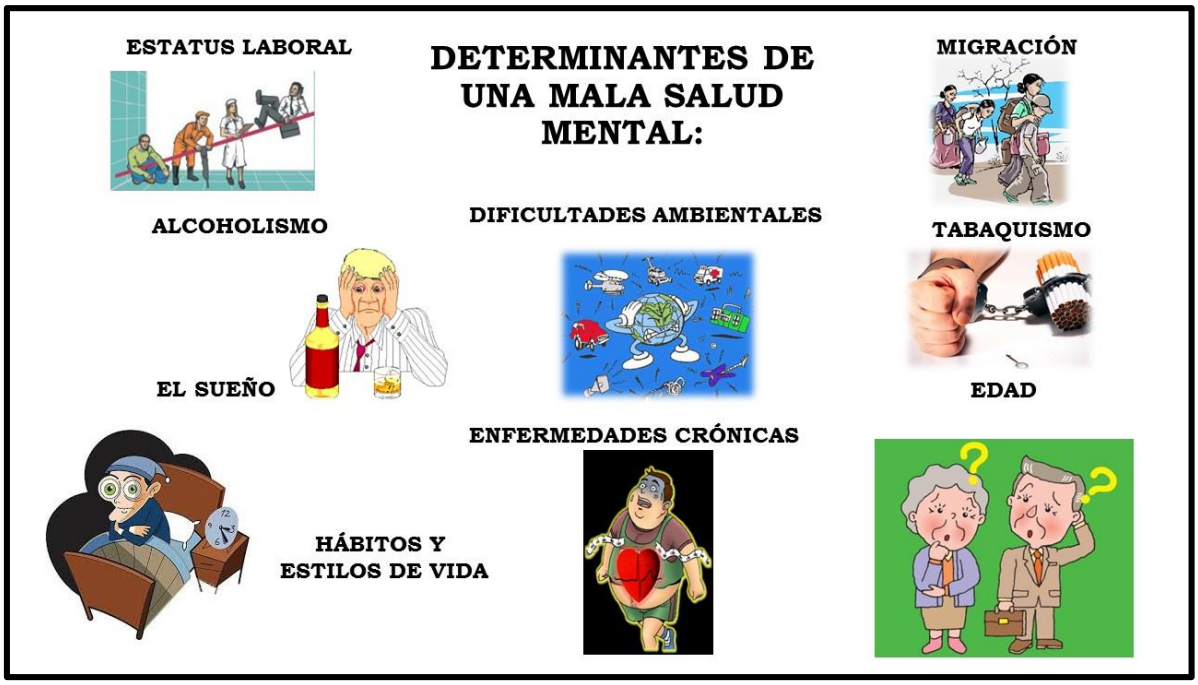
El alcoholismo crónico: En el alcoholismo hay la presencia de enfermedades mentales hasta en un 37% y se mantiene una posible mala salud mental, con la variable de consumo de alcohol. Inclusive, está asociada a la mayor morbilidad psiquiátrica.

Enfermedades crónicas: Implica la pérdida de salud, lo que genera dependencia física y pérdida de la calidad de vida. Algunas enfermedades, como las neurológicas, las cardiacas y la diabetes, se asocian a la mayor presencia de depresión o ansiedad.

El sueño: Se refiere a la importancia de las horas de sueño, para evitar problemas de salud mental en general, por ejemplo, dormir menos de 8 horas. (Esteban, Et. Al, 2012).

3.2.2.2. Carteles para la Exposición:

La imagen presentada a continuación es un ejemplo para la realización de varios carteles, relacionados al presente tema, para posteriormente ser explicados verbalmente durante la casa abierta.



Fuente: Esteban, Et. Al, 2012. Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. **Elaborado por:** La autora

3.2.3. BRINDAR PAUTAS A LA CIUDADANÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

La idea principal, es exponer varios criterios diagnósticos de los problemas de salud mental más frecuentes, con un lenguaje claro y comprensible para la ciudadanía en general. Es importante que los profesionales de salud conozcan los problemas más frecuentes de cada una de sus localidades, para que en base ello, se pueda realizar una mejor campaña de promoción de la salud mental.

La manifestación de una enfermedad es diferente en cada persona, sin embargo, presentan una serie de problemas comunes, lo que hace más factible la identificación de algún problema mental.

3.2.4. PROMOVER EN LA CIUDADANÍA LA BÚSQUEDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL (Ver anexo 3).

A más de las herramientas mencionadas anteriormente, una de las formas para promover en la ciudadanía la búsqueda de los servicios de salud mental, es por medio de un tríptico (Ver anexo 3), en donde se expliquen los conceptos básicos y la información necesaria del lugar donde puedan acudir en caso de necesitar ayuda psicológica o psiquiátrica.

3.3. CONCLUSIÓN

Es importante prepararse más a fondo en cada uno de los temas expuestos, con el objetivo de dar una mejor explicación a la ciudanía, durante la casa abierta.

La promoción de la salud mental surge desde la eliminación del estigma, prejuicios, discriminación, que aún se viven por la falta de conocimiento en estos temas. Es aquí en donde interviene la comunidad, como un factor importante para difundir esta campaña, logrando que la ciudadanía se familiarice con temas de salud mental y sepa cuándo, dónde y cómo puede acceder a estos servicios, en caso de necesitarlo.

La carga global de enfermedades mentales seguirá aumentando, más aún si no se toma medidas al respecto, por lo tanto, es responsabilidad de cada uno de los profesionales de salud mental, ya sea de instituciones públicas o privadas, trabajar en temas relacionados a la promoción y prevención de problemas o trastornos mentales; eliminación de estigmas, generación de una cultura, en la que consultar un psicólogo o psiquiatra deje de ser mal visto; para ello, se recomienda el uso de este material, el mismo que fue desarrollado en base a lineamientos planteados en el Plan Nacional para el Buen Vivir.

Finalmente, no se puede hablar de Buen Vivir o Sumak Kawsay, si no existe un verdadero equilibrio entre la mente y el cuerpo, sin dejar de lado las relaciones interpersonales y el cuidado del medio ambiente; de esto se trata una buena salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, E. (2011*). Atención primaria en salud mental: Problemas frecuentes en la salud mental y su abordaje en el nivel primario de atención.* Quito.
- Bertolote, J. (2008). *Política de Salud Mental: Raíces del concepto de salud mental*. WorldPsychiatry.
- Chávez, H., Samaniego, N. & Aguilar E. (2007). *Manual de atención primaria en salud mental. Ministerio de Salud Pública. Ecuado*r.
- Cruz, E. (2003). *El loco y la institución mental: Desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XX*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito.
- Duque, L., & Vanegas, H. (2006). Semiología Médica Integral.
- Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud menta*l. Woodbridge.
- Fisher, M. (2007). *Salud Mental Y autocuidado: Prácticas organizacionales y de capacitación en funcionarios y funcionarias de la Ilustre Municipalidad de el Bosque*. Santiago.
- Gonzalez, R. (1976). *Salud Mental en América Latina: Problemas y perspectivas.* Quito.
- Herrera, M. (2013). *Ecuador, equidad en salud: 2008-2012*.
- Huanacuni, F. (2010). *Buen Vivir/ Vivir Bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas. Lima.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). *Salud Mental en el Ecuador*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador: Fascículo provincial Cañar*. Quito
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). *Anuario de recursos y actividades de salud*.
- Kohn R. et al. (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. 18(4/5), 229–40.
- Lucio R., Villacrés N., & Henríquez R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(2)

- Marina, P. (2014). *Salud e Higiene mental: Bases Psicológicas Salud y Enfermedad. Universidad de Oviedo*. España.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual de Atención Primaria en Salud Mental*. Quito
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental: Día Nacional de Salud Mental.* Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Política de Salud Mental para el Buen Vivir*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos*. Quito
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2013*). Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010*.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-201*6. Quito.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental*.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *IESM-OMS: Instrumento de evaluación para sistemas de Salud Mental*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Ecuador.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador: *Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington DC
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *WHO-AIMS: Informe regional sobre los sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.
- Psiquiatría Net. (2009*). Los enfermos mentales en la Edad Media*. Recuperado de: https://psiquiatrianet.wordpress.com/2009/11/03/los-enfermos-mentales-en-la-edad-media/
- Sánchez, M. (1997). *Poder y Locura*. Quito

- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. *(2010).* Agenda Zonal 6 para el Buen Vivir: *Propuesta de Desarrollo y Lineamiento para el Ordenamiento Territorial*. Quito
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2010). *Resumen Agenda Zonal: Zona 6*.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito
- Serrano, N. (1999). *La Psicología en la República del Ecuador*. Psicología de las Américas. Caracas.
- Superintendencia de bancos y seguros de Ecuador. (2013). *Supervisora del sistema Nacional de Seguridad Social*.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Archivos de medicina interna. Uruguay.

ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta a Usuarios

Salud Mental y Buen Vivir o Sumak Kawsay

Fecha: _____ **Ciudad**: _____

Género: M ☐ F ☐ **Edad**: _____

Zona: Urbana ☐ Rural ☐

Institución: Pública: ☐ Privada: ☐

1. **¿Cómo fue atendido por parte del personal de salud?**

Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Pésimo ☐

2. **¿Con qué frecuencia acude en busca de los servicios de Salud Mental?**

Nunca	
Semana	
Mes	
Año	

3. **¿La atención que Ud. recibió fue gratuita?**

Sí ☐ No ☐

4. **¿Fue discriminado por parte del personal de salud, en algún momento de su consulta?**

Sí ☐ No ☐

5. **¿Cree Ud. que los servicios de salud mental han mejorado estos últimos 6 años?**

Ha mejorado ☐ Se mantiene Igual ☐ Ha empeorado ☐

6. **¿Cómo mira Ud. el sistema de salud público?**

Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Pésimo ☐

¿Por qué? _____

_____

7. **¿Cuánto conoce Ud. sobre el Buen Vivir o Sumak Kawsay?**

Mucho ☐ Poco ☐ Nada ☐

8. **¿Cree Ud. que el Buen Vivir o Sumak Kawsay se trata únicamente de una concepción indígena?**

Sí ☐ No ☐

9. **¿Sabía Ud. De la existencia del Plan Nacional para el Buen Vivir?**

Sí ☐ No ☐

10. **¿Ha leído Ud. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017?**

Mucho ☐ Poco ☐ Nada ☐

11. **¿Cree Ud. que la Constitución del 2008 tiene como finalidad lograr el Buen Vivir o Sumak Kawsay?**

Sí ☐ No ☐

12. **EI Plan Nacional para el Buen Vivir es un instrumento al que se sujetan las políticas, programas y proyectos:**

Sólo en el sector público ☐

Sólo en el sector privado ☐

Ambos ☐

13. **¿Cree Ud. que los servicios de salud mental van de acuerdo al Buen Vivir?**

Sí ☐ No ☐

Gracias por su colaboración.

ANEXO 2: Encuesta a profesionales

Salud Mental y Buen Vivir o Sumak Kawsay

Zona: Urbana ☐ Rural ☐

Fecha: _____ **Ciudad**: _____

Género: M ☐ F ☐ **Edad**: _____

Profesión-Especialidad: _____

Nombre de la Institución: _____

Tipo: Público:☐ Privado:☐

Unidad Operativa:

Centro de Salud: ☐ Puesto de Salud: ☐ Hospital General: ☐

Hospital Básico: ☐ Hospital de Especialidades: ☐ Hospital Especializado: ☐

Otro (Especifique):_____

1. **¿Aproximadamente cuántos pacientes ve al día/semana/mes?**

Día	
Semana	
Mes	

2. **¿Realiza algún tipo de servicio asistencial fuera de su consultorio?**

Sí ☐ No ☐

3. **¿Atiende o colabora con movimientos sociales?**

Sí ☐ No ☐

4. **¿Cuánto conoce Ud. sobre el Plan Nacional para el Buen Vivir?**

Mucho ☐ Poco☐Nada ☐

Uno de los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir, es mejorar la calidad de vida de la población; para su cumplimiento se plantea una serie de políticas y lineamientos. A continuación se expondrán algunos de ellos.

5. **¿Realiza Ud. acciones de promoción de la salud mental en las siguientes áreas?**

Alcoholismo, farmacodependencia y Tabaquismo☐

Salud mental y el Buen Trato ☐ Autocuidado ☐

Atención en instituciones educativas ☐ Orientación a padres ☐

Salud sexual y reproductiva ☐

6. **¿Realiza Ud. acciones de prevención y atención, en relación a la salud mental en las siguientes áreas?**

Enfermedades mentales ☐

Desórdenes alimenticios ☐

Violencia Intrafamiliar ☐

Maltrato infantil y de los adolescentes ☐

Alcoholismo, farmacodependencia y Tabaquismo☐

Accidentes, enfermedades y problemas asociados con contaminación ambiental ☐

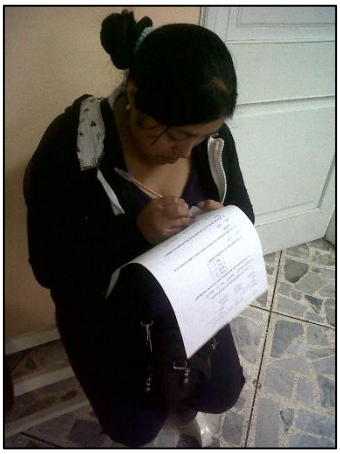
7. **¿Cree Ud. que las políticas de Salud Mental se están llevando a cabo en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir?**

Mucho ☐ Poco☐ Nada ☐

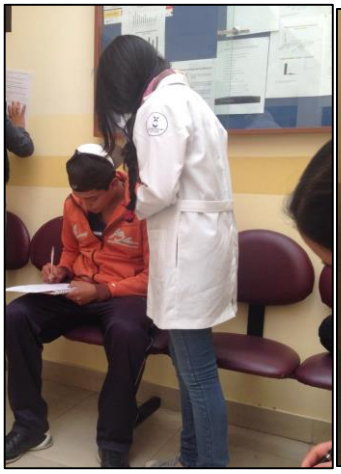
Gracias por su colaboración.

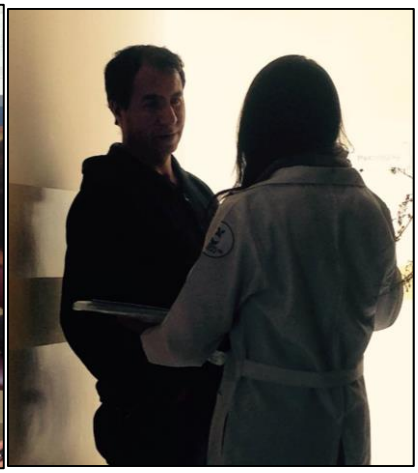
FOTOS DE ENCUESTAS A USUARIOS:

Provincia del Cañar



Salida de
Emergencia





ANEXO 3: Tríptico

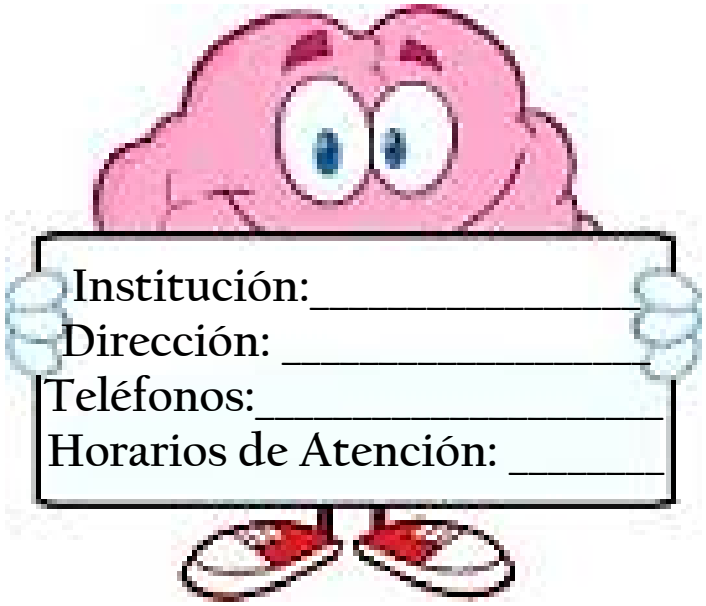
¿QUIÉNES PUEDEN SOLICITAR LA AYUDA DE UN PSICÓLOGO O PSIQUIATRA?

Todos pueden consultar a estos profesionales en salud mental, ya que ellos te ayudarán cuando tengas problemas con tus emociones, tus sentimientos o el modo en que actúas.

MITOS Y VERDADES

No se puede hacer nada por las personas con enfermedades mentales	**Los trastornos y problemas mentales pueden curarse, rehabilitarse o controlarse con un tratamiento adecuado**
La gente con enfermedades mentales es violenta y peligrosa	**La gran mayoría de las personas en esta situación, no son violentas o peligrosas.**
Las enfermedades mentales se deben a un carácter débil	**Las enfermedaes mentales se deben a varias causas.**
Las personas con enfermedades mentales pierden su inteligencia.	**No pierden inteligencia, sino que sus capacidades para desarrollarla adecuadamente están afectadas.**

¿DÓNDE PUEDO BUSCAR AYUDA E INFORMACIÓN?



Institución:_____
Dirección: _____
Teléfonos:_____
Horarios de Atención: _____

RECUERDA

"Lo que no resuelves en tu mente, tu cuerpo lo convierte en enfermedad"

TE ESPERAMOS

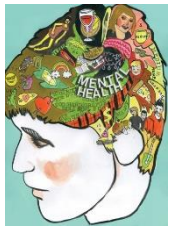
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

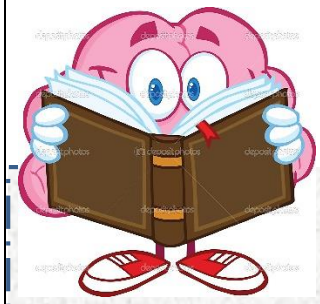
Facultad de Filosofía
Escuela de Psicología

ABRIENDO MENTES

Elaborado por: Elsa Quishpi

¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?





Es estar bien consigo mismo, estar bien con los demás y afrontar los problemas de la vida diaria

¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Agrupa a varios tipos de trastornos. Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento.

¿QUIÉNES PUEDEN PRESENTAR UN TRASTORNO O PROBLEMA MENTAL?

Cualquier persona puede presentar un trastorno, problema o evento de salud mental en algún momento de su vida. Dependerá de particularidades genéticas, congénitas, biológicas, psicológicas, familiares, sociales y los acontecimientos de su historia de vida

¿QUE DETERMINA UNA MALA SALUD MENTAL?

Experiencias traumáticas del **proceso migratorio**.

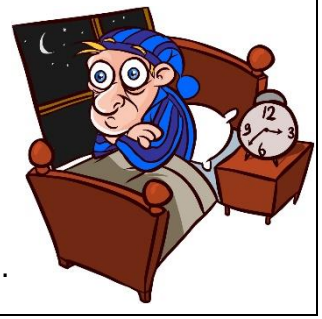
Dificultades ambientales

Hábitos y estilos de vida: no realizar ejercicios físicos.
El ejercicio ayuda a evitar la ansiedad o depresión.

El tabaquismo: entre un 30 y 60% de personas con problemas mentales fuman.

En el alcoholismo: hay la presencia de enfermedades mentales hasta en un 37%.

En las enfermedades crónicas: pueden surgir depresión o ansiedad.



Dormir menos de 8 horas.