

**MODELO COMUNITARIO
DE SALUD MENTAL:**
un estudio comparativo entre
Ecuador, España e Italia



30

AÑOS USEK
COLECCIÓN DE LIBROS

GABRIELA ANDREA LLANOS ROMÁN

MODELO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL:

Un estudio comparativo entre Ecuador, España e Italia

Comité Editorial Universidad Internacional SEK Ecuador

PhD. Raimon Salazar Bonet, Rector
PhD. Esteban Andrade Rodas, Vicerrector
PhD. Juan Carlos Navarro Castro, Director de Investigación
Dra. Carmen Amelia Coral Guerrero, Presidenta
PhD. Violeta Rangel, Secretaria

Modelo Comunitario de Salud Mental:

Un estudio comparativo entre Ecuador, España e Italia

Gabriela Andrea Llanos Román

Autora

ISBN-978-9942-808-48-6

Todos los derechos reservados
Universidad Internacional SEK

Diseño e impresión

Trama ediciones

Quito, Junio 2023

Llanos Román, Gabriela Andrea

Modelo comunitario de Salud Mental: un estudio comparativo entre Ecuador, España e Italia/ Gabriela Andrea Llanos Román – 1ra. ed.—Quito: Universidad Internacional SEK, 2023

160 pág.

ISBN: 9789942808486

I. Salud mental. II. Psiquiatría. III. Salud pública IV. Antipsiquiatría. V. Ecuador. VI. España. VII. Italia.

CDD:362.22

Modelo Comunitario de Salud Mental:

Un estudio comparativo
entre Ecuador, España e
Italia



PERSONALIZACIÓN EN SERIO

Gabriela Andrea Llanos Román

Agradecimientos

A todos los centros y entidades participantes en esta investigación, y sobre todo a aquellas personas a quienes un sufrimiento mental grave ha llegado a su vida, para que sigan luchando por una vida más digna y justa.

ÍNDICE

Prólogo	9
Presentación	11
Introducción	13
Primera parte	17
Capítulo 1. Salud Mental en América Latina y Europa: Epidemiología, gestión y políticas públicas	18
1.1. Definición de Trastorno Mental Grave	19
1.2. Epidemiología de los problemas de salud mental grave	21
Capítulo 2. Psiquiatría y Antipsiquiatría	29
2.1. Desarrollo histórico	29
2.2. Institucionalización psiquiátrica	31
2.3. Desinstitucionalización	32
2.4. Exclusión y estigmatización	34
2.5. Estigma y empoderamiento	37
Capítulo 3. Salud Publica y Salud Mental	38
3.1. Promoción de la salud	38
3.2 Promoción de la salud mental	38
3.3 Determinantes de la Salud	40
3.4. Determinantes de la salud mental	41
3.5 Modelo de salud mental comunitario en Ecuador, España e Italia	43
Segunda parte	67
Capítulo 4. Aspectos metodológicos de la investigación	68
4.1 Introducción	68
4.2 Descripción de la muestra	68
4.3 Técnicas de recogida de datos	71
4.4. Metodología de análisis	71

Tercera parte	73
Capítulo 5. Resultados	74
5.1. Resultados Ecuador	74
5.2. Resultados Valencia	89
5.3. Resultados Italia	109
Capítulo 6. Modelo sobre la Salud Mental Comunitaria desde la perspectiva de la Salud Pública y los Determinantes de la salud	123
6. 1. Modelo Resultante	123
<hr/>	
Cuarta parte	125
Capítulo 7. Conclusiones	125
7.1. Salud pública y salud mental en Ecuador	125
7.2 Salud pública y salud mental en Valencia	128
7.3. Salud pública y salud mental en Italia	131
7.4. Comparación de los modelos de salud mental y propuestas	133
Capítulo 8. Propuestas y recomendaciones	138
8.1. Propuestas generales	138
8.2 Propuestas de implementación en Ecuador	139
8.3 Propuestas de implementación en Valencia	141
8.4 Propuestas de implementación en Italia	143
<hr/>	
Reflexiones Finales	143
<hr/>	
Referencias	146
<hr/>	

Prólogo

Escribir un libro es una tarea apasionante. Si se lo hace para transmitir conocimientos, tiene mucho valor. Más aún, incursionar en el camino de la búsqueda de nuevas prácticas que rescaten a las personas de su marginación, es imprescindible.

Porque son muchas las personas que tienen enormes necesidades, y son insuficientes los profesionales que trabajan diariamente para rescatarlos del abandono.

Incursionar en los senderos del conocimiento que no es el oficial requiere de valentía; constancia y tenacidad.

Las academias, en su mayoría, aún mantienen la formación tradicional, en la que el manicomio es un mal necesario. Por acción u omisión se termina abandonando a la persona detrás de las rejas o deambulando sin rumbo con harapos, por las calles de las ciudades.

Adquirir herramientas para revertir esta injusta situación es prioridad científica y ética.

Uno de los campos menos transitados es el de la rehabilitación. Los psiquiatras hemos sido formados en categorías de cronicidad; peligrosidad; deterioro progresivo e irreversibilidad. Los países que han podido desarrollar procesos de desmanicomialización han demostrado que las personas que padecen sufrimiento mental son capaces tanto o más que los otros, para realizar trabajos; brindar servicios; y producir recursos económicos genuinos. En este sentido, la productividad delirante no tiene relación con la productividad social.

Con la sanción de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad en 2006 (ONU, 2006), se determina que toda persona es capaz hasta que se demuestre lo contrario. Se reconocen todos los derechos de ciudadanía: casarse, tener hijos, estudiar, trabajar, votar, comprar y vender, entre otros. El diagnóstico deja de ser el centro de la valoración y se pone el acento en los soportes y apoyos que la persona requiere para su inclusión en la comunidad, de manera digna. En última instancia, es el estado el que discapacita al no disolver las barreras para la inclusión. A modo de ejemplo, el problema no es ser ciego sino poder contar con el teclado Braille en los ascensores para poder utilizarlos.

Estas nuevas categorías para comprender a una persona con discapacidad, han significado un sacudón en la identidad de los especialistas, formados en las categorías antes descritas.

En 1991, la ley 2440 de “promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental” en la provincia de Río Negro; Argentina, (primera ley de salud mental de la región), estableció al trabajo como un recurso terapéutico. En 2013, con el auspicio de la OPS/OMS se realizó en Brasilia la Conferencia de asociaciones de usuarios y familiares. Más de 120 representantes de varios países de la región trabajaron durante 3 días. Al finalizar emitieron una declaración conocida como el Consenso de Brasilia. En dicho documento, lo que más enfáticamente se reclama a las autoridades es el acceso a un trabajo que permita alcanzar una inclusión digna en la cotidianidad, con idénticos deberes y derechos que cualquier otro ciudadano. Ahora se sabe lo que se quiere y se puede, pero el camino de la lucha no es corto.

La actualización en los conocimientos de los especialistas es central y urgente.

Experiencias laborales concretas son el camino más corto para aprender lo que hay que cambiar en la práctica cotidiana de los especialistas. Estas experiencias solo son posibles en el seno de la comunidad: “se aprende a nadar en el agua”. Han quedado desechadas las tradicionales actividades recreativas o artesanales durante la internación, que poco aportan para ejercer un oficio o brindar un servicio en la cotidianidad.

Por otra parte, gracias a los estudios actuales acerca de los determinantes sociales de la salud mental, está demostrado que la persona que pierde su trabajo tiene mayor riesgo de padecer una depresión.

Este libro tiene entre otras virtudes, animarse a incursionar en el derecho de las personas con discapacidad a trabajar y brindar herramientas precisas para su concreción.

Felicito a la autora por su coraje de abrir nuevas puertas al conocimiento y, sobre todo, facilitar instrumentos para que los derechos de las personas con discapacidad sean una realidad más cercana.

Su ambicioso proyecto consta de una rica información compilada, con un enfoque holístico de la salud mental que no descuida ninguno de sus componentes. Constituye sin lugar a dudas, un material de referencia para profesionales inquietos, ávidos de una salud mental mejor y más justa para todos.

Dr. Hugo Cohen

Asesor en Salud Mental para la Organización Panamericana de la Salud.

Presentación

En este libro se analizan los modelos de salud mental comunitario en tres países: en *España*, la investigación circunscribe a *Valencia*, ciudad que cuenta con información epidemiológica e instituciones relacionadas con la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental (GVA, 2017) en el marco de un modelo comunitario de salud mental que se viene implementando desde hace 30 años, aunque la reforma psiquiátrica se concertó en los años 80. Por su parte, la experiencia *italiana* es reconocida a nivel mundial por ser pionera en transformar de forma radical las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría, en particular el caso de la ciudad de *Trieste* que desde los años setenta desarrolla un modelo comunitario sustentado en la desinstitucionalización (MSP, 2014), que valora la creación de cooperativas sociales de trabajo para la inclusión socio-laboral del colectivo. En *Ecuador*, la implementación del Modelo y Plan de Atención en Salud Mental es reciente (año 2014), y se plantea como un proceso necesario para superar la grave crisis de una salud mental basada en los modelos curativo y clínico biológico; el estudio en este país se centra en *Quito y Guayaquil*, ciudades que concentran la mayor parte de la población.

Existen también acuerdos internacionales que se han formulado específicamente para resguardar los derechos de las personas con problemas de salud mental como son los *Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental* de las Naciones Unidas (Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991) que establecen, entre otros, que estas personas tienen derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales sin discriminación por motivo de enfermedad mental (ONU, 1991).

El presente estudio se encuadra dentro de otras líneas de investigación y acciones fundamentadas y promovidas por importantes organismos e instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, considera estudios y propuestas de organizaciones de profesionales de la salud mental como la *Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la Psiquiatría* (1996) y su revisión (2002) por la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, 2002).

Por otro lado, existe una preocupación por la mejora de los sistemas de salud, de esta forma, el estudio de casos y la investigación alrededor del mundo provee una convincente evidencia de eficacia para los trabajos desde la promoción de la salud, el cual es el enfoque principal que guía el presente estudio. Ahora bien,

debe tenerse en cuenta que **la investigación en salud basada en la evidencia** es relativamente reciente en la salud pública, y su aplicación se sitúa en especial hacia la medicina clínica, con la finalidad de decidir procedimientos más adecuados. A diferencia de la medicina clínica, en salud pública se asocian solo dos tipos de evidencia (A y B) y se reconoce que esta puede ser limitada para muchas intervenciones. En este sentido; cuando se realiza una investigación en el ámbito de la promoción de la salud se suele encontrar con evidencia tipo B, es decir, se sabe lo que funciona, por qué funciona, pero la evidencia es limitada porque en ella intervienen factores subjetivos, en razón de ello, acumular conocimientos sobre las mejores prácticas, es un esfuerzo que los salubristas debemos realizar para que las acciones se sustenten en la mejor metodología científica (Hernández, 2003).

Para abordar este tema se ha optado por presentarlo en una secuencia compuesta por dos partes y nueve capítulos.

La primera parte comprende los cuatro primeros capítulos. El primero describe el estado del arte de la salud mental en Latinoamérica y Europa; el segundo presenta un breve recorrido histórico del desarrollo de la psiquiatría y cómo el estigma y la discriminación siguen siendo las principales barreras que limitan la participación social de las personas con sufrimiento mental. El tercero establece la relación entre salud pública y salud mental y profundiza en la importancia del enfoque de la promoción de la salud mental en el marco de un modelo comunitario, mientras el cuarto capítulo se centra en la situación de la inclusión laboral de las personas con problemas de salud mental graves.

La segunda parte abarca el proceso investigativo in situ, en esta lógica, el quinto capítulo expone los aspectos metodológicos del proceso con base en la Teoría Fundamentada, cuya característica distintiva radica en la generación sistemática de modelos conceptuales a partir de datos cualitativos. En el sexto acápite se aplica la metodología desarrollada a los casos de los países seleccionados; mientras que en el séptimo se exponen los resultados agrupados por país con la finalidad de describir cada uno y luego compararlos. Finalmente, en el capítulo ocho se muestra el modelo teórico resultante sobre la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave y, en el capítulo nueve se presentan las propuestas, recomendaciones y reflexiones finales.

Introducción

Desde un concepto positivo, la **salud mental** se relaciona con el estado de bienestar que deberían tener todas las personas en su cotidianidad en tanto seres individuales y sociales (OMS, 2004). Sin embargo, en las últimas décadas, se ha observado que los **problemas mentales** representan una dificultad de salud en todas las regiones del mundo, con un aumento sostenido en su incidencia y prevalencia, por tanto, es una problemática de salud pública a enfrentar. La estigmatización y las violaciones de los derechos humanos hacia quienes padecen estos problemas agrava la situación, acrecentando su vulnerabilidad social y dificultando su atención y rehabilitación (OMS, 2004b, 2015d).

En términos operacionales, la OMS estima que 450 millones de personas sufren de un problema de salud mental grave, y calcula que un 25% de la población mundial sufrirá en algún momento de su vida un problema de salud mental, con una proyección para el 2020 de la carga total de enfermedades mentales expresada en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) de un 15% del total de enfermedades (OMS, 2010, 2013, 2004b, OPS, 2009).

El aumento progresivo y constante de personas con **discapacidad** responde a diversos factores, uno es el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, en el cual se incluye a las personas con sufrimiento mental grave. La información disponible arroja que 190 millones de personas sufren una discapacidad importante y que las enfermedades crónicas constituyen el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2011).

Según estimaciones de la OMS, dentro de los problemas de salud mental graves, 350 millones (M) de personas en el mundo padecen de depresión, 60M sufren trastorno bipolar, 21M manifiestan esquizofrenia, 47,5M presentan diversos tipos de demencia y 35 M consumo problemático de drogas. Es significativo también indicar que los problemas de salud mental graves se caracterizan por dificultades en el curso del pensamiento y de las percepciones, en el manejo de las emociones e impulsos, y perturban la relación de la persona que la padece con las otras personas y con su entorno (OMS, 2016, UNODC, 2022).

A la par, se prevé que el porcentaje de personas con problemas mentales se incrementará, por un lado, con el aumento acelerado de la población de adultos mayores en la que el riesgo de presentar trastorno neurocognitivo mayor (TNCM) se ha evidenciado, y por otro lado, por las crisis estructurales por la que atraviesan la mayoría de países y los conflictos sociales que de ellas se generan, lo cual im-

plica una gran carga socioeconómica a nivel familiar y a nivel de país (atención de salud más productividad perdida) (OMS, 2004, 2015d).

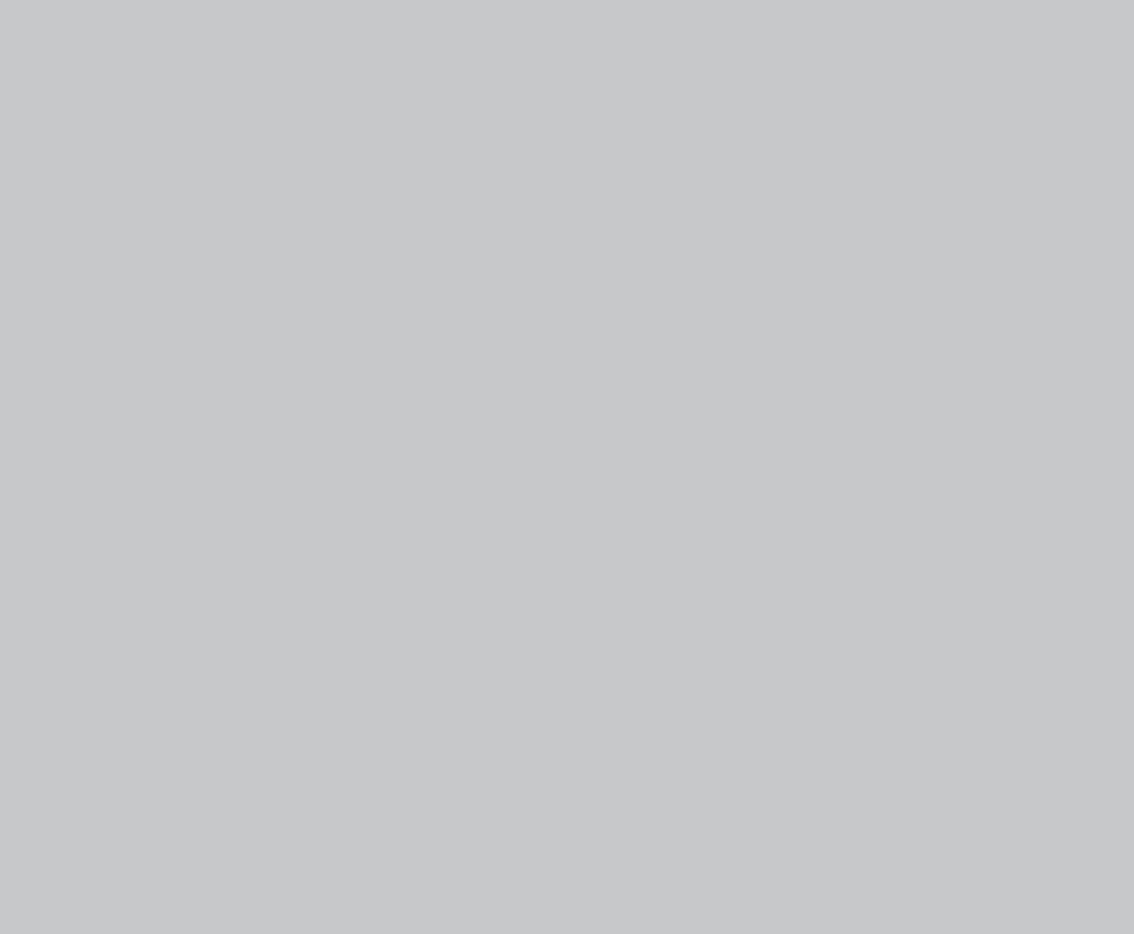
Llama la atención que a pesar de la prevalencia y la carga que representa el sufrimiento mental grave, una gran cantidad de personas en el mundo con estos diagnósticos no reciben tratamiento o el mismo no es el adecuado. Entre un 35% a 50% de las personas con estos problemas no cuentan con atención en países desarrollados, lo cual se agrava en países de bajos ingresos alcanzando porcentajes entre el 75% a 85%. Esta realidad provoca que sean los individuos afectados y sus familias quienes deban afrontar las dificultades que los problemas de salud mental conllevan (LANCET, 2018; OMS, 2016b, 2013).

Por otro lado, un alto porcentaje de personas que padecen problemas de salud mental no buscan ayuda en los servicios de salud. Un argumento central que disuade a las personas de buscar ayuda es el *estigma* asociado al sufrimiento mental, lo que obstaculiza su recuperación e integración social. Asimismo, los estereotipos negativos asociados a la patología crean temor, incomodidad y rechazo en los otros principalmente por la falta de información y educación sanitaria de la población. De ahí, la necesidad de sensibilizar a la comunidad mediante estrategias de promoción de la salud mental que posibiliten superar el tabú existente (OMS, 2015a, 2014, 2013, 2004, LANCET, 2018).

Frente a estos agravantes y con la finalidad de proveer una estrategia coherente para disminuir la carga del sufrimiento mental, se viene implementando un *Modelo de salud mental comunitario* que plantea servicios de atención más accesibles, con base en los derechos humanos y un enfoque psicosocial encauzado hacia la *desinstitucionalización* para prevenir situaciones de exclusión, estigmatización y cronificación (OMS 2016b, 2014, 2007).

Un elemento sustancial del modelo comunitario es el enfoque de *promoción de la salud*, el cual comprende el fortalecimiento de las capacidades de las personas, las familias y la comunidad en el autocuidado y en el espacio territorial modificar los determinantes estructurales de la salud como son los altos niveles de población en riesgo de pobreza. La promoción de la salud actúa desde tres componentes esenciales: la gobernanza mediante políticas, leyes y acciones; la educación sanitaria como soporte a la ciudadanía para que adopte estilos de vida saludables; y, el compromiso de diversos actores para crear condiciones de vida y ambientes saludables (OMS, 2016d, 2012; OPS, 2009). En razón de ello, sus estrategias son principalmente sociopolíticas, con acciones para reducir el desempleo, mejorar la educación y el acceso a la vivienda, disminuir las diversas formas de discriminación e impulsar el trabajo de los salubristas con los agentes de la comunidad (OPS, 2009; OMS, 2004b).

Para este fin, se requiere también de **políticas y programas** específicos hacia las personas con problemas de salud mental, considerado un indicativo de mayor vulnerabilidad social. También se recomienda la ejecución de **intervenciones sociales y de salud pública** multisectoriales y multidisciplinarias con base en el diagnóstico de necesidades de una comunidad dada para su sostenibilidad y efectividad. En esta línea, organismos supranacionales han elaborado una serie de estudios que se traducen en **documentos y manuales** guías (OMS, 2004b).



PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1:

Salud Mental en América Latina y Europa: Epidemiología, gestión y políticas públicas

La relevancia de la salud es indiscutible, y así lo explicita la OMS al definirla como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (2013, pág. 9); y al conceptualizar a la salud mental como “*un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad*” (OMS, 2013, pág 9.).

Un primer aspecto que interesa destacar de estas definiciones, es que desde un **abordaje integral de la salud** no es posible separar la salud mental de la salud en general, lo cual demanda la confluencia de varias disciplinas y actores para su abordaje donde adquiere relevancia la **perspectiva biopsicosocial** superadora del modelo biomédico. Se trata entonces de una intervención holística, es decir, sanitaria y social, que da voz a la persona como sujeto de derechos y que entiende a la institucionalidad político-social como responsable de resguardar y promover el ejercicio de derechos. Sin embargo, no siempre ha sido así, dado que antes se la veía como un estudio de la patología (Seligman, 2002).

Un segundo aspecto de interés es la descripción en positivo del concepto que hace la OMS al situar a la salud mental como la base del bienestar y funcionamiento efectivo de un sujeto y su entorno. Esta mirada, induce a centrar el objetivo de la salud en el **individuo en su comunidad**, es decir, en su realidad económica, social, cultural y ambiental, y razonando a la salud mental como fundamental para la persona, la familia y la comunidad (OMS, 2004b). Como lo plantea Heidegger, la realidad es lo que pensamos a partir de las vivencias, de nuestra doble condición de seres individuales y sociales (Heidegger, 1926).

Otro aspecto que interesa acentuar de esta construcción conceptual es referente al **estado de bienestar**, que podríamos definirlo como el grado de calidad y frecuencia de experiencias vitales satisfactorias que le permiten a la persona (ser biopsicosocial) mantener un balance dinámico en continuo movimiento, consigo mismo y con su entorno. Estas experiencias satisfactorias se encuentran, a su vez, determinadas por la interacción de múltiples factores socioeconómicos y ambienta-

les (determinantes sociales en salud) que las incrementan, las preservan o las deterioran, pero, a la par, dependen en cierta medida de acciones propias del individuo para adaptarse al contexto y sus cambios (Fierro, 2000).

En este marco, los esfuerzos internacionales y nacionales por implementar políticas, acciones e intervenciones concernientes a la salud mental, convergen en la necesidad de adoptar medidas de promoción, protección, prevención y rehabilitación de la salud mental individual y colectiva con base en los determinantes sociales en salud que influyen y condicionan dicho estado de bienestar, sobre todo en aquellos colectivos que padecen algún problema crónico.

La OMS ha definido como sistema de salud mental “*al conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental y prevenir los trastornos mentales*” (OMS, 2011, pág. 78), sin embargo, sus posibilidades de actuación dependen en gran medida de su disponibilidad de recursos y capacidad resolutive. En la misma línea, propone como la mejor estrategia para que la recuperación de la persona sea integral e inclusiva, mediante la Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) que centra su accionar en la incorporación de la comunidad y en la implementación de un modelo de atención biopsicosocial (OPS, 2011b).

En lo referente al escenario académico, existen dos grandes organismos reconocidos en materia de salud mental, la OMS y la APA, los mismos generan información y conocimientos orientados a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los problemas mentales graves, así como a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con criterios uniformes. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, abreviado DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), es una herramienta de clasificación de los problemas de salud mental que proporciona la APA; la edición vigente es la quinta y es conocida como **DSM-V** (APA, 2013). Por su parte, la OMS formula y propone la herramienta *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental*, abreviado CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems); su última revisión es la décima, conocida como **CIE 10**, que incluye enfermedades mentales y del comportamiento (OMS, 2008).

1.1. Definición de Trastorno Mental Grave (TMG)

El término trastorno se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica y que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con las actividades cotidianas del individuo (CIE 10, 1994).

Los TMG (MSP, 2014, EHLABE, 2011) son todos los problemas de salud mental que contemplan tres dimensiones: diagnóstico, tiempo y funcionalidad.

1. **Diagnóstico clínico:** correspondiente a los códigos de CIE 10 de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y de ideas delirantes de forma continua (F20.X), Trastorno esquizotípico de la personalidad (F21), Trastorno de ideas delirantes (F22), Trastorno de ideas delirantes inducida (F24), Trastorno esquizoafectivo (F25), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28), Psicosis no orgánica sin especificación (F29), Trastorno bipolar continuo (F31.X), Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), Trastorno depresivo recurrente (F33), y Trastorno obsesivo-compulsivo (F42).
2. **Tiempo:** duración de al menos 2 años o en los últimos 6 meses, un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento, con abandono de roles sociales y riesgo de cronificación (aunque remitan los síntomas).
3. **Funcionalidad:** nivel de discapacidad a la presencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global de la persona a nivel social, familiar y laboral.

Según el DSM-IV, la enfermedad mental severa es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (APA, 2013).

Para el desarrollo de este libro, se parte del hecho de que las dificultades graves en salud mental no siempre son crónicas, por ello se considera que el término 'trastorno' no sería el más adecuado para acercarse a la problemática, por lo que se utilizan los términos '*sufrimiento mental grave y/o problemas de salud mental graves*' que, a nuestro juicio, permite por un lado, mostrar la real importancia del tema para las personas implicadas y por otra parte, no se asocia con la definición negativa adscrita a la palabra '*trastorno*' que refiere a la acción y efecto de alterar a alguien o algo. Además, este análisis sirve para la investigación y toma de decisiones de la política pública, sin embargo, es limitado el alcance del término trastorno para la persona que lo padece.

Cabe subrayar que, estos padecimientos tienen la gravedad suficiente para afectar de manera sustancial particularidades de la vida cotidiana de la persona que lo sufre (Cruz, 2010), principalmente en lo concerniente al autocuidado, la autonomía, el autocontrol, el funcionamiento cognitivo, las relaciones con los otros y el uso del ocio y tiempo libre.

1.2. Epidemiología de los problemas de salud mental grave

La OMS estima que en el mundo hay 450 millones (M) de personas afectadas por problemas de salud mental grave y que más de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo (OMS, 2015b). La depresión es la principal causa de discapacidad dentro de los problemas de salud mental y contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad, por ello, hoy en día, se le considera una pandemia (OMS, 2015, 2013; LANCET, 2018).

Dado que la carga mundial de la depresión y de otros problemas de salud mental aumentan de forma significativa cada año, la Asamblea Mundial de la Salud de mayo 2013, hace un llamado a los países para que replanteen su visión de la salud mental y la traten con la urgencia requerida. Además, recomienda una respuesta integral y coordinada en cada país respecto a la gestión y políticas de salud mental (OMS, 2015).

La propuesta de la OMS se plasma en el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020*, cimentado en seis principios básicos (OMS, 2013): cobertura sanitaria universal, derechos humanos, práctica basada en evidencias, enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital, perspectiva multisectorial y emancipación de las personas con sufrimiento mental grave y discapacidades psicosociales. Uno de los objetivos del Plan es la ejecución de estrategias de promoción y prevención de la salud mental e indica como una de las acciones más eficaces el **fomento de programas de inserción o reinserción laboral para las personas con sufrimiento mental grave** (OMS, 2013, MSCE, 2007).

Adicionalmente, este organismo proporciona guías de apoyo. Por ejemplo, el *Programa de Acción para superar la brecha en salud mental* (mhGAP), suministra soporte técnico al profesional sanitario no especialista en salud mental con intervenciones basadas en evidencia para incrementar la gestión de prioridades (OMS, 2013).

1.2.1 Región de las Américas

En la Región la carga de los **trastornos neuropsiquiátricos** es alta, representa el 22,2% del total de los AVAD, siendo el depresivo unipolar (13,2%) y los problemas producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%) los que presentan mayor prevalencia. Pese a ello, las necesidades distan de reflejarse en demandas satisfechas. En cuanto a los adultos con problemas de salud mental graves y moderados, la brecha de tratamiento mediana (diferencia entre el porcentaje de personas que presentan un problema mental y el porcentaje de personas que recibe la atención adecuada) es de 73,5% en la Región, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%. (OPS, 2013).

En la actualidad, la depresión continúa ocupando la primera posición en términos de carga y prevalencia entre los problemas mentales en la Región con 7,8% de la discapacidad total. Los países como Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia son los de mayor carga de discapacidad por depresión con niveles por encima del promedio regional (OPS, 2018, 2021).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) resuelve implementar el *Plan de Acción sobre salud mental 2015-2020* en la Región de las Américas, en consonancia con el Plan estratégico de la OPS 2014-2019 y el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, (34 países de América Latina y el Caribe han implementado el Instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS).

El Plan contempla nueve indicadores, los que debían alcanzarse para el año 2020, sin embargo, este plan modifica el plazo para alcanzar dichas metas al año 2030, alineándose a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El informe de ejecución del Plan de Acción, publicado en el 2021 con información actualizada al 2019, registra avances en los ámbitos de política y legislación sobre salud mental, con lo cual se ha reducido la función de los hospitales psiquiátricos, se ha integrado la salud mental en la atención primaria de salud y se han formulado programas preventivos y de promoción de la salud mental. Se constatan menores progresos en algunos aspectos como en la implementación de servicios ambulatorios de salud mental, en la recopilación de datos y en la presentación de informes sobre salud mental, y la reducción del suicidio que sigue siendo un problema de importancia crítica para la salud pública en toda la Región (34 países registran un incremento en la tasa promedio anual de suicidios) (OPS, 2021).

Si bien, los países de ALC han avanzado en el ámbito de la gobernanza, la mayoría cuenta con *políticas, planes y leyes* de salud mental independientes, no obstante, todavía presentan dificultades para evaluar el grado de alineamiento y ejecución de los mismos acordes a los planes regionales y mundiales y los instrumentos de derechos humanos: 31 países informan tener una política o plan nacional de salud mental y 23 informan tener una ley de salud mental considerada un instrumento clave para mejorar la atención de salud mental en los países y para sustentar el contenido de las políticas públicas en la materia (OPS, 2021).

La cobertura de *servicios ambulatorios* considerada necesaria para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental a nivel comunitario, presenta una tasa de progreso lenta y se carece de datos recientes. Un caso aparte es Brasil, país que emprende en los años noventa, una reforma psiquiátrica que re-direccionó los recursos al nivel comunitario y dictaminó la Ley Nacional de Salud

Mental en el 2001 donde se establecieron las Redes de Atención en Salud Mental en el 2011. Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que son servicios substitutivos al hospital psiquiátrico son la base de estas redes (Giovanella, 2013). Cabe recordar, de paso, que todos los países latinoamericanos se comprometieron en la Declaración de Caracas (1990) a llevar adelante las reformas en salud mental.

En el 2013, diecinueve países de ALC habían incrementado el índice de personas en **atención ambulatoria de salud mental** por encima del promedio regional (975 por 100.000 habitantes). Al 2019, veinticuatro países notifican tasas anuales de consultas en centros ambulatorios superiores al promedio regional (OS, 2021). No obstante, otro estudio de la OPS sobre la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (OPS, 2018) refiere que en los países de ingresos bajos o de ingresos medianos bajos, solo el 4,7% de las personas que necesitaban atención recibieron servicios mínimamente adecuados (OPS, 2018).

La **reestructuración de los servicios de salud mental** que conduce a la desinstitucionalización sigue siendo una prioridad regional. Si bien el Informe OPS 2021 registra una reducción del número de camas, de al menos el 15%, en los hospitales psiquiátricos de 10 países, en la mayoría de los países de la Región los **hospitales psiquiátricos** siguen siendo el eje de la atención y concentran la mayor cantidad de recursos destinados a salud mental (OPS, 2021). La tasa media de personas atendidas es de 70,7 por 100.000 habitantes, siendo el mayor porcentaje para pacientes con esquizofrenia (38%). El promedio de días de estadía es de 92 días, sin embargo, un 30% de personas ha permanecido internadas por más de 10 años (OPS, 2013).

En lo concerniente a la **integración de la salud mental en la atención primaria**, hasta el 2014 esta era baja en la mayoría de los países, con una reducida capacidad resolutoria y con dificultades en la atención comunitaria y en red (Giovanella, 2013; OPS, 2015). A partir del 2015, la estrategia utilizada para reducir la brecha de tratamiento ha sido la capacitación del personal de salud de atención primaria. En este contexto, 32 países indican que el personal de atención primaria recibe capacitación en el manejo de problemas de salud mental, no obstante, este indicador no mide necesariamente la integración y no se cuenta con evaluaciones respecto al alcance e impacto de la capacitación a nivel país y hasta qué punto el personal está aplicando los conocimientos adquiridos (OPS, 2021).

Respecto de las **disposiciones legales de apoyo** para permitir que las personas con sufrimiento mental grave vivan de forma independiente y sean incluidos socialmente, todos los países de la Región carecen de dispositivos que faciliten el acceso al empleo y a la vivienda y que aseguren la no discriminación laboral. Solo el 50% de los países cuenta con disposiciones para el ámbito laboral y protección

contra la discriminación laboral, y solo el 12,5% de países con respecto al acceso a la vivienda (OPS, 2013).

Por otra parte, es conocido que sin **financiación** adecuada las políticas públicas y los programas de salud mental que se derivan de ellas, no son posibles de plasmar, por consiguiente; la viabilidad de las acciones no son realizadas o se ejecutan parcialmente. En este aspecto, la proporción asignada a salud mental en la Región es insuficiente para satisfacer las necesidades planteadas por la carga regional de la salud mental y refleja la baja prioridad que los gobiernos conceden a la salud mental de la población. El promedio del gasto público en los 14 países que presentaron datos sobre este indicador en el 2019, es de apenas un 2,6% de los presupuestos para la salud. (OPS, 2021).

También, la inversión en salud mental en la Región se encuentra afectada por la **asimetría en la distribución del presupuesto**, todavía entre el 50 y 80% del presupuesto en salud mental se destina a los hospitales psiquiátricos que fomentan el aislamiento y posiblemente la violación de los derechos humanos (OPS, 2018). Como ejemplo de esta asimetría, el caso de Uruguay que en el 2006 destinaba el 7% del presupuesto total de salud a salud mental, pero la proporción asignada a los hospitales mentales llegaba al 98% (OMS, 2011a).

Respecto de la capacidad de compra de **medicamentos** antipsicóticos, entre el 8 y 11% del salario mínimo se usa para adquirir estos fármacos y solo el 45% de los países tiene una cobertura total por parte de la seguridad social (OPS, 2013).

En lo referente a los **profesionales de salud mental**, el 31% trabaja en el sector público, el 51% en el sector privado (donde se incluyen a ONG's) y el 27% en ambos sectores. Los psiquiatras se concentran en las grandes ciudades y capitales, de estos, el 44,7% trabaja en servicios ambulatorios, el 43,8% en hospitales psiquiátricos y solo el 11% en hospitales generales. En cuanto al resto de profesionales, los psicólogos presentan una mayor tasa, por lo que, el 62% de ellos trabaja en dispositivos ambulatorios, el 30% en hospitales psiquiátricos y el 8% en hospitales generales. En síntesis; sobre el conjunto de profesionales de salud mental, un alto porcentaje continúa laborando en hospitales psiquiátricos (42%) (OPS, 2013).

Considerando el carácter protagónico que adquiere la ciudadana y de manera particular las **asociaciones de usuarios/as y familiares** en el ámbito de la salud mental, resulta preocupante la escasa participación de las organizaciones de la sociedad civil, el bajo apoyo de los profesionales de salud para estimular, motivar y empoderar a estos grupos de actores, y la falta de soporte financiero desde los Estados a estas iniciativas (OPS, 2013, 2015).

El principio de **enfoque multisectorial** que plantea el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 requiere la implementación de espacios de

coordinación y cooperación, pero en la Región se evidencia una escasa coordinación del sector salud con otros sectores como educación y justicia (OPS, 2013).

En resumen, si bien en la Región se evidencian avances, hay aspectos que requieren esfuerzos significativos por parte de los países, especialmente porque la inversión en salud mental es escasa, los hospitales psiquiátricos siguen controlando la mayor parte de los recursos financieros destinados a la salud mental y ejecutando la mayoría de las atenciones.

1.2.2 En Europa

Los problemas de salud mental graves representan la **mayor carga de salud** en Europa y ocasionan a la Unión Europea unos costes que se estiman entre el 3 al 4% del PIB, sobre todo por las pérdidas de productividad. Los problemas psíquicos constituyen en la Región una de las principales causas de jubilación anticipada y de recepción de pensiones por discapacidad (CdE, 2005).

De acuerdo a las diferentes **condiciones socioeconómicas** de los países europeos y al interior de cada uno de ellos, existen grandes variaciones en las frecuencias de los diversos problemas de salud mental, así como en la provisión de recursos para su atención. Datos de la OMS, estiman que más del 27% de la población adulta de la Región (entre 18 y 65 años) ha experimentado al menos un sufrimiento mental en el último año (83 millones de personas). La información desagregada por **género** revela que las tasas de sufrimiento mental grave son más altas para las mujeres (33,2 por 100.000 habitantes) respecto a las de los hombres (21,7 por 100.000 habitantes), exceptuando las tasas de consumo de sustancias y trastornos psicóticos que se presentan similares para ambos sexos (OMS, 2018). Esta realidad conlleva a que los **trastornos neuropsiquiátricos** (15,2%) sean la tercera causa de AVAD. Entre las quince causas principales de AVAD, los trastornos depresivos (3,8%) representan la tercera causa (Wittchen et al, 2005). Además, contribuyen en gran medida a las enfermedades crónicas y representan el 36,1% de los atribuibles a todas las causas (OMS, 2014a).

Una investigación llevada a cabo por el Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología, la cual involucró a 514 millones de personas de todos los grupos de edad, evidencia que el 38% de la población (unos 164 millones de personas) sobrelleva algún problema de salud mental, siendo los problemas más comunes la ansiedad (14%), el insomnio (7%) y la depresión grave (6,9%). El informe también señala que los episodios depresivos en las mujeres se han duplicado desde los años 70 a la fecha y que, la mayoría de los casos sucede en los años reproductivos de la mujer. Como un factor probable de esta situación se argumenta el cambio en los patrones sociales, (la doble responsabilidad de cuidar a la familia y mantener un empleo) (ECNP, 2011).

Existen otras entidades científicas europeas que también proporcionan información sobre salud mental en colectivos específicos, por ejemplo, una publicación del 2018 sobre la asociación entre la edad y el curso del **trastorno depresivo mayor** revela que, las personas de edad avanzada podrían tener un peor curso que las personas más jóvenes o de mediana edad (Schaalxs et al., 2018).

Un ejemplo de las variaciones en las frecuencias de los diversos problemas de salud mental entre los países de la Región se puede apreciar en las tasas de **suicidios**, que va de una tasa de 3,6 en Grecia, a una tasa de 44 en Lituania (la más alta del mundo) (CdE, 2005). El suicidio representa el 17,6% de todas las muertes entre adultos jóvenes de 15 a 29 años en países de altos ingresos, siendo la segunda causa de muerte después de los accidentes de tráfico. Sumado a lo anterior, el 90% de los suicidios se pueden atribuir a algún tipo de sufrimiento mental y, pese a lo alarmante de la problemática, solo 13 países de la UE han implementado una estrategia nacional de prevención (OMS, 2018).

En relación a los **servicios de salud mental**, la tasa combinada de camas psiquiátricas tiene una tasa media de 72 por 100.000 habitantes en unidades hospitalarias psiquiátricas comunitarias, unidades en hospitales generales y hospitales psiquiátricos, aunque se presentan variaciones entre los países. Y respecto a los **profesionales de salud mental**, la tasa media de psiquiatras es de 9 por 100.000 habitantes; y, si bien, en la mayor parte de los países de la UE los médicos familiares atienden los sufrimientos mentales graves, no obstante, en la generalidad de los países se espera que sean los especialistas quienes brinden tratamiento (OMS, 2018).

Dada la trascendencia de la salud mental en la Región, la OMS elabora el *Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013–2020* (OMS, 2015c), cuyas metas son: 1) todos tienen la misma oportunidad de alcanzar el bienestar mental a lo largo de su vida, particularmente a los más vulnerables o en situación de riesgo; 2) los derechos humanos son plenamente valorados, respetados y promovidos; 3) los servicios de salud mental son accesibles, competentes, asequibles, y están disponibles en comunidad según la necesidad; 4) derecho a un trato respetuoso, seguro y efectivo; 5) los sistemas de salud proporcionan una buena atención de salud física y mental para todos; 6) los sistemas de salud mental funcionan en asociación bien coordinada con otros sectores; 7) la gobernanza y la entrega de la salud mental se basan en buena información y conocimiento.

En síntesis, el Plan 2013-2020 especifica que en la Región Europea las asimetrías son significativas dentro y entre países (hay una variación de 100 veces en el PIB per cápita entre los países). También expone que las personas empobrecidas presentan más riesgo de tener problemas de salud mental, esto asociado a la

estigmatización y la discriminación social que también se refleja en los servicios de salud. Por lo tanto, es de vital importancia entender que la situación de salud mental en la Región es consecuencia y causa de desigualdades (OMS, 2015c).

1.2.3. Normativa supranacional en salud mental

A nivel internacional, se cuentan con bastos documentos relativos a la salud mental y los derechos de las personas con sufrimiento mental grave, los principales son:

- **Declaración universal de los derechos humanos de las Naciones Unidas** (ONU, 1948). Establece que todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y deberes.
- **Declaración Alma-Ata** (OPS, 1978). Atención primaria en salud como elemento transversal para todas las personas.
- **Declaración de Hawái** (WPA, 1983). Recoge los requisitos éticos mínimos en psiquiatría en base a la ética.
- **Carta de Ottawa para la promoción de la salud** (OMS, 1986). Define líneas estratégicas como la elaboración de políticas públicas saludables.
- **Declaración de Luxor sobre los derechos humanos para los enfermos mentales** (WFMH, 1989). Especifica la existencia de derechos en términos de tratamiento, no discriminación y trabajo.
- **Declaración de Caracas** (OPS, 1990). Concreta las bases de la reforma a la salud mental en América Latina y define los compromisos asumidos por los países de la Región.
- **Principios de las Personas con Trastornos Mentales** (ONU, 1991). Delimita los estándares de atención en la comunidad, para poder vivir y trabajar.
- **Recomendación 1235 sobre psiquiatría y derechos humanos** (CdE, 1994). Establece medidas legales que garanticen los derechos los pacientes.
- **Ley sobre Cuidados de Salud Mental: Diez Principios Básicos** (OMS, 1996). Contiene análisis comparativo de leyes nacionales sobre salud mental y sugerencias.
- **Convenio de derechos humanos y biomedicina o Convenio de Asturias** (CdE, 1997). Relaciona la bioética con la defensa y promoción de los derechos humanos.
- **Declaración de Madrid** (ONU, 1996). Revisa las normas éticas de comportamiento de los psiquiatras.
- **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de La Salud en el Siglo XXI** (OMS, 1997). Reconoce la importancia de la acción sobre los factores determinantes de la salud.
- **Libro blanco de protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen de trastorno mental del comité de bioética** (CdE,

- 2000 en GVA, 2018a). Aborda los procedimientos de ingreso involuntario.
- **Resolución sobre la promoción de la salud mental** (CdE, 2000). Invita a incluir en las políticas sanitarias la prevención y promoción de la salud mental.
 - **Conclusiones sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión** (CdE, 2002). Reconoce la importancia de fomentar la salud mental.
 - **Programa mundial de acción en salud mental** (ONU, 1982). Plantea la brecha que existe entre la atención sanitaria en general y salud mental.
 - **Conclusiones de la conferencia europea sobre la enfermedad mental y la estigmatización** (CdE, 2003). Señala la importancia de combatir la discriminación.
 - **Recomendación relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastorno mental** (CdE, 2004, en GVA, 2018a). Presenta recomendaciones para medir el grado de cumplimiento de las políticas.
 - **Declaración de Helsinki y plan de acción europeo para la salud mental** (OMS, 2005). Reconoce a la salud mental como aspecto fundamental en una buena calidad de vida.
 - **Libro verde sobre la salud mental 2005: mejorar la salud mental de la población** (CdE, 2005). Presenta los resultados de la consulta pública para mejorar la gestión de las enfermedades mentales en Europa.
 - **Recomendación sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales** (CdE, 2009). Propuestas para evitar la discriminación de las personas con sufrimiento mental grave.

CAPITULO 2:

Psiquiatría y Antipsiquiatría

2.1. Desarrollo histórico

Personas con padecimiento mental grave han existido siempre y las sociedades han creado diversas estrategias para abordar la problemática. La psiquiatría y la psicología son las principales disciplinas que estudian los problemas de salud mental, las mismas se han transformado a través del tiempo, hecho que sustenta el realizar un pequeño recorrido histórico hasta llegar a las reformas más actuales (Novella, 2008).

Uno de los primeros escritos sobre la salud mental se encuentra en los tratados que forman el Corpus Hippocraticum (alrededor de 60 obras que constituyen el texto médico más amplio y antiguo que haya sobrevivido desde la remota antigüedad), atribuido al griego Hipócrates (460 y 370 A.C.), donde se describe la *teoría de los humores corporales*, paradigma que fue el punto de vista más común del conocimiento médico hasta la llegada de la medicina moderna en el siglo XIX. En esta teoría se plantea que el temperamento de las personas está determinado por la producción de cuatro fluidos corporales, indicativos del estado de salud y que explican los comportamientos y reacciones. De la teoría de los humores se deriva una de las *teorías de los temperamentos* que clasifica a las personas en: a) coléricas, afectadas por la bilis amarilla y relacionadas con el elemento fuego, b) sanguíneas, cuyo temperamento cambiaría con el volumen de sangre, c) melancólicas, donde la abundancia de bilis negra daría paso a la melancolía y, d) flemáticas, en el cual el exceso de flema controlaría el temperamento (Finkielman, 2011).

En el *contexto europeo*, el encuentro de diferentes culturas permitió una enseñanza médica, como la Escuela de Salerno en Italia (850-1300), donde la tradición de Hipócrates y Galeno fue enriquecida por textos árabes (Rocha, 2005).

Durante la Edad Media, el cristianismo como religión oficial impulsó una *visión de la locura como castigo divino*, prohibiendo creencias, ritos y tradiciones profundamente enraizadas en las culturas populares (Rocha, 2005). En este escenario, la fundación de los primeros hospitales para enfermos mentales estuvo motivada por la caridad y la misericordia. Tal es el caso del Hospital de los Inocentes, Locos y Orates (Valencia, España) instituido en 1410, el cual es considerado el primer asilo destinado a personas pobres, inocentes y furiosas que deambulaban por las

calles haciendo locuras, siendo el internamiento la solución para que no sufrieran daños de otras personas y para mantener el orden público (López-Ibor, 2008).

Es interesante destacar que las y los internos realizaban actividades “de colaboración” dentro del hospital como eran las tareas de hilado, limpieza y quehaceres domésticos, lo cual estaba acorde al nuevo valor otorgado al trabajo a partir del siglo XVI (Novella, 2008); posteriormente el hospital acogió a toda clase de marginados (López-Ibor, 2008).

Respecto a la terapéutica adoptada entre los siglos XV y XVIII, esta era muy diversa pero sobre todo metafísica, donde curanderos y hechiceros recurrían a las hierbas medicinales; la iglesia a los exorcismos para alejar al demonio; y, los médicos diplomados a dietas rigurosas y duchas de agua fría (Sacristán, 2009). Según diversos estudios, el gran encierro de “los locos” acontece a partir de la segunda mitad del siglo XVII, producto de una ley civil que condenaba sobre todo la inactividad de las personas, en ningún caso el encierro era por prescripción médica. Con la reclusión “el loco” será comparado con el criminal, con quien comparte un espacio, un tratamiento y una supuesta reintegración social. Dada esta comparación, a partir de ese momento tres calificativos se vincularán al enfermo mental: criminal, alienado y culpable (Forner, 2013).

La obra de René Descartes (1596-1650) aporta a la ciencia moderna y a la medicina un concepto trascendental para el desarrollo de ambas: **el método cartesiano** para llegar a la verdad con base en la duda metódica, el análisis, la síntesis y la comprobación. **El racionalismo** abre una nueva postura frente a la realidad, su raíz es la búsqueda de la certeza en la adquisición del conocimiento (Rocha, 2005). En el siglo XIX, la construcción racionalista se consolida y se perfecciona y es en este contexto en que se produce el **triunfo de la especialidad médica sobre la religión** en lo referente a la atención psiquiátrica (Bravo Lira, 2009).

Entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, a hombres y mujeres considerados improductivos, con problemas de salud mental o inadaptados a la sociedad moderna se les comenzó a llamar *alienados mentales* (Duffau, 2015). En consecuencia, en la academia surgen los primeros **alienistas**, quienes idearon el *tratamiento moral* sustentado en una cura de aislamiento, donde el médico establecía un supuesto diálogo con el resto de razón subsistente en el paciente para reconducir su voluntad; tratamiento que sirvió para legitimar a la nascente psiquiatría como el conocimiento experto en la enfermedad mental (Sacristán, 2009). Cabe señalar que, en esos tiempos, el asilo se justificaba como un símbolo de la sociedad desarrollada, dado que no dejaba a los enfermos o dependientes en las calles o ignorados (Novella, 2017).

A modo de extensión reflexiva, cabe anotar, que en Latinoamérica se utilizaba y se sigue utilizando la **medicina indígena y la psiquiatría popular**, con el curandero o chaman como figura de sobresaliente impacto socio-cultural e histórico, de modo que la influencia racionalista no ha logrado abolir otras formas de percibir la vida, donde un alto porcentaje de la población sigue curándose de acuerdo con patrones que no son de la medicina occidental (Viesca, 2006).

2.2. Institucionalización psiquiátrica

A partir del siglo XIX se configura la época de asistencia psiquiátrica institucionalizada y, nace **el manicomio** como un espacio esencialmente terapéutico, donde el confinamiento posibilitaría comprender la naturaleza de una enfermedad tan escurridiza como la locura (Shorter, 2007); sin embargo, lo social fue completamente olvidado en la práctica médica (Sacristán, 2009). Así, el manicomio que surgió aparentemente motivado por nobles deseos, resultó ser una estrategia disciplinar cuyo objetivo fue someter a *los desviados* y para cumplir con este objetivo se realizaron controvertidos experimentos con seres humanos (Díaz, 2006). En este escenario, los **peritajes médicos** se convierten en un espacio judicial, donde se acusa, juzga y condena gracias al alienista, agente decisivo en los internamientos involuntarios que surgieron en Francia y se extendieron a toda Europa y América; y, que da origen al mito del enfermo mental peligroso (Maya, 2015).

En los discursos biológicos del siglo XIX sobre la degeneración surge **el racismo**, en el cual el Estado ocupa un rol de protector de la integridad social amenazada por los desviados, y que produce la sociedad de forma aparentemente accidental (Díaz, 2006). Aparecen métodos como la **frenología**, desarrollada por el alemán Franz Gall (1758-1828) el que plantea la posibilidad de determinar el carácter y tendencias criminales de una persona a través de investigaciones antropométricas que relacionan la forma del cráneo (Spóta, 2014). Francis Galton (1822-1911) avanzó arguyendo que dichas condiciones eran patologías hereditarias, y que por el bien de la humanidad se debía promover **la eugenesia** y la no procreación de personas con locura, demencia, epilepsia y retardo mental (Chico Librán, 2016).

En el siglo XX, Estados Unidos es el primer país donde el ejercicio del poder médico se acciona en toda la población mediante la imposición de la ley de la eugenesia (Estado de Indiana entre 1907 a 1967), esterilizando sin su consentimiento a miles de personas etiquetadas como *débiles mentales* (Pérez, 2012).



FIGURA 1. Primeras terapias para los problemas mentales graves.

Fuente: Museo de psiquiatría Dr. Guislain. Bélgica.

Las **terapias de choque** estuvieron vigentes desde la década del treinta, entre ellas la lobotomía propuesta por Egas Moniz (1874-1955) psiquiatra y neurocirujano portugués. Se trata de un método irreversible que consistía en realizar varias perforaciones en ambos lados de la cabeza para producir daño en el tejido cerebral; procedimiento por el que se le otorgó el Premio Nobel de Medicina en 1949 (Buzzi, 2010). Este método fue modificado por Walter Freeman (1895-1972), quien propone la **lobotomía transorbital** para cortar las conexiones nerviosas del lóbulo frontal del cerebro a pacientes con problemas severos y supuestamente intratables (Balcells, 2014). Otra técnica generalizada fue el **electroshock** el cual provoca convulsiones utilizando la electricidad con graves daños físicos y psicológicos al ser aplicado sin anestesia (Pérez, 2012).

En la década de los cincuenta se introducen los **psicofármacos**, y el asilo pasó a ser el contexto adecuado para probar todo tipo de tratamientos somáticos, en pos de mitigar las manifestaciones disruptivas de la enfermedad. En un comienzo se buscaba solo la acción sedativa, en la actualidad los psicofármacos contribuyen al tratamiento del sufrimiento mental y se siguen investigando para disminuir sus efectos secundarios (Novella, 2008).

2.3. Desinstitucionalización

Después de la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra y Estados Unidos, la profunda crisis del asilo como institución terapéutica, colocó en primer plano el debate sobre las alternativas a la atención institucional, estimulado por la creciente influencia de las teorías psicoanalíticas del neurólogo austriaco Sigmund Freud, que conceden un mayor protagonismo a los síntomas del paciente como medio terapéutico (Cazzaniga, et al., 2015).

Aunque el término **antipsiquiatría** se le atribuye al psiquiatra sudafricano David Cooper (1931-1986), hoy en día sirve para designar al movimiento político de impugnación radical en contra de la patologización que hubo desde los años cincuenta hasta mediados de los setenta (Vásquez, 2011). En este contexto, la expresión adquirió un sentido positivo de crítica desde la propia academia y de transformación en la práctica de la institución asilar. Entre los problemas que se indicaban era la utilización de los problemas de salud mental para patologizar la heterogeneidad humana, el mal diagnóstico y la estigmatización hacia las personas que la padecen (Pérez, 2012).

La antipsiquiatría se enriquece con valiosos aportes teóricos-prácticos. En Gran Bretaña _con Ronald Laing (1927-1989), inspirado por la filosofía **existencialista** de Sartre y, con el mismo Cooper_ se desarrollaron **comunidades terapéuticas**, proceso que comprende la creación de espacios para acompañar y acoger la existencia particular del sujeto y su crisis subjetiva. En Estados Unidos, Thomas Szasz (1920-2012) denuncia el “mito” de la enfermedad mental y plantea una antipsiquiatría centrada en el respeto de los **derechos civiles**.

Otro aporte clave lo realiza Michel Foucault (1926-1984) al desnaturalizar a la enfermedad mental en su célebre *Historia de la locura*, con gran influencia hasta el día de hoy pues en Francia el tratamiento se reorientó a la participación de los internos en la toma de decisiones evitando las terapias más agresivas (Vásquez, 2011). Foucault (1984) argumenta la existencia de una relación **dialéctica** entre el enfermo y la sociedad, tanto en la génesis del padecimiento como en su curación, de esta forma, cuando el enfermo no se sienta alineado podrá volver a la sanidad, comprendiendo así el padecimiento mental como consecuencia de las contradicciones sociales (Foucault, 1984).

Desde una perspectiva de cambio social, el movimiento italiano liderado por el psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) establece una estrategia de lucha militante centrada en la transformación de las relaciones de poder al interior del manicomio (Cea Madrid, et al, 2016). Plantea una psiquiatría democrática, social y comunitaria, que cambia la orientación de la enfermedad hacia el sujeto, provocando en la sociedad un nuevo modo de percibir la locura mediante el **cierre de los manicomios** (Evaristo, 2011). Esta corriente provoca una reacción en cadena en los países de occidente donde se abre la discusión a un nuevo sistema de salud siendo la desinstitucionalización psiquiátrica el punto de partida para la construcción de un nuevo paradigma (Novella, 2017).

En los años setenta, adquieren protagonismo las luchas de emancipación impulsadas por los mismos “*locos*” en rechazo a las prácticas de la psiquiatría dominante, las mismas van conformando los **movimientos de familiares y usuarios/as** bajo el principio de ayuda mutua y toma de conciencia de sus derechos ciudadana-

nos. Estos movimientos, junto a la crítica existente y a la medicalización mercantil, son los pilares de la nueva lógica antipsiquiatría motivados por la humanización del modelo médico (Pérez, 2012).

Desde los años 80 en adelante se observa, a nivel mundial, un cambio profundo en la atención y en las políticas de salud mental, con propuestas de superación del viejo modelo asistencial por el comunitario (Novella, 2008).

Actualmente, la OMS (2014) define la **desinstitucionalización** como un proceso en el que las personas que sufren problemas mentales graves no se encuentran confinadas en hospitales psiquiátricos, sino que se les proporciona una atención digna e integral para prevenir situaciones de exclusión, discriminación y cronicación.

2.4. Exclusión y estigmatización

La evidencia sugiere que, pese a la mayor visibilidad de la salud mental en la agenda pública de los países y de los cambios significativos en su abordaje, sigue habiendo en la práctica una profunda desigualdad que se materializa en estigmatización y discriminación hacia las personas con problemas de salud mental. El problema viene de la mano de la **vulnerabilidad social**, fenómeno social distintivo de las sociedades modernas y que es conceptualizada como un aumento de la indefensión e inseguridad en personas de ingresos medios y bajos, las que experimentan una marcada exposición a riesgos (CEPAL, 2011).

Los **factores de riesgos objetivos** serían la precarización laboral, el desigual acceso a salud, educación y seguridad social, y el debilitamiento de la organización social frente a los grupos empresariales. Mientras que los **factores de riesgos subjetivos** serían el menor rol de Estado en su función protectora, los cambios en la familia y en las relaciones sociales la predominancia de valores que fomentan el esfuerzo individual por sobre los valores colectivos (CEPAL, 2011; Castel, 1997). Desde esta mirada, las personas con sufrimiento mental grave constituyen una categoría vulnerable ya que una gran desigualdad que les afecta es su difícil acceso al mundo del trabajo.

Erving Goffman (1922-1982) plantea el concepto de **estigma** para reflejar la desvaloración social dada por la contradicción entre las características que debería tener una persona según las normas culturales y las características que presenta realmente; se trata entonces de un juicio social que puede variar con el tiempo y entre culturas (Goffman, 1963). El **autoestigma** refiere al proceso mediante el cual una persona crea una imagen estigmatizada de sí misma como resultado de la inter-

nalización de dicho estigma, es decir, aceptando para sí las conceptos y creencias negativas que ha recibido, disminuyendo su autoestima y su autoeficacia (Corrigan & Watson, 2002).

Desde los modelos psicosociales se traza la manifestación del estigma en tres aspectos del comportamiento social: 1. los **estereotipos** que representan las creencias compartidas sobre lo que particulariza o diferencia a un determinado grupo de personas; 2. los **prejuicios**, definidos como las actitudes y valoraciones con base en una suposición estereotipada, con una carga afectiva positiva (favorable) o negativa (desfavorable); y, 3. la **discriminación** que simboliza las conductas y prácticas sociales de rechazo a diversos grupos (Pratt, 1971; Ottati, et al., 2005; ONU, 1991).

Específicamente dentro del colectivo de personas con discapacidad, **la discriminación tiene mayor incidencia en las personas con sufrimiento mental grave**, sus familias y su entorno (Basaglia, 1978, 1979), debido a los efectos de la propia patología y al estigma asociado a la enfermedad mental. Los datos de diversos estudios indican que más del 50% de las personas con problemas de salud mental dicen sentirse rechazados, hecho que limita su red social y dificulta su acceso a servicios de apoyo y ayuda (Muñoz et al, 2011; Guillén & Muñoz, 2011; Tewenge et al, 2003).

Un estigma frecuente es la asociación entre problemas de salud mental y hechos violentos e incurabilidad, por lo que la **peligrosidad** forma parte del prejuicio social. La evidencia de numerosas investigaciones determina que un alto porcentaje de la población considera a las personas con esquizofrenia como peligrosas (43%), encontrándose la mayor carga de estigma en la comunidad y entorno laboral (Runte, 2005).

Adicionalmente cabe señalar que, los datos confirman que las personas con sufrimiento mental grave no son más peligrosas que el resto de personas, y que la mayoría nunca cometerán actos violentos. El riesgo de que una persona con esta condición sea agresiva puede darse cuando está cursando por una crisis con síntomas psicóticos paranoides (sentimiento de que su vida está amenazada) y/o cuando hay una patología dual con uso de alcohol y otras drogas (Runte, 2005; Fazel et al., 2009; 2009a; Costa et. al., 2018).

Lohr y Flynn (1992) sostienen que el estigma asociado a un problema de salud mental grave es la principal causa del prolongamiento en las **internaciones** (en Runte, 2005). Afirmación que concuerda con estudios de opinión en los cuales la mayoría de las y los entrevistados (70%) creen que las personas que sufren esquizofrenia son impredecibles, de difícil comunicación y capaces de autoagresión (Crisp et al, 2000 en Runte, 2005).

Por todo lo expuesto, el sufrimiento mental es considerado el problema de salud **más estigmatizante y estigmatizado**, discriminación que se manifiesta en todos los estratos sociales. Sin embargo, también existe evidencia respecto a que la convivencia con personas con este tipo de padecimiento estimula actitudes más favorables (OPS, 2009).

Pero, el estigma también se visibiliza en la organización de los servicios de salud, hecho que se observa cuando los profesionales piensan que solo ellos o los familiares pueden tomar decisiones acertadas acerca de una persona con padecimiento psíquico, cayendo en el paternalismo (OMS, 2010b; Costa et al., 2018) La persona a la que no se le permite tomar decisiones, se vuelve dependiente de las relaciones con sus familiares y/o de las instituciones asistenciales, de ahí que haya miedo al diagnóstico (Vicente et al., 2005).

Se ha documentado en diferentes investigaciones que el estigma tiene **efectos perversos y duraderos** en el bienestar de las personas con sufrimiento mental, aun cuando los síntomas y el funcionamiento social mejoren, hecho que se asocia con síntomas depresivos-ansiosos, aislamiento psicológico y baja satisfacción vital (Muñoz, et al., 2011; Costa, et al., 2018).

Diversas barreras, asociadas al estigma y la discriminación, limitan la participación de las personas con sufrimiento mental (OMS, 2012d), entre estas se encuentran: presentar **baja autoestima** y pensar que no poseen capacidades para participar en actividades; algunos familiares suelen sentir **vergüenza** y no motivar o no permitir su participación; y, **creencias** negativas e irracionales acerca de la discapacidad en la comunidad.

Relacionado con el acto discriminatorio, es también frecuente que las personas con enfermedad mental presenten **bajo porcentaje de acceso al trabajo**. Algunos estudios evidencian que más del 30% de los participantes indica haber sido rechazado de un puesto para el cual estaba cualificado cuando indicó que padecía un problema de salud mental grave y/o le disminuyeron en su categoría si se encontraban trabajando, incluso suelen ser desestimados para trabajos voluntarios (Runte, 2005).

Considerando que la importancia de la **comunicación** es cada vez mayor en un mundo globalizado, los medios de información ejercen impacto sobre la opinión de la población. Ante esta situación, un estudio que analiza los diálogos en programas de **televisión** con grandes audiencias, arroja que las personas menos valoradas son las que padecen una patología mental encasillándolas como: **temidos, rechazados, causantes de vergüenza y castigados**. Asimismo, en la **prensa escrita** una investigación devela que las noticias relacionadas con enfermedad mental suelen ubicarse en la sección de sucesos, preestableciendo una relación entre hechos

delictivos (crimen y asesinato) y patologías mentales, y cuando se realiza una noticia positiva lo que se destaca es la minusvalía (Runte, 2005).

Ante esta realidad, se postula como punto sustancial el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y sus familias, como estrategia que les permita participar activamente, disminuir el estigma y defender sus derechos (OMS, 2010b).

2.5. Estigma y empoderamiento

El *empoderamiento* es conceptualizado como el proceso de acceso a los recursos y desarrollo de capacidades y habilidades, que permiten participar activamente en la definición de la propia vida y la de su comunidad como sujetos portadores de derechos (CE, 1998). Tiene su origen en las estrategias de la educación popular de los años sesenta, desarrolladas por el brasileño Paulo Freire (1921-1997), quien sostiene que las personas empoderadas se convierten en *sujetos* de sus propias vidas y desarrollan una *conciencia crítica*, es decir, comprenden su entorno social y actúan en él para transformarlo. De ahí la *importancia* de contar con personas con problemas de salud mental grave empoderadas, para mejorar su calidad de vida.

De manera individual, personas empoderadas-incrementan sus niveles de confianza para responder a sus propias necesidades y como colectivo, el empoderamiento es esencial para asumir liderazgos y participar en igualdad de condiciones en los ámbitos de toma de decisiones que les afectan, tales como: promover su propia salud, interactuar de forma eficaz y de forma activa con los servicios de salud y en la gestión de su enfermedad (OMS, 2016c, OPS, 2009). Este empoderamiento debe realizarse *conjuntamente en la comunidad* para modificar su entorno político y social y mejorar sus condiciones de vida (OMS, 2010b).

CAPÍTULO 3

Salud Pública y Salud Mental

La Salud Pública definida como “*el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo*” (OMS, 2012, p. 47), engloba el desarrollo de un proceso **social y político** destinado a mejorar la calidad de vida (OMS, 2004b), en consecuencia, se enfoca en la promoción de estilos de vida saludables, prevención de enfermedades e intervenciones en salud desde una perspectiva intersectorial, multidisciplinaria y comunitaria (Bañuelos, et al., 2016).

3.1. Promoción de la salud

La promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública. La **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud** (1986), la define como el proceso que permite a las personas aumentar el control de riesgos y mejorar su salud. En este documento el concepto de salud se entiende como un bienestar que trasciende al sector sanitario y enfatiza lo social, con **estrategias de acción** que incluyen políticas públicas saludables, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud (OMS, 1986).

Por su parte, **las políticas públicas en salud** se definen como el conjunto de acciones y competencias del Estado dirigidas hacia la promoción de la salud con el objeto de alcanzar la equidad sanitaria, asegurar la igualdad de oportunidades y de medios para que las personas puedan desarrollar su máximo potencial, subrayando que los factores sobre los cuales las personas tienen poca injerencia o control deben ser abordados por dichas políticas para lograr un cambio social (Cuesta, et al., 2016).

En consecuencia, la promoción de la salud como función principal de la salud pública favorece el **desarrollo social y personal** por lo que requiere de información y educación sanitaria, no solo para la población en general, sino también, para todo el personal sanitario con la finalidad de que este brinde una atención integral y acorde a las necesidades culturales de las personas, lo que se denomina la **reorientación de los servicios sanitarios** (OMS, 1986).

3.2 Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental involucra acciones de apoyo a las personas para que adopten y mantengan estrategias saludables, y creen condiciones de

vida y ambientes que fortalezcan la salud mental; su enfoque es la **salud mental positiva** y su principal objetivo el empoderamiento de la ciudadanía en salud, y la participación social como mecanismo necesario para su sostenibilidad (OPS, 2009, OMS, 2004b).

En la promoción de la salud mental son también relevantes los **activos en salud**, que se refiere a factores que *potencian las capacidades* de las personas y grupos sociales para que participen en la toma de decisiones. Desde este punto de vista, una forma de diagnosticar e intervenir en *los problemas de salud* de una comunidad, es a partir de las ventajas identificadas en un mapa de activos (Hernán, et al., 2010) con acciones encauzadas desde un enfoque de derechos, bajo los principios de equidad en salud, coordinadas intersectorialmente y considerando los procesos histórico-sociales de cada territorio (OPS, 2009).

En el ámbito de la salud pública y la promoción de la salud (OPS, 2009, OMS, 2004b) existen **recomendaciones** y orientaciones para realizar intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental en el territorio:

Tabla 1. Orientaciones para la promoción de la salud mental

Derechos	Promover y respetar la justicia social para garantizar los derechos humanos, intervenir en los determinantes sociales de la salud mental y entender su importancia para el bienestar y desarrollo humano.
Condiciones económico-sociales	Mejorar los estilos de vida de la comunidad, promover el empoderamiento y la participación social. Combatir las causas de la violencia, de la exclusión y de la falta de cuidados, mediante la implementación de políticas públicas.
Empoderamiento	Implica la capacitación de los grupos en desventaja para que puedan superar barreras, defender y ejercer sus derechos.
Políticas y normativas	Contenedoras de estrategias y líneas de acción intersectoriales y con los dispositivos de atención primaria en salud mental.
Conocimientos científico y práctico	Desarrollados de forma participativa entre la comunidad científica y los movimientos socio-políticos, más allá del enfoque biomédico, para la investigación formativa de la sociedad.
Programas según ciclo de vida	Implementar programas para las distintas edades con el fin de garantizar la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.
Programas para grupos vulnerables	Son las personas con sufrimientos psíquicos prolongados, sus cuidadores y familiares.

Fuente: Salud mental en la comunidad (OPS, 2009).

3.3 Determinantes de la Salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS en su informe 2008 define a los mismo como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos” (OPS, 2011, 1). Por tanto, son factores que influyen en el bienestar o en el apareamiento de enfermedades en grupos poblacionales y en individuos, y requieren de intervenciones efectivas (OMS, 2008b; Cuesta et al, 2016).

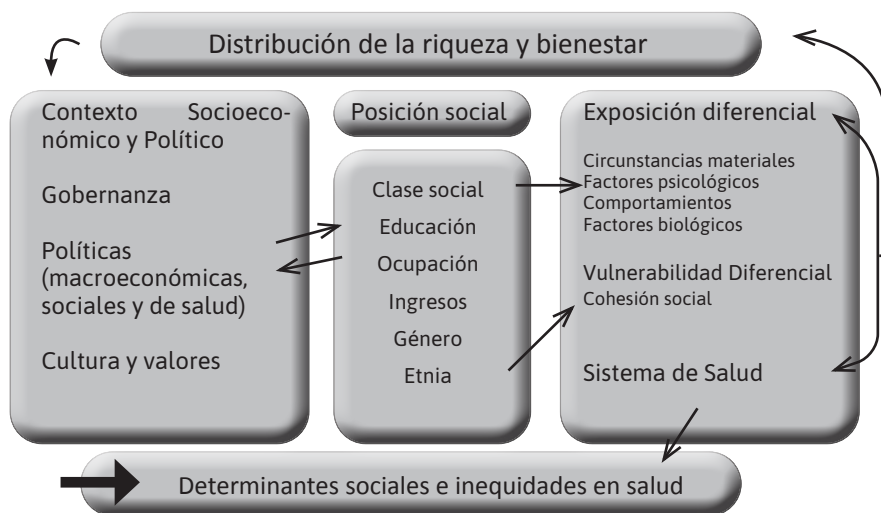


FIGURA 2. Determinantes de la salud (OPS, 2011).

Un aspecto importante a considerar se refiere a los mecanismos a través de los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden establecer los propios determinantes sociales de la salud. Así, los mecanismos de estratificación social, junto con los elementos del contexto socioeconómico y político, conforman lo que se denomina *determinantes sociales de las inequidades en salud* (OMS, 2012a).

El marco de análisis para comprender los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud y sus repercusiones sobre la equidad sanitaria contempla el análisis, la intervención y la medición de cinco niveles: 1) contexto socioeconómico y político, 2) exposición diferencial, 3) vulnerabilidad diferencial, 4) resultados diferenciales en salud y, 5) consecuencias diferenciales en salud (López & Laviana, 2007; Blas-OMS, 2010).

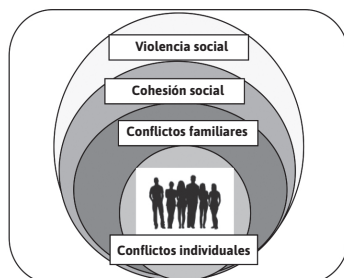
FIGURA 3. Marco de análisis para comprender los determinantes de la salud (OMS, 2010c).



3.4. Determinantes de la salud mental

En el campo de la salud mental existen determinantes sociales que son fundamentales de abordar, en razón del impacto positivo o negativo que ejercen en ella, estos determinantes -se clasifican en diversos niveles (OMS, 2004b).

FIGURA 4. Determinantes de la salud mental (OPS, 2009). Elaboración propia.



La ausencia de determinantes positivos para la salud y la presencia de factores perjudiciales ejercen una mayor influencia en la aparición de **problemas de salud mental** y conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco, otras drogas, inactividad física y alimentación deficiente. Por ejemplo, el estar desempleado suele relacionarse con depresión y consumo de alcohol y otras drogas (OMS, 2010c, 2004b, OPS, 2009).

Tabla 2. Determinantes de riesgo de la salud mental

A nivel socioeconómico, político y ambiental	La inestabilidad económica asociada con indicadores de pobreza y exclusión social. Riesgo de violencia social producto de conflictos, desigualdades, aislamiento social y migraciones forzadas.
A nivel comunitario	Menor cohesión y menor conectividad social, pocos medios de apoyo y soporte social.
A nivel familiar	Condiciones de altas tasas de desempleo, bajos ingresos y educación limitada inciden en el aumento de violencia intrafamiliar. El reconocimiento de la propia insuficiencia proyecta un futuro incierto, que provoca miedo y ansiedad.
A nivel personal	Variables como el género (mujer), edad (niños y ancianos), mal manejo de conflictos individuales, estrés y bajo nivel de habilidades sociales.

Fuente: Salud mental en la comunidad (OPS, 2009).

En relación con los determinantes de la salud mental, las **actividades de la promoción de la salud mental** son principalmente sociopolíticas, y tienen como fin reducir el desempleo, mejorar la educación y el acceso a vivienda, disminuir los tipos de estigma y discriminación; y, trabajar intersectorialmente con los agentes de la salud y la comunidad (OMS, 2004b, Cardona, et al, 2016).

No obstante, existe una relación estrecha entre salud física y salud mental y sus complicaciones suelen también superponerse e incidir en una mayor carga de enfermedad y peor calidad de vida. La OMS, en el año de 1966, definió la **calidad de vida** como *la percepción que un individuo tiene de su lugar en la cultura, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones* (OPS, 2009). Asimismo, este organismo reconoce que los factores de riesgo conductuales afectan de forma desproporcionada a las personas con problemas de salud mental, por ejemplo, el consumo de tabaco, que en un alto porcentaje conlleva a otras enfermedades (OMS, 2016c, 2004b).

Por otra parte, dentro de los determinantes de la salud se ha desarrollado el concepto de **apoyo social**, con el propósito de explicar las diferencias en la distribución de algunas enfermedades físicas y mentales. Esta herramienta es importante porque las personas que están aisladas socialmente y en desventaja socioeconómica, son las que presentan mayores problemas de salud mental. El apoyo social tendría el efecto de aumentar el **bienestar emocional y físico** de las personas y/o de disminuir la probabilidad de secuelas negativas, además favorecería al cambio de conductas de los individuos, con consecuencias positivas para la salud (Castro, 1997). Unas de las formas de apoyo son las **redes sociales**, las que ayudan a alivianar la carga del estrés y el impacto de la enfermedad. Estas redes se construyen con la familia, la comunidad, los servicios y las políticas de salud mental (OPS, 2009; OMS, 2004b). De esto se deriva lo que se conoce como **capital social**, descrito como “*un conjunto de recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de inter-conocimiento y de inter-reconocimiento*” (Bourdieu, 1986, p. 249).

3.5 Modelo de salud mental comunitario en Ecuador, España e Italia

Antecedentes

Como se ha expuesto anteriormente, el modelo de salud mental centrado en el hospital psiquiátrico aislaba al paciente, lo estigmatizaba y no le ofrecía una integración en su entorno. A partir del modelo de salud comunitario se visualiza, como la mejor estrategia, la implementación de servicios de salud mental en la propia comunidad, para que las personas afectadas puedan recibir tratamiento y rehabilitación cerca de su familia, de sus redes sociales y de su entorno (OPS, 2009).

La **salud mental comunitaria** (López & Laviana, 2007, OPS, 2009) se basa en las siguientes dimensiones básicas:

- a) Es un planteamiento desde la **salud pública**, basada en el compromiso de atención a los problemas de salud mental en cada territorio, utilizando criterios epidemiológicos y orientadas a disminuir las inequidades en salud.
- b) Una **filosofía de la rehabilitación**, que orienta las intervenciones, preferentemente hacia la autonomía personal, la funcionalidad y la inclusión social.
- c) La organización de la atención mediante una **red de dispositivos** sanitarios y no sanitarios, que sitúa la mayoría de sus componentes fuera del ámbito hospitalario y en la comunidad.

d) Un funcionamiento que se basa en el **trabajo en equipo**, con mecanismos de coordinación que aseguren la continuidad de los cuidados y la participación de todos los actores (servicios, usuarios/as, familiares y colectivos sociales).

La combinación óptima de los servicios se aprecia en la gráfica de la pirámide, donde se observa que es imprescindible un nivel especializado en salud mental que organice territorial y multidisciplinariamente la atención, y se articule con el equipo de atención primaria, lo que conlleva un menor costo-beneficio (OPS, 2015).

FIGURA 5. Pirámide de la combinación óptima de los servicios OMS/WONCA (OPS, 2009).



Las ventajas del modelo comunitario se describen en la tabla que se aparece a continuación:

Tabla 3. Beneficios del modelo comunitario

Accesibilidad	Los servicios están cercanos a donde la gente vive y trabaja.
Asequibilidad	Menor costo que el que representan los hospitales para el Estado y menores costos indirectos para las personas (transporte, comida, horas gastadas).
Aceptabilidad	Reducción del estigma y de discriminación que ocurre cuando acude a un hospital psiquiátrico y menor exposición a violaciones de derechos a usuarios/as.
Atención integral	Intervención en diferentes aspectos relacionados con la salud como rehabilitación y reintegración social (vivienda, empleo, educación).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2009).

Para efecto de conocer cómo funciona el modelo comunitario de salud mental en los tres países que comprende el presente estudio, se procede a narrar aspectos significativos de cada uno.

3.5.1. Modelo de salud mental comunitario en Ecuador

Antecedentes

En términos generales, la situación del Sistema de Salud del Ecuador en el siglo XXI, es producto de fuertes transformaciones estructurales relacionadas con la globalización económica mundial, la implantación del modelo neoliberal y la aplicación de políticas de reducción del Estado, lo que significó una brusca disminución de los recursos y la profundización de la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables. En el año 2008, como parte importante de cambios en la gobernanza del país, se elabora la nueva Constitución de la República del Ecuador, y en concordancia se crea el Plan Nacional de Desarrollo denominado del Buen Vivir, hechos que son vitales para la reorientación del sistema sanitario hacia un modelo comunitario de salud mental (Jiménez, et al, 2017). Pero, desde el gobierno de Lenin Moreno (mayo, 2017), se realiza un nuevo programa de ajustes estructurales (según lineamientos del FMI y BM), que están implementando drásticos recortes en el presupuesto social, siendo el sector salud es uno de los más afectados.

Datos demográficos y sociales de Ecuador

Los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) que se presentan a continuación tienen relación con los determinantes de la salud, de allí su relevancia.

Ecuador tiene una superficie de 248.360 km², y según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2022), la población actual de Ecuador es de 17.895.131 habitantes (51% mujeres y 49% hombres); la esperanza de vida es de 76 años de edad, diferenciándose por sexo (80 años para la mujer y para el hombre 74,5 años); el perfil etario de la población se caracteriza por su juventud siendo la edad media de 28,4 años y el 38% es menor de 20 años y el 11% mayor de 60 años; la alfabetización de los mayores de 15 años logra un 93%. Un 64% de la población ecuatoriana vive en **zonas urbanas**, siendo la distribución de la población heterogénea, concentrándose principalmente en las ciudades de Guayaquil y Quito (la capital), ambas contienen casi una cuarta parte de la población del país.

De acuerdo al criterio de autoidentificación y pertenencia de una nacionalidad o pueblo, la población mestiza es la mayoritaria con 71,9%, el 7,4% montubia, el 7,2% afroecuatoriana, el 7% indígena, el 6,1% blanca, y el 0,4% de otras etnias; los idiomas oficiales son el español y el quichua. Si bien la tasa de **pobreza por ingresos** ha disminuido progresivamente a partir del año 2000, ubicándose a nivel nacional en 21% en el año 2016, sin embargo, por el nuevo cambio político-económico que vive actualmente el país la pobreza se viene incrementando de manera progresiva alcanzando al 40% en el año 2018 (INEC, 2017b, 2022).

Marco Normativo ecuatoriano

La base legal que sustenta el modelo comunitario en salud mental es el siguiente:

- **Constitución de la República de Ecuador** (CRE-ANE, 2008). El Estado es el responsable de establecer la formulación de políticas públicas que garanticen la atención integral de la salud y las medidas para garantizar el derecho *al trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades*.
- **El Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir-PNBV** (2009-2021). Asume objetivos vinculados con el derecho a la salud, como aumentar la calidad de vida de la población (SENPLADES, 2009, 2013, 2017).
- **Ley Orgánica de Salud** (Ecuador-LOS, 2006). Se reconoce a la violencia y el consumo de sustancias como problemas de salud pública (ANE, 2016).
- **Ley Orgánica de Discapacidades** (Ecuador-LODis, 2012) Establece normativas para prevenir y rehabilitar a personas con discapacidad.

- **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud MAIS-FCI** (MSP, 2012). Su objetivo es integrar y consolidar la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada en los tres niveles de atención con un enfoque preventivo. Destaca el intervenir en los determinantes de la salud mental y la Salud Mental Comunitaria.
- **Modelo de Atención de Salud Mental y Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017** (MSP, 2014). Aprobados en julio de 2014 mediante Acuerdo Ministerial 00004927. Es el documento de carácter intersectorial que utiliza el Estado para organizar la salud mental y sus actores (públicos y privados). Constituye un avance sustantivo al destacar el enfoque comunitario con base en la desinstitucionalización.

Sistema de Salud y de Salud Mental ecuatoriano

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) constituye la autoridad sanitaria a cargo de la coordinación del *Sistema Nacional de Salud*. En el 2013 se pone en marcha el *Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental* para alcanzar una cobertura nacional, a través de la ampliación de la cartera de servicios en modalidad ambulatorio (MSP, 2013). El Proyecto es ejecutado por la *Comisión de Salud Mental*, autoridad encargada de: a) asesorar al gobierno sobre políticas y legislación en salud mental; b) planificar, coordinar y supervisar los servicios de salud mental del país; y, c) capacitar al personal que trabaja en los servicios de salud mental (MSP, 2017).

El *Plan de Promoción en Salud Mental* que impulsa el Modelo, incluye el disminuir el estigma y la discriminación, promover un trabajo intersectorial de cooperación y corresponsabilidad, y potenciar la participación de las personas con problemas de salud mental y sus familias en los espacios de participación sanitaria y comunitarios. Respecto de la inclusión laboral, se indica que un porcentaje considerable de personas con sufrimiento mental grave presentan impedimentos para efectuar las actividades de la vida diaria, como el realizar un trabajo formal e incluso informal, volviéndose una condición discapacitante (MSP, 2014).

Gasto en salud mental en Ecuador

En el **2006** el presupuesto total del Ministerio de Salud Pública fue de 647 millones/dólares, de este monto casi 8 M/dólares (1,2%) se asignaron para acciones de salud mental y de esta asignación el 59% se destinó a hospitales psiquiátricos (OMS, 2008). Mientras que para el año 2014 el presupuesto establecido fue 2.160 M/dólares, de los cuales solo el 1,46% se estableció para salud mental, de este porcentaje el 28% se asignó a los hospitales psiquiátricos (OMS, 2015d). El principal destino del gasto de consumo final de salud del gobierno fueron los servicios hospitalarios

públicos que se incrementaron de 50% a 60%. El gasto incurrido para la generación del servicio de salud que se otorga de forma gratuita a la población alcanzó al 85% del gasto total anual (INEC, 2014b).

Si se comparan las cifras del 2014 con las del 2006 se observa un **significativo aumento en el presupuesto** para la salud, no obstante, del total determinado, el porcentaje asignado a salud mental representa un incremento porcentual bastante bajo, solo del 2,5%. Donde se observa avances es en el porcentaje del monto fijado para los hospitales psiquiátricos, con una reducción del 31% (OMS, 2015d).

Sin embargo, en los últimos años se ha observado que el financiamiento en salud mental ha sufrido variaciones, siendo el año 2015 el de mayor inversión, con 2599571.4 USD. Para el año 2020 no se registra monto de inversión realizada. Si se toma en cuenta solo este tipo de gasto, para el año 2019 el monto destinado a salud mental representó apenas el 0.06% del total asignado a salud, muy por debajo de la mediana de países de la región (2%) (MSP, 2022).

Servicios de Salud Mental en Ecuador

La **Red de Servicios Públicos en Salud** de Ecuador se encuentra, desde el año 2012 (Registro Oficial Edición Especial N°290 de 2012) distribuida en las nueve zonas administrativas de planificación del país (cada zona está conformada por provincias vecinas) y se denominan **Coordinaciones Zonales en Salud**, cada una de ellas están conformada a su vez por Distritos de Salud. Los Distritos constituyen la unidad básica de planificación y prestación de los servicios públicos y son los responsables de diagnosticar las necesidades de la población en su territorio (existen 140 distritos en el país y cada uno puede corresponder a un cantón o varios cantones acorde a la densidad poblacional). En un Distrito encontramos, a su vez, Circuitos que son unidades más pequeñas donde se prestan los servicios públicos a nivel nacional, un circuito abarca una parroquia (rural o urbana) o con un grupo de parroquias (existen 1134 circuitos en el país) (INEC, 2014b).

Los servicios de salud mental (MSP, 2017) han tenido un significativo desarrollo en los últimos años y han sido planificados en tres niveles de atención (figura15):

1) Modalidad Ambulatoria: En centros de salud evaluar, diagnosticar y proporcionar tratamiento ambulatorio; referenciar al ambulatorio intensivo de ser el caso.

2) Modalidad Ambulatoria Intensiva: En centros de salud zonal, atención para personas que presentan sufrimiento mental grave y/o consumo proble-

mático de alcohol y otras drogas, con tratamiento diario o casi diario; proporciona además atención individual, familiar, grupal y multifamiliar.

3) En el tercer nivel de atención existe:

- **Unidades de Salud Mental Hospitalarias:** atención de casos de urgencia o emergencia, en hospitales básicos y generales.
- **Centros Especializados de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas:** tratamiento residencial en modalidad de comunidad terapéutica para adultos y adolescentes.
- **Hospitales Especializados y de Especialidades:** su objetivo es compensar las crisis agudas, buscando evitar la cronificación de los usuarios/as psiquiátricos.

FIGURA 6. Pirámide de servicios de salud mental (MSP, 2017).



La *red de salud mental* para el año 2017 dispone de 364 centros de salud con cartera de atención en modalidad ambulatoria, 39 centros de salud en modalidad ambulatoria intensiva y 5 centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (2 para adultos y 3 para adolescentes), pero solo tres de las veinticuatro provincias del país cuentan con servicios de salud mental comunitaria (MSP, 2017, 2013b).

En Ecuador funcionan 6 **hospitales psiquiátricos** (corresponde a una tasa de 0,03 por 100.000 habitantes), de los cuales uno es público, el Hospital Julio Endara en la ciudad de Quito; y un centro semi-privado en la ciudad de Cuenca. Respecto del hospital psiquiátrico público, se conoce que el 64% de los pacientes han estado internados por más de 10 años, ocupando el 53% de las camas, representando casi el doble del promedio regional (30%) (OPS, 2013). También en Quito, se cuenta con un centro ambulatorio especializado público (Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro). No existen camas asignadas de manera exclusiva para la niñez y adolescencia y ningún hospital psiquiátrico está organizado para integrarse con otros establecimientos de atención ambulatoria (OMS, 2015d).

Tabla 4. Hospitales Psiquiátricos en Ecuador

Establecimiento	Ciudad	Camas	Porcentaje
<i>Instituto de Neurociencias</i>	Guayaquil	534	49%
<i>Instituto Sagrado Corazón</i>	Quito	239	22%
<i>Hospital Julio Endara</i>	Quito	136	12%
<i>Centro de Reposo San Juan de Dios</i>	Quito	86	8%
<i>Centro de Reposo y Adicciones</i>	Cuenca	79	7%
<i>Fundación Nuestra Señora de Guadalupe</i>	Quito	17	2%
	Total	1091	100%

Fuente: INEC, Anuario de camas hospitalarias 2014 (OMS, 2015d)

Cabe señalar que, se estipulan servicios especificados en el documento del Modelo (MSP, 2014) los cuales no han sido implementados aún en el país. Estos serían:

-Unidades de acogida: viviendas insertadas en la comunidad para personas con sufrimiento mental grave que no cuentan con referentes familiares.

-Acogimiento Transitorio: se trata también de viviendas, pero para personas en un tratamiento por consumo problemático de alcohol y/o drogas.

-Centros de Atención Psicosocial (CAPS): dispositivos territoriales del segundo nivel de atención, orientados a brindar atención a personas con sufri-

miento mental grave con la finalidad de estimular su autonomía e integración socio-familiar y laboral, siendo la principal estrategia la desinstitucionalización del tratamiento de salud mental, apostando a fortalecer a la comunidad. También establece un servicio infanto-juvenil.

Atenciones en Salud Mental en Ecuador

Antes de la implementación del Modelo de Salud Mental se observaba escasez de **personal** destinado a esta área y, limitada capacidad resolutive en la atención primaria, además de dificultades en el acceso a los servicios de la población rural, principalmente de la población indígena rural y de las zonas empobrecidas (OMS, 2008).

En relación a los **profesionales de salud mental**, en el sector público se cuenta actualmente con 617 psicólogos (aumentó en un 87% desde 2006) y 45 psiquiatras; un estimativo de 189 psiquiatras trabajan en el sector privado (incluyendo a los 36 psiquiatras que ejercen en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil), con un total de 234, lo que arroja una tasa estimativa de 1,5 psiquiatras por 100 000 habitantes. Esta información refleja un déficit de profesionales de esta especialidad, en especial en el sector público. La tasa de psicólogos es de 1,7 y se dispone de 30 profesionales de enfermería en salud mental en el sector público por cada 100 000 habitantes. Es relevante que la mayor parte del personal trabaja en servicios hospitalarios (93%), reflejando la permanencia de un modelo hospitalocéntrico (OMS, 2015d).

Respecto al **número de camas hospitalarias**, las Unidades de salud mental no cuentan con camas de asignación específica en psiquiatría, con excepción de los Hospitales de la Seguridad Social, por lo que se suele derivar a las personas que requieren esta atención al ámbito privado (OMS, 2015d).

En lo referente a las principales **patologías** en salud mental se observa, en atención **ambulatoria**, que el segundo lugar respecto a la cantidad de pacientes son los trastornos del humor (19%) y en el cuarto lugar los trastornos esquizofrénicos (6%). Por otro lado, en las **altas hospitalarias** el segundo y tercer mayor porcentaje de ingresos se realizaron por trastornos del humor (2434 ingresos) y trastornos esquizofrénicos (1366 ingresos) (MSP, 2014). Mientras que sobre la hospitalización en **servicios psiquiátricos** se observa un porcentaje de 39% para los trastornos esquizofrénicos y 26% para los trastornos afectivos, ocupando los dos primeros lugares de atención (MSP, 2014).

Según el cuadro básico de medicamentos, se aprecia una dotación de **medicamentos psicotrópicos** que cubre las necesidades básicas requeridas en salud mental, estos son gratuitos en los servicios de hospitalización del Estado y en al-

gunos centros ambulatorios; también son gratuitos para las personas afiliadas al Seguro Social (OMS, 2015d).

3.5.2 Modelo de salud mental comunitario en España

Antecedentes

A partir de 1982, el Ministerio de Sanidad afronta la crisis institucional en la que se encontraba la psiquiatría española con la creación por Orden Ministerial en 1983 de la *Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. El Informe presentado contiene tres ejes: a) un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad, donde los internamientos se deben realizar en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; b) recomendaciones que destacan el reconocimiento de los derechos civiles y a la asistencia sanitaria de las personas con sufrimiento mental grave; y, c) el compromiso con el proceso global de cambios en la sanidad. Por otra parte, en 1989 se logra la práctica universalización de la sanidad, quedando equiparados los enfermos mentales con el resto de usuarios/as de la sanidad pública (MSSSI, 2005).

En este contexto, el proceso de reforma comprende, en una primera fase, las *transferencias sanitarias* a través de Decretos Reales hacia las Comunidades Autónomas (CCAA); proceso que se caracteriza por su heterogeneidad (ya que no concluye hasta el año 2001), en la Comunidad Valenciana la transferencia procede en el año 1987. La segunda fase de la reforma psiquiátrica se caracteriza por su *desarrollo a nivel autonómico*: la creación de estructuras directivas para la planificación de la salud mental en casi todas las comunidades, planes de salud mental, gestión de recursos y programas de atención.

No obstante, el proceso de reforma se ve truncado a mediados de los años noventa debido a los cambios ocurridos en el nivel de protección social, tanto en España como en Europa, relacionados con experiencias de privatización y de externalización de la gestión de la atención sanitaria. Estos cambios provocaron el estancamiento del sistema sanitario público a nivel de la suficiencia financiera, calidad, equidad y accesibilidad al mismo.

Si bien han transcurrido más de 30 años de la puesta en marcha de la reforma, la Confederación de Salud Mental de España expresa que los *recursos destinados a la salud mental en el país siguen siendo insuficientes*, que los recortes presupuestarios en los ámbitos social y sanitario afectan tanto a la red pública de atención como a los apo-

vos previstos en la Ley de Autonomía Personal (conocida como Ley de Dependencia), y **perjudican gravemente** la atención que reciben miles de personas con sufrimiento mental grave y sus familias (CSME, 2018).

Datos demográficos y sociales de España

Los determinantes de la salud y de la salud mental se relacionan con los datos referentes a las estructuras socioeconómicas. En el caso de España, el país cuenta con una superficie de 505.944 km² y una población de 46,5 millones de personas (INE, 2017b). El 19% de la población corresponde a mayores de 65 años de edad; la esperanza de vida es de 83 años de edad con 80,3 años en los hombres y 86,1 años en las mujeres. La tasa de dependencia es del 53% desagregada en 28,3% la tasa de mayores y 24,7% la tasa de jóvenes (MSSSI, 2016^a, 2018b)

España se encuentra en el grupo de altos ingresos según los criterios del Banco Mundial de 2017. Sin embargo, en el año 2016, casi 13 millones de personas, que corresponde al 27,9% de la población residente en España estaba en **riesgo de pobreza y/o exclusión social** acorde al Indicador AROPE, siendo los jóvenes entre 16 y 29 años quienes tienen la tasa más alta de pobreza y exclusión (37,6%). Asimismo, el país cuenta con altos índices de **desigualdad**, de forma que, el 20% más rico de la población obtiene aproximadamente la misma renta total que el 60% de la población (Llanos, 2017).

Marco Normativo español

La Constitución Española de 1978 (C.España, 1978) establece las competencias del Estado y las asumibles por las Comunidades Autónomas. Las competencias estatales en el ámbito sanitario son:

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) y disposiciones de desarrollo.** Dicta el cierre de los hospitales psiquiátricos y la atención en la comunidad (BOE-A-1986-10499-, 1986)
- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** Atribuye una nueva composición y funciones (BOE-A-2003-10715, 2003).
- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.** Crea el Sistema de Atención y reconoce sus derechos (BOE-A-2006-21990, 2006).
- **Bases y Coordinación General de la Sanidad y Legislación sobre productos farmacéuticos.** Establece como competencia del Estado (MSSSI, 2018c).

Sistema de Salud y de salud mental español

Corresponde al MSSSI la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud (MSSSI, 2018a).

La evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud efectuado por el MSSSI en el año 2014, con el objetivo de contar con un diagnóstico de la situación de transversalidad y continuidad asistencial en la atención a la salud mental, evidencia que la relación entre el nivel de *Atención Primaria y el de Atención Especializada* es uniforme en muy pocas CCAA, aunque si lo es para la Comunidad Valenciana, en razón de que la Comunidad mantiene una dotación económica y una determinación de horas específicas de profesionales para el efecto (MSSSI, 2014).

Gasto de Salud en España

El gasto total en salud como porcentaje del Producto Interior Bruto es de 9,3% (100.000 M€/año; 2.152 €/habitante); corresponde al gasto público el 6,6% del PIB (71.000 M€/año; 1.530 €/hab.) y al gasto privado el 2,7% PIB (29.000 M€/año). El gasto gubernamental en salud destinado a asistencia curativa, rehabilitación y cuidados de larga duración es: 7 de cada 10 € del gasto público, y 10.000 M€ del gasto público corresponde a recetas de medicamentos (MSSSI, 2018c).

Al considerar la distribución del *gasto sanitario público gestionado por las CCAA* el 64% se destina a servicios de atención especializada, el 17% a farmacia, el 14% a la atención primaria y el 5% a otros servicios (MSSSI, 2018c).

Servicios de salud mental en España

Todas las CCAA tienen dispositivos y equipos de salud mental diferenciados para la población infanto-juvenil y muchas cuentan con programas de colaboración con los servicios de adultos y drogodependencia (MSSSI, 2014).

Considerando la *salud mental hospitalaria* (casos agudos, media estancia, rehabilitación, comunidad terapéutica, hospitales y centros de día) y la *ambulatoria*, casi todas las CCAA disponen de una estructura de toma de decisiones conjunta en todos los servicios del territorio (MSSSI, 2014).

Atención en Salud Mental en España

La morbilidad atendida por problemas de salud mental grave, en el año **2012**, en los hospitales de agudos (atención especializada) eviden-

cian que casi 89.000 personas fueron tratadas, de ellas el 51,3% hombres y 48,6% mujeres (MSSSI, 2016b). Para el año **2016** hubo un **incremento en las altas hospitalarias** a nivel nacional y se indica que fueron atendidos un aproximado de 116.00 personas por problemas mentales graves y del comportamiento, de estos el 29,5% con diagnóstico de trastornos esquizofrénicos (61,4% hombres) y el 22% con trastornos del humor (60% mujeres) (INE, 2016).

3.5.2.1 En la Comunidad Valenciana

Antecedentes

Los primeros hechos de atención para las personas con problemas de salud mental en la ciudad de Valencia se registran en el año 1410 con la creación del “Hospital de Inocentes, Locos y Orates” basado en una fe cristiana de atención a los desvalidos y resguardo del orden público. Trascurridos cien años (1512) este hospital fue absorbido por el Hospital General de Valencia donde se destinó un área a “la casa de los locos”. Pasaron cien años más y en 1610 un incendio destruye buena parte de sus dependencias; el hospital entra en una etapa de decadencia por más de doscientos años, si bien hubo algunos intentos en el año 1848 para introducir reformas, predomina el hacinamiento y la falta de recursos para su sostenimiento (Novella, 2017).

En 1866, se funda el “Sanatorio Psiquiátrico Provincial Pare Jofré” con presupuesto de la diputación y los pacientes del viejo hospital son trasladados al nuevo sanatorio, sin embargo, la situación de los pacientes no cambia las prácticas siguen siendo inhumanas y se mantiene la falta de una visión terapéutica. En 1972, tras una denuncia periodística que pone en el tapete las pésimas condiciones en las que sobreviven 1500 internos, las autoridades plantean desarrollar un proyecto denominado Ciudad Sanitaria Psiquiátrica alejado del centro de la ciudad.

Ahora bien, el nuevo Hospital Psiquiátrico inaugurado en 1974 en la ciudad de Bétera (a 14 kilómetros de Valencia), no cumplía con las recomendaciones de la OMS respecto a cambiar el paradigma hospitalocéntrico y la situación de aislamiento de pacientes, la única mejora interesante fue en las condiciones asistenciales haciéndolas un poco más humanitarias. Desde un inicio faltó claridad respecto a los dispositivos de inserción social de las y los internos, convirtiéndose en una comunidad terapéutica, que incluso tenía un hotel para la visita de familiares, pero carecía de un manual de funcionamiento y de capacitación al personal en

los nuevos referentes sanitarios. En 1975 se efectúa el traslado de 791 pacientes desde el antiguo hospital de Jesús (en su mayoría hombres) hacia la ciudad sanitaria, quienes acarreaban con las consecuencias de muchos años de alienación institucional (Polo, 1999). A pesar de que los años transcurrieron, no se efectuaron mejoras sustanciales, la estigmatización, la discriminación y la falta de solidaridad por parte de los pobladores se visualiza, por ejemplo, en prohibir la entrada de pacientes a los locales comerciales de los alrededores.

Entonces, es en este contexto en que se dicta en 1986 la Ley General de Sanidad y se inicia la Reforma psiquiátrica desde un modelo manicomial a uno comunitario. Proceso que tropezó con dos grandes barreras, por un lado, la concepción social del 'loco' como individuo peligroso, avivada por los medios de comunicación y, por otro, la carencia de financiamiento público para la rehabilitación extrahospitalaria. Pese a estas dificultades, a finales de los noventa, se había logrado la reinserción familiar y social de la mayoría de los ingresados (Polo, 1999). En la actualidad, en las instalaciones del Hospital, funciona la Unidad Para Mediana Estancia orientada a personas con sufrimiento mental grave.

Actualmente, la Comunidad Valenciana (CV) posee una proyección de población de casi 5 millones de habitantes (el 10,6% del total de la población de España). En cuanto a su estructura de salud, cuenta con una organización descentralizada, con 16 Centros de Salud Pública (CSP) distribuidos por todo el territorio y que dan cobertura a los 24 departamentos de salud. Estos CSP abarcan todas las áreas funcionales de la Dirección General de Salud Pública: vigilancia epidemiológica, sanidad ambiental, seguridad alimentaria, promoción de la salud y prevención. Las CCAA pueden realizar dentro de sus competencias, programas específicos para la atención sanitaria de problemáticas determinadas, por ejemplo, la CV cuenta con un programa de atención a los primeros episodios psicóticos (MSSSI, 2016c).

Marco Normativo de la Comunidad Valenciana (CV)

A partir del 1985, en el marco de la reforma psiquiátrica, se dictan una serie de normativas y leyes de España y de la Comunidad Valenciana (GVA, 2018b) que atañen a la salud mental, las que se mencionan a continuación:

- **Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana. Regula la prestación de servicios en materia de salud mental (GVA-186-148).**

- **Decreto 132/1996, de 7 de julio. Asignan competencias respecto de la atención a personas con problemas de salud mental graves** entre la Consellería de Sanidad y la de Bienestar Social (GVA-1996-132).
- **Decreto 81/1998, de 4 de junio. Definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica** con énfasis en el tratamiento en la comunidad (GVA-1998-81).
- **Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana [2014/11888] (DOGV núm. 7434 de 31.12.2014)**, donde se regula las actuaciones de los organismos y administraciones (GVA-2005-4).
- **Orden de 14 de febrero y 12 de septiembre de 2006, del conceller de Sanidad, Consejo Asesor de Salud Mental de la CV**, aumenta la representatividad de los Colegios profesionales y las Asociaciones (GVA-2006-11142).
- **Orden 1/2010, de 18 de febrero, de la Consellería de Bienestar Social, Decreto 40/1990, de 26 de febrero**, sobre el Registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la CV (GVA-2010-1).
- **Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad**, ordena por departamentos de salud el territorio (GVA-2012-30).
- **Decreto 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut**. Crea la categoría de Enfermería Especializada en Salud Mental (GVA-2013-70).
- **Ley 10 /2014, de 29 de diciembre, Salud de la CV de la Generalitat Valenciana**, se reconoce al profesional sanitario como autoridad pública (GVA-2014-10).
- **Decreto 74/2015 de 15 de mayo, Regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada** del Sistema Valenciano y registro autonómico (GVA-2015-74)
- **Decreto 156/2015, de 18 de septiembre, Reglamento orgánico y funcional de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública**, que estructura y organiza los órganos directivos y las unidades administrativas.
- **Informe del Sindic de Greuges abril de 2016**, contiene recomendaciones sobre la atención residencial y no hospitalaria (GVA-2016-SINDIC).
- **Decreto 64/2016, de 27 de mayo. Bases para la designación de las unidades de referencia del sistema sanitario público** y la continuidad de la atención (GVA-2016-64).
- **Decreto 169/2017, de 3 de noviembre, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana** (GVA-2017-169).
- **Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat. Modifica Ley 10/2014, de 29 de diciembre**, de la Salud de la Comunitat Valenciana (GVA-2018-8).
- **Decreto 213/2018, de 23 de noviembre, del Consell, por el que se crea y se**

- regula el Observatorio Valenciano de Salud (GVA-2018-213).
- **Decreto 24/2019, de 22 de febrero, del Consell, por el que se crea y regula el Consejo Autonómico de Salud Mental de la Comunitat Valenciana**, como órgano colegiado que representa a las Sociedades Científicas (GVA-2019-24).

Sistema de Salud Mental de la Comunidad Valenciana

Mediante Decreto 74/2015 se crea la *Oficina Autónoma de Salud Mental* al interior de la Consellería de Sanidad, tiene como función prestar apoyo técnico-científico en salud mental a través de la planificación, asesoramiento, coordinación y evaluación de los servicios (GVA, 2018a; 2018b).

El actual documento técnico- normativo de salud mental en la CV es la *Estrategia Autónoma de Salud Mental 2016-2020*, orientada a consolidar el modelo de atención comunitario y enfocar la organización de los servicios basado en el modelo de recuperación (GVA, 2018a).

En lo relativo a la *promoción de la salud mental* se observan dos ejes, uno centrado a la población general y otro orientado hacia la prevención de problemas de salud mental graves. Para esto último se propone diseñar e implantar un *Plan integral de atención a las personas con trastorno mental grave*, que abarque todo el abanico de sus necesidades, que incluya la actuación para evitar abandonos del programa/sistema sanitario y que contenga mejoras en la atención a las personas sin hogar, coordinado con servicios sociales. Otro elemento relevante es el potenciar el *empoderamiento* de las y los usuarios de los servicios de salud mental y de las personas cuidadoras.

Servicios de Salud Mental en la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana, existen 101 Unidad de Salud Mental (51 en la provincia de Valencia); 3 hospitales de salud mental (2 en Valencia); y, 46 hospitales generales en la Comunidad (21 en Valencia) (CSP, 2018a).

Los servicios específicos de mental se describen en la figura que aparece a continuación:

FIGURA 7. Servicios de salud mental en Valencia. (GVA, 2018a).



En la atención *ambulatoria* (GVA, 2017) se delimitan los siguientes servicios:

- **Centros de Atención Primaria (CAP):** centros de salud y consultorios que brindan prevención y promoción de la salud mental, siendo la puerta de entrada al sistema sanitario.
- **Unidades de Salud Mental (USM):** ofrecen un abordaje psicoterapéutico integral de terapia psicofarmacológica y psicoterapéutica (individual y grupal) para la atención a personas con problemas mentales comunes y graves y sus familias.
- **Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia (USMI-A):** atienden a niños/as hasta los 16 años de edad, en ellas se ejecutan acciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, atención domiciliaria y de coordinación con otros dispositivos.

Por su parte, en la atención *hospitalaria* (GVA, 2017) se cuenta con:

- **Urgencias:** incorporada a los hospitales de la red asistencial, con capacidad para establecer alta o derivación a su USM o ingreso a unidad de hospitalización psiquiátrica.
- **Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP):** hospitalización de corta estancia en un hospital general para la estabilización de la fase aguda.
- **Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD):** se realiza cuando se evalúa que el domicilio es el mejor lugar terapéutico.
- **Hospital de Día (HD):** recurso sanitario, terapéutico y rehabilitador, tiene un carácter temporal en régimen de hospitalización parcial y sin pernoctación.
- **Hospital de media/larga estancia (UME):** servicio para pacientes con patología refractaria al tratamiento de larga evolución o empeoramiento, que requieren un ingreso hospitalario más prolongado.

Por otro lado, la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas (GVA, 2018a, CBS, 2010) se ocupa de las necesidades de apoyo social, vivienda y de integración en la comunidad para las personas con sufrimiento mental grave. Las prestaciones que ofrece son:

- **Centros de Rehabilitación e Integración Social para personas con enfermedad mental crónica** (CRIS), orientados a personas con discapacidad en situación de dependencia que requieren soporte para mejorar sus habilidades personales, actividades de ocio y ocupación del tiempo libre, y su nivel de autonomía.
- **Centros Específicos para personas con Enfermedad Mental crónica** (CEEM), se trata de centros residenciales para personas con discapacidad que tengan situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles, otorga asistencia integral según las necesidades de los usuarios/as.

Atenciones en Salud Mental en la Comunidad Valenciana

Para el 2015, los principales grupos diagnósticos por *patologías* de salud mental atendidas en la CV fueron los trastornos de ansiedad (157.251 atenciones) encabezando la lista; los trastornos del humor (25.385 atenciones) en tercer lugar; y, en quinto lugar, los trastornos esquizofrénicos (6.001 atenciones) (GVA, 2018a, INE, 2012).

La información de *egresos hospitalarios* del año 2016 indica que existe mayor tiempo de permanencia en el caso de ingresos por trastornos esquizofrénicos (mayor proporción de hombres) y en el caso de los trastornos afectivos (mayor proporción de mujeres) (INE, 2016).

Específicamente, respecto a las particularidades de las personas que padecieron ansiedad o depresión crónica se conoce que: el 11% se estaba jubilado o prejubilado siendo el porcentaje más elevado en mujeres (17%) que en hombres (5%); el 1% se encontraba estudiando (mujeres 1,7% y hombres 0,5%); el 12% en labores del hogar (mujeres 12% y hombres 7%); y, el 32% en situación de incapacidad para trabajar (mujeres 43% y hombres 24%) (INE, 2012).

Ciertamente, las brechas de equidad existentes entre las clases sociales determinan el *riesgo de mala salud*, así el padecer ansiedad o depresión crónica aumenta en las clases sociales más desfavorecidas afectando a trabajadores/as cualificados del sector primario, semicualificados y no cualificados, encontrándose en estos grupos porcentajes del 8%, siendo siempre más elevado el porcentaje para las mujeres (11%) que para los hombres (5%).

Las diferencias respecto al género se visibilizan también en cuanto a las *defunciones* por problemas mentales graves y del comportamiento, así, en el año 2016, la cifra de mujeres casi dobla a la de los hombres (1.170 mujeres y 606 hom-

bres) (CSP, 2016c). Los datos de *suicidio* registran 7,59 suicidios por cada 100.00 habitantes (380 personas en el año 2014) y se conoce que esta tasa se elevó durante la crisis económica del 2008 (GVA, 2018a).

En cuanto a la cantidad de *profesionales* de salud mental en la Comunidad Valenciana se cuenta con 302 psiquiatras (tasa de 6,04/100.000 habitantes), 168 psicólogos (tasa de 3,36), 296 enfermeros (tasa de 5,92), 53 trabajadores sociales (tasa de 1,06) y 13 terapeutas ocupacionales (tasa de 0,26).

3.5.3 Modelo de salud mental comunitario en Italia

Antecedentes

Italia logró en dos décadas (1978-1999) consumir la desinstitutionalización psiquiátrica. Franco Basaglia es reconocido como el propulsor para humanizar el hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-70), al impulsar un sistema de puertas abiertas según los principios de la comunidad terapéutica; en calidad de director del hospital psiquiátrico de Trieste (1971-79) logró completar este objetivo (Evaristo, 2011).

La experiencia de Trieste ha desempeñado un rol fundamental a nivel internacional, en 1973 fue decretado centro piloto de la OMS y reconocido como Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Formación. Asimismo, su Departamento de Salud Mental es un Centro Colaborador para la investigación y formación de países en la desinstitutionalización y el desarrollo de servicios de Salud Mental (Mezzina, 2017).

Marco Normativo italiano

Las disposiciones legales relativas a la salud mental están cubiertas por leyes específicas y también se incorporan en otras leyes como la de bienestar, discapacidad y salud general.

- **Ley 180 del 13 de mayo de 1978 de salud mental regula las Inspecciones y tratamientos de salud voluntarios y obligatorios.** Es la primera ley a nivel mundial que dicta el cierre de los hospitales psiquiátricos (GU-1978-180). Derogó a la Ley 14 de febrero de 1904, núm. 36, en la cual se internaba a personas psiquiátricos solo con un certificado médico (Rossi, 2016, Mezzina, 2017), de esta forma, se pone fin a la conexión entre presunción de peligrosidad y enfermedad mental.
- **Ley 833/1978 de Salud Pública sobre el Establecimiento del Servicio Nacional de Salud.** Establece la prevención de los problemas mentales en los servicios territoriales (GU-1978-833).

- **Proyecto Objetivo nacional sobre “Protección de la Salud Mental (1998-2000)”. Decreto Presidencial del 1 de noviembre de 1999 (GU-1999-274).** Orientado a reducir las consecuencias incapacitantes mediante la inclusión.
- **Ley 9 de enero de 2004, n. 6 relativo a la institución de la administración de apoyo.** Se enfoca en proteger a las personas dependientes mediante un apoyo (GU-2004-6).
- **Las estructuras psiquiátricas residenciales en la edad adulta, Acuerdo n.116 del 17 de octubre de 2013.** Aborda el tratamiento diferenciado para los problemas de salud mental (MSI, 2013).
- **Intervenciones terapéuticas y de rehabilitación residenciales y semi-residenciales para trastornos neuropsíquicos de la niñez y la adolescencia, Acuerdo n. 138 de 13 de noviembre de 2014 (MSI, 2013).** Centros residenciales, semi-residenciales y extra-hospitalario.
- **Definición de las vías de tratamiento a activar en los departamentos de salud mental para trastornos esquizofrénicos, trastornos del estado de ánimo y trastornos graves de la personalidad, Acuerdo n. 137 de 13 de noviembre de 2014.** Identifica las vías de atención con agrupaciones psicopatológicas graves (MSI, 2014b).

○

Sistema de Salud y de salud mental italiano

En Italia el sistema sanitario se configura al igual que España según el modelo de Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge). El país adopta este modelo integral y universalista con la Reforma de la Salud de 1978, mediante el cual todos los residentes tienen derecho a los servicios sanitarios, su financiación es a través de impuestos, su control es gubernamental y el Estado tiene gran trascendencia en su gestión. No obstante, existen grandes diferencias en cuanto a cuidados de salud, recursos y gasto sanitarios a nivel regional (MSSSI, 2014b), con una brecha muy marcada entre el Norte y el Sur (donde se concentra la pobreza) del país.

Además, hoy en día, existe fuerte presión para privatizar el sistema de salud y volver a los sistemas mutuos (seguros de salud) con el justificativo de la inflación de costos de salud causado por las crisis económicas y el envejecimiento de la población, pero el principal determinante de esta presión son los intereses de los productores de tecnologías sanitarias (industria farmacéutica, dispositivos, diagnóstico) y de los proveedores de servicios (hospitales, clínicas, profesionales) (Donzelli, 2019).

En salud mental, el último *Plan de Acción Nacional para la Salud Mental* fue aprobado mediante Acuerdo no. 4 de 24 de enero de 2013, en él se abordan los principales problemas relacionados con la prevención, tratamiento, rehabilitación, la red de servicios, capacitación del personal, sistemas de información e

investigación (MSI, 2013, 2014, 2016). Dicho Plan identifica varios modelos clínico-organizacionales dirigidos a gestionar los procesos de atención:

a) **Colaboración/asesoramiento**: modalidad de trabajo entre diversos servicios psicológicos o sociales y escuelas que no requieren atención especializada.

b) **Cuidado**: ruta de tratamiento para usuarios/as que necesitan una atención especializada, pero no intervenciones complejas y/o multi-profesionales.

c) **Hacerse cargo**: es una forma de tratamiento para usuarios/as con necesidades complejas que requieren evaluación múltiple e intervención de diferentes perfiles profesionales. Incluye un Plan de Tratamiento Individual.

d) Activar, involucrar y sostener **redes reales de apoyo**: en torno al usuario/a, con familiares, amigos, colegas, voluntarios y otros servicios no específicos del área.

e) **El trabajo**: constituye el nivel máximo de rehabilitación porque construye y precisa de muchas habilidades y genera la recuperación e inclusión de la persona.

Es también importante resaltar la frecuente participación de Asociaciones de Familiares y Usuarios/as en la formulación y/o implementación de políticas, planes y legislaciones en salud mental (MSI, 2016b).

Gasto en Salud Mental en Italia

El **gasto total en salud** como porcentaje del PIB 2014 fue del 9,2 % (en el 2001 era de 8,1%) (OMS, 2016); y, el gasto público en salud representó el 74,23% del gasto total de salud en el 2018 alcanzando a 114.940 millones de euros, constituyendo el 13,47% del gasto público total. Los **gastos de salud mental** representan el 5,0% del presupuesto total de salud, y el 75% de la financiación es **público**; sin embargo, para sectores específicos como la salud mental los presupuestos se realizan a nivel regional, con una gran variabilidad en porcentajes (CEEM, 2015).

Las y los ciudadanos tienen acceso libre a la consulta de atención primaria y hospitalización, no obstante, algunos costes son pagados directamente por las y los pacientes; los medicamentos usados en la atención ambulatoria también son **copago** y se adoptan diferentes modelos para la protección de personas con bajos ingresos y afectados por discapacidad, entre otros (MSSSI, 2014b, MSI, 2016).

Servicios de Salud Mental en Italia

La red de salud mental en Italia establece la **desinstitucionalización** (Evaristo, 2011, Rossi, 2016) a través de varios criterios de comprensión de la problemática mental:

a) **Cultural-científico**: la enfermedad psiquiátrica está dentro de la persona, pero no tiene supremacía biológica, se trata de un problema complejo y

multicausal por necesidades insatisfechas a nivel somático, psicológico, social y cultural.

b) **Organizativo-institucional**: dejan de ser pacientes para pasar a ser trabajadores/as en cooperativas con las mismas reglas económicas del mundo laboral sin dejar de vivir dentro del hospital.

c) **Relaciones humanas**: se realiza el proyecto de humanización de cada paciente, para reconstruir gradualmente sus derechos y motivar la autonomía personal.

En este contexto, las estructuras de los servicios de salud mental (MSI, 2014) se dividen de acuerdo a niveles de atención:

- A nivel **ambulatorio**: Centro de salud mental (CSM), constituye el eje de la atención, los elementos fundamentales son la relación con el paciente, la participación de la familia y el contexto de vida.
- A nivel **semiresidencial**: Centros de Día.
- A nivel **residencial**: Residencias.
- Los hospitales psiquiátricos no existen en Italia desde 1999.

En total, se cuentan con 1.460 servicios territoriales, 805 semi-residenciales y 2.282 estructuras residenciales.

Figura 8. Pirámide de la Red de servicios de Salud Mental en Italia. (MSI, 2014). Elaboración propia.



Atenciones en Salud Mental en Italia

El país cuenta con un *Sistema de Información de Salud Mental* (SISM) para la recopilación de información basado en registros individuales de sistemas regionales, que permiten responder a las necesidades informativas y de planificación territorial (MSI, 2016b). La mayor *patología* grave es la *depresión* que representa la cuarta causa principal de discapacidad equivalente al 4% de todos los AVAD, y en la medición de discapacidad en términos de AVD (Años Vividos con discapacidad) es el primero con una equivalencia de 11% del total. Por otro lado, los *trastornos esquizofrénicos* en términos de AVAD se encuentran en la posición 30, pero, su porcentaje varía significativamente acorde al grupo etario, siendo el mayor porcentaje de AVAD de 2,4%; mientras que en la medición de la discapacidad en términos de AVD se ubica en el lugar 18 y representa el 1,6% del total (MSI, 2014). Asimismo, el *trastorno bipolar* en términos de AVAD representa el 0,7% de la carga total de enfermedades, con una mayor carga en el adulto joven con un 2,4% en el grupo de edad de 30-34 años; en términos de AVD representa el 1,3% del total (MSI, 2014).

En el año 2016, más de 800.000 usuarios/as recibieron *atención psiquiátrica* siendo el mayor porcentaje de atenciones a mujeres (54%) y con mayor frecuencia de edad sobre los 45 años (67%). En lo concerniente a la actividad *hospitalaria* el servicio psiquiátrico representó el 18% del total de las admisiones; se realizaron 8.000 tratamientos sanitarios obligatorios lo que constituyen el 8% del total. Las urgencias psiquiátricas fueron alrededor de 600.000, representando el 3% de todas las urgencias, siendo el 75% de las urgencias tratadas en el domicilio (MSI, 2016).

Respecto del *suicidio*, en el período 2013-2014, la tasa bruta anual alcanzó al 7,88 (por 100,000 habitantes) en los mayores de 15 años; en términos absolutos 8.216 personas se suicidaron, el mayor porcentaje corresponde a hombres con el 77%; la tasa estandarizada de muerte por suicidio es igual a 13,1 para hombres frente a un 3,3 para mujeres. Territorialmente, las mayores tasas de suicidio se observan en el centro-norte de Italia (RO, 2017).

Los datos respecto de los *profesionales sanitarios* indican que el 18% son psiquiatras y otros especialistas, 7% son de psicología, 44% de enfermería, 9% educadores, 6% técnicos de rehabilitación y 4% asistentes sociales (MSI, 2016).

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 4:

Aspectos metodológicos de la investigación

4.1 Introducción

La presente investigación aporta conocimiento con base en la comparación y el análisis sobre el modelo de salud mental en tres países España, Ecuador e Italia y desarrolla un modelo explicativo de la salud mental comunitaria desde la perspectiva de la Salud Pública, específicamente desde un **enfoque integral de promoción de la salud mental**. Partiendo de la Salud Pública y de la descripción y el análisis de los modelos de atención en salud mental en cada uno de los países por separado, el estudio se dirigió a identificar factores que se relacionan e inciden en la problemática.

En salud el método cualitativo es valorado como uno de los principales instrumentos para realizar un *diagnóstico o análisis de una situación*, el mismo que se usa para indagar un contexto social, para conocer las necesidades de un territorio y definir los tipos de intervenciones idóneas, o describir la labor de los dispositivos (OPS, 2009), en la cual se incluye la *subjetividad* como fundamental en la realidad de las personas, incluida la perspectiva de los determinantes sociales en salud, en donde la desigualdad es un problema central por sus efectos en la cotidianidad. Se incluye también enfoques transversales como son *de derechos, intercultural, participativo, territorial y de género*.

Se realiza un estudio *documental y de campo* (Hernández et al., 2007); donde se trabaja con documentos secundarios para realizar un meta-análisis de datos; mientras que en la investigación de campo se realiza contacto con fuentes primarias respecto a la implementación de servicios de salud mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas entre los años 2017-2018.

4.2 Descripción de la muestra

En el muestreo participaron los siguientes grupos:

-**Directivos** de establecimientos socio-sanitarios en los que se implemente el modelo de salud mental.

-**Profesionales de salud mental y de bienestar** que trabajen con usuarios/as con sufrimiento mental grave.

-**Personas con sufrimiento mental grave** que participen en calidad de **usuarios/as** de un establecimiento de rehabilitación.

-**Familiares** de personas con sufrimiento mental grave.

El proceso de muestreo en Ecuador y España incluyó:

1. Por conveniencia y avalancha: obtener un primer contacto con una institución de salud y-los-informantes claves quienes refirieron a otras personas e instituciones.

2. Criterios de inclusión/exclusión: conocer a personas con sufrimiento mental grave, directivos, profesionales y familiares que trabajen con esta población.

3. Saturación teórica: se continúa con el proceso hasta que se alcanzó la totalidad de los datos.

Por otro lado, el **metaanálisis** incluyó criterios de elegibilidad y exclusión:

4. Toda la bibliografía electrónica disponible: libros, investigaciones, artículos científicos, informes y organismos internacionales sobre el modelo de salud mental en Italia.

5. Los criterios de exclusión son los no relacionados con la implementación del modelo en salud mental, asociados a normativas puras, dirigidos a población infante/juvenil o adultos mayores de 65 años, y de otros países (no Italia).

La cantidad de participantes en la investigación fueron 114, como se indica a continuación:

Tabla 13. Cantidad de muestra total del estudio

País	Tipo	Mujeres	Hombres	Total
Valencia	Usuario	11	14	25
	Familiar	3	3	6
	Profesional	8	4	12
	Directivo	4	8	12
	Total Valencia	26	29	55
Ecuador	Usuario	17	14	31
	Familiar	16	2	18
	Profesional	4	2	6
	Directivo	1	3	4
	Total Ecuador	38	21	59
Total	Usuario	28	28	56
	Familiar	19	5	24
	Profesional	12	6	18
	Directivo	5	11	15
	General	64	50	114

El objetivo del proceso de muestreo es obtener los argumentos discursivos de los participantes que conforman la Red de Salud Mental, tanto en España como Ecuador, de las siguientes instancias:

Tabla 15. Entidades del estudio

Ecuador	España
Quito	Valencia
Huertomanías- Lugar de trabajo	Hospital Clínico
Hospital General de Calderón	Área de Salud Laboral
	Centro Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave CREAP
Centro de Atención Ambulatoria Especializado en salud mental San Lázaro	Consellería de Sanidad
Ministerio de Salud Pública	Unidad de Salud Mental Malvarrosa
Guayaquil	Hospital de mediana estancia Bétera
Hospital Psiquiátrico de Neurociencias	Centro de Rehabilitación Bio-Psicosocial Museo
	Vivienda tutelada AMBIT
	Agencia de colocación BONAGENT
	Asociación para la salud integral del Enfermo Mental ASIEM
	Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana FEAFES
	Ayuntamiento
	Universidad de Valencia
	Servicio de Medicina laboral

Del *metaanálisis* en las bases de datos se encontraron la siguiente cantidad de documentos:

Tabla 14. Cantidad de recursos de metaanálisis del estudio

Base de datos	Referencias encontradas en la primera búsqueda	Artículos seleccionados	%
SciELO	68	1	7
JBI ConNECT	50	0	0
LILACS	560	0	0
APA	676	0	0
Google Académico	24329	12	80
Google	290000	2	13
TOTAL	315683	15	100

4.3 Técnicas de recogida de datos

Se utilizaron **entrevistas individuales** y **grupales** mediante un diseño *semi-estructurado* donde se presentó el tema y se profundizó el discurso de los participantes según los tópicos previstos.

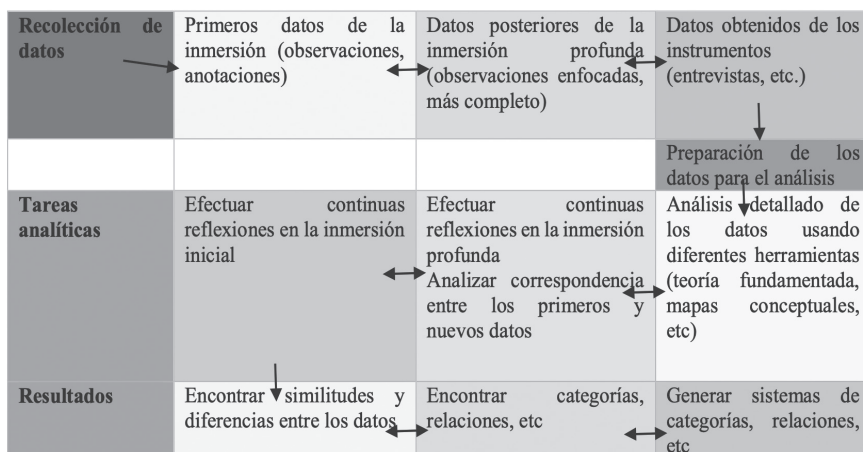
En cuanto al *contenido de las entrevistas*, este se estructuró en el marco Vic Health para la promoción de la salud mental y el bienestar utilizado por la OMS (2004b) que incluye: 1) políticas de salud mental, 2) organizaciones y ambientes, 3) percepción de las personas sobre la autonomía, pertenencia y empoderamiento.

Siguiendo con las normas de ética, se aplicó el consentimiento informado, mismo que fue aprobado por los Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de Quito- Ecuador y Valencia-España.

4.4. Metodología de análisis

La recolección de datos y análisis suceden en paralelo hasta alcanzar la saturación del campo discursivo (Hernández et al., 2007), mediante el siguientes esquema:

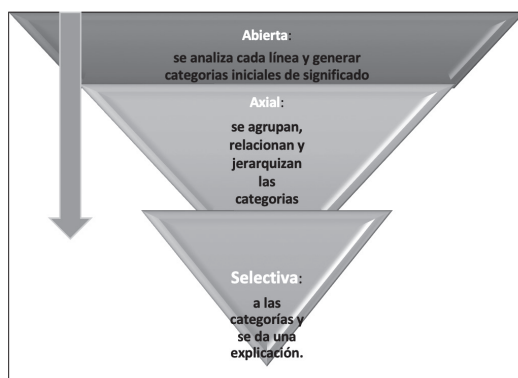
FIGURA 25. Proceso de recolección y análisis de datos cualitativos (Hernández et al, 2007). Elaboración propia.



4.4.1 Proceso de análisis cualitativo en la teoría fundamentada

La Grounded Theory o Teoría Empíricamente Fundamentada implica relacionar los datos recolectados en las entrevistas con base a un diseño sistemático que contempla tres etapas de codificación abierta, axial y selectiva (Hernández et al., 2007)

FIGURA 26. Análisis de datos según la Teoría Fundamentada (Hernández et al, 2007). Elaboración propia.



1. Codificación Abierta: se analiza línea por línea todos los elementos que surgen y codifica el contenido del discurso otorgando nombres, creando *categorías iniciales*.

2. Codificación Axial: se describen las categorías que emergieron del primer nivel (conceptos, definiciones, significados) y se agrupan en subcategorías y se ejemplifica.

3. Codificación Selectiva: se observan las unidades de análisis y se compara con un esquema emergente para fundamentarlo, al revisar las relaciones entre las categorías.

4.4.2 Programa computacional para el análisis de datos

El programa *MaxQDA* fue creado por Udo Kuckartz (1989) versión 2018 para el análisis de datos. El programa posibilita con base en la Teoría Fundamentada, trabajar con textos de las grabaciones transcritas, utilizado para generar las categorías y subcategorías con porcentaje.

TERCERA PARTE

CAPITULO 5:

RESULTADOS

5.1. Resultados Ecuador

La muestra procede de las ciudades de **Quito y Guayaquil**. Está constituida por Usuarios/as (U=53%), Familiares (F=31%), Profesionales (P=8%) y Directivos (D=8%), de los cuales el 64% son mujeres y el 36% hombres, y el rango de edad oscila entre los 22 y 65 años. Los establecimientos fueron públicos con el 63% y el resto privados (que corresponden al Hospital de Neurociencias y Huertomanías).

Del análisis de los datos se generan 5 **Categorías principales**: Estructura y organización de Salud Mental, Sanidad, Personal, Familiar y Social. El peso de las categorías se describe a continuación:

Tabla 17. Matriz de análisis de la distribución por Categorías, Sub-categorías y Contenidos– Ecuador

Categoría	Sub-categoría	Contenido	%
Sanidad (peso 91) 14%	3.Profesionales de Salud mental (peso 22) 3,4%	3.1. Tipo de establecimiento	0,9
		3.2. Psicólogos/as	0,6
		3.3. Psiquiatras	0,8
		3.4. Importancia de las terapias	0,8
		3.5. Otras profesiones	0,3
	4.Hospitalización (peso 25) 3,8%	4.1. Internación en Hospital Psiquiátrico	2,3
		4.2. Hospital General	0,6
		4.3. Domicilio	0,3
		4.4. Por descompensación aguda (de síntomas)	0,6
	5.Síntomas (peso 32) 5%	5.1. Síntomas del estado de ánimo	2,8
		5.2. Síntomas psicóticos	0,9
		5.3. Problemas en las relaciones interpersonales	0,5
		5.4. Mejoría de los síntomas	0,8
	6.Medicación (peso 12) 1,8%	6.1. Adecuada	0,9
6.2. Efectos secundarios indeseables.		0,9	

Estructura y organización Salud Mental (peso 156) 24%	7.Dificultades (peso 72) 11%	7.1. Estigma	2,3
		7.2. Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales	3,1
		7.3. Escasa Red Socio-Sanitaria	5,8
	8.Funcionamiento del Modelo Comunitario (peso 13) 2%	8.1. Hospital Psiquiátrico	1,4
		8.2. Hospital General	0,6
	9.Servicios de Rehabilitación (peso 52) 8%	9.1. Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico	6,4
		9.2. Centro Especializado	1,4
		9.3. Hospital General	0,3
	10.Facilidades (peso 19) 3%	10.1. Modelo de Salud Mental	2,2
		10.2. Ley de inclusión laboral	0,8
Personal (peso 54) 9%	11.Autonomía (peso 29) 4,6%	11.1. Independencia	2,3
		11.2. Responsabilidad y decisiones	2,2
	12.Relaciones íntimas (peso 14) 2,2%	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros	1,4
		12.2. Pareja sentimental	0,8
	13.Educación (peso 6) 1%	13.1. Poco acceso e integración	0,3
		13.2. Problemas de concentración	0,3
		13.3. Positivo interés y acceso.	0,3
	14.Proyecto vital (peso 5) 0,8%	14.1. Proyecto vital positivo	0,8
Familiar (peso 47) 7%	15.Apoyo (peso 19) 3%	15.1. Unión familiar	1,2
		15.2. Cuidados y Comprensión	1,7
	16.Sobrepotección (peso 15) 2,3%	16.1. Dependencia	1,4
		16.2. Falta de confianza	0,9
	17.Aislamiento (peso 13) 2%	17.1. Rechazo	1,2
		17.2. Miedo	0,8

Social (peso 30) 5%	18.Ocio y recreación (peso 16) 2,5%	18.1. Deporte y entretención	2,5
	19.Vivienda (peso 5) 0,8%	19.1. Vivienda dependiente y asistida	0,8
	20.Relaciones (peso 5) 0,8%	20.1. Relaciones de amistad	0,8
	21.Ayudas económicas (peso 4) 0,6%	21.1. Bonos y pensiones	0,6
Total	100%		100

A continuación, se describen cada una de las categorías, y se ejemplifica con citas textuales de las y los entrevistados según las siguientes tonalidades:

Usuario/a	Familiar	Profesional	Directivo
-----------	----------	-------------	-----------

5.1.2. Categoría Sanidad - Ecuador

Refiere a la atención desde los servicios de salud hacia las personas con problemas mentales graves. La atención se presta en establecimientos de salud pública y privados, con diferentes tipos de profesionales de salud mental. Engloba a cuatro subcategorías: profesionales de salud mental, hospitalización, síntomas y medicación.

Subcategoría 1. Profesionales de salud mental Ecuador (24%)

Contenido 1.1. Tipo de establecimiento (7%): De la muestra total de usuarios/as el 63% es atendido en instituciones públicas, y el 37% en instituciones privadas debido a la carencia de especialidades en el sector público. El único Hospital Psiquiátrico público se negó a participar en el estudio.

Público: establecimientos de salud ofrecidos por el Estado: centros de salud y hospital general.

“Siempre he acudido acá, tienen buenos médicos con voluntad de atenderlo a una” (U7, Hospital General).

Privado: servicios de salud prestados por entidades privadas con costes para el usuario/a, lo que hace que la atención se torne discontinua.

“Con el psicólogo tuve dos citas, pero tenía que pagar entonces cuando no tenía el dinero no asistía, no era constante y entonces se pierde todo el trabajo que se ha hecho” (U8, Hospital General).

Contenido 1.2. Psicólogos/as (4%): Son las actividades que realizan los usuarios/as con los profesionales de psicología, las cuales se visualizan como positivas.

“El psicólogo bastante me ha ayudado, yo además me preocupaba y tenía mucho miedo, pero aquí llegué y me trataron bien” (U5, Hospital General).

Contenido 1.3. Psiquiatras (5%): En el caso de estos profesionales se observa una falta de constancia en la atención, muchas veces debido a que suele tratarse de una atención privada, por tanto, se concreta cuando se cuenta con recursos para ello.

“Fui al hospital psiquiátrico, ahí me estoy haciendo atender, la primera doctora me ayudó. Me han cambiado de psiquiatra” (U3, Huertomanías).

Contenido 1.4. Importancia de las terapias (5%): Se relaciona con el acudir continuo a los profesionales vinculado con la mejoría de los problemas de salud mental.

“Me han ayudado mucho en el ámbito mismo psicológico y en el pensamiento y analizar más el tipo de vida y también el temperamento” (U11, Hospital General).

Contenido 1.5. Otras profesiones (2%): Se trata del personal de apoyo en rehabilitación, enfermería y trabajo social.

“Yo le agradezco a todos los que están en el hospital de licenciadas, a las que están en las costuras” (U24, Hospital Neurociencias).

Subcategoría 2. Hospitalización Ecuador (25%)

Contenido 2.1. Internación en Hospital Psiquiátrico (16%): La hospitalización suele ser más prolongada en un centro psiquiátrico especializado, que es exactamente lo contrario de lo que plantea el modelo comunitario.

Hospitalización de agudos:

“Un año en mi primera vez, o sea, ya tenía antes varios ingresos, pero iba y salía, me quedaba tres meses más o menos. Cuando tuve a mi hija me quedé aquí ocho meses, fue la primera vez que recaí mucho, me enfermé de verdad” (U31, Hospital Neurociencias).

Residencia: Usuarios/as del antiguo sistema han permanecido décadas en el Hospital Psiquiátrico.

“Como resultado del modelo anterior de atención, el modelo manicomial, tenemos un remanente de usuarios que tienen un estado crónico y han estado acá entre 10 y 30 años” (P3-, Hospital Neurociencias)

“No me gusta para estar viviendo, ese no es un hogar, claro que estamos al cuidado de los auxiliares, los médicos. Pero de todas maneras no es un buen lugar como para vivir. Hay personas que no tienen ni familia, ni padres, han sido abandonados” (U31, Hospital Neurociencias).

Contenido 2.2. Hospital General (4%): La internación suele ser más corta.

“Me internaron dos veces, la primera por nueve días y la segunda por doce días” (U3, Huertomanías).

Contenido 2.3. Domicilio (2%): El 3% de los usuarios/as refiere que no han estado hospitalizados.

“Jamás he estado hospitalizado, lo que menos queremos es que llegue a un hospital” (U4, Huertomanías).

Contenido 2.4. Por descompensación aguda (4%): La mayoría de los internamientos han sido por crisis con síntomas psicóticos o depresivos.

“Me internaron esas dos veces, porque me sentía agresivo y violento, tal vez por esa situación de no cumplir mis anhelos” (U3, Huertomanías).

Subcategoría 3. Síntomas Ecuador (35%):

Contenido 3.1. Síntomas del estado de ánimo (20%): Especialmente casos depresivos, pero también por ansiedad, angustia y baja autoestima.

“Cuando fue una de las depresiones grandes que tuve que vi visiones y todo, yo sabía que esa iba a ser la enfermedad del siglo 21 para mucho, he conocido hasta jovencitos” (U7, Hospital General).

“Yo pasaba muy deprimida, enojada, es una desesperación no poder decir cómo se siente una, porque yo también tengo pensamientos raros o la gente no me quiere o piensa algo mal de mí y de eso depende mucho la autoestima” (U1, Huertomanías).

Contenido 3.2. Síntomas psicóticos (7%): Principalmente delirios (creencias falsas de tipo paranoide) y alucinaciones (oír cosas que otros no oyen).

“Un loco lucha todos los días contra su mente, es difícil ser un loco, es como si fuera un laberinto y las personas son el laberinto y tú tienes que salir de ahí y salir vivo” (U3, Huertomanías).

“Los locos no nos portamos como locos porque sí, es por una razón, pero cuando vas entendiendo la vida te das cuenta de otras cosas, yo antes pensaba que me engañaban o algo así, pero en realidad era pura paranoia, es algo bien de tino eso de la locura porque se te escapan destellos de pensamientos que tú necesitas para vivir bien, tienes un cielo en el cerebro y si eso no se cumple en la vida real te desesperas” (U3, Huertomanías).

Contenido 3.3. Problemas en las relaciones interpersonales (3%): Se presentan dificultades para comprender las interacciones con las otras personas, en especial cuando la sintomatología afecta a los usuarios/as.

“En los momentos difíciles una siente el rechazo de las personas y ellas ven esa aura negra que una tiene encima todo el tiempo y la gente no quiere estar con una, y mucho menos trabajar, entonces eso influye mucho y hace que uno se sienta cada vez peor” (U6, Hospital General).

Contenido 3.4. Mejoría de los síntomas (5%): Se narra la sensación de bienestar producto de las intervenciones de profesionales sanitarios y la administración adecuada de medicamentos.

“Porque no dormía, primero tomaba ocho pastillas, ahora tomo una” (U27, Hospital Neurociencias).

Subcategoría 4. Medicación Ecuador (13%)

Contenido 4.1. Medicación Adecuada (7%): Ayuda a la disminución de síntomas negativos.

“La idea es que yo esté todo el tiempo tranquilo, no sedado por los medicamentos, que tenga una vida activa y que si hay crisis pequeñas que trate de sobrellevarlas” (U4, Huertomanías).

Contenido 4.2. Efectos secundarios indeseables (7%): Se mencionan reacciones adversas de la medicación, especialmente somnolencia.

“He trabajado, pero ahora se me hace imposible por el trastorno que tengo, me dificulta la medicación porque tengo que tomar a diario y prácticamente son medicamentos que me duermen” (U9, Hospital General).

Como resumen, en el ámbito sanitario es representativo el contar con profesionales cualificados que ayuden a manejar los síntomas negativos principalmente los depresivos, así como el encontrar un equilibrio en la medicación, y en casos que se requiera el poder compensar las crisis agudas con hospitalización de corta duración.

5.1.3. Categoría Estructura y Organización de Salud Mental - Ecuador

Involucra el funcionamiento de la Red de Salud Mental a nivel global, la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria y los servicios que ofrecen los dispositivos estatales con las dificultades y facilidades percibidas.

Subcategoría 5. Dificultades Ecuador (42%)

Contenido 5.1. Estigma (10%): Son las creencias que aún hoy en día impregna la cultura popular de la enfermedad mental como peligrosa e impiden el pleno desarrollo de este colectivo y su inclusión en la sociedad.

“Sería muy bueno que el resto de la sociedad entendiera que la persona con algún tipo de trastorno mental no estamos locos y que no deben escandalizarse por trabajar con alguien que asiste a un psiquiatra y eso es un problema de cultura, de falta de información, tiene que dejar de ser tabú compartir con personas con trastorno mental porque ya no es como antes, no somos una cuerda de loco que deben ir a un hospital mental, ya no es así” (U6, Hospital General).

Contenido 5.2. Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales (14%): Se aprecian insuficientes políticas públicas y normativas que regulen la inclusión laboral de personas con problemas de salud mental grave.

Políticas públicas: Comprende el conjunto organizado de acciones y medidas por parte del Estado para mejorar la salud mental y reducir la carga de los problemas de salud mental en la población, las mismas que son consideradas insuficientes.

“Era una mentira y una pérdida de tiempo el CONADIS (Consejo Nacional de Discapacidades), porque nunca le buscaron un trabajo a mi hijo” (F1, Huertomanías).

“Estuve tratado de leer sobre la situación (de inclusión laboral para este colectivo), no veo que exista un plan o algo estratégico que te permita como Ministerio de Salud seguir una línea, y peor aún en los Servicios Sociales” (D3, Ministerio de Salud).

Leyes Laborales: Se argumenta la falta de respaldo legal y de seguimiento al cumplimiento de las normativas, en razón de ello, la carga de la inclusión laboral es asumida por la familia y no desde el Estado.

“Hay problemas para dar cumplimiento a la cuota de inclusión laboral, y no hay alguien que lo supervise permanentemente, entiendo que a veces hay alguna intervención de casos muy puntuales, pero no hay alguna estructura fuerte de vigilancia y seguimiento” (D3, Ministerio de Salud).

“Se vio la opción de que se acceda a la jubilación, pero es casi imposible, porque la figura de discapacidad relacionada al trabajo por un tema de salud mental no se tiene ni en la Ley de discapacidad ni la Ley de jubilación” (D1, Huerfomanías).

Contenido 5.3. Escasa Red Socio-Sanitaria (26%): Se aprecia una falta de recursos intermedios de rehabilitación e inclusión tanto sanitarios como sociales, debido a la falta de servicios y profesionales para la conformación de equipos comunitarios de salud mental. Además, se observan otros elementos obstaculizadores como una inadecuada calificación de la discapacidad, falta de medicamentos en el primer nivel de atención y ausencia de programas que promuevan la inclusión desde el Estado.

“Lo que falta de implementar como modelo comunitario es mucho, lo que hemos hecho en cierto sentido es atender la demanda, pero no hemos trabajado con los líderes comunitarios ni con las asociaciones tanto de familiares como de los usuarios que se quieren hacer en relación a la salud mental, y el empoderamiento de su misma patología” (P1, Hospital General).

“Soy la presidenta de una fundación que es un grupo que se ha conformado para recibir apoyo y queremos retomar los talleres ocupacionales, de cocina, juguetería, carpintería; y estamos viendo si nos organizamos y hacemos unos talleres de emprendimiento” (F11, Centro Especializado).

Subcategoría 6. Funcionamiento del Modelo Comunitario (9%)

Contenido 6.1. Hospital Psiquiátrico (6%): Mantiene un papel preponderante que debería ser sustituido por un rol secundario en la atención de las personas con sufrimiento mental grave, dado que se ha evidenciado los beneficios inclusivos del modelo comunitario.

“La evolución histórica del paso del hospital psiquiátrico monovalente (antiguo manicomio) a la creación de salas psiquiátricas en hospitales generales y centros de salud especializados es un hecho indetenible” (D4, Hospital Neurociencias).

Contenido 6.2. Hospital General (3%): Debería ser el espacio para compensar las crisis agudas en un corto periodo de tiempo para luego derivar a la atención ambulatoria en la comunidad.

“Los trastornos mentales graves pueden tener una descompensación por lo que se debe generar toda la estructura a nivel hospitalario donde hablemos de internamiento de corta estancia, máximo 15-20 días, y después que el paciente regresara a la comunidad” (D2, Ministerio de Salud).

Subcategoría 7. Servicios de Rehabilitación (36%)

Contenido 7.1. Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico (28%): Se argumenta un cambio del antiguo sistema manicomial al actual Instituto que se centra en la rehabilitación sociolaboral, pero, permanecen algunos usuarios/as crónicos que no han sido reintegrados con familiares y se ubican en viviendas tuteladas. Todos los usuarios/as pasan por el centro de rehabilitación integral donde se les delega actividades según su nivel de autonomía y con un objetivo a cumplir en este ámbito.

“En el año 2010 se comenzó una campaña de ubicación de los familiares, y de un total de setecientos cincuenta y cuatro pacientes que teníamos logramos bajar a trescientos cincuenta. Actualmente, en el área de residencia hay doscientos pacientes que están prácticamente abandonados” (P3, Hospital Neurociencias).

“En el área pre-laboral la meta es que estén de seis meses a un año, que mantengan la actividad o los hábitos que han ganado, desempeñando una función preestablecida y rotativa” (P5, Hospital Neurociencias).

Contenido 7.2. Centro Especializado (6%): Además de la atención individual con un psicólogo y/o psiquiatra, se programan actividades grupales para personas con esquizofrenia y trastornos del ánimo y sus familiares, en ellas se ofrece psicoeducación y rehabilitación; así como apoyo a una organización de familiares creada alrededor del Centro.

“En la preparación pre-laboral enfocamos varios segmentos: la parte motora; en la habilidad social, para relacionarse, para contener la ira y para no estresarse con la relación social; además, la tolerancia al trabajo, y el potencializar las capacidades cognitivas” (P2, Centro Especializado).

Contenido 7.3. Hospital General (1%): Comprende atenciones de ingresos de corta estancia, así como la consulta externa de psicología y psiquiatría en atención individual; no cuenta con actividades grupales terapéuticas ni de rehabilitación.

“Nunca hemos tenido terapia grupal o manualidades, nada de eso, solo terapia en medicina y psicología” (U12-Usuaría, Hospital General).

Subcategoría 8. Facilidades Ecuador (13%)

Contenido 8.1. Modelo de Salud Mental (10%): Surge a partir de la implementación del Modelo de Salud Mental desde un enfoque comunitario en el año 2014, donde se aprecia un incremento de profesionales especializados para la atención en salud mental en primer nivel y en segundo nivel en los hospitales generales, con soporte de instrumentos internacionales para su aplicación. En el hospital privado se cuenta con mayor infraestructura y profesionales para realizar actividades de rehabilitación.

“Otro avance es la creación de los ambulatorios intensivos tipo hospital de día, más vinculado a la comunidad con todo un equipo de profesionales, tenemos 45 ambulatorios intensivos a nivel de país que brindan atención diaria o casi diaria en temas muy específicos, a personas que antes estaban desvinculados incluso de la familia” (D2, Ministerio de Salud).

Contenido 8.2. Ley de inclusión laboral (3%): Un gran avance es la normativa que regula mediante cuotas la contratación de personas con discapacidad en las empresas públicas y privadas; su monitoreo, vigilancia y recepción de denuncias depende del Ministerio de Trabajo.

“Existe una normativa de que toda institución debe tener un porcentaje de talento humano con discapacidad, y nosotros como instituciones públicas y privadas tenemos la obligación de dar cumplimiento a esta normativa” (D3, Ministerio de Salud).

Si bien existen varios elementos facilitadores como el contar con espacios de hospitalizados especializado, un Modelo de salud mental que se está implementando y una normativa que regula la inclusión laboral de personas con discapacidad en las empresas. Sin embargo, se observa que el proceso está aún incompleto, faltan más servicios de rehabilitación que sean intermediarios al Hospital Psiquiátrico, viviendas tuteladas estatales, y un sistema que supervise el cumplimiento de la cuota de inclusión laboral en las empresas.

5.1.4. Categoría Personal - Ecuador

Son las condiciones que requieren los usuarios/as para alcanzar una inclusión sociolaboral e incluye cuatro subcategorías: autonomía, relaciones íntimas, educación y proyecto vital.

Subcategoría 9. Autonomía Ecuador (54%)

Contenido 9.1. Independencia (28%): Comprende las actividades que pueden desarrollar por sí mismos, se trata, en esencia, de las funciones básicas para sobrellevar la vida diaria y planificar un futuro con mayor autonomía. Además de las capacidades y habilidades que tienen para acciones determinadas relacionadas con lo cotidiano.

“Independiente es todo lo que hicieras para ti, por ejemplo, en lo económico no estar pidiendo a una persona que te ayuda, tuvieras tus cosas, comprar tu alimento” (U8, Hospital General).

Contenido 9.2. Responsabilidad y decisiones (25%): Encierra el cumplimiento de las actividades consideradas necesarias; como el cuidado de la casa y de otros miembros de la familia, así como el poder escoger entre diversas opciones y, el propio autocuidado referido especialmente a la toma responsable de sus medicamentos.

“Antes yo no podía tomar muchas decisiones, siempre sentía que algo estaba mal, ahora si tomo decisiones, aunque sean pequeñas, pero las elijo, el que respetemos las reglas hace que seamos más independientes, podemos tomar responsabilidades” (U1, Huertomanías).

Subcategoría 10. Relaciones íntimas - Ecuador (26%)

Contenido 10.1. Buena convivencia y ayudar a otros (17%): Se trata de las relaciones positivas con personas cercanas con las que viven y conviven, el manejo de las emociones y el estrés y las relaciones solidarias con otras personas que no necesariamente tienen un problema de salud mental.

“Ayer mi compañera estaba un poquito bravita, cerró la puerta con seguro y la dejé nomas y le dije ya cálmese. Después estuvimos conversando un ratito y de ahí me dijo voy a descansar, y me pidió disculpas” (U26, Hospital Neurociencias).

Contenido 10.2. Pareja sentimental (9%): Se presentan como casados/as, unión libre o solteros/as.

“Tal vez por mi situación anterior perdí a las novias que tuve y eso también quebrantó mi emoción un poco, me sentía triste” (U2, Huertomanías).

Subcategoría 11. Educación Ecuador (11%)

Contenido 11.1. Poco acceso e integración (4%): Circunscribe las dificultades relacionadas con el sistema educativo que no incluye la diversidad.

“Yo no he conseguido porque he tratado de dar las pruebas de la universidad, he aprobado, pero me mandan lejos y entonces no tuve plata para la comida. Luego estuve a distancia en una universidad, pero me tuve que salir” (U13, Hospital General).

Contenido 11.2. Problemas de concentración (4%): Se indica como parte de la sintomatología de la enfermedad.

“Muy difícil porque la ansiedad me mata y no puedo concentrarme en los estudios y por eso tuve que retirarme este año, no estoy estudiando por los ataques que sufría” (U21, Centro Especializado).

Contenido 11.3. Positivo con interés y acceso (4%): Se percibe como una cualidad personal.

“Soy una persona perseverante y me toca experimentar nuevas cosas” (U14, Hospital General)

Subcategoría 12. Proyecto vital (9%)

Contenido 12.1. Proyecto vital positivo (9%): Se vislumbra opciones a futuro que antes estaban negadas.

“Estoy pensando en trabajar en una academia, dar clases de música, he podido pensar en muchas cosas que antes no” (U4, Huertomanías).

Como resumen del apartado, vemos que la independencia y autonomía son elementos relevantes para las y los usuarios, asumir decisiones y responsabilidades como la toma de la medicación les hace sentirse más independientes y encontrar un sentido para proyectar su vida tratando de mantener las buenas relaciones con los otros, también se muestran capaces de ayudar en situaciones conflictivas que experimentan las personas con quienes conviven, por ejemplo, con la pareja. En el ámbito social, especialmente en lo educativo, no se aprecian avances ni una estrategia clara para la inclusión real de personas con sufrimiento mental grave.

5.1.5. Categoría Familiar - Ecuador

Aborda los rasgos que caracterizan a las familias de los usuarios/as con sufrimiento mental grave y se distinguen entre actitudes de apoyo, de sobreprotección o de aislamiento.

Subcategoría 13. Apoyo Ecuador (40%)

Contenido 13.1. Unión familiar (17%): Es aunar esfuerzos con el fin de ser un soporte para el usuario/a, por parte del núcleo familiar cercano.

“Nos reunimos y dijimos que lo mejor para él es también estar con la familia y tratar de ayudarlo entre todos, porque años tenía en el hospital, y ya después poco a poco fue viniendo; les he dicho a mis hermanos que cada quién tiene que turnarse, estar pendientes” (F17, Hospital Neurociencias).

Contenido 13.2. Cuidados y comprensión (23%): Comprende la atención que entrega la familia al usuario/a con problemas de salud mental grave, descritas como un mayor entendimiento de la enfermedad que se expresa en relaciones amables y cariñosas, el poder contar con el o los familiares, son manifestaciones de afectividad positiva que generan disminución de los sentimientos y actitudes impulsivas.

“Le dimos la libertad para que pueda desarrollarse y desenvolverse, nos imaginábamos que por tenerle así con presión estaba mal y entonces por una parte las oportunidades que le hemos dado a mi hijo si se le ha ayudado” (F2, Hospital General).

Subcategoría 14. Sobreprotección Ecuador (32%)

Contenido 14.1. Dependencia (19%): Ataño a la relación casi simbiótica que suele darse entre el usuario/a y su familia y que no le permite desarrollar plenamente su autonomía.

“Tener un problema mental y aparte sentirse dependiente creo que es una de las peores cosas de la vida porque ya me pasó, y solo empeora la situación” (U6, Hospital General).

Contenido 14.2. Falta de confianza (13%): Es la creencia de la familia sobre la falta de capacidad de usuarios/as para desempeñarse en su entorno y velar por sí mismo.

“En la casa yo no puedo vencer el tema todavía de sobreprotegerle, no le dejamos hacer nada, todo le damos haciendo” (F1, Huertomanías).

Subcategoría 15. Aislamiento Ecuador (28%)

Contenido 15.1. Rechazo (17%): Son actitudes de la familia respecto a no querer hacerse cargo del usuario/a ni ayudarlo a llevar su enfermedad, situación que le obliga a estar solo.

“De la enfermedad no se lo cuento a muchas personas, la mayoría ni siquiera mi familia saben lo que yo tengo, por esa misma sensación de que no lo van a entender y me van a ver algunos como un monstruo” (U7, Hospital General).

Contenido 15.2. Miedo (11%): Expresa los sentimientos de temor y preocupación que tiene la familia con base en los recuerdos de las crisis que han vivido y que suelen verbalizarse.

“El trabajo lo mantiene tranquilo, claro que hay momentos que le da como coraje, se molesta o viene enojado, ahí hay que estar pendiente porque da miedo” (F17, Hospital Neurociencias).

En síntesis, acerca de la relación familiar se aprecian elementos polarizados, por un lado, la unión familiar, los cuidados y afectividad proporcionados a la persona con sufrimiento mental grave; mientras que existe un lado negativo relacionado con la sobreprotección y dependencia hacia las personas que no le permite desarrollar su autonomía, y, además, un cierto rechazo y miedo por los antecedentes de la enfermedad en la crisis aguda que sigue manifestándose en los familiares.

5.1.6. Categoría Social - Ecuador

Circunscribe la inclusión de las personas con sufrimiento mental graves en la comunidad, lo que conlleva al abordaje del estigma y la discriminación; los tiempos de ocio, de recreación y las relaciones de amistad; la situación de la vivienda; y, pensión por discapacidad y/o soportes económicos.

Subcategoría 16. Ocio y recreación - Ecuador (38%)

Contenido 16.1. Deporte y entretenimiento: Se señala como relevantes los espacios para el deporte y la entretención, que vinculan la salud física con la salud mental mediante actividades que mejoran la calidad de vida y les ayuda a disminuir o controlar los síntomas.

“El deporte me gusta mucho y me fascina mucho el ejercicio y si lo hago, a pesar de lo que soy y eso me ha ayudado mucho al tratamiento” (U16, Hospital General).

Subcategoría 17. Vivienda - Ecuador (12%)

Contenido 17.1. Vivienda dependiente y asistida: La mayoría de usuarios/as vive con algún familiar, ya que no existen en el país viviendas sociales, solo un grupo del Hospital de Neurociencias (de carácter privado) tiene la opción de una vivienda asistida.

“El individuo que no tiene familia o no lo quieren recibir, que después de recibir el alta al único lugar que puede ir es a la calle. No es un problema psiquiátrico sino un dilema social, ya que su enfermedad está estabilizada y se puede mantener con medicamentos y consulta ambulatoria” (D4, Hospital Neurociencias)

Subcategoría 18. Relaciones de amistad - Ecuador (12%)

Contenido 18.1. Relaciones de amistad: Son las relaciones empáticas fuera del ámbito familiar, en el barrio, la comunidad, las redes sociales. Los usuarios/as manifiestan como relevante la socialización con sus pares.

“Ahora estoy más tranquilo, en la casa si pasa algo comienzo a leer libros y chatear con mis amigos del huerto, porque Facebook es otra cárcel en la que nadie te habla” (U3, Huertomanías).

Subcategoría 19. Ayudas económicas - Ecuador (10%)

Contenido 19.1. Bonos y pensiones: Son los tipos de prestaciones económicas que ofrece el Estado para las personas con sufrimiento mental graves que, si bien es considerado como un elemento muy importante, ninguno de los usuarios/as entrevistados ha logrado acceder a algún tipo de beneficio.

“Ahora que están ayudando a las personas que tienen ese bono de vivienda, eso nuevo que está haciendo el nuevo gobierno, deberían dar una ayuda a nosotros también” (U11, Hospital General).

Recapitulando lo que se ha visto en esta categoría, existen factores positivos de inclusión como son las actividades de ocio y recreación que realizan las personas con problemas de salud mental graves, así como la importancia que le otorgan al mantener relaciones de amistad. Sin embargo, se visualiza como principal factor negativo la permanencia de una fuerte discriminación social que, desde el Estado se traduce en hacer lo mínimo indispensable observándose la falta de viviendas tuteladas públicas y de acceso a bonos; en la sociedad se traduce en la falta de redes sociales abiertas en el vecindario, en la localidad, en la comunidad; contextos que interfieren en la promoción de una verdadera inclusión social del colectivo.

5.2. Resultados Valencia

En Valencia la muestra está representada por: Usuarios/as (U=45%), Familiares (F=11%), Profesionales (P=22%) y Directivos (D=22%), 47% son mujeres y el 53% hombres, con un rango de edad entre los 24 y 69 años, La muestra está constituida por establecimientos públicos 54% y privados 46%.

Tabla 42. Matriz de análisis de la distribución por Categorías, Sub-categorías y Contenidos - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	%
Sanidad (peso 124) 19%	3.Profesionales de Salud mental (peso 45) 7%	3.1. Tipo de establecimiento	0,3
		3.2. Psicología	2,2
		3.3. Psiquiatría	2,5
		3.4. Importancia de las terapias	1,2
		3.4. Otras profesiones	0,8
	4.Hospitalización (peso 30) 5%	4.1. Internación en Unidad de mediana estancia	0,9
		4.2. Hospital General	1,8
		4.3. Domicilio	1,1
		4.4. Por descompensación aguda (de síntomas)	0,8
	5.Síntomas (peso 29) 4%	5.1. Síntomas del estado de ánimo	1,7
		5.2. Síntomas psicóticos	1,1
		5.3. Problemas en las relaciones interpersonales	0,9
		5.4. Mejoría de los síntomas	0,8
6.Medicación (peso 20) 3%	6.1. Adecuada	1,2	
	6.2. Efectos secundarios indeseables	1,8	

Estructura y organización Salud Mental (peso 143) 22%	7.Dificultades (peso 71) 11%	7.1. Estigma	2,2
		7.2. Inexactitud de Políticas Públicas	5,8
		7.3. Escasa Red Socio-Sanitaria	2,9
	8.Funcionamiento del Modelo Comunitario (peso 16) 2%	8.1. Ayuntamiento	0,2
		8.2. Federación de Salud Mental	0,3
		8.3. Medicina Laboral	0,2
		8.4. Universidad	0,2
		8.5. Red Socio-Sanitaria	1,7
	9.Servicios de Rehabilitación (peso 40) 6%	9.1. Unidad de mediana y larga estancia (Bétera)	0,8
		9.2. Centro Especializado Biopsicosocial (Museo)	1,7
		9.3. Hospital General	0,2
		9.4. Agencia de colocación laboral (Bonagent)	0,2
		9.5. Unidad de Salud Mental (USM)	0,8
		9.6. Centro de Rehabilitación Integral (CRIS)	0,5
		9.7. ONG ASIEM	0,9
		9.8. ONG AMBIT	0,6
		9.9. Centro Estatal CREAP	0,6
	10.Facilidades (peso 16) 2%	10.1. Modelo de Salud Mental	1,2
		10.2. Ley de inclusión laboral	1,2
Personal (peso 44) 7%	11.Autonomía (peso 15) 2%	11.1. Independencia	1,4
		11.2. Responsabilidad y decisiones	0,9
	12.Relaciones íntimas (peso 9) 1%	12.1. Buena convivencia y ayudar	0,5
		12.2. Pareja sentimental	0,9
	13.Educación (peso 16) 2%	13.1. Poco acceso e integración	0,6
		13.2. Problemas de concentración	0,8
		13.3. Positivo interés y acceso.	1,1
	14.Proyecto vital (peso 4) 1%	14.1. Proyecto vital positivo	0,6

Familiar (peso 48) 7%	15.Apoyo (peso 18) 3%	15.1. Unión familiar	0,9
		15.2. Cuidados y Comprensión	1,8
	16. Sobreprotección (peso 20) 3%	16.1. Dependencia	2,3
		16.2. Falta de confianza	0,8
	17. Aislamiento (peso 10) 2%	17.1. Rechazo	0,8
		17.2. Miedo	0,8
Social (peso 58) 9%	19. Ocio y recreación (peso 11) 2%	18.1. Deporte y entretenimiento	1,7
	20. Vivienda (peso 21) 3%	19.1. Vivienda independiente, dependiente y asistida	3,2
	21. Relaciones (peso 14) 2%	20.1. Relaciones de amistad	2,2
	22. Ayudas económicas (peso 12) 2%	21.1. Bonos y pensiones	1,8
Total	100%		100%

A continuación, se describen cada una de las categorías, y la clasificación por color es la misma utilizada para el caso de Ecuador.

5.2.2. Categoría Sanidad - Valencia

Subcategoría 1. Profesionales de Salud mental - Valencia (35%)

Contenido 1.1. Tipo de establecimiento (2%): De la muestra total el **63% corresponde a centros sanitarios públicos**, y el restante (37%) a instituciones privadas.

Público: Establecimientos de salud ofrecidos por el Estado.

“Voy a un psiquiatra de la seguridad social” (U38, Asiem)

Privado: Se trata principalmente de asociaciones privadas con o sin fines de lucro.

“También estuve en un centro privado haciendo un curso, de ahí saqué amigos y los voy a ver de vez en cuando y para sacarlos a dar una vuelta. Es un centro para enfermos mentales y están encerrados en un sitio” (U36, Asiem).

Contenido 1.2. Psicólogos/as (11%): Refiere a la atención con psicología.

“La psicóloga me están tratando sobre las drogas, me están haciendo analíticas, y todo eso, y lo llevo mejor” (U44, Museo)

Contenido 1.3. Psiquiatras (13%): Todos los usuarios/as tienen atenciones con el médico psiquiatra.

“Voy a un psiquiatra de la seguridad social y a uno privado, cada 3 meses o así, tampoco voy tan seguido” (U38, Asiem).

Contenido 1.4. Importancia de las terapias (6%): Se considera relevante el contacto con especialistas y la realización de actividades terapéuticas individuales y grupales.

“Voy a salud mental siempre, hablo con el psiquiatra de vez en cuando, cuando me toca, es muy buen psiquiatra, si no fuera por él y la medicación, pues estaría cazando mariposas” (U32, Unidad de Salud Mental).

Contenido 1.5. Otras profesiones (4%): Se indica como importante la actuación de profesionales de otras disciplinas como enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y educación social.

“Aquí tienes a los profesionales a mano, también voy a terapia grupal, y siempre hablo con algún profesional ante un tema que me preocupa o sobre todo converso con el enfermero, hablo bastante” (U42, Museo).

Subcategoría 2. Hospitalización - Valencia (25%)

Contenido 2.1. Internación en Hospital de mediana y larga estancia (5%): Cuando un usuarios/a no logra ser totalmente compensado luego de haber estado en el Hospital general, puede ser derivado a un hospital de mediana estancia.

Hospitalización de agudos: El 20% de entrevistados ha sido ingresado en este servicio para compensar sus crisis, y el 100 % ha estado con anterioridad y por varias ocasiones en un Hospital General.

“Me ingresaron hace mucho tiempo, por dos meses, porque me encontraba muy mal” (U48, Museo).

Residencia: De los entrevistados solo el 4% ha ingresado en un centro privado por un período de dos años.

“Lo que hacía era comer, una hora al día salir a tomar café con el grupo y también me dejaban salir una horita sola, y nada más, y talleres aburridos, ahora yo soy un ejemplo para mis excompañeros cuando voy a verlos, yo les digo que sí tenemos derechos” (U52, Ambit).

Contenido 2.2. Hospital General (10%): Se trata de la internación más común. El 44% de entrevistados ha utilizado este servicio para compensar sus crisis, mientras que otros han acudido también a la Unidad de mediana estancia.

“Yo de una hospitalización me acuerdo, puede ser que haya tenido otra ocasión, pero solo recuerdo una en la Fe nueva, estuve casi un mes, me ingresé yo mismo, y hasta que el juez no te dé el alta no puedes marcharte a casa, y lo pasé mal, porque estaba muy aislado” (U45, Museo).

Contenido 2.3. Domicilio (6%): La unidad de hospital a domicilio es para personas que presentan una crisis y en vez de ingresar a un hospital, para todos los efectos, se encuentran en situación de ingresados, pero en sus casas. Siempre debe haber una persona a su cuidado, y un/a psiquiatra y un/a enfermero que acudan a prestar atención en el hogar. El 32% de entrevistados ha utilizado solamente este servicio para compensar sus crisis.

“Hospitalizada en el hospital no, pero en casa sí con el tratamiento y con todo, luego creo yo que es más sufrimiento para el familiar que está contigo, para mí también claro, porque es muy grave la situación” (U34, Asiem).

Contenido 2.4. Por descompensación aguda (4%): En general, las internaciones se dan por crisis de la sintomatología psicótica o depresiva por intentos de suicidio.

“El centro me controla la medicación, porque tuve un intento de suicidio y solo recuerdo que aparecí en el hospital, estuve un mes en coma y lo pasé mal, mejor como estoy ahora, son crisis que pueden dar, por eso me gusta estar con gente” (U32, Unidad de Salud Mental).

Subcategoría 3. Síntomas - Valencia (24%)

Contenido 3.1. Síntomas del estado de ánimo (9%): Se argumenta, en especial, estados de depresión, angustia, baja autoestima e intentos de suicidio.

“No tengo nada de autoestima, tengo mucha carencia en ese terreno, no veo nada positivo en mí, cuando me quedo sentado para recuperar fuerzas me deprimó. Ya estoy en modo piloto automático, porque no tengo palancas para empoderarme, tal vez si trabaja fuera distinto” (U37, Asiem).

Contenido 3.2. Síntomas psicóticos (6%): Principalmente pensamiento paranoico, delirios y alucinaciones.

“He estado temporadas que me he salido de la estabilidad, entonces cuando he tenido una ocasión que me ingresaron fue porque me deje la medicación, también porque los pensamientos míos eran... yo quería hacer muchas cosas al mismo tiempo, tenía un desorden mental” (U45, Museo).

Contenido 3.3. Problemas en las relaciones interpersonales (3%): Se percibe como la dificultad para entablar relaciones con otras personas con o sin diagnóstico de salud mental y, se lo asocia a la inseguridad y falta de habilidades sociales de una persona.

“Caí enferma hace 5 años y me ha resultado bastante imposible, ya no solamente de una relación laboral sino de comunicación con la gente porque estaba bastante fastidiada” (U38, Asiem).

Contenido 3.4. Mejoría de los síntomas (4%): Se trata de la sensación de alivio de los síntomas psíquicos que permiten a los usuarios/as volver a realizar las actividades cotidianas y retomar su vida.

“Lo que más me ha ayudado es estar aquí y sentirme apoyada por todo el mundo, me han ayudado mucho, a valorarme más, antes no tenía derecho a nada, quedas como una incapacitada, como una niña” (U52, Ambit).

Subcategoría 4. Medicación - Valencia (16%)

Contenido 4.1. Medicación Adecuada (6%): La medicación tanto inyectable como en comprimidos vía oral, ayuda a controlar y manejar los síntomas negativos de los problemas de salud mental graves. En algunos casos la medicación puede ser impuesta por un juez.

“Medicación a seguir que me han ido cambiando, y ahora estoy mejor con buena medicación y no tengo ningún tipo de alteración” (U41, Museo)

Contenido 4.2. Efectos secundarios indeseables (10%): Las molestias provocadas por los medicamentos suelen ser; sedación diurna, problemas cognitivos como dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, cansancio y fatiga, aumento de peso, ansiedad, rigidez muscular y aplanamiento afectivo.

“En el momento que tomaba una medicación me fue difícil trabajar porque me sentaba mal, deprimida, angustiada y me tenía que esforzar mucho, es importante que el tipo de medicación sea la adecuada” (U56, Bétera).

Sin duda, es relevante el apoyo de los profesionales especializados en la atención sanitaria. El desafío ante los síntomas más difíciles como la depresión, lo intentos de suicidio y el pensamiento paranoico, es contar con un establecimiento para internación lo más cercano a la comunidad como es el Hospital General. Para la inclusión laboral se indica como fundamental que la medicación sea la adecuada, con la menor cantidad de efectos secundarios como lo son la somnolencia y el cansancio que les impide un buen desempeño.

5.2.3. Categoría Estructura y Organización de Salud Mental - Valencia

Subcategoría 5. Dificultades - Valencia (48%)

Contenido 5.1. Estigma (10%): Se describe como el prejuicio que existe sobre las personas con alguna patología mental grave y se caracteriza por la creencia de que son peligrosos e incapaces, razón por la cual son discriminados tanto del ámbito social como laboral.

“Hay mucha discriminación, cuando eres enfermo mental te estigmatizan, si eres esquizofrénico eres como una bomba y ni se te arriman, y cuando les digo mi problema la gente se asusta más aún. Estamos muy discriminados porque creen que estamos todos locos, pero ninguno me ha pegado ni me ha agredido, no somos como nos catalogan” (U36, Asiem).

Contenido 5.2. Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales (25%): Se observa que, si bien en los documentos existe una mirada de la salud mental comunitaria y la inclusión laboral, esta no llega a concretizarse por la falta de políticas con mayor grado de especificidad que se traduzca en una inclusión socio-laboral efectiva.

Políticas públicas: En la práctica prevalece un modelo médico por falta de recursos para actuar de forma efectiva en el contexto en el que la persona con sufrimiento mental grave vive y se desenvuelve. Asimismo, existen vacíos en ciertas políticas, frente a estos problemas su implementación no es la adecuada ni los resultados son los esperados. Tal es el caso de la financiación para viviendas tuteladas que deben ser costeadas por el usuario/a y luego el Estado procede al reembolso.

“En un principio España y los trabajadores de la salud mental estaban muy influidos por los planteamientos de la psiquiatría comunitaria italiana; ahora los problemas son de tipo administrativo burocrático, falta de recursos y de una programación adecuada, de un planteamiento adecuado de las instituciones” (P14, Universidad).

Pensión: Un elemento adicional que relatan las y los entrevistados es relativo a las pensiones, las cuales se ven como una gran barrera para su inserción en el mundo laboral, puesto que si trabajan se les retira la pensión por incapacidad, pero en el caso de quedar nuevamente sin empleo, el procedimiento administrativo para vol-

ver a reclasificar la situación del usuario/a significa meses de trámites en los cuales no recibiría dicha ayuda económica, además, puede que no reciba de pensión el mismo monto que antes. Esta situación genera incertidumbre, en razón de ello, hay un porcentaje de usuarios/as y de familias que prefieren que el usuario/a no trabaje a correr el riesgo de perder su pensión.

“Si a estas personas le dijeran usted vaya y trabaje, y lo que le falte hasta su pensión yo se lo voy a dar, entonces la persona sí que iría, y si usted vuelve a recaer yo le voy a dar lo que usted tenía. Las familias muchas veces no quieren que trabajen para que no les quiten la pensión, porque es como un bien que han ganado y saben que el día de mañana van a tener un algo” (P10, Museo).

Leyes Laborales: Se plantean dificultades principalmente referentes a que el sistema de cuotas no es específico para salud mental, tanto en la empresa normaliza como en los Centros Especiales de Empleo, por lo cual esta entra a competir con otras discapacidades. Frente a este escenario lo más probable es que el empleador prefiera personas con discapacidad física o intelectual. También se argumenta que, en muchos casos, el empresariado prefiere pagar las multas a contratar personas con discapacidad dado la permisividad de la normativa.

En cuanto a las Centros Especiales de Empleo se indica que; algunos funcionan adecuadamente y otros exigen alta productividad y solo están obligados a pagar el mínimo interprofesional, siendo que en una empresa ordinaria por el mismo trabajo recibe un mayor salario, es decir, se encuentran mal regulados.

“Ahora han cambiado un poco las subvenciones al fomento de empleo y dan una ayuda para el trastorno mental grave y es una facilidad, pero hasta el momento a nosotras no nos ha servido para nada porque a las empresas no les interesa, porque para poderte adjudicar hay que cumplir una serie de requisitos y es complicado, muy burocrático y eso es una dificultad” (P12, Bonagent).

“Los enclaves laborales son una de las medidas alternativas a la Ley en la que solo se podía contratar una persona con discapacidad intelectual o psíquica de más del 33%, pero no ha servido. Pedimos a la Administración que en el empleo público se guarden unas plazas para personas con enfermedad mental (para discapacitados es un 2%) y nos está costando conseguirlo” (P8, Asiem).

Contenido 5.3. Escasa Red Socio-Sanitaria (13%): Se identifica falta de profesionales (sobre todo de psicología, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería) y de viviendas tuteladas públicas. Se menciona la diferencia de recursos entre los diversos departamentos de salud, lo cual se traduce en desventajas para los usuarios/as porque no son derivados a las áreas requeridas. Ante esto, han surgido opciones privadas para cubrir requerimientos de los usuarios/as, se trata de organismos con fines de lucro (con mayor y menor ética en la atención).

Si bien, se considera a la inclusión laboral como el último paso de la rehabilitación de personas con sufrimiento mental grave, se plantea la existencia de escasos recursos para su logro a más de una falta de coordinación entre las administraciones (estatal, autonómico y local) y las diversas áreas de atención (Bienestar Social, Educación, Empleo, Justicia y Cultura).

“El equipo de atención socio-sanitario es esencial porque la gente que no viene porque no sale de casa o porque viven en la calle, y no hay un equipo que valla donde estén las personas, nosotros vamos pero para apagar fuegos, se necesitan equipos médicos y sería menos costoso que acabar en incapacitaciones y residencias” (P6, Unidad de Salud Mental).

“La red funciona fatal, porque no hay conexión entre ella, para buscar un recurso para los pacientes no hay ningún estamento que controle y tienes que dar muchos pasos, se duplican los esfuerzos que si estuviera más centralizado pudieras” (P10, Museo).

Subcategoría 6. Funcionamiento del Modelo Comunitario - Valencia (12%)

Contenido 6.1. Ayuntamiento (1%): El Ayuntamiento de Valencia cuenta con varios convenios específicos con ONG's para la ejecución de proyectos que faciliten la inclusión sociolaboral de personas con sufrimiento mental grave, así como programas generales para grupos en exclusión social.

“Se cuenta con un convenio de colaboración entre el Ayuntamiento y una asociación para el desarrollo de un Programa de Inserción sociolaboral para personas exreclusas y con enfermedad mental grave. A través de la convocatoria de Acción Social 2017 se ha subvencionado un programa de ocio inclusivo para personas de este colectivo. Asimismo, el Programa de Inserción Social de la Delegación municipal de Inserción Sociolaboral cuenta con diversos programas, proyectos y actuaciones con distintos colectivos en situación de riesgo y exclusión” (D12, Ayuntamiento).

Contenido 6.2. Federación de Salud Mental (1%): La Federación Valenciana asesora y representa a las asociaciones de familias y de personas con sufrimiento mental grave, siendo un interlocutor válido para la Administración. Esta institución se encarga de áreas que no son de atención directa, como son la sensibilización, promoción, formación, apoyo en la gestión de las asociaciones y asesoramiento jurídico con la oficina de defensa de derechos.

“La Asociación surgió al principio con familias porque para que esa persona vuelva a recuperar dentro de sus capacidades el máximo nivel de vida normalizada. Tenemos esperanzas, parece que las cosas van a ir más rápido, por todo lo que sucede en la Unión Europea, los investigadores, los políticos, la red asociativa, estamos en mejora continua. Nos da la sensación de que la salud mental va a ser un tema más a tener en cuenta porque es un mal de la sociedad, estamos viendo que el suicidio que viene por una depresión, pero recién estamos sacando el tabú” (D11, Federación).

Contenido 6.3. Medicina Laboral (1%): Es la atención que demanda una persona con problema de salud mental cuando la sintomatología se presenta en el entorno laboral, aunque por lo general este tipo de patologías se controlan en centros sanitarios. De presentarse un caso, la empresa puede derivar a la persona al médico laboral para evaluación médica, si se detecta una alteración grave se deriva al médico de cabecera para valoración/baja laboral e incluso buscar apoyos familiares. Respecto al diagnóstico, no se debe proporcionar ninguna información al empleador para evitar el estigma.

“En casos en que se encuentre un trabajador con patología que les resulte “no adecuado” para las labores a desempeñar, la empresa suele intentar presionar para que se le dé un “no apto” y así poder despedir de manera “procedente”. Sin embargo, el procedimiento por parte de medicina laboral debe ser el reconocimiento de si el trabajador está en una fase estable o controlada, de ser así, no se ponen impedimentos ni recomendaciones especiales a no ser que sean necesarias para evitar favorecer una desestabilización del proceso de base” (P17, Medicina laboral).

Contenido 6.4. Universidad pública (1%): Cuenta con grupos de investigación en diversos temas, el más relacionado con la presente investigación es la Evaluación e Intervención Psicológica en Cognición en Problemas de Salud Mental Graves, que trabaja en asociación con la Universidad de Berna en Suiza, este equipo realiza estudios con pacientes con esquizofrenia y con trastorno bipolar en lo relativo a estimulación e intervención neuro-cognitiva y cognición social y sus implicaciones en su funcionamiento social.

“Algunas investigaciones hemos hecho utilizando programas de terapia psicológica integrada para la esquizofrenia, que aborda la parte neurocognitiva, la percepción social y se trabaja la cognición social, también la comunicación verbal, las habilidades sociales, y la resolución de problemas interpersonales que estaría más enfocado a la vida autónoma” (P13, Universidad).

Contenido 6.5. Red Socio-Sanitaria (8%): Está conformada por dos ejes. Uno es la Red sanitaria organizada por departamentos de salud: centros de salud, centro comunitario especializado (Unidad de Salud Mental), Hospital del

día (supra departamental), Hospital General, Unidad de mediana estancia y Unidad de larga estancia. El otro eje es la Red de servicio social constituida por: centro de rehabilitación (CRIS), pisos tutelados y residencias; esta red se complementa con las acciones que realizan ONGs en el ámbito de la inclusión laboral y social y las Agencias de colocación laboral. Además, el Ayuntamiento cuenta con programas y subvenciones para la búsqueda de empleo y viviendas tuteladas. También existe una red privada que ofrece el mismo tipo de atenciones, pero a un costo elevado. En paralelo funcionan dos redes: Red de conductas adictivas (UCAS) y Red infantojuvenil.

“Hay una red de salud mental que es sanitaria, otra red depende de Bienestar social, y además está la red asociativa, entonces una red de salud mental no existe, lo que hay es una serie de sinergias, hay subredes que falta conectar bajo la misma perspectiva y sobre todo administrativamente pues algunos todavía llevan criterios diferentes de derivación o atención, para que el usuario no tenga que ir puerta a puerta, si no con un enfoque centrado en la persona” (D11, Federación).

Subcategoría 7. Servicios de Rehabilitación - Valencia (28%)

Contenido 7.1. Unidad de mediana y larga estancia Bétera (3%): Funciona en las instalaciones del antiguo Hospital Psiquiátrico y es el resultado su reconversión (en una época hubo 900 enfermos y casi 2000 trabajadores en una extensión de 400 mil metros cuadrados y se encontraba alejado de la ciudad), en la actualidad cuenta dos pabellones residenciales gestionados por la Consellería de Bienestar social para personas con retraso mental, dos pabellones sanitarios gestionados por la Diputación y dos edificios administrativos; también hay edificios que no están en uso.

La parte sanitaria cuenta con 40 camas para rehabilitación médico-social y dirige sus esfuerzos a darle mayor uso como unidades de mediana y larga estancia como cualquier otro dispositivo de atención sanitaria de la red pública. Las internaciones de mediana estancia (de 6 a 9 meses de duración) mantienen un régimen abierto y la residencia de larga estancia cubre sus plazas principalmente con pacientes difícilmente sostenibles dentro de la comunidad o que no poseen una red familiar o social de apoyo fuera de la institución. Las dificultades que refieren es que cuentan con muy pocos recursos para crear un marco de respaldo social a las familias.

“En el centro hago actividades de teatro, debates, excursiones, en un piso que participamos y hacemos las acciones de limpiar, ahí vemos las habilidades sociales para las tareas domésticas y vamos a aprender a cocinar. Lo que más me gusta es el deporte” (U56, Bétera).

Contenido 7.2. Hospital General (1%): La atención en salud mental incluye tanto el nivel ambulatorio como el hospitalario, dispone de consulta externa, 18 camas para internación de casos agudos, 8 camas en la unidad de desintoxicación, 4 camas para tratamiento electro-convulsivo, hospitalización domiciliaria para casos con buen apoyo familiar, unidad de primeros episodios psicóticos y un área de investigación. Cuentan con 3 profesionales de psiquiatría para todas las áreas y residentes rotativos.

“Sobre el tiempo de estadía ahora hay mucho problema porque hay mucha problemática social y se alarga la estancia por el tema de la tutela hasta tres meses ingresado, pero lo normal es un mes. Tenemos pocas actividades de rehabilitación, cuando rotan los residentes de psicología, pero los pacientes están aquí para curarse no para rehabilitarse” (D9, Hospital General).

Contenido 7.3. Unidad Salud Mental (3%): Se trata de un dispositivo especializado para personas con sufrimiento mental grave, cuenta con 6 psiquiatras, 3 psicólogos, 1 enfermera, 1 trabajadora social a tiempo parcial, estudiantes y residentes. Presta un servicio ambulatorio territorial donde la mayoría de usuarios/as tiene un diagnóstico de psicosis, atiende a personas desde los 16 años de edad que provienen de barrios muy deprimidos en lo económico y social. También cumple acciones de rehabilitación e inclusión social, algunas de ellas son lideradas por los mismos usuarios/as. Ejecuta, en menor medida, visitas a domicilio y las iniciativas fuera del horario son por voluntad de los profesionales. No cuenta con programas de inclusión laboral por lo que deriva a los usuarios/as a otros centros.

“Hacemos programas de intervención psicológica, de habilidades sociales, de resolución de problemas, de ámbitos cotidianos de vida, manejo de la medicación y del ámbito económico. Dentro de las habilidades sociales los módulos que se dedican a reducir la incidencia de las alucinaciones y los delirios en lo cotidiano” (P7, Unidad de Salud Mental).

Contenido 7.4. Centro Especializado Biopsicosocial Museo (8%): De carácter público, se orienta a fomentar la rehabilitación psicofísica e integración sociolaboral de la persona con problema mental grave, así como la atención y apoyo a las familias y a otras actividades de sensibilización social y desestigmatización relacionadas con la patología mental. Cuenta con personal de psiquiatría, psicología y enfermería. Trabaja en red en las áreas sanitaria, social y de capacitación laboral. Las prestaciones se realizan a nivel comunitario y hospitalario y no establece un tiempo limitado de estadía sino hasta el cumplimiento de los objetivos personales de las y los usuarios. Existen personas que han permanecido en esta institución por 20 años, no obstante, respecto a los nuevos usuarios/as se trata que la estadía sea de un máximo de dos años para no institucionalizar nuevamente.

“Luego lo psicológico y social, porque es importante que esté en un entorno que me encuentre bien y con un compañerismo que me dé un poco de ánimo, y en cuanto a las relaciones y salir un poco de la enfermedad, encontrarme mejor e ir superándolo” (U45, Museo).

Contenido 7.5. Centro de Rehabilitación integral CRIS (2%): Gestionado por la Consellería de Bienestar Social se enfoca en la rehabilitación de personas con sufrimiento mental grave derivadas de la atención sanitaria. Funciona con un límite de plazas por lo que siempre hay lista de espera y no mantiene una asignación específica por territorio. Efectúa talleres diversos incluidos los preocupacionales. Desde hace poco tiempo realiza acciones directas relativas a la inserción laboral.

“Un CRIS tiene talleres preocupacionales pues cuentan con medios y profesionales para hacerlos, es más comunitario” (P10, Museo).

Contenido 7.6. ONG ASIEM (4%): Entidad sin fines de lucro orientada a la defensa de los derechos y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental grave y de sus familiares. Dada la escasez de recursos sanitarios y sociales amplía su trabajo hacia el cuidado de la salud integral de este colectivo mediante acciones de promoción y sensibilización social, talleres terapéuticos, rehabilitación, integración social y apoyo familiar. Cuenta con un área de inclusión laboral en la que efectúan y/o contactan cursos de capacitación, la búsqueda activa de empleo en el área profesional del usuario/a, el acercamiento y seguimiento en las empresas. Algunos usuarios/as que se atienden en otros centros sanitarios o de rehabilitación asisten a la Asociación solo para trabajar la inclusión laboral.

“Solo estoy apuntada a esta asociación que trata la salud mental y sí que hago aquí talleres, hago escritura creativa, voy al huerto y expresión corporal, me consiguen trabajo” (U38, Asiem)

Contenido 7.7. ONG AMBIT (3%): Organización sin fines de lucro que trabaja desde la perspectiva de la recuperación y promoción de la autonomía de usuarios/as con sufrimiento mental grave o patología dual de personas reclusas o exreclusas (se les ofrece una alternativa de culminación de la pena carcelaria); y, personas víctimas de violencia de género. Dispone de viviendas tuteladas, albergues, programas terapéuticos y de rehabilitación, de inclusión laboral y seguimiento. Las actividades cuentan con financiación privada y pública. El programa terapéutico dura un año y medio aproximadamente hasta que se logra la estabilidad del usuario/a quienes consiguen ingresos económicos mediante trabajo o pensión y asumen la capacidad para manejarse se forma autónoma.

“Me sacaron de la cárcel a un piso tutelado, hicieron mucho por mí, me acompañaban al psiquiatra los primeros meses, fue una cosa positiva, porque si no pensaba que iba a estar en la calle, me controlan la medicación porque tuve un intento de suicidio. Quería ayuda para rehacer mi vida, trabajar, estar bien nada más y lo he logrado” (U32, Unidad de Salud Mental).

Contenido 7.8. Centro Estatal CREAP (3%): Centro de referencia perteneciente al Inmerso gestionado por la Fundación Rey Ardid, que en Valencia está relacionado con el sufrimiento mental grave. Por una parte, se enfoca en la atención psicosocial directa y especializada de usuarios/as en modalidad residencial, centro de día y ambulatorio; y por otra, se orienta a la recopilación, análisis y difusión de conocimientos sobre las personas con patología mental grave. Cuenta también con un área laboral en la cual se cumplen acciones de información, asesoramiento, formación y apoyo para la inserción laboral del usuario/a. Cuentan con 99 plazas, la mayoría de los participantes son hombres (80%) y mujeres (20%).

“La gente que está en el programa de empleo dicen que es su objetivo prioritario en un 80%, o sea, pero si tiene una incapacidad total ya no, y hay gente que no viene aquí a actividades sino solo al programa del empleo o para hablar con el psicólogo a nivel individual” (P15, CREAP)

Contenido 7.9. Agencia colocación laboral Bonagent (1%): Ejecuta orientación, formación e intermediación laboral entre el usuario/a y la empresa. Trabaja en colaboración de los servicios públicos de empleo contando con subvención para el efecto. Las personas pueden ser derivadas de centros de rehabilitación o acudir por cuenta propia. Se dirige principalmente a personas con diversidad funcional intelectual, pero dada la demanda de personas con sufrimiento mental grave, amplió su campo de acción. Mantiene un servicio específico de granja ecológica como capacitación prelaboral.

“El trabajo que hacemos en inserción laboral nos basamos en el plan de apoyo”, pero es la persona la que tiene que ser participe en su proceso de inserción y es la que tiene que decidir, y una vez insertado estar ahí en la medida de lo posible. Intentamos perjudicar lo menos posible porque si pones a trabajar a una persona y le viene una crisis, es porque las condiciones de la empresa no eran las adecuadas, o el trabajador creía que estaba mejor de lo que estaba” (P12, Bonagent).

Subcategoría 8. Servicios de Rehabilitación - Valencia (28%)

Contenido 8.1. Modelo de Salud Mental (6%): El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana es la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016- 2020 que consolida el modelo comunitario de salud y orienta la organización de los

servicios y atención desde el paradigma del modelo de recuperación con base en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad. Se observa como favorable que cuente con indicadores de procesos de diagnóstico, planes terapéuticos, primeros episodios de sufrimiento mental grave, criterios de ingreso, número de citas programadas y el tiempo de inclusión en algún programa.

“Tenemos cierto flujo con las administraciones y se está trabajando con las ONG’s relacionadas con empleo realizando el Pacto Autonómico de salud mental con distintas mesas de coordinación, pero no es fácil y hay que cambiando la perspectiva” (D10, Consellería Sanidad).

Contenido 8.2. Ley de inclusión laboral (6%): Dentro del marco de las políticas de inclusión existen normativas para el cumplimiento de cuotas de contratación por parte de la empresa, por lo cual el empleador accede a bonificaciones económicas y fiscales. Se aprecia como importante que los cambios en las normativas de la Comunidad Valenciana se reflejen en la legislación a nivel nacional.

“Últimamente en la Comunidad Valenciana se están dando unos pasos porque ahora en la normativa que regula ciertas órdenes dirigidas al empleo hay una discriminación positiva personas con trastorno mental grave. Hay otra normativa que si una persona no tiene un certificado de discapacidad puede ir solo con el diagnóstico, pero para cumplir con el porcentaje mínimo reconocido por la Ley tienes que tener un certificado de discapacidad. Estos cambios pierden el sentido si no se equiparan con la normativa nacional” (P15, CREAP).

Como síntesis se puede comentar que existen centros dedicados a la atención directa de personas con sufrimiento mental grave en rehabilitación, orientación, formación, intermediación e inclusión sociolaboral, así como otras entidades de apoyo para la inserción sociolaboral que trabajan desde diferentes ámbitos como asociaciones, universidades y la propia administración. Entre los elementos facilitadores se señalan el contar con una reciente Estrategia de Salud Mental cuya meta es consolidar el modelo comunitario y un conjunto de normativas orientadas a proteger el derecho a la igualdad de oportunidades. Las dificultades son la inadecuación de dichas políticas a las necesidades específicas del colectivo, la inexactitud de algunas leyes laborales dificulta su implementación, convirtiendo a las pensiones en un círculo vicioso para la inclusión laboral pues son excluyentes entre sí. Todo esto sumado a la presencia constante de acciones y actitudes de discriminación hacia esta población desde los empleadores, medios de comunicación y sociedad en general.

4.2.4. Categoría Personal - Valencia

Son las características personales de los usuarios/as entrevistados considerando las principales áreas de actuación según ellos.

Subcategoría 9. Autonomía - Valencia (34%)

Contenido 9.1. Independencia (20%): Percibida como la capacidad de valerse por sí mismo, considerando las habilidades básicas como las instrumentales de la vida cotidiana.

“He sido independiente desde los 30 años más o menos cuando me compre el piso, pero creo que es más la seguridad que uno tiene en uno mismo y que la vida te da, y como la entiendes, sabes, la actitud que uno tiene ante la vida” (JoU43, Museo).

Contenido 9.2. Responsabilidad y decisiones (14%): Descrita como el poder realizar las actividades cotidianas con un orden y tomar la decisión adecuada a cada situación.

“Lo que hagas en tu casa es por tu cuenta y nadie te paga por ello, lo que tienes que hacer es levantarte, poner la lavadora, la fregada, bajar la basura, eso tiene que nacer de ti” (U39, Asiem).

Subcategoría 10. Relaciones íntimas - Valencia (21%)

Contenido 10.1. Buena convivencia y ayudar a otros (7%): Comprende las relaciones con las y los compañeros del centro de atención en salud mental y/o de vivienda las cuales son consideradas en su mayoría como positivas.

“Ahora estoy con mi compañero de piso y nos llevamos bien, tenemos los mismos gustos, nos gusta el heavy metal, yo ahora pongo la lavadora y hago la comida, entonces ya no la tiene que hacer él; si tuvimos una pequeña crisis, pero se pasó como toda pareja” (U32, Unidad de Salud Mental).

Contenido 10.2. Pareja sentimental (14%): Se trata de las relaciones de pareja que mantienen los usuarios/as entrevistados, quienes, en su mayoría, manifiestan estar solos, no obstante, lo consideran un tópico importante de abordar.

“De las novias que he tenido, los problemas han sido por algo de mi salud, porque me encontraba mal y terminaba dejándolas, y después la última no quiso estar conmigo porque dijo que no sabía cómo llevar mi enfermedad, porque no he tenido estabilidad laboral o mental” (U36, Asiem).

Subcategoría 11. Educación - Valencia (36%)

Contenido 11.1. Poco acceso e integración (9%): Se observa que los espacios de formación normalizados carecen de una adecuación real del currículo que aborde las especificidades propias de la patología mental y que contemple la sintomatología de la medicación como puede ser la lentitud para realizar tareas.

“Lo que he visto dentro de la adaptación a la universidad es que más bien tú vas al servicio, pero sin embargo no existe de forma sistemática un apoyo para ver qué es lo que le hace falta a la persona, la realidad es que la adaptación no es lo mismo que otro tipo de discapacidad, es minoritario en el uso de personas con trastorno mental grave pues por el estigma pocas personas acuden a él, y eso hay que empezar a cambiarlo” (D6, Asiem).

Contenido 11.2. Problemas de concentración (11%): Los síntomas cognitivos que refieren los usuarios/as son menor lucidez, menor capacidad de trabajo y estudio, menor concentración, pérdida de memoria y de agilidad mental, dificultades que interfieren en el proceso educativo, aunque la mayoría dice seguir realizando cursos y estudios.

“Fue un poco difícil estudiar porque no te puedes concentrar igual. En este curso lo que más me costaba era poder comprender exactamente todas las palabras de una frase, la tenía que leer a veces cinco veces para entender lo que está diciendo, y creo que es porque cuando tú estás leyendo tienes esos pensamientos en la cabeza que están entrando, aunque tú no quieras y simplemente eso afecta la concentración, pero al final pude ir sacando todas las materias” (U35, Asiem).

Contenido 11.3. Positivo con interés y acceso (16%): Las personas con sufrimiento mental grave pueden acceder a diferentes tipos de capacitación y formación tanto técnica como profesional, donde cuentan con algunas ventajas como reducción de tasas por discapacidad.

“Tengo el 37% de discapacidad y tengo la oportunidad de estudiar en una universidad sin tasas, pero todavía no sé, he visto dos universidades on-line porque me gustaría estudiar, pero no creo que tenga discriminación porque presentaré mi discapacidad y estaré exenta de tasas” (U38, Asiem).

Subcategoría 12. Proyecto vital - Valencia (9%)

Contenido 12.1. Proyecto vital positivo (9%): Describen como expectativas a futuro tener un trabajo que les permita la independencia familiar, una vida en pareja, poder cuidar de sus hijos/as, vivir en una casa propia y mantener estables los síntomas de su enfermedad.

“Espero el día de mañana tener una casa para vivir, aunque me gusta el alquiler, pero si necesito un espacio más grande, y que me aumentaran horas de trabajo para irme de la vivienda tutelada porque me siento más preparada para poderme ir a vivir sola, estoy estable normalmente, y combinarlo con el gimnasio u otra alternativa de deporte porque tengo lumbalgia” (U51, Ambit).

Como resumen se puede señalar que los elementos estimados principales son la educación que da paso a una mejor inserción laboral y a la autonomía que posi-

bilita el crecimiento personal orientado a la independencia del núcleo familiar y a retomar el propio curso vital proyectando el establecerse en pareja y conformar una familia con todo lo que ello implica.

Subcategoría 13. Apoyo - Valencia (39%)

Contenido 13.1. Unión familiar (14%): Es definida como el contar con una familia que le apoye, por lo general, suelen ser los padres y/o hermanos/as, soporte esencial para desarrollar actividades que le permita al usuario/a alcanzar su autonomía e independencia.

“Mi familia siempre ha sido buena desde el principio, ha sido un apoyo importantísimo, y mis padres también han crecido con esta enfermedad, se han dado cuenta de que en esta vida no son todo mariposas de color, sino que tienes que luchar; era como si no fuera yo misma, como si se me hubiera ido el alma, entonces también fue duro para mi familia” (U34, Asiem).

Contenido 13.2. Cuidados y comprensión (25%): Las familias suelen mantener una preocupación tanto por la atención en salud como por el futuro del usuario/a, principalmente en el ámbito económico y de autonomía.

“Vas viendo unos hábitos y dificultades tienen tu familiar, pues cuando tenía 17 años mi hija pues yo tenía unas expectativas y ella también, todo se trunca y tienes que cambiar el chip, cuesta, pero en cuanto antes lo hagas mejor” (F20, Asiem).

Subcategoría 14. Sobreprotección - Valencia (41%)

Contenido 14.1. Dependencia (31%): Se mencionan dos situaciones de dependencia. Una en que el usuario/a viva con ambos padres o uno de ellos en un espacio en el que se cuida de la persona con problema de salud mental, pero de forma que no se le permite desarrollar su autonomía. Otra en que el familiar con quien vive el usuario/a es una persona adulta mayor que requiere de cuidados que son proporcionados por el usuario/a, situación que no le permite al propio usuario/a asumir más independencia.

“Estoy muy protegido por la familia, yo veo que la esquizofrenia tiene unos límites, es más dificultad para llevar esta enfermedad, mi madre y mis hermanos me tiene muy controlado por que puedo tener recaídas, no me dejan salir mucho y tengo que estar unas horas en casa por la medicación” (U45, Museo).

Contenido 14.2. Falta de confianza (10%): En varias ocasiones se observa que los padres o familiar a cargo no confían en las capacidades y destrezas del usuario/a para afrontar su propia vida.

“Muchas veces las familias invalidan y también hay que trabajar con ellas para que entiendan que invalidar cualquier acción o decisión con respecto a la persona enferma va mermando sus posibilidades de autonomía y desarrollo personal y social” (P9, Asiem).

Subcategoría 15. Aislamiento - Valencia (20%)

Contenido 15.1. Rechazo (10%): Se describe como la actitud de la familia al no querer o no poder apoyar al usuario/a, puede deberse a que la misma persona con problemas de salud mental no quiere la cercanía de su familia, o porque la familia ha cortado los vínculos con el usuario/a.

“En mi casa con mi hermana y encerrada en mi habitación sin ver a nadie, sin que nadie entrara en mi habitación, y ya está, estuve así un año. Siempre me apoyaban, pero yo estaba mal” (U52, Ambit).

Contenido 15.2. Miedo (10%): Se trata de los sentimientos de temor de la familia respecto a la patología que padece el usuario/a, surgen sobre todo por no haber podido manejar situaciones de crisis y esos recuerdos perduras a posterior aun cuando la persona se mantenga estable.

“Hay familias que han visto a sus hijos muy descontrolados y no quieren pasar por eso porque no saben cómo atenderlos, yo creo que es más el miedo a no saber, entonces prefieren que la atiendan desde otro sitio” (P11, Ambit).

En síntesis, la relación con la familia nuclear se estima significativa, respecto al enfoque que la familia adopte para ayudar al usuario/a, los casos van desde la sobreprotección y dependencia al considerar que la persona no puede valerse por sí misma, hasta el extremo del rechazo y aislamiento cuando hay miedo a las crisis de la enfermedad y que se traduce en falta de apoyo.

5.2.6. Categoría Social - Valencia

Subcategoría 16. Ocio y recreación - Valencia (19%)

Contenido 16.1. Deporte y entretenimiento: Comprende las actividades que realizan los usuarios/as tanto física como de entretenimiento y uso del tiempo libre. Mencionan como las que más les agradan: caminar, pasear, bailar, ir al cine, leer, bolera, oír música, fotografía, videojuegos, pintar y dibujar, teatro, ajedrez, meditación y yoga.

“Yo hago zumba y salgo a caminar por un carril bici que hay por mi casa, eso me viene muy bien, me despeja mucho la mente. Ahora estoy buscando empleo activamente. Y de ocio lo que hago es lo normal, salir al cine, salir a tomar algo, ir de compras por ejemplo a veces” (U35, Asiem).

Subcategoría 17. Vivienda - Valencia (36%)

Contenido 17.1. Vivienda independiente, dependiente y asistida: Del conjunto de usuarios/as entrevistados la mayoría vive con sus padres (56%), con un compañero/a de piso el 20%, el 12% vive solo y también el 12% en vivienda tutelada. Se argumenta que existen pocos pisos tutelados públicos y que los privados son de un alto coste (2000 euros mensuales por persona).

“En otro países y lugares de España sí que funcionan los pisos tutelados y eso sería lo ideal, pero también es porque un aspecto de la sociedad puede ser egoísta, si pones un piso tutelado de enfermos mentales hay un rechazo, porque las personas no estamos concienciados de que es un enfermo como cualquier otro y que tiene que vivir en algún sitio” (D14, Bétera).

Subcategoría 18. Relaciones de amistad -Valencia (24%)

Contenido 18.1. Relaciones de amistad: Para la mayor parte de usuarios/as el padecer una enfermedad mental grave ha significado un rompimiento con los lazos sociales, la recuperación suele ser un proceso largo, a veces de muchos años y les es difícil volver a retomar esas relaciones. En la mayoría de casos se trata de reconstruir un entramado de amistades con personas que les entiendan de mejor manera y con quienes puedan compatibilizar las actividades sociales, por ello, el participar de centros sanitarios o sociales es valorado altamente relevante.

“Me ha ayudado venir a este centro, hacer aquí amigos y luego quedar con ellos fuera de aquí, quedo bastantes tardes, hemos ido mucho a una heladería y hemos conocido ahí a bastantes personas que también tienen problemas mentales y nos juntamos con ellos” (U42, Museo).

Subcategoría 19. Ayudas económicas - Valencia (21%)

Contenido 19.1. Bonos y pensiones: El 90% de las personas con cuadro crónico de salud mental reciben alguna pensión, principalmente no contributiva, pues por su padecimiento son pocos los que han logrado trabajar durante la adultez de forma normalizada y acceder a la pensión contributiva. A esta ayuda se le puede sumar la pensión por orfandad, o la que sus padres reciban por hija/o a cargo. En muchos casos la pensión está tutorada por algún familiar o por la Generalitat.

“Estoy tutelada por la Generalitat solamente económicamente porque yo vivo con mi madre, ella cobra la de hijo a cargo. Pues ya me dijo la trabajadora social que yo no podía trabajar porque si no me quitaban la pensión” (U49, Museo).

Resumiendo, la vivienda es uno de los elementos considerados indispensables para indicar que una persona con sufrimiento mental grave está inserta en la so-

ciudad, puesto que cuenta con un espacio propio el cual habitar y el que puede compartir con otras personas y hacer amigos, sin embargo, no es lo más común en este colectivo, por la falta de opciones públicas o de precios accesibles. La pensión resulta otra piedra angular ya que, si bien se requiere para mantenerse económicamente, no cubren todas sus necesidades e interfieren a la hora de encontrar un trabajo estable al ser incompatible con una actividad remunerada por largo tiempo.

5.3. Resultados Italia

En la última parte de los resultados se expone el proceso de implementación del **modelo comunitario de salud mental** en Italia, para lo cual se indagaron fuentes secundarias mediante una búsqueda sistemática de documentos. La muestra quedó compuesta por 47% artículos de revista, 40% libros y 13% publicaciones de organismos internacionales.

El análisis concluye con **5 Categorías**: Estructura y organización de Salud Mental (44%), Sanidad (13%), Social (10%), Personal (4%) y Familiar (3%).

Tabla 70. Matriz de análisis de la distribución por Categorías, Sub-categorías y Contenidos– Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	%
Sanidad (peso 9) 13%	3. Profesionales de Salud mental (Peso 6) 9%	3.1. Tipo de establecimiento	1,4
		3.2. Psicología	1,4
		3.3. Psiquiatría	2,8
		3.4. Importancia de las terapias	0,0
		3.4. Otras profesiones	2,8
	4. Hospitalización (peso 2) 3%	4.1. Internación en Hospital psiquiátrico	0,0
		4.2. Hospital General	1,4
		4.3. Domicilio	0,0
		4.4. Por descompensación aguda (de síntomas)	1,4
	5. Síntomas 0%	5.1. Síntomas del estado de ánimo	0,0
	6. Medicación (peso 1) 1%	6.1. Adecuada	1,4
		6.2. Efectos secundarios indeseables	0,0

Estructura y organización Salud Mental (peso 32) 44%	7.Dificultades (peso 3) 4%	7.1. Estigma	1,4
		7.2. Inexactitud de Políticas Públicas	1,4
		7.3. Escasa Red Socio-Sanitaria	1,4
	8.Funcionamiento del Modelo Comunitario (peso 16) 22%	8.1. Funcionamiento General	13,9
		8.2. Red Socio-Sanitaria	8,3
	9.Servicios de Rehabilitación (peso 8) 11%	9.1. Hospital Psiquiátrico	0,0
		9.2. Hospital General	2,8
		9.3. Centro de Salud Mental (CSM)	6,9
		9.4. Clínica Universitaria	1,4
	10.Facilidades (peso 5) 7%	10.1. Modelo de Salud Mental	4,2
10.2. Ley de inclusión social		2,8	
Personal (peso 3) 4%	11.Autonomía (peso 2) 3%	11.1. Independencia	1,4
		11.2. Responsabilidad y decisiones	1,4
	12.Relaciones íntimas 0%	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros	0,0
	13. Educación (peso 1) 1%	13.3. Positivo interés y acceso.	1,4
	14.Proyecto vital 0%	14.1. Proyecto vital positivo	0
Familiar (peso 2) 3%	15.Apoyo (peso 2) 3%	15.1. Unión familiar	1,4
		15.2. Cuidados y Comprensión	1,4
	16.Sobreprotección 0	16.1. Dependencia	0,0
	17.Aislamiento 0	17.1. Rechazo	0,0
Social (peso 7) 10%	18.Ocio y recreación (peso 1) 1,5%	18.1. Deporte y entretenimiento	1,4
	19.Vivienda (peso 4) 5,5%	19.1. Vivienda independiente, dependiente y asistida	5,6
	20.Relaciones (peso 2) 1,5%	20.1. Relaciones de amistad	1,4
	21.Ayudas económicas 1,5%	21.1. Bonos y pensiones	1,4
Total	100%		100

A continuación se describen las categorías y sus contenidos se ejemplifican con citas textuales, a través de la siguiente clasificación por color:

Libro	Publicaciones de organismos internacionales	Artículos de revista
-------	---------------------------------------------	----------------------

5.3.1. Categoría Sanidad – Italia

Subcategoría 1. Profesionales de Salud mental – Italia (70%)

Contenido 1.1 Tipo de establecimiento (10%): Todos los establecimientos son públicos, aunque los recursos de apoyos pueden provenir del sector privado. En Trieste no existen clínicas psiquiátricas privadas para internamiento, los centros de salud mental comunitarios constituyen el punto de acceso al sistema de salud mental, proporcionan atención médica y social, rehabilitación psicosocial y tratamiento para los casos de crisis.

Contenido 1.2. Psicología y 1.3. Psiquiatría (35%): No se observa una mayor o menor importancia por un tipo específico de profesionales, todos se denominan operarios/as de salud mental, no utilizan bata blanca y están comprometidos y capacitados para responder a las diversas necesidades de los usuarios/as. El profesional de psiquiatra o psicología, en colaboración con el equipo, hacen una primera evaluación tomando en cuenta los problemas presentados y definen la oportunidad y consistencia del tratamiento. En los Centros de Salud Mental, dentro de la planificación diaria de actividades, se contempla la reunión de equipo para que todo el personal esté familiarizado con la situación de cada usuario/a, la misma tiene una duración promedio de 90 minutos, En Trieste trabajan 220 profesionales (para una población de 250.000 habitantes), además se suman: personal de las cooperativas sociales, practicantes, voluntarios y voluntarias de otras ciudades, regiones y países del mundo.

“Surgen nuevas formas de intercambios, nuevas simetrías, otros grados de compromiso personal y la demanda de extender la cobertura hacia todos los ciudadanos con necesidades de salud mental, que antes no tenían” (Galli, 2015).

Contenido 1.4. Otras profesiones (25%): La reestructuración del hospital implicó también una reorganización del personal, de esta forma se implementaron pequeños grupos de convivencia, primero dentro de la estructura y luego en toda la ciudad. El proceso involucró activamente a los *enfermeros/as* para transitar en el cambio hacia un sistema orientado a poner en el centro del proceso al usuario/a reconstruyendo su identidad, fueron también quienes enfrentaron la resistencia que se generó en la ciudad transformándola en alianzas.

“Lo más importante en la formación de los enfermeros fue que el nuevo tipo de realidad los ha llevado a no depender del médico, a ser operadores que podían tomar decisiones por su cuenta” (Basaglia, 1979).

Subcategoría 2. Hospitalización – Italia (20%)

Contenido 2.1 Hospital psiquiátrico (0%): En toda Italia ya no se cuenta con hospitales psiquiátricos, pues este modelo de tratamiento contradice el modelo comunitario que incluye e integra la atención ambulatoria, la hospitalaria aguda en hospitales generales y la residencial en la comunidad, como parte fundamental de la premisa de desinstitucionalización y respeto de los derechos humanos de los usuarios/as.

Contenido 2.2 Hospital General (10%): El hospital general en el territorio cumple con el objetivo de garantizar que las personas con problemas mentales reciban el mismo trato que los demás usuarios/as en caso de requerirlo, mantienen pocas camas (un máximo de 15) y por tiempo de hospitalización breve (7 días).

“La desinstitucionalización tiene como punto de partida la movilización de todos los actores implicados, encaminada a cambiar las relaciones de poder desde adentro del hospital psiquiátrico y desplazar hacia afuera todas las energías retenidas en el manicomio” (Rotelli, 2015).

Contenido 2.3. Por descompensación de síntomas (10%): Si bien se entiende que las crisis son parte del sufrimiento mental, la forma de organización de los servicios ha contribuido a resolver de una manera innovadora la gestión de episodios agudos en los centros de salud del territorio, mediante un enfoque desburocratizado que hace casi innecesario el uso de la hospitalización y reduce el riesgo de recaídas favoreciendo un rápido restablecimiento de las condiciones de equilibrio.

“La crisis se vuelve como un evento que forma parte de la historia de la persona, con su propio significado que hay que entender y reconstruir, y una necesidad de la cual hacerse cargo activando los recursos y las relaciones del contexto de vida” (Dell’Acqua, 2012).

Subcategoría 3. Medicación – Italia (10%)

Contenido 3.1 Medicación Adecuada (10%): El Centro de Salud Mental brinda el tratamiento farmacológico de forma periódica o si tiene que intervenir en situaciones de episodios agudos en visitas domiciliarias.

“Los Centros de Salud mental también proveen de la terapia farmacológica a personas que tienen dificultad para trasladarse al servicio” (López, 2012).

En síntesis, los elementos más relevantes para el cambio de modelo son los profesionales de salud mental que realizan su accionar en el territorio, por tanto, conocen las condiciones reales de una comunidad para abordar sus problemáticas. Además, el entender que el cierre de los hospitales psiquiátricos no es el principal propósito de la reforma italiana, sino más bien el garantizar que las personas con padecimientos subjetivos reciban el mismo trato que cualquier usuario/a del sistema de atención de salud.

5.3.2. Categoría Estructura y Organización de Salud Mental– Italia

Subcategoría 4. Dificultades – Italia (9%)

Contenido 4.1 Estigma (3%): Si bien se ha trabajado con la ciudadanía respecto de la inclusión y no discriminación hacia las personas con sufrimiento mental grave, la experiencia no está exenta de dificultades. La principal barrera que se mantiene es el estigma a la patología mental, ante esto se han creado centros de información para personas que pregunten por una atención pero que no se atreven a asistir a un centro de salud mental. En este escenario, el año 2004 se crearon *micro-áreas* para favorecer la accesibilidad y la presencia territorial de los servicios. Actualmente en la ciudad de Trieste el estigma es mucho menor.

“La ideología dominante es que el loco es peligroso y tiene que estar encerrado en un manicomio. Por esto, el inicio del trabajo consiste en convencer de que las cosas no son así. Día a día tratamos de mostrar que, si cambiamos la relación con el internado, cambiaba el sentido de esa relación” (Basaglia, 1979)

“Hay situaciones en que las personas no quieren acudir a los centros debido a que los prejuicios sobre la locura disminuyeron, pero quedan todavía, pese a los trabajos de sensibilización permanente que realizan con la ciudadanía” (López, 2012).

Contenido 4.2. Inexactitud de Políticas Públicas (3%): El antecedente al proceso de desinstitucionalización psiquiátrica es el modelo de salud mental comunitario que ideó el *movimiento basagliano*, por ello, la estrategia comunitaria contempla la intervención en diversos ámbitos: cultural, científico, organizativo, de relaciones humanas, entre otros, no obstante, no es tarea fácil generar un cambio cultural. Se mencionan como las principales dificultades para ello la limitación económica desde el gobierno para el gasto en bienestar social y salud pública; carencia de sistemas de evaluación de los servicios; falta de capacitación no académica para profesionales; y falta de sensibilización continua hacia las y los ciudadanos.

“La puesta en marcha de una nueva institucionalización demanda combatir el statu quo y los mecanismos de control de las políticas sociales consideradas hasta ese entonces inamovibles, superar los obstáculos y enfrentar las situaciones conflictivas que se dan en todo cambio” (Galli, 2015).

Contenido 4.3. Escasa Red Socio-Sanitaria (3%): En Italia la implementación está todavía diversificada, pues si bien en todas las regiones hay una organización en Departamentos de Salud Mental, no en todos los Centro de Salud Mental el horario de atención es amplio, la mayor parte funciona 8 o 12 horas en días laborables, principalmente por limitaciones económicas.

“Existen tres problemas que la Estrategia de Salud Mental Comunitaria debe enfrentar: 1. la falta absoluta de ayuda a muchas personas, por tanto, ¿cómo extender un sistema de atención en salud mental?; 2. estructuras y técnicas de atención poco apropiadas y poco eficaces, y en consecuencia ¿cómo mejorar la ayuda proporcionada?; 3. los hospitales psiquiátricos, es decir, ¿cómo reemplazar las respuestas violentas, antiterapéuticas, que lesionan la ética y los derechos humanos?” (Rotelli, 1993).

Subcategoría 5. Funcionamiento del Modelo Comunitario – Italia (50%)

Contenido 5.1 Funcionamiento general (31%): El inicio de este proceso se da con el movimiento antipsiquiátrico italiano liderado por Franco Basaglia a inicios de los años 70, que parte del cuestionamiento al paradigma que coloca el foco de atención en la enfermedad dejando de lado la existencia global de la persona y su tejido social. En 1999, el Ministerio de Salud de Italia anunció el cierre definitivo de todos los hospitales psiquiátricos públicos, concluyendo así un ciclo de veinte años caracterizado por una dialéctica viva entre profesionales, familiares, administradores, políticos y amplios sectores de la opinión pública. Los hospitales se van cerrando a medida que el proceso de intervención en la comunidad avanza y se emprende la construcción de nuevos dispositivos e instituciones, diversificados y articulados en red, para cubrir las múltiples necesidades de las personas con sufrimiento mental.

Se crea el *Departamento de Salud Mental*, que es parte de la Agencia de Servicios Sanitarios de Trieste, y se garantiza la unidad técnica, administrativa y de planificación de la red de servicios territoriales, de sus programas y actividades. También es responsable de eliminar toda forma de discriminación, y de actualizar y capacitar a los profesionales del territorio. En Trieste, las 1.182 camas de hospital psiquiátrico que había en el año 1971 se convirtieron en 140 camas distribuidas en todo el territorio.

“Basaglia hablaba de “destruir el manicomio como lugar de institucionalización”, objetivo político que solo es posible mediante su desenmascaramiento, lo cual permite, a su vez, la transformación de la misma psiquiatría al entrever que la enfermedad mental no es otra cosa distinta a la misma institución que la define y la organiza” (Rotelli, 2000).

“Allí comienza el tránsito de los pacientes hacia el exterior, a instalaciones residenciales en la comunidad, para rehacer sus fragmentos afuera, sus libertades, sus derechos, sus deseos” (Rotelli, 2000).

“Hemos demostrado que lo imposible se hace posible, hemos demostrado que se puede asistir a la persona con problemas mentales de otra manera, y este testimonio es fundamental. Yo no creo que el hecho de que una acción logre generalizarse signifique que ganamos. El punto importante es otro, es que ahora sabemos lo que se puede hacer” (Basaglia, 1979).

“En líneas generales los principios esenciales que deben guiar el cambio de paradigma son: 1. De la exclusión a la inclusión; 2. De una aproximación bio-médica a una bio-psico-social; 3. De la cama al servicio (de una acción individual a una acción colectiva en relación a los pacientes y a su contexto); 4. Del hospital a la comunidad (cambiar el eje de atención del hospital hacia la dimensión territorial de la acción colectiva); 5. De la acción individual al equipo de trabajo; 6. Legislación que promueva servicios comunitarios; 7. De la atención a corto plazo a una a largo plazo (la genuina rehabilitación); 8. Del tratamiento a la respuesta” (Rotelli, 1993).

Contenido 5.2. Red Socio-Sanitaria (19%): Los efectos del cambio de paradigma tiene como consecuencia la construcción de una **red real** que permite el sostenimiento del usuario/a en la comunidad, para su logro fue necesario crear 40 servicios y recursos que colocan en el centro de todo tratamiento las relaciones humanas lo que garantiza distintas funciones y tareas, entre las cuales se destaca la atención domiciliaria; nuevas alianzas y sinergias con la ciudadanía, entendiendo por territorio de la red no solo el área geográfica determinada sino, además, todos los actores, saberes, recursos existentes y potenciales, es decir, todos los escenarios en que transcurre la vida comunitaria.

Los **Centros de Salud Mental** (CSM) son el eje de la intervención y cuenta con un equipo de trabajo interdisciplinario e intersectorial que mantiene un funcionamiento en red. Suelen haber reuniones del equipo del CSM con operadores (profesionales) de otras áreas de salud general o social, de cooperativas sociales de trabajo, de vivienda, responsables del sistema de bolsas de empleo, etc. Además, existen **Micro-áreas** que son unidades sanitarias de atención primaria en zonas vulnerables de la ciudad, para favorecer la accesibilidad y la presencia territorial de los servicios. Cada microárea cubre un área de entre 900 y 2500 habitantes, y funciona en permanente articulación con los CSM; cuenta con un enfermero/a y un voluntario/a, quienes orientan a las personas respecto al sistema socio-sanitario.

“Un operador (profesional de salud mental) puede ponerse en contacto telefónico con otro operador de cualquier área que esté o haya estado en contacto con un usuario con la finalidad de compartir información y dar seguimiento, este intercambio se realiza siempre con el usuario presente” (López, 2012).

“La creación de una red de servicios en el territorio, promover cambios culturales, formar personal nuevo y, particularmente, generar credibilidad y confianza, al mismo tiempo que crear en pacientes y familiares una conciencia de que se hacía lo correcto, les llevó varios años. No obstante, el proceso fue llevado a cabo con el mismo costo y la misma cantidad de personal que había en la planta del manicomio” (OMS, 2007).

“El hospital también se abre a la ciudad, hospedando colectivos de arte, fiestas y conciertos que atraen a la gente y permiten construir alianzas con grupos juveniles, movimientos de mujeres y estudiantes, organizaciones políticas y sindicales, medios de comunicación y de opinión, intelectuales y artistas” (Dell’Acqua, 2012).

Subcategoría 6. Servicios de Rehabilitación – Italia (25%)

Contenido 6.1 Hospital Psiquiátrico (0%): No se realizan atenciones de rehabilitación. El psiquiátrico fue reconvertido en espacios administrativos de fundaciones y universidades.

Contenido 6.2. Hospital General (6%): El Servicio de Atención Psiquiátrica del Hospital General se institucionaliza como *Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento*, y su función es atender las urgencias, brindar soporte a las distintas unidades del hospital y orientar la demanda a los Centros de Salud Mental. Actualmente es un complemento para emergencias cortas, equipado con 6 camas.

“El Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento creado en el Hospital general y, brinda la primera respuesta a la emergencia psiquiátrica y actúa como un filtro para orientar a los usuarios hacia los servicios territoriales básicos” (Dell’Acqua, 2012).

Contenido 6.3. Centro de Salud Mental (CSM) (16%): Se crearon con la finalidad de apoyar a los usuarios/as egresados del hospital psiquiátrico y para hacerse cargo de los usuarios/as en crisis. Funciona como centros de referencia de día, y se enfoca en reducir el número de nuevos ingresos en el hospital, así como disminuir la frecuencia y duración de la hospitalización.

Los CSM se han fortalecido progresivamente, en la actualidad operan las 24 horas del día, los 7 días de la semana y mantienen una cobertura y responsabilidad territorial de una población de 60 mil habitantes. Cada uno cuenta con 8 camas y proporciona atención médica y social, rehabilitación psicosocial y tratamiento.

No hay listas de espera, y la primera entrevista se desarrolla dentro de las 24 horas de solicitada la atención por el personal que se encuentre en servicio, ya que ningún profesional tiene la especificidad de un usuario a cargo.

“La respuesta y el plan de tratamiento terapéutico son adaptados a los problemas y a las necesidades particulares de las personas. El servicio no ofrece intervenciones estandarizadas, sino más bien intervenciones que sean las más personalizadas posible” (Dell’Acqua, 2012).

“Son espacios de comprensión y encuentro donde se realizan entrevistas individuales y familiares; visitas domiciliarias; servicio de rehabilitación (sobre todo inserción laboral); programas personales postcrisis; enlace con Cooperativas Sociales de trabajo (al menos 30% de socios con desventajas), con asociaciones de familiares y voluntarios; visitas de articulación con otros servicios; pues su objetivo es trabajar en el territorio por el cumplimiento de la Ley 180”. (López, 2012).

“La verdadera rehabilitación es una de las estrategias de intervención que permite la reconstrucción de la ciudadanía plena de los sujetos con trastorno mental graves favoreciendo la inclusión social que se lleva a cabo a partir de tres ejes fundamentales: vivienda, red social y trabajo” (Benedetto, 2003).

Contenido 6.4. Clínica Psiquiátrica de la Universidad (3%): Realiza actividades de enseñanza, investigación y asistencia en el campo de la salud mental. Cuenta con 12 camas, tanto para usuarios/as hospitalizados como para intervenciones del hospital del día. Es la sede de la Escuela de especialización en psiquiatría, y el punto de referencia para los aspectos relacionadas con el deterioro generado por la demencia.

“Realiza programas de investigación en aspectos epidemiológicos, clínicos y psicofarmacológicos de diversos trastornos psiquiátricos, como los aspectos psicopatológicos del estado de ánimo, el suicidio y los trastornos de la alimentación” (Dell’Acqua, 2012)

Subcategoría 7. Facilidades – Italia (16%)

Contenido 7.1. Modelo de Salud Mental (10%): La Estrategia de Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial cuenta con servicios de salud mental que refuerzan el ingreso a la atención primaria en salud y entregan a los usuarios/as las herramientas necesarias para generar sus propios recursos, por tanto, han podido superar la exclusión y la marginación de personas que padecen sufrimiento mental grave.

Esta Estrategia se reforzó con la Ley 180 de 1978 que establece que el tratamiento se basa en el derecho de la persona a la atención y no en el juicio de peligrosidad, de esta forma el tratamiento es voluntario en los servicios comunitarios. Los resultados muestran que la Estrategia ha permitido también una reducción

significativa del gasto en la atención psiquiátrica, pues mientras que a finales de 1971 el presupuesto para la gestión del hospital psiquiátrico ascendía a unos 55 millones de euros, en 2010 el costo de la gestión de todos los servicios territoriales llegó a ser de 18 millones de euros.

“Hoy en día Trieste sigue siendo un referente innovador y un contenedor de los elementos conceptuales básicos de lo que se hizo y lo que se hace; lo que posibilita, a su vez, realizar comparaciones con otros países que cerraron hospitales psiquiátricos sin considerar la importancia del cambio de paradigma” (Galli, 2015).

“La Ley 180 establece que nadie debe ser admitido ya en los hospitales psiquiátricos. Se trata de la primera ley del mundo que elimina los hospitales psiquiátricos y representa un logro fundamental de los operadores de Trieste que la anticiparon con sus prácticas” (Dell’Acqua, 2012).

Contenido 7.2 Ley de inclusión laboral (6%): Gracias a la lucha constante de Franco Basaglia junto a los seguidores del movimiento de desinstitucionalización, se aprobó la *Ley N° 391 de 1991 sobre la creación de las cooperativas sociales*. Las ventajas de esta Ley es que valora la comunidad como el espacio en el cual es posible identificar ese interés general al que se remite la acción de la cooperativa. Asimismo, hace referencia a la promoción e integración de la ciudadanía, es decir, no sólo de las personas en situación de desventaja sino de todas las personas que necesiten un apoyo para su crecimiento personal o social (Cooperativas tipo A). Por otra parte, para las personas en desventaja social contempla las **cooperativas sociales tipo B**, que cumplen una función sociopolítica activa para el empleo mediante la formación y la creación de demanda de trabajo.

“Las cooperativas sociales tienen como objeto proteger los intereses generales de la comunidad para la promoción del hombre y la integración social de los ciudadanos mediante:

a) *la gestión de servicios socio-sanitarios y educativos;*

b) *el desarrollo de diversas actividades - agrícolas, industriales, comerciales y de servicios - destinadas a la inserción laboral de personas desfavorecidas” (Maiello, 2001).*

“El propósito principal de las cooperativas sociales no es ni la producción de servicios ni la inserción laboral de personas desfavorecidas sino la búsqueda del interés general de la comunidad, por lo que a las cooperativas sociales se les encomienda expresamente la realización de una “función social” al alcanzar un objetivo de carácter colectivo” (Maiello, 2001).

Como resumen cabe destacar que un elemento fundamental es la construcción de servicios territoriales de salud mental que cuenten con equipos de trabajo inter-

disciplinarios e intersectoriales, que, a partir de determinados dispositivos y componentes, mantengan un funcionamiento continuo en red, para poder atender la problemática de salud mental de una comunidad y restablecer derechos de quienes enfrentan padecimientos subjetivos. Es también sustancial contar con la voluntad política del Estado y con el soporte de leyes que la respalden, no obstante, la experiencia revela el trabajo de los profesionales puede suplirlas en una primera etapa.

5.3.4. Categoría Personal – Italia

Subcategoría 8. Autonomía – Italia (67%)

Contenido 8.1. Independencia (34%): Al cerrarse el hospital psiquiátrico se encontraron con personas que estuvieron aniquiladas por la institución manicomial durante años, por lo que dichos usuarios/as precisaron una gran atención personalizada, pero también se requirió cambiar su entorno, interactuando y englobando las diferentes instituciones, para que puedan lograr a posterior su independencia y autonomía.

“Se precisaba reconstruir contactos humanos, estimulando confianza comunicativa, y sobre todo reconstruyendo su identidad” (Evaristo, 2011).

Contenido 8.2. Responsabilidad y decisiones (33%): Un elemento importante es la toma de conciencia por parte de los usuarios/as de su propia salud, razón por la que los tratamientos deben ser voluntarios.

“Los tratamientos obligatorios deben ser excepciones y precisan de garantías específicas (firmas de dos médicos, por lo menos uno psiquiatra público, ratificación del alcalde como representante de los ciudadanos, control formal del juez) y por tiempo breve (7 días, renovables con las mismas garantías)” (Evaristo, 2011).

Subcategoría 10. Educación – Italia (33%)

Contenido 10.1. Positivo interés y acceso (33%): En cuanto a la educación se desarrollan programas de rehabilitación, formación, talleres y educación para adultos en caso de requerir.

“Se realizan cursos de alfabetización y escolarización, de acuerdo a las necesidades de los usuarios” (Dell’Acqua, 2012).

Como resumen, la importancia del área personal está relacionada con la autonomía que ofrece el poder trabajar y tener una inclusión socio-laboral real, con decisiones importantes en lo sanitario como el poder decidir el internamiento o no ante una crisis.

5.3.5. Categoría Familiar – Italia

Subcategoría 11. Apoyo familiar – Italia (100%)

Contenido 11.1. Unión familiar (50%): Se trata de que los Centros de Salud Mental sean lugares donde se crea y se potencia el intercambio de estrategias de afrontamiento junto a los familiares o vínculos afectivos de la persona, a fin de evitar recaídas, mejorar la calidad de vida de la persona y sus parientes, ya que la integración familiar es relevante para evitar la exclusión.

“El trabajo se centra en la reconstrucción de las historias personales de los pacientes, tratando de restablecer las relaciones con sus familias y lugares de origen” (Dell’Acqua, 2012).

Contenido 11.2. Cuidados y Comprensión (50%): Se espera que el trabajo con las familias les ayude a enfrentar de mejor manera los problemas emocionales y las dificultades de la vida cotidiana.

“El Departamento de Salud Mental organiza programas informativos, reuniones con grupos de familias de diferentes zonas geográficas, reuniones con los padres de los jóvenes en fase de inicio de la enfermedad” (Dell’Acqua, 2012)

En líneas generales, la inclusión de familias de este colectivo es sustancial para actuar desde la solidaridad y no vigilar u hostigar a la persona en nombre del cuidado. Para ello los Centros de Salud Mental cuentan con espacios adecuados para las reuniones de familiares y asociaciones que se han conformado en torno a la problemática de salud mental. Se observa que, si los usuarios/as tienen un medio social, laboral y familiar de soporte, estos pueden constituirse en los pilares más importantes de su rehabilitación.

4.3.6. Categoría Social – Italia

Subcategoría 12. Ocio y recreación – Italia (14%)

Contenido 12.1. Deporte y entretenimiento (14%): Se trata de insertarlas en lugares que le permitan compartir en un contexto normalizado, sin etiquetas y como parte de su derecho ciudadano.

“Es preciso construir espacios de comprensión y encuentro entre normalidad y diversidad dentro de todos los lugares donde actuamos, para luchar contra el prejuicio de la peligrinidad, que aleja las personas” (Evaristo, 2011).

Subcategoría 13. Vivienda – Italia (58%)

Contenido 13.1. Vivienda independiente, dependiente y asistida (58%): El *hábitat* es el lugar para habitar que permite la apropiación simbólica y material de ese espacio. El cierre del hospital psiquiátrico significó la salida de los pacientes internados y la Administración Provincial reconoce la asistencia como un derecho de las personas que siguen siendo obligadas a residir en el hospital como huéspedes por falta de una vivienda alternativa.

Ante esto, el Departamento de Salud Mental crea varios tipos de pisos supervisados por los operadores sanitarios: a) *Residencias de integración social* gestionadas directamente por los Centros de Salud Mental para personas que requieren asistencia para las actividades de la vida diaria que hospedan a pequeños grupos; b) *Residencia terapéuticas y de rehabilitación* para personas con discapacidades relevantes, son departamentos alquilados o de la Administración Sanitaria, gestionadas de forma directa, (a través de sus propios operadores), o indirecta, (a través de convenios con cooperativas sociales y/o asociaciones de voluntariado); c) *Casas arrendadas por varios usuarios/as* o de propiedad de uno de ellos.

“En los territorios se refuerzan los grupos residenciales, abiertos no sólo a las personas egresadas del hospital psiquiátrico, sino también a las personas que viven en situaciones familiares inestables o de conflicto grave” (Dell’Acqua, 2012).

Subcategoría 14. Relaciones de amistad – Italia (14%)

Contenido 14.1. Relaciones de amistad (14%): Es parte del segundo eje de rehabilitación que comprende la creación de una red social, para ello, los Centros de Salud Mental realizan actividades en la comunidad orientadas a generar lazos sociales y elevar su calidad de vida.

“Comprende la potencialización de lugares que posibiliten el intercambio y vínculos afectivos de la persona para mejorar su calidad de vida” (Benedetto, 2003).

La estrategia de la desinstitucionalización prevé varios niveles y una es las relaciones humanas. Esta es la verdadera especificidad técnica en salud mental (Evaristo, 2011).

Subcategoría 15. Ayudas económicas – Italia (14%)

Contenido 15.1. Ayudas económicas (14%): Los bonos que ofrece el Estado son para personas con problemas de salud mental graves con un alto grado de discapacidad.

“Los pacientes conservan todos los derechos de ciudadanía y viven dentro de la comunidad, con apoyos diferentes según las situaciones personales de cada uno en cuanto a su enfermedad o dificultades” (Evaristo, 2011).

En síntesis, la vivienda es un elemento indispensable que garantiza que una persona se desarrolle en la sociedad completando así, junto con el trabajo, lo que se necesita para una verdadera inclusión sociolaboral del sujeto con sufrimiento mental grave.

CAPITULO 6:

Modelo Sobre la Salud Mental Comunitaria desde la perspectiva de la Salud Pública y los determinantes de la Salud

6. 1. Modelo Resultante

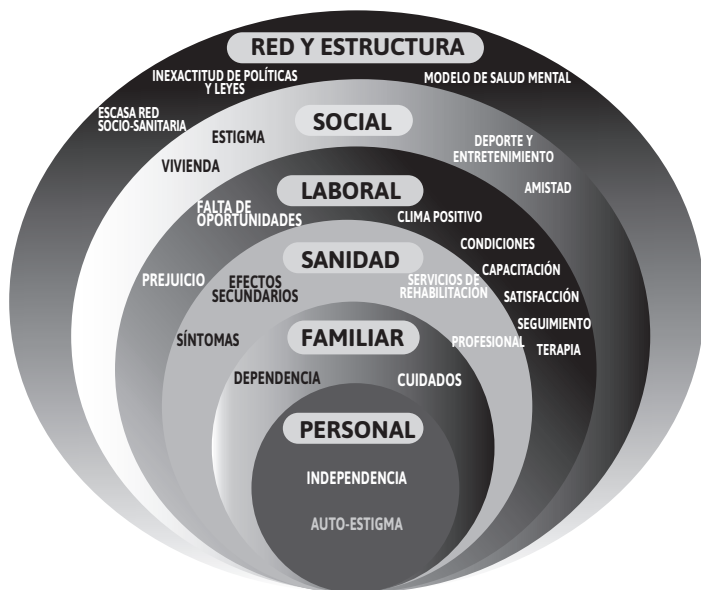
El último nivel de análisis en el marco de la Teoría Fundamentada es un proceso de integración y refinamiento teórico, conducente a la comparación relacional entre las categorías y, de esta forma lograr una explicación del fenómeno en estudio. El análisis se circunscribe a la recopilación de datos primarios y secundarios y de la bitácora de anotaciones de la investigadora, lo cual permite teorizar desde el proceso inductivo los factores determinantes y resultantes en el modelo comunitario de salud mental. El análisis, a su vez, conlleva a la generación de un modelo comprensivo con base en la interpretación estructurada de los datos.

El modelo que incorpora la perspectiva de la salud pública y la promoción de la salud, con base en los determinantes de salud, identificando barreras y facilidades:

- a. **Facilidades:** en el escenario más favorable nos encontraríamos con un usuario/a que a nivel *personal* cuenta con independencia y se relaciona con un entorno *familiar* que ha reaccionado de forma positiva, otorgándole cuidados y comprensión ante su situación de salud. Accede además a recursos *sanitarios* de rehabilitación, con los que aprende a manejar los síntomas y presenta efectos secundarios mínimos por los medicamentos. La inclusión *laboral* es otra de las facilidades y se caracteriza por oportunidades en empresas, centros o cooperativas de trabajo, en los que es acogido sin prejuicio, llegando a percibir una clima laboral positivo y satisfactorio, donde se considera al trabajo como una terapia. Cuenta con opciones de inclusión *social* en su comunidad, con relaciones de amistad, espacios de socialización y vivienda asistida o tutelada; y, a nivel macro dispone de una *estructura y organización de salud mental* proporcionada por el Estado que se destaca por la implementación de un modelo de salud mental comunitario, con políticas y leyes laborales ajustadas a las necesidades del colectivo y con una red de servicios sociosanitarios para una atención integral en salud mental.
- b. **Barreras:** Si por el contrario, se plantea un escenario desfavorable nos encontraríamos con un usuario/a que a nivel *personal* prevalece el autoestigma, inserto en un entorno *familiar* de sobreprotección y dependencia ante su pro-

blema de salud mental; sin recursos **sanitarios** de rehabilitación disponibles, por lo que los síntomas de su patología harán que sufra descompensaciones e internamientos frecuentes y sin solución a los efectos secundarios de la medicación; la inclusión **laboral** se caracteriza por una falta de oportunidades de empleo, con un alto prejuicio por parte de la empresa, negándosele sus derechos y una posibilidad de satisfacción laboral y personal; las opciones de inclusión **social** en la comunidad son limitadas y la persona se encuentra en situación de aislamiento y exclusión, sin poder optar a la independencia de una vivienda y con gran peso del estigma social; y, a nivel de la **estructura y organización** estatal, prevalece un modelo de salud mental médico céntrico, con pocas políticas de salud mental y leyes poco efectivas y sin control, lo que deriva en servicios socio-sanitarios de rehabilitación escasos e ineficientes.

FIGURA 80. Modelo de Salud mental comunitaria desde la perspectiva de la salud pública y los determinantes de la salud. Elaboración propia



En resumen, se puede decir que el modelo presentado muestra que en la realidad existen elementos facilitadores y obstaculizadores que influyen en la inclusión de personas con sufrimiento mental grave, y que se ciñen a la realidad económica, política y social de cada país.

CAPITULO 7:

CONCLUSIONES

En este capítulo se reflexiona sobre los resultados de la investigación que, en su conjunto, intenta contribuir al desarrollo del debate en materia de inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave. Para su mejor comprensión se han dividido estos resultados en dos puntos:

- Salud Pública y Salud Mental en Ecuador, España e Italia.
- Comparación de los Modelos de Salud Mental y propuestas para los países de estudio.

7.1. Salud Pública y Salud Mental en Ecuador

Se exponen los hallazgos a través del análisis de los determinantes de la salud (OPS, 2011)¹: condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; redes sociales y comunitarias; estilo de vida, y se aborda la discusión sobre la inclusión laboral. Metodología que se replica por cada país de estudio.

7.1.1. Estructura de Salud Pública y Modelo de Salud Mental de Ecuador

Ecuador es de los tres países el que más tardíamente procede a *implementar el Modelo de salud mental comunitario*, año 2014, mientras que en el contexto latinoamericano, estudios de varios países (MSB, 2018, MSC, 2018, MSA, 2013) muestran la existencia de experiencias pioneras en la implementación de servicios de salud mental con base en el Modelo de Salud Comunitaria en la Región, tal es el caso de Argentina (Provincia de Rio Negro en 1985; a nivel nacional en 2003), Brasil (Reforma psiquiátrica en 1988, Política Nacional de Salud Mental en 2001) y Chile (Plan de Salud Mental en 1993). Además, en Ecuador el proceso de su implementación no arroja los resultados esperados a nivel territorial.

Las principales *dificultades* referentes al funcionamiento de la red de salud mental y por ende, a la ejecución del Modelo de Salud Mental Comunitario serían:

- a) **Asignación presupuestaria insuficiente a la salud mental:** Se prioriza la financiación de los niveles secundario y terciario de atención. Esto se com-

1 Refiérase a la Figura 14. Determinantes de la salud. (OPS, 2011).

prueba a través del informe de la OMS (2015d), el cual señala que, si bien el gasto en salud pública se ha incrementado significativamente en Ecuador, casi la mitad del presupuesto para salud mental se destina a los hospitales psiquiátricos. Otras investigaciones en la Región (OPS, 2016, IESM-OMS, 2015) verifican algo similar: la proporción dedicada a los establecimientos de salud mental comunitaria dista de ser óptima y en promedio los hospitales psiquiátricos absorben el 73% del presupuesto asignado. Más aún, al analizar el último Plan Estratégico Nacional de Salud Mental del Ecuador (2015-2017) resalta la carencia de financiamiento específico para cada uno de los lineamientos estipulados en dicho plan (Analuisa, 2016). En el año 2017, el MSP ejecutó un presupuesto total de 2.692 millones de dólares, lo que representa el 97.62% del presupuesto codificado. Del financiamiento en salud mental, el año 2015 es el de mayor inversión con 2599571.4 USD, que representa el 24.2% del período 2013-2019, destinado a tres ejes: a) implementación y/o adecuación de servicios -sobre todo de centros de tratamiento residenciales y ambulatorios intensivos para personas con adicciones-, b) acciones de promoción y prevención, material didáctico, y c) elaboración de normativa; aunque también se empleó en la contratación de recursos humanos. Para el año 2020, no se registra monto de inversión realizada. Si se toma en cuenta solo este tipo de gasto, para el año 2019, el monto destinado a salud mental representó apenas el 0.06% del total asignado a salud, muy por debajo de la mediana de países de la región (2%) (MSP, 2022). A nivel global, el Informe de Evaluación de la Comisión Lancet (2018) reconoce que la inversión para promover la salud mental y tratar los problemas mentales es exiguo, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Esta realidad muestra un serio desafío por enfrentar, pues la falta de presupuesto se asocia también con la dificultad para la coordinación e intercambio de la atención primaria con los especialistas del área (Moreno, 2015).

- b) Prepondera el modelo hospitalocéntrico:** La mayor parte de la rehabilitación no se ejecuta en la comunidad sino en el *Hospital Psiquiátrico* y *Hospitales Generales*, situación que muestra una *escasa red socio-sanitaria*. Un porcentaje importante del presupuesto de salud mental se destina al único hospital público, así como para la compra de servicios desde el año 2015 en la red pública integral de salud (MSP, 2022). Si bien los Hospitales Psiquiátricos han avanzado en un proceso de reinserción familiar con algunos pacientes, la **falta de recursos sanitarios y sociales son la mayor barrera** para la atención e inclusión social de este colectivo en Ecuador. En contraposición, las recomendaciones de organismos internacionales (OMS, 2015d) consideran de central importancia que los servicios de la salud mental sean ampliados e integrados en el nivel de atención primaria de salud y, que las intervenciones biopsicosociales se focalicen en la comunidad. Estudios previos (Zaldúa *et al*, 2016) manifiestan la falta de políticas públicas para la creación de dispositivos alter-

nativos al hospital psiquiátrico como una de las mayores barreras en la salud mental comunitaria actual.

En el caso ecuatoriano, si bien la normativa contempla la creación de los *Centros de Atención Psicosocial*, como servicios territoriales (MSP, 2014), en la realidad estos no existen, hecho que obstaculiza sustituir el modelo asilar. La experiencia brasileña (Amarante, 2018) reafirma que los Centros de Atención Psicosocial logran reemplazar al Hospital Psiquiátrico cuando funcionan bajo el principio de intersectorialidad, se conforman con profesionales de diversas áreas y se aplican estrategias de intervención centradas en lo social.

- c) Falta de recursos humanos de salud mental en atención primaria:** Un indicador importante del proceso de desinstitucionalización es la distribución de profesionales. Si se asigna mayor peso a psiquiatras y menor peso a personal más cercano a la comunidad, nos encontramos con un indicativo de que la atención continúa centrada en especialistas. Los datos país (MSP, 2014) apuntan como positivo el incremento de psicólogos en la sanidad pública ecuatoriana con un incremento del 87% en el período 2006-2014, este rápido crecimiento se justifica porque estos profesionales eran casi inexistentes en los servicios. Ahora bien, informes de organismos supranacionales (OMS, 2015d, UNASUR/ISAGS, 2015) manifiestan que, a pesar de los avances, existe un déficit general de profesionales de salud mental en la Región, en especial en el sector público, y que la mayor parte de estos profesionales están insertos en servicios hospitalarios; la falta de personal se evidencia también en las dificultades de acceso a cuidados continuos. En la misma línea, los indicadores de la OPS (2016) señalan que en Latinoamérica la mayor proporción de profesionales que trabajan en los servicios de salud mental se encuentra en el Caribe no latino con una tasa de 69,2 (por 100.000 habitantes), mientras que en América del Sur la tasa es de 27,7. En cuanto a Ecuador, el estudio de Camas (2018) revela que un alto porcentaje de profesionales que trabajan en la atención primaria no poseen las competencias en salud mental comunitaria y tampoco cuentan con capacitación respecto a la problemática de salud mental grave, situación que refuerza el modelo hospitalocéntrico y reproduce el estigma asociado a la patología mental.
- d) La predominancia del modelo biomédico en salud mental:** El hecho de contar con pocos profesionales comunitarios en salud mental fortalece la idea de que no se realiza una intervención psicosocial, sino sobre todo biomédica. El mismo estudio de Camas (2018) plantea que la política nacional de salud no debe solo centrarse en el tratamiento de la enfermedad, sino también, apuntar a impactar las condiciones y espacios de vida. Por otro lado, en Chile (Schade *et al*, 2010) se resalta la aplicación de un modelo de consejería orientado a aumentar la resolutiveidad en la atención primaria de salud y en el seguimiento.

En cuanto a los principales *facilitadores* referentes a la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitario serían:

- a) **Servicios y medicamentos gratuitos:** Sobre los *medicamentos psicotrópicos*, del estudio se desprende que estos son adecuados para ayudar a disminuir la sintomatología y que las personas no tienen dificultades para su acceso. Esto coincide con informes de la OMS (2015d, 2010) que exponen que Ecuador cuenta con una dotación de fármacos que cubre las necesidades requeridas en salud mental a nivel básico y en los servicios de hospitalización del Estado, sin embargo, también señalan que la intervención a más de lo farmacológico debe incorporar estrategias psicosociales.
- b) **La cooperación de organismos internacionales.** Uno de los hallazgos es la valoración positiva que se hace de la Estrategia de Cooperación 2018-2022 de la OPS en el país (OMS, 2018). En ella se propone fortalecer la implementación del modelo comunitario en salud mental, principalmente la acción intersectorial, comunitaria y las capacidades institucionales. Al respecto, varias investigaciones (Moreno, 2015, Powell et al, 2015) sostienen que las alianzas y sinergias con entidades no gubernamentales ayudan a implementar buenas prácticas en salud mental.

7.2 Salud pública y salud mental en Valencia

7.2.1. Estructura de Salud Pública y Modelo de Salud Mental de Valencia

En 1986 se establece la Ley General de Sanidad y se emprende la Reforma Psiquiátrica en España. En la Comunidad Valencia el proceso de reforma se inicia en el año 1987 (MSSSI, 2005), sin embargo, no se realizan mayores avances en la salud mental durante los años 90.

Las principales *dificultades* visualizadas en este estudio son la inexactitud de políticas y la escasa red socio-sanitaria:

- a) **Reforma psiquiátrica incompleta o necesidad de una nueva:** si bien se observan avances desde el inicio de la Ley General de Sanidad, la medida de su implementación es asimétrica. En este sentido se concuerda con algunos estudios en España (Desviat, 2011, Navarro-Mateu et al, 2015, Molina et al, 2018, Sadeniemi et al, 2018) que si bien valoran la Ley como instrumento que propició el cambio del modelo asistencial, también exponen un desarrollo desigual de la misma en las Comunidades Autónomas al depender de la voluntad política de las autoridades y del proceso de toma de conciencia por parte de los profesionales.
- b) **Inexactitud de políticas públicas:** se visualiza como la mayor barrera para la implementación del modelo comunitario y en la práctica se mantiene un modelo médico. Se observa en el territorio déficit en la atención y vacíos en al-

gunas políticas, lo cual incide en que su ejecución no sea la adecuada ni tenga los resultados esperados. Además, se observa una *escasa red socio-sanitaria*, si bien el sector público dispone de una gran variedad de centros, estos cuentan con pocos profesionales sobre todo de psicología, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería; y, existe escasez de viviendas tuteladas públicas. Un informe nacional (GVA, 2018a) concuerda en que existe desarticulación y falta de coordinación entre las Administraciones (estatal, autonómico y local) y las diversas áreas de atención (Bienestar Social, Educación, Empleo, Justicia y Cultura), y que la Red de conductas adictivas (UCAS) y la Red infanto-juvenil funcionan de forma paralela. Sumado a lo expuesto, varios estudios (Navarro-Mateu et al, 2015, Polo, 1999) sugieren que la falta de presupuesto influye en una escasa red de salud mental, dificultad que se remonta a inicios de la reforma psiquiátrica en España, mientras que son los Centros de Salud Mental los que absorben las deficiencias del sistema.

- c) **Dos ejes divididos en la atención de salud mental:** la *organización en salud mental* contempla 24 departamentos de salud, y la red de servicios sociales. La mayoría de departamentos cuentan con una cartera de *servicios de rehabilitación* que incluye Unidad de mediana y larga estancia, Hospital de Día, Hospitales Generales, Unidades de Salud Mental; además, los Centros de Rehabilitación Integral, dispositivos estatales, departamentales y privados, pero se evidencia diversidad de orientaciones y un alto grado de desconocimiento entre los servicios de rehabilitación y apoyo social. Hecho que corroboran otros estudios (Moreno, 2015, Luciano et al, 2009, López & Laviana, 2007) donde se exponen problemas de funcionamiento de la red de salud mental por deficiencias en la coordinación entre los servicios y la necesidad de una articulación estructural, técnica y organizativa, para que no se dependa de la voluntad e iniciativa de los profesionales.
- d) **Mantenimiento de las Unidades de mediana y larga estancia:** Cabe señalar que, si bien la Reforma psiquiátrica plantea el cierre de los Hospitales Psiquiátricos, en la práctica, se siguen manteniendo estancias para largos internamientos en algunas Comunidades Autónomas, tal es el caso de Valencia. Al respecto, Novella (2018), manifiesta que el proceso de desinstitucionalización no ha finalizado y cuestiona su carácter transformador en la esfera sociopolítica al existir aún exclusión hacia este colectivo. Asimismo, Desviat (2011), argumenta que los avances en salud mental en ciudades como Madrid, Andalucía, Asturias y Navarra son mayores debido al apoyo de las Administraciones que se traduce en más recursos y programas en la comunidad.
- e) **Prevalencia de los especialistas en los profesionales de salud mental:** se confiere una mayor relevancia a los especialistas de *psiquiatría* y *psicología*, y menos a *otras profesiones orientadas* más al trabajo en el territorio, tales como enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. Esta tendencia coincide

con los datos autonómicos (GVA, 2018a) que detectan una baja proporción de profesionales comunitarios de salud mental, siendo la tasa de psicólogos de 3,36 (por 100.000 habitantes), de enfermeros (5,92), de trabajadores sociales (1,06) y de terapeutas ocupacionales (0,26). La evidencia (Moreno, 2015, López & Laviana, 2007) explica la necesidad de transformar la disposición de profesionales, con menos énfasis en la especialidad psiquiátrica y más en enfermería comunitaria y psicología para la atención primaria. La investigación de Desviat (2011) crítica a la academia de no impulsar de forma sustantiva el cambio de visión biomédica hacia la comunitaria en la formación de pregrado de los futuros profesionales de salud mental.

- f) **Falta de recursos económicos:** la mayor barrera para la implementación de los servicios comunitarios es la falta de financiamiento. Cifras nacionales (GVA, 2018a) demuestran que el país viene atravesando por una grave *crisis económica* desde el año 2008, de la cual no se ha recuperado. Sobre el gasto estatal, el Informe del MSSSI (2018c), señala que la *inversión en salud* en España es el 9,3% del PIB y que el mayor porcentaje (64%) se destina a servicios de atención especializada y solo el 14% a la atención primaria (14%). Diversos estudios (Espino, 2014, Legido-Quigle et al, 2013) cuestionan los recortes presupuestarios y cambios organizativos en sanidad y bienestar social llevados a cabo por los sucesivos gobiernos, lo cual impacta negativamente en el cuidado de la población. McKee & Stuckler (2011), recomiendan a los Estados que ante una crisis económica se priorice a los grupos de alto riesgo, como son las personas con enfermedades crónicas y la población desempleada.

Por otro lado, las *facilidades* visualizadas para la implementación de la salud mental comunitaria son:

- a) **Contar con un Modelo de salud mental comunitario:** resulta relevante contar con la *Estrategia Autonómica de Salud Mental* (2016-2020), la cual está orientada a consolidar el modelo comunitario. Algunas investigaciones nacionales (Pérez & Eiroá, 2017, López & Laviana, 2007) concuerdan en la necesidad de un documento guía que proporcione las pautas de la “filosofía de la rehabilitación”, es decir, entenderla desde un enfoque biopsicosocial, enfatizando en la prevención, la rehabilitación y la integración territorial.
- b) **La red de salud mental incluye asociaciones y organizaciones sin fines de lucro:** se dispone del apoyo de otras organizaciones públicas como el *Ayuntamiento*, la *Federación Valenciana de Salud Mental* y servicios de *medicina laboral*; desde el ámbito académico la *Universidad* pública; y, desde la organización social con asociaciones como *Asiem*, *Ambit*, *Bonagent* y *Creap*. Esto corrobora un estudio nacional (López & Laviana,

2007) que reconoce que, un elemento que da operatividad a la red de salud mental es el contar con diversos dispositivos sanitarios y no sanitarios que ayuden a cubrir las prestaciones a este colectivo, accesibles y adaptados a las necesidades de los usuarios/as. Otra investigación (Moreno, 2015) destaca el valor del entorno universitario en la producción de materiales específicos y adecuadamente elaborados para garantizar la entrega de información a personas relacionadas con la salud mental, como usuarios/as, familias y profesionales de salud.

7.3. Salud pública y salud mental en Italia

7.3.1. Estructura de Salud Pública y Modelo de Salud Mental de Italia

La *red y estructura de salud mental* de Italia nace en el movimiento antipsiquiátrico de inicios de los años 70 que cuestiona al paradigma racionalista y se centra en la persona con sufrimiento mental grave y su tejido social, es decir, en las relaciones humanas. El análisis de este Modelo es muy interesante porque cuenta con muchas **facilidades** o ventajas para su implementación:

- a) **Modelo de salud mental comunitario y leyes que lo respaldan:** la mayor facilidad observada es contar con una estrategia comunitaria, colectiva y territorial amparada en la Ley 180 de 1978 que se basa en los derechos plenos de las personas, el tratamiento se centra en las relaciones humanas y la rehabilitación requiere del desarrollo articulado de tres componentes: la Vivienda, la Red Social y Familiar y el Trabajo. Investigaciones (Barbui y Saraceno, 2015; Mauri, et al., 2019) destacan la Ley número 81 del año 31 de mayo del 2015 que dictaminó el cierre de los seis hospitales psiquiátricos forenses existentes, reemplazándolos por unidades regionales vinculadas a los departamentos de salud mental y que marca la desinstitucionalización forense en Italia.
- b) **Funcionamiento y estructura de la red de salud mental:** en cuanto a los *recursos de rehabilitación*, en cada distrito opera un *Centro de Salud Mental* que es el eje de la red asistencial territorial orientado a la prevención y atención de la salud mental. Se entiende por territorio no solo al área geográfica determinada, el concepto engloba a todas las personas, saberes, instituciones, recursos existentes y potenciales de una comunidad. Esto concuerda con los estudios (Madoz-Gúrpide, et al., 2017; González & Rodríguez, 2010) los cuales sostienen que, la rehabilitación para personas con sufrimiento mental grave como la psicosis debe contar con un programa sociosanitario integral.
- c) **Profesionales de salud mental comunitarios:** este es un ítem relevante y particular al otorgar un mayor peso a profesionales no-médicos que se relacionan directamente con la comunidad; como los *enfermeros/as*, quienes colaboran en igualdad de condiciones con los especialistas de psiquiatría y psicología,

puesto que todos son denominados “operarios de salud mental”, no utilizan bata blanca y, están capacitados y con compromiso hacia las necesidades de los usuarios/as. En la misma línea Caldas de Almeida (et al., 2015), analiza la importancia de cambiar las prácticas entre los profesionales de salud hacia el proceso de desinstitucionalización, poniendo como ejemplo que en Trieste se crearon reuniones o asambleas que reemplazaron los acuerdos formales entre médicos, enfermeras y pacientes. Asimismo, la evidencia (Knapp et al, 2007) plantea que la rehabilitación debe asegurar los derechos de los usuarios/as a la propia determinación y ser un soporte para recuperar los roles sociales significativos.

- d) **Redistribución del gasto en salud:** los resultados muestran que los nuevos métodos permiten también una reducción significativa del coste en atención psiquiátrica. Un informe (Dell’Acqua P, 2012) indica que mientras a finales de 1971 el presupuesto para la gestión del hospital psiquiátrico ascendía a unos 55 millones de euros, en 2010 el costo de la gestión de todos los servicios territoriales fue de 18 millones de euros. Los datos obtenidos en base al PIB (OMS, 2011b) indican que, el gasto total en salud alcanza al 9,2 % (en el 2001 era de 8,1%) y los gastos de salud mental representan el 5% del presupuesto total de salud por parte del Ministerio de Salud. Sin embargo, aun cuando se contase con financiamiento suficiente y adecuado, los estudios (Holmes et al., 2014, Haro et al., 2013, Knapp, et al, 2007) coinciden en la necesidad desplazar los fondos asignados a Hospitales Psiquiátricos hacia servicios comunitarios para una atención en salud mental de calidad (Fuentes, 2017).

Por otro lado, el análisis indica que actualmente las *dificultades* se refieren a:

- a) **Implementación desigual de las políticas a nivel regional:** un impedimento que se observa y que se repite hasta la actualidad es que no en todas las regiones de Italia se aplica de manera integrada el modelo comunitario como se aplicó en Trieste y luego en toda la Región Friuli Venezia Giulia. Esto concuerda con una investigación (Fioritti & Amaddeo, 2014) que refiere a que la responsabilidad de implementar la reforma fue otorgada a los 21 gobiernos regionales, pero con grandes diferencias regionales existentes.
- b) **Reducción del financiamiento público:** dentro de otros obstáculos se encuentran: insuficiente capacitación no académica para el tratamiento comunitario asertivo, falta de sensibilización continua a la ciudadanía para lograr el cambio cultural y recortes en el presupuesto de bienestar social y salud pública. Este último elemento se considera el de mayor riesgo, ya que se requiere de *financiación pública* para mantener la red, el funcionamiento y coordinación de los servicios y hacer mejoras a los mismos. Concordante con lo expuesto plantea

un estudio (SEU, 2004) destacando como razones de la exclusión social de personas con sufrimiento mental grave a la falta de promoción de los derechos sociales y la inexistencia de apoyo sostenido para la inserción laboral. Otra investigación en Italia (Bruschetta, et al, 2016) sugiere que un tipo de intervención comunitaria no solo debe abarcar la psicoterapia sino también definir los mecanismos de financiamiento y el monitoreo de resultados.

7.4. Comparación de los modelos de salud mental y propuestas

7.4.1. Comparación de Salud Pública y Modelo de salud mental

En este apartado describimos las similitudes y diferencias encontradas en los tres países que forman parte del estudio. La información se presenta agrupada según los temas más relevantes que desde la óptica de la Salud Pública inciden en la inclusión de las personas con sufrimiento mental grave, lo cual se observa a continuación.

Tabla 283. Comparación de salud pública y salud mental entre los países de estudio

	Ecuador	Valencia	Italia
Modelo de salud mental comunitario	Sí	Sí	Sí
Ley y políticas de salud mental	No	Sí	Sí
Servicios especializados comunitarios	No	Sí	Sí
Servicios de inclusión laboral	Nacional	Privados	Públicos
Servicios de hospitalización de corta estancia	Sí	Sí	Sí
Servicios de hospitalización de mediana estancia	Sí	Sí	No
Profesionales de salud mental (tasa)	Baja	Media	Alta
Servicios de vivienda	No	Pocos	Sí
Ayudas económicas	Sí	Sí	Sí
Nivel de desarrollo económico	Medio	Alto	Alto
Gasto público per cápita (PIB)	233€	1565€	1867€

Fuente: Elaboración propia

Respecto del *Modelo comunitario de salud mental*, los tres países vienen implementando la desinstitutionalización como paradigma en el que se concibe la atención sanitaria y rehabilitación en el territorio donde la promoción de la salud mental tiene un papel relevante:

-*Italia* es el país pionero en la desinstitucionalización psiquiátrica, en un período de dos décadas (1978-1999) logró el cierre de todos los hospitales psiquiátricos y, por las características de su estructura en salud mental posee una red de servicios comunitarios más incluyentes y coordinados.

-En *Valencia, España*, si bien la Comunidad Autónoma, posee una organización sanitaria definida en salud mental, se critica el que la misma se encuentre separada de los recursos de bienestar social y laboral, en consecuencia, no todas las necesidades de usuarios/as son identificadas y resueltas, pese a ello, técnicos y profesionales realizan esfuerzos para lograr una mayor coordinación.

-En *Ecuador*, se registra un serio retraso en la implementación de los servicios establecidos en la Estrategia de Salud Mental que se argumenta por la falta de presupuesto, de recursos específicos y de trabajo en red lo que se traduce en una deficiente respuesta a los usuarios/as.

En los tres países se observa una **legislación específica en salud mental**:

-*Ecuador* cuenta con el Modelo y Estrategia de salud mental comunitario, pero la implementación de los servicios específicos en el territorio es casi nula. Al no contar con una Ley de Salud Mental se generan desventajas, como el poco avance de las reformas y la falta de articulación entre poderes del Estado en torno a la salud mental.

-En *España* rige la Ley General de Sanidad (1986), la misma que inicia la Reforma Psiquiátrica; en este marco, el último documento normativo guía en *Valencia* es la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 que, si bien plantea la implementación de elementos relevantes como disminuir el estigma, no reestructura el funcionamiento de los servicios ni propone una inyección de recursos financieros para mejoras.

-En *Italia* rige la reconocida Ley No 180 de 1978 que dictamina el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y, la Estrategia Comunitaria, Inclusiva y Territorial que ordena la función y la organización de los Servicios Comunitarios de Salud Mental (SCSM) como la principal referencia para la promoción y atención de la salud mental, por lo que se considera el país con mayor desarrollo en la temática.

La **red de servicios de rehabilitación especializados comunitarios** que se constata en los tres países dependen de los puntos anteriormente descritos, por lo que nos encontramos con que:

-*Italia* se centra en fortalecer el Centro de Salud Mental como el punto central

del Departamento de Salud Mental (DSM) en la comunidad y que además es el eje coordinador de la asistencia integral que se brinda a los usuarios/as en las áreas social y laboral.

-En *Valencia* se cuenta con la Unidad de Salud Mental en el área de sanidad y el Centro de Rehabilitación Social en el de bienestar social, sin embargo, no se han establecido mecanismos de coordinación formal entre las dos áreas.

-*Ecuador* tiene un servicio especializado de salud mental a nivel nacional (San Lázaro), por lo que no se observan cambios sustanciales en la atención de personas con sufrimiento mental grave, principalmente por la falta de implementación de los dispositivos definidos (Centros de Atención Psicosocial).

Dentro de las actividades que desarrollan estos servicios se encuentran las **gestiones para la inclusión laboral**:

-En *Ecuador* existe un solo centro Estatal que realiza las coordinaciones a nivel nacional; la falta de descentralización explica, en parte, su poca efectividad.

-En *Italia* la implementan los mismos Centros de Salud Mental, por lo cual las acciones están focalizadas y verificadas en la comunidad.

-En *Valencia* son ejecutadas por asociaciones privadas sin fines de lucro y por agencias de colocación de empleo públicas y privadas, por lo tanto, los recursos se encuentran más dispersos.

Para la **hospitalización** ante una crisis, en los tres países se cuentan con dispositivos para ello:

-*Ecuador* cuenta con camas en Hospitales Generales para la atención de crisis durante una semana.

-*Valencia* tiene camas en Hospitales Generales para la descompensación de síntomas con ingresos de hasta 2 meses de duración, siendo la experiencia que cuenta con mayor cantidad de días de estancia.

-En *Italia* se dispone de los Servicios Psiquiátricos de Diagnóstico y Tratamiento para urgencias y camas en los Centros de Salud Mental con un promedio de 7 días de estancia, siendo este modelo el más territorial.

Para **internaciones largas**, los países tienen diferentes opciones:

-*Ecuador* cuenta con un Hospital Psiquiátrico público y cuatro privados a nivel nacional, con un tiempo de estancia que va desde los 3 meses a un año.

-*Valencia* ciudad, tiene dos unidades de mediana estancia que implica internaciones de 6 a 9 meses.

-*Italia* no tiene hospitales psiquiátricos ni ninguna unidad similar para ello, lo que muestra que es el único país que cumple completamente con la desinstitutionalización.

Sobre los **profesionales de salud mental**, se observan diferencias en cuanto a las tasas (por cada 100.000 habitantes):

-En *Ecuador* los datos de psiquiatras indican una tasa de 1,5 y una tasa de 1,7 psicólogos, reflejando un déficit general de profesionales de estas especialidades en el sector público. El modelo de atención sigue siendo bio-médico centrado en el especialista.

-En *Valencia* la tasa de psiquiatras es 6,04, la de psicólogos es 3,36, la de enfermeros es 5,92, la de terapeutas ocupacionales es 0,26 y la de trabajadores sociales es 1,06. Aunque hay avances en el área de enfermería, el modelo sanitario sigue siendo bio-médico.

-En *Italia* se observan las mayores tasas en todas las profesiones con 17,6 de psiquiatras, psicólogos es 7,9, educadores es 9,7, técnicos de rehabilitación es 7, trabajadores sociales es 5,3, y enfermería es 40,5, siendo relevante el rol de estos últimos para la implementación del modelo psicosocial en el territorio.

Respecto de la **vivienda** en cada país:

-En *Ecuador* solo hay residencias privadas para personas que han estado internadas por largo tiempo en un Hospital Psiquiátrico privado.

-En *Valencia* la red de bienestar social gestiona las residencias públicas, pero solo se dispone de una en la ciudad, en consecuencia, el tiempo en lista de espera es largo. Las residencias privadas son gestionadas por entidades con y sin fin de lucro.

-En *Italia* el Centro de Salud Mental supervisa tres tipos de residencias acorde a las necesidades de autonomía de los usuarios/as: *residencias de integración social* para la asistencia en actividades de la vida diaria; *residencias terapéuticas y de rehabilitación*, para personas con alta discapacidad sin red familiar o social; y *casas arrendadas por varias personas del colectivo*. Siendo el país con más formas de inclusión en una vivienda desde el sector público.

Sobre las **ayudas económicas** se observan diferencias entre los países:

-En *Ecuador* existen tres tipos de pensiones para este colectivo: por discapa-

cidad sanitaria, por discapacidad general y por pobreza extrema. En el caso de discapacidad se accede a un bono si la discapacidad es sobre el 50%; sin embargo, el acceso al beneficio no se encuentra generalizado y no existe la modalidad de jubilación anticipada.

-En *Valencia* se observan tres modalidades: para familias por hijo a cargo, no contributivas y contributivas. Esta última está relacionada a una actividad laboral y puede ser de diverso tipo; pero es a su vez una barrera para la inserción laboral, puesto que al momento de estar empleado se retira la pensión al usuario y el procedimiento administrativo para reclasificar si queda cesante es largo; además, en la reclasificación la persona corre el riesgo de que se le evalúe con menor grado de discapacidad y por consiguiente se le reduzca la pensión, lo que causa miedo en los usuarios/as y no buscan un empleo.

-En *Italia* hay tres tipos de ayudas para personas con sufrimiento mental grave: bono por discapacidad, tener un acompañante y la jubilación anticipada, todos para sujetos con 100% de discapacidad y con patologías graves.

Sobre el *nivel económico* de cada país según los criterios del Banco Mundial (BM, 2017):

-*Italia* se encuentra en el grupo de países con *alto* nivel de ingresos.

-*España* pertenece al grupo de países de *altos* ingresos también.

-*Ecuador* está en el grupo de economías de ingreso *medio alto*, sin embargo, cabe indicar que sigue siendo un país donde la pobreza afecta a proporciones importantes de la población.

Se requiere contar con un *presupuesto para el gasto en salud y salud mental* (Macro, 2017). Para el funcionamiento del Modelo y la red de salud mental, el monto asignado para cada país en año 2017 fue el siguiente:

-*Ecuador* tiene un PIB anual es 92.322M.€ y el gasto en salud es 10,99% para 16.624.858 millones de habitantes; es decir, un gasto público per cápita de 233€. Para el año 2021 el gasto en salud es 11,92%; sin embargo, se observa una reducción del gasto público per cápita.

-*España* presenta un PIB anual es 1.206.878M.€ y el gasto en salud es 15,14% (72.812,9M.€) para 46.733.038 millones de habitantes, lo que equivale un gasto publico per cápita de 1565€.

-*Italia* indica un PIB anual es 1.724.955M.€ y el gasto en salud es 13,47% (113.131,0 M.€) para 60.483.973 millones de habitantes, con un gasto publico per cápita de 1867€, siendo el más alto de los tres países.

CAPÍTULO 8:

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

En este apartado se realizan algunas sugerencias de elementos generales observados en los tres países de estudio y, propuestas específicas en relación a las particularidades de cada uno, basado en el Modelo de salud mental comunitaria,² que es el resultado de esta investigación.

8.1. Propuestas generales

Según se observa en este estudio, el *estigma y la discriminación* son una realidad constante en el entorno de las personas con sufrimiento mental grave. Situación que se observa también en diversas investigaciones que reflejan que este colectivo es el más vulnerable a ser discriminado (Vasconcelos & Desviat, 2017, Grandón et al, 2016, Runte, 2005).

Esto no es solo un hecho actual, en el imaginario social de contextos sociohistóricos se mantienen los estereotipos sobre la enfermedad mental, los cuales se internalizan hoy por los medios de comunicación masiva, lo que conlleva serias implicaciones éticas, pues los estereotipos influyen en la estructura social ya que subyace a la cultura común de los individuos (Polo, 1999). Otra evidencia reconoce que existe en los medios de comunicación un uso inadecuado de términos relacionados con los problemas de salud mental grave, incluidos contenidos estigmatizadores y estereotipos vinculados con peligrosidad e impredecibilidad, por lo que se necesita promover cambios socioculturales (Muñoz et al, 2011).

Una acción efectiva para favorecer la salud mental son *las campañas de promoción* a gran escala en medios masivos de comunicación, de forma sistemática y prolongada en el tiempo y que visibilicen las capacidades de las personas con sufrimiento mental grave y los beneficios de su inserción en la comunidad, para romper la asociación entre locura y peligrosidad.

Varias investigaciones indican que ser mujer y tener una discapacidad afecta negativamente la probabilidad de participación, por lo que se sugiere sumar *campañas concretas destinadas a promocionar la inclusión* y fomentar la discriminación positiva (Davila & Malo, 2015, OIT, 2007).

² Ver Capítulo 6. Modelo sobre la salud mental comunitaria desde la perspectiva de la salud pública y los determinantes de la salud.

La evidencia (Moloney, 2018) apunta a que este tipo de estrategias, destinadas a la población en general, funcionan mejor cuando se trata de eliminar la dicotomía entre las personas con y sin patología mental. Asimismo, es posible impulsar programas antiestigma en espacios estratégicos como escuelas, comunidades, centros de salud y redes sociales a través de talleres, sesiones de sensibilización y artes creativas. Esto coincide con un ejemplo de buena práctica en Brasil (Amarante, 2018) donde desde 1992 se realiza durante El Carnaval una coreografía creada por usuarios/as, familiares y voluntarios denominada “*comparsa del loco lindo*”.

También es importante trabajar con los usuarios/as su *autoconcepto*, ya que el auto-estigma internalizado hace que se perciba a sí mismo como un ser incompetente. La evidencia (Moloney, 2018) revela que las formas efectivas de combatir este tipo de estigma son la psicoeducación y el uso de la técnica de reestructuración cognitiva (Terapia Cognitivo Conductual). Igual de importante son las estrategias de *empoderamiento de los usuarios/as y sus familias*, para que sean ellos mismos quienes desde sus diversas realidades, objetivadas y ordenadas en un aquí y un ahora, puedan configurar propuestas para disminuir las limitantes socio-culturales que los colocan en situación de desventaja (Grandón et al, 2016, Pérez & Eiroá, 2017). Estas acciones se consideran además como formas de *promover los derechos* de las personas con sufrimiento mental y abogar en la comunidad por la importancia del bienestar y desarrollo humano. Esto es parte de la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud mental grave, las cuales requieren ser parte integral de las políticas de salud pública y promoción de la salud a nivel local y nacional (Briones et al, 2018, Errázuriz et al, 2015).

8.2 Propuestas de implementación en Ecuador

Desde la promoción de la salud podemos sugerir algunas orientaciones para mejorar los esfuerzos del país en materia de salud mental.

Ecuador cuenta con una legislación sobre personas con discapacidad y con un Modelo de salud mental comunitario, pero se observa relevante contar con una *ley de salud mental* que esté alineada con los instrumentos de derechos humanos y que establezca la coordinación entre las áreas sanitaria, social, laboral, educativa, jurídica y cultural; esto permitirá avanzar en la desinstitucionalización y mejorar las condiciones del colectivo. Un ejemplo a considerar es el modelo europeo (Knapp et al, 2007) donde las leyes en salud mental se basan en el proceso de desinstitucionalización, el desarrollo de servicios sanitarios comunitarios y la integración de los servicios sanitarios y sociales, concordando con la recomendación de la OMS (2013) de que todos los países establezcan leyes y políticas en consonancia con el plan mundial y regional de salud mental.

La implementación parcial del Modelo Comunitario de Salud Mental en Ecuador se justifica por el presupuesto insuficiente, sin embargo, se podrían reducir los recursos destinados al **Hospital Psiquiátrico, incluso hasta su cierre, y destinar esos recursos** para proporcionar atención de calidad en el ámbito comunitario. Los organismos internacionales (OPS, 2009) sugieren que los servicios deben estar seguidos de presupuestos adecuados y la canalización de fondos desde la asistencia hospitalaria hacia la comunitaria. En este sentido, la experiencia de presupuestos en Argentina (Almeida et al, 2018) afirma la importancia de ampliar el sistema público al redistribuir el ingreso de los manicomios a los centros territoriales.

En esta línea, la desinstitucionalización implica la implementación de los servicios contemplados en el actual Modelo de Salud Mental y que aún no se ha realiza, tal es el caso de los **Centros de Atención Psicosocial** para la rehabilitación con acompañamiento terapéutico diario y ambulatorio. Una investigación en Brasil valida este tipo de centros especializados como soporte para que los usuarios/as alcancen los niveles máximos de autonomía (Gonçalves & Campos, 2017).

Otro dispositivo definido en dicho Modelo son las **Unidades de Acogida**, los cuales son espacios de viviendas para usuarios/as, cuya ejecución debe realizarse en coordinación con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, pero no se ha concretado. Estudios en Estados Unidos y Canadá destacan que la existencia de distintos tipos de viviendas posibilita diferentes soportes para los usuarios/as acorde a sus necesidades (Montgomery et al, 2013, Furtado, 2013). En Brasil, se recomienda para su efectividad contar con viviendas tuteladas y que los usuarios/as se apropien de los recursos disponibles (Salles & Miranda, 2016).

Para para reducir la brecha en el tratamiento de salud mental es necesario integrar el componente de salud mental en la atención primaria mediante la **capacitación y actualización de los profesionales de la atención primaria en el manejo de problemas de salud mental**, quienes son los llamados a potenciar la promoción de la salud y la perspectiva psicosocial en el territorio. La evidencia confirma (Briones et al, 2018) que el rol de los profesionales como los psicólogos y enfermeros son relevantes en este ámbito ya que combinan los conocimientos teóricos con la práctica e intervienen en el territorio como agentes de cambio.

Para esto es necesario contar con el **compromiso** de las autoridades políticas y técnicas de los diferentes sectores involucrados. Una investigación en varios países de Sudamérica (Henao et al, 2016) refiere que cuando los gobiernos contraen un compromiso explícito para invertir en salud mental crean políticas de fortalecimiento de este ámbito. En esta misma línea (Knapp et al, 2007) hemos encontrado que las normativas realizadas en los países reflejan los cambios que ocurren en las actitudes políticas respecto del tratamiento de la salud mental. Al respecto, un estudio en Argentina (Zaldúa et al, 2016) afirma que la desinstitucionalización es un

proceso de transformación de las estructuras de acción e ideológicas que implica decisiones políticas para generar nuevas alternativas, así como el compromiso y consenso participativo entre diversos actores.

Por lo tanto, se requiere **mayor participación y activismo de usuarios/as y familiares**, con el apoyo de los profesionales de salud mental, con la finalidad de que se creen y/o fortalezcan las organizaciones de usuarios/as y familiares que puedan abogar frente al Estado en la implementación de recursos de rehabilitación e inclusión laboral. En varias investigaciones (López, 2017, Acero et al, 2016, Calgary, 2012) se advierte que el apoyo de la familia es crucial en la recuperación de una persona con sufrimiento mental crónico, lo que incluye el funcionamiento y empoderamiento del sujeto. Otro estudio (Badallo et al, 2018) sostiene que la estigmatización es un proceso dialéctico en el que forman parte tanto la sociedad como el usuario/a, por lo tanto, son esenciales los movimientos de abogacía de los usuarios/as para combatir la discriminación.

8.3 Propuestas de implementación en Valencia

En Valencia se cuenta con políticas, normativas y programas específicos para personas con sufrimiento mental grave, sin embargo, hay ajustes que se podrían realizar para mejorar su desempeño.

En cuanto al funcionamiento de la red y estructura de salud mental se sugiere **fortalecer las Unidades de Salud Mental** de atención primaria con más profesionales de psicología, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional; más atenciones domiciliarias; y, más trabajo de sensibilización y lucha contra el estigma con actores comunitarios. Moreno (2015) plantea que los problemas de salud mental como la depresión deben ser tratados en los centros comunitarios para su rehabilitación. Por su parte, Desviat (2011) indica la necesidad de un aumento en el presupuesto para la atención primaria y una disminución del gasto en los hospitales especializados.

Además, se recomienda contar con un solo **Plan de Intervención Individual unificado multisectorial y con la comunidad** para mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios. Existen estudios (Moreno, 2015) que muestran la necesidad de bases de datos en red para la gestión sanitaria de los procesos asistenciales y así, optimizar la calidad y elaborar estándares clínicos. Otra evidencia (Desviat, 2011) indica que las ventajas de este tipo de información es que pueden acceder todos los servicios que atienden a un usuario/a, y también sirve para compilar indicadores de forma sistemática que permitan evaluar y contrastar el Modelo de salud mental.

Se aprecia como fundamental que cada departamento de salud cuente con un *Hospital de día*, lo que ayudará a reducir las estancias hospitalarias para la compensación de la crisis psiquiátrica, y que la persona regrese lo más pronto posible a su comunidad. En esta línea la OMS (2015) pone de manifiesto que un obstáculo actual son los problemas de organización de la salud mental y la falta de integración de la atención y apoyo psicosocial en el nivel primario. Asimismo, un estudio (Knapp et al, 2007) señala que una alternativa económicamente rentable es reducir la hospitalización y, ofrecer más atención comunitaria, mejorando la cobertura de servicios ambulatorios.

Si se fortalecen los servicios comunitarios, las *Unidades de mediana estancia* reducirán también los ingresos, pues la contención se haría con anterioridad e incluso previniendo las crisis. Una investigación en España resalta el hecho de que la atención comunitaria es menos costosa, más asequible y disminuye el estigma y la discriminación (Moreno, 2015). Asimismo, el aumento de camas psiquiátricas se considera como un retroceso de la atención comunitaria (Desviat, 2017).

Otra propuesta es promover *centros privados sin fines de lucro* que impulsan organizaciones de base comunitaria como ASIEM, Ambit y Bonagent y realizar el debido seguimiento a los centros con fines de lucro para que no se conviertan en lugares de institucionalización. Reforzando lo expuesto, algunas investigaciones (Desviat, 2017, 2011) demuestran que la concesión de la atención sanitaria y asistencial en centros privados con fines de lucro tiene mayor coste y complejidad, menor calidad y flexibilidad, pues hay menor poder de los profesionales y ciudadanos, y se convierte a la salud en un negocio.

Sobre los servicios de vivienda se evidencia escasez de residencias públicas frente a los requerimientos del colectivo, además los usuarios/as presentan diversas necesidades de autonomía, por lo que se sugiere contar con *diferentes opciones de viviendas públicas* con acompañamiento de los profesionales de las Unidad de Salud Mental, como puede ser domicilios tutelados para pocas personas y pisos independientes que sean costeados por los mismos usuarios/as; en cuanto a las residencias, que estas sean solo para personas adultas mayores dependientes que no puedan valerse por sí mismas. El estudio de Montgomery et al. (2013) se valora la vivienda como un recurso rehabilitador efectivo que mejora los aspectos clínicos, funcionamiento básico y pertenencia a la comunidad, es decir, es considerada un servicio fundamental para la desinstitucionalización. Cuando las personas tienen un mayor grado de participación, privacidad y responsabilidad en el funcionamiento cotidiano aumenta su calidad de vida. En este punto se debe también considerar la sensibilización a la vecindad y a la comunidad cercana para evitar el rechazo y el estigma (López et al, 2004a).

8.4 Propuestas de implementación en Italia

En cuanto a Italia, no son muchas las dificultades que se observan en el modelo de salud mental, puesto que es un referente a nivel internacional con más de 40 años de implementación.

Respecto de la *red y estructura de salud mental*, se sugiere que esta sea similar y equitativa en todas las regiones, pues las que se encuentran en el sur suelen tener más dificultades en su funcionamiento. Esto es corroborado en estudios (Starace, 2018, Knapp et al, 2007, Saraceno, 2003) que plantean que la legislación si bien determinó una revolución en la atención en salud mental, se mantienen desigualdades regionales en comparación con los estándares establecidos por las directrices nacionales, que relativizan la organización de los servicios y el funcionamiento de los profesionales de salud mental.

En relación al estigma, se recomienda que se continúe trabajando en *campañas para mejorar la aceptación* por parte de la sociedad a las personas con sufrimiento mental grave. Varias investigaciones en Europa observan que las estrategias exitosas para combatir el estigma son la educación, el contacto con los usuarios/as y la protesta, que es una reacción para desafiar las actitudes estigmatizantes (Moloney, 2018, Knapp et al, 2007).

REFLEXIONES FINALES

Al comparar el estado actual de las políticas públicas y modelos de salud mental para la atención sanitaria y social en los tres países de estudio se destaca un proceso común con base en la desinstitucionalización y el desarrollo de la atención comunitaria como un objetivo principal de la política de salud mental. Por el contrario, difieren en un progreso desigual en la implementación del mismo que se constata en la estructuración de los servicios, la disposición de los profesionales de salud mental hacia la comunidad, opciones de vivienda pública y discrepantes ayudas económicas para cubrir las necesidades de los usuarios/as.

La evaluación realizada demuestra que es necesario contar con centros socio-sanitarios especializados en salud mental en la comunidad, y con recursos específicos para la inclusión socio-laboral.

En los relatos sobre el estado de salud percibido por los *usuarios/as con sufrimiento mental grave*, resalta que el perfil de necesidades abarca los siguientes ámbitos:

1. **Ámbito sanitario:** con referencia a sus respuestas la atención sanitaria es un tema relevante y el discurso se enfoca a cuatro puntos fundamentales:

- a) contar con profesionales de salud mental que estén en los servicios de rehabilitación, especialmente en psiquiatría y psicología
- b) acceder sin dificultad a lugares de hospitalización ante una crisis
- c) poder mantenerse estable y controlar sus síntomas
- d) percibir una reducción de los efectos secundarios indeseables de su medicación.

2. **Ámbito social:** factores personales que permiten una adecuada interacción son su medio como son la autonomía, el acceso a la educación y formación laboral, la socialización y las relaciones de familia y pareja.

Se ha encontrado en el discurso del *entorno familiar* tres aspectos fundamentales en torno al cuidado y convivencia con las personas con sufrimiento mental grave:

- Las familias pueden presentar conductas y actitudes positivas de apoyo y comprensión, ayudándoles a cubrir sus necesidades y siendo proactivos para que logren sus máximas capacidades.
- Por el contrario, hay familias que no favorecen el proceso de recuperación, ya sea con actitudes de sobreprotección o de aislamiento que frenan la autonomía del usuario/a.

Escuchando la narrativa de los *profesionales y directivos* de salud mental se observa una visión más amplia del funcionamiento de los servicios disponibles para las personas con sufrimiento mental grave, y destacan como factores condicionantes los siguientes:

- Respecto de la organización y estructuras de la salud mental destacan como factores desfavorables una falta de políticas públicas específicas para la implementación total del modelo comunitario de salud mental, escaso personal en las áreas de enfermería, trabajo social y psicología, evidenciando la permanencia de un modelo hospitalocéntrico, así como escasos subsidios, pensiones mínimas y pocas opciones de vivienda.
- Como factor favorable se aprecia el tener equipos humanos sensibilizados con la inclusión sociolaboral de este colectivo.

Podemos apreciar además que, el *estigma* valorado por todos los participantes usuarios/as, familiares, profesionales y directivos, se encuentra ligado socialmente a las conductas y actitudes del sujeto cuando sufre el estado agudo de su enfermedad, y que posteriormente configura un obstáculo en los siguientes ámbitos:

- **Ámbito personal:** el autoestigma es la percepción de los propios usuarios/as de ser incapaces de desenvolverse en la sociedad, lo que lleva a que

oculten su enfermedad por miedo al rechazo.

- **Ámbito social:** se basa en las ideas erróneas de la sociedad al considerar que las personas con patología mental grave son peligrosas e inhábiles, lo que impide su pleno desarrollo e inclusión en la comunidad.

Como resultado de lo analizado, hemos reflexionado y adquirido una visión global y profunda para el desarrollo de propuestas desde el enfoque de la Salud Pública que pueden apoyar la implementación del **Modelo de salud mental comunitario**:

1. **Valencia-España:** fortalecer las Unidades de Salud Mental para que se constituyan en el eje de la rehabilitación, contar con opciones de vivienda asistida, tener una legislación sobre las pensiones y cooperativas sociales que facilite la inclusión socio-laboral.

2. **Ecuador:** contar con una Ley de Salud Mental, implementar los Centros de Atención Psicosocial en los territorios, tener opciones de viviendas asistida, aumentar las ayudas económicas sociales, cumplir con la legislación sobre la inclusión laboral de personas con discapacidad y crear cooperativas sociales de trabajo.

3. **Italia:** realizar una implementación más equitativa de los servicios de salud mental comunitarios en las distintas regiones, seguir siendo pioneros en la promoción de la salud mental en este colectivo y mantener las subvenciones económicas a las cooperativas sociales de trabajo.

Referencias

- Acero González, Ar, Cano-Prous, A Y Canga, A. (2016). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200003&lng=es.. ISSN 1137-6627.
- Almeida, V, Y otros. (2018). Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el Estado. <https://revistas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/368..> ISSN 2447-861X.
- Amarante, P. (2018). Salud mental y atención psicosocial. https://www.xpsicopedagogia.com.ar/wp-content/2018/03/Salud_Mental_Y_Atencion_Psicosocial.pdf.
- Analuisa, P. (2016). Análisis del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 de Ecuador en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de salud mental de la Organización Mundial de Salud. Universidad San Francisco de Quito. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6012/1/129441.pdf>.
- ANE. (2016). Asamblea Nacional del Ecuador. Proyecto de Ley del Nuevo Código Orgánico de Salud. Memorando N°SAN-2016-1747 del 12 de mayo de 2016. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivvas_24.
- APA. (2013). Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. Arlington, VA. <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Gu%C3%ADa-criterios-diagn%C3%B3sticos-DSM-V.pdf>.
- Badallo, A, y otros. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n1a12.pdf>.
- Balcells, M. (2014). Historia de la leucotomía. En: Sociedad Española de Neurología. *Neurosciences and History* 2014; 3(3):130-135, Barcelona, España. <http://nah>.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV3N32015130_135ES.pdf.
- Bañuelos Ramírez, D., González Martínez, A Y Ramírez Palma, M. (2016). El campo simbólico y la complejidad de la interdisciplinariedad entre salud pública, la comunicación y educación: Un reto vigente. Razón y palabra. Primera Revista Electrónica en Iberoamérica Especializada en Comunicación. <http://revistas.comunicacionudlh.edu.ec/index.php/ryp>.
- Barbui, C. y Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *British Journal of Psychiatry*, 206, p. 445-446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153817>.
- Basaglia, F. (1979). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires : Topia, 1979.
- Basaglia, F. (1978). *Razón, locura y sociedad*. México D.F. : Siglo veintiuno editores, 1978.
- Blas-OMS. (2010). Organización Mundial de la Salud & Blas, Erik.; Sivasankara, Kurup (editors). *A Equity, social determinants and public health programmes*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- BOE-A-1986-10499-. (1986). ESPAÑA. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado-BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, Referencia:BOE-A-1986-10499; p. 15207-15224. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>.
- BOE-A-2003-10715. (2003). ESPAÑA. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicado en Boletín Oficial del Estado BOE núm. 128, de 29 demayo de 2003. Entrada en vigor: 30 de mayo de 2003. Referencia: BOE-A-2003-10715; p. 46. <https://www.boe.es/eli/2003/05/28/16/con>.
- BOE-A-2006-21990. (2006). ESPAÑA. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicado en Boletín Oficial del Estado BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, Referencia: BOE-A-2006-21990; p.30. <https://www.boe.es/eli/2006/12/14/39/con>.
- Bourdieu, P. (1986). *Le capital social*. Notes provisorias Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 31; p. 2-3. En: Vargas Gonzálo. *Hacia una teoría del capital social*. *Rev. de Economía Institucional*, vol. 4, n° 6, (1) 2002, p. 71-108. Universidad Externado de Colombia,

- Bogotá. <https://www.redalyc.org/pdf/419/41900604.pdf>. ISSN: 0124-5996.
- Bravo LIRA, B. (2009). Construcción y desconstrucción: El sino del racionalismo moderno de la ilustración a la postmodernidad. *Rev. hist. derecho* 2009, n.37 Buenos Aires, Argentina. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-17842009000100001&lng=es&nrm=iso. ISSN 1853-1784.
- Briones Palacios, YM, Gilces Bermudes, VP y Escobar García, MC. (2018). La participación del psicólogo clínico en la promoción y prevención de la salud mental. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/psicologo-clinico-saludmental.html>.ISSN: 2254-7630.
- Bruschetta, S., Frasca, A. Y Barone, R. (2016). Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented. https://www.researchgate.net/profile/Simone_Bruschetta/publication/309379279_Verso_Servizi_Comunitari_di_Salute_Mentale_Recovery-Oriented/links/580c69cb08ae2cb3a5da7163/Verso-Servizi-Comunitari-di-Salute-Mentale-Recovery-Oriented.pdf.
- Buzzi, A. (2010). Egas Moniz. *Historia. Rev. RAR*, Vol. 74, n°1- 2010, p.33-42. <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v74n1/v74n1a02.pdf>.
- C. España. (1978). CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada en Referendum el 6 de diciembre de 1978 y sancionada el 27 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>.
- Caldas de Almeida, J.M., y otros. (2015). Schizophrenia diagnosis and treatment by general practitioners: A cross-sectional study in district Peshawar, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, (65) 9: p. 937-942. https://www.researchgate.net/journal/0030-9982_Journal_of_the_Pakistan_Medical_Association.
- Calgary, AB. (2012). Mental Health Commission of Canada. Changing directions changing lives: The Mental Health Strategy for Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf.ISBN: 978-0-9813795-2-4.
- Camas Baena, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>.
- Cardona Arias y Antonio Jaiberth. 2016. Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Col)* 2016, 16. <https://www.redalyc.org/comocitar.ora?id=273846452019>. ISSN 1657-320X.
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires : Paidós. Primera Edición 1997, 1997. ISBN 9789501254570.
- Castro, R. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4): 425-35. <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2277.pdf>.
- Cazzaniga Pesenti , J. Y Suso Araico, A. (2015). Red2red Consultores. Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Dirección, coordinación y distribución: Confederación Salud Mental España. Primera Edición. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>. Depósito Legal: M-33256-2015.
- CBS. (2010). Conselleria de Bienestar Social de la CV. Orden 1/2010 sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana. https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=002185/2010&L=1.
- CdE. (1994). Consejo de Europa. Recomendación 1235 sobre psiquiatría y derechos humanos.<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwi1ncDIqYzbAhWFXBQKHdpYDJIQFggUMA&url=http%3A%2F%2Fsb86eb09335ad47f5.jimcontent.com%2Fdownload%2Fversion%2F1345663929%2Fmodule%2F6300200052%2Fname%2FConsejo%2520de%2520Europa%25201>.
- CdE. (2000). Consejo de Europa. Resolución sobre la promoción de la salud mental. *Diario Oficial C86* de 24 de marzo de 2000. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11570>.
- CdE. (2002). Consejo de Europa. Conclusiones sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11570a>.
- CdE. (2003). Consejo de Europa. Conclusiones de la Conferencia Europea sobre la enfermedad y la estigmatización en Europa. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11570>.
- CdE. (2004). Consejo de Europa. Declaración ministerial de Málaga: “Avanzar hacia la plena participación

- como ciudadanos". En el marco de la Conferencia ministerial realizada en Málaga, España. <http://sid.usal.es/docs/F3/LYN10047/3-10047.pdf>.
- CdE. (2005). Consejo de Europa. Libro verde sobre la salud mental: mejorar la salud mental de la población. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11570c>.
- CdE. (2009). Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. https://consaludmental.org/publicaciones/Rec_Consejo_Europa_Dchos_Humanos_SM.pdf.
- CE. (1998). Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales. 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. En: Valle Salas, Beatriz.; Género y Reforma Laboral; Rev. Alegatos, vol. 24, n°76, Universidad Autónoma Metropolitana, México76 <http://alegatos.azc.uam.mx/index.php/ra/article/view/322/313>.
- Cea Madrid, J.C. Y Castillo Parada, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balances y perspectivas. En: Rev. Teoría y Crítica de la Psicología 8 (2016), p. 169-192, Chile. <http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/159/143>. ISSN: 2116-3480.
- CEEM. (2015). Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina. Formación Especializada en Italia. Comisión de residencia y profesión. <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/residenciayprofesion/italia.pdf>
- CEPAL. (2011). Comisión Económica para América Latina. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Elaborado por: Stang María Fernanda. CEPAL, Serie Población y desarrollo 103. Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074_es.pdf. ISBN: 978-92-1-121-769-8.
- Chico Librán, E. (2016). Manual de Psicología Diferencial: Inteligencia y personalidad. Editorial Club Universitario, Alicante, España. <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/9663.pdf>. ISBN: 978-84-16704-74-3.
- CIE 10. (1994). Trastornos mentales y del comportamiento. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=388F230976F810951B998BBC387FE-F6?sequence=1.
- Corrigan, P.W y Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53. En: Anuario de Psicología Clínica y de la Salud Año 2011, Vol. 07, p. 41 a 50. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_41-50.pdf.
- Costa, S., Farrugia, R. Y Guccione, F. (2018). Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva. En: *Giornale di NEUROPSICHIATRIA dell'ETÀ EVOLUTIVA* 2018;38:57-72, Italia. https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2018/10/01_Linee-Guida.pdf.
- CRE-ANE. (2008). Constitución de la República del Ecuador - Asamblea Nacional del Ecuador. Ciudad Alfaro: Asamblea Constituyente. https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf.
- Cruz Ortiz, M. (2010). Necesidades de apoyo en personas con enfermedad mental grave y carga familiar en cuidadores primarios de México. Tesis doctoral. Cristina Jenaro Río Cristina (dir.), Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca: 354p. https://gedros.usal.es/jspui/bitstream/10366/83299/1/DPE-TP_CruzOrtiz_Necesidadesdeapoyoenpersonasconenfermedad.pdf.
- CSME. (2018). Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España 2017. Coordinación y redacción: Irene Muñoz, Servicio de Asesoría Jurídica Confederación Salud Mental España. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf>. Licencia de contenidos Creative Commons: Reconocimiento-NoComercial (by-nc).
- CSP. (2018a). Generalitat Valenciana. Conselleria de sanidad universal y salud pública. Registro de centro. <http://www.san.gva.es/web/registros/centros-sanitarios>.
- Cuesta, P., y otros. (2016). Salud Mental y Salud Pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Art. publicado en: *Psiquiatría Biológica*, vol. 23, Issue 2: p. 67-73. https://ac.els-cdn.com/S1134593416000105/1-s2.0-S1134593416000105-main.pdf?_tid=8904878a-8a5b-4140-9e0e-09299be81f1b&acdnat=1532996549_4431b2ba6eddb4cf01c-bef11badb4ac3.
- Davila, D. y Malo, M.A. (2015). Género, discapacidad y

- posición familiar: La participación laboral de las mujeres con discapacidad. http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/985/Art_DavilaD_GeneroDiscapacidadLaboral_2006.pdf?sequence=1.
- Dell'Acqua, P. (2012). Desde el manicomio a los servicios de salud mental en el territorio. IDEASS-Italia, Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur, BrochureTriesteESP.pdf. 16p. <http://www.triestesalute mentale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es..
- Desviat, M. (2017). «Precariado» y control social: asistencialismo y exclusión en el ámbito de la salud mental. https://www.researchgate.net/publication/318021607_Precariado_y_control_social_asistencialismo_y_exclusion_en_elambito_de_la_salud_mental.
- Díaz, R. (2006). Poder y Resistencia en Michel Foucault. UCEVA -Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n4n4a06.pdf>. ISSN: 1794-2489.
- Duffau, N. (2015). Alienados, médicos y representaciones de la “locura”. Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1911). Director: Ernesto Bohoslavsky. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras. Argentina. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4657/uba_ffyl_t_2015_70417.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- ECNP. (2011). Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología. Un tercio de Europa sufre problemas de salud mental. Noticia: BBC-Mundo. http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110905_salud_mental_europa_men.
- ECU-LODis. (2012). ECUADOR. Ley Orgánica de Discapacidades. Consejo de Discapacidades de Ecuador, CONADIS. Registro Oficial No796, del 25 de septiembre de 2012. https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf.
- ECU-LOS-. (2006). ECUADOR. LEY ORGANICA DE SALUD. Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Última modificación: 24-ene.-2012. Estado: Vigente. p. 61. https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf.
- EHLABE. (2011). Consalud Mental. Estudio cualitativo sobre la situación laboral de las mujeres con discapacidad intelectual y/o trastorno mental. Tesis doctoral. <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudiosituacionlaboralmujerestrastormental.pdf>.
- Errazuriz, P, y otros. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000900011&lng=es..
- Espino Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000200010&lng=es.
- EUROSTAT. (2018). European Commission Products Digital Publications. The European economy since the start of the millennium. http://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/european_economy/bloc-1a.html — a statistical portrait — 2018 edition..
- Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Departamento Salud Mental de Trieste. En: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (110), p. 345-351. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/11.pdf>. ISBN:10.4321/S0211-573520110002000011.
- Fazel, S., y otros. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. Plos Medicine. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000120>.
- Fazel, S, y otros. (2009a). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA, 2009. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/183929>.
- Fierro, A. (2000). Salud (Comporta) Mental: Un Modelo Conceptual. Rev. de Psicología general y aplicada. Universidad de Málaga, España, p. 147-164. https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_comportamental_un_modelo_conceptual.pdf.
- Finkielman, S. (2011). Hipócrates el arte médico, el racionalismo y la astrología. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v71n3/v71n3a19.pdf>.
- Fioritti, A. y Amadeo, F. (2014). Community mental health in Italy today. Rev. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202: p.425-427 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24879570>.
- Forner, A. (2013). Los Descoplados Hoy. Una reflexión sobre la obra Historia de la Locura de M. Foucault. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Filosofía, Madrid, España. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:masterFilosofiaHistoria-Pforner/Documento.pdf>.

- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona : Paidós, 1984. ISBN: 9788475093062.
- Fuentes Garcia-Romero de Tejada, C. (2017). La inserción laboral de las personas con discapacidad mental. Tesis doctoral; p.380. Yolanda Sánchez-Urán y Juan Gil Plana (direc.); F. de Derecho, U. Complutense, Madrid. <https://eprints.ucm.es/43169/1/T38886.pdf>.
- Furtado, JP. (2013). Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300011&lng=en.
- Gili, M, García Campayo, J Y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. <http://gacetasanitaria.org/es-crisis-economica-salud-mental-informe-articulo-S0213911114000454>.
- Giovannella, L. (2013). Observatorio MERCOSUR. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada, Rio de Janeiro. <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovannella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. A touchstone book. Published by Simon & Schuster Inc, New YORK. <https://www.freelists.org/archives/sig-dsu/11-2012/pdfKhTzvDli8n.pdf>. ISBN:O-671-6244-7.
- Gonçalves, L. y Campos, R. (2017). Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105002&lng=en.
- González Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clinica y Salud [online]*. 2010, vol.21, n.3; p.319-332. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=pt&nrm=iso. ISSN: 2174-0550.
- Grandón, P. y otros. (2016). Prácticas Anti-estigma como Eje Articulador del Trabajo Comunitario en Salud Mental. *Global Journal Community Psychology Practice*. https://www.gjcpp.org/pdfs/ESP2_Grandon%20et%20al%20-%20Prcticas%20Anti-estigma%20como%20Eje%20Articulador%20del%20Trabajo%20Comunitario%20en%20Salud%20Mental%20-%20FINAL-FORMATTED.pdf.
- GU-1978-180. (1978) ITALIA. Ley núm. 180, de 13 de mayo de 1978. Ley de tratamientos de salud voluntarios y compulsivos. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf.
- GU-1978-833. (1978) ITALIA. Ley núm. 833, de 23 de diciembre de 1978. Riforma Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. En: Reporte de la salud mental Italia, 2016. Ministero della Salute. Direzione generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica-Ufficio III.
- GU-1999-274. (1999). ITALIA. Decreto del Presidente della Repubblica 1 noviembre 1999 (Gaceta Oficial No. 274 del 22.11.1999). En el marco del Proyecto Objetivo “Protección de la Salud Mental”. Parlamento Italiano. Italia. <http://www.unasam.it/documenti/Progetto%20Obiettivo%20Nazionale%20Salute%20Mentale%201999-2000.pdf>.
- GU-2004-6. (2004) ITALIA. Legge 9 gennaio 2004, n. 6, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 19 gennaio 2004. Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all’istituzione dell’amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile. <http://www.camera.it/parlam/leggi/040061.htm>.
- Guillén, A. Y Muñoz, M. (2011). Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. Artículo Monográfico. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Año 2011, Vol.07 , p.15-24, Universidad Complutense de Madrid. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp.pdf#page=41.
- GVA. (2017). Generalitat Valenciana. Conselleria de sanidad universal y salud pública. Cartera de Servicios de Salud Mental. Cartera de Servicios de Salud Mental. http://www.san.gva.es/documents/156344/6449185/cartera_serveis_salut_mental_cas.pdf.
- GVA. (2018a). GENERALITAT VALENCIANA. Conselleria de sanidad universal y salud pública. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrategi%C3%ADa+Auton%C3%B3mica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf>.
- GVA. (2018b). GENERALITAT VALENCIANA. Conselleria de sanidad universal y salud pública. Normativas. <http://www.san.gva.es/web/dgas/normativa>.
- GVA-186-148. (1986) GENERALITAT VALENCIANA.

- Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consejo de la Generalidad Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana. (DOGV núm. 492 de 12/23/1986). Fecha de entrada en vigor: 24/12/1986. Valencia, España. http://www.dogv.gva.es/va/index.php?id=26&CHK_TEXTO_LIBRE=1&tipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=%202086/1986.
- GVA-1996-132. (1996) GENERALITAT VALENCIANA. DECRET 132/1996, de 4 de juliol, del Govern Valencià, pel qual s'assignen competències en matèria d'atenció als malalts mentals. (DOGV núm. 2793 de 17.07.1996). DATA D'ENTRADA EN VIGOR: 18.07.1996. Valencia, España. http://www.dogv.gva.es/va/index.php?id=26&CHK_TEXTO_LIBRE=1&tipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=%201429/1996.
- GVA-1998-81. (1998) GENERALITAT VALENCIANA. DECRET 81/1998, de 4 de juny de 1998, del Govern Valencià, pel qual defineix i estructura els recursos sanitaris dirigits a la salut mental i l'assistència psiquiàtrica a la Comunitat Valenciana. [1998/X5210]. (DOGV núm. 3269 de 22.06.1998); DATA D'ENTRADA EN VIGOR: 23.06.1998. http://www.dogv.gva.es/va/index.php?id=26&CHK_TEXTO_LIBRItipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=1155/1998.
- GVA-2005-4. (2005) Generalitat Valenciana. LEY 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. [2005/7332] (DOGV núm. 5034 de 23.06.2005). FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 24.06.2005; FECHA FIN VIGENCIA: 01.01.2015. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1751&sig=3437/2005&L=1&url_lista=+.
- GVA-2006-11142. (2006) Generalitat Valenciana. Orden de 12 de septiembre de 2006, del conseller de Sanidad, por la que se modifica la Orden de 26 de septiembre de 2005, por la que se creó el Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. [2006/11142]. (DOGV núm. 5365 de 11.10.2006); Valencia, España. https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=5251/2006&L=1.
- GVA-2010-1. (1990) Generalitat Valenciana. Orden 9 de abril 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales. (DOGV núm. 1291 de 26.04.1990); Valencia, España. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=24&sig=0992/1990&L=1.
- GVA-2012-30. (2012) Generalitat Valenciana. Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad. [2012/1201]. (DOGV núm. 6709 de 08.02.2012); fecha de entrada en vigor: 09.02.2012; Valencia, España. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=001328%2F2012.
- GVA-2013-70. (2013) Generalitat Valenciana. Decreto 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agencia Valenciana de Salud. [2013/6096] . (DOGV núm. 7043 de 11.06.2013); Conselleria Sanidad, Valencia, España. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=26&sig=005674/2013&L=1&url_lista=%26amp%3Bamp%3BCHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26amp%3Bamp%3Btipo_search%3Dlegislacion%26amp%3Bamp%3Bnum_tipo%3D6%26amp%3Bamp%3BTD%3DDecreto%26amp%3Bamp%3BBSOLO_NUME.
- GVA-2014-10. (2014) Generalitat Valenciana. LLEI 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana [2014/11888] (DOGV núm. 7434 de 31.12.2014). Data d'entrada en vigor: 2015. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1751&sig=3437/2005&L=1&url_lista=+.
- GVA-2015-74. (2015) Generalitat Valenciana. Decret 74, de 15 maig de 2015, del Consell regula la libre elecció en el àmbit de la atenció i la creació de su registre autonòmic. [2015/4539] GU: núm. 7530; p. 14973-14978. http://www.dogv.gva.es/datos/2015/05/21/pdf/2015_4539.pdf.
- GVA-2016-64. (2016) Generalitat Valenciana. Decreto 64/2016, de 27 de mayo, del Consell, regula las bases para la designación de las unidades de referencia del sistema sanitario público de la CV [2016/3984]. (DOGV núm. 7795 de 01.06.2016); Fecha de entrada en vigor: 02.06.2016; Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Valencia, España. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=003824%2F2016&url_lista=.
- GVA-2016-SINDIC. (2016) Generalitat Valenciana. Informe a les corts valencianes 2016. . Sindic de Greuges

- de la Comunitat Valenciana, Valencia España. http://www.elsindic.com/documentos/675_memoria-2016CAS.pdf.
- GVA-2017-169. (2017). Generalitat Valenciana. Decreto 169/2017, de 3 de noviembre, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. [2017/9963] (DOGV núm. 8166 de 09.11.2017). FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10.11.2017; Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Valencia, España. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=009651%2F2017.
- GVA-2018-213. (2018). Generalitat Valenciana. Decreto 213/2018, de 23 de noviembre, del Consell, por el que se crea y regula el Observatorio Valenciano de Salud. [2018/11368] (DOGV núm. 8440 de 10.12.2018). Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, Valencia España. https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=011095/2018&L=1.
- GVA-2018-8. (2018) Generalitat Valenciana. Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. [2018/3968] (DOGV núm. 8279 de 23.04.2018). Modifica: Ley 3/2003 de 6 de febrero y Ley 10/2014 de 29 de diciembre; Entrada en vigor: 24.04.2018; Presidencia de la Generalitat. http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=003941%2F2018&url_lista=%26amp%3Bamp%3Bamp%3B-CHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26amp%3Bamp%3Bamp%3Btipo_search%3Dlegislacion%26amp%3Bamp%3Bamp%3Bnum_tipo%3D9%26amp%3Bamp%3Bamp%3Bsignatura%3D00046.
- GVA-2019-24. (2019) Generalitat Valenciana. Decreto 24/2019, de 22 de febrero, del Consell, por el que se crea y regula el Consejo Autonómico de Salud Mental de la Comunitat Valenciana. [2019/2068] (DOGV núm. 8497 de 01.03.2019). Diario Oficial de la Generalitat. https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=002009/2019&L=1.
- Haro, J.M., et al. (2013). Roadmap for mental health research in europe. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2013;23(S1):1-14.
- Heidegger, M. (1926). Ser y Tiempo. Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo Rivera. Edición digital. <http://www.afociceomartelo.com.br/posfsa/Autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20>
- tiempo.pdf.
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (2), 184-192.
- Hernán, M., Morgan, A. y Mena, A.L. (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Bienestar Social. Serie Monografías EASP n°51. https://www.google.com/url?sa=t&rc=tj&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahukewiis5fl_jrXdaHVRIMUKHS9QA58QF-jAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.easp.es%2F%3Fwpdmact%3Dprocess%26did%3Dmi50-b3RsaW5r&usg=AOvVaw25gwNo8DA239Oz-j9W4_g8_. ISBN: 978-84-695-7462-1.
- Hernández F., L. (2003). ¿Qué es la Salud Pública basada en la Evidencia? *Rev. Salud Pública* 5(1):40-45. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642003000100004&script=sci_abstract&tlng=en. ISSN: 0124-0064.
- Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2007). Metodología de la investigación. México : Mc Graw Hill, 2007. Cuarta edición.
- Holmes, E.A., Craske, M.G. y Graybiel, A.M. 2014. Psychological treatments: A call for mental-health science. *Nature*. 2014;511(7509):287-9.
- IESM-OMS (2015). Informe de evaluación del sistema de salud mental del Ecuador. https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1.
- Instituto Nacional de Estadística de España INE. (2012). Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012). http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=125473557.
- Instituto Nacional de Estadísticas INE de España (2016). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2016. Altas hospitalarias y estancias causadas según el sexo y el diagnóstico principal. <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2016/10/&file=01001.px>.
- Instituto Nacional de Estadísticas de España INE (2016c). Riesgo de pobreza y/o exclusión social (estrategia Europa 2020). Indicador AROPE, 2016. Fuente: Encuesta Condiciones materiales de vida. <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=11205>.
- Instituto Nacional de Estadísticas de España INE (2017b).

- España en cifras 2017. http://www.ine.es/prodyser/espaa_cifras/2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2014b). Cuentas Satélite de Servicios de Salud 2007-2014. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadísticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_Salud/1_Presentacion_CSS_2007-2014.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2017). Densidad de población Ecuador. 76. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2017b). Reporte de Pobreza y Desigualdad, Ecuador, 2017. 76. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2017/Diciembre/Reporte%20pobreza%20y%20desigualdad%20_dic17.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2022) <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Jiménez-Barbosa, WG, Granda-Kuffó, ML, Ávila-Guzmán, DM, Cruz-Díaz, LJ, Flórez-Parra, JC, Mejía, LS, Vargas-Suárez, DC. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Rev Univ. Salud.* 2017;19(1):126-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.76>
- Knapp, M., Mcdaid, D., Mossialos, E. y Thornicroft, G. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. <http://www.msrebs.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- LANCET (2018). The Lancet Commissions. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development; Published Online, Vol. 392: p. 1553–98. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Legido-Quigley H., Laura Otero, L., Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J, McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? <http://researchonline.lshtm.ac.uk/989756/>. ISSN 0959-8138.
- Llanos Ortiz, JC. (2017). El estado de la pobreza seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2016. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. 7 Informe Anual de seguimiento del indicador AROPE. https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017.crisf.
- López Gracia, MV. (2017). Las crisis de salud mental y los cuidados familiares: un estudio cualitativo. [Tesis doctoral]. Alicante.
- López Álvarez, M. et al. (2004a). Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*, 67 (2), pp. 101-128.
- López, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Una propuesta desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.27 no.1 Madrid. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016. ISSN: 2340-2733.
- López-Ibor, JJ. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>.
- Luciano Devis, JV, y otros. (2009). Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cooperacion-entre-atencion-primaria-servicios-S0212656708000231>.
- Macro. (2017). Datos macroeconómicos. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>.
- Madoz-Gurpide, A., y otros. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev. Esp. Salud Publica* 91; España. https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-7272017000100300&script=sci_arttext&tlng=en.
- MAXQDA. 2018. Software MAXQDA. <https://es.maxqda.com/acerca-de-maxqda>.
- Maya González, J. (2015). Locura y criminalidad en el discurso médico porfiriano: el caso de Enrique Rode, 1888-1891. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 5: 128-148. [<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/trashumante/article/viewFile/21698/17883>]. DOI: dx.doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a07.
- Mckee, M y Stuckler, D. (2011). The assault on universalism: how toddestroy the welfare state. <http://researchonline.lshtm.ac.uk/20547/>. ISSN 0959-8138.
- Mezzina, R. (2017). Servicios comunitarios de salud mental con puertas abiertas y sin restricciones en Trieste, Italia. Art. publicado en: *Rev. Topia*, Buenos Aires, Argentina. <https://www.topia.com.ar/articulos/servicios-comunitarios-salud-mental-puertas-abiertas-y-restricciones-trieste-italia>.

- Molina, J, y otros. (2018). Mental Health Care in Spain: From Psychiatric Reform to Community-based Care within the □State of Autonomies□. <http://www.airiti-library.com/Publication/allDetailedMesh?docid=10283684-201809-201812040007-201812040007-173-187%2Bii>.
- Moloney, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. . Proyecto M.E.N.S.Red Europea de Deporte y Salud Mental. <https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=76>.
- Montgomery, Ae, Matraux, SY Culhane, D. (2013). Rethinking Homelessness Prevention among Persons with Serious Mental Illness. <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1751-2409.2012.01043.x>.
- Moreno, E. (2015). Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia. <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/13357/201600001331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ministerio de Salud de Argentina MSA (2013). Plan Nacional de Salud Mental. http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf.
- MSB (2018). Ministerio de Saude Brasil. Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. <http://www.sau-de.gov.br/saudemental>.
- Ministerio de Salud de Chile MSC (2018). Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf.
- MSCE (2007). Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007.
- Ministerio della Salute Italia MSI (2013). Piano di azioni nazionale per la salute mentale. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&i-d=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni.
- Ministerio della Salute Italia MSI (2014). Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità.http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_442_intervisteRelatori_itemInterviste_0_fileAllegatoIntervista.pdf.
- Ministerio della Salute Italia MSI (2014b). Accordo n. 137 del 13 novembre 2014. A cura di Conferenza Unificata 13 novembre 2014. Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Data di pubblicazione: 16 ottobre 2015 , ultimo aggiornamento 25 gennaio 2016. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2461_allegato.pdf.
- Ministerio della Salute Italia MSI (2016). Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (SISM) anno 2016. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2731_ulterioriallegati_ulterioreallegato_2_alleg.pdf.
- Ministerio della Salute Italia MSI (2016b). Le strategie nazionali e internazionali per la salute mentale. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_442_intervisteRelatori_itemInterviste_0_fileAllegatoIntervista.pdf.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP (2012). Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud MAIS-FCI. Subsecretaría Nacional de Gobernanza y de la Salud Pública; p.210. http://instituciones.msp.gov.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP (2013). Proyecto K007: Creación e implementación de servicios de la red de salud mental comunitaria y centros estatales de recuperación de adicciones. en 9 provincias del Ecuador (01/01/2013 – 31/12/2017). Ficha Informativa de Proyecto 2016. <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2017/06/Salud-mental.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP (2013b). Centro de Atención Ambulatoria Especializada San Lázaro. <http://www.sanlazaro.gob.ec/>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP (2014). Modelo de Atención en Salud Mental. <http://www.salud.gov.ec/salud-mental/>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP (2017). Salud Mental. <http://www.salud.gov.ec/salud-mental/>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP (2022). Informe Técnico de Evaluación Plan Nacional Estratégico de Salud Mental 2014-2017. https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Evaluacion-Plan-Salud-Mental_2014-2017_24_08_2022_FinalI-signed.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI (2005). La atención de Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

- Abril 1985. Toledo, Castilla-La Mancha. https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI (2014). Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental. Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Transversalidad_y_continuidad.pdf. NIPO en línea: 680-14-161-3.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI (2014b). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI (2016a). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Informes, Estudios e Investigación 2017. Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Indicadores demográficos. https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuual_SNS_2016_completo.pdf. NIPO en línea: 680-17-086-X.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI. (2016c). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 Estrategias y acciones destacables Comunitat Valenciana. Informes, Estudios e Investigación 2016. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Valencia.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI. (2018a). Sistema de Información del SNS. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_DESCARGAR.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI. (2018b). Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, SNS. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_DESCARGAR.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España MSSSI. (2018c). Organización institucional, España. <https://www.msssi.gob.es/organizacion/ministerio/home.htm>.
- Muñoz, M., Sanz, M. y Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. Artículo Monográfico. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud Vol. 07, p 41-50, Universidad Complutense de Madrid. <http://biblioteca.ucm.es/ecs/9788474919806.pdf>.
- Navarro-Mateu, F. y otros. (2015). Prevalence of mental disorders in the south-east of Spain, one of the european regions most affected by the economic crisis: the cross-sectional PEGASUS-Murcia Project. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/25616>.
- Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. s.l. : Frenia, 2008. Vols. VIII:9-32. ISSN: 1577-7200.
- Novella, E. (2017). Els espais de la bogeria (Los espacios de la locura). <https://www.diarilaveu.com/apunt/74326/els-espais-de-la-bogeria>.
- Novella, E. (2018). Introducción: Salud mental y ciudadanía. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n134/2340-2733-raen-38-134-0511.pdf>.
- Organización Internacional del Trabajo. (2007). Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de La Salud en el Siglo XXI, Yakarta, República de Indonesia; 21-25 de Julio de 1997. <http://parquedelavida.co/index.php/el-parque/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indones>.
- Organización Mundial de la Salud. (2004) Invertir en Salud Mental. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2004b). Promoción de la Salud. http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Declaración de Helsinki y plan de acción europeo para la salud menal. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS: Washington. <http://>

- apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173230/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf?sequence=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. <http://www.who.int/iris/handle/10665/40510>.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Sistema de Salud Mental en El Ecuador. http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2008b). World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health http://www.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Guía mhGAP para la atención de trastornos mentales. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007.es.
- Organización Mundial de la Salud. (2010b). User empowerment in mental health. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2010c). Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf?sequence=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011a). Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América del Sur mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sudamerica_12_2011.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2011b). Atlas de Italia de Salud Mental. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/ita_mh_profile.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Rehabilitación basada en la comunidad: componente Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/3/9789243548050_Salud_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2012^a). Salud en Las Américas. http://www.paho.org/salud-en-las-america-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=149&lang=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2012d). Rehabilitación basada en la Comunidad: Componente Social. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Social_spa.pdf;jsessionid=919A71D19C5313058863662A4A2BF-B6A?sequence=5.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf. ISBN 978 92 4 3506002 9.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio un imperativo global. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1. ISBN: 978 92 4 256477 8.
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). Estimaciones de salud globales. Cuadros de resumen: DALYs por causa, edad y sexo, por región de la OMS, 2000-2012. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Nota descriptiva N°369, octubre. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). Suicidio. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). Trastornos mentales. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015c). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2015d). OMS-OPS. Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental del Ecuador (IESM-OMS), Ecuador. http://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Trastornos mentales. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2016b). Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2016c). Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable

- Diseases in the WHO European Region. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud (2016d). ¿Qué es la promoción de la salud? <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Data and statistics. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/non-communicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>.
- Organización de Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
- Organización de Naciones Unidas (1982). Programa de Acción Mundial. Década de las Naciones Unidas para las Personas con discapacidad: 1983-1992. http://www.oas.org/es/sedi/ddse/paginas/.../discapacidad/marcos.../programa_accion_onu.doc.
- Organización de Naciones Unidas (1991). Principio para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental. <https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm>.
- Organización de Naciones Unidas (1996). Declaración de Madrid. <http://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/DOCUMENTOS1.pdf>.
- Organización de Naciones Unidas (2006). Convención de los derechos humanos de las personas con discapacidad. La Convención y su Protocolo Facultativo aprobados el 13 de diciembre de 2006. <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
- Organización Panamericana de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en.
- Organización Panamericana de la Salud (1990). Declaración de Caracas. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Salud Mental en la Comunidad. [ed.] J RODRIGUEZ. Washington : OPS, 2009. ISBN: 978-92-75-33065-4.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es.
- Organización Panamericana de la Salud (2011b). Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. Diciembre 2011. https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-implemencion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe. <http://www.paho.org/per/imagenes/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Plan de Acción sobre salud mental. 3 de octubre de 2014. CD53/8, Rev. 1. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Integrando la Atención Primaria de Salud y el nivel especializado en Salud Mental. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11304%3Aregional-conference-on-mental-health-santiago-de-chile-13-15-october-2015&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=0&lang=es.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Atlas regional de salud mental de las Américas. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. ISBN 978-92-75-11900-6.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. ISBN: 978-92-75-32028-0. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
- Organización Panamericana de la Salud (2020). No hay salud sin salud mental. News. [En línea] <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Plan de Acción sobre salud mental. Informe Final. 30 de abril de 2021. CE168/INF/9
- Ottati, V., Bodenhausen, G. y Newman, I. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In PW Corrigan (Ed) On he stigma of mental illness: practical strategies for reasarch and social change. En: American Psychological, p.99-128, Washington. <http://psycnet.apa.org/record/2004-20896-004>.
- Pérez Pérez, B y Eiroá Orosa, FL. (2017). Guía de Derechos en Salud Mental. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5545>.

- Pérez Soto, C. (2012). Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. Santiago de Chile : LOM Editores. Primera Edición, 2012. ISBN: 978-956-00-0361-4.
- Polo, C. (1999). Crónica del manicomio : prensa, locura y sociedad. Madrid : Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios Nº 22, 1999. ISBN:8495287005.
- Powell, B, y otros. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. https://www.researchgate.net/publication/271211982_A_refined_compilation_of_implementation_strategies_Results_from_the_Expert_Recommendations_for_Implementing_Change_ERIC_project.
- Pratt, H. (1971). Diccionario de Sociología. Editorial . México. México D.F. : Fondo de Cultura Económica, 1971.
- RO. (2017). Observatorio Nacional de la Salud en la Región de Italia. Informe de Observación de la salud 2017: salud mental. <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017>.
- Rocha, L. (2005). Antropología y moral en René Descartes. <http://eprints.ucm.es/9167/1/T28884.pdf>.
- Rossi, S. (2016). La salute mentale nell'ordinamento costituzionale italiano. Bol. Mex. Der. Comp. vol.49, n.145. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332016000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 2448-4873.
- Runte Geidel, A. (2005). Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. [Tesis doctoral]. Francisco Torres G. y Michael King (dir.), Editorial de la Universidad de Granada, Granada, España: 327p. <http://0-hera.ugr.es/adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>. ISBN: 84-338-3582-3.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia que contar. Cuicuilco, vol 16,nº45, p. 163-189. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México. <http://www.redalyc.org/pdf/351/35112428008.pdf>.
- Sadeniemi , M, y otros. (2018). A Comparison of Mental Health Care Systems in Northern and Southern Europe: A Service Mapping Study. https://www.researchgate.net/publication/325485800_A_Comparison_of_Mental_Health_Care_Systems_in_Northern_and_Southern_Europe_A_Service_Mapping_Study.
- Salles, A. Y Miranda, L. (2016). Desvincularse del manicomio, apropiarse de la vida: desafíos persistentes de desinstitucionalización. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00369.pdf>.
- Saraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación a la ciudadanía posible . México : Pax, 2003. ISBN: 9789688606674.
- Schaalxs et al. (2018). Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. Organización Holandesa para la Investigación y el Desarrollo de la Salud, Fonds NutsO-hra, Stichting tot Steun VCVGZ, NARSAD. El Fondo de Investigación. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30166-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30166-4/fulltext).
- Schade Y, N, y otros. (2010). Somatoform disorder in primary health care: Psycho-social characteristics and results of a familiar counseling proposal. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000200003&lng=en..
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES Ecuador (2009). Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural (Segunda Edición). <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional#tabs2>.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES Ecuador (2013). Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional#tabs1>.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES Ecuador (2017). Plan Nacional de Desarrollo, Plan para el Buen Vivir 2017-2021. http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.
- Seligman, M. (2002). La auténtica felicidad. Editorial Vergara.
- SEU. (2004). The social exclusion unit. Mental Health and Social Exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister (report 2004 to improve rates of employment through support both in taking up and retaining work, and how to promote greater social participation and access to services). https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social_exclusion_task_force/assets/publications_1997_to_2006/seu_leaflet.pdf.
- Shorter, E. (2007). Desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Europa. En Salud mental

- en Europa: políticas y práctica: p.16-36. https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=-06944c4e-b3f6-4658-952b-ee87252b753&groupId=7294824. ISBN 0813541697.
- Spóta, J. (2014). Aportes para el estudio de la frenología argentina en la segunda mitad del siglo XIX. Universidad de Buenos Aires, artículo producto del Proyecto PIP CONICET 112-200801-00026 (2011-2014). «Políticas En:Rev. Tabula Rasa. Bogotá-Colombia, No.20:251-281. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n20/n20a11.pdf>. ISSN: 1794-2489.
- Starace, F. (2018). 40 anni di Legge 180: dai principi alle pratiche. https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_rivista.aspx?idArticolo=61999.
- Tewenge, J.M., Catenese, K.R. Y Baumeister, R.F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409-423. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.409>.
- UNASUR/ISAGS. (2015). Atención primaria de salud en Suramérica. http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro_atencao_primaria_de_sau-de_2015_esp-2.pdf. ISBN 978-85-87743-24-4.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC (2022). World Drug Report 2022. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Vasconcelos, EM y Desviat, M. (2017). Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil: Socio-historical context, cross-national aspects, and critical considerations. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487768.2017.1338068>.
- Vásquez Rocca, A. (2011). Antipsiquiatría: Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón Psiquiátrica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, vol.31, n°3, Universidad Complutense de Madrid. [En línea]. <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/viewFile/36823/35644>. ISSN 1578-6730.
- Vicente, B., y otros. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile. *Santiago de Chile Rev. Panam Salud Pública*, 2005. Vols. 18(4/5):263-270.
- Viesca, C. (2006). Etnomedicina e investigación interdisciplinaria. En: Vargas L; Viesca C, ed. *Estudios de Antropología Médica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1986:13-20. En: *Salud pública Méx* vol.48 no.1 Cuernavaca. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0036-3634.
- WFMH. (1989). Federación Mundial para la Salud Mental. Declaración de Luxor sobre los derechos humanos para los enfermos mentales. https://www.mpb.gov.ar/files/documents/Declaracion_de_LUXOR.pdf.
- Wittchen et al. (2005). European Neuropsychopharmacology. Size and burden of mental disorders in Europe: acritical review and appraisal of 27 studies. Vol. 15, n°4: 357-76 <https://psy2.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/wittchenjacobi-overview-europe-2005.pdf>.
- WPA. (1983). Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Hawai. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=27.
- WPA. (2002). Word Psychiatric Association. Advance Psychiatry and Mental Health Across the World. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la Psiquiatría. [http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=4&content_id=49].
- Zaldúa, G, et al. (2016). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de SaludMental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/259.pdf>.

La salud mental es reconocida como un derecho a nivel mundial y, pese a ser una temática de alta relevancia en salud pública, presenta serias limitaciones en la implementación de una red de servicios que satisfaga las necesidades de la población.

En este trabajo Gabriela Llanos examina la evolución de los servicios de salud mental en el territorio, así como de otros dispositivos orientados a la recuperación e inclusión de personas con problemas de salud mental desde la óptica de tres realidades: Ecuador, Valencia-España e Italia.

Entretejando con maestría la revisión documental y las experiencias recogidas de usuarios/as y sus familiares, profesionales de salud mental y directivos de instituciones relacionadas con la problemática, esta investigación ofrece a la comunidad interesada una valiosa referencia sobre la implementación del modelo de salud mental comunitaria.



ISBN: 978-9942-808-48-6

