

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Diseño de un Manual de Psicoeducación para Familiares de
Pacientes con Trastornos Mentales Graves**

Ana Belén Chávez Navarrete

Psicología

Trabajo de integración curricular presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciatura en Psicología

Quito, 03 de mayo del 2020

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

**Diseño de un Manual de Psicoeducación para Familiares de Pacientes con
Trastornos Mentales Graves**

Ana Belén Chávez Navarrete

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Sol Garcés, MSc.

Firma del profesor:

Quito, 03 de mayo del 2020

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Nombres y apellidos: Ana Belén Chávez Navarrete

Código: 00136439

Cédula de identidad: 1719872895

Lugar y fecha: Quito, 06 mayo de 2020

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

RESUMEN

En el presente trabajo de titulación se propone una solución al desafío planteado por el Ministerio de Salud Pública de crear un manual de psicoeducación para familiares de pacientes con trastornos mentales graves (TMG). Después de hacer una revisión literaria y analizar las características de la población ecuatoriana, se propuso los temas adecuados que debe tratar este manual. Además, se sugirió la creación de videos didácticos y una plataforma en línea como alternativas psicoeducativas más accesibles para la población. Con el manual, los videos y la plataforma en línea se pretende brindar información para disminuir la cronicidad de la enfermedad y para ayudar a los pacientes y sus familiares a afrontar de mejor manera la enfermedad. Se espera también que estas herramientas les permitan a los pacientes y a sus familiares tener una mayor comprensión de los TMG y una mejor calidad de vida.

La información presentada a continuación es confidencial, por lo que para referirse a los entrevistados se utilizarán seudónimos.

Este trabajo fue realizado en colaboración con los siguientes estudiantes de psicología:

Naomi Ayala, María Paula Bonilla, Adriana García, Nicole Zárate

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales graves, estigma, psicoeducación, familiares y/o cuidadores primarios.

ABSTRACT

The present study identifies a solution for the challenge proposed by the Ministry of Public Health of Ecuador related to the creation of a psychoeducational handbook for severe mental illness (SMI) patient's relatives. After making a literature review and analyzing the characteristics of the Ecuadorian population, suitable topics that should be part of this handbook were proposed. Additionally, the creation of didactic videos along with an internet platform as psychoeducational alternatives were suggested in order to have a greater reach and accessibility. The intention of the handbook, videos and the online platform is to offer information to reduce chronicity of SMI and to help patients and their family cope with the disorder. It is expected that these tools will allow patients and their relatives to have a better comprehension of the SMI and have a better quality of life.

The information presented below is confidential, so pseudonyms will be used to refer to the interviewees.

This work carried out in collaboration with the following psychology students: Naomi Ayala, María Paula Bonilla, Adriana García, Nicole Zárate

Key words: mental health, severe mental illness, stigma, psychoeducation, family and/or primary caregivers.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|------------|
| <i>CAPÍTULO 1</i> | 9 |
| Revisión de la Literatura: Trastornos Mentales Graves y Contexto de Salud Mental .. | 9 |
| Estigma en la Salud Mental | 12 |
| Trastornos Mentales Graves | 13 |
| Factores que Influencian el Curso de los TMG | 20 |
| Psicoeducación | 22 |
| Conclusión | 26 |
| <i>CAPÍTULO 2</i> | 28 |
| Dinámica de la Organización | 28 |
| Historia | 28 |
| Misión y Visión Ministerio de Salud Pública..... | 33 |
| Estructura de la Organización..... | 33 |
| Contexto..... | 35 |
| Proyectos de Salud Mental | 37 |
| Conclusión | 40 |
| <i>CAPÍTULO 3</i> | 42 |
| Descripción del Desafío | 42 |
| Primer Desafío | 43 |
| Segundo Desafío..... | 54 |
| Conclusión | 62 |
| <i>CAPÍTULO 4</i> | 64 |
| Propuesta | 64 |
| Importancia de la Salud Física y Salud Mental | 64 |
| Primer Desafío | 67 |
| Segundo Desafío..... | 81 |
| Conclusión | 93 |
| Referencias | 96 |
| <i>Reflexión Final</i> | 113 |
| <i>Referencias Reflexión Final</i> | 115 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Clasificación de TMG..... | 14 |
| Tabla 2. Temas en común en manuales de psicoeducación..... | 53 |
| Tabla 3. Temario propuesto | 71 |
| Tabla 4. Ejemplo de analogía de una enfermedad física y una enfermedad mental | 77 |
| Tabla 5. Ejemplos de plataformas interactivas de salud mental | 90 |

CAPÍTULO 1

Revisión de la Literatura: Trastornos Mentales Graves y Contexto de Salud Mental

Según un reporte realizado en el 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 450 millones de personas en el mundo sufren de un trastorno mental o de la conducta. Adicionalmente, una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental, donde “Cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar)”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 4). Sin embargo, no solamente las personas que padecen de este tipo de trastornos se ven afectados, si no también los familiares y cuidadores primarios, aunque su carga es frecuentemente ignorada (OMS, 2004). El impacto causado en los familiares, los costos de salud y sociales, el estigma, y la discriminación son factores que afectan tanto al paciente con el trastorno como a sus familiares (OMS, 2004). Sin embargo, para poder comprender el objetivo y la importancia de la siguiente investigación, es indispensable conocer la diferencia entre salud física y salud mental.

La OMS (2017) define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). Esto quiere decir que la salud no implica solamente bienestar físico, sino también mental. Por lo tanto, la salud es un proceso en el cual intervienen diferentes factores económicos, políticos, sociales, biológicos y ambientales que permiten el desarrollo de las capacidades de los seres humanos (Macaya et al., 2018). Por otro lado, la OMS (2018) conceptualiza a la salud mental como un estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias capacidades. Lo que quiere decir que, al mantener una buena salud mental, el individuo no se ve limitado a realizar actividades en su vida cotidiana, que dependan de sus capacidades. Es por lo mencionado, que se ha llegado a la conclusión que la salud mental puede verse afectada por

factores físicos, psicológicos y ambientales, que a su vez puede modificar e interferir en día a día de los individuos, dependiendo de sus condiciones personales (Carrasco et al., 2015). A esto se debe que cuando las personas padecen algún trastorno mental en cualquier etapa de su vida, sus experiencias de vida se ven limitadas y por ende se convierten en personas vulnerables (Carrasco et al., 2015).

La salud mental y a la enfermedad mental se pueden ver como dos conceptos separados, pero que al mismo tiempo se encuentran relacionados (Leighton y Dogra, 2009). En el modelo de Asarnow et al. (2001) se hace alusión a la vulnerabilidad frente al estrés, el mismo que causa efectos en la salud mental, tales como la depresión. Esto quiere decir que la enfermedad mental puede cambiar el estado de salud mental, limitando las capacidades del individuo. Así es como la salud mental representa la ausencia de trastornos mentales, los mismos que afectan a la sociedad en su totalidad, no solo a un segmento limitado o aislado de la misma (OMS, 2004). Por esta razón, se resalta la importancia de un buen cuidado de la salud mental para la población en general.

Según Maritza Troya (2020), especialista de cuidado permanente en el área de salud mental del Ministerio de Salud Pública, existe una amplia gama de trastornos mentales. Sin embargo, los trastornos mentales denominados como graves se refieren al grupo de trastornos mentales que causan un deterioro funcional serio y limitan las actividades importantes de la vida cotidiana (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Así pues, dentro de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia, depresión y bipolaridad, se han encontrado síntomas similares característicos de este grupo de trastornos (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020), los mismos que serán mencionados con más énfasis en los siguientes capítulos.

Debido al malestar que produce el padecimiento de los síntomas, tanto los pacientes como sus familiares requieren de atención psicológica e información que les permita conocer

más acerca de los trastornos mentales graves, cómo prevenirlos y de qué manera acompañar el tratamiento en casa (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Esta es la razón por la cual la siguiente investigación enfatiza el papel de la psicoeducación, como una herramienta para aumentar el conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad y brindar formas efectivas para un mejor cuidado del paciente (Sin et al., 2017).

En el estudio de Sin et al. (2017), se ha demostrado la efectividad de la psicoeducación en la mejora del pronóstico de la esquizofrenia, donde su aplicación, ha influido en la disminución de recaídas. Por lo tanto, es importante brindar las herramientas de psicoeducación necesarias que les permitan tanto a los pacientes como a sus familiares acceder fácilmente a la información acerca de los trastornos mentales graves, cuáles son sus características, síntomas en común y el tratamiento que se recomienda aplicar (el acceso a fármacos y terapias en determinados centros de salud mental). De esta manera, los familiares podrían sobrellevar la situación de una mejor manera.

Contexto de Salud Mental

El hombre desde la antigüedad ha buscado respuestas que le permitan explicar los comportamientos humanos anormales (Mebarak et al., 2009). Se han propuesto distintos modelos y teorías para resolver estas interrogantes, señalando la importancia de los diferentes factores psicológicos, sociales y conductuales que influyen en las personas (OMS, 2004). La salud mental ha cobrado importancia en el mundo contemporáneo ya que, permite estudiar las causas del comportamiento anormal para mejorar la calidad de vida y el potencial de las personas y así evitar la enfermedad (OMS, 2004). De esta manera, se pueden disminuir los síntomas de malestar e incrementar la salud de las personas.

En América Latina se ha evidenciado que la prevalencia de los TMG en la población es significativa (Mascayano et al., 2015). Por lo que, los sistemas de salud mental a nivel regional y mundial buscan reducir los factores de riesgo y promover los factores de

protección (Llopis, 2004). Sin embargo, no se han obtenido los resultados deseados en todos los países, debido a las políticas de salud pública de cada nación. Uno de los principales problemas para promover la salud mental es el estigma existente entorno a la misma, afectando a la sociedad en general e inclusive a los mismos pacientes y a sus familiares. Mascayano et al. (2015) menciona que las personas que padecen de un trastorno mental son víctimas de prejuicios y discriminaciones lo cual afecta a su autoestima y calidad de vida.

Estigma en la Salud Mental

Definimos como estigma a la desvalorización de las personas por poseer ciertos atributos o sufrir de alguna condición (Mascayano et al., 2015). El estigma hacia los problemas de salud mental siempre ha estado presente, a lo largo de la historia se ha evidenciado que personas que padecían de trastornos mentales han sido aisladas a nivel social. Schwartz (1956), indica que estas personas son consideradas como diferentes y en ocasiones etiquetadas como desgraciados o inmorales, siendo estas ideas las que contribuyen al estigma en torno a la salud mental. Muchos de los doctores y psiquiatras no conocían el trasfondo o causas de las enfermedades mentales, por lo que realizaban tratamientos experimentales que no siempre resultaban bien, pero cuando eran incontrolables, el encierro era la forma más fácil de controlar al paciente (Link y Stuart, 2017).

Lo anteriormente mencionado demuestra que la falta de comprensión y estrategias para tratar a las personas que padecían de una condición mental deriva en el encierro del paciente, siendo esta una forma de deshacerse del problema. Por lo tanto, el estigma hacia enfermedad mental se originó en el entorno sanitario, por la falta de formación del personal médico acerca de las condiciones psiquiátricas (Sánchez, 2018). A raíz de esta concepción de la salud mental, se han originado estereotipos que difieren de acuerdo con las apreciaciones y/o experiencias culturales (Sánchez, 2018). A pesar de las distintas perspectivas existentes, el estigma más común hacia las condiciones de salud mental es la locura y estas personas son

desplazadas por el desconocimiento acerca de la enfermedad y sus implicaciones (Balasch et al., 2016).

Debido al impacto negativo del estigma, la mayoría de países han implementado protocolos y regulaciones de salud mental (Balasch et al., 2016). Sin embargo, estas no son suficientes para controlar y mitigar las consecuencias negativas y mejorar el bienestar de los pacientes (Balasch et al., 2016). Los recursos existentes no satisfacen las necesidades de los pacientes con TMG y en consecuencia estos son estigmatizados (Sánchez, 2018). Este fenómeno incrementa la percepción de los aspectos negativos de su propia imagen, afectando a su identidad personal y social (Sánchez, 2018). De manera que los pacientes que han recibido un diagnóstico de enfermedad mental, suelen atribuirse el estigma de una manera personal, resultando en atribuciones erróneas acerca de ellos mismos (Balasch et al., 2016). Adicionalmente, como producto del estigma, los pacientes suelen ser privados de atención médica por el solo hecho de padecer de un trastorno mental, sin importar su gravedad o tipo causando así un deterioro físico y además emocional (Sánchez, 2018).

Trastornos Mentales Graves

Definición

La diversidad de patologías existentes en cuanto a salud mental es extensa. Por lo que, definimos como trastorno mental grave (TMG) a la condición clínica de alta prevalencia y cronicidad (Padilla et al., 2018). Adicionalmente, según el National Institute of Mental Health (2019) los pacientes que poseen un TMG enfrentan una limitación para poder desarrollar las actividades importantes dentro de su vida cotidiana. Por lo que, se categorizan de acuerdo con su gravedad: *Any Mental Illness* (AMI) hace referencia a cualquier tipo de enfermedad mental en general y *Serious Mental Illness* (SMI) hace referencia a los trastornos mentales serios o que requieran de más atención (NIMH, 2019). De manera que, podemos mencionar que las patologías o TMG son diversas y se clasifican de acuerdo con la evolución de su

cronicidad y por el nivel de discapacidad que provocan en la vida de los pacientes (Hazelden Foundation, 2016). Por lo tanto, se los define como una condición clínica de alta prevalencia y cronicidad (Padilla et al., 2018). Asimismo, los pacientes con un TMG poseen un deterioro importante que limita el desarrollo de sus actividades cotidianas (National Institute of Mental Health [NIMH], 2019).

Clasificación de los Trastornos Mentales Graves

Según el Código Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) elaborado por la OMS, los TMG se en sus códigos de clasificación F20 al F29. Estas secciones abarcan trastornos denominados esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Dentro de los mencionados, se encuentran “los trastornos de esquizofrenia, esquizotípicos, delirantes persistentes, psicóticos agudos y transitorios, delirante inducido, esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos de origen no orgánico y psicosis de origen no orgánico, no especificados” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008, pp. 308-314). Cada trastorno posee sintomatología característica. En la siguiente tabla se expone la información de los códigos del CIE-10 sobre TMG.

Tabla 1

Clasificación de TMG

| Código CIE 10 | Nombre del Trastorno | Característica Principal | Código del Subtipo de Trastorno |
|---------------|----------------------------|--|--|
| F.20 | Trastornos esquizofrénicos | Generan distorsiones de pensamiento, percepción y afectividad (OPS, 2008). | F20.0 Paranoide F20.1 Hebefrénica F20.2 Catatónica F20.3 Indiferenciada F20.4 Depresión post-esquizofrénica F20.5 Residual F20.6 Simple |

| Código CIE 10 | Nombre del Trastorno | Característica Principal | Código del Subtipo de Trastorno |
|------------------|--|--|---|
| | | | F20.8 Esquizofrenias F20.9 Esquizofrenia no especificada |
| F.21 | Trastorno Esquizotípico | Se presenta anomalías de pensamiento y de afecto conjuntamente caracterizado por un comportamiento excéntrico (OPS, 2008). | |
| F.22 | Trastornos Delirantes Persistentes | La persona presenta delirios por un largo tiempo (OPS, 2008). | |
| F.23 | Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios | Su inicio agudo por síntomas psicóticos y una alteración grave en la conducta habitual de la persona (OPS, 2008). | F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado |

| Código CIE 10 | Nombre del Trastorno | Característica Principal | Código del Subtipo de Trastorno |
|---------------|--|---|---|
| F.24 | Trastorno Delirante Inducido | Dos o más personas comparten el trastorno por medio de un vínculo emocional cercano; sin embargo, solo uno de ellos padece verdaderamente el trastorno psicótico (OPS, 2008). | |
| F.25 | Trastornos Esquizoafectivos | Se considera importante la sintomatología afectiva como los síntomas de esquizofrenia, para de esta manera descartar un diagnóstico de esquizofrenia y episodio depresivo o de manía (OPS, 2008). | F25.0 Maníaco F25.1 Depresivo F25.2 Mixto F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos F25.9 Trastorno esquizoafectivo no especificado. |
| F.29 | Psicosis de origen no orgánico no especificada | | |

Sintomatología en Común entre los Trastornos Mentales Graves

Los TMG mencionados anteriormente, se consideran como incapacitantes para las personas que los padecen e incluyen a los trastornos psicóticos y algunos trastornos de la personalidad (Porcar et al., 2015). Estos tipos de trastornos se caracterizan por alteraciones de la percepción, del pensamiento, la conducta, las emociones y las relaciones interpersonales, afectando de forma particular a cada persona (OMS, 2019). Los síntomas comunes incluyen delirios o creencias irreales, bizarras y no experimentada por otras personas dentro de la misma cultura; y las alucinaciones que son percepciones auditivas o visuales alteradas o

inexistentes (American Psychiatric Association [APA], 2013; Durand y Barlow, 2014; OPS, 2008).

A pesar de que estos síntomas pueden ser comunes entre los trastornos, estos pueden afectar de forma particular la funcionalidad de cada persona en el ámbito laboral, escolar/académico y en las actividades cotidianas (OMS, 2019). Las alteraciones perceptivas, emocionales y de pensamiento pueden influir en sus comportamientos para lo que se debe considerar la duración del trastorno y el tratamiento adecuado que generalmente se recomienda por más de dos años (Porcar et al., 2015).

Consecuencias en Pacientes con Trastornos Mentales Graves

Las personas que han sido diagnosticadas con un TMG sufren de connotaciones negativas para su vida a partir del diagnóstico ya que, la mayoría de TMG afectan indistintamente el funcionamiento de áreas de la vida cotidiana como: educación, empleo, relaciones sociales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [MTAS], 2007). Es importante además, conocer la cronicidad de sus síntomas para poder determinar la afectación en sus capacidades para interactuar a nivel social y en su funcionamiento autónomo en actividades normales y/o rutinarias (Profesionales de la Salud Mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial [PSMFERP], 2011).

Por otro lado, es importante considerar que los pacientes que poseen un TMG tienen una mayor vulnerabilidad a padecer problemas médicos y estos no suelen ser identificados, conllevando a elevar las tasas de suicidio por las condiciones médicas que presentan (PSMFERP, 2011). Por lo que, esto conlleva a elevar el cuidado de los pacientes causando un nivel de dependencia personal y económico, generando conflictos en el núcleo familiar por problemas que se van presentando en el transcurso de la enfermedad para los cuidadores (MTAS, 2007). A estas problemáticas, se suma la estigmatización social y cultural, siendo víctimas de prejuicios que se ven reflejados en una gran tasa de desempleo (MTAS, 2007).

Debido a estas limitaciones la familia o cuidadores primarios cumple un rol importante dentro de la vida de una persona con TMG.

Consecuencias en Familiares/Cuidadores Primarios

En línea con la información expuesta anteriormente, el grado de dependencia de los pacientes con TMG implica que estén a cargo de algún familiar y/o cuidador primario quienes son responsables de su cuidado (Padilla et al., 2018). Los cuidadores cumplen un rol fundamental y activo en dentro de la vida del paciente con TMG y mucho más en los procesos terapéuticos, siendo considerados como la principal red de apoyo de los pacientes (Padilla et al., 2018). En consecuencia, los familiares y/o cuidadores primarios enfrentan diferentes situaciones que pueden ocasionarles malestar y sufrimiento (Padilla et al., 2018). Esto puede generar un desgaste considerable a nivel psíquico, económico y personal para quienes están al cuidado diario de los pacientes (Navarro y Carbonell, 2018).

El estigma y la discriminación en torno a los trastornos de salud mental afecta también a la familia, exponiéndolos a sentimientos de rechazo y afectando sus actividades sociales (OMS, 2004). El cuidado de pacientes con TMG requiere de tiempo, lo cual puede derivar en problemas laborales debido a ausencias forzadas (OMS, 2004). La falta de comprensión sobre su situación puede ocasionar dificultades para mantener un empleo y por ende implicar la pérdida de ingresos y desestabilidad económica (OMS, 2004). Consecuentemente, pueden perder su capacidad de cubrir los gastos asociados al tratamiento de la persona con TMG y dificultando su recuperación (OMS, 2004).

Uso de Fármacos

El uso de fármacos puede formar parte del tratamiento para personas con TMG (OMS, 2009). Para la implementación de un tratamiento farmacológico, es necesario tener en cuenta los beneficios y los posibles riesgos para cada paciente (OMS, 2009). Es importante, que el uso de psicofármacos no sea la única estrategia terapéutica ya que, la combinación de

las intervenciones farmacológicas y psicológicas suelen ser más efectivas (OMS, 2009). La prescripción de fármacos debe estar sujeta a una mayor estabilidad y regulación del paciente y a una reducción de los síntomas presentados (OMS, 2009). Es importante mencionar que el uso de antipsicóticos de acción prolongada debe recetarse únicamente si el cumplimiento terapéutico constituye un problema (OMS, 2009).

En lo que respecta a TMG, “los antipsicóticos constituyen la medicación básica para la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados” (OMS, 2009, p. 9). Así, los antipsicóticos se clasifican como de primera generación o convencionales, y de segunda generación o atípicos (OMS, 2009). Los más comunes dentro de la primera generación son: clorpromazina, mesoridazina, tioridazina, haloperidol y flufenazina; en cuanto a los de segunda generación se encuentran la clozapina, quetiapina y risperidona (Durand y Barlow, 2014; OMS, 2009). La OMS (2009) menciona que, los resultados de esta clasificación son similares en eficacia en cuanto respecta al tratamiento a corto plazo. Así mismo, en el tratamiento a corto plazo con antipsicóticos el objetivo principal “es reducir los síntomas más graves como las alucinaciones, el delirio, la agitación, y el pensamiento y comportamiento desorganizado” (OMS, 2010, p. 9). No obstante, después de desaparecidos los episodios agudos del paciente, es recomendable que inicie un tratamiento de al menos un año (largo plazo) para de esta manera reducir el pronóstico de pacientes con recaídas antes del año (OMS, 2009).

Los pacientes especialmente aquellos con esquizofrenia, responden al tratamiento con cualquier medicamento antipsicótico, sea convencional o atípico (Stahl, 2008). Sin embargo, si no se encuentra una mejoría dentro de una calificación estandarizada después de un mes o dos del tratamiento, usualmente se tiende hacer pruebas con varios agentes (medicamentos) hasta que se logre una respuesta satisfactoria (Stahl, 2008). Esta es una de las consideraciones a tomar cuando existe consumo de psicofármacos. No obstante, antes de iniciar un

tratamiento es recomendable que se realicen diversos análisis de seguimiento para todos los ámbitos de la salud para administrar de manera adecuada el psicofármaco y si presenta alguna otra enfermedad también administrar algún tratamiento para esta, incluyendo el hecho de que si presenta problemas médicos específicos se deberá tomar respectivo cuidado con algunos medicamentos (OMS, 2009).

Es necesario que exista una constante supervisión por parte del médico y las familias o cuidadores del paciente (OMS, 2009). Inclusive, dentro de este proceso el médico debe evaluar si el paciente se encuentra pensando en actos autoagresivos, especialmente al momento de un episodio psicótico agudo (OMS, 2009). Es fundamental que durante el tratamiento se evalúe si se han desarrollado efectos secundarios en el paciente y hacer de estos un seguimiento paulatino para garantizar la estabilidad de la persona (OMS, 2009).

Factores que Influyen en el Curso de los TMG

Uno de los objetivos del tratamiento de los TMG es la estabilización de la enfermedad para disminuir los síntomas y prevenir las posibles recaídas (Mueser y Gingerich, 2011). Las recaídas se pueden definir como el empeoramiento de los síntomas psicopatológicos; lo cual puede resultar en hospitalización, resistencia al tratamiento, impedimentos cognitivos, entre otros (Sariah et al., 2014). Estos eventos también pueden ser desmotivantes y desmoralizantes para las personas con TMG (Mueser y Gingerich, 2011). Las recaídas pueden interferir con la manera en que los pacientes se ajustan a su día a día ya que, interrumpen sus relaciones sociales, su trabajo y sus hábitos (Mueser y Gingerich, 2011). La prevención de recaídas puede también ayudar a reducir la carga percibida de los cuidadores y el estigma social (Marchira et al., 2017).

Factores Agravantes

Existen factores que pueden agravar la sintomatología de un TMG, como aspectos psicosociales y relacionales (Durand y Barlow, 2014). Dentro de los aspectos psicosociales

más estresantes se encuentra la pobreza o la falta de vivienda ya que, incrementan la angustia de los pacientes y de sus familiares (Durand y Barlow, 2014). Por otro lado, dentro de los aspectos relacionales, se encuentran los estilos de comunicación específicamente la comunicación de la emoción expresada (Durand y Barlow, 2014). Este tipo de comunicación hace referencia a las actitudes y palabras utilizadas para referirse al paciente con TMG. La expresión de desaprobación, críticas, hostilidad o un sobreinvolucramiento emocional, pueden agravar los síntomas de la persona con esquizofrenia y predecir su recaída (Durand y Barlow, 2014; Sarason y Sarason, 2006).

Adicionalmente, la emoción expresada es influenciada por la cultura, el acceso a la información sobre el trastorno y a las estrategias utilizadas para evitar las recaídas o el aumento de síntomas (Sarason y Sarason, 2006). Asimismo, Durand y Barlow (2014) recalcaron que si una persona con esquizofrenia vive en una familia con alta emoción expresada, tiene alrededor de 3.7 veces más probabilidades de recaer. Por lo tanto, la falta de psicoeducación disponible para los familiares o cuidadores de un paciente con TMG no les permite sobrellevar de manera adecuada la enfermedad (Sarason y Sarason, 2006).

Factores de Protección para Prevenir Futuras Recaídas

Existen varios factores protectores de origen ambiental, social, emocional, ocupacional, laboral, entre otros que previenen las recaídas (Sariah et al., 2014). Un factor fundamental para impedir que la psicopatología empeore y que contribuye a mejorar la actitud hacia la enfermedad es la adherencia adecuada a la medicación (Sariah et al., 2014). Otro factor importante para mejorar el funcionamiento de los pacientes es el empleo, ya que el tener un empleo les permite sentirse independientes y competentes, incrementando su autoestima (Sariah et al., 2014). El tener un empleo o una ocupación fija también les permite a los pacientes establecer metas y tener aspiraciones, así como enfocarse menos en la enfermedad (Sariah et al., 2014).

Para prevenir recaídas y lograr la estabilidad del paciente, es importante además que los pacientes se mantengan activos socialmente y posean redes sociales seguras (Marchira et al., 2017; Sariah et al., 2014). Es importante establecer un ambiente familiar de apoyo y seguridad (Sariah et al., 2014). Los familiares son una fuente de apoyo, que monitorean y supervisan los síntomas y la adherencia al tratamiento del paciente (Sariah et al., 2014). Adicionalmente, se ha encontrado que el conocimiento y comprensión de la enfermedad, mediante psicoeducación, le permite al paciente lidiar con su enfermedad de mejor manera (Sariah et al., 2014). La psicoeducación efectiva, no sólo reduce las recaídas y la hospitalización, sino que también promueve la adherencia al tratamiento (Marchira et al., 2017).

Psicoeducación

Los TMG pueden influir en la calidad de vida de los pacientes que los padecen, así como en la de sus familias al ser una fuente de malestar y confusión (McFarlane, 2016). La relación que tenga el paciente con su familia y el cuidado que estos le puedan brindar influyen en el pronóstico del paciente (McFarlane, 2016). La investigación ha demostrado que mediante la adquisición de conocimiento acerca de este tipo de trastornos y de estrategias de afrontamiento efectivas el paciente y su familia se pueden adaptar mejor al TMG (McFarlane, 2016). Es por esto, que surgen las intervenciones psicoeducativas, en las que se brinda información, tanto a pacientes como a sus familiares acerca de los hallazgos clínicos más relevantes relacionados a los TMG (McFarlane, 2016; Srivastava y Panday, 2016).

Definición

La psicoeducación es una intervención educativa basada en hallazgos clínicos, en la que se instruye a los pacientes y a sus familiares acerca de una condición y del manejo de esta (Sin et al., 2017). Esta estrategia permite una mejor comprensión y la adopción de estilos de afrontamiento efectivos hacia los TMG (Sin et al., 2017). La psicoeducación es también una

forma de psicoterapia informativa y didáctica, que ayuda a mejorar la calidad de vida, no sólo del paciente, sino también de su familia (Sin et al., 2017). Las intervenciones psicoeducativas deben ser sistemáticas y estructuradas (Ekhtiari et al., 2017) y deben integrar aspectos emocionales y herramientas de afrontamiento hacia la enfermedad (Maheshwari et al., 2020).

Las intervenciones psicoeducativas tienen ciertos elementos centrales. En primer lugar, deben brindar información al paciente y a su familia acerca de la enfermedad (Maheshwari et al., 2020). Se debe abordar técnicas de afrontamiento, de resolución de problemas y de comunicación efectiva (Maheshwari et al., 2020). Al brindar información acerca de la enfermedad, es necesario hablar de las causas, la etiología, los síntomas, el desarrollo, la prognosis (pronóstico), las posibles consecuencias y tratamientos (Maheshwari et al., 2020). Además, es importante incluir información acerca de cómo identificar factores detonantes de recaídas para poder prevenirlas a futuro (Srivastava y Panday, 2016). Adicionalmente, al abordar de los posibles tratamientos, es necesario incluir datos acerca de la medicación y sus posibles efectos adversos (Ekhtiari et al., 2017).

Beneficios

La psicoeducación tiene varios beneficios para los pacientes y sus familiares ya que les permite aprender estrategias terapéuticas que mejorarán su calidad de vida (Srivastava y Panday, 2016). Este método también permite fortalecer la comunicación y las habilidades de resolución de problemas dentro de la familia (Srivastava y Panday, 2016). Asimismo, esta herramienta permite identificar señales tempranas y factores detonantes de posibles recaídas que permitan evitarlas a futuro (Srivastava y Panday, 2016). La psicoeducación promueve al paciente a seguir un tratamiento psicológico y psiquiátrico adecuado y continuo (Srivastava y Panday, 2016). Además, psicoeducar es una manera efectiva para aumentar la adherencia de los pacientes a la medicación (Bai et al., 2015). Por lo que, psicoeducar al paciente y a su familia permite también desmentir el estigma que está alrededor de las enfermedades

mentales, así como eliminar prejuicios, ideas negativas y conceptos erróneos que pueden surgir acerca de estos trastornos (Srivastava y Panday, 2016).

El ser cuidador de una persona con un TMG puede ser una fuente de estrés significativa, por lo que aprender a apoyar adecuadamente al paciente aumenta el bienestar del cuidador (Sin, et al., 2017). Por último, la psicoeducación también se contempla la reinserción funcional del paciente a la comunidad y a sus actividades (Sin, et al., 2017). En consecuencia, el paciente experimentará una reducción en las recaídas, hospitalizaciones, estigma y un incremento del control de la enfermedad y consistencia en la terapia y medicación (Sin, et al., 2017).

Formatos de Psicoeducación

Existen diversos formatos y modalidades de psicoeducación que varían entre sí dependiendo a quién están dirigidos, el lugar en el que se llevan a cabo y de los recursos utilizados (McFarlane, 2016). Por ejemplo, el formato de la intervención puede estar diseñado para el paciente únicamente, para la familia del paciente (con o sin el paciente) o para un grupo de familias (McFarlane, 2016). Por otro lado, la psicoeducación puede realizarse en una casa, en el hospital o en la consulta privada (McFarlane, 2016).

Adicionalmente, la información psicoeducativa se puede entregar personalmente, mediante manuales, videos, páginas web, aplicaciones móviles, entre otros (McFarlane, 2016). De las modalidades mencionadas, los manuales son una de las más utilizadas, por lo que se ampliará la información respecto a esta estrategia.

Manuales de Psicoeducación. Existen varios manuales enfocados en brindar información relacionada a trastornos mentales graves. A continuación, se mencionan ciertos ejemplos de manuales y sus temarios.

Guía Terapéutica para el Manejo de la Esquizofrenia. Esta guía, desarrollada en México, posee ciertos temas relevantes respecto a la psicoeducación, tales como el uso de

antipsicóticos (historia, tipos, descripciones); etiología y epidemiología de la esquizofrenia (considerando sexo, edad, curso de la enfermedad, comorbilidad, geografía y su relación con el abuso de sustancias); síntomas y criterios diagnósticos del CIE 10 y del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) (Apiquian et al., s.f). Adicionalmente, presenta tratamientos farmacológicos dependiendo de la etapa del trastorno en la que se encuentre el paciente, junto con posibles efectos secundarios; cambios de la medicación (cuando se hace y cuando no); información referente al fenómeno esquizo-obsesivo; temas médicos y factores de riesgo en relación al suicidio (Apiquian et al., s.f). Además, menciona varias terapias o tratamientos no farmacológicos; aspectos culturales e intervenciones familiares (Apiquian et al., s.f).

Guía de Intervención Mental Health Gap (mhGAP). La OMS (2010) diseñó esta guía para los trastornos mentales, neurológicos y de sustancias para un nivel de atención de la salud no especializada. El objetivo de esta guía es proporcionar apoyo para este tipo de atención en establecimientos de primer y segundo nivel en países de ingresos medios y bajos. Este manual incluye al trastorno de depresión moderado y grave, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo, trastornos conductuales, demencia, trastornos por uso de alcohol y drogas y a la autolesión o suicidio (OMS, 2010). Para cada trastorno se brinda una descripción breve, donde se establecen pautas para determinar si el paciente padece o no del trastorno. Asimismo, especifica su situación con la finalidad de obtener recomendaciones de cómo actuar, proporcionando por ejemplo, tratamientos no farmacológicos los cuales hacen referencia a tratamiento de origen psicosocial. Dentro de estos se incluyen los pasos a seguir en cuanto a tratamientos farmacológicos e información de fármacos (OMS, 2010).

Manual para Pacientes con Trastorno Esquizoafectivo. Este manual fue desarrollado en España en el año 2012. El manual ofrece una descripción del trastorno, sus posibles causas, síntomas, estrategias para enfrentar un episodio depresivo o maníaco; razones

principales de incumplimiento del tratamiento y de posibles recaídas. De igual manera, presenta recomendaciones puntuales para mejorar hábitos de sueño y recomendaciones para los familiares del paciente. Dentro de las recomendaciones se puede mencionar el cómo apoyar en distintos ámbitos para aportar positivamente en la evolución de la enfermedad (Benabarre, 2012). Por otro lado, brinda un diagnóstico diferencial con trastornos bipolares y mencionan los tratamientos psicológicos y farmacológicos disponibles, especificando los efectos secundarios de cada uno y sus características principales. Finalmente, se expone un caso clínico de un paciente que lleva una vida funcional acudiendo al tratamiento y tomando su medicación (Benabarre, 2012).

Conclusión

Como se ha expuesto a lo largo del capítulo, tener salud no solamente es vivir en ausencia de enfermedad, sino tener salud implica tener bienestar (OMS, 2020). La salud no se reduce al ámbito físico, sino que también involucra el ámbito emocional y mental. A pesar de que la salud mental es igual de significativa que la salud física, no se siempre se la considera con la misma importancia. Debido a esto, han surgido conceptos erróneos entorno a los problemas de salud mental, dando origen al estigma. Estas ideas equivocadas presentes en la sociedad han ocasionado que las personas que sufren de alguna condición mental sean discriminadas, consideradas anormales o peligrosos e incluso sean aisladas de la sociedad (Balash et al., 2016).

Así como existen enfermedades medicas crónicas, también existen trastornos mentales graves que pueden afectar la funcionalidad de una persona. A pesar de que estos trastornos mentales pueden causar mucho malestar y disfunción, son totalmente manejables y tratables con el apoyo y la ayuda adecuada (Hazelden Foundation, 2016). Una manera de reducir el malestar y aumentar la funcionalidad de una persona que padece de un TMG es la psicoeducación (Sin et al., 2017). La psicoeducación brinda información adecuada al paciente

y a su familia acerca de trastornos mentales y de cómo afrontarlos (Sin et al., 2017). Este método educativo, no sólo mejora el pronóstico a futuro del paciente, sino que también mejora su calidad de vida y la de su familia.

En conclusión, es importante comprender que el cuidado de la salud mental es igual de importante que de la salud física. Una estrategia potente para combatir el estigma es la educación acerca de la salud mental, no sólo es útil para personas que padecen de enfermedades mentales, sino también para su familia (Sin et al., 2017). Una persona diagnosticada con algún trastorno mental grave puede tener un buen pronóstico con el tratamiento y el apoyo adecuado (Hazelden Foundation, 2016). Por lo tanto, la psicoeducación en torno a salud mental, así como acerca de los trastornos mentales y de cómo afrontarlos es fundamental para alcanzar un estado de salud y bienestar.

CAPÍTULO 2

Dinámica de la Organización

En este capítulo se expondrá la historia, los acontecimientos importantes, la estructura y la dinámica del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Además, se explorará el contexto de los desafíos propuestos por la institución y la importancia que tiene este proyecto para los familiares de pacientes con TMG en Ecuador.

Historia

El Ecuador, hasta el año 1967 contaba con una Subsecretaría de Salud perteneciente al Ministerio de Previsión Social y Trabajo (Avilés, 2017). El 16 de junio de 1967, por el mandato de la Asamblea Constituyente durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez, se creó el MSP (Avilés, 2017). Hasta la creación del Ministerio, Ecuador era el único país que no contaba con una entidad formal encargada de atender la salud y sus diferentes ramas (Avilés, 2017). El MSP, en los últimos años, se ha transformado a nivel internacional por las políticas de salud, prevención, promoción y sus derivados (MSP, s.f.).

Creación del Departamento de Salud Mental

La salud mental en el Ecuador se origina en la época precolombina en Sudamérica. “Durante la colonia, Quito se estableció como polo económico de la Corona Española, por lo que contaba con mayor número de habitantes comparada con la región costera” (Carrasco y Recalde, 2017, pp. 39-40). La mitad de la población estaba constituida por indigentes, pordioseros, mendigos, huérfanos y personas con trastornos mentales (Carrasco y Recalde, 2018). Por tal motivo, el presidente Juan José de Villalengua junto con el Obispo Blas Sobrino y Minayo fundó el hospicio y manicomio Jesús, María y José, que posteriormente sería conocido con el nombre de Hospital Psiquiátrico San Lázaro en la capital (Carrasco y Recalde, 2018). Este fue el primer centro psiquiátrico “Concebido desde la claridad para separar a los “indeseables” de la sociedad, en un ambiente custodial que respondía a la visión

occidental del orden social y de la dicotomía normalidad-enfermedad” (Carrasco y Recalde, 2018, p. 40).

En 1881, José Vélez establece el primer manicomio en Guayaquil donde comienzan con la realización de algunos tratamientos para sustituir el uso del látigo en pacientes con enfermedades mentales (Carrasco y Recalde, 2018). Poco a poco se crearon escuelas de medicina y así fue consolidándose la institucionalidad asistencial de la salud pública (Carrasco y Recalde, 2018). Los tratamientos en salud mental fueron incorporando prácticas desarrolladas en el exterior, por ejemplo, el uso de la piroterapia en 1936 por el Doctor Celso Jarrín del Hospital San Lázaro (Carrasco y Recalde, 2018). De esta manera, fueron implementándose tipos de terapia, fundaciones, facultades de ciencias psicológicas en universidades e incluso en 1980 la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental (Carrasco y Recalde, 2018). En base a todos los avances en el campo de la psicología, posteriormente en 1999 se creó un Plan Nacional de Salud Mental en base a la Declaración de Caracas (Carrasco y Recalde, 2018).

Gracias a la conferencia de Caracas, donde participó Ecuador, se establecieron los principios que facilitarían avances en la reforma del continente latinoamericano (Carrasco y Recalde, 2018). Entre el año 1987 y 1999, comenzó la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, la misma que se concentró en las “bases conceptuales y guías para su implementación” (OPS, 2020, p.14). Por lo que, en la Declaración de Caracas de 1990, “enfaticó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (OPS, 2020, p.15). Debido a esto, se lanzó un programa de colaboración en casi todos los países que conforman Latinoamérica lo que ha significado un gran avance para los países en Latino América, como lo es Ecuador (OPS, 2020).

Según la OPS (2020), “en 1997 el consejo directivo de la misma reiteró el apoyo al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica”. En la resolución CD 40/R19 “se instó a los estados para desarrollar programas nacionales de salud mental, reorientar los servicios de salud mental (de institucionales a comunitarios), así como desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, la epilepsia y la psicosis” (OPS, 1997). Asimismo, su propósito era fortalecer las acciones para impulsar el concepto de salud mental, el desarrollo psicosocial de la niñez, y las tareas para la realización de programas que fortalezcan la formación en salud mental (OPS, 1997). Con esto, lo que se buscaba era no solo mejorar la legislación, sino también las regulaciones para la protección de los derechos humanos como pilar fundamental (OPS, 1997).

El sistema político del marco legislativo en el Ecuador siguió con su funcionamiento hasta el 2014, donde se creó un Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014-2017 con el objetivo de implementar sus estrategias en cuanto a salud mental y mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos (MSP, 2015). El plan antes mencionado “fue aprobado en julio de 2014 donde “se estableció una visión, misión, objetivos, principios y lineamientos estratégicos, con el fin de mejorar la salud mental de la población ecuatoriana” (MSP, 2015, p.6). Este plan constituye un avance significativo con respecto al último Plan Nacional de Salud Mental en el año de 1999, ya que se hace hincapié en el enfoque comunitario como eje organizativo central de las decisiones y acciones posteriores que se deben tomar en cuanto a temas de salud mental, las mismas que funcionan de base para la creación de futuros planes estratégicos (MSP, 2015). Es importante resaltar el enfoque de promoción y prevención, además del “fortalecimiento de servicios orientándose hacia la atención primaria en salud; el fortalecimiento del MSP y el ascenso de la investigación concentrándose en el manejo de la salud mental comunitaria” (MSP, 2015, p.7). De esta manera será posible cubrir las necesidades a las que se enfrenta la población en relación a temas de salud mental

El Plan Estratégico de Salud Mental constituye uno de los documentos oficiales como menciona M. Troya (comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Adicionalmente, menciona la existencia de otros dos documentos: el Modelo de Salud Mental y la Guía de práctica Clínica en Depresión, documentos que han sido utilizados para el trabajo e implementación de estrategias en el área de salud mental del MSP. De igual manera, la entrevistada comenta que existen más de 20 documentos entre lineamientos, operativos y protocolos como fuentes de información (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Todos estos documentos han sido elaborados como plan de acción para poder avanzar con la prevención y tratamiento de la Salud Mental en el Ecuador (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). A partir de ese momento, radica la importancia de la existencia del departamento de salud mental en el Ministerio de Salud Pública.

Actualmente, “Existen seis institutos para la atención de salud mental exclusiva en Quito y seis más en otras provincias; sin embargo, ha habido un cambio evidente en torno a los hospitales mentales” (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Hoy en día, el centro ambulatorio San Lázaro y el Hospital Julio Endara se encuentran a cargo del MSP. Adicionalmente, en Quito existen tres hospitales particulares, uno en Cuenca y uno en Guayaquil. (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Un ejemplo de este cambio es la nueva casa del Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro en Quito (Gross, 2016).

Como se pudo evidenciar en la visita realizada en el centro San Lázaro, los pacientes son atendidos de forma ambulatoria y comunitaria, lo que reemplaza el encierro en el que vivían los pacientes en el anterior hospital psiquiátrico después de más de dos siglos de funcionamiento, lo que ha llevado a un cambio drástico de percepción para los ecuatorianos (Gross, 2016). El sistema de atención ambulatoria en salud mental ha demostrado ser exitoso siempre que haya las condiciones idóneas para un paciente. Según un estudio realizado en el

2007 en Valencia, España, “seis meses después de la implementación del tratamiento ambulatorio, el número de urgencias redujo de dos diarias a cero, de un ingreso diario a cero y de veintiséis días de hospitalización a 2,5” (Gross, 2016, p. 9). El presidente de la Asociación de Psicólogos del Ecuador, Jorge Luis Escobar, menciona que este sistema se ha implementado en varios países como Paraguay, Estados Unidos, Brasil y España, al encontrar que después del internamiento, cuando los pacientes regresaban al sistema familiar, los síntomas se generaban de nuevo (Gross, 2016). Por lo que, ahora Escobar menciona que prefiere no sacar a los pacientes de sus círculos sociales y familiares, para que los pacientes con casos menos críticos sean acompañados por sus familiares para recibir tratamiento farmacológico y terapéutico (Gross, 2016).

Lo ideal sería que el hospitalizar a un paciente psiquiátrico sea la última opción de la Salud Pública en Ecuador (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Los pacientes suicidas activos, con trastornos agudos y tendencias violentas o agresivas, o que no tienen una familia son trasladados y referidos a otros centros (Gross, 2016). Así es como continúan con su tratamiento hasta que se logre estabilizar a los pacientes, después, la Defensoría del Pueblo y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), les buscan hogares temporales donde puedan continuar el tratamiento de forma ambulatoria (Gross, 2016).

Una vez que los pacientes se encuentran estabilizados (en un mejor estado), el tratamiento regresa a su forma ambulatoria en el nuevo San Lázaro (Gross, 2016). Este representa un gran cambio en cuanto al funcionamiento de pacientes en el área de salud mental, que afecta la visión frente al estigma que enfrentan varias clínicas de salud mental y demuestra que poco a poco el sistema progresa en cuanto al manejo de clínicas de salud mental en el Ecuador. Es importante resaltar el papel del MSP, como organización encargada de los cambios que se han dado, ya que como se ha expuesto anteriormente, en el centro San

Lázaro, al formar parte de un servicio público, la atención es gratuita para todos los pacientes, lo que facilita el acceso a los servicios por parte de los familiares y en sí del paciente (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Misión y Visión Ministerio de Salud Pública

Misión

El MSP tiene como misión “ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación y gestión de la Salud Pública ecuatoriana” (MSP, s.f., p. 1). Del mismo modo, la entidad pública de la salud garantiza los derechos, a través de servicios de atención y prevención de enfermedades, así como la promoción de salud e igualdad. Asimismo, toma en cuenta el ámbito de investigación y desarrollo de ciencia y tecnología para asegurar a los ciudadanos su derecho a la salud (MSP, s.f.).

Visión

Actualmente, la visión de MSP es ser gobernantes del Sistema Nacional de Salud, basándose en un modelo latinoamericano que tenga como prioridad la promoción de salud y prevención de enfermedades. De tal manera que, puedan garantizar calidad y calidez en la salud integral de la población. Por consiguiente, su objetivo es dar acceso universal a una red de servicios en colaboración de organizaciones públicas, privadas y comunitarias (MSP, s.f.).

Estructura de la Organización

El MSP consta de cinco coordinaciones generales; entre ellas de desarrollo estratégico en salud, de planificación y gestión estratégica, de tecnologías de la información y comunicaciones, de asesoría jurídica y la coordinación general administrativa financiera, y una coordinación Zonal de Salud. Dentro de estas cinco coordinaciones generales, se encuentran 20 direcciones. Además, existen dos viceministerios, el Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud y el Viceministerio de Atención Integral en Salud, cada uno consta de tres subsecretarías nacionales y dentro de las mismas se encuentran 23

direcciones diferentes con distintas funciones. Por último, a nivel zonal se encuentran nueve direcciones zonales y una dirección provincial, las cuales se derivan de igual manera a nivel distrital (MSP, 2018).

Departamento Designado

La Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud busca provisionar de servicios de salud para contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas como se busca en la misión general del MSP (MSP, s.f.). De esta manera, la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud como se mencionó anteriormente, consta de cinco direcciones diferentes, dentro de la cual se encuentra la Dirección Nacional de Discapacidades. Así M. Troya (comunicación personal, 17 de marzo, 2020), mencionó que dentro de esta Dirección se encuentra el departamento encargado con el nombre de Proyecto Creación e Implementación de la Red de Servicios de Salud Mental y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.

El Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones busca tener una mayor cobertura a nivel nacional, a través de una ampliación de servicios ambulatorios y una creación de centros especializados para el consumo problemático de alcohol y otras drogas. Además, busca establecer servicios públicos de salud mental para afianzar un mejor tratamiento, recuperación y atención respecto a este ámbito, especialmente para personas que tengan problemas provenientes del consumo de sustancias psicoactivas y personas con trastornos mentales, como manera de direccionar un buen vivir (MSP, 2017).

Organizaciones Aliadas

Maritza Troya, mencionó que los principales aliados de este departamento son las dos subsecretarías: la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud y la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud (comunicación personal, 17 de marzo de 2020. La

primera subsecretaría está dispuesta por distintas direcciones como, de hospitales, de discapacidad, centros especializados, de Primer Nivel de Atención y prehospitalares. Mientras que la segunda subsecretaría consta de la Dirección de Normatización y de la Dirección de Promoción de la Salud e Igualdad.

Toma de Decisiones

Dentro del MSP existe un orden jerárquico para la toma de decisiones, como aludió Troya (comunicación personal, 17 de marzo de 2020), la unidad requirente de un proyecto lo propone y este tiene que ser validado y aprobado por las autoridades pertinentes. Además, “los documentos normativos publicados para el Sistema Nacional de Salud salen con acuerdos ministeriales firmados por la ministra” (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Mientras que “los documentos normativos del Sistema Público de Salud pueden publicarse con firma de los viceministros, según la competencia del documento” (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Contexto

Las personas que padecen de TMG pueden verse afectadas en distintos ámbitos y pueden tener dificultad en ser funcionales (Arabaci et al., 2018). Usualmente, los pacientes que padecen de TMG son incapaces de cumplir con los roles normales familiares, sociales y laborales por lo que necesitan apoyo de un cuidador (Arabaci et al., 2018). El no recibir tratamiento adecuado para este desorden puede empeorar su curso (Murru y Carpiniello, 2018) y disminuir la funcionalidad del paciente. Según M. Troya (comunicación personal, 17 de marzo de 2020), el deterioro de los pacientes con TMG puede ser causa de discriminación e incluso abandono. Como consecuencia del abandono de sus familiares o cuidadores, los pacientes con TMG pueden terminar internados en facilidades psiquiátricas o en la calle (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

El no tratar los TMG empeora el cuadro clínico y lleva a que el paciente pierda su autonomía, siendo así más dependiente de los servicios sociales y del estado (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Por tal motivo, con el fin de velar por la salud y el bienestar de los pacientes con TMG, el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de Red de Salud Mental Comunitaria y centros de recuperación de Adicciones ha implementado ciertos planes enfocados en los TMG. El objetivo principal del Proyecto de Salud Mental Comunitaria es implementar servicios públicos que permitan atender a las personas con cualquier enfermedad mental en su lugar de origen, así como reducir la institucionalización psiquiátrica de pacientes con TMG (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Para esto, desde su creación en el 2014, el Proyecto de Salud Mental Comunitaria ha incrementado el talento humano y ha construido y mejorado establecimientos que proveen servicios de salud mental (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Con el fin de brindar un mejor servicio a las personas con TMG, el Proyecto de Salud Mental del MSP ha implementado ciertos planes y proyectos desde el año 2015 (MSP, 2017). Se ha capacitado a profesionales de salud en el tratamiento para personas con TMG, se aprobaron lineamientos operativos para atender de manera integral a pacientes con TMG y se difundió a nivel nacional, mediante radio, acerca de la disponibilidad de servicios ambulatorios para tratar TMG (MSP, 2017). Todas las implementaciones son realizadas con un presupuesto asignado, específicamente para este proyecto. Se espera que el Proyecto de Salud Mental siga creando planes para mejorar el bienestar de personas con TMG, sin embargo, se puede ver afectado por cambios en el personal administrativo y por cambios políticos y de autoridades que cambien el enfoque del proyecto (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Para continuar con el plan de salud mental en pacientes con TMG, M. Troya (comunicación personal, 17 de marzo de 2020) sugiere que es necesario tener un manual para psicoeducar a la familia. Se espera que este manual sea usado como recurso terapéutico y como guía para saber cómo actuar y cómo apoyar a un familiar afectado (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Con este proyecto se busca disminuir la gravedad del cuadro clínico de los pacientes y brindarles mayor autonomía. Además, se busca brindar a la familia una referencia óptima de apoyo para el paciente (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Finalmente, con este manual se espera disminuir la institucionalización y el abandono de pacientes con TMG (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Proyectos de Salud Mental

El MSP cuenta con un Plan Estratégico Nacional (PEN) y un Modelo de Atención de Salud Mental (MASM) en el país. Estos documentos establecen cinco lineamientos estratégicos con el objetivo de poder abordar el problema de salud mental en Ecuador (MSP, s.f.). El plan anteriormente mencionado, fue el primer avance en salud mental en la nación para trabajar en los problemas de salud mental que se iban presentando de manera común dentro de la población. De manera que, en torno a los casos de enfermedades mentales se debía tomar en cuenta a los familiares de los pacientes para proporcionar un apoyo para sobrellevar la enfermedad (MSP, s.f.). Se ha evidenciado que el estigma de salud mental en el Ecuador ha sido uno de los motivos primordiales para la creación de proyectos por parte del MSP. Por lo que, el PEN y el MASM del MSP se consideran como un comienzo dentro del país para generar un cambio en la concepción de la salud mental dentro la población (MSP, s.f.).

Desarrollo del Proyecto

Considerando lo antes mencionado, actualmente el MSP busca llevar a cabo la producción de un manual de psicoeducación para familiares de personas con TMG (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). El objetivo principal radica en psicoeducar al núcleo cercano de pacientes con TMG con la finalidad de brindar un recurso terapéutico (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Subsecuentemente, contar con un alivio en el ámbito familiar gracias al apoyo informativo acerca del manejo y cuidado óptimo de los pacientes con TMG (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). De manera que, éste procure evitar afectaciones en la salud, en las relaciones sociales y en la economía de los familiares a causa del deterioro que una desinformación sobre la enfermedad mental que atraviesan sus familiares puede generar en sus vidas (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Para este proyecto se cuenta con un equipo de especialistas para la redacción de este; la Dirección de Tecnologías de la Información y la Dirección de Comunicación y Educomunicación del MSP se encargará de su diseño y diagramación. Por otro lado, debido a que se realizó un recorte de talento humano en el MSP lo cual resultó en una respuesta ineficaz hacia el área de la salud mental, la USFQ brindará un apoyo con naturaleza de proveedor de conocimiento para la elaboración de un esqueleto del manual. (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Finalmente, se dispone de un presupuesto para el proyecto con el cual se efectuarán compras de servicios tales como imprenta y ejecución del manual (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Importancia del Proyecto

La psicoeducación para familiares de pacientes con trastornos mentales graves es fundamental en muchos aspectos. En un área rural de China se realizó un estudio longitudinal acerca de la efectividad de la psicoeducación familiar en una muestra de pacientes con esquizofrenia (Ran, 2015). En este estudio se demostró que la psicoeducación familiar ha

mejorado tanto la adherencia al tratamiento como el funcionamiento social de los pacientes (Ran, 2015). Esto ocurrió principalmente en los casos en los que los familiares eran los encargados del cuidado del paciente y cuando estos no contaban con conocimientos acerca de trastornos mentales con anterioridad (Ran, 2015). De acuerdo con esto, se puede recalcar la importancia de la intervención familiar y su psicoeducación al momento de realizar un plan de servicio o políticas de salud mental (Ran, 2015).

En ciertas ocasiones, puede existir un mal manejo de la enfermedad a causa de una falta de psicoeducación en los cuidadores del paciente psiquiátrico (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Esto puede llegar a ser perjudicial puesto que, como resultado, se puede generar una pérdida de autonomía en el paciente, aceleración o empeoramiento del cuadro clínico concluyendo en un incremento de la carga de la enfermedad para el familiar a cargo, convirtiéndose así en un ciclo contraproducente (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). A raíz de esto, aumenta la probabilidad de que los pacientes sean abandonados, discriminados, estén en riesgo de una mortalidad prematura y consecuentemente requieren de un apoyo por parte de los servicios sociales brindados por el estado (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Urgencia del Proyecto

Debido a la existencia de otros documentos como protocolos, guías, planes estratégicos y lineamientos operativos proporcionados por el MSP en el pasado, la realización del proyecto en cuestión no es de carácter urgente o inmediato. No obstante, se espera cumplir con su elaboración en un corto plazo. Se estima que sea parte del cronograma del Ministerio el año entrante (2021) y que su elaboración tome un tiempo aproximado de un año (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Conclusión

Desde su creación en el año 1967, el MSP ha pasado por varios cambios para mejorar la salud a nivel nacional (MSP, s.f.). En el año 2014 se creó el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental para mejorar la salud mental de los ecuatorianos y brindarles atención integral, así como promover la investigación de salud mental (MSP, 2015). Dentro del MSP está la Dirección Nacional de Discapacidades, esta dirección incluye al Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo, 2020), cuyo fin es brindar un mejor servicio público de salud mental para tratar de mejor manera a las personas que padezcan algún trastorno mental (MSP, 2017).

Si bien existen 12 institutos a nivel nacional dedicados únicamente a la atención de salud mental, M. Troya (comunicación personal, 17 de marzo de 2020) indica que uno de los objetivos del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones es disminuir la institucionalización. Una manera de disminuir la institucionalización, disminuir la cronicidad de la enfermedad y aumentar la calidad de vida en general es la psicoeducación (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Por lo que, el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria se alió con la USFQ para crear un Manual de Psicoeducación para familiares de pacientes con TMG.

Para que la creación del Manual de Psicoeducación sea aprobada, esta debe ser validada por las autoridades pertinentes del MSP y se debe poner a consideración de Dirección de Normatización (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Esto puede ser una amenaza para el proyecto ya que cambios en autoridades y políticos pueden crear cambios en las directrices (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Si bien el proyecto no tiene carácter emergente, se espera que su ejecución se complete en el año

siguiente (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Una vez aprobado y creado el proyecto, se espera que este tenga alcance a nivel nacional mejorando el pronóstico de pacientes con TMG y aumentando la calidad de vida de ellos y sus familiares.

CAPÍTULO 3

Descripción del Desafío

“La situación de un enfermo mental es mucho más compleja de lo que parece” (Acosta y Quishpe, 2019, p.8). Los individuos que sufren de esta condición no solo tienen que lidiar con los padecimientos característicos de su enfermedad, sino también con una sociedad que transforma a la salud mental en un tema tabú generador de prejuicios que como consecuencia ha terminado por crear una percepción que afecta a todo aquel que padece de una enfermedad mental grave (Acosta y Quishpe, 2019). Es por esto que el estigma que se ha venido generado en torno a los trastornos mentales graves y en sí hacia la salud mental, constituye un factor agravante que impide una mejora en el ámbito de salud mental a nivel social. Los prejuicios, en algunas ocasiones pueden provenir de la familia del paciente, e incluso llegar hasta los oídos de profesionales de salud como médicos generales, lo que no permite una la reducción del estigma, por el contrario, lo alienta (Acosta y Quishpe, 2019). Esto significa que, los prejuicios generados hacia los pacientes que padecen de enfermedades mentales son abundantes e incluso pueden provenir de los mismos familiares del paciente, siendo perjudicial para el desarrollo psicológico del mismo (Acosta y Quishpe, 2019).

En la evaluación realizada por la OMS con respecto al desarrollo de los servicios de salud en América de países como Argentina, México, Ecuador, Paraguay y Perú, se señaló que “la traducción de las políticas en salud mental a programas específicos de intervención ha sido lenta, y en algunos casos inexistente” (Mascayano Tapia et al., 2015, p. 259). La OMS declaró que “la principal barrera para el desarrollo de la salud mental comunitaria es el estigma y la discriminación asociada a las personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento” (Mascayano Tapia et al., 2015, p. 259). Esto quiere decir que el estigma es un fenómeno perjudicial para usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares en América Latina, ya que afecta su autoestima, adherencia al tratamiento y calidad de vida

(Mascayano Tapia et al., 2015). Por ejemplo, en una investigación realizada en Argentina, se mostró que, en una muestra de 1454 habitantes, alrededor del 50% de la población afirma que las personas con esquizofrenia son “violentas y peligrosas” (Mascayano Tapia et al., 2015). Esto refleja el concepto que tienen muchas personas a cerca de las personas con trastornos mentales graves en nuestro contexto latinoamericano.

Debido al incremento en programas para mejora de salud mental, el MSP del Ecuador tomó la iniciativa de crear un manual de psicoeducación para familiares de personas con trastornos mentales graves (MSP, 2020). El proyecto tiene como fin psicoeducar al núcleo cercano de familiares o cuidadores primarios de pacientes con trastornos mentales graves a través de un manual, para que, de esta manera se pueda mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). De igual manera, con la creación del Manual de Psicoeducación, se busca promover la prevención de recaídas en pacientes y conseguir una rápida detección de trastornos mentales graves para su adecuado tratamiento (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Es por lo antes mencionado, que se ha dividido al siguiente trabajo en dos desafíos que se explicarán a continuación; el primer desafío consiste en la selección de temas apropiados de psicoeducación para que puedan ser incluidos en el manual dirigido a familiares o cuidadores primarios de pacientes con trastornos mentales graves. Mientras que, el segundo desafío consiste en establecer y determinar las estrategias más efectivas de psicoeducación para que puedan ser fácilmente accesibles a la comunidad de familiares con trastornos mentales graves.

Primer Desafío

Existen varios aspectos que se deben tomar en cuenta para el desarrollo de una propuesta para la creación de un documento, como lo es un manual que pueda ser de utilidad

para los familiares de personas con trastornos mentales graves. Es por esto, que en el primer desafío se han tomado en cuenta aspectos como: el nivel educativo y socioeconómico de la audiencia como receptora del manual de psicoeducación donde se toma en cuenta su nivel de escolaridad y alfabetización; la visión de la biodiversidad cultural donde se toma en cuenta la estigmatización en torno a los trastornos mentales en las diferentes regiones del Ecuador, y por otro lado las consecuencias que se encuentran respecto al diagnóstico tardío de estos trastornos. Es decir, los factores antes mencionados afectan la percepción que la gente tiene en cuanto a salud mental y hacia gente que padece de trastornos mentales graves.

Nivel Educativo y Socioeconómico de la Audiencia

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), un dato preocupante en el Ecuador, gira en torno a la población de 17 años que no asiste a clases (Antamba, 2015). La inasistencia a clases es mayor a partir de los 15 años, este grupo empieza a formar parte de la Población Económicamente Activa (PEA), por lo que se confirma en el presente análisis que una de las principales causas de inasistencia a planteles educativos se debe a la falta de recursos económicos (Antamba, 2015). Esto es de suma importancia, ya que no todos los individuos han tenido bases escolares, las mismas que son necesarias para la comprensión lectora de distintos manuales.

Algunas de las otras razones por las cuales los niños dejan de asistir a clases es por trabajo. A pesar de que se encontraba en un 16.64% en el 2012, y descendió un 8.50% para el 2014 (Antamba, 2015) es la segunda causa más frecuente de inasistencia. Por consiguiente, otra de las razones es que “el estudiante no está interesado en asistir a clases”, donde la tasa incrementó del 11.60% en el 2012, a un 18.31% para el 2014 (Antamba, 2015). Le sigue “enfermedad y discapacidad” con un 10.74% en el 2014 y finalmente se encuentra “quehaceres del hogar” en un 9.52% (Antamba, 2015).

La alfabetización también representa un componente importante que se debe tomar en cuenta antes de la creación de un manual de psicoeducación, debido a que constituye un factor esencial para el desarrollo humano y social (Instituto Nacional de Evaluación Educativa [INEE], 2018). “La alfabetización se mide mediante una tasa que corresponde al porcentaje de la población mayor o igual a 15 años que es capaz de leer, escribir y comprender un texto sencillo y corto sobre su vida cotidiana” (INEE, 2018, p. 35). En general, también incluye habilidades aritméticas, como la capacidad de realizar cálculos matemáticos sencillos (INEC, 2018). Existen diferencias en las tasas por áreas tanto urbanas como rurales (INEC, 2018). A pesar de que la brecha se ha reducido en un 1.7% entre el 2014 y 2017, la tasa de alfabetismo en el 2017 es de 96.7% en la zona urbana y 88.2% en zona rural (INEC, 2018) Lo que quiere decir que la mayoría de los individuos en la zona rural carecen de habilidades lectoras y aritméticas demostrando una tasa de analfabetismo de un 11.8%, mientras que en la zona urbana la tasa de analfabetismo es más baja con un 3.3%. Adicionalmente, también se indica que “la tasa de alfabetismo por etnia muestra que los grupos poblacionales con mayor tasa de alfabetismo son los autoidentificados como blancos y mestizos, mientras que los valores más bajos son para los autoidentificados como indígenas” (INEC, 2018, p.38). Esto hace alusión a un mayor énfasis en la población indígena como una de las más necesitadas en cuanto a alfabetización.

Por otro lado, también se encuentra la población que se ve privilegiada y con acceso a servicios de salud y educativos, por lo que su acceso a la salud mental podría darse con más facilidad. Esto podemos evidenciarlo en las entrevistas proporcionadas por los familiares de pacientes con trastornos mentales graves del centro San Lázaro en el centro de Quito. Se pudo conocer por testimonio del familiar, que tan solo uno de los cuatro familiares entrevistados (representa a una pequeña parte de la población), ha tenido la oportunidad de conocer a varios médicos psiquiatras a lo largo de las provincias en busca de un diagnóstico

que se ajuste al comportamiento de su hijo. Mientras que los demás familiares no han tenido esa oportunidad. Cabe recalcar que el familiar que ha tenido más oportunidades en recibir un diagnóstico por un profesional de salud mental es una persona con educación superior universitaria y experiencia laboral. De esa manera, ha podido ampliar su abanico de posibilidades de investigación para conseguir respuestas al diagnóstico de su hijo (M. González, comunicación personal, 6 de marzo, 2020). Por cuestiones de confidencialidad, se menciona a la madre con el pseudónimo de María González. La madre manifestó: “He pasado de hospital en hospital en muchas provincias, para que me digan que tiene mi hijo, afortunadamente yo trabajaba en ese entonces y me abrieron las puertas en varios lugares para poder buscar una solución a la enfermedad de mi hijo” (M. González, comunicación personal, 6 de marzo de 2020). Lo que sugiere que debido a su condición socioeconómica privilegiada, ha podido buscar ayuda de varios centros.

Por supuesto, este no es el caso de muchas familias, ya que, basándose en las entrevistas realizadas, varias de las personas que acuden a centros como San Lázaro, son personas de escasos recursos que asisten a instituciones públicas para la atención gratuita. Este fue el caso de tres de las cuatro entrevistas que se realizaron (en el área de terapia para familiares de pacientes con esquizofrenia). Mediante las entrevistas se pudo recopilar que los familiares de las tres otras familias no tenían los medios económicos necesarios para cubrir con los gastos que se requiere en instituciones privadas de salud mental, y es por eso, que asisten a San Lázaro, donde el tratamiento, la atención y farmacología es gratuita.

Por otro lado, en Colombia podemos encontrar un problema de carácter económico donde por falta de recursos, no se invierte lo necesario en presupuesto para el área de salud mental. “El tratamiento de los trastornos mentales es poco común en Colombia, aún entre los que presentan trastornos mentales graves” (Rodríguez et al., 2009, p. 76). Se indica que alrededor de “75% de los que presentan un trastorno severo y 90% de los que presentan

trastornos moderadamente severos, no recibieron tratamiento médico el año previo al estudio, lo cual muestra la falta generalizada de voluntad política y administrativa, así como de presupuesto destinado para la salud mental” (Rodríguez et al., 2009, p. 76). A pesar de que en Ecuador se encuentran implementando medidas para mejorar el manejo de información acerca de trastornos mentales graves hacia la población, es importante resaltar que para la creación de este se debe tomar en cuenta que no todos los individuos tienen los recursos económicos para recibir el tratamiento adecuado.

Visión de la Diversidad Étnica

“Los pueblos indígenas que habitan en la región amazónica del Ecuador no tienen acceso a una asistencia sanitaria de calidad debido a la falta de sensibilidad cultural del sistema oficial de salud en las formas de concebir y desarrollar planes y programas” (Lacaze, 2002, p.3). Lo que indica una falta de involucramiento por parte de varias instituciones que poseen la capacidad de tomar las acciones necesarias, para proporcionar un servicio de calidad a las comunidades más alejadas de la zona urbana. A pesar de los esfuerzos que se han realizado en años previos, no han sido muchos los logros adquiridos que han tenido como objetivo el promover la integración de la medicina tradicional y la occidental (Lacaze, 2002). Se puede entender al concepto de salud indígena como “un estado de normalidad o de equilibrio dinámico de la persona consigo misma, con los demás miembros de la familia o del grupo social y con su medio ambiente o los espíritus y fuerzas naturales que rigen en la naturaleza” (Lacaze, 2002, p. 7). Lo que significa que, cuando existe una brecha que genera un quiebre en el equilibrio, se produce una enfermedad (Lacaze, 2002). Para muchos de los indígenas amazónicos, las enfermedades mentales no se dan por razones biológicas o contextuales, sino por el contrario, se producen debido un desbalance en el equilibrio natural que hace alusión a razones espirituales y energéticos.

Son justamente los “chamanes que actúan como reguladores de los procesos sociales de extracción de recursos y de intercambio de energía” (Lacaze, 2002, p.8) Lo que significa que, en la Amazonía, los chamanes representan al médico tradicional que conocemos y consideramos en otras regiones como como una cuestión de la vida cotidiana. Lacaze (2002) menciona que el chamanismo posee un aspecto terapéutico que provee al individuo de salud, fuerza y adicionalmente constituye un aspecto de suma importancia al momento de reafirmar la ley y armonía del universo en el que habitamos. Lo antes mencionado, también hace alusión que el restablecimiento del orden y armonía se puede aplicar para las enfermedades tanto de origen físico como mental. Como señala la proposición de la OMS (2020), señalando que la medicina tradicional representa “todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales” (p.1).

Las diferencias son evidentes entre regiones, como se evidencia en este caso para la Amazonía, donde el aislamiento geográfico impide proporcionar a las comunidades indígenas un sistema oficial de salud (Lacaze, 2002).. Sin embargo, a lo largo del tiempo se han venido realizado mejoras en el sistema de forma que exista un progreso en la atención sanitaria de poblaciones apartadas (Lacaze, 2002). En pueblos amazónicos se pueden recetar varios remedios naturales de acuerdo con los síntomas físicos, pero también es posible proporcionar curaciones para los conflictos de carácter psicológico y emocional, que afectan el equilibrio energético al presentarse de forma orgánica (Lacaze, 2002). Manuel Amunárriz en una de sus entrevistas, menciona que “es más difícil la situación en enfermedades con patologías del área de medicina interna, que a veces son muy complejas, y sobre todo en enfermedades crónicas y mentales” (Knipper y Danhardt, 2009, p. 205). Es por eso, que la información que debe ser proporcionada a los habitantes amazónicos difiere de la información dirigida a otras

regiones como costa o sierra ya que no son percibidas de manera igualitaria en todas las regiones ecuatorianas.

Tomando en cuenta el funcionamiento de estas regiones, es importante mencionar que Ecuador se encuentra entre uno de los países con “mayor porcentaje de población indígena del 40% al 70%” aproximadamente (Rodríguez et al., 2009, p.223). En comparación con el resto de los habitantes, la población indígena de la región vive en pobreza, presenta altas tasas de analfabetismo y una mayor probabilidad de desempleo, lo que los hace más vulnerables en comparación al resto de la población (Rodríguez et al., 2009). Esto significa que se debe tomar en cuenta que la población a la que iría dirigida el manual, en su mayoría podrían ser indígenas ubicados ya sea en la región costa, sierra, oriente o insular.

Diagnóstico Tardío

Otro de los problemas que pueden presentar las personas con TMG y sus familiares es el diagnóstico tardío, sea por tener un mal diagnóstico en su momento, por el estigma de acarrear un diagnóstico de trastorno mental o por el miedo de no saber cómo afrontarlo. Una de las cuestiones que ayuda a que el diagnóstico tardío se siga presentando es que las personas con TMG pueden pasar a través de distintos diagnósticos y tratamientos proporcionados por especialistas que no necesariamente refleja los síntomas que ellos se encuentran atravesando. Lo que significa que, hasta llegar al diagnóstico correcto se puede tomar demasiado tiempo y esto puede afectar la funcionalidad y efectividad de los tratamientos que sean estrictamente direccionados a mejorar los síntomas de las personas con este trastorno.

Tal es el caso de tres de las cuatro entrevistas que se realizaron a G. Jara, le hubiera gustado que le informaran antes de que su hijo tenía esquizofrenia, debido a que desde que él tenía 7 años comenzaron los problemas, los análisis y diferentes diagnósticos, los cuales le generaron muchísimo daño, hasta no poder mover su mano derecha debido a una cirugía

realizada en la infancia (G. Jara, comunicación personal, 6 de marzo de 2020). V. López menciona que su hija fue diagnosticada con Esquizofrenia 10 años atrás; sin embargo, el primer diagnóstico que recibió fue el de epilepsia benigna a una edad temprana, además de que a los 19 años comenzó a tener ataques y ser agresiva con su círculo más cercano. Inclusive López recalca que “fue un error no haberle dado atención pronta, ya que, algunas veces ella (su hija) antes de su diagnóstico manifestó tener depresión” (V. López, comunicación personal, 6 de marzo de 2020).

En su lugar, M. González (comunicación personal, 6 de marzo de 2020) manifestó que su hijo tiene trastorno esquizoide de personalidad y siempre presentó este problema desde su adolescencia, pero le dieron diversos criterios médicos como esquizofrenia o trastorno mental crónico, pero no le decían específicamente padecía; sin embargo, ahora en el Centro San Lázaro le informaron que su hijo está tendiendo más a la esquizofrenia por lo que tiene que estar en continua observación. Estos son pequeños ejemplos sobre lo que puede generar un diagnóstico tardío, además de que se lo puede atribuir, como en el caso del hijo de Graciela Jara a una enfermedad física y no necesariamente psicológica. Cabe recalcar que en el caso de la esquizofrenia, “las primeras manifestaciones pueden anticiparse meses o años” (Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL], 2017). Lo que significa que de hecho puede llevar su tiempo hasta que la mayoría de los síntomas se presenten y por ende llame la atención del paciente o de sus familiares para acudir a un posible diagnóstico.

No obstante, como ya se ha mencionado sobre el estigma, este puede generar etiquetas sobre alguien, además de que puede ir acompañado del miedo de no saber cómo afrontarlo. Es así como recalca Mantovani et al. (2016), las personas con enfermedades mentales tienden a sufrir más estigmatización que las personas que presentan otros problemas de salud. Además, la desconfianza y las diversas creencias culturales en los servicios, forman

parte del estigma, lo cual también conlleva a no acudir a un especialista para un diagnóstico, por el miedo que este puede producir por la falta de conocimiento (Mantovani et al., 2016).

Consideraciones para la Elaboración de Programas de Salud Mental

La salud mental es un tema que ha tomado importancia en las dos últimas décadas, por lo cual, el MSP ha detectado que es importante implementar recursos para informar a los familiares. Los TMG por lo general son de larga duración en los pacientes, por lo que conllevan un alto grado de discapacidad como: física, psíquica y social (Navarro y Carbonell, 2018). Subsecuente, los familiares se hacen responsables de sus cuidados, por el nivel de dependencia que pueden presentar a lo largo de su diagnóstico (Navarro y Carbonell, 2018).

Por lo que, se ha realizado una revisión de la literatura, con el fin de recolectar evidencia de manuales que han resultado efectivos en relación con el cuidado de salud mental en contextos culturales similares el de Ecuador. Como punto de partida, se ha podido encontrar que la (OMS) desarrolló la Guía de intervención del programa de acción mundial sobre salud mental. Esta herramienta tiene como objetivo cubrir la alta demanda en salud mental con pocos profesionales y auxiliares de salud mental (Mutiso et al., 2019). El cual se puede considerar como un problema dentro de nuestro país. De manera que, podemos relacionar el contexto social y cultural de Kenia y Ecuador, lo cual favorece a la problemática establecida anteriormente. Por lo que, para realizar un manual efectivo se debe considerar el contexto del lugar para que este pueda ser, tomando como ejemplo Kenia (Mutiso et al., 2019).

En Kenia, se realizó un equipo de adaptación el cual estaba conformado por especialistas de la salud mental como un psiquiatra y psicólogos clínicos, enfermeros y un oficial clínico analista, el cual tenía como función de evaluar cada pregunta para corroborar que el lenguaje usado sea comprensible para la cultura (Mutiso et al., 2019). Subsecuente, tras el análisis del lenguaje usado y la elección de términos de acuerdo con el contexto se

procede a la traducción del material a la lengua nativa (Mutiso et al., 2019). Después, se hizo una prueba piloto en pacientes que no hayan participados en estudios anteriores para poder verificar la comprensión de este (Mutiso et al., 2019). Por lo que, hay que considerar a este proceso como indispensable para poder tener un resultado esperado y abarcar la población heterogénea existente.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta el papel que ocupan los médicos generales y el personal de salud comunitario en la línea de atención primaria. En nuestro país se cumple una directriz de salud, por el cual los pacientes que tengan algún tipo de dolencia o malestar físico o mental deben pasar por la consulta de un médico general, el mismo que hará una valoración para una derivación dependiendo el caso. Aclarado esto, se relaciona con lo que Yani et al. (2018) han evidenciado en Indonesia en su estudio, donde se ha identificado que en la línea de atención primaria, la mayoría de los médicos no poseen las habilidades adecuadas para el manejo de trastornos mentales. Por lo que, a través de las diferentes intervenciones se ha podido ver que los médicos generales no tienen confianza para derivar o para hacer un diagnóstico de una afección mental y recomendar tratamiento, es decir, se sienten inseguros o no se consideran dentro del diagnóstico a las enfermedades relacionadas con salud mental (Yani et al., 2018).

Para esto, una solución viable ha sido el Programa de Acción de Brecha de Salud Mental (Yani et al., 2018). Este programa fue incursionado por la OMS en el año 2008 a manera de una guía. Este recurso ha sido centrado en países de ingresos medianos o bajos para personas con trastornos mentales graves (Yani et al., 2018). El programa es considerado como fácil de ejecutar en personas que no son especialistas de la salud. Dando como resultado en Nigeria la supresión de uso de alcohol, drogas y tratamientos para TMG más integrales. Por lo que, se puede inferir que puede ser un modelo estratégico para Ecuador por la similitud de recursos y concepción de salud mental. Esta guía resulta útil para la

presentación de intervenciones para servicios de salud en personas que no son especializadas (Yani et al., 2018).

Tras la revisión de estos modelos o guías para la problemática introducida, se resalta la importancia del tipo de audiencia a la que queremos informar. La misma que se ve relacionada a la línea de atención primaria por ser los primeros en identificar las posibles patologías y a su vez tomar en cuenta los contextos en los que se han creado los diferentes manuales y/o guías. Por lo general, estas guías se realizan en países desarrollados o de ingresos altos, sin embargo, hay que considerar para que su eficacia sea similar que en sus contextos la importancia de la adaptación a las circunstancias y características de la población a la cual va a estar dirigida, como es nuestro país Ecuador. Por lo que, hay que considerar los temas relevantes de la diversidad de manuales y/o guías.

Temas Centrales de Salud Mental

En los diferentes manuales se ha podido identificar que existen diversos enfoques dentro de ellos. Por ejemplo, varían en la complejidad del lenguaje que se utiliza, en los trastornos que tratan, en la extensión del documento o en el público al que están dirigidos (OMS, 2010; Apiquian et al., s.f; Benabarre, 2012). Sin embargo, se ha identificado temas en común dentro de la mayoría de estos manuales (OMS, 2010; Apiquian et al., s.f; Benabarre, 2012).

Tabla 2

Temas en común en manuales de psicoeducación

| |
|---|
| Temas en común |
| Definición del trastorno |
| Síntomas |
| Mención y explicación de los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos |

Por lo tanto, los temas antes mencionados se pueden considerar como centrales y básicos que se deberían incluir en un manual de psicoeducación para un familiar de un paciente de TMG.

Segundo Desafío

Existen varios aspectos que se deben tomar en consideración para los diversos métodos y formatos de psicoeducación a implementar hacia nuestra comunidad, conociendo que no todos los miembros de nuestra audiencia tienen acceso a los mismos recursos. Es por esto por lo que se han tomado ciertas características de los ecuatorianos como: el acceso a la tecnología, los hábitos de lectura y el lenguaje entorno a todo el nivel nacional.

Acceso a la Tecnología

El Ministerio de Telecomunicaciones de la Sociedad de la Información (MINTEL, s,f) menciona que estos servicios de telecomunicación han crecido de manera notable, mostrando que en el 2006, “seis de cada 100 ecuatorianos tenían” acceso a Internet; en cambio 6 años después, 60 de cada 100 ya tenían este acceso. De esta manera, el INEC recalca que en el 2012 el porcentaje de acceso a Internet en los hogares era del 22.5%, mientras que en el 2018 ese acceso se incrementó a 37.2% (INEC, 2018). No cabe duda de que en la actualidad ha existido un incremento de este acceso; sin embargo, no existe información actualizada al respecto. Tomando los datos del año 2018, podríamos decir que, por lo menos el 62.8% de personas a nivel nacional no tenían acceso a internet en sus hogares. Sin embargo, existe un 55.9% que utiliza internet a nivel nacional indistintamente de si es en sus hogares o fuera de ellos (INEC, 2018). De igual manera, una de nuestras entrevistadas, Graciela Jara (comunicación personal, 6 de marzo, 2020), mencionó que ella no sabe utilizar internet y que por ende no posee este acceso en su hogar. De igual forma, V. López (comunicación

personal, 6 de marzo, 2020) recalcó que “el medio de información que menos utiliza es el internet”. Es así, como con estas entrevistas podemos observar otra perspectiva de los ciudadanos, conociendo que todavía existen personas que no poseen este acceso en sus hogares, o en su defecto no saben cómo utilizarlo; sea por su edad, ocupación o nivel socioeconómico.

Cabe recalcar que para el INEC, el equipamiento tecnológico del hogar consta básicamente en, si existe o no una computadora, sea de escritorio o portátil, tener acceso a Internet y tenencia de celular en la vivienda (INEC, 2018). Lo cual no contempla la tenencia de televisores en el hogar a nivel nacional en porcentajes; sin embargo, las entrevistadas mencionan que preferirían que cualquier información sobre TMG y como tratarlos se transmita por televisión, vídeos o programas como “EDUCA” para que todas las personas puedan tener esta información (A. Gómez, comunicación personal, 6 de marzo, 2020; M. González, 2020, comunicación personal, 6 de marzo, 2020; V. López, comunicación personal, 6 de marzo, 2020). No obstante, la tenencia de un teléfono inteligente consta de un 41,4% a nivel nacional, siendo el 70.2% de ellos ciudadanos de entre 25 a 34 años (INEC, 2018) lo cual también es un punto para considerar respecto al acceso de tecnología a nivel nacional en la actualidad.

Hábitos de Lectura

“El hábito lector se entiende como la acción de realizar la lectura en forma automotivada y periódica” (Cardona et al., 2018, p. 486). De esta manera, según el último estudio realizado por el INEC en el 2012 menciona que el 27% de los ecuatorianos no tiene un hábito de lectura, sea por falta de interés (56,8%), falta de tiempo (31,7%) o por problemas de concentración (3.2%) (INEC, 2012). En la misma dirección, se reportó que el 31% de los ecuatorianos lee el periódico, el 28% libros y tan solo el 7% lee revistas. Además, la mitad de los ciudadanos lee para conocer más sobre algún tema, mientras que el 30.67%

lee para obtener información (INEC, 2012). Esto representa un inconveniente al momento de presentarles documentos o manuales para aportar a su conocimiento y proporcionarles una ayuda extra en cualquier circunstancia.

Así, la opinión ciudadana de M. González (comunicación personal, 6 de marzo, 2020) remarca que brindar información a través de folletos o manuales para que el familiar se informe no le parece lo más adecuado, pues “a veces la gente ni lee”. Como se mencionó anteriormente, en Ecuador no existe un hábito de lectura persistente, por lo que el presentar la información del manual de manera extensa puede resultar un problema respecto a esta característica. Además, de acuerdo con Cardona et al. (2018) si la asignación de un texto es extenso y complejo, no existe un seguimiento para la comprensión y obtención de resultados, puede generar malestar al respecto. De igual forma, si no se brinda un apoyo presencial, de tiempo y espacio, también puede afectar a la audiencia al momento de comprender un texto (Cardona et al., 2018).

Lenguaje a Nivel Nacional

Como se mencionó anteriormente, en el Ecuador existen distintas culturas, lo que significa que es un Estado plurinacional e intercultural con diversos pueblos y nacionalidades indígenas, con sus propias tradiciones, costumbres y lenguas (Ministerio de Cultura y Patrimonio [MCP], 2019) [A]. Es así como en nuestro país están consideradas a parte del español siendo la lengua oficial, 14 lenguas, en la región Costa: Awapít, Cha palaa, Siapede, Tsa'fiquí; en la Sierra: Kichwa y en la Amazonía: Ingae; Paicoca, Huao Tedeo, Shiwiar Chicham, Zapara, Achuar Chicham, Andoa, Kichwa y Shuar Chicham (MCP, 2019) [B]. Cada una de estas lenguas están contempladas dentro del Currículo Nacional del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe, por lo que es importante considerar la presencia de las diferentes lenguas al momento de plantear cualquier metodología de psicoeducación. Debido al nivel de importancia que como ministerios se está brindando para preservar su cultura y

sobre todo sus lenguas. Sin embargo, este es un aspecto para considerar debido a que usualmente la mayoría de esta población conoce, entiende o habla el español.

Maneras Efectivas de Psicoeducar

Como está dicho anteriormente en el capítulo 1, la Psicoeducación mejora el pronóstico de los pacientes con TMG, previniendo recaídas y aumentando su bienestar en general (Pasadas y Manso, 2015). Existen varios formatos de psicoeducación que varían mucho entre sí, estos pueden ser distintos dependiendo a quién van dirigidos. Se puede psicoeducar solo al paciente, solamente a una familia (con o sin el paciente) o a grupos de familias; lo más común es incluir al paciente en las sesiones (McFarlane, 2016). Los formatos de psicoeducación también pueden variar de acuerdo con el lugar donde se dan las sesiones (hospital, consultorio, casa), el formato en que se dan las sesiones (personal, video, internet, entre otros) e incluso por la persona que brinda la información (profesional de la salud mental u otro paciente en recuperación) (McFarlane, 2016).

La información brindada en un programa de psicoeducación es muy diversa y dependerá del enfoque que se le dé al programa. El programa puede estar enfocado en lograr una mejor adherencia al tratamiento, en brindar información acerca de la edad, en rehabilitar al paciente, en alternativas de tratamiento, entre otros (Yadav y Kumar, 2014). Sin embargo, todos estos programas y enfoques tienen en común el objetivo de brindar la información y habilidades necesarias para afrontar la enfermedad y lograr una mejor prognosis.

Modelo de Control Conductual Familiar. Un modelo efectivo para psicoeducar a la familia es el Modelo de Control Conductual Familiar (Behavioral Family Management Model) (Maheshwari et al., 2020). En este modelo, se ve a la familia como el recurso más importante que tiene el paciente. Es por esto por lo que se enfoca en estrategias de resolución de conflictos y enfatiza la importancia de tener una comunicación efectiva dentro de la familia (Maheshwari et al., 2020). Este modelo también educa a la familia con información

acerca de la enfermedad y le brinda herramientas de afrontamiento (Maheshwari et al., 2020). Se espera que las estrategias de afrontamiento brindadas le permitan a la familia lidiar con estresores ambientales, así como planear actividades de cuidado necesarias para el paciente (Maheshwari et al., 2020). Se encontró que mantener sesiones en casa por un periodo de 1 a 2 años mejoró la adherencia al tratamiento y disminuyó las tasas de recaídas (De Sousa et al., 2012). En general al llevar a cabo estas sesiones se obtuvo que los síntomas de los pacientes mejoraron y el conocimiento y bienestar de los familiares aumentaron (De Sousa et al., 2012).

Modelo de Psicoeducación Familiar. Otro modelo efectivo es el de Psicoeducación Familiar. Este modelo se enfoca en crear más conciencia acerca de la salud mental, educar en técnicas de afrontamiento y maneras de prevenir recaídas (Yadav y Kumar, 2014). Además, este modelo busca construir una red de apoyo psicosocial que le permita al paciente mejorar en sus relaciones sociales y ser más funcional en el campo laboral. Este modelo se puede ejecutar en un grupo de una sola familia o en un grupo de varias familias, donde se puede o no incluir al paciente (Yadav y Kumar, 2014). Después de 10 sesiones de tratamiento se encontró que la carga del cuidador se redujo, así como la tasa de recaídas (Yadav y Kumar, 2014).

Psicoeducación Multi-Familiar. Existe la duda de si es mejor psicoeducar en grupos de familias o psicoeducar a una sola familia a la vez. Hay evidencia que muestra que en pacientes con Desorden de Depresión Mayor, la psicoeducación multi-familiar es por lo menos igual de efectiva que la psicoeducación uni-familiar (Brady et al., 2016). Sin embargo, esta modalidad propuesta por McFarlane y Dixon permite que se cree apoyo entre familias al convivir con otras personas que han pasado por la misma situación (Brady et al., 2016). La red de apoyo creada a través de estas sesiones es especialmente efectiva para crear motivación por parte de los cuidadores, así como para validar sus preocupaciones y dudas

(Maheshwari et al., 2020). Los pacientes pueden participar también en esta modalidad y se ha encontrado que hay mejoras significativas no solo para cuidadores sino para pacientes también (Brady et al., 2016).

Un estudio realizado en México mostró que las sesiones multi-familiares ayudan a reducir las actitudes negativas por parte de los cuidadores hacia los pacientes con TMG (Domínguez et al., 2016). Durante este estudio se llevó a cabo una intervención llamada “Familia a Familia”. Los participantes de este estudio fueron familiares y cuidadores, estos asistieron a una sesión de tres horas a la semana durante 12 semanas (Domínguez et al., 2016). Estas sesiones fueron impartidas por familiares de pacientes con el mismo diagnóstico de TMG, que recibieron entrenamiento previo en la enfermedad (Domínguez et al., 2016).

En las sesiones del programa “Familia a Familia” se trataron temas como la aceptación de la enfermedad, estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, estrategias de resolución de problemas, estrategias de autocuidado y manejo de crisis o recaídas (Domínguez et al., 2016). Además, se brindó información acerca de causas, síntomas principales y tratamientos. Como resultado de las intervenciones, hubo una reducción significativa en actitudes y emociones negativas, así como una mejora en el entendimiento de la enfermedad (Domínguez et al., 2016). En general, los familiares reportaron una mayor satisfacción y mejor conocimiento del tema (Dominguez et al., 2016).

Psicoeducación Comunitaria. Si bien las sesiones familiares de psicoeducación son útiles y muestran mejoras, pueden no ser muy convenientes en términos de costos. Por tal motivo Patel et al. (2007) proponen que un programa basado en la comunidad es más accesible y factible. En un programa comunitario de psicoeducación se brinda información a una población más extensa y heterogénea (Yadav y Kumar, 2014). En estos programas se tratan los aspectos médicos del diagnóstico, así como sus síntomas y cómo identificarlos (Yadav y Kumar, 2014). Se aborda también la prevención y posibles señales de futuras

recaídas. Además, se pueden discutir temas como estrategias de afrontamiento en caso de emergencia (Yadav y Kumar, 2014).

La psicoeducación comunitaria permite también tratar temas relacionados al estigma que llega junto con el diagnóstico y cómo combatirlo (Yadav y Kumar, 2014). En países como India, donde los recursos son limitados, esta modalidad resulta accesible y permite llegar a más personas (Yadav y Kumar, 2014). Adicionalmente, esta manera de psicoeducación es útil ya que permite desmentir los mitos culturales asociados a la enfermedad (Yadav y Kumar, 2014). El integrar los programas comunitarios de psicoeducación con técnicas de comunicación asertiva no solo reduce la ocurrencia de síntomas psicóticos y otros síntomas clínicos, sino que también permite que se recuperen funciones sociales y que el paciente se reintegre a su comunidad (Malm et al., 2003).

Psicoeducación en Línea y Uso de Videos. Un formato menos costoso para psicoeducar que las sesiones presenciales es el formato en línea. El formato en línea no solo es menos costoso, sino que permite llegar a más cantidad de personas. Esta modalidad es útil para brindar información acerca de la enfermedad y sus opciones de tratamiento, además puede incluir información de autoayuda (Brady et al., 2016). Recursos como video conferencias y videos pregrabados son útiles para este formato. El uso de videos psicoeducativos es efectivo en términos de tiempo y costo, además es bien recibido por los pacientes y sus familiares (Von Maffei et al., 2015).

Un estudio realizado en Alemania entre pacientes con esquizofrenia y desorden esquizoafectivo mostró que el uso de videos es útil para educar a los pacientes y sus familiares (Von Maffei et al., 2015). Los filmes usados en el estudio incluían información objetiva acerca de la enfermedad, así como testimonios de pacientes en recuperación (Von Maffei et al., 2015). Como parte de la información se incluyó los síntomas de la esquizofrenia, su diagnóstico y maneras para lidiar con esta enfermedad (Von Maffei et al.,

2015). También se trató causas de esquizofrenia, señales de alerta para prevenir futuras recaídas, medicación y sus posibles efectos secundarios y finalmente el impacto de la enfermedad en los cuidadores (Von Maffei et al., 2015). Como resultado, los participantes mejoraron su conocimiento acerca de la enfermedad, se adhieren mejor al tratamiento y en general pacientes y cuidadores reportaron una mejor calidad de vida (Von Maffei et al., 2015).

Una plataforma en línea que puede ser útil para psicoeducar a pacientes y familiares es YouTube. Un estudio realizado con pacientes estadounidenses mostró que esta plataforma es útil y asequible como método de psicoeducación para personas que hablan chino dentro de los EEUU (Lam et al., 2017). Se publicaron videos de menos de una hora en los que se hablaba de qué es la psicosis, sus causas y síntomas, así como la importancia que tienen los familiares y cuidadores, opciones de tratamiento, mitos de la enfermedad y qué hacer en caso de emergencia (Lam et al., 2017). Con este estudio se encontró que YouTube es una plataforma útil sobre todo para fomentar la búsqueda y adherencia al tratamiento, así como para combatir el estigma que rodea a enfermedades como la esquizofrenia (Lam et al., 2017).

Descripción del Desafío

Después de investigar acerca de los distintos modelos y formatos de psicoeducación es importante analizar cuál es el más adecuado para la población ecuatoriana. Para diseñar el programa óptimo de psicoeducación para los familiares de pacientes con TMG en Ecuador, es importante tomar en cuenta la información antes mencionada acerca de la población ecuatoriana. Es por este motivo que las autoras se plantearon como segundo desafío el encontrar la mejor manera de psicoeducar a la población ecuatoriana, que responda a sus necesidades y contexto cultural.

Conclusión

Como está dicho anteriormente, el MSP planteó el desafío de crear un manual de psicoeducación para familiares de pacientes con TMG. Con este manual, el MSP espera lograr mejorar la calidad de vida y pronóstico de pacientes con estos trastornos y de sus familias (M. Troya, comunicación personal, 17 de marzo, 2020). En el proceso de investigación se analizó la problemática de la cual surgieron dos desafíos principales. El primer desafío consiste en definir los temas que deben ser incluidos en el manual y en encontrar la manera más adecuada de presentarlos. El segundo desafío consiste en proponer un formato y modelo efectivo de psicoeducación que se ajuste a las necesidades de la población ecuatoriana. Para el desarrollo de los desafíos, es importante primero entender el contexto social, cultural y educacional de la población ecuatoriana.

En este capítulo se analizó la situación de salud mental en Ecuador, así como los niveles de escolaridad y tasas de alfabetización. También se analizaron datos acerca del acceso a tecnología, hábitos de lectura y distintas lenguas habladas en el Ecuador. Además, se investigó acerca de manuales que han tenido éxito en otros países y se concluyó que para que un manual tenga éxito, este debe adaptarse al contexto de la población a la cual va dirigido (Mutiso et al., 2019). Finalmente se investigó acerca de los formatos y modalidades de psicoeducación disponibles y se encontró que los modelos comunitarios de psicoeducación son efectivos y menos costosos (Yadav y Kumar, 2014; Malm et al., 2003; Patel et al., 2007). Además, se encontró que formatos alternativos de psicoeducación en línea, así como los vídeos psicoeducativos también son efectivos (Brady et al., 2016; Von Maffei et al., 2015).

Después de investigar algunas características de la población ecuatoriana y de integrar esta información con la visión de familiares de pacientes con TMG entrevistados, se pudieron identificar ciertas problemáticas que influyen en el desarrollo de los desafíos.

Las características heterogéneas de la población ecuatoriana sugieren que es necesario crear un manual que sea accesible y entendible para todos, independientemente de su nivel socioeconómico, su nivel de educación y su lugar de residencia. Por tal motivo, en el siguiente capítulo no sólo se abordarán los temas que deben ir incluidos en un manual de psicoeducación, sino también se describirá la manera en que estos temas deben ser comunicados. Además, después de analizar las distintas formas de psicoeducar y su efectividad, se encontró que existen otras maneras de psicoeducar que pueden ser más accesibles para la población ecuatoriana, por esto, en el siguiente capítulo se hablará de una propuesta de psicoeducación integral.

CAPÍTULO 4

Propuesta

De acuerdo con las problemáticas expuestas en el capítulo anterior, se han tomado diferentes consideraciones para elaborar la propuesta enfocada a las necesidades del MSP. Como punto de partida, es importante resaltar la heterogeneidad de nuestro país en cuanto a cultura, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad y acceso a la salud por parte de los ciudadanos. Por lo que, la revisión de literatura y datos estadísticos en relación con estos factores mencionados confirman que existe una distinción entre la población importante a la cual se está dirigiendo esta propuesta. Dado esto, se debe tomar en cuenta que para la elaboración de un manual dirigido a los familiares de los afectados con un TMG, se debe considerar la cosmovisión a la que pertenecen y su diversidad étnica que difiere entre provincias. Dado este contexto, se debe considerar modelos de manuales que se puedan adaptar a la realidad cultural presente.

Importancia de la Salud Física y Salud Mental

Dado el contexto de salud mental dentro de nuestro país, se ha podido evidenciar que existe más atención para la salud física contrarrestando a la salud mental. Se debe considerar que las enfermedades mentales pueden causar un mismo impacto que una enfermedad física dentro de la vida de un paciente. Por lo que, la Nursing, Midwifery and Allied Health Profession Policy Unit (NMAHPPU, 2016) menciona que las enfermedades físicas y mentales tienen una relación estrecha entre ellas ya que, ambas son perjudiciales para la persona que la padezca. Se ha encontrado evidencia de que las enfermedades mentales por un largo período de tiempo se consideran como un factor de riesgo para desarrollar una afección física (NMAHPPU, 2016). De manera que, el tener una buena salud mental puede favorecer al cuidado de la salud física, es decir, interactúan entre sí simultáneamente. Por lo que, es necesario que el mundo sea más consciente de la importancia de esta en la vida de las

personas. No obstante, se ha encontrado una dificultad en integrar la salud física y mental por factores como: barreras institucionales y culturales, el sistema económico para la atención en cada área (física y mental), obteniendo como resultado un sistema desconectado entre los mismos ya que, los servicios de salud se centran en las necesidades de salud física y después en la mental (Naylor et al., 2016).

Asimismo, relacionado a lo antes expuesto, se ha encontrado un sistema dependiente entre la salud física y mental. Dentro de esta relación existen determinantes sociales como la pobreza, aislamiento social y discriminación (Naylor et al., 2016). Al analizar estos factores se puede relacionar con las situaciones que presenta la población dentro de nuestro país. Por lo que, cuando una persona padece de una enfermedad física crónica tiene un impacto en su salud mental por las afecciones que estas pueden causar dentro de la vida del paciente (Naylor et al., 2016). Por ejemplo, un paciente oncológico es propenso a desencadenar enfermedades mentales por surgimiento de emociones negativas las cuales se pueden percibir como ansiedad o depresión como estrategia de afrontamiento ante esta enfermedad (Gómez, 2007). Por lo que, la salud física no solo se limita a cumplir criterios diagnósticos y efectuar un tratamiento, sino se ha visto que tienen una dimensión psicológica cuando implican una nueva adaptación en la vida del paciente (Naylor et al., 2016).

Por otro lado, haciendo énfasis en la relación existente, podemos contemplar la conexión inversa entre salud mental y salud física, recalcando que ambas tienen una dependencia cíclica entre sí. Los pacientes con TMG o crónicos se ven afectados por los efectos secundarios que la medicación de los tratamientos para ellos. De manera que, la salud física se ve afectada por ellos, por ejemplo, las medicaciones psicotrópicas tienen riesgo de causar obesidad en las personas que consuman este tipo de fármacos (Naylor et al., 2016). Por lo que se considera importante mencionar, que las barreras en cuanto al acceso de salud mental a causa del estigma pueden muchas veces ocasionar “la sombra de diagnóstico”, en

otras palabras, significa que un gran número de personas con diagnósticos relacionados a enfermedades mentales no han sido descubiertos (Naylor et al., 2016). La mayoría de las personas posee síntomas físicos sin una respuesta biológica clara, de manera que se ven relacionadas a un componente psicológico importante (Naylor et al., 2016). Estas sintomatologías en su mayoría son tratadas por diferentes expertos en cuanto a salud física, por la minimización de la salud mental, en primera instancia se considera a la enfermedad física para un diagnóstico, lo cual ocasiona un problema en el avance de la enfermedad y los malos diagnósticos o en otros casos diagnósticos tardíos. A los síntomas que no se pueden definir de manera directa se los relaciona con el concepto de “síntomas médicos inexplicables” los cuales se presentan en consulta de manera frecuente (Naylor et al., 2016).

La importancia de considerar a la enfermedad mental como a las enfermedades físicas es el ahorro de recursos en el sistema de salud y se podría manejar el diagnóstico de mejor manera con los familiares y/o cuidador primario. Muchos pacientes han mencionado que han tenido que insistir para tener un apoyo psicológico por una enfermedad física o cuando su salud mental se ha visto deteriorada y no podía ser ignorada por los demás (Naylor et al., 2016). De manera que, al transformar este sistema lineal de salud, puede mejorar los pronósticos de salud física dando la misma importancia a las afecciones mentales. Así es como Naylor et al (2016) menciona que tener un enfoque integrativo entre ellas “implicaría que los profesionales anticiparon cómo y cuando las condiciones de salud física podrían tener un impacto en la salud mental (o viceversa) y surgirían medidas preventivas apropiadas” (p. 16). Las enfermedades mentales causan las mismas molestias o incluso podrían ser más severas en cuanto a la función de la persona; sin embargo, entender la importancia de la salud mental como la física puede mejorar la atención de las personas que trabajan con el paciente y el cuidador, obteniendo logros importantes dentro de la vida del paciente (Naylor et al., 2016). Por lo que, los familiares al ser los compañeros tanto en un diagnóstico de enfermedad

física y/o mental necesitan muchas veces de un apoyo externo, es decir, herramientas que puedan solventar dudas que se van generando de acuerdo con el diagnóstico.

Primer Desafío

Población Heterogénea

Anteriormente, hemos mencionado diversas características de la audiencia a la que va dirigido el manual de psicoeducación como: alfabetización, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, regionalización, cultura y lenguaje. Debido a esto consideramos a esta población como heterogénea, recalcando sus diferentes atributos. Es notable que el nivel de alfabetización ha incrementado en los últimos años en un 1.7% entre los años 2014 y 2017 (INEC, 2018). Incluyendo el hecho de que en la zona urbana existe un 96.7% y en la zona rural un 88.2% de alfabetización; sin embargo, todavía existe un porcentaje que no dispone de la misma (INEC, 2018). Es importante reconocer que un importante número de personas en la zona rural carecen de habilidades lectoras y aritméticas, y que, además, la población que más se ve necesitada de alfabetización es la indígena. La falta de alfabetización se puede ver influenciada por la inasistencia a clases a partir de los 15 años, sea por falta de recursos económicos, enfermedad y discapacidad, o por realizar quehaceres del hogar (Antamba Chacua, 2015). Por lo que, es importante contemplar que no todos los ciudadanos han obtenido bases académicas, especialmente de lectura, la cual es necesaria para la comprensión de los diferentes manuales. No obstante, también existe población que se encuentra beneficiada por la alfabetización y el nivel de escolaridad, incluyendo el acceso tanto a servicios de salud como educativos.

Es relevante recordar que existen personas que acuden a centros como San Lázaro que no tienen los recursos suficientes para recurrir a una atención privada, por lo que asisten a instituciones públicas para una atención gratuita. Esto lo mencionamos tomando en cuenta las entrevistas realizadas en este centro a cuatro familiares. De las cuales, tres de las cuatro

entrevistas pertenecían a personas que no disponían de los recursos económicos para cubrir los gastos de un tratamiento privado. A diferencia de la otra persona que si disponía de los recursos para afrontar el costo de especialistas a nivel nacional para finalmente recibir un diagnóstico para su hijo. De esta manera, observamos la influencia que tiene el nivel socioeconómico en la población, ya que de eso influencia a dónde se puede acudir el momento de necesitar tratamientos de salud públicos o privados.

De igual forma, es importante recalcar que en el Ecuador existen cuatro regiones; costa, sierra, oriente e insular, lo cual difiere en la información que se proporciona a cada una de ellas, debido a sus diversas percepciones, creencias y posición geográfica. Es por esto que es fundamental mencionar que Ecuador consta dentro de los países con mayor porcentaje de población indígena entre el 40% al 70% (Rodríguez et al., 2009). De esta manera, dentro de las diferentes regiones existen distintas culturas lo cual conlleva a tener diversas concepciones sobre las enfermedades mentales y cómo tratarlas. De esta manera, como se mencionó antes, especialmente la región amazónica consta de diversas concepciones sobre las enfermedades mentales y las enfermedades físicas. Considerando esto podemos remontarnos al estudio de Mantovani et al. (2016), el cual recalca la influencia de las comunidades religiosas en factores como el estigma y la búsqueda de ayuda de servicios psicológicos.

Además, el Ecuador es considerado como un Estado plurinacional e intercultural con diversos pueblos y nacionalidades indígenas, con sus propias tradiciones, costumbres y lenguas (MCP, 2019). Por lo que dentro del país existen múltiples lenguas en cada región, siendo considerado el español como la lengua oficial. Sin embargo, existen otras 14 lenguas que se encuentran contempladas dentro del Currículo Nacional del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe, las cuales se deberían tomar en cuenta al momento de preservar la cultura y la lengua respectiva en cada sector del Ecuador. Lo cual significa que es necesario

contemplar la presencia de las distintas regiones, culturas, tradiciones y lenguas al momento de direccionar la información para un manual de psicoeducación.

Consideraciones para el Manual de Psicoeducación

Goldstein et al. (2012) menciona diversas directrices paso a paso para llevar un proceso de adaptación de un manual, el cual está enfocado hacia un tratamiento clínico. Sin embargo, tomaremos a consideración algunos de los puntos para una correcta adaptación y creación de un manual de psicoeducación para familiares con TMG. Primero, es importante elegir un manual base para la adaptación, identificando las necesidades de la población, una intervención con apoyo empírico, rescatar toda bibliografía e información que pueda ayudar de la mano de la revisión de toda la teoría a utilizar (Goldstein et al., 2012). Segundo, realizar un grupo focal con la población a la que va dirigido el manual, antes de la adaptación inicial, así mismo, se pretenderá recibir retroalimentación sobre el contenido y la estructura (Goldstein et al., 2012). Tercero, iniciar con las revisiones del manual respecto a los cambios correspondientes de contenido o estructura, buscando la mayor comprensión posible de la audiencia (Goldstein et al., 2012). Otro de los pasos importantes es, realizar un grupo focal de facilitadores, es decir, presentar el manual a los posibles facilitadores, como médicos generales, enfermeras/os, psicólogos, o cualquier miembro del sistema de salud (Goldstein et al., 2012). Por último, es necesario obtener una revisión de expertos del manual revisado antes de ejecutarlo (Goldstein et al., 2012).

Es así como, debido a que nuestra audiencia es heterogénea, es necesario tomar ciertas consideraciones mencionadas en el capítulo anterior para iniciar un proceso de realización de un manual de psicoeducación. Por lo que, tomando como ejemplo la Guía de intervención del programa de acción mundial sobre la salud mental realizado por la OMS y el estudio de Directrices para adaptar las intervenciones manuales a las nuevas poblaciones destinatarias, es fundamental hacer una adaptación para la audiencia a la que va dirigido el

manual (Goldstein et al., 2012; Mutiso et al., 2019). Para esto es necesario seleccionar un equipo multidisciplinario de profesionales especialistas en salud mental, como psiquiatras y psicólogos clínicos, enfermeros y un oficial clínico analista, el cual tenga como función evaluar cada interrogante para corroborar que el lenguaje empleado sea el más comprensible especialmente para los familiares de personas con TMG (Mutiso et al., 2019).

Es por esto, que dentro de la población a la que va dirigida se debe contemplar la influencia de las lenguas presentes en el Ecuador, de las expresiones que existen en las diversas culturas antes mencionadas e incluyendo el nivel socioeconómico que podrían o no disponer para una mejor adaptación del manual de psicoeducación. Para lo cual nos ayudará también, la semiología, la cual “aborda temas como la interpretación de los lenguajes, y la producción de sentido a través de los mismos” (Chacón y Morales, 2014, p. 4). Incluyendo el hecho de que estudia los fenómenos significantes que ayudarán a brindar un mayor entendimiento entre las distintas lenguas en el Ecuador y una mejor interpretación del mensaje que se pretende transmitir a la población (Chacón y Morales, 2014). Además, considerar las distintas características de la audiencia es elemental para realizar una correcta adaptación hacia la población ecuatoriana. De esta manera, es preciso conocer la capacidad de acceso a personal médico de atención primaria para una valoración de síntomas y derivación a un especialista de salud mental dependiendo del caso, evitando así una dificultad de diagnóstico tardío y de acceso a tratamiento.

Propuesta Temario para Manual de Psicoeducación

Después de haber realizado un análisis de varios manuales mencionados en capítulos anteriores se encontró semejanzas de algunos temas importantes para una mejor psicoeducación. Como se aludió en el capítulo uno respecto a la psicoeducación, es necesario brindar información de la enfermedad tanto al paciente como a su familia, con el fin de aportar con herramientas y técnicas de afrontamiento, comunicación efectiva y resolución de

conflictos alrededor de los TMG. De esta manera, guiándonos por los temas centrales mencionados en el capítulo anterior se propone los siguientes temas con su respectiva justificación para el manual de psicoeducación para familiares con TMG:

Tabla 3

Temario Propuesto

| Tema | Justificación | Características adicionales |
|--|---|-----------------------------|
| ¿Qué es un trastorno mental grave? | Dado que el manual de psicoeducación para familiares va dirigido específicamente para estos trastornos, es necesario definir lo que es un TMG y su clasificación. Específicamente los trastornos que se encuentran contemplados en los códigos F.20 al F.29 del CIE-10. | |
| Contexto cultural del Ecuador | Debido a las diversas culturas, tradiciones, creencias y cosmovisiones que existen en el Ecuador, es recomendable que se mencione cómo estas pueden influenciar al momento de concebir un TMG en la comunidad. | |
| Diferencia entre enfermedad psicológica y física | Es necesario recalcar las similitudes y diferencias que existen entre una enfermedad psicológica y física al momento de realizar un diagnóstico diferencial, incluyendo el tratamiento que se podría efectuar en el paciente. | |

| Tema | Justificación | Características adicionales |
|------------------------|--|---|
| Diversas etiologías | Al referirnos a un manual de psicoeducación, es importante mencionar las posibles causas o etiologías de los TMG. | Factores genéticos Ambientales Familiares y sociales Fisiopatología Epidemiología |
| Síntomas relacionados | Los TMG se encuentran relacionados a los trastornos psicóticos y algunos trastornos de la personalidad. Los que poseen una combinación de alteraciones de la percepción, pensamiento, conducta, emociones y relaciones interpersonales que pueden afectar de diversa manera a cada persona (OMS, 2019). Es importante recalcar algunos síntomas en común, como los delirios y alucinaciones, incluyendo la afeción que pueden llegar a tener en los pacientes. | |
| Posibles consecuencias | Es importante explicar la cronicidad de los síntomas y su efecto en las capacidades de la persona al momento de interactuar con otros y realizar las actividades cotidianas (Profesionales de la Salud Mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial, 2011). | Disfuncionalidad Estigma Riesgo de suicidio |

| Tema | Justificación | Características adicionales |
|---|---|---|
| | Por lo que se puede profundizar específicamente en los temas siguientes | |
| Factores agravantes de posibles recaídas | Uno de los objetivos del manual de psicoeducación para familiares de TMG es la prevención de recaídas en pacientes (M., Troya, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Por lo que es necesario explicar y describir brevemente cuales pueden ser estos factores: | Estrés sociocultural: pobreza, falta de vivienda. Angustia relacionada con los síntomas psicóticos y la de los familiares. Comunicación de la emoción expresada por los familiares: falta de asertividad y validación. Falta de psicoeducación para los familiares o cuidadores. Falta de redes de apoyo. |
| Factores de protección para prevenir futuras recaídas | Es importante mencionar cuales son algunos de los factores de protección que pueden ayudar a que los síntomas no se exacerben, como: | Adherencia a la medicación. Tener un empleo o alguna ocupación fija. Redes de apoyo, especialmente el ambiente familiar. |

| Tema | Justificación | Características adicionales |
|---|--|---|
| | | Comprensión de la enfermedad, psicoeducación. |
| Tratamientos: farmacológicos y terapéuticos | Un TMG requiere tratamiento sea farmacológico o no, por lo que es fundamental explicar y describir cada uno de ellos, de la mano de sus beneficios y desventajas: | Psicofármacos: descripción, importancia del proceso. Psicoterapia: descripción, importancia de la terapia. |
| Importancia del apoyo familiar y social: ¿Cómo hacerlo? | Es fundamental recordar que el manual va dirigido a los familiares de personas con TMG, por lo que es necesario proporcionar el reconocimiento necesario por brindar su ayuda al paciente. Además de sugerir estrategias para saber cómo lidiar con el trastorno y qué hacer en caso de una recaída. | |
| Información de contacto | Después de haber recibido todo este reporte, es importante que se brinde información para comunicar los espacios disponibles a los cuales pueden acudir tanto los familiares como personas con TMG para recibir un acompañamiento adicional del alcance de este manual. | |

Formato de Presentación del Contenido para el Manual de Psicoeducación

Según Carlos Rodríguez (2009), el diseño gráfico cumple un rol importante en la educación, ya que contribuye a la enseñanza, con la finalidad de lograr un mejor aprendizaje a través de los principios del diseño gráfico. En este caso, es importante tomar en cuenta aspectos de la población a la que va dirigida el manual, por lo que las herramientas que serán presentadas deben adecuarse al nivel educativo, cultural, y socioeconómico los familiares a los cuales irá dirigido el manual. Es importante que el material resulte agradable, fácil de usar y auto explicativo, para que los usuarios puedan usarlos inmediatamente sin necesidad de realizar una lectura exhaustiva de los manuales (Graells, 2002). Adicionalmente, el material debe tener una versatilidad didáctica, de manera que se adapte a las circunstancias con una exploración guiada (Graells, 2002).

Es por lo antes mencionado que el diseño multimedia juega un papel importante en la educación, ya que el momento de plasmar información en algún material impreso, la audiencia tiene que ser capaz de comprender fácilmente el material de manera didáctica. La presentación visual es de suma importancia a primera vista para el lector, ya que como se demostró en el estudio de Angiolillo y Roberts (1991), las herramientas como: tablas títulos y una buena organización, ayudan al usuario a encontrar rápidamente la información que están buscando y determinan la manera en la que el usuario juzga el material y la facilidad que le proporciona usarlo. A continuación, se analizará el uso de herramientas multimedia combinadas con estrategias de enseñanza didácticas para lograr una efectiva representación visual del temario en el manual a realizar.

Herramientas Multimedia para la Psicoeducación. La multimedia hace referencia a cualquier sistema u objeto que utiliza medios de expresión físicos o digitales, donde se combinan texto, gráficos, figuras, imágenes, y fotografía, con el fin de crear un vínculo

participativo con el usuario (Behocaray, 2013). Se considera que los materiales didácticos multimedia combinados con el uso de analogías, cómics e infografías resultan atractivos para la audiencia, con el objetivo de mantener la atención y el interés de los usuarios (Graells, 2002). Esto significa que, a través de estas herramientas, se logra captar la atención del usuario y alcanzar un mayor entendimiento de la información presentada en el manual. Es posible obtener un aprendizaje de carácter educativo cuando la cantidad de conocimiento que se transmite a través de material físico o virtual se fusiona con los principios de diseño gráfico para lograr una mejor concepción del material de forma visual (Rodríguez, 2009).

Texto y Uso de Analogías. Para lograr un uso adecuado del texto se debe tomar en cuenta la población a la que va dirigida el manual. Esto hace referencia a la adecuación del material a los destinatarios, donde se tendrá en cuenta las características y circunstancias de los individuos a los que va dirigido (Graells, 2002). El uso del texto se refiere a una síntesis clara e incisiva, acompañada de una argumentación coherente para que exista entendimiento (Rodríguez, 2009). Es por eso, que adecuándose a la población que en este caso, es de poco o ningún conocimiento respecto al tema, la cantidad de texto y el número de páginas del manual deben ser cortas. Se recomienda que la información presentada contenga la menor cantidad de texto y páginas que sea posible, ya que como se evidencia en el estudio de Angiolillo y Roberts (1991), el usuario puede “ver y sentir” el contenido del manual a simple vista, lo que quiere decir que si el usuario echa un vistazo a un manual extenso con una enorme cantidad de texto, es muy posible que pierda el interés y ni siquiera sienta deseos de leerlo.

Una herramienta que puede ser representada de forma textual es el uso de analogías. Las analogías son comparaciones entre dominios de conocimientos que mantienen una cierta relación de semejanza entre sí (Oliva et al., 2001). Se consideran herramientas frecuentes de pensamiento y muy importantes en el ámbito de la enseñanza, ya que, desde el punto de vista

educativo, ayudan a comprender alguna noción desconocida, que comparada con otra más familiar o conocida facilita su comprensión (Oliva et al., 2001). Esto quiere decir que, al realizar una comparación de algo desconocido con un aspecto familiar al de la audiencia, se logra un mejor entendimiento. Es por lo antes mencionado, que se recomienda el uso variado de analogías como herramienta indispensable para el manual. Un ejemplo podría ser el simple hecho de realizar una comparación de una enfermedad mental con una enfermedad física, de manera que se compara el proceso que debe seguirse cuando alguien contrae una gripe (hecho conocido) con el proceso que se debe seguir cuando alguien tiene una enfermedad mental (hecho desconocido). Cabe recalcar que las analogías podrán ser representadas no sólo a través de herramientas textuales, sino también, a través de infografías, mapas conceptuales, gráficos, tablas, figuras y demás herramientas didácticas. A continuación, en forma de ejemplo, se representa la analogía antes mencionada:

Tabla 4

Ejemplo de analogía de una enfermedad física y una enfermedad mental.

| Enfermedad física (Gripe) | Enfermedad mental (Depresión) |
|---|---|
| 1. Se busca ayuda profesional (médico) | 1. Se busca ayuda profesional (psicólogo o psiquiatra) |
| 2. El profesional emite una consulta para evaluación del paciente | 2. El profesional emite una consulta para evaluación del paciente |
| 3. Se emite un diagnóstico | 3. Se emite un diagnóstico |
| 4. Se emite un tratamiento como medicina para la gripe | 4. Se emite un tratamiento como terapia o el uso de fármacos. |

Nota. Esta tabla representa un ejemplo recomendado de analogía para ser aplicado en el manual de psicoeducación. Adicionalmente se sugiere que este ejemplo se represente a través de formatos didácticos como la ilustración, fotografía o cómic.

Gráficos, Figuras y Uso de Infografías. En cuanto al uso de gráficos y figuras, en el estudio de Angiolillo y Roberts (1991), se encontró que existe una alta correlación entre el número de figuras y la preferencia de la audiencia. Esto quiere decir que mientras más figuras se encontraban en el manual, la preferencia de los individuos aumentaba. El ojo humano está preparado para captar diversa información y construir lenguajes gráficos más potentes con campos semánticos para favorecer el aprendizaje y la comunicación (Graells, 2002). Se puede encontrar un ejemplo en un diseño de Graells (2002), donde menciona que los gráficos, mapas, útiles de dibujo y demás son materiales desarrollan la inteligencia espacial, basándose en la teoría de inteligencias múltiples. Esto quiere decir que, debido a que la información se encuentra organizada a través de gráficos o mapas organizados, se desarrollan aspectos de la inteligencia espacial para una mayor comprensión.

Un ejemplo del uso de gráficos y figuras son las infografías, las mismas que desde la historia surgieron como un medio de acceso que permitía a la población analfabeta poder ver dibujos e interpretarlos (Valero Sancho, 2009). Según José Luis Valero Sancho (2009), “es una forma de transmisión de conocimiento igual de efectiva que los sistemas lingüísticos literales”. La transmisión de este conocimiento es posible a través del proceso de 3 etapas; primero se capta un estímulo exterior como por ejemplo una imagen, para luego formar una imagen perceptiva, que es lo que nosotros percibimos en cuanto a las propiedades de lo observado y finalmente reconocer el contenido, dependiendo de sus características, identificar lo que es (Pérez, 1999). Las infografías, al igual que los mapas conceptuales, facilitan a comprensión y divulgación de relatos como descripciones, narraciones o interpretaciones, adaptando la forma y recursos al sistema más apropiado para que sea fácil de entender y agrupar las ideas más importantes (Valero Sancho, 2009).

Las infografías como productos comunicativos ya sean visuales o auditivos, son elaborados a partir de elementos icónicos que permitan la fácil comprensión de los

acontecimientos, acciones o sucesos que se está presentando (Valero Sancho, 2001). De esta manera se sustituye al texto informativo, para que pueda ser de fácil comprensión a la población en general, incluyendo la población analfabeta. Es por lo antes mencionado que, para la elaboración del manual, se recomienda el uso de infografías, con el objetivo de llegar a la población, especialmente la que mantiene características de analfabetismo y lograr una mejor organización del material presentado que facilite el aprendizaje visual de la audiencia.

Imágenes y Uso de Cómics. El uso de imágenes como dibujos, fotografías y demás es importante ya que cuando se trata de individuos de nivel educativo muy bajo, la herramienta multimedia debe ser sencilla (Graells, 2002). Esto representa un punto importante en la población de carácter analfabeto, ya que, los individuos que no saben leer se apoyan en imágenes para su comprensión (Graells, 2002). Es por esto que se recomienda una alta cantidad de imágenes e ilustraciones para el manual de psicoeducación. En lo posible, se sugiere que la cantidad de imágenes supere la cantidad de texto presentado, para atraer atención e interés en el tema presentado a la audiencia (Behocaray, 2013). De igual manera, se recomienda que las imágenes sean adaptadas a los medios culturales de la audiencia, ya que como se ha mencionado en capítulos previos, todas las herramientas deben ser adaptadas al contexto cultural de la audiencia.

La adaptación cultural tiene que ver con la semiótica, tal como se ha observado en el apartado anterior. Su importancia se demuestra a través de un estudio de semiosis, que relaciona la comprensión e influencia que tienen las imágenes en las personas, tomando en cuenta la cultura a la cual pertenecía (Chacón y Morales, 2014). Como conclusión del estudio, se encontró que diferentes formatos expresivos como la fotografía o cualquier otro estímulo visual implican varios sistemas de signos como pensamientos, recuerdos y experiencias (Chacón y Morales, 2014). Esto quiere decir que el momento en el que el espectador contempla una imagen, entra en juego con sus experiencias y conocimientos

particulares que le dan un significado (Chacón y Morales, 2014). A esto se debe la importancia de incluir en el manual, imágenes con las que los familiares puedan sentirse identificados con su situación y medio cultural para lograr un mayor aprendizaje del material. Como se señala en el texto, “Todo lo que la mente humana percibe e interpreta, está condicionado por el aprendizaje, la historia personal, experiencias previas, las fantasías y las frustraciones que incluyen en las expectativas acerca de las percepciones futuras” (Álvarez de Prada, 2006, p.75).

Un medio de comunicación que resultaría efectivo y que resaltaría el componente cultural para cada región del Ecuador son los cómics. Los mismos que al incluir gráficos, figuras e imágenes han tenido un alto poder de atracción durante varias décadas incluso hasta ahora (Guzmán, 2011). Su influencia no solo resalta En el mundo infantil y juvenil, sino también en al adulto (Guzmán, 2011). El uso del cómic como medio narrativo de comunicación social cuenta historias y sucesos, donde se combinan imágenes y textos para transmisión de un mensaje global (Guzmán, 2011). Debido a que es posible que el cómic pueda aparecer sin palabras (historietas mudas) sin perder su valor comunicativo, resulta útil a nivel global (Guzmán, 2011). Esto quiere decir que el uso del cómic es una excelente herramienta didáctica para ser aplicada al manual, ya que, a través de figuras, imágenes y sin necesidad de incluir texto, facilita el entendimiento y comprensión del porcentaje de la población analfabeta que existe en el país. Además, el cómic tiene la capacidad de poder representar vivencias de las diferentes culturas a través de ilustraciones personalizadas para cada región, lo que facilitará la comprensión de las diferentes poblaciones. Un ejemplo para la utilización de comics podría ser el simple hecho de que los personajes presentados utilicen la misma vestimenta que su audiencia o se encuentren en un lugar similar al que se encuentra habitando la audiencia. De esta manera no solo llamaría su atención, sino que facilitaría su aprendizaje.

Segundo Desafío

De acuerdo con las entrevistas realizadas y mencionadas con anterioridad, se pudo evidenciar que los familiares de personas con TMG prefieren obtener información por medio de un formato diferente al de un manual, específicamente por un medio audiovisual. De igual manera, considerando el porcentaje de alfabetización del país, los niveles bajos de educación y los hábitos de lectura que la población mantiene, se puede concluir que un manual no es precisamente la herramienta más asequible y útil en el contexto del Ecuador.

Psicoeducación mediante videos didácticos

Después de investigar acerca de maneras efectivas de psicoeducar y de integrar esta información con las necesidades de la población ecuatoriana, se sugiere realizar videos psicoeducativos. Estos videos pueden ser distribuidos en varios medios con la finalidad de tener un mayor alcance.

Contenido. En cada video se recomienda agrupar los trastornos mentales graves en dos categorías tal y como se encuentra en el DSM V: trastornos de psicosis y trastornos del estado de ánimo. Se considera apropiado dividir los videos por temas y presentarlos bajo un orden específico para lograr un mejor entendimiento.

El primer tema es la definición de la enfermedad junto con los síntomas que se manifiestan, mencionando cada trastorno individualmente; el segundo tema cubrirá las causas, los factores agravantes, los factores de protección junto con el pronóstico de la enfermedad; el tercer tema incluye los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos disponibles y efectivos para cada trastorno haciendo mención a los posibles efectos secundarios de los medicamentos; el cuarto tema envuelve recomendaciones para los familiares de cómo actuar en caso de una recaída o una crisis del paciente; el quinto tema presenta técnicas de afrontamiento, de resolución de problemas y de comunicación efectiva y finalmente, el sexto tema expone testimonios de pacientes y familiares que han vivido con los

trastornos a tratar en los videos, se pretende que brinden información útil de cómo lograr llevar una vida funcional y estable junto con la enfermedad.

Sin embargo, se aconseja la inclusión de testimonios dentro de cada video, así como de declaraciones por parte de profesionales (psicólogos, psiquiatras o doctores) especialmente en el tema de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, teniendo en consideración los elementos y principios de la persuasión aludidos por Myers (2005), los cuales sostienen que la misma muchas veces depende de quién comunica el mensaje y la credibilidad de este aumenta si proviene de un experto, de un recurso científico o de un sujeto con autoridad. Por otro lado, como se expuso en el capítulo anterior, la mayor parte de intervenciones o programas psicoeducativos son dictados por un profesional de la salud o en algunos casos por varios, interdisciplinariamente.

Duración. La duración sugerida de cada vídeo es de 5 a 10 minutos, teniendo en cuenta un estudio basado en el compromiso de las personas en los videos, en el cual se consideraron 6.9 millones de sesiones de observación de videos educativos y se concluye que el tiempo medio de compromiso es de 6 minutos y que los vídeos cortos son más atractivos (Guo et al., 2014).

Por otra parte, en un estudio en el cual se publicaron tres vídeos psicoeducativos en relación con la esquizofrenia y de la psicosis con la finalidad de evaluar su acogida, se produjeron videos de 48 minutos, pero encontraron que el tiempo promedio que las personas vieron los mismos fue de 5.22 (esquizofrenia), 8.35 (psicosis) y 5.58 minutos (tratamiento de psicosis). No obstante, su objetivo era el llegar a personas menores de 34 años y este grupo en promedio, tiene una duración de vista de los videos mayor que el promedio general. Estos resultados confirman el estudio anterior dando soporte a la sugerencia presentada.

Debido al corto tiempo de compromiso en los videos por parte de las personas y considerando la gran cantidad de información que abarca cada tema propuesto, es posible

realizar dos vídeos por cada tema planteado: uno comprendiendo los trastornos de psicosis y el otro conteniendo los trastornos de ánimo. De manera que, sería: Video 1: Definición y síntomas de los trastornos de psicosis, video 2: Definición y síntomas de los trastornos de ánimo, video 3: Causas, factores agravantes y de protección junto con el pronóstico de los trastornos de psicosis, video 4: Causas, factores agravantes y de protección junto con el pronóstico de los trastornos de ánimo y así sucesivamente.

Publicación y Distribución de Videos. Estos videos pueden ser publicados en youtube, plataforma cuya efectividad como método de educación ha sido comprobada (Lam et al., 2017; Moghavvemi et al., 2018). También en cadenas de televisión, método preferido para obtener información psicoeducativa por parte de los familiares de personas con TMG de acuerdo con las entrevistas mencionadas en el capítulo anterior. Otra opción son las pantallas ubicadas en las instituciones públicas del gobierno (como el ministerio de salud, hospitales psiquiátricos y públicos, etc.) en las cuales acuden un número considerable de personas a diario y por último, en una plataforma de salud mental en línea, la cual será propuesta y explicada más detalladamente a continuación.

Intervenciones Grupales

Una proposición adicional es la realización de reuniones o intervenciones grupales conformadas por los familiares de pacientes con TMG. El objetivo de este proyecto sería que estas personas cuenten con un espacio donde puedan compartir estrategias efectivas, dudas y vivencias personales en relación con el manejo del trastorno y que de esta manera, se genere un campo de aprendizaje en base a las experiencias o conocimientos de los demás.

Adicionalmente, este modelo de psicoeducación permite la creación de una red de apoyo entre las familias y cuidadores (Maheshwari et al., 2020). Este método se basa en la psicoeducación multifamiliar y seguiría un formato similar a la intervención “Familia a Familia” llevada a cabo en México (Domínguez et al., 2016).

Creación de Plataforma de Salud Mental en Línea

Como se ha enfatizado a lo largo de este trabajo, los desórdenes mentales representan un asunto de salud pública al que se le debe prestar mucha atención y que debe ser tratado (Iorfino et al., 2019). Gracias a las innovaciones tecnológicas, el internet puede ser un medio que transforme la manera en que se provee cuidados mentales e información acerca de salud mental a nivel nacional (Iorfino et al., 2019). El internet es un medio que permitiría superar ciertas barreras del cuidado clínico convencional, sobre todo barreras de tiempo, lugar y disponibilidad limitada (Iorfino et al., 2019). Además, las intervenciones por medio del internet han mostrado ser moderadamente efectivas en la reducción de síntomas (Hensel et al, 2019). Es por esto que, como parte de la propuesta de psicoeducación integral se sugiere la creación de una plataforma en línea que complemente los videos de psicoeducación y que sea útil tanto para pacientes como para sus cuidadores y familiares. A continuación se discutirán los contenidos y el diseño que se sugieren para esta plataforma, además se brindarán ejemplos de plataformas ya existentes para que puedan ser usadas como guía.

Beneficios de la Creación de una Plataforma en Línea. El internet puede ser un medio efectivo para brindar cuidados e información de salud mental (Iorfino et al., 2019). Específicamente, el internet puede ser un medio útil para detección e intervenciones tempranas en personas con trastornos mentales (Iorfino et al., 2019). En general, la trayectoria de los trastornos mentales es modificable dependiendo de los cuidados tomados, es por esto, que la detección e intervención temprana son de suma importancia, ya que evitan que la enfermedad empeore (Iorfino et al., 2019). La creación de una plataforma en línea sería especialmente útil para que las personas reconozcan la necesidad de buscar ayuda clínica, así como para que obtengan información acerca de su enfermedad y cómo tratarla (Iorfino et al., 2019). Adicionalmente, una plataforma en línea sería de gran utilidad para informar a la comunidad en general acerca de los trastornos mentales, ayudando a que se

reduzca el estigma y las actitudes negativas alrededor de estas enfermedades (Griffiths y Christensen, 2007).

Una plataforma en línea sería especialmente útil en áreas rurales donde no haya acceso a centros de salud mental (Griffiths y Christensen, 2007). La prevalencia de enfermedades mentales en las zonas rurales es similar a la de las áreas urbanas, sin embargo, la tendencia a buscar ayuda por estas enfermedades es menor en áreas rurales (Griffiths y Christensen, 2007). Además, el conocimiento acerca de salud mental y la posibilidad de recibir distintos tratamientos para tratar este tipo de desórdenes es menor en áreas rurales, causando un aumento en el estigma, que a su vez representa una barrera para buscar ayuda (Griffiths y Christensen, 2007). Es por esto, que la necesidad de conocer y educarse en temas de salud mental es especialmente necesario en zonas rurales (Griffiths y Christensen, 2007). Una plataforma en línea sería una herramienta anónima que les permitiría a las personas de zonas rurales acceder a información acerca de salud mental independientemente de su ubicación, cultura y horarios (Griffiths y Christensen, 2007). Esta herramienta no solo sería accesible para todos, sino que no tendría costo alguno para sus usuarios (Griffiths y Christensen, 2007).

Una plataforma de salud mental no solo sería útil para usuarios que quieran conocer más acerca de enfermedades mentales y de su tratamiento, sino que también sería útil para profesionales de la salud. Esta herramienta en línea sería un medio para capacitar a profesionales de la salud con especialidades, experiencias y contextos distintos, ya que permite la disseminación rápida de información (Vona et al., 2014). Mediante esta plataforma, se podría brindar información de manera masiva y efectiva a profesionales que quieran entrenarse en temas de salud mental (Vona et al., 2014). La información basada en evidencia científica les permitiría a los profesionales de distintas ramas de salud entrenarse en maneras de ayudar en el tratamiento o en la proporción de cuidados a personas con trastornos mentales

(Vona et al., 2014). Este aprendizaje a distancia no solo sería conveniente en términos de horarios y ubicación para los profesionales, sino que también sería eficiente para el Ministerio de Salud en términos de costos (Vona et al., 2014).

La creación de una plataforma de salud mental también sería útil y sería considerado como un espacio de apoyo comunitario para personas con TMG así como para sus cuidadores (Bucci et al., 2019). Como se ha dicho en capítulos anteriores, el apoyo emocional y social son factores determinantes en el proceso de afrontamiento de TMG, tanto para pacientes como para familiares (Baumel et al., 2016). Además, el tratamiento farmacológico no es suficiente en estos trastornos, se necesitan intervenciones psicosociales que sean efectivas en términos de costos y fáciles de implementar (Baumel et al., 2016). Una plataforma de salud mental puede ser un recurso de apoyo social ya que les permitiría a los pacientes y a sus familiares tener acceso a comunicación con otras personas con experiencias similares y crear una cyber-red de apoyo (Bucci et al., 2019). Adicionalmente, esta plataforma podría ser un medio de comunicación directa con profesionales de salud mental o con voluntarios que pueden brindar apoyo emocional a pacientes y cuidadores (Bucci et al., 2019).

Implementación. Se espera que la plataforma en línea no solo sea una fuente de información, sino que sea un recurso integral de utilidad para personas con TMG, para sus familiares, para sus posibles cuidadores y para profesionales de salud. Es por esto, que se sugiere que la plataforma no tenga únicamente contenido psicoeducativo, sino que también tenga otros recursos que faciliten el apoyo social y emocional y que ayuden a mejorar el pronóstico de la enfermedad. Se sugiere que se publiquen los vídeos psicoeducativos tanto como el manual de psicoeducación en esta plataforma, sin embargo, su publicación no puede ser el único propósito de esta plataforma. Una herramienta importante que se debería incluir en este portal en línea y que ayudaría a personalizar el cuidado de los TMG es la implementación de capacitaciones para personal de salud, independientemente de su

especialización (Vona et al., 2014). El entrenar a profesionales en TMG permitiría que brinden apoyo a personas necesitadas, optimizando recursos y personal (Eaton et al., 2011).

Uno de los problemas del cuidado de la salud mental tradicional es la despersonalización de las intervenciones y tratamientos (Bucci et al., 2019), es por esto, que los videos y el manual son contenidos útiles para psicoeducar pero no son suficientes en el tratamiento de TMG (Bucci et al., 2019). Los videos y manuales son maneras didácticas de informar, sin embargo, no pueden reemplazar el tratamiento (Bucci et al., 2019). Por tal motivo, se sugiere añadir recursos adicionales a los videos o al manual, que permitan un mejor manejo de los TMG. Un eje clave que debería tener esta plataforma es el ser una fuente de apoyo psicosocial (Baumel et al., 2016). Las intervenciones psicosociales por medios tecnológicos son efectivas porque reducen las barreras de accesibilidad y adicionalmente proveen una red de pares que están pasando por la misma situación (Baumel et al., 2016).

Una manera en que las plataformas brindan apoyo social es proporcionando comunicación anónima y directa entre voluntarios y personas que busquen apoyo (Baumel et al., 2016). La plataforma en línea “7 Cups of Tea” (7 tazas de té) es un medio efectivo que entrena voluntarios para escuchar y proveer apoyo emocional a personas que estén pasando por problemas emocionales y mentales (Baumel et al., 2016). La implementación de un recurso similar a la página web 7 Cups of Tea en la plataforma de salud mental les daría acceso a pacientes con TMG, familiares y cuidadores a comunicación anónima con voluntarios entrenados. Una herramienta de este tipo sería una manera efectiva en términos de costos para disminuir la carencia de personal que sea apto para apoyar a personas con algún problema mental (Baumel, 2015) ya que aprovecharía la participación de voluntarios.

La implementación de una herramienta similar a *7 Cups of Tea* dentro de la plataforma sería de ayuda para los pacientes ya que les permitiría socializar de manera segura y anónima (Baumel et al., 2016). Para que este recurso dentro de la plataforma tenga éxito es

importante brindar información a los voluntarios acerca los TMG y de cómo brindar apoyo a pacientes o a sus familiares (Baumel et al., 2016). Adicionalmente es importante indicar a los voluntarios cómo evitar que la situación se salga de control en caso de que haya malinterpretaciones (Baumel et al., 2016). Es importante que, como parte de este recurso, se añada comunicación directa, por email vía la plataforma, con profesionales en el área clínica en caso de que haya alguna duda importante (Baumel et al., 2016). Este recurso también es efectivo ya que les permite a los pacientes percibir al apoyo como una relación más genuina al saber que la ayuda es voluntaria (Baumel, 2015).

Otro recurso útil para la plataforma sería el añadir una herramienta que permita a los pacientes con TMG o cuidadores llevar rastro de las actividades diarias (Mueller et al., 2018). El llevar rastro de las actividades diarias le permite al paciente o a su cuidador tener en cuenta el consumo adecuado diario de medicina y el cumplimiento de pequeñas metas o tareas diarias (Mueller et al., 2018). Además, esta herramienta sería útil para llevar seguimiento de la terapia y sus avances, así como de la comunicación con terapeutas y doctores (Mueller et al., 2018). Este recurso sería una manera eficiente y de bajo costo que le permitiría al paciente llevar registro de las actividades y las pequeñas metas cumplidas, además le ayudaría a sentirse más autónomo y eficiente (Mueller et al., 2018).

Como se dijo anteriormente, la creación de la plataforma no puede reemplazar el tratamiento farmacológico ni psicológico, ya que el tratamiento y las intervenciones psicológicas deben ser realizadas en base a las necesidades cambiantes de cada paciente (Iorfino et al., 2019). Es importante que el diseño de la plataforma sea centrado en la persona y tenga una visión holística de las personas (Iorfino et al., 2019). Un ejemplo de página web que brinda cuidado personalizado y toma en cuenta la retroalimentación de los usuarios es la plataforma “Innowell”. Esta plataforma les permite a los usuarios acceder a evaluaciones y retroalimentación por parte de un profesional clínico, además les permite monitorear sus

síntomas almacenando información de cuidadores y tratantes de cada paciente (Iorfino et al., 2019). La plataforma Innowell almacena la información brindada y la usa para evaluar y brindar sugerencias de tratamiento que se ajusten a la necesidad de cada paciente (Iorfino et al., 2019). Esta plataforma no diagnostica ni provee tratamiento, sin embargo, es una herramienta útil porque facilita un servicio personalizado (Iorfino et al., 2019).

La plataforma “Innowell” también contiene cuestionarios que le brindan a pacientes y cuidadores una manera de autoevaluarse (Iorfino et al., 2019). Estos cuestionarios son previamente adaptados para distintos rangos de edad, género e idioma para brindar un servicio más personalizado (Iorfino et al., 2019). Una de las características más importantes de esta plataforma que se debería imitar al crear una plataforma de salud mental para el Ecuador es la facilidad para llevar seguimiento y almacenar información de los síntomas, tratamientos y autoevaluaciones (Iorfino et al., 2019). Para que la plataforma creada sea inclusiva y personalizada, es importante también que se adapte a los distintos idiomas del país y que brinde información en distintos formatos (audio, video, escrito, entre otros) (Bucci et al., 2019).

Diseño. Es importante que la plataforma sea accesible y se pueda comprender de manera sencilla para todas las personas independientemente de su ubicación, idioma y origen (Office of Disease Prevention and Health Promotion [ODPHP], 2016). Los usuarios deben poder hacer uso de la plataforma de una manera sencilla e intuitiva (ODPHP, 2016). Para esto es importante que el contenido sea viable y esté dispuesto de manera clara en la página (ODPHP, 2016). Además, el contenido debe estar dispuesto de tal manera que la navegación sea sencilla y enganche a los usuarios (ODPHP, 2016). Finalmente, se sugiere que se pruebe el sitio web en usuarios con niveles bajos de educación o habilidades limitadas de lectura con el fin de confirmar que sea accesible para todos (ODPHP, 2016). Para más información

acerca de cómo diseñar entrada de la página se sugiere visitar la página web de la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de salud (ODPHP, 2016).

Ejemplos de Plataformas Existentes. Como se dijo anteriormente, los avances tecnológicos han permitido que se desarrollen varias plataformas de salud mental que son efectivas y accesibles para todos (Iorfino et al., 2019). Por tal motivo, se sugiere tomar como ejemplo las plataformas que se mencionan a continuación, para la creación de la plataforma de salud mental. Anteriormente ya se mencionaron páginas web efectivas como “7 Cups of Tea” e “Innowell”; páginas como “Blue Pages” y “Mood Gym” (ver Tabla 5), también son ejemplos válidos que se pueden tomar en cuenta para el desarrollo y diseño de esta plataforma. Estas plataformas contienen información acerca de síntomas, diagnóstico, tratamientos, prevención y otros recursos útiles para enfermedades mentales como depresión y ansiedad (Griffiths y Christensen, 2007). Además se requiere de un nivel básico de lectura para poder hacer uso de estos recursos (Griffiths y Christensen, 2007). Estas plataformas han tenido resultados positivos en aumentar el conocimiento de sus usuarios acerca de depresión, así como en la reducción del estigma y actitudes negativas alrededor de esta enfermedad (Griffiths y Christensen, 2007).

Tabla 5

Ejemplos de plataformas interactivas de salud mental

| Plataforma | Descripción | Dirección Web |
|---------------|--|---|
| 7 Cups of Tea | Sistema de mensajería anónima que conecta oyentes voluntarios con personas con problemas psicológicos (7 Cups, 2020) | https://www.7cups.com/ |

| Plataforma | Descripción | Dirección Web |
|-------------|--|---|
| Blue Pages | Plataforma de psicoeducación enfocada en depresión (The Australian National University, 2017). | https://bluepages.anu.edu.au/ |
| Mood Gym | Plataforma interactiva para identificar ansiedad y depresión, así como para brindar estrategias de afrontamiento (Moodgym, s.f.) | https://moodgym.com.au/ |
| InnoWell | Plataforma de cuidado clínico que le brinda a las personas una herramienta para monitorear el desarrollo de su enfermedad y su tratamiento (InnoWell, 2020). | https://www.innowell.org/ |
| Beyond Blue | Plataforma de ayuda a personas con ansiedad, depresión e ideación suicida (Beyond Blue, 2020). | https://www.beyondblue.org.au/about-us/who-we-are-and-what-we-do |

Psicoeducación Comunitaria

Como se ha mencionado anteriormente, la creación de una plataforma en línea de salud mental puede ser efectiva en términos de costos y puede tener resultados exitosos (Iorfino et al., 2019). Sin embargo, no toda la población ecuatoriana tiene acceso a internet, por lo que es necesario proponer otra opción para las personas sin acceso a este recurso. Uno de los principales retos que experimentan los países de bajos recursos como el Ecuador es el personal clínico limitado (Patel, 2012). Por tal motivo, cuando hay recursos humanos limitados, lo que se sugiere es aprovechar al máximo el personal que sí está disponible (Patel,

2012). Una manera de aprovechar los recursos humanos disponibles es mediante la técnica de *Task Shifting*, término en inglés que se puede traducir como “Cambio de Tareas” (Patel, 2012).

La política de “Cambio de Tareas” consiste en entrenar al personal disponible en las comunidades sin acceso a internet o a servicios de salud mental para que brinden intervenciones psicosociales a las personas necesitadas (Patel, 2012). Esta técnica ha sido efectiva en zonas rurales de países como Pakistán y Uganda, catalizando la recuperación de pacientes con enfermedades mentales (Patel, 2012). El realizar “Cambio de Tareas” no solo es efectivo en términos de costos, sino que también empodera a las personas de la comunidad para cuidar a sus pares (Patel, 2012). No solo profesionales de la salud pueden participar brindando cuidado a personas necesitadas, sino que cuidadores de personas con TMG también pueden ser entrenados para apoyar a otros miembros de la comunidad (Patel, 2012).

El realizar “Cambio de Tareas” puede ser una solución escalable para acortar la brecha de tratamiento que hay para las enfermedades mentales (Eaton et al., 2011). Además, esto permitiría que se brinden servicios adecuados de manera descentralizada para personas que no pueden asistir a centros psiquiátricos (Eaton et al., 2011). Para esto, es necesario capacitar a personal médico, pero también a los líderes comunitarios y voluntarios que puedan asumir un rol en el cuidado de personas con TMG (Eaton et al., 2011). El involucrar a líderes de la comunidad y líderes religiosos permitirá crear más consciencia acerca de temas de salud mental y desmentir creencias culturales que estigmatizan a las enfermedades mentales (Eaton et al., 2011). El método de “Cambio de Tareas” no solo es útil para proporcionar ayuda y apoyo a personas con TMG, sino que también fortalece las relaciones comunitarias y crea más redes de apoyo locales (Eaton et al., 2011). Además, cuando el personal médico y los líderes hayan sido capacitados, estos podrán brindar intervenciones de psicoeducación no solo para pacientes con TMG y sus familiares, sino también para toda la

comunidad, creando actitudes positivas en torno a la salud mental y disminuyendo el estigma (Eaton et al., 2011).

Implementación. Para que el método de “Cambio de Tareas” sea efectivo es importante tomar en cuenta ciertas consideraciones. Lo más importante de esta metodología es el entrenamiento adecuado del personal médico primario, así como de los líderes comunitarios y voluntarios (Eaton et al., 2011). Como se dijo anteriormente, una manera efectiva de entrenar al personal es mediante capacitaciones en línea a través de la plataforma que se sugiere crear (Vona et al., 2014). Las capacitaciones deben tratar información basada en evidencia científica y no solo debe estar dirigida hacia líderes comunitarios o personal médico, sino que también se puede incluir a curanderos o líderes religiosos por la posición de autoridad que estos tienen (Eaton et al., 2011). Finalmente, es importante integrar a la salud mental en las facilidades ya existentes para el cuidado de salud (Eaton et al., 2011).

Existen varias guías y lineamientos con información acerca de cómo implementar servicios comunitarios (Eaton et al., 2011). Se sugiere consultar la guía de la Organización Mundial de la Salud: “WHO Community-Based Rehabilitation Guidelines (2010)” y la guía de la Organización Panamericana de la Salud “Guía de intervención mhGAP (2017)” para una mejor implementación de los servicios comunitarios.

Conclusión

Los trastornos mentales representan uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la salud pública (Iorfino et al., 2019). Uno de los principales obstáculos que enfrenta la salud mental pública es la escasez de recursos, por tal motivo es necesario encontrar maneras efectivas, y convenientes en términos económicos, de brindar la atención adecuada (Patel, 2012). Una manera de mejorar el pronóstico de las personas con enfermedades mentales y de aumentar su bienestar es mediante la psicoeducación (McFarlane, 2016). Por tal motivo, el MSP ha propuesto la creación de un manual de psicoeducación para familiares

de personas con TMG. Con este manual se espera brindar información acerca de cómo afrontar la enfermedad de la mejor manera, para mejorar el pronóstico de la enfermedad y prevenir futuras recaídas. El reto de la creación de este manual es encontrar la mejor manera de comunicar la información a la población heterogénea del Ecuador, con distintos niveles de escolaridad, idiomas y culturas distintas. Por esta razón, se propone la creación de un manual que presente la información de la manera más didáctica posible, para que se adapte a las necesidades de la población ecuatoriana.

Después de analizar las características heterogéneas de la población ecuatoriana y de integrar esta información con la variedad de formatos disponibles para psicoeducar, se concluyó que un manual no necesariamente es la mejor manera de psicoeducar. Por tal motivo, se propone crear videos con contenido psicoeducativo, que sean más didácticos y logren impactar a la población de mejor manera. Si bien la psicoeducación mediante manuales y videos es efectiva, puede que esta no sea suficiente, por esto se sugiere crear una plataforma para psicoeducar de manera integral (Iorfino et al., 2019). Una plataforma en línea podría ayudar a disminuir el estigma alrededor de los TMG, a motivar a las personas a buscar ayuda, a crear una red social de apoyo y a capacitar a profesionales de la salud en temas clínicos (Vona et al., 2014).

Si bien la creación de una plataforma en línea puede ser efectiva en términos de costos (Iorfino et al., 2019), no todas las personas en Ecuador tienen acceso a Internet. Por tal motivo se sugiere capacitar a profesionales de salud y a líderes comunitarios mediante esta plataforma, para que estos luego puedan brindar apoyo a las personas con TMG que no tengan acceso a facilidades clínicas ni a internet (Eaton et al., 2011). Las capacitaciones tanto a profesionales de la salud como a líderes comunitarios permitirían realizar “Cambio de Tareas” (Task Shifting) y brindar acceso a cuidados de salud mental de manera efectiva en términos de costos (Eaton et al., 2011). Finalmente, se sugiere implementar el método de

“Cambio de Tareas” no solo como una herramienta para cuidar a personas con TMG, sino también como una solución económica y escalable para eliminar la brecha que existe en el cuidado de salud mental en Ecuador (Eaton et al., 2011).

Referencias

- 7 Cups. (2020). *About 7 cups*. <https://www.7cups.com/>
- Acosta, D. J. y Quishpe, G. J. (2019, 2 de diciembre). Deontología aplicada en el área de mantenimiento de un instituto psiquiátrico ecuatoriano. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/deontologia-instituto-psiquiatrico.htm>
- Álvarez de Prada, G. (2006). Otra forma de enseñar la historia del arte. La semiótica como método interpretativo de la publicidad de pretexto artístico. *Enseñanza de las ciencias sociales*, 1(5), 73-82. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324127625007>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angiolillo, J. S. y Roberts, L. A. (1991). What makes a manual look easy to use? *Proceedings of the Human Factors Society Annual Meeting*, 35(4), 222–224. <https://doi.org/10.1177/154193129103500403>
- Antamba Chacua, L. (2015). *Cobertura del Sistema Educativo*. Estadística Educativa *Reporte de Indicadores*. Ministerio de Educación. 1(1). <https://educacion.gob.ec/estadistica-educativa/>
- Apiquian, R., Aviña, C., Colín, R., Díaz, A., Corona, F., González, S., Herrera, M., Kawas, O., Nicolini, H., Lóyzaga, C., Ontiveros, C., Ortega, H., Rascón, M.L., Rodríguez, M.S., Valencia, M. y Verduzco, W. (s.f). *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*. Asociación Psiquiátrica de América Latina. <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>
- Asarnow, J.R., Jaycox, L.H. y Thompson, M.C. (2001). Depression in youth: psychosocial interventions, *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1): 33–47. https://doi:10.1207/s15374424jccp3001_5

- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2017). *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*. <http://www.apalweb.org/docs/gladp2018.pdf>
- Avilés, E. (2017, marzo 16). *Ministerio de salud pública - Historia del Ecuador*. Enciclopedia del Ecuador. <http://www.encyclopediadelecuador.com/historia-del-ecuador/ministerio-salud-publica/>
- Bai, G., Wang, Y., Yang, L. y Niu, W. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2721-2735. <https://doi.org/10.2147/NDT.S88625>
- Balasch, M., Caussa, A., Faucha, M. y Casado, J. (2016). *La autoatribución de características con connotaciones negativas: Autoestigma* [White paper]. Obrtament. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estigma-salud-mental-2016.pdf>
- Baumel, A. (2015). Online emotional support delivered by trained volunteers: users' satisfaction and their perception of the service compared to psychotherapy. *Journal of Mental Health*, 24(5), 313-320. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1079308>
- Baumel, A., Correll, C. y Birnbaum, M. (2016). Adaptation of a peer based online emotional support program as an adjunct to treatment for people with schizophrenia-spectrum disorders. *Internet Interventions*, 4, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.03.003>
- Behocaray, G. (2013). Diseño multimedia. *Competencias en TIC*, 5(1). <https://libroelectronicotgd2.files.wordpress.com/2018/06/5-behocaray-2015.pdf>
- Benabarre, A. (2012). *Manual para pacientes con trastorno esquizoafectivo*. Grupo editorial Entheos, S.L.U.
- Beyond Blue. (2020). *About Beyond Blue: Who we are and what we do*. <https://www.beyondblue.org.au/about-us/who-we-are-and-what-we-do>

- Brady, P., Kangas, M. y McGill, K. (2016). "Family matters": A systematic review of the evidence for family psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 245-263. <https://doi.org/10.1111/jmft.12204>
- Bucci, S., Berry, N., Morris, R., Berry, K., Haddock, G., Lewis, S., y Edge, D. (2019). "They are not hard-to-reach clients. We have just got hard-to-reach services." Staff views of digital health tools in specialist mental health services. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00344>
- Cardona, S., Osorio, A., Herrera, A. y González, J. (2018). Actitudes, hábitos y estrategias de lectura de ingresantes a la educación superior. *Educación y Educadores* 21(3), 482-503. <https://doi.org/10.5294/edu.2018.21.3.6>
- Carrasco, E., Polo, G., Alba, I., Fernández, L., Turrión, L., Guerrero, M., Quílez, M., y García, R. (2015). Salud Mental. En *Comisión de trabajo del Cuaderno de Voluntariado en Salud Mental*, 10–15.
- Carrasco, D. R. Z., y Recalde, A. Y. R. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas*, 43(1), 39–45. https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v43i1.1455
- Chacón, P. y Morales, X. (2014). Infancia y medios de comunicación: El uso del método semiótico cultural como acercamiento a la cultura visual infantil. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 1-17. <https://revista.uclm.es/index.php/ensayos/article/viewFile/332/544>
- De Sousa, A., Kurvey, A. y Sonavane, S. (2012). Family psychoeducation for schizophrenia: A clinical review. *Malaysian Journal of Psychiatry Ejournal*, 21(2). <https://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/view/196/155>

- Dominguez, T., Rascon, M., Alcántara, H., Garcia, S., Casanova, L. y Lopez, J. (2016). Effects of family to family psychoeducation among relatives of patients with severe mental disorders in Mexico City. *Psychiatric Services*, 68(4), 415-418. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500457>
- Durand, M. y Barlow, H. (2014). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. En *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations* (3era ed., pp. 476-507). John Wiley & Sons, Inc.
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Bainagna, F., Araya, R., Ntulo, C., Thornicroft, G. y Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9802), 1592-1603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X)
- Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. y Paulus, M. (2017). Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. *Progress in Brain Research*, 235, 239-264. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2017.08.013>
- Goldstein, N. E. S., Kemp, K. A., Leff, S. S. y Lochman, J. E. (2012). Guidelines for adapting manualized interventions for new target populations: A step-wise approach using anger management as a model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(4), 385-401. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4126244/pdf/nihms-610337.pdf>
- Gómez, A. (2007). Salud física y salud mental. Un binomio indisoluble. *Farmacia Profesional*, 21(7), 53-56. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-salud-fisica-salud-mental-un-13108595>
- Graells, P. M. (2002). Evaluación y selección de software educativo. En F. J. Soto y J. Rodríguez (Eds.), *Acta Final del II Congreso Nacional de Nuevas Tecnologías y Necesidades Educativas Especiales (Tecnoneet 2002)*. (pp. 115-124). Servicio de

Ordenación Administrativa y Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona.

<http://servicios.educarm.es/templates/portal/ficheros/websDinamicas/93/publicaDiversityDiversidad2002.pdf#page=106>

Griffiths, K. y Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2), 81-87.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2007.00859.x>

Gross, L. A. (2016, 7 de noviembre). El dilema público-privado sobre la salud mental en el Ecuador. *GK*. <https://gk.city/2016/11/07/salud-mental-en-el-ecuador/>

Guzmán, M. (2011). El cómic como recurso didáctico. *Pedagogía Magna*, 10(1), 122-131.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3628291>

Hazelden Foundation. (2016). *Severe mental illness defined by duration and disability*.

http://www.bhevolution.org/public/severe_mental_illness.page

Hensel, J., Shaw, J., Ivers, N., Desveaux, L., Vigod, S., Cohen, A., Onabajo, N., Agarwal, P.,

Mukerji, G., Yang, R., Nguyen, M., Bouck, Z., Wong, I., Jeffs, L., Jamieson, T. y

Bhatia, S. (2019). A web-based mental health platform for individuals seeking specialized mental health care services: Multicenter pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(6).

<https://www.jmir.org/2019/6/e10838/>

InnoWell. (2020). *About us*. <https://www.innowell.org/about/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Hábitos de lectura en Ecuador*.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/presentacion_habitos.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Tecnologías de la Información y*

Comunicación. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Estadisticas_Sociales/TIC/2018/201812_Principales_resultados_TIC_Multiproposito.pdf

- Instituto Nacional de Evaluación Educativa. (2018). *La educación en Ecuador: logros alcanzados y nuevos desafíos. Resultados educativos 2017-2018*. Instituto nacional de Evaluación Educativa. https://www.evaluacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/CIE_ResultadosEducativos18_20190109.pdf
- Iorfino, F., Cross, S., Davenport, T., Carpenter, J., Scott, E., Shiran, S. y Hickie, I. (2019). A digital platform designed for youth mental health services to deliver personalized and measurement-based care. *Frontiers in Psychiatry, 10*.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00595>
- Knipper, M. y Dannhardt, V. (2009). 30 años de cirugía en la Amazonía Ecuatoriana Las Experiencias del Dr. Manuel Amunárriz y la Medicina Intercultural. En G. Fernández Juárez. (Ed.) *Salud e interculturalidad en América Latina 3*. (pp. 203-215). Editorial Abya-Yala. <https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/KniDann2009>
- Lacaze, D. (2002). Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la amazonía ecuatoriana. *Anales Universidad de Göteborg: Instituto Iberoamericano, 5*(1), 163–194. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3235/1/anales_5_lacaze.pdf
- Lam, N., Tsiang, J. y Woo, B. (2017). Exploring the role of YouTube in disseminating psychoeducation. *Academic Psychiatry, 41*(6), 819-822.
<https://doi.org/10.1007/s40596-017-0835-9>
- Leighton, S. y Dogra, N. (2009). Defining mental health and mental illness. En S. Leighton y N. Dogra (Eds.), *Nursing in Child and Adolescent Health*. (pp.7-15). Open University Press.

https://www.researchgate.net/publication/255657987_Defining_mental_health_and_mental_illness

Link, B. y Stuart, H. (2017). On revisiting some origins of the stigma concept as it applies to mental illnesses. En W. Gaebel, W. Rössler, y N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness - End of the story?* (pp.3-25). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>

Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-79. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005

Macaya, X., Pihan, R. y Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215–232.

Maheshwari, S., Shivananda, M., Chandran, S. y Rao, T. (2020). Psycho-education in schizophrenia. En A. Shrivastava, y A. De Sousa (Eds.), *Schizophrenia treatment outcomes* (1era ed., pp. 275-284). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-19847-3_24

Malm, U., Lyarsson, B., Allebeck, P. y Falloon, I. (2003). Integrated care in schizophrenia: A 2 year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 415-423. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00085.x>

Mantovani, N., Pizzolati, M. y Edge, D. (2017). Exploring the relationship between stigma and help-seeking for mental illness in African-descended faith communities in the UK. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(3), 373–384. <https://doi.org/10.1111/hex.12464>

- Marchira, C., Supriyanto, I., Subandi, S., Good, M. y Good, B. (2017). Brief interactive psychoeducation for caregivers of patients. *Early Interventions in Psychiatry*, 1-8.
<https://doi.org/10.1111/eip.12506>
- Martínez, J. M. O., Aragón, M. M., Mateo, J. y Bonat, M. (2001). Una propuesta didáctica basada en la investigación para el uso de analogías en la enseñanza de las ciencias. *Enseñanza de las ciencias: Revista de investigación y experiencias didácticas*, 19(3), 453-470.
<https://pdfs.semanticscholar.org/7fbc/d2b21521b8245ac44ef1b68adae57c17830c.pdf>
- Mascayano Tapia, F., Schilling, S., Tapia Escobar, E., Abeldaño R. y Del Valle Gallo, V. (2015). Programas para reducir estigma hacia la enfermedad: lecciones para Latinoamérica. *Salud Mental*. 38(1). 53-58.
https://www.researchgate.net/publication/282895980_Estigma_hacia_los_trastornos_mentales_caracteristicas_e_intervenciones
- McFarlane, W. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process*, 55(3), 460-482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, M. (2009). Salud Mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-102.
https://www.researchgate.net/publication/45404125_Salud_mental_un_abordaje_desde_la_perspectiva_actual_de_la_psicologia_de_la_salud
- Meza, A. (2013). Estrategias de aprendizaje. Definiciones, clasificaciones e instrumentos de medición. *Propósitos y representaciones*, 1(2), 193-212.
<http://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/viewFile/48/117>
- Ministerio de Cultura y Patrimonio. (2019, Marzo 26). *Ministerio de Cultura y Patrimonio coordina esfuerzos para revitalización de lenguas indígenas.*

<https://www.culturaypatrimonio.gob.ec/ministerio-de-cultura-y-patrimonio-coordina-esfuerzos-para-revitalizacion-de-lenguas-indigenas/>

Ministerio de Cultura y Patrimonio. (2019, Diciembre 17). *Ministro Juan Fernando Velasco participó en la clausura del Año Internacional de las Lenguas Indígenas.*

<https://www.culturaypatrimonio.gob.ec/ministro-juan-fernando-velasco-participo-en-la-clausura-del-ano-internacional-de-las-lenguas-indigenas-2019/>

Ministerio de Salud Pública. (s.f). *Ministerio de Salud celebra 50 años de la vida*

institucional. <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-celebra-50-anos-de-vida-institucional/>

Ministerio de Salud Pública. (s.f). *Se presenta plan estratégico nacional para garantizar la atención de la salud mental.* Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

<https://www.salud.gob.ec/se-presenta-plan-estrategico-nacional-para-garantizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>

Ministerio de Salud Pública. (s.f). *Subsecretaría nacional de provisión de servicios de salud.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-provision-de-servicios-de-salud/>

Ministerio de Salud Pública. (s.f). *Valores/misión/ visión.* Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Informe de evaluación del sistema de salud mental del Ecuador (IESM-OMS).* Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1

Ministerio de Salud Pública. (2017, Febrero 2). *Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de*

Recuperación de Adicciones. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Estructura del Ministerio de Salud Pública*.

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/06/Organigrama_MSP_2018.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2020, enero). *Psicoeducación para familiares de personas con*

TMG. Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud

Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

[Presentación de Power Point]. Formato pdf.

Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. (s.f.) *Ecuador*

continúa creciendo en tecnología. [https://www.telecomunicaciones.gob.ec/ecuador-](https://www.telecomunicaciones.gob.ec/ecuador-continua-creciendo-en-tecnologia/)

[continua-creciendo-en-tecnologia/](https://www.telecomunicaciones.gob.ec/ecuador-continua-creciendo-en-tecnologia/)

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Modelo de atención a las personas con*

enfermedad mental grave (IMSERSO Publicación No. 21005). Gobierno de España.

<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>

Moghavvemi, S., Sulaiman, A., Jaafar, N. y Kasem, N. (2018). Social media as a

complementary learning tool for teaching and learning: The case of Youtube. *The*

International Journal of Management Education, 16(1), 37-42.

<https://doi.org/10.1016/j.ijme.2017.12.001>

Moodgym. (s.f.). *Frequently asked questions*. <https://moodgym.com.au/info/faq>

Mueller, N., Panch, T., Macias, C., Cohen, B., Ongur, D. y Baker, J. (2018). Using

smartphone apps to promote psychiatric rehabilitation in a peer-led community

support program: pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, 5(3).

<https://doi.org/10.2196/10092>

Mueser, K. y Gingerich, S. (2011). Relapse prevention and recovery in patients with

psychosis: the role of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Times*, 28(6), 66.

<https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA264271195&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=08932905&p=AONE&sw=w>

Murru, A. y Carpiniello, B. (2018). Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neuroscience Letters*, 669, 59-67.

<https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.003>

Mutiso, V., Pike, K., Musyimi, C., Gitonga, I., Tele, A., Rebello, T. y Ndetei, D. (2019).

Feasibility and effectiveness of nurses and clinical officers in implementing the WHO mhGAP intervention guide: Pilot study in Makueni County, Kenya. *General Hospital Psychiatry*, 59, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.005>

Myers, D. (2005). *Psicología Social*. McGraw-Hill.

National Institute of Mental Health. (2019). *Mental Illness*.

<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>

Navarro, J. y Carbonell, A. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 52, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017029403351>

Naylor, C., Das, P., Ross, S., Honeyman, M., Thompson, J. y Gilbert, H. (2016). *Bringing together physical and mental health: A new frontier for integrated care*. (No. 1126980). The King's Fund.

https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Bringing-together-Kings-Fund-March-2016_1.pdf

Nursing, Midwifery and Allied Health Profession Policy Unit. (2016). *Improving the physical health of people with mental health problems: Actions for mental health nurses*.

Department of health, Public Health England.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/532253/JRA_Physical_Health_revised.pdf

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2016, junio 8). *Health Literacy Online*.

Health.gov: <https://health.gov/healthliteracyonline/>

Oliva, J. M., Aragón, M. M., Mateo, J. y Bonat, M. (2001). Una propuesta didáctica basada en la Investigación paa el uso de analogías en la enseñanza de las ciencias. *Enseñanza de las Ciencias*, 19(3). 453-470.

<https://pdfs.semanticscholar.org/7fbc/d2b21521b8245ac44ef1b68adae57c17830c.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Salud mental*.

https://www.who.int/topics/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. [White paper].

https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. [White paper].

https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de Intervención de mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Excess mortality in persons with severe mental disorders*. [White paper].

https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Organización Mundial de la Salud (2020). Medicina tradicional: definiciones. En *Organización Mundial de la Salud*.
https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10ma rev.)
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud. *Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas (OPS/OMS)*.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=es
- Padilla, E., Obando, D. y Sarmiento, P. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*, 50(9), 519-526.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.010>
- Pasadas, C. y Manso, F. (2015). Psychoeducation: A strategy for preventing relapse in patients with schizophrenia. *International journal of nursing*, 2(1), 89-102.
<https://doi.org/10.15640/ijn.v2n1a10>
- Patel, V., Farooq, S. y Thara, R. (2007). What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? *PLOS Medicine*, 4(6), 0963-0967.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040159>
- Patel, V. (2012, septiembre 11). *Mental Health for all involving all* [Video]. Conferencias TED.

https://www.ted.com/talks/vikram_patel_mental_health_for_all_by_involving_all?language=es

Pérez, A. O. (1999). Aproximación al conocimiento humano: un problema y sus consecuencias. *A Parte Rei: revista de filosofía*, 1(6), 5.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3867194>

Porcar, M., Gimeno, L., Pedraz, A. y Palmar, A. (2015). Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 352-360. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0138.2562>

Profesionales de la Salud Mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial. (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves*. Gobierno de España.

http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3863/guia_de_orientacion_en_la_practica_profesional.pdf?sequence=1&rd=0031203982354898

Ran, M., Chan, C., Ng, S., Guo, L. y Xiang, M. (2015). The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychological Medicine*, 45(10), 2197-2204.

<https://doi.org/10.1017/S0033291715000197>

Rodríguez, C. M. (2009). *El diseño gráfico en materiales didácticos Una Investigación sobre el fortalecimiento del aprendizaje Educativo*. Carlos Moreno Rodríguez.

https://www.estudiocaos.com/uploads/1/2/4/8/124895643/dg_materiales.pdf

Rodríguez, J., Kohn R. y Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Biblioteca Sede Organización Panamericana de la Salud.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence#page=3>

17

- Sánchez, P. (2018). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental. En *Estigma en Psiquiatría* (pp. 9–20). APAL . <http://www.apalweb.org/docs/estigma2018.pdf>
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11va ed., pp. 372-411). Pearson Education, Inc.
- Sariah, A., Outwater, A. y Malima, K. (2014). Risk and protective factors for relapse among individuals with Schizophrenia: A qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 14(240). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0240-9>
- Schwartz, C.G. (1956). The stigma of mental illness. *Journal of Rehabilitation*, 22(4), 7–29. <https://search.proquest.com/openview/212fbe57b55279947edd48a6f5aa108e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1819158>
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T. y Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Srivastava, P. y Panday, R. (2017). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 123-130. https://www.researchgate.net/publication/318461551_Psychoeducation_an_Effective_Tool_as_Treatment_Modality_in_Mental_Health
- Stahl, S. M. (2008). Antipsychotic agents. En *Essential Psychopharmacology* (pp. 424-441). Cambridge University Press.

https://stahlonline.cambridge.org/essential_4th_chapter.jsf?page=chapter5_introduction.htm&name=Chapter%205&title=Conventional%20antipsychotics#c02598-5-1

The Australian National University. (2017, Julio 2). *About blue pages*. Blue pages:

Depression information. <https://bluepages.anu.edu.au/index.php?id=about-bluepages>

Valero Sancho, J. L. (2009). La transmisión de conocimiento a través de la infografía digital.

Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación, 1(18), 51-63.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=168/16812722004>

Valero Sancho, J. L. (2001). *La infografía, técnicas, análisis y usos periodísticos* (1era ed.).

Universidad Autónoma de Barcelona.

Vona, P., Wilmoth, P., Jaycox, L., McMillen, J., Kataoka, S., Wong, M., DeRosier, M.,

Langley, A., Kaufman, J., Tang, L. y Stein, B. (2014). A web-based platform to

support an evidence-based mental health intervention: lessons from the CBITS web

site. *Psychiatric Services*, 65(11), 1381-1384.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300512>

Von Maffei, C., Görges, F. K., Schreiber, W. y Rummel-Kluge, C. (2015). Using films as a

psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-

experimental pre-post design. *BMC Psychiatry*, 15(93), 1-7.

<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0481-2>

Weigel, M., Armijos, R., Racines, M., Cevallos, W. y Castro, N. (2016). Association of

household food insecurity with the mental and physical health of low-income urban

ecuadorian. *Women with Children, Journal of Environmental and Public Health*,

2016, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2016/5256084>

World Health Organization. (2010, Mayo 12). *Community-based rehabilitation: CBR*

guidelines. [https://www.who.int/publications-detail/community-based-rehabilitation-](https://www.who.int/publications-detail/community-based-rehabilitation-cbr-guidelines)

[cbr-guidelines](https://www.who.int/publications-detail/community-based-rehabilitation-cbr-guidelines)

- Yadav, S. y Kumar, S. (2014). Models of psychoeducation: an indian perspective. *indian journal of applied research*, 4(7), 422-423.
https://www.researchgate.net/publication/271525538_Models_of_Psychoeducation_a_n_Indian_Perspective
- Yani, N. F., Marchira, C. R. y Istiono, W. (2018). Effectiveness of mental health training module gap action programme (mhgap) in increasing knowledge and skills of primary care physicians in diagnosing depression disorders in the gunungkidul district. *Review of Primary Care Practice and Education (Kajian Praktik Dan Pendidikan Layanan Primer)*, 1(2), 69–74. <https://doi.org/10.22146/rpcpe.36217>
- Zúñiga, D. R. y Riera, A. Y. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas (Quito)*, 43(1), 39–45.
https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v43i1.1455

Reflexión Final

Como estudiantes, estamos aprendiendo y adquiriendo información constantemente. A pesar de estar por terminar mi pregrado y haber cursado 4 años de formación para graduarme como licenciada en psicología, el realizar este proyecto grupal me permitió desarrollar al máximo muchas habilidades que en toda mi carrera no desarrollé por completo. El realizar este trabajo en grupo me permitió desarrollar habilidades como trabajo en equipo, planificación y organización del tiempo, comunicación asertiva, investigación efectiva, redacción, entre otras. Considero que la habilidad principal que engloba a todas las otras es el trabajo en equipo, ya que no se puede trabajar en grupo de manera efectiva sin saber planificar ni organizar el tiempo y peor sin ser asertivo para llegar a acuerdos.

Antes de este proyecto mi idea de trabajo en equipo era, en el mejor de los casos, una división de tareas en la que al final todos los miembros del trabajo uniríamos nuestras partes; o en el peor de los casos, significaba realizar la mayoría del trabajo por mi cuenta y asignar a mis compañeros tareas insignificantes porque no confiaba en que vayan a realizar la tarea correctamente. Sin embargo, trabajar de la manera a la que estaba acostumbrada no iba a funcionar en este proyecto, ya que este no era un proyecto en el que cada miembro podría hacer su parte por su cuenta para luego unir las, sino que debíamos compartir ideas y llegar a acuerdos. Una destreza clave que el trabajo en equipo me permitió desarrollar es la planificación, ya que usualmente hacía mis trabajos a última hora, sin embargo al ser parte de un conjunto, debí acoplarme y respetar el tiempo de los demás miembros del equipo. En general, el desarrollo de esta tesis me permitió entender que trabajar en equipo es contribuir de manera equitativa, es llegar a acuerdos, es ayudarse unos a otros y es construir de manera conjunta para alcanzar una meta en común.

Este proyecto no solo me permitió desarrollar habilidades, sino que me permitió aprender a profundidad el gran impacto que puede tener la psicoeducación, no solo en

pacientes con trastornos mentales graves, sino en la población en general. El aprender acerca de los TMG, de sus posibles consecuencias y del malestar que estos pueden causar (McFarlane, 2016) me permitió empatizar con las personas que tienen este tipo de trastornos y sus familiares. Considero que el plan propuesto para psicoeducar de manera integral a los pacientes y a los familiares es una solución viable que podría ayudar a las personas que se han visto afectadas directa o indirectamente por los TMG. Como equipo, se realizó una investigación exhaustiva con el fin de proponer una solución que sea accesible para toda la población independientemente de sus características. Por esto, espero que se pueda implementar esta solución y así contribuir a aumentar el bienestar de las personas afectadas por los TMG (Srivastava y Panday, 2016).

Antes mi objetivo profesional a futuro era tener mi propia consulta clínica y dar terapia, pero este trabajo me permitió ampliar mi perspectiva acerca de las funciones que puede tener un psicólogo. Por esto, ahora tengo un objetivo adicional, el de contribuir a que la población ecuatoriana conozca más acerca de salud mental. Después de conocer un poco más acerca de las diversas características de la población ecuatoriana, quisiera ayudar a que todos entiendan la importancia de la salud mental independientemente del origen, cultura o nivel socioeconómico que se tenga. A pesar de que fue complicado realizar este proyecto, me siento agradecida porque me permitió ampliar mi perspectiva acerca de mi carrera y de la población ecuatoriana a la que pertenezco. Ahora que estoy por graduarme, espero poder integrar estos aprendizajes para ser una profesional que aporte a que los ecuatorianos tengan una mejor salud mental.

Referencias Reflexión Final

McFarlane, W. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review.

Family Process, 55(3), 460-482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>

Srivastava, P. y Panday, R. (2017). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment

Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1),

123-130.

[https://www.researchgate.net/publication/318461551_Psychoeducation_an_Effective_](https://www.researchgate.net/publication/318461551_Psychoeducation_an_Effective_Tool_as_Treatment_Modality_in_Mental_Health)

[Tool_as_Treatment_Modality_in_Mental_Health](https://www.researchgate.net/publication/318461551_Psychoeducation_an_Effective_Tool_as_Treatment_Modality_in_Mental_Health)