



Noviembre 2019 - ISSN: 2254-7630

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL EN EL PROGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

AUTORES: José Ascencio Córdova

Egresado de la carrera de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí
Billycordova1@gmail.com

Ligia Estela Loor Lino.

Docente de la Escuela de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la, Universidad Técnica de Manabí, correo: ligia19781@hotmail.com

Mercedes de los Ángeles Cedeño Barreto.

Docente de la Escuela de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la, Universidad Técnica de Manabí, correo: socialportoviejo@hotmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

José Ascencio Córdova, Ligia Estela Loor Lino y Mercedes de los Ángeles Cedeño Barreto (2019): "La intervención del trabajador social en el área de salud mental en el programa del ministerio de salud pública del Ecuador", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (noviembre 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/11/trabajador-social-salud.html>

Resumen

La finalidad de la investigación fue describir los roles que cumple el Trabajador Social en el área de salud mental en el programa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los métodos que posibilitaron su desarrollo fueron el bibliográfico, inductivo –deductivo y analítico con enfoque descriptivo. Se revisaron varios estudios y fuentes referentes al tema. Se puede determinar mediante los resultados que el Trabajador Social cumple un rol muy importante en el programa de salud mental del ministerio de salud pública en el Ecuador, identificando las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud de las personas, interviniendo desde en nivel individual, grupal, familiar y comunitario, forma parte de un equipo interdisciplinario y trabaja en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción social del paciente en su contexto familiar y social, de acuerdo a la política pública existente con su respectivo Plan Estratégico de Salud Mental y el Modelo de atención correspondiente.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, Programas de Salud Mental, Trabajo Social, Rol

ASTRABTC

The purpose of the research was to describe the roles that the Social Worker plays in the area of mental health in the program of the Ministry of Public Health of Ecuador, the methods that enable its development were the bibliographic, inductive –deductive and analytical with a descriptive approach. Several studies and sources references to the subject were reviewed. It can be determined through the results that the Social Worker plays a very important role in the mental health program of the Ministry of Public Health in Ecuador, identifying the social needs and problems that affect people's health, intervening from the individual level, group, family and community, is part of an interdisciplinary team and works in the promotion, prevention, recovery, rehabilitation and social reintegration of the patient in their family and social context, public podiatry exists with its respective strategic Plan of Mental Health and corresponding care model.

KEY WORDS: Mental Health, Mental Health Programs, Social Work, Role

1. INTRODUCCIÓN

El Trabajador Social es el “profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas” (Ituarte , 1995)

En concordancia con el autor el Trabajador Social es aquel profesional sanitario con variedad de funciones psicosociales en salud mental; bien en atención primaria, secundaria y terciaria. Explicando así las diferentes dimensiones de atención clínica, identificando las necesidades sociales del paciente, su estado mental, el grupo de profesionales involucrados, el plan terapéutico del equipo interdisciplinar y otros lineamientos por salud a seguir en cada caso único a atender.

Es en Estados Unidos donde se institucionaliza la profesión de Trabajo Social en Psiquiatría, a principios del siglo XX como una profesión subordinada a la medicina, en términos ocupacionales y de conocimiento, como lo afirma (Fernández J. , 1997) en su texto, la supervisión del trabajo social en salud mental: Mary Richmond, es la primera en sistematizar un método de intervención en la profesión: el caso social individual

El equipo de salud mental al dar atención en sus instalaciones hospitalarias vio sus limitaciones de acción al no poder atender-entender, todas las dimensiones de la enfermedad mental. Hasta que en el siglo XX encuentra en el Trabajador Social, todo el alcance de aspectos psicosociales del sujeto como quien es el paciente, cuál es su contexto, socio-demografía, sufrimiento y enfermedad mental; dejando un alcance de atención clínica multidimensional. La psiquiatría, la enfermería y la psicología clínica son elementos clave en la intervención y su proceso, mientras que la ciencia del trabajo social es la especialidad que cubre todas las áreas-fases de atención, antes de la patología y después de toda la asistencia por salud mental. Siendo reconocido su lugar de relevante de atención individual por el equipo de salud mental.

El concepto de enfermedad mental no es un concepto neutro, ya que no se trata de una mera cuestión teórica, sino que la definición de este concepto puede tener importantes repercusiones en la vida del individuo y en la sociedad (Pérez & Romero, 1995)

Una persona es objeto de múltiples realidades como el contexto social, su contenido mental particular, emocional, volitivo y comportamental, estas esferas si bien son muestra de un comportamiento normal típico de un grupo normativo de personas, también lo son de su opuesto. Estar en un lado o en el otro, de comportamiento, es una realidad social que involucra a una profesión multidimensional. La enfermedad mental y su relación con el trabajador social

se encuentran íntimamente ligada, desde el origen de la afectación psicológica hasta el final de un proceso terapéutico.

La organización mundial de la salud, reconoce que el modelo biomédico en salud, quedó obsoleto al momento de atender a un todo y no a un paciente específico con tal enfermedad, malestar, queja y su biografía que es sintónica con los riesgos a desarrollar. La noción de un paciente con base física, psicológica y social, da una mejor respuesta de entendimiento a la salud del individuo, mejor análisis del caso al profesional y mejora de investigación basada en evidencia contextual, particular y otros elementos clínicos que son el universo del paciente y de una población a atender-entender.

Respecto al estado actual de la atención sanitaria y el servicio de Trabajo Social en la región de Sudamérica los números informan que un 25% no dejan clara la asistencia a su población, el 37,5% no tiene información por salud mental, mientras el otro 35% si da atención a esta población según la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2018). La situación de Ecuador, (Organización Panamericana de la Salud, 2013), informa que los desórdenes más atendidos son los síndromes depresivos (13,2%), trastornos por consumo de alcohol (6,9%). De acuerdo a un informe del sistema de salud mental la atención en esta dimensión de la salud no es de buena calidad.

En este sentido el estudio examina los roles que el Trabajador Social desarrolla dentro de los programas salud mental, mismas que están estructuradas en un esquema a seguir el cual es unidireccional y circular, por la dinámica de atención en cada fase de intervención sea en la prevención, atención y rehabilitación. Identificando no solo las funciones en salud mental sino también como estas nacen en la necesidad del paciente, del profesional y la academia. Los trabajadores sociales trabajan a la par con otros procedimientos del equipo interdisciplinar, cuya acción social atraviesa con todos sus lineamientos psicosociales la atención primaria, secundaria y terciaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

El artículo de revisión bibliográfica es de carácter descriptivo, se realizó la recolección y organización de la información a través de una revisión del material bibliográfico basada en consulta de documentación impresa y digital, apoyándose en el método de análisis de información que permitió indagar sobre el papel que desempeña el Trabajador Social en el área de Salud Mental en el programa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Las fuentes a utilizadas fueron primarias basadas en revistas, tesis y otras bases de datos que permitieron comparar y contrarrestar los resultados de varios estudios sobre el tema.

OBJETIVO:

- ✚ Describir los roles, que cumple el Trabajador Social en el área de Salud Mental en el programa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

DESARROLLO

BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA SALUD MENTAL EN EL ECUADOR

La salud mental en Ecuador en su corta historia, está relacionada con el bienestar físico, ausencia de enfermedades orgánicas como tumores, infecciones y otros males mayores como creencias mágicas de malignidad del propio sujeto o de terceros sobre este.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) manifiesta que la salud mental es: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” El enunciado, hace referencia a diferentes áreas o dimensiones psicosociales, de funcionalidad esperada y rendimiento variable según el sujeto. Estas capacidades diferentes, no se reducen al

organismo físico ni tampoco obedece a las leyes del comportamiento y sus demás apartados mentales.

En este sentido la idea, conceptualización o definición de que es la salud mental en Ecuador dependerá del equipo interdisciplinar e investigadores del área involucrada, esta labor no tiene que responder a nuevas ideas, pero si el integrarse a definiciones generales de salud pública local e internacional. Estas nuevas definiciones tendrán difusión en medios de comunicación y acogida por la población afectada en su conocimiento y sufrimiento en sí mismo, familiares o terceros. Dejando atrás los términos de locura para el incurable-endiablado o “sano”, para el loco que viste y habla bien.

Por su parte (Danny & Riera, 2018) manifiesta que la salud mental estuvo ligada desde sus orígenes a los procesos históricos que vivió el Ecuador; en cada periodo, se evidencia el abandono y la exclusión de las autoridades de turno hacia los llamados “locos”. Existió una disociación de marcada profundidad entre la academia y las autoridades sanitarias de turno.

Es así que la historia registra que el 2 de febrero de 1881, el filántropo guayaquileño José Vélez establece el primer manicomio en el puerto principal y se emplean otras alternativas de “tratamiento” en sustitución del uso del látigo. La terapéutica usada en los llamados enfermos mentales consistía en camisas de fuerza, encierro en calabozos, inmovilización con cadenas y grilletes, baños de agua y azotes. En diciembre de 1909, se inaugura el manicomio Lorenzo Ponce en la ciudad de Guayaquil, en reemplazo del Manicomio José Vélez. (Bedón, 1995)

Respecto al primer manicomio en Ecuador y su atención a los pacientes, el encierro y el maltrato eran parte de la “adherencia terapéutica, rehabilitación, posible cura o lugar de descanso a largo plazo”. Lo que sucedía por aquel entonces, es lo que pasaba en el resto de América, Europa y otras regiones donde se ejecutaba los planes terapéuticos del momento en todo su apogeo. La enfermedad mental era una, la locura con sus diferentes presentaciones bien por cada autor o bien la evolución de la misma. Terapéutica o maltrato, sus acciones no eran muchas las diferencias en el manicomio.

En década de los años sesenta, en la academia aparecen tres cátedras dictadas en todas las Facultades de Ciencias Médicas: Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría, sin embargo, tanto la enseñanza de la Psiquiatría que se orientó al estudio de los grandes síndromes, así como las prácticas que se realizaban en los contados hospitales psiquiátricos existentes, donde los pacientes eran mantenidos en condiciones infrahumanas, provocó en los estudiantes estigma y rechazo a esta disciplina. (Fierro, Hermida, Jarrín, Granda, & López, 2002)

La historia del paciente o sujeto alienado, se conoce desde siempre en la humanidad, como también se evita esta condición “atemorizante” “loca”, entre otros calificativos negativos que aislaron al sujeto del grupo normativo social “ cuerdo”. Personas que tuvieron un lugar fuera de la sociedad, ajeno a la familia y hasta ajeno a sí mismos. La medicina les dio un lugar de atención encontrando una nueva especialidad médica y un tipo nuevo de paciente por atender. El lugar social del alienado paso a ser paciente, sujeto de investigación médica, perdiendo su lugar en la familia, sociedad y cualquier grupo que se considerase normal o diferente de ellos. Su área de atención humana solo se enfocaba en el discurso biomédico del pasado salud-enfermedad, reduciendo esta atención a cuál es la causa del trastorno, medios de contención y tratamiento, los cuales aún se siguen desarrollando sin llegar a la cura del mismo.

El pensum de estudio en psicología y psiquiatría no logra consolidar una propuesta integral de salud mental, pues no supera los dilemas epistemológicos que rigen sus planteamientos. (Danny & Riera, <<Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada>>, 2018) Querer entender al sujeto, más al ser humano desde un único discurso, peor desde dos discursos de salud mental, uno muy médico basado neuroquímica y áreas topográficas neuroanatómicas. El otro lugar desde los conflictos mentales y conductas condicionadas-operantes-automáticas, es reducir una persona con múltiples dimensiones humanas a un objeto frío de estudio con dos versiones una médica, la otra psicológica. Este modo de ver y entender la dolencia mental es lo que detuvo por mucho tiempo la promoción prevención, intervención y gestión en salud mental.

El retraso es evidente al momento de encontrar los déficits del pasado y sus secuelas a largo plazo. Este lugar de déficits es donde se consolida la especialidad de Trabajo Social en su función integradora en diferentes esferas importantes como: físicas, psicológicas, contextuales,

recursos, asistencia, gestión y todo un apartado comunitario social que evidencia ese lugar del sujeto de atención e intervención sanitaria por el trabajador social.

Cuadro No. 1

Cronología de los hitos más sobresalientes en la historia de la Salud Mental en el Ecuador

AÑO	ACONTECIMIENTO
19 de mayo de 1651	Fundación de la Universidad Central del Ecuador (UCE).
15 de marzo de 1785	Fundación del Hospital San Lázaro.
13 de abril de 1693	Primera Escuela de Medicina.
2 de febrero de 1881	Primer manicomio en Guayaquil.
31 de diciembre de 1890	Primera Facultad de Medicina en Cuenca.
Diciembre 1990	Manicomio Lorenzo Ponce
1913	Creación de la Cátedra de Psiquiatría en la UCE (doctor Carlos Alberto Arteta García).
1917	Creación de la Cátedra de Psiquiatría en Universidad de Cuenca.
1934	Creación de la Cátedra de Psiquiatría Universidad de Guayaquil.
1936	Creación del Instituto de Criminología en la UCE (doctor Julio Endara Moreano). Utilización de piro terapia en pacientes agitados (doctor Celso Jarrín).
1940	Uso de terapia de choque con cardiazol
1941	Uso de la cura de Sakel (doctores Fernando Casares de la Torre y Waldemar Unger)
1944	Uso de terapia electro convulsiva (doctor Julio Endara Moreano).
1949	John Cade reintroduce el uso de litio.
1950	Primeros estudios de la forma "Gestalt" (doctor Jorge Escudero). Fundación del Instituto de Psicología en la Facultad de Filosofía UCE.
1952	Introducción de clorpromazina para uso médico.
29 de julio de 1953	Fundación del Hospital Psiquiátrico de Conocoto (actualmente Hospital Julio Endara Se introduce el uso de la reserpina.
1960	Se introducen las Cátedras de Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría en la Carrera de Medicina.
1967	Creación del Ministerio de Salud Pública. Fundación del Centro de Reposo San Juan de Dios. Fundación del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho.
1970	Estatutos de la Fundación Muñoz Vega (Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón). Creación de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Luluncoto.
7 de diciembre de 1972	Fundación de la Facultad Ciencias Psicológicas (doctor Luis Riofrío).
1980	Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental.
1983	Primer postgrado de Psiquiatría en la UCE (doctor José Luis Eltsidié).
1990	Declaración de Caracas
1999	Plan Nacional de Salud Mental.
2014	Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014-2017.

Elaborado por: Danny Raúl Zúñiga Carrasco1, Alba Yolanda Riera Recalde

Fuente: Artículo Científico (2018)

CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN EL ECUADOR

La Ley de Discapacidades de 2012 establece la necesidad de promover la reinserción familiar de personas con discapacidad física y mental en situación de abandono y de insertarlas excepcionalmente en centros de acogida inclusivos.

Las personas con discapacidad intelectual son parte de una subdimensión clínica en salud mental. Los trastornos del comportamiento, en este caso por déficit intelectual. Población vulnerable a los abusos psicológicos, físicos y sexuales, existiendo una ausencia de una ley protectora de sus derechos. Al presente existen normativas de inclusión laboral y protección contra la violencia.

Por primera vez en Ecuador existe un **Plan Estratégico Nacional y Modelo de Atención de Salud Mental** que fue inaugurado el 30 de julio del 2014 por el Ministerio de Salud.

El Modelo de Atención de Salud Mental

Modelo comunitario de atención integral en salud mental, se basa en la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud. Contempla lo político, técnico, económico y social. (Desviat, 2000).

Un modelo integral considera el tipo de familia, barrio, comunidad, parroquia rural-urbano, son dimensiones de salud a atender donde la descentralización, participación e inserción social son el marco y la ruta a seguir en la atención en salud mental. El modelo ecuatoriano de intervención considera el aspecto global del sujeto bien en su salud, como en el proceso natural de salud-enfermedad-continuidad, esto, haciendo referencia a las condiciones reales en todas las dimensiones psicosociales del sujeto-paciente. Teniendo así repercusión en resultados y percepción de la salud mental en la esfera política, técnica, económica y social.

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación de Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Clásicamente la salud es una acción de atender al sujeto doliente de dolor, una vez atendido, era un paciente curado y un caso cerrado. La salud era una atención más, para quien podía tenerlo, sin un fin específico articulado con un sistema de salud con sus dimensiones interrelacionadas como lo es hoy en día. Tener un plan de salud mental, es tener un diseño de salud articulado en sus dimensiones de honda de expresión psicopatológica y tratamiento en la enfermedad mental. Estas dimensiones de salud se articulan más que un estado de derecho a la salud, es una atención a las bases del sujeto, la familia, la sociedad, la cultura y su contexto, entendiendo, así como se comporta un país bien desde la salud-enfermedad y que debe hacer el estado de acuerdo a sus necesidades propias-específicas en salud mental.

Plan Estratégico Nacional de Salud Mental

El Ecuador es uno de los pocos países a nivel regional que para inicios del año 2014 no contaba con un plan nacional de salud mental, según la (Organización Panamericana de la Salud, 2008)“el último fue realizado en 1999 y no fue sometido a un análisis estructural previo a su implementación” como lo indica la Organización mundial de la salud (OMS).

Es así que el contexto ecuatoriano hasta hace unos años, consideraba la salud mental en el programa de salud, más que como una necesidad y conocimiento amplio del mismo, solo como parte de una inclusión en la dimensión salud, en sus múltiples especialidades. Bien es cierto que universidades y ministerios de salud pública contaba con profesionales del área en recomendaciones mínimas de necesidad y atención por los administradores gubernamentales. El plan estratégico de 1999 de salud mental fue una referencia sin ser ejecutado. En el 2014 solo se aprecia una atención en salud mental como especialidad con referencia sin tener un sistema propio que englobe a toda una población en su ciclo vital-salud-enfermedad-tratamiento, donde este se articula con el sistema de salud general. No obstante, es donde se pone atención al mismo en consonancia con los demás programas de salud en Latinoamérica y pertinentes guías clínicas de atención y requerimientos mínimos necesarios en su atención

El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental fue inaugurado el 30 de julio del 2014 por el Ministerio de Salud lo cual se enfoca a una política pública que se establecen en cuatro lineamientos de intervención en el contexto sanitario y psicosocial siendo asesorados por las Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, abordando dimensiones clave como la promoción, prevención, atención y rehabilitación. Cambios socio sanitarios que se sintonizan con otros modelos de atención pública en Latinoamérica y otras regiones que siguen las directrices de la OMS y OPS. Mejorando el sistema de atención pública en la ejecución de asistencia sanitaria, tipificación de categorías clínicas, modelos de

abordaje, tipo de evaluación, terapéuticas entre elementos asistenciales de salud a seguir en la región.

Lugares de atención a la salud mental que se articula con el modelo de clínica y la salud, es decir, una atención global en el proceso de salud-enfermedad-continuo. Teniendo así un plan de salud mental de atención sin caer en la especificidad clínica y subdivisión de enfermedades relevantes de atención-investigación, siendo estos otros criterios académicos a cumplir, adquiriendo otros estándares de calidad en la salud.

Para la implementación de los servicios de salud mental comunitaria se considera necesario el desarrollo de estrategias que promuevan la participación, el dialogo y reflexión de los determinantes sociales de la salud como lo señala el modelo de atención integral de salud MAIS – FCI -, que se tome en cuenta el contexto socioeconómico, político, histórico, factores sociales, biológicos, conductuales de la comunidad (...) incorporación de enfoques de género, participación, derechos, interculturalidad, intergeneracional. (Ministerio de Salud Públicas del Ecuador, 2012)

Posteriormente en el 2016 se implementa la guía clínica de salud mental comunitaria donde se encuentra indicadores de atención: gubernamentales, de salud, sociales, académicos y otros criterios internacionales de requerimientos de la OMS en el apartado y asistencia en salud mental. Dando atención sanitaria a las necesidades de la población ecuatoriana y respondiendo con estrategias coherentes con el área de salud mental. Atendiendo y entendiendo la problemática humana y el sufrimiento mental expresado en variedad de enfermedades mentales y disponibilidad de recursos estatales-clínicos-académicos, a la población objetivo de atención. Sin olvidar los diferentes subdimensiones clínicas y sus factores de riesgo como el género, edad, ciclo vital e interculturalidad.

Este antecedente busca establecer formas y procedimientos participativos (...) la implementación de los servicios de acción integral a personas de uso y consumo problemático de alcohol, tabaco, otras drogas y trastornos mentales graves. (...) centros especializados de tratamiento al consumo de alcohol y otras drogas CETAD.

Por su parte la guía del 2016, también considera la creación de normativa de salud para la atención e intervención de población drogodependientes y regularización de servicios disponibles de atención pública como privada. Enfermedad crónica que expresa variedad de trastornos del comportamiento y su intervención inmediata.

En la actualidad no existe una ley de salud mental en el Ecuador; sin embargo, se cuenta con una serie de disposiciones relacionadas con el tema en otros cuerpos legales. Cabe resaltar que el Plan Estratégico de 2014 menciona dentro de sus lineamientos la necesidad de “propiciar y elaborar un cuerpo legal para salud mental”

En la (Ley Orgánica de Salud, 2006) aparecen artículos relacionado con algunos aspectos de la Salud Mental, como son los que mencionan la violencia y el consumo de alcohol, Drogas y otras sustancias como problemas de salud pública.

El (Código Integral Penal, 2014) prevé el internamiento en hospital psiquiátrico de la persona inimputable por trastorno mental, previo informe psiquiátrico, psicológico y social.

Respecto a las normativas de salud y derechos del paciente por salud mental, no hay una ley de salud mental como parte del marco constitucional de la república, no obstante, si hay lineamientos a seguir en casos de enfermedad mental y violencia asociadas entre sí. El resultado de estas normativas orgánica son específicos y vagos a su vez, una evaluación del estado mental, un lugar donde depositar al enfermo de acuerdo a su nivel responsabilidad legal según su cuadro clínico y severidad del daño a terceros.

Normativa, protocolos y lineamientos en Salud Mental (2013-2018)

- Modelo y Plan estratégico de Salud Mental (Acuerdo Ministerial 00004927).
- Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia (Acuerdo Ministerial 00005282).

- Lineamientos operativos para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y trastornos mentales graves en modalidad ambulatoria intensiva.
- Lineamientos operativos para psicólogos y psiquiatras en los tres niveles de atención.
- Lineamientos y directrices para los responsables de salud mental y de promoción de la salud por niveles de atención.
- Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas (Acuerdo Ministerial 00000030).
- Acuerdo Ministerial Nro. 00000080 Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan sus servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas ESTAD.
- Reglamento para brindar atención integral en salud a víctimas de desaparición, sus familiares y personas en condición de no referir su identidad. (acuerdo ministerial 00005307).
- Lineamientos para la implementación de la Supervisión de Enlace.
- Lineamientos operativos para el manejo del Duelo en los establecimientos de Salud Pública.
- Lineamientos operativos para el manejo de anorexia y bulimia establecimientos del Ministerio de Salud.
- Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de salud Mental Hospitalaria.
- Lineamientos operativos para el manejo intentos auto líticos – suicidio (atención en casos de lesiones autoinflingidas o ideas suicidas) establecimientos del Ministerio de Salud.
- Lineamientos operativos a fin de favorecer el acceso a medicamentos y dispositivos médicos para la atención integral a personas con trastornos mentales y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública.
- Manual de Gestión: Salud Mental en Desastres (primera edición).
- Guía de Salud Mental Comunitaria (primera edición).
- Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública.
- Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas – Adolescentes (CETAD), del Ministerio de Salud Pública.

ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Según la Agencia Nacional de los Andes (Andes, 2013) Ecuador tiene uno de los mejores sistemas de salud en el mundo, la base de datos Bloomberg determinó que la eficiencia del sistema sanitario de Ecuador se sitúa en el puesto 20 a nivel mundial, superado en Sudamérica solamente por Chile que se ubica en el puesto 13.

En Ecuador la consulta en Salud Mental fue apenas del 1% en atención pública en el periodo 2012-2016. En los siguientes periodos 2017' \$2692 – 2018 \$2845 de los cuales se asignó

\$600.000 - 2019 \$3104, el presupuesto de salud mental en el 2019 aumento considerablemente a \$6 millones. (Armenian-Ecuadorian Relationship, 2019)

Además, se cuenta con una referencia de datos mensuales en una institución de neurociencias, la más importante del país, el cual recibe y da atención a 12000 consultas mensuales, en atención general, quedando vacíos estadísticos de información en atención privada y aquellas situaciones que por condiciones socioeconómicas no pueden acceder o acceden desconociéndose el promedio de personas atendidas en consulta privada.

Por lo tanto, la intervención del trabajador social es aportar con el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando aquello que retarda el logro de los objetivos de salud y la utilización de los servicios, así como lo que favorece su logro. (Baudino, Bonanno, Bomijan, Echevoyen, & Martinez, 1986)

La ciencia del Trabajo Social aparece inexorablemente involucrada en las necesidades de los alienados, las dolencias mentales. Teniendo esta su apareamiento al momento de entender la base social como un elemento clave en la descompensación del sujeto, bien sea al inicio, en su desarrollo, final, tratamiento, rehabilitación y pronóstico.

(Bajoit, 1997) Señala que el rol profesional del trabajador social se construye en torno a las relaciones que estos tienen con las personas y/o sujetos, siendo en esta relación que depositan el sentido de su trabajo (...) "es la incidencia o el impacto que tiene la intervención profesional en las relaciones sociales involucradas en el objeto de intervención." (Salord, 2003)

La asistencia humana técnica-metódica, que se complementa con todo un abordaje psicosocial como la evaluación y diagnóstico social, función del técnico, observando al sujeto en la dimensión múltiple del hogar, comunidad, sociedad y servicios sociales involucrados en la salud mental del alienado en caso de enfermedad, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El cómo se defina la función, en cada intervención, tendrá que ver con la especificidad profesional. (Kisnerman, 1994). Una intervención ética, conveniente para ambas partes, el paciente quien necesita de atención a su malestar, incomodidad y angustia, frente a no saber qué hacer, que preguntar o que seguir pensando, seguir sufriendo, esto será una demanda de atención por parte del trabajador social sanitario. Antes del síntoma, del trastorno y todas sus consecuencias de enfermedad crónica, hay un lugar de intervención primaria que ejecuta todo un programa de salud mental, esto es prevenir, promocionar, intervenir, gestionar todo el proceso sanitario por el que pasara la demanda del paciente y población psicológica, estas funciones son la especificidad practico-clínico académico del profesional de trabajo social a ejercer en el área socio-sanitario donde atenderá la demanda de su profesión y del paciente a atender.

El trabajador social en salud es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, en el que promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de funciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones de salud. (Colegios Oficiales de Trabajo Social de Valencia, 2012)

Los trabajadores sociales son los primeros en llegar y ser llamados a atender una realidad social, según el tipo de desorden de comportamiento u otra afección mental, al no pasar en subcentros de salud o hospitales, su lugar de acción es significativamente amplio al llegar diferentes zonas de la ciudad según objeto de estudio, el estrato social de los sujetos, grupos sociales de riesgo y variedad de sufrimiento mental.

Las funciones del trabajador social como un trabajo practico-humanitario, su atención primaria – secundaria – terciaria. Esta aplicada a la investigación-docencia, en un objeto de estudio tan sensible como el ser humano en un área compleja, única e individual en el apartado de salud mental.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALU MENTAL

Función preventiva, promoción social

Las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida. Por su parte la prevención de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública (Detels, Mcewan , Beaglehole , & Tanaka , 2002)

La atención primaria es ese lugar privilegiado del profesional sanitario donde la salud es un antes, de la enfermedad y todo su apartado psicopatológico. La promoción de la salud mental se inserta en sectores primarios como centros de educación, de salud, laboral, comunidad, barrial y familiar, es llevar herramientas de reconocimiento y vías de salud, como el comportamiento apropiado en la alimentación, interacción-comunicación familiar, habilidades asertivas en el funcionamiento mental-emocional-comportamental, entre otros elementos propios de promoción de salud mental.

Siguiendo este orden psicosanitario se continúa con la prevención, dimensión clínica primaria asociada al reconocimiento de los desórdenes clínicos, rasgos personológicos patológicos y conductas de riesgo como las adicciones y otras conductas problemáticas. Tener prevención es identificar, evaluar y entender que sucederá con el sujeto a corto, mediano y largo plazo en su salud mental y como esta afectará todas sus otras dimensiones sociales, laborales, familiares entre otras según el paciente y estilo de vida del mismo.

Entre ambas dimensiones promoción-prevención, en salud primaria dan lugar bien a una estabilidad mental y su debida salud, como también ambas dimensiones son consecuencia de una trayectoria psicopatológica, cronicidad del cuadro clínico y empeoramiento en su pronóstico final. Mostrando que antes de la enfermedad-cura, primero es la promoción-prevención, en la salud mental.

Función de atención directa

Atención secundaria

Dirigir una atención del caso único y otros, requiere un esquema a seguir. Este presenta diferentes fases o niveles de intervención según el modelo impuesto y sus características contextuales del centro de salud. De acuerdo a sus lineamientos del ministerio de salud local, que regirá el diseño, intervención, supervisión y mejoramiento del mismo en su calidad de servicio a la población de atención.

En atención secundaria encontramos los siguientes elementos de intervención del caso:

- Evaluación de la situación problema y sus demandas de riesgo intrapersonal e interpersonal.
- Valoración de la esfera familiar
- Examen y diagnóstico social
- Acompañamiento en la intervención clínica
- Seguimiento del caso
- Derivar el caso a unidades especiales de atención socio sanitaria
- Devolución del caso único

Entre otros elementos según la región, país, ministerio de salud pública, políticas locales y áreas de investigación.

Una vez atendida la crisis o emergencia del caso, se sigue los lineamientos del equipo sanitario en la discusión del caso único, donde los profesionales dialogan la conducta a seguir en el proceso terapéutico donde cada elemento profesional tiene su aporte único y articulado unos con otros. Entendiendo el sistema de caso único y relevancia del plan terapéutico socio sanitario específico del caso a tratar.

En efecto, la atención secundaria es aquel proceso de intervención socio sanitario, donde el procedimiento no se debe únicamente a una contención-terapéutica de ciertos cuadros psicopatológicos, también es un lugar de investigación donde las condiciones conocidas tanto en la demanda del paciente están a la par de otras novedades clínicas de atención y otras exploraciones que dan lugar a un nuevas categorías clínicas y otras técnicas terapéuticas a identificar-investigar, agregando este nuevo comportamiento psicosocial a patrones ya conocidas en el sujeto de atención.

Función de coordinación

La Atención terciaria es todo un apartado final en la intervención del caso único, este se articula con las dos etapas anteriores y con los niveles propios de su actuación en el seguimiento del caso después de la atención secundaria.

En cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales (Pellegero, Brise, & Tizon García, 1992)

La gestión socio sanitaria es una herramienta clave en las competencias del trabajador social, lugar donde los otros miembros del equipo no ejercen esta función complementaria después de su intervención específica. Gestionar la dirección del paciente en función a atención en otros servicios clínicos-rehabilitación-sociales, es conocer e identificar las necesidades del sujeto según su diagnóstico socio-económico-familiar. Es continuar con la atención al usuario una vez pasado la situación problema, atención terapéutica y seguir unas directrices finales que se adhieren a otros servicios sociales de promoción-prevención y cambio de la conducta problema del sujeto en esta última fase de seguimiento-intervención-devolución del caso.

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad (Díaz, E., 2002).

Dentro del equipo de salud mental, cada uno de sus elementos es pieza clave en cada área de intervención, no obstante, el elemento del trabajador social tiene su lugar de trabajo antes, en la intervención y después de ella, esta triple función le permite totalizar las diferentes dimensiones del caso único. Permittiéndose tener un diagnóstico articulado en todo un sistema político, sanitario, comunitario, familiar entre otros elementos que permiten lograr un mejor servicio, ampliar la dimensión problema de la demanda y su objeto de estudio.

Atención primaria y atención secundaria son dos instancias distantes una de otra, no obstante, ambas fases de intervención se encuentran en el seguimiento del caso antes y después de la terapéutica, logrando cerrar un sistema circular de retroalimentación en el caso único de atención. Teniendo esta lógica circular y coherente en su proceder, se obtiene una intervención eficaz, sin confiar en que todo ya está conocido y dicho. Solo cabe coincidir en que la circularidad del diseño está cumpliendo y que en ella seguirán encontrando otras problemáticas propias del ser humano, su contexto, momento histórico y objetivos de estudio-atención del caso.

CONCLUSIONES

La salud mental del estado ecuatoriano tiene una historia corta en contraste con la salud médica tradicional física. La enfermedad mental fue atendida en medida del poco conocimiento de esta y en medida mínima del profesional sanitario, frente a la gran demanda psicopatológica según sus presentaciones clínicas clásicas específicas como la neurosis-psicosis-perversión, sin ahondar en otras circunstancias de afectación mental de acuerdo al modelo biopsicosocial. El caso ecuatoriano, en el 2014, puso interés de actualización en el eje político-social-comunitario-clínico-académico, área sensible del ser humano. Problemáticas de salud y normas internacionales de regulación sanitaria generaron atención en patologías como la discapacidad mental, drogodependencias y sus sub-dimensiones clínicas-tratamiento, junto a su debida clasificación-tipificación en el nuevo diseño sistema de salud mental a implementar, con sus nuevos apartados y problemáticas según el modelo biopsicosocial. El rol de trabajador social queda insertado en una labor de gestión sanitaria, misma que se sitúa en esferas interrelacionadas de atención clínica.

La prevención-promoción es la atención primaria del trabajador social sanitario generador de acciones específicas-complejas y complementarias en programas salutogenicos antes de la enfermedad, siendo estas directrices, generadoras de salud. En atención al paciente seguir-

llevar la gestión del caso único, considerando otras dimensiones del proceso de la enfermedad-tratamiento-especialista-familia. La coordinación es una acción sanitaria de gestión y seguimiento del caso de acuerdo a las necesidades socio-sanitarias-económicas, y otras que aparecen en la evolución del caso único bien desde la salud-rehabilitación y programas de salud que se articulan con la atención terciaria.

El equipo interdisciplinar de salud mental: Psiquiatría, medicina general, psicología, enfermería y trabajo social, siguen sosteniendo un modelo ya clásico en el abordaje del paciente en las dimensiones de prevención, atención y rehabilitación, insertándose la promoción de la salud, esta última, como una fase primera e integradora en cada intervención clínica sea esta primaria, secundaria, terciaria y cuartearía.

BIBLIOGRAFÍA

- Andes, A. N. (9 de Septiembre de 2013). Mi blog de WordPress. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/sistema-salud-ecuador-ubica-entre-20-mejores-mundo.htm>
- Armenian - Ecuadorian Relationship. (2019). El presupuesto de salud 2019 prioriza prevención y servicios. http://newsecuador.ec/one_news.php?id=10799.
- Aznar, A. E., & Ángeles, B. A. (2004). Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bajoit, G. (1997). El Oficio del Asistente Social. Revista de Trabajo Social perspectiva, 17-18.
- Baudino, v., Bonanno, A., Bomijan, M., Echegoyen, M., & Martinez, M. (1986). Congreso Internacion de la Salud. Ponencia.
- Bedón, R. (1995). Historia del Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Rev Inst del Hosp Psiquiátrico San Lázaro, 1(1):24-7.
- Código Integral Penal. (2014). Registro Oficial Suplemento N°180. Asamblea Nacional, 76.
- Colegios Oficiales de Trabajo Social de Valencia, C. y. (2012). GUIA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat.
- Danny, Z., & 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>>. Rev. Fac Cien Med (Quito), 44. Recuperado el 11 de 09 de 2019
- Danny, Z., & 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>>. Rev. Fac Cien Med (Quito), 44.
- Desviat, M. (2000). Salud Mental Comunitaria como Estrategia o Utopía. Revista Psiquiatría Pública.
- Detels, R., Mcewan, J., Beaglehole, R., & Tanaka, H. (2002). Oxford textbook of public health. Oxford: Oxford University Press.
- Díaz Palacio, E. (2002). «Funciones del trabajador social en salud mental adultos» trabajo social en el sistema sanitario público. KRK Edition.
- Fernández, J. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. Revista de treball social, 145: 48-58.
- Fernández, J. (1997). La Supervisión del Trabajo social. Madrid: Editorial Planeta.
- Fierro, B. R., Hermida, B. C., Jarrín, V. H., Granda, E., & López, P. R. (2002). <<Salud mental, alcoholismo y drogadicción en el Ecuador a finales del siglo XX>>. El cóndor, la serpiente y el colibrí La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX, 1-6.

- Ituarte, T. A. (1995). "Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico". Editado por Siglo XXI. Colección Trabajo Social nº 2.
- Kisnerman, N. (1994). Introducción al Trabajo Social una aproximación desde construccionismo. Lumen Hvmanitas.
- Ley Orgánica de Salud. (2006). Registro Oficial Suplemento N° 423. Congreso Nacional.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. MSP.
- Ministerio de Salud Públicas del Ecuador. (2012). MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Familia Comunitario o Intercultural (MAIS-FCI). MSP-ECUADOR.
- OMS. (Diciembre de 2013). Sitio web mundial. Obtenido de Sitio web mundial: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Informe sobre el sistema de Salud Mental en el Ecuador. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C.: Washington, D.C.: OPS, Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.
- Pellegero, N., Brise, E., & Tizon García, J. (1992). "El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria". Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primario. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Pérez, U. A., & Romero, E. F. (2012). Psiquiatría para no psiquiatras. Ed revisada. Salamanca: Tesitex S.L.
- Pérez, U. A., & Romero, E. F. (1995). Psiquiatría para no psiquiatras. Salamanca: Tesitex.
- Salord, S. G. (2003). Especificidad y rol en Trabajo Social. HVMANITAS, 21.
- Tizón García, J. L. (1992). Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en atención Primaria. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Trullenque, E. M. (2010). "El Trabajo Social en salud mental". Cuadernos de trabajo socia, 334.
- Trullenque, E. M. (2010). "El Trabajo Social en salud mental". Cuadernos de trabajo social, 335.
- Trullenque, E. M. (2010). "El Trabajo Social en salud mental". Cuadernos de trabajo social, 335.
- Ureña, A. (2006). «La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la salud mental». Revista de treball social, 178: 35-41.
- Zúñiga, D., & Riera, A. (12 de 04 de 2017). Recuperado el 11 de 09 de 2019, de <file:///C:/Users/BIBLIOUTM-PC057/Downloads/1455-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5435-1-10-20190103.pdf>