

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2019 – 2021

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Estudios Urbanos

Contaminación ambiental urbana y salud mental autopercebida en la ciudad de Quito

Carolina Alexandra Herrera Céspedes

Asesor: Pablo Cabrera Barona

Lectores: Fernando Ortega Pérez y Nataly Cadena Mosquera

Quito, noviembre de 2021

## Tabla de contenidos

Resumen .....	VI
Introducción .....	1
Antecedentes del problema .....	1
Justificación.....	4
Pregunta de investigación, objetivos y alcance .....	5
Capítulo 1 .....	7
Marco Teórico .....	7
1.1. Salud mental y ciudad .....	7
1.2. Contaminación de aire y salud mental .....	8
1.3. Ruido y salud mental.....	12
Capítulo 2 .....	15
Metodología .....	15
2.1. Área de estudio.....	15
2.2. Población.....	16
2.3. Encuesta y análisis cuantitativo.....	16
2.4. Entrevistas y análisis cualitativo .....	18
Capítulo 3 .....	20
Resultados .....	20
3.1. Evaluar la relación entre calidad de aire, ruido y salud mental autopercebida en la ..... ciudad .....	20
3.2. Definir un concepto de salud mental comunitario en Quito.....	29
3.2.1. ¿Qué es la salud mental? .....	30
3.2.2. La salud mental como un derecho .....	31
3.2.3. La salud mental vivida vs. la salud mental estudiada .....	32
3.2.4. Los lugares que habitamos como fuentes de bienestar .....	33
3.2.5. Los sentidos que circulan como piezas incompletas .....	35
3.2.6. Definiciones rápidas de salud mental.....	36
Capítulo 4 .....	38
Discusión.....	38
Conclusiones .....	48
Anexos.....	50
Anexo 1. Entrevistas .....	50

Lista de referencias..... 109

## Ilustraciones

### Figuras

Figura 1. Mapa del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) y sus parroquias.....	15
urbanas y rurales.....	15
Figura 2. Perfiles de las personas entrevistadas .....	29

### Tablas

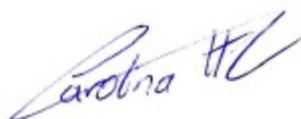
Tabla 1. Preguntas sobre la percepción del ambiente. 1) Nada contaminado / Nunca /.....	21
No es para nada aceptable, 2) Poco contaminado / Rara vez / Es algo aceptable, 3).....	21
Moderadamente contaminado / A veces / Es aceptable, 4) Muy contaminado /.....	21
Siempre / Es muy aceptable. ....	21
Tabla 2. Resultado del Modelo 1: Escala de salud autopercebida.....	22
Tabla 3. Resultado de Modelo 2: Escala de felicidad autopercebida .....	23
Tabla 4. Resultado de Modelo 3: Escala de satisfacción con el entorno .....	24
Tabla 5. Resultado de Modelo 4: Escala de satisfacción con la vida. ....	25
Tabla 6. Resultado de Modelo 5: Escala de aceptación de ambientes con pobre.....	27
calidad del aire. ....	27
Tabla 7. Resultado de Modelo 6: Escala de aceptación de ambientes con altos niveles.....	28
de ruido.....	28
Tabla 8. Palabras que definen la salud mental para usted.....	36
Tabla 9. Palabras que se oponen a su idea de salud mental.....	37

### **Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis**

Yo, Carolina Alexandra Herrera Céspedes, autora de la tesis titulada "Contaminación ambiental urbana y salud mental autopercebida en la ciudad de Quito" declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Estudios Urbanos concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, noviembre de 2021



Carolina Alexandra Herrera Céspedes

## Resumen

A consecuencia del aumento de las poblaciones que habitan en las ciudades y los fenómenos que se desenvuelven a raíz de esta reconfiguración de los espacios, el campo de los estudios urbanos se ha dedicado a examinar las dinámicas que surgen de las interacciones entre humanos y espacios y cómo estas afectan a la vida. Con un interés creciente en el impacto de la vida urbana en la salud, las evidencias de las últimas décadas señalan que la calidad del ambiente en el que vivimos puede tener implicaciones severas en nuestro bienestar.

Esta investigación se concentra en indagar las relaciones entre una mala calidad ambiental (contaminación del aire y ruido) y la autopercepción de salud mental en la ciudad de Quito a través de la aplicación de métodos mixtos. El levantamiento de la información, integrado por componentes cuantitativos y cualitativos, se desarrolló a través de encuestas en línea y entrevistas a actores representativos, vinculados con el concepto de salud mental. El cuestionario correspondiente a las encuestas se dividió en tres áreas de interés para el estudio: datos demográficos, percepciones de salud y niveles de contaminación ambiental percibidos por los participantes. Para el análisis de estos datos se aplicó regresiones logísticas ordinales. Paralelamente, se entrevistó a personas relacionadas con el área de la salud mental en la ciudad, para nutrir la discusión y esclarecer cuáles son los sentidos que circulan en el contexto local. Los principales resultados de los análisis estadísticos muestran que, en la mayoría de los casos, las variables de contaminación ambiental (aire y ruido) y las de calidad de servicios de salud se asocian con la percepción de salud que tienen las personas. A partir de los testimonios recogidos durante las entrevistas, se identificó que no existe una noción consolidada de lo que significa salud mental en la ciudad, sino que el concepto continúa cambiando y se adapta a las experiencias individuales de cada persona.

Se concluye que, aunque las relaciones entre contaminación ambiental y salud mental detectadas en el componente cuantitativo todavía son débiles, los resultados no son suficientes para descartar posibles afectaciones actuales o futuras. Existe la necesidad de fortalecer la promoción en salud y la conciencia ambiental de los habitantes de la ciudad para generar acciones preventivas frente a este problema que ya se perfila como una preocupación para la salud pública en otras ciudades del mundo.

## **Introducción**

### **Antecedentes del problema**

Con un énfasis histórico en la salud física y sus efectos visibles, el paradigma de salud ha experimentado cambios sustanciales desde los años setenta guiados por los avances en la tecnología médica y la investigación en salud pública, que se han sustentado en determinantes sociales y la humanización de la medicina moderna (OPS 1978). Dejando de lado la interpretación clásica de la salud como algo puramente físico, desde el siglo XX existe un interés creciente por la salud mental -originalmente denominada higiene mental- de las personas (Bertolote 2008). Sin embargo, los primeros momentos de lo que ahora conocemos como salud mental estuvieron plagados de violaciones de los derechos de los pacientes y de una falta de conocimiento acerca de cómo proveer un tratamiento adecuado para personas con trastornos mentales (Braslow 1997; López-Muñoz et al. 2007).

En la actualidad, el estigma que acompaña a las personas con trastornos mentales (TM) no ha desaparecido. Sus efectos se materializan en un desmedro de la calidad de vida de las personas que los padecen, quienes ven una reducción en sus oportunidades de obtener un empleo o mantener una vida normal a causa de un doble prejuicio: el de la sociedad y el propio (Corrigan y Watson 2002). La minimización de la salud mental como un elemento importante del bienestar individual y colectivo no se resume a una vulneración continua de los derechos de una persona, sino que se extiende dentro de un sistema poco preparado para hacer frente a los retos de salud mental del siglo XXI. Falta de apoyo económico, ausencia de personal especializado en las unidades de salud, poca o nula inversión en prevención, son solo algunas de las condiciones que hacen del mundo un lugar hostil para personas con problemas de salud mental.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OPS 2018), los TM constituyen la segunda causa de discapacidad a nivel mundial; esta situación se agrava en países como Ecuador, en los que la inversión en prevención y promoción de la salud mental no es una prioridad o simplemente ni siquiera hace parte de la agenda de las autoridades. Solo hasta el 2018, el 17% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) a nivel nacional, correspondientes a Enfermedades no transmisibles, estaban relacionados con Trastornos Mentales y Neurológicos.

La salud mental, como la entendemos en la actualidad, proviene de una genealogía del concepto que se remonta a mediados del siglo XX. Previo a ese momento, en la primera mitad del siglo, esta rama de la salud se estudiaba como un campo paralelo a la salud pública. Textos como los de Foucault (1961) nos hablan de la historia de la psiquiatría y el papel de los hospitales psiquiátricos desde sus orígenes. Para los propósitos de esta investigación, nos ubicamos en esta línea del tiempo a partir de 1960, año que coincide con el que la OPS integró la primera fuerza de trabajo regional para elaborar un diagnóstico del estado de la salud mental en América Latina (OPS/OMS 2021).

A escala global, el giro hacia la salud mental no-institucionalizada ganaba fuerza de la mano de un discurso de desarrollo y modernización de la salud que cobró auge con la firma del Alma Ata (OPS 1978). A los cambios experimentados en las décadas de los sesenta, setenta y ochenta en materia de política económica y relaciones exteriores se les atribuye, en gran medida, lo que desembocó en el cambio de paradigma de salud mental como un tema global. Tomando como referencia lo que proponen Lovell, Read y Lang (2019) sobre la salud mental producto de la globalización, la salud mental bajo el enfoque de derechos humanos y la postura crítica a ambas (raíces del concepto actual de salud mental), vemos como en el presente, la manera en cómo se piensa en salud mental varía notoriamente dependiendo de la postura que una persona tenga sobre temas como los diagnósticos, los tratamientos disponibles, la noción de enfermedad, etc.

Derivado del giro globalizador de la salud que surge de organismos internacionales como las Naciones Unidas o el Banco Mundial, desde los años noventa, la salud mental se vuelve un tema de interés común. Con el desarrollo de índices diseñados para medir el número de años perdidos por discapacidad o la carga que representan las personas con TM para los gobiernos, atender a los afectados se volvió una prioridad porque el problema se hizo cuantificable (Gaudillière 2014). La creación de manuales de diagnóstico y tratamientos estándar que pudieran ser replicados en el sur global fueron la receta para solucionar este problema.

Sin embargo, esta concepción no tardó mucho en generar resistencia, lo que conduce a la segunda raíz de Lovell, Read y Lang (2019), que propone pensar en la salud mental como algo propio vinculado a los derechos. En lugar de aplicar procedimientos estándar de tratamiento, se aboga por un acompañamiento al sufrimiento humano a través de los mecanismos que se consideren culturalmente adecuados según el contexto. Esta postura,

promovida desde grupos y asociaciones de psiquiatras, también recibió críticas del lado de los pacientes, sobre todo de quienes alegan que existe una contradicción entre quienes la impulsan porque promueven la individualidad desde el diagnóstico clásico.

La tercera y última raíz, que se vincula a los trabajos de Foucault (1961) y Horwitz y Wakefield (2007), critica la idea actual que guía las acciones de salud mental. Esta postura, además de ser “anti-manicomio” al igual que las dos anteriores, sugiere que las formas de ver y pensar en la salud mental que circulan son una nueva forma de colonización al sur global. Al igual que la segunda raíz, retoman el componente cultural e impulsan la comprensión de los trastornos dentro de su contexto. El argumento principal de esta tercera raíz contra las dos anteriores radica en que por medio de los manuales de diagnóstico y los tratamientos estándar se busca etiquetar malestares como si fueran síntomas y a su vez estos síntomas como pruebas de enfermedades mentales.

En el presente, no existe un consenso en relación con lo que significa la salud mental. Al igual que en el pasado, las posturas frente a tratamientos y diagnósticos varían según los individuos, lo que enriquece y en ocasiones también dificulta el construir agendas de políticas públicas que atiendan esta área de la salud. A este clima de constante cambio, tradicionalmente vinculado con determinantes de la salud clásicos (educación, ocupación, ingresos), se añade todo un cuerpo de evidencia científica proveniente de la epidemiología ambiental que nos invita a reflexionar sobre nuestros entornos como detonantes de una buena o mala salud (Vassos et al. 2012; Heinz, Deserno y Reininghaus 2013; Landrigan 2017). Los resultados de estudios sobre ciudad, contaminación, movilidad, planificación urbana y otros componentes de los estudios urbanos nos hacen cuestionar nuestras relaciones con los ambientes que habitamos, resaltando los vínculos que las personas mantenemos con los lugares en los que vivimos y la poca atención que le damos a cómo pueden influir en nuestro bienestar.

Dentro de los estudios urbanos, la investigación llevada a cabo hasta el momento en términos de vínculos entre salud y ciudad indican que existe una relación fuerte entre las condiciones medioambientales propias de lo urbano y una posible mejora o deterioro en las condiciones de salud de los habitantes (Galea et al. 2007; Galea, Freudenberg, y Vlahov 2005; Gruebner et al. 2017). Ya sea a través de manifestaciones en la salud física o en la salud mental, el vínculo con variables como áreas verdes, seguridad, provisión de servicios de salud, calidad de aire o

niveles de pobreza es indiscutible (Marangoni, Hernandez y Faedda 2016; Bortolato et al. 2017; Caracci 2008).

En el caso puntual de la salud mental, la evidencia epidemiológica creciente de los últimos años apunta a la existencia de asociaciones entre la presencia de contaminantes ambientales y el aumento de casos de enfermedades como la psicosis y la demencia o trastornos como la depresión o la ansiedad. Estos vínculos se han encontrado incluso desde la perspectiva emocional, con investigaciones que exploran los vínculos entre el aumento de emociones negativas en ciudades ante mayores índices de exposición a una mala calidad del aire (Lin, Pan y Yi 2019).

### **Justificación**

A pesar de lo mucho que hemos aprendido en las últimas décadas sobre los efectos adversos de la contaminación en la salud, todavía hay mucho por descubrir alrededor del área de la salud mental. Con un aumento acelerado de la población urbana alrededor del mundo, las ciudades son áreas de estudio por excelencia para este tema, en las que confluyen tanto grandes grupos humanos, altas incidencias de TM y sobre todo niveles elevados de contaminación ambiental. Conocer cómo el ambiente en el que vivimos puede estar matándonos de maneras que no entendemos es esencial para una planificación urbana comprensiva hacia el futuro, en la que factores como los costos del suelo o la ubicación vayan de la mano de elementos más subjetivos, como la percepción de la calidad de un ambiente y las relaciones de las personas con los espacios.

En el contexto latinoamericano, el ritmo vertiginoso del crecimiento urbano en nuestra región nos enfrenta a una situación sin paralelo. Países que tienen una historia de industrialización más larga llevan un registro detallado de la contaminación presente en sus ciudades, lo que les permite realizar investigaciones que incluyan cifras reales sobre contaminación y actuar en consecuencia con sus hallazgos para prevenir el impacto en la salud pública. En el caso de las ciudades de países de la región latinoamericana, se evidencian avances importantes en el monitoreo de la contaminación ambiental (Riojas-Rodríguez et al. 2016). Sin embargo, es necesario dar el siguiente paso e indagar las implicaciones de esta contaminación en las personas. Reportes de la Unión Europea posicionan a la contaminación del aire como el mayor asesino de nuestra época, con alrededor de 8,79 millones de muertes anuales atribuibles al aire contaminado (Lelieveld et al. 2019). Con datos como el anterior de

referentes, se vuelve imperativo que empecemos a preguntarnos si este asesino silencioso también habita en nuestras ciudades y sobre todo qué acciones podemos tomar antes de que sea tarde.

Al ser un tema en desarrollo, el impacto de la contaminación ambiental en la salud mental todavía es incierto. La multicausalidad que rodea a los TM dificulta aun más el definir una relación definitiva entre ambiente y salud mental. A pesar de ello, con exploraciones que den paso al intercambio y la participación de las personas se puede recabar información valiosa que sirva de línea de base para futuras investigaciones que examinen con detalle el impacto de las ciudades en el bienestar mental de sus habitantes. A través de una evaluación de la relación entre calidad de aire, ruido y salud mental auto-percibida, este estudio espera contribuir a la construcción de esta línea de base en la región, pero sobre todo en el Ecuador, un país que cuenta con dos ciudades grandes, de las cuales solo una lleva a cabo un monitoreo constante de la calidad del aire (Ministerio del Ambiente 2010). Así, la selección de Quito como área de estudio se justifica puesto que además de contar con una tradición de monitoreo ambiental de más de una década, las condiciones geográficas hacen de la ciudad un lugar más proclive a encapsular la contaminación ambiental (Páez 2006), lo que la convierte en un espacio de exposición a la contaminación para las personas que participaron en el levantamiento de datos.

### **Pregunta de investigación, objetivos y alcance**

Ante este panorama, que apunta a entender la salud mental como algo multicausal, nace la pregunta que estructuró esta investigación:

¿Cómo afectan la calidad del aire y el ruido del Distrito Metropolitano de Quito a la salud mental autopercebida de sus habitantes?

Con el fin de conocer la situación local de este problema, el objetivo principal de esta investigación es:

Identificar la influencia que tienen la calidad del aire y el ruido en la salud mental autopercebida de los habitantes de la ciudad.

Con base en este objetivo principal, los objetivos específicos son:

1. Evaluar la relación entre calidad de aire y salud mental autopercebida en la ciudad.
2. Evaluar la relación entre ruido y salud mental autopercebida en la ciudad.
3. Definir un concepto de salud mental comunitario en Quito.

El área de estudio seleccionada corresponde al Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), dentro del cual podemos encontrar un número importante de habitantes que día a día se movilizan de un sitio a otro. Adicionalmente, la zona comprendida dentro del DMQ es monitoreada constantemente por las estaciones de medición de calidad del aire, lo que permite saber si los niveles de contaminación reportados durante el periodo de la investigación (enero/febrero de 2021) excedieron los límites saludables. A causa de la situación excepcional en la que se desarrolló esta investigación, durante la pandemia por COVID-19, los reportes de calidad del aire en la ciudad experimentaron variaciones frente a los datos históricos para las mismas fechas, esto, debido a las restricciones de movilidad dispuestas a escala nacional. En última instancia, con este trabajo se espera promover el interés por la calidad de los lugares en los que vivimos y alentar conversaciones en las que se hable de los riesgos de salud a los que los habitantes de la ciudad estamos expuestos.

## Capítulo 1

### Marco Teórico

#### 1.1. Salud mental y ciudad

De acuerdo con Mills y Fernando (2014), la hipermedicalización de la salud mental conduce a ignorar que, en muchos de los contextos del sur global, lo que definimos como TM en realidad son expresiones de otros problemas que tienen que ver con la desigualdad social, el desempleo, la inseguridad y una mala calidad de vida.

Las ciudades, históricamente asociadas con mejores oportunidades, han servido de motivación para la migración urbana durante los últimos siglos. Las posibilidades de acceso a servicios, desarrollo profesional, movilidad social ascendente, salud y educación resultan atractivas para grupos en situación de vulnerabilidad por pobreza, ya sea que vivan en las ciudades o que provengan de zonas rurales (Okkels et al. 2018). Sin embargo, la vida urbana no solo se compone de aspectos positivos, ya que los entornos que se generan a partir de este crecimiento urbano contienen una serie de consecuencias negativas para sus habitantes, que no deben ser ignoradas y que se pueden expresar en el aumento en la exposición a contaminación, crecimiento de asentamientos informales, mayor exposición al crimen, aumento de los niveles de consumo/gasto, riesgo de consumo de drogas, aumento en el riesgo de padecer enfermedades crónicas, entre otras (Okkels et al. 2018).

Vivir en la ciudad conlleva una carga a largo plazo para la salud de las personas. A este proceso, mediante el cual factores externos influyen en la salud, se lo conoce como *urbanicity* y comprende una visión amplia de la interrelación entre ciudad y persona (Vlahov y Galea 2002). A breves rasgos, se puede definir como un proceso dinámico, mediante el cual determinantes económicos, políticos, sociales, culturales y ambientales interactúan con el individuo y su colectivo, generando así un reajuste o adaptación (Sennett 1969). Además de ser un proceso que, como su nombre lo indica, es propio de lo urbano y como producto de esta relación individuo-ciudad surgen una serie de efectos secundarios que pueden o no derivar en situaciones negativas para la persona o su entorno. Esta segunda parte del concepto de *urbanicity* es expresada como la penalidad de salud que la ciudad le cobra al individuo por vivir en ella (Andrulis 1997).

El vínculo entre ciudad y salud se ha expandido aún más en los últimos años, apegado al interés global por la salud no solo física, sino también mental. Desde el campo de la psicología se conoce bien que existen condiciones sociales o familiares que pueden derivar en trastornos mentales (Patel y Kleinman 2003; Álvarez et al. 2011). Sin embargo, es solo a partir del siglo XXI cuando se establece una relación clara entre los efectos negativos de la urbanización, su impacto en la vida del individuo y su posible evolución a un trastorno mental común o severo (Heinz, Deserno, y Reininghaus 2013). Es así como, pensar en las relaciones de salud mental con lo urbano va más allá de la infraestructura. Requiere entender la relación entre salud mental y la ciudad como una convivencia del sujeto con el objeto, en este caso el ambiente construido (Attademo et al. 2017; Freeman y Stansfeld 2008; Faris y Dunham 1939).

Ejemplos de estas dinámicas ciudad/salud mental se encuentran en investigaciones que sugieren asociaciones entre la incidencia de casos de esquizofrenia y vivir en entornos densamente poblados (Vassos et al. 2012). Al mismo tiempo, entornos en los cuales existe un gran número de habitantes por metro cuadrado corresponden geográficamente a zonas o barrios de personas con escasos recursos (Heinz, Deserno, y Reininghaus 2013).

## **1.2. Contaminación de aire y salud mental**

Considerado como uno de los grandes asesinos de nuestra época, la contaminación del aire se asocia con alrededor de 8,79 millones de muertes al año en el mundo (Lelieveld et al. 2019). Existe una preocupación creciente acerca de los efectos del aire contaminado en la salud humana, puesto que con el crecimiento urbano, la exposición ya no se reduce al hogar (quema de madera/carbón para las cocinas y la calefacción) sino que se extiende a todo el entorno, especialmente en las ciudades, puesto que son los lugares en los que se concentra una gran cantidad de población y por ende vehículos, industrias y residuos (Landrigan 2017). De acuerdo con Carozzi y Roth (2020), las ciudades densas son algunos de los lugares en los que se concentran los niveles más altos de contaminación ambiental. Factores como la temperatura y la densidad poblacional se vuelven agravantes en la reducción de la calidad de vida urbana (Shaposhnikov et al. 2014).

Así como el vínculo entre salud y ciudad no debe ser entendido como un grupo de piezas aisladas, la relación entre contaminación ambiental urbana y el bienestar integral de una persona tampoco debería serlo. La influencia de contaminantes del aire en la salud física

humana ha sido probada en varias ocasiones, con evidencia que alerta sobre los efectos nocivos de los contaminantes del aire en el sistema respiratorio, cardiaco e incluso en el cerebro (Block y Calderón-Garcidueñas 2009; Mills et al. 2009).

Estos últimos efectos son los que más destacan en los últimos años, puesto que sus implicaciones llevan consigo posibles efectos en la salud mental de los seres humanos, como reacciones inflamatorias en el cerebro (Khan et al. 2019). Experimentaciones en ratones llevadas a cabo en la última década muestran cómo las exposiciones a material particulado fino (PM<sub>2.5</sub>), dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>), monóxido de carbono (CO) y oxidantes fotoquímicos expresados como ozono (O<sub>3</sub>), producen respuestas neurológicas similares a las de episodios de depresión y ansiedad (Isobel et al. 2020). Todos los contaminantes mencionados se encuentran presentes en los entornos urbanos y por lo general provienen de las emisiones de los vehículos que funcionan a diésel (gran parte del transporte público y colectivo de las ciudades lo utiliza), polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento y polen (Linares Gil 2007).

Adicionalmente, estudios realizados durante la última década han encontrado relaciones significativas entre mayores niveles de contaminación ambiental y un aumento en el número de visitas a los servicios de emergencia en hospitales por intentos de suicidios (Oudin et al. 2018; Szyszkowicz et al. 2010), siendo estos un último escalón de procesos complejos que pueden involucrar la preexistencia/convivencia de las personas con algún tipo de trastorno mental (Verona, Sachs-Ericsson, y Joiner 2004). En derivación de esta necesidad de conocer los efectos de la contaminación en la salud mental, más allá del diagnóstico, existen estudios con resultados prometedores que relacionan la exposición a aire contaminado con sentimientos de felicidad y tristeza (Lin, Pan y Yi 2019). No obstante, las relaciones encontradas también se pueden ver influenciadas por varios factores sociales o económicos, por lo que es necesario ser cuidadosos con la interpretación de una causalidad entre estas variables. A estos indicios se añaden también las investigaciones que vinculan no solo las condiciones del entorno construido, sino también condiciones socioeconómicas de distintos barrios, en los que puede existir una marcada exposición a contaminación del aire de grupos humanos vulnerables (Galea et al. 2007). Adicionalmente, zonas con mayor presencia de industrias o autopistas de alto tránsito muestran peores resultados en los índices de calidad de vida (Srinivasan, O'Fallon, y Dearry 2003).

En conjunto, ya sea únicamente por condiciones del ambiente construido, o por una mezcla de distintos factores que incluyen a los ambientales, investigaciones recientes han encontrado asociaciones que indican que la exposición a contaminantes no solo podría producir mayor incidencia de TM, sino que también generaría una dependencia a los antidepresivos y a los benzodiazepinas (Vert et al. 2017), ambos medicamentos usados para tratar trastornos mentales. Esta dependencia tiene implicaciones a largo plazo puesto que perpetua el ciclo de la mala salud mental entre las personas.

Los trabajos mencionados anteriormente se desprenden de la rama de la epidemiología ambiental que relaciona mediciones de contaminación en zonas específicas con el aumento en el número de pacientes con un diagnóstico (Toran 2017). Aunque esto nos proporciona información útil sobre aquellas personas que ya cuentan con un diagnóstico, deja por fuera a aquellas que todavía no lo han recibido. Sin contar que no ahonda en la diversidad de efectos psíquicos, sociales o comportamentales que la calidad del aire percibido puede tener en los individuos. Un elemento adicional para tener en cuenta con estos estudios es que parten del uso de grandes bases de datos que ayudan a tener una panorámica de la situación, pero no profundizan en las experiencias de vida individuales, como el tiempo y la cantidad de exposición que experimenta una persona.

Una ruta alternativa para conocer las afectaciones de la contaminación del aire en la vida de las personas se distancia de la epidemiología ambiental y recoge las percepciones humanas a lo largo de la historia, que se reflejan en testimonios, relatos, pinturas, archivos de prensa, entre otras piezas. A través de esta visión histórica de la contaminación en las ciudades podemos ver que la misma no solo es algo recurrente, sino que sus efectos permanecen y en consecuencia trascienden a la salud física. Es así como, desde la perspectiva de las experiencias de vida y las emociones, también se reportan afectaciones al bienestar mental de las personas. Un ejemplo clásico de ello es la relación de larga duración que tiene la ciudad que Londres con la contaminación de su aire. Con reportes de mala calidad que datan de inicios del siglo XVII, la “niebla” londinense es un elemento que incluso ahora continuamos asociando con la ciudad a pesar de que se han tomado medidas legislativas importantes para reducirla desde la segunda mitad del siglo XX (Corton 2015). Parcialmente atribuida a las condiciones geográficas de la ciudad, la niebla se compuso de una mezcla de los humos producidos por la quema de leña, carbón, el tráfico marítimo y el funcionamiento de las

incipientes industrias localizadas en proximidad con las zonas habitadas de la urbe (Excell 2015).

La niebla alrededor de la ciudad pasó a la historia como una habitante más y su impacto se puede revivir en obras de arte, pero también en noticias de los diarios. Como lo comenta Christine Corton (2015), por un lado, relatos como los de Dickens o Delisle y pinturas como “*The Houses of Parliament (Effect of Fog)*” de Monet, nos cuentan la historia de familias enteras que mueren a causa de bronquitis o nubes que cubren Londres y la transforman en una metáfora de la enfermedad de la sociedad urbana, ambos resultados de la exposición excesiva a aire contaminado. Por otro lado, las crónicas periodísticas de la época nos hablan de atropellamientos, asaltos, violaciones y otros crímenes que despuntaban cuando la niebla aquejaba a la ciudad. Con el tiempo, estos actos de violencia se volvieron parte de la idea que la gente asociaba con la presencia de la niebla. La memoria colectiva transferida por generaciones hasta la actualidad nos demuestra que la huella de esta relación entre lo malo y la niebla no se extinguió con la llegada de regulaciones de la calidad del aire. En todo caso, la revalorización del aire como un recurso importante para el bienestar aportó al despunte de investigaciones y textos que exploran este tema, muchos de ellos desarrollados a raíz de la “Gran Niebla de Londres” de 1952 (Bell y Davis 2001; Stone 2002; Polivka 2018). La carga psíquica que tuvo en la población un evento de esta magnitud repercute en la historia de las ciudades, tanto por lo inesperado de su ocurrencia como por la letalidad de su paso.

Ejemplos como el de Londres no son aislados y desde luego no se encuentran en el pasado. En el presente, ciudades como Nueva Delhi en India son consideradas como altamente contaminadas a escala mundial y sus habitantes ya perciben los efectos nocivos en su salud física a causa de esta exposición (sobre todo a PM2.5). Al igual que en otros países del mundo, la relación entre salud mental y contaminación todavía no está clara en India, pero reportajes como el desarrollado para el New York Times (2020) aportan datos que visibilizan las medidas que las personas están dispuestas a tomar para evitar el aire contaminado y cómo a su vez estas modificaciones afectan la manera en cómo se relacionan con otras personas y con el espacio.

Con base en lo expuesto, cobran sentido las medidas de regulación de la calidad del aire urbano y el auge de investigaciones que durante la última década han tratado de comprender con mayor detalle la asociación entre contaminantes del aire y salud mental en seres humanos

(Mehta et al. 2015). Los primeros resultados obtenidos, a pesar de la advertencia de los autores de no asumir una causalidad, son prometedores puesto que encuentran distintos niveles de asociación de acuerdo con el tipo de trastorno observado. Para el caso de trastornos mentales comunes, como depresión o ansiedad, el grado de asociación varía considerablemente, pero está presente incluso después de considerar variables geográficas o económicas (Khan et al. 2019).

### **1.3. Ruido y salud mental**

El sonido, como el aire, es casi una constante en nuestras ciudades, tanto así que en ocasiones dejamos de prestarle atención o tomamos por sonidos naturales aquellos que no lo son. En el contexto urbano se mezclan fácilmente el canto de las aves y los bocinazos de un automóvil (Stover 2009). La yuxtaposición de sonidos resulta en la formación de un paisaje sonoro de cada ciudad, que refleja las características únicas del espacio. Si bien la idea de tener un paisaje sonoro único es atractiva, no se debe romantizar y olvidar que más allá del sonido, hay una diferencia entre lo que consideramos sonidos agradables y lo que consideramos ruidos (Liu y Kang 2016). Mientras los primeros se reproducen en formas que son deseables para una persona (música, naturaleza, etc.), los segundos también son considerados sonidos, pero no son deseados y generan incomodidad (Goines y Hagler 2007).

Para Goines y Hagler (2007), la falta de conciencia acerca de los peligros del ruido para la salud se asemeja a la manera en cómo la sociedad ignoraba los efectos del consumo de tabaco en los años cincuenta. Esta comparación, aunque difícil de asimilar, es real en el día a día de muchas ciudades del mundo, en las que los niveles permitidos de contaminación sonora sobrepasan los límites internacionales (Silva y Mendes 2012). De acuerdo con la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (2018), todavía hace falta más evidencia científica concluyente que valide los efectos del ruido en la salud. Aún así, la agencia ubica al ruido como la segunda amenaza más grande a la salud de las personas, justo por detrás de la contaminación del aire.

El exceso de ruido en una zona va ligado a otros factores ambientales y socioeconómicos que hacen difícil inferir un número de muertes provocadas exclusivamente por contaminación sonora o un número de años de vida ajustados por discapacidad. En este contexto, en 2018 la oficina regional europea publicó los lineamientos para la protección del ruido ambiental y una recopilación detallada de los vacíos de conocimiento sobre el tema, como base para entender

la dimensión de este problema. El documento no solo es aplicable en el contexto europeo, sino que, al ser el primero de su tipo a nivel mundial, sirve de referencia para países en otros continentes. Según esta guía, el límite de ruido en un ambiente residencial al que puede estar expuesta una persona es de 53 dB por el día y 45 dB por la noche, de lo contrario, los individuos empiezan a presentar problemas para conciliar el sueño (WHO Regional Office for Europe 2018).

Este margen es similar a las cifras especificadas en el contexto de Quito. Según la ordenanza n°0123 - Resolución No. SA-DGCA-NT002-2016, los límites para fuentes fijas de ruido no deberían sobrepasar los 55 dB (diurno) y 45 dB (nocturno). No obstante, estos límites dicen poco acerca de qué tan molesto es un ruido para alguien en realidad, puesto que el grado de incomodidad también dependerá de factores subjetivos (Liu y Kang 2016). Aun cuando los límites permitidos sean respetados, esto no quiere decir que los efectos en la salud de la persona desaparezcan (Münzel et al. 2017).

Los habitantes de las ciudades son especialmente vulnerables a los efectos de la contaminación sonora, que es un tipo de contaminación ambiental, originada a partir del tránsito vehicular, tránsito aéreo, sirenas de autos, comercio, industrias, lugares de entretenimiento, estadios, entre otros (Sampath, Das y Kumar 2004). La presencia de este ruido en el entorno urbano aumenta en zonas densamente pobladas, en las que al igual que con la contaminación del aire, la población se ve perjudicada por la concentración excesiva de personas (Yuan et al. 2019; Carozzi y Roth 2020).

Existe una idea común cuando hablamos de los efectos del ruido en la salud, que tiene que ver con la pérdida de auditiva y el *tinnitus* (zumbido en los oídos) (CDC 2020; MedlinePlus n.d.). Aunque ambas son frecuentes, de lejos son las únicas afectaciones posibles. En lo que se refiere a la salud física, existen estudios que relacionan la exposición a contaminación sonora con enfermedades cardíacas, metabólicas, presión alta, peso bajo al nacer, diabetes y problemas de sueño (Gan et al. 2012; Münzel et al. 2017; Cui et al. 2016; Halperin 2014). Esta última es la más comentada (Langdon y Buller 1977; Eriksson, Bodin, y Selander 2017; Perron et al. 2016), ya que como producto de un mal descanso se presentan síntomas de molestia, falta de concentración en actividades cotidianas, o estrés.

La falta de concentración, la incapacidad de desenvolverse adecuadamente en las actividades regulares y la molestia generalizada, son síntomas que alertan a epidemiólogos ambientales sobre la posible relación entre ruido y salud mental. De acuerdo con Hammersen, Niemann, y Hoebel (2016), aquellos adultos que reportan mayores niveles de molestia frente al ruido ambiental, también reportan peores estados de salud mental. Las consecuencias de la contaminación ambiental no se reducen a la población adulta. De hecho, son las madres en periodo de gestación y sus bebés quienes se ven altamente afectados por niveles de ruido excesivos. Esta exposición a una edad tan temprana afecta el desarrollo adecuado del feto y sus implicaciones a largo plazo están por determinarse, aunque ya se habla de trastornos de ansiedad, memoria espacial deteriorada y plasticidad hipocampal deteriorada en la vida postnatal (Barzegar et al. 2015).

La desatención a los efectos de la contaminación ambiental sonora en la salud se traduce en una violación a los derechos de las personas a acceder a un tipo de ambiente adecuado para vivir. Este hecho se vuelve más palpable entre grupos vulnerables, quienes soportan una carga de contaminación sonora mayor que sus contrapartes en barrios con niveles menores de desigualdad (Casey et al. 2017).

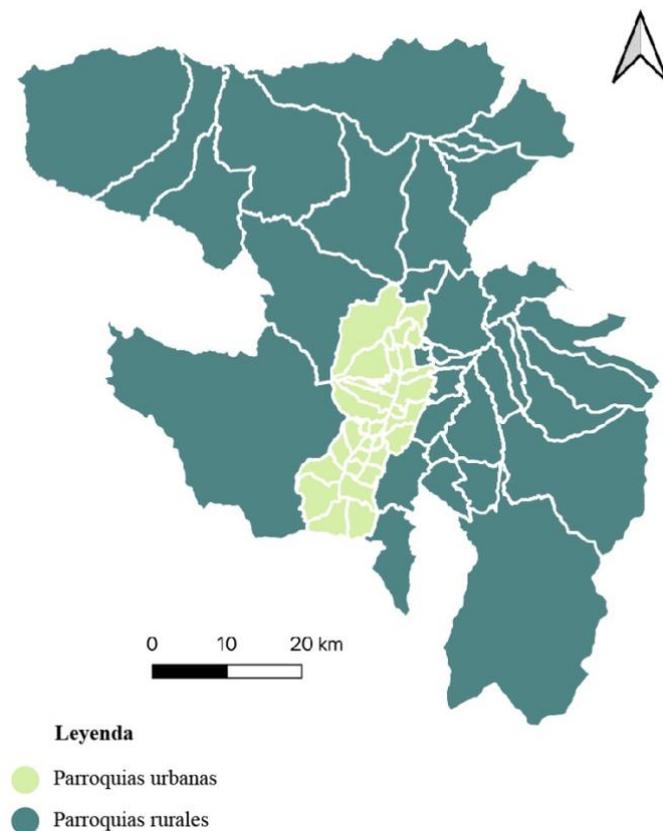
## Capítulo 2

### Metodología

#### 2.1. Área de estudio

Debido a sus condiciones geográficas de gran altitud y por estar rodeado de una cadena montañosa, el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) es especialmente propenso a la concentración de aire contaminado (Páez 2006). Por este motivo, el área seleccionada para la investigación comprende a las nueve Administraciones zonales del DMQ (Calderón, Eloy Alfaro, Eugenio Espejo, Los Chillos, La Delicia, Manuela Sáenz, Quitumbe, Tumbaco, Turística La Mariscal) entre las que se reparten 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2019). La separación entre parroquias urbanas y rurales en la ciudad es imperceptible en varios puntos, de manera que existe un tránsito de personas y vehículos frecuente entre ambas áreas (Figura 1).

Figura 1. Mapa del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) y sus parroquias urbanas y rurales



Fuente: Secretaría General de Planificación, 2021

## **2.2. Población**

La población que habita dentro de los límites del DMQ, en la que se concentra esta investigación, representa cerca del 17% de la población nacional, con 2 781 641 millones de personas repartidas entre parroquias urbanas y rurales de acuerdo con las proyecciones del INEC (2020). Dentro de esta composición, el 68.8% de la población habita en zonas urbanas, mientras que el 31.2% restante en zonas rurales. El 34% entra en el grupo de adultos jóvenes de 20 a 39 años, seguido del 27% de niños y adolescentes y el 6% de adultos mayores de 65 años o más (Quito cómo vamos 2020).

Desde la perspectiva de salud, en una encuesta realizada por CEDATOS, en colaboración con la organización ciudadana Quito cómo vamos (2020), los habitantes de la ciudad reportaron que el principal problema que afecta la ciudad en esta área es la falta de acceso a servicios de atención públicos y privados, así como también la falta de medicinas. En una evaluación de algunos de los problemas más frecuentes que afectan a las ciudades (delincuencia, movilidad, desempleo, corrupción), las personas que participaron en esta encuesta le otorgaron el 4,2% de importancia a los problemas de salud, frente al 24,8% de “Inseguridad”.

En lo que se refiere a las percepciones sobre la calidad del medio ambiente, los quiteños reportan que “La contaminación por vehículos/la calidad del aire (smog)” (35.6%) y el Mal manejo de desechos (22.5%) son los problemas ambientales más graves de la ciudad. De igual manera, al momento de trasladar estos problemas al grado de importancia frente a temas como la delincuencia y el desempleo, únicamente el 0.50% de los encuestados indica que este sea un problema principal de Quito (Quito cómo vamos 2020).

## **2.3. Encuesta y análisis cuantitativo**

El componente cuantitativo de este estudio busca evaluar las relaciones entre la percepción de contaminación ambiental y percepción de salud de los habitantes de la ciudad. Para este componente se desarrolló una encuesta en línea de 17 preguntas en función de las variables demográficas, de contaminación del aire, de contaminación sonora y salud.

A causa de la crisis sanitaria experimentada en el país producto de la pandemia por la COVID-19, el muestreo para este estudio fue de tipo bola de nieve, para así evitar un posible riesgo de contagio por contacto con otras personas. A través de un enlace compartido vía mensajería electrónica, se envió la encuesta a una serie de contactos personales que a su vez

se encargaron de distribuir el enlace a otras personas. Durante la etapa de recolección, la encuesta se circuló entre grupos barriales de *Whatsapp*, grupos cerrados de Facebook y vía correo electrónico masivo. En total, se obtuvo 269 encuestas válidas.

El procedimiento de aplicación de la encuesta se realizó en cuatro etapas. La primera de carácter informativo en la que se explicó el motivo de la encuesta y se solicitó el consentimiento informado de los participantes. En este punto se realizó una selección de los participantes, todos aquellos que no cumplieron con los requisitos de vivir en Quito, tener más de 18 años y aceptar las condiciones expuestas en el consentimiento informado fueron descartados.

La segunda etapa recogió información demográfica de los participantes sobre género, edad, educación, estado civil e ingresos mensuales promedio. La tercera trató temas referentes a la contaminación percibida por las personas en sus entornos inmediatos y tuvo preguntas sobre qué tan contaminado es el ambiente en los barrios en los que viven y qué tan importante es para los participantes vivir en ciudades con una buena calidad del aire/sonora. La cuarta etapa, sobre el tema de salud, tuvo preguntas sobre la autopercepción de los encuestados sobre su salud, satisfacción con sus vidas, satisfacción con el entorno en el que viven, satisfacción con los servicios de salud a los que tienen acceso y si han sido diagnosticados en algún momento con un trastorno mental. Con excepción de esta última, todas las preguntas de la tercera y cuarta etapa fueron elaboradas en escala de Likert, con parámetros propios que, en lugar de apegarse a una escala preexistente, se basaron únicamente en la autopercepción de los individuos. Esta decisión corresponde a la necesidad y al desafío de conocer las valoraciones personales de las personas sobre las variables, pero no contar con una formación en ciencias psicopatológicas o un entrenamiento en evaluación emocional.

Para el procesamiento de datos de este primer componente se utilizó el programa SPSS. El tipo de análisis seleccionado fue el de regresión logística ordinal por las características de las variables propuestas en la investigación. Al ser la mayoría de ellas de tipo ordinal politómica, tanto las variables dependientes como la predictoras (independientes) se adaptan correctamente a las condiciones de este tipo de análisis, que como lo indica IBM (2021) “(...) implica minimizar las diferencias de la suma de los cuadrados entre una variable de respuesta (la dependiente) y una combinación ponderada de las variables predictoras (las independientes)”.

Se calcularon seis modelos de regresión logística ordinal en donde las variables dependientes fueron: escala de salud, escala de felicidad, satisfacción con el entorno, satisfacción con la vida y el grado de aceptación de contaminación del aire y de contaminación sonora en los barrios. Las variables independientes utilizadas para los modelos fueron variables sociodemográficas (de control) de género, edad, educación, estado civil, e ingresos mensuales, variables de percepciones de contaminación del aire (visual/olfativa) y ruido, y una variable adicional de percepción de calidad de los servicios de salud a los que se tiene acceso.

#### **2.4. Entrevistas y análisis cualitativo**

Para este componente de la investigación se recogió los testimonios de seis personas que viven en la ciudad de Quito que fueron contactadas ya sea por su representatividad en el ámbito de la salud mental o por su afinidad con el tema. Posteriormente, una de las personas decidió que su testimonio no se incluyera en la investigación, por lo que el número de participantes se redujo a cinco. Tres de los entrevistados son profesionales de la salud que brindan atención psicológica, una persona es líder en activismo y lucha por los derechos humanos de personas y familias que experimentan trastornos mentales, y una persona entrevistada ha recibido un diagnóstico de enfermedad mental y usa su experiencia de vida para generar conciencia sobre la manera en cómo se mira a las personas con problemas de salud mental en la ciudad. Todas las entrevistas recibieron consentimiento de los y las participantes. La información provista durante las entrevistas fue grabada para llevar registro en audio de las respuestas y posteriormente se transcribió estas entrevistas guardando la anonimidad y fidelidad de los testimonios. A cada una de las personas que decidieron continuar en el estudio se les otorgó un código alfanumérico (Persona 1 – P1) para conservar su anonimidad. A partir de las ideas compartidas a raíz de la aplicación de un cuestionario semiestándar, se logró extraer elementos que encapsulan nociones claves de los sentidos que circulan en el contexto local en relación con la salud mental y la atención psicológica.

La guía de preguntas se organizó en función de las necesidades de información, las interrogantes de carácter más amplio estuvieron al inicio del formato, mientras que las más puntuales fueron planificadas para el final de la entrevista. Sin embargo, una vez iniciada la entrevista algunas de las preguntas fueron respondidas sin tener que enunciarlas, por lo que el orden final no coincide con la planificación en todos los casos. Cada persona entrevistada, además de responder a las preguntas del cuestionario, profundizó en su manera de entender la

salud mental y los obstáculos que percibe desde su área de experiencia, el detalle de cada uno de los testimonios puede ser encontrado en las transcripciones (Anexo 2). Estas mismas ideas también fueron organizadas dentro del componente análisis de esta investigación en contraste con otros conceptos y sentidos que circulan a escala local. Para el apartado de los sentidos que circulan en la esfera pública, se tomó como referencia el concepto de salud mental de la OMS. Cada persona escuchó la lectura del concepto y luego fue invitada a decir si consideraba que esta definición era correcta, estaba completa o si le faltaba algo. En un intento de condensar las ideas más extensas que las personas entrevistadas dieron sobre lo que consideran que es salud mental, se propuso que cada una indicara, de manera espontánea y rápida, cinco palabras que asocian con salud mental y cinco que se oponen. En total, se recogieron seis categorías sobre los cuales las personas entrevistadas dieron sus puntos de vista: definición amplia de salud mental, la salud mental vivida vs. la salud mental estudiada, la salud mental como un derecho, los lugares que habitamos como fuentes de bienestar, los sentidos que circulan como piezas incompletas (sobre las definiciones comunes de salud mental) y definiciones rápidas/ espontáneas de salud mental a partir de palabras clave.

## Capítulo 3

### Resultados

#### 3.1. Evaluar la relación entre calidad de aire, ruido y salud mental autopercebida en la ciudad

Los modelos propuestos para la evaluación de la relación entre las variables arrojaron una serie de resultados significativos y no significativos entre las variables de salud y contaminación. El diseño de modelos alternativos, con variables diferentes o pruebas estadísticas distintas, podría afectar estos resultados, demostrando relaciones que en esta primera aproximación no fueron visibles.

Un total de 269 personas respondieron al cuestionario en línea. De este total, el 70.6% (190) se identifica como género femenino y el 29.4% (79) como masculino. El 43,5% (117) de las respuestas corresponden al rango de 18 a 24 años, seguido del 31.6% (85) en el rango de 25 a 34 años, 8.6% (23) en el de 35 a 44, 7.1% (19) en el de 45 a 54 años y 9.3% (25) en el rango de más de 54 años. Dentro de la variable de educación, el 66.5% (179) de los encuestados respondió que se encontraba estudiando o había completado sus estudios de licenciatura/ingeniería, el 16.4% (44) sus estudios de maestría o doctorado y el 15.2% (41) el bachillerato. El 74.3% (200) es soltero, el 21.2% (57) casado, el 3.7% (10) divorciado y el 0.7% (2) viudo. En lo que se refiere a los ingresos mensuales promedio de los entrevistados, las tres categorías con más respuestas fueron el 49.4% (133), que reporta recibir entre \$0 a \$400 mensuales, el 24.9% (67) de \$401 a \$800 y el 10.4% (28) entre \$801 y \$1200. Sobre la pregunta acerca de si la persona había recibido un diagnóstico de algún trastorno mental, el 87.4% (235) de las respuestas corresponden a la opción “No”, mientras que el 8.6% (23) y el 4.1% (11) restantes corresponden a las categorías “Sí” y “Prefiero no responder”, respectivamente.

De las diecisiete preguntas propuestas, aquellas que indagaron la percepción de los individuos en relación con la calidad de su ambiente fueron cinco, todas ellas organizadas en cuatro categorías, como se puede observar en la Tabla 1. Las dos preguntas que evaluaron la tolerancia (aceptabilidad) ante la contaminación del aire y sonora mostraron una mayoría de respuestas ubicadas en las categorías “No es para nada aceptable” y “Es algo aceptable”, lo que indica una escasa tolerancia a los niveles de contaminación ambiental. Las respuestas de

las categorías “No es para nada aceptable” de ambas preguntas superan el 50% del total recibido, con 71.4% (192) y 58.7% (158) respectivamente.

Tabla 1. Preguntas sobre la percepción del ambiente. 1) Nada contaminado / Nunca / No es para nada aceptable, 2) Poco contaminado / Rara vez / Es algo aceptable, 3) Moderadamente contaminado / A veces / Es aceptable, 4) Muy contaminado / Siempre / Es muy aceptable.

<b>Preguntas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
De acuerdo con su percepción: ¿Qué tan contaminado se ve el aire de su barrio?	7.8% (21)	51.7% (139)	34.2% (92)	6.3% (17)
¿Se dan en su barrio malos olores (por basura, mal alcantarillado, smog, etc)?	9.7% (26)	46.5% (125)	36.8% (99)	7.1% (19)
¿Es aceptable para usted vivir en una ciudad con una pobre calidad de aire por la contaminación?	71.4% (192)	24.9% (67)	3% (8)	0.7% (2)
¿Existen en su barrio ruidos (tráfico, construcciones, comercio, industria, etc) que afectan su bienestar?	7.1% (19)	29.7% (80)	37.9% (102)	25.3% (68)
¿Es aceptable para una ciudad tener niveles medio a altos de contaminación por ruido?	58.7% (158)	34.2% (92)	5.2% (14)	1.9% (5)

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de encuestas.

Previa la aplicación de los modelos de regresión logística ordinal, se evaluó la multicolinealidad entre las variables independientes, para ello se aplicaron las medidas no paramétricas de Tau de Kendall y Spearman. Ninguna de las variables reportó coeficientes mayores a 0.8 por lo que se mantuvieron para el análisis. Con la aplicación del primer modelo de regresión logística ordinal a los datos se buscó la relación entre las variables independientes y la escala de salud autopercebida de los individuos. En general, el modelo explicó el 27% de las variaciones en la variable dependiente (Nagelkerke  $R^2 = 0.27$ ). La Tabla 2 muestra los resultados del modelo. Los rangos de edad de 18 años a 24 años ( $p= 0.042$ ) y de 35 años a 44 años ( $p= 0.01$ ) fueron significativos al 95% de confianza ( $p < 0.05$ ), con influencias positivas de 1.442 y 1.921 respectivamente. Para la categoría de educación, se encontraron asociaciones al 90% de confianza ( $p < 0.10$ ), entre las personas que cuentan con estudios de bachillerato ( $p= 0.056$ ) y tercer nivel ( $p= 0.09$ ), en este caso, ambas variables tuvieron una influencia negativa de -1.209 y -0.823. Los ingresos mensuales de 1601 a 2000 dólares fueron significativos al 90 % de confianza. Dentro del conjunto de categorías de contaminación del aire olfativa, únicamente la opción “Nunca”, es significativa al 90 % de confianza ( $p= 0.083$ ), con una influencia positiva de 1.387. Para la variable de ruido/contaminación sonora, se encontró una influencia positiva de 0.866 y una asociación significativa entre aquellos que afirman experimentar molestias “A veces”, 95 % de confianza ( $p= 0.025$ ). La variable más significativa fue la de la calidad de los servicios de salud a los que

tienen acceso las personas encuestadas, en donde las respuestas fueron significativas dentro del modelo: “Nada eficientes” ( $p= 0.008$ ), “Poco eficientes” ( $p= 0$ ), “Moderadamente eficientes” ( $p= 0.002$ ), todas ellas con valores de influencia negativa de -2.122, -2.874 y -2.119 respectivamente.

Tabla 2. Resultado del Modelo 1: Escala de salud autopercebida

<b>Modelo 1</b>			
		<b>Estimación</b>	<b>Sig.</b>
Género con el que se siente identificadx	Femenino	-0.566	0.101
	Masculino	0 <sup>a</sup>	.
Edad	18 años a 24 años	1.442	0.042
	25 años a 34 años	1.258	0.059
	35 años a 44 años	1.921	0.01
	45 años a 54 años	0.305	0.684
	Más de 54	0 <sup>a</sup>	.
Nivel de educación	Educación general básica	-0.067	0.956
	Bachillerato	-1.209	0.056
	Tercer nivel	-0.823	0.09
	Cuarto nivel	0 <sup>a</sup>	.
Estado civil	Solterx	-0.8	0.659
	Casadx	-0.592	0.747
	Divorciadx	1.344	0.492
	Viudx	0 <sup>a</sup>	.
Ingresos mensuales (promedio)	\$0 - \$400	0.176	0.838
	\$401 - \$800	0.366	0.659
	\$801 - \$1200	1.358	0.122
	\$1201 - 1600	-1.011	0.252
	\$1601 - \$2000	1.582	0.089
	\$2001 o más	0 <sup>a</sup>	.
De acuerdo con su percepción: ¿Qué tan contaminado se ve el aire de su barrio?	Nada contaminado	0.32	0.703
	Poco contaminado	0.428	0.512
	Moderadamente contaminado	0.41	0.529
	Muy contaminado	0 <sup>a</sup>	.
¿Se dan en su barrio malos olores (por basura, mal alcantarillado, smog, etc)?	Nunca	1.387	0.083
	Rara vez	0.437	0.48
	A veces	0.516	0.401
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
¿Existen en su barrio ruidos (tráfico, construcciones, comercio, industria, etc) que afectan su bienestar?	Nunca	0.887	0.191
	Rara vez	0.387	0.361
	A veces	0.866	0.025
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
En una escala del 1 al 4, siendo 1 nada eficientes y 4 muy eficientes: ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud a los que tiene acceso?	Nada eficientes	-2.122	0.008
	Poco eficientes	-2.874	0
	Moderadamente eficientes	-2.119	0.002
	Muy eficientes	0 <sup>a</sup>	.

a. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de encuestas.

El segundo modelo buscó las relaciones entre las variables independientes y la escala de felicidad autopercebida de los individuos. Los resultados reportaron un ajuste adecuado, con un coeficiente de Nagelkerke  $R^2 = 0.313$ , es decir, las categorías encontradas significativas explican a la felicidad autopercebida en un 31%. La Tabla 3 muestra que las categorías de educación general básica y tercer nivel son significativas al 90% y 95% de confianza, con influencia positiva de 2.623 y negativa de -0.805 respectivamente. Estado civil es una variable significativa para explicar felicidad autopercebida. En cuanto a la percepción de contaminación del aire (malos olores), la categoría “Nunca” es significativa al 99% de confianza, y “A veces” al 95 %, con influencias positivas de 2.123 y 1.172. Sobre la existencia de ruido/contaminación sonora, la categoría “Nunca” es altamente significativa. La variable de calidad de servicios de salud, con todas sus categorías, es significativa para explicar la felicidad autopercebida.

Tabla 3. Resultado de Modelo 2: Escala de felicidad autopercebida

<b>Modelo 2</b>			
		<b>Estimación</b>	<b>Sig.</b>
Género con el que se siente identificadx	Femenino	0.07	0.816
	Masculino	0 <sup>a</sup>	.
Edad	18 años a 24 años	-0.289	0.665
	25 años a 34 años	-0.785	0.22
	35 años a 44 años	0.311	0.655
	45 años a 54 años	-0.406	0.59
	Más de 54	0 <sup>a</sup>	.
Nivel de educación	Educación general básica	2.623	0.046
	Bachillerato	0.211	0.704
	Tercer nivel	-0.805	0.062
	Cuarto nivel	0 <sup>a</sup>	.
Estado civil	Solterx	2.956	0.041
	Casadx	3.122	0.035
	Divorciadx	3.396	0.034
	Viudx	0 <sup>a</sup>	.
Ingresos mensuales (promedio)	\$0 - \$400	-0.89	0.271
	\$401 - \$800	-0.363	0.643
	\$801 - \$1200	0.816	0.325
	\$1201 - 1600	-0.619	0.451
	\$1601 - \$2000	-0.146	0.869
	\$2001 o más	0 <sup>a</sup>	.
De acuerdo con su percepción: ¿Qué tan contaminado se ve el aire de su barrio?	Nada contaminado	-0.325	0.676
	Poco contaminado	-0.867	0.148
	Moderadamente contaminado	-0.439	0.461
	Muy contaminado	0 <sup>a</sup>	.
	Nunca	2.123	0.004
	Rara vez	0.467	0.402

¿Se dan en su barrio malos olores (por basura, mal alcantarillado, smog, etc)?	A veces	1.172	0.035
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
¿Existen en su barrio ruidos (tráfico, construcciones, comercio, industria, etc) que afectan su bienestar?	Nunca	1.89	0.002
	Rara vez	0.467	0.216
	A veces	0.49	0.146
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
En una escala del 1 al 4, siendo 1 nada eficientes y 4 muy eficientes: ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud a los que tiene acceso?	Nada eficientes	-2.838	0.001
	Poco eficientes	-2.083	0.006
	Moderadamente eficientes	-1.433	0.057
	Muy eficientes	0 <sup>a</sup>	.

a. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de encuestas.

En el modelo 3 (Tabla 4) sobre la satisfacción de los individuos con su entorno, se encontró que un 31% (Nagelkerke  $R^2 = 0.314$ ) de la variación de esta satisfacción puede ser explicada a través de las categorías significativas. Las categorías significativas de la variable educación fueron bachillerato y tercer nivel, mientras que la variable de estado civil es significativa en todas sus categorías. La variable de percepción de contaminación olfativa del aire es altamente significativa para explicar la satisfacción con el entorno. La variable de contaminación sonora/ruido, presenta valores significativos en las categorías “Nunca” y “Rara vez”. Las percepciones de los servicios de salud como “Nada eficientes” y “Poco eficientes” también pueden explicar la satisfacción con el entorno al 99% de confianza.

Tabla 4. Resultado de Modelo 3: Escala de satisfacción con el entorno

<b>Modelo 3</b>			
		<b>Estimación</b>	<b>Sig.</b>
Género con el que se siente identificadx	Femenino	0.152	0.615
	Masculino	0 <sup>a</sup>	.
Edad	18 años a 24 años	-0.035	0.957
	25 años a 34 años	-0.687	0.265
	35 años a 44 años	0.244	0.719
	45 años a 54 años	-0.097	0.892
	Más de 54	0 <sup>a</sup>	.
Nivel de educación	Educación general básica	0.565	0.628
	Bachillerato	-1.173	0.037
	Tercer nivel	-1.086	0.013
	Cuarto nivel	0 <sup>a</sup>	.
Estado civil	Solterx	2.559	0.081
	Casadx	2.609	0.082
	Divorciadx	3.114	0.057
	Viudx	0 <sup>a</sup>	.
Ingresos mensuales (promedio)	\$0 - \$400	0.258	0.744

	\$401 - \$800	0.12	0.875
	\$801 - \$1200	0.844	0.295
	\$1201 - 1600	-1.085	0.183
	\$1601 - \$2000	-0.172	0.84
	\$2001 o más	0 <sup>a</sup>	.
De acuerdo con su percepción: ¿Qué tan contaminado se ve el aire de su barrio?	Nada contaminado	0.057	0.94
	Poco contaminado	-0.074	0.9
	Moderadamente contaminado	0.021	0.971
	Muy contaminado	0 <sup>a</sup>	.
¿Se dan en su barrio malos olores (por basura, mal alcantarillado, smog, etc)?	Nunca	2.427	0.001
	Rara vez	1.999	0
	A veces	2.128	0
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
¿Existen en su barrio ruidos (tráfico, construcciones, comercio, industria, etc) que afectan su bienestar?	Nunca	2.509	0
	Rara vez	0.705	0.068
	A veces	-0.037	0.913
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
En una escala del 1 al 4, siendo 1 nada eficientes y 4 muy eficientes: ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud a los que tiene acceso?	Nada eficientes	-2.017	0.007
	Poco eficientes	-2.071	0.002
	Moderadamente eficientes	-1.011	0.123
	Muy eficientes	0 <sup>a</sup>	.

a. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de encuestas.

El cuarto modelo (Tabla 5), que relaciona las variables independientes con el nivel de satisfacción con la vida, contó con un coeficiente de Nagelkerke  $R^2 = 0.292$ . En este modelo las categorías de educación general básica ( $p= 0.005$ , influencia 3.87), ser soltero ( $p= 0.061$ , influencia 2.688), divorciado ( $p= 0.070$ , influencia 2.887), “Nunca” ( $p= 0.016$ , influencia 1.704) y “A veces” ( $p= 0.037$ , influencia 1.141) haber percibido malos olores en sus barrios, “Nunca” ( $p= 0.005$ , influencia 1.698) existir ruido en los barrios, y tener servicios de salud “Nada eficientes” ( $p= 0.019$ , influencia -1.778) y “Poco eficientes” ( $p= 0.011$ , influencia -1.693), explican las variaciones de satisfacción con la vida en un 29 %.

Tabla 5. Resultado de Modelo 4: Escala de satisfacción con la vida.

#### Modelo 4

		Estimación	Sig.
Género con el que se siente identificad <sup>x</sup>	Femenino	0.04	0.892
	Masculino	0 <sup>a</sup>	.
Edad	18 años a 24 años	0.275	0.662
	25 años a 34 años	-0.99	0.099
	35 años a 44 años	0.514	0.434
	45 años a 54 años	0.456	0.514
	Más de 54	0 <sup>a</sup>	.

Nivel de educación	Educación general básica	3.87	0.005
	Bachillerato	0.201	0.707
	Tercer nivel	-0.192	0.642
	Cuarto nivel	0 <sup>a</sup>	.
Estado civil	Solterx	2.688	0.061
	Casadx	2.33	0.111
	Divorciadx	2.887	0.07
	Viudx	0 <sup>a</sup>	.
Ingresos mensuales (promedio)	\$0 - \$400	-1.198	0.121
	\$401 - \$800	-0.78	0.296
	\$801 - \$1200	0.77	0.328
	\$1201 - 1600	-0.715	0.37
	\$1601 - \$2000	-0.239	0.774
	\$2001 o más	0 <sup>a</sup>	.
De acuerdo con su percepción: ¿Qué tan contaminado se ve el aire de su barrio?	Nada contaminado	-0.377	0.611
	Poco contaminado	-0.565	0.325
	Moderadamente contaminado	0.223	0.697
	Muy contaminado	0 <sup>a</sup>	.
¿Se dan en su barrio malos olores (por basura, mal alcantarillado, smog, etc)?	Nunca	1.704	0.016
	Rara vez	0.397	0.47
	A veces	1.141	0.037
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
¿Existen en su barrio ruidos (tráfico, construcciones, comercio, industria, etc) que afectan su bienestar?	Nunca	1.698	0.005
	Rara vez	0.236	0.52
	A veces	0.157	0.632
	Siempre	0 <sup>a</sup>	.
En una escala del 1 al 4, siendo 1 nada eficientes y 4 muy eficientes: ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud a los que tiene acceso?	Nada eficientes	-1.778	0.019
	Poco eficientes	-1.693	0.011
	Moderadamente eficientes	-0.78	0.238
	Muy eficientes	0 <sup>a</sup>	.

a. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de encuestas.

El quinto modelo (Tabla 6) busca las asociaciones entre las variables independientes y el grado de aceptación que los individuos tienen frente a un ambiente con pobre calidad del aire. El análisis obtuvo un coeficiente de Nagelkerke  $R^2 = 0.195$ . Las variables que explican este modelo son las de edad, con la categoría de 35 a 44 años ( $p=0.063$ ), influencia negativa de -1.877, la de estado civil, con las categorías ser soltero y ser casado, y contar con ingresos entre \$801 - \$1200 ( $p=0.012$ , influencia positiva 2.908).

Tabla 6. Resultado de Modelo 5: Escala de aceptación de ambientes con pobre calidad del aire.

**Modelo 5**

		<b>Estimación</b>	<b>Sig.</b>
Género con el que se siente identificad <sup>x</sup>	Femenino	-0.269	0.442
	Masculino	0a	.
Edad	18 años a 24 años	-0.09	0.905
	25 años a 34 años	0.092	0.898
	35 años a 44 años	-1.877	0.063
	45 años a 54 años	0.797	0.351
	Más de 54	0a	.
Nivel de educación	Educación general básica	0.318	0.812
	Bachillerato	0.619	0.378
	Tercer nivel	1.073	0.064
	Cuarto nivel	0a	.
Estado civil	Solter <sup>x</sup>	17.924	0
	Casad <sup>x</sup>	18.151	0
	Divorciad <sup>x</sup>	18.822	.
	Viud <sup>x</sup>	0a	.
Ingresos mensuales (promedio)	\$0 - \$400	1.806	0.117
	\$401 - \$800	1.731	0.128
	\$801 - \$1200	2.908	0.012
	\$1201 - 1600	-0.245	0.869
	\$1601 - \$2000	1.069	0.387
	\$2001 o más	0a	.
De acuerdo con su percepción: ¿Qué tan contaminado se ve el aire de su barrio?	Nada contaminado	0.993	0.235
	Poco contaminado	0.368	0.587
	Moderadamente contaminado	-0.008	0.991
	Muy contaminado	0a	.
¿Se dan en su barrio malos olores (por basura, mal alcantarillado, smog, etc)?	Nunca	-0.384	0.661
	Rara vez	0.624	0.35
	A veces	0.103	0.878
	Siempre	0a	.
¿Existen en su barrio ruidos (tráfico, construcciones, comercio, industria, etc) que afectan su bienestar?	Nunca	0.027	0.969
	Rara vez	-0.498	0.258
	A veces	-0.139	0.727
	Siempre	0a	.
En una escala del 1 al 4, siendo 1 nada eficientes y 4 muy eficientes: ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud a los que tiene acceso?	Nada eficientes	0.549	0.525
	Poco eficientes	0.213	0.783
	Moderadamente eficientes	0.574	0.45
	Muy eficientes	0a	.

a. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de encuestas.

Finalmente, en el sexto y último modelo, sobre la aceptación de ambientes con altos niveles de ruido, las categorías significativas explican en un 21% (Nagelkerke  $R^2 = 0.212$ ) la variación de la variable dependiente. Los resultados con valores significativos fueron en la

variable de edad, 35 años a 44 años (0.084, influencia de negativa -1.734) y en la variable de estado civil el ser soltero y ser casado.

Tabla 7. Resultado de Modelo 6: Escala de aceptación de ambientes con altos niveles de ruido

<b>Modelo 6</b>			
		<b>Estimación</b>	<b>Sig.</b>
Género con el que se siente identificad <sup>x</sup>	Femenino	-0.368	0.244
	Masculino	0a	.
Edad	18 años a 24 años	0.133	0.859
	25 años a 34 años	0.782	0.272
	35 años a 44 años	-1.743	0.084
	45 años a 54 años	-0.488	0.573
	Más de 54	0a	.
Nivel de educación	Educación general básica	1.026	0.308
	Bachillerato	0.17	0.767
	Tercer nivel	0.056	0.904
	Cuarto nivel	0a	.
Estado civil	Solter <sup>x</sup>	20.421	0
	Casad <sup>x</sup>	20.297	0
	Divorciad <sup>x</sup>	19.64	.
	Viud <sup>x</sup>	0a	.
Ingresos mensuales (promedio)	\$0 - \$400	0.921	0.321
	\$401 - \$800	0.877	0.337
	\$801 - \$1200	0.773	0.413
	\$1201 - 1600	-0.327	0.774
	\$1601 - \$2000	-0.758	0.512
	\$2001 o más	0a	.
De acuerdo con su percepción: ¿Qué tan contaminado se ve el aire de su barrio?	Nada contaminado	1.191	0.132
	Poco contaminado	0.398	0.531
	Moderadamente contaminado	0.728	0.25
	Muy contaminado	0a	.
¿Se dan en su barrio malos olores (por basura, mal alcantarillado, smog, etc)?	Nunca	-0.037	0.959
	Rara vez	-0.289	0.614
	A veces	-0.481	0.401
	Siempre	0a	.
¿Existen en su barrio ruidos (tráfico, construcciones, comercio, industria, etc) que afectan su bienestar?	Nunca	-0.466	0.445
	Rara vez	-0.401	0.315
	A veces	-0.007	0.985
	Siempre	0a	.
En una escala del 1 al 4, siendo 1 nada eficientes y 4 muy eficientes: ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud a los que tiene acceso?	Nada eficientes	0.238	0.754
	Poco eficientes	-0.033	0.96
	Moderadamente eficientes	0.657	0.31
	Muy eficientes	0a	.

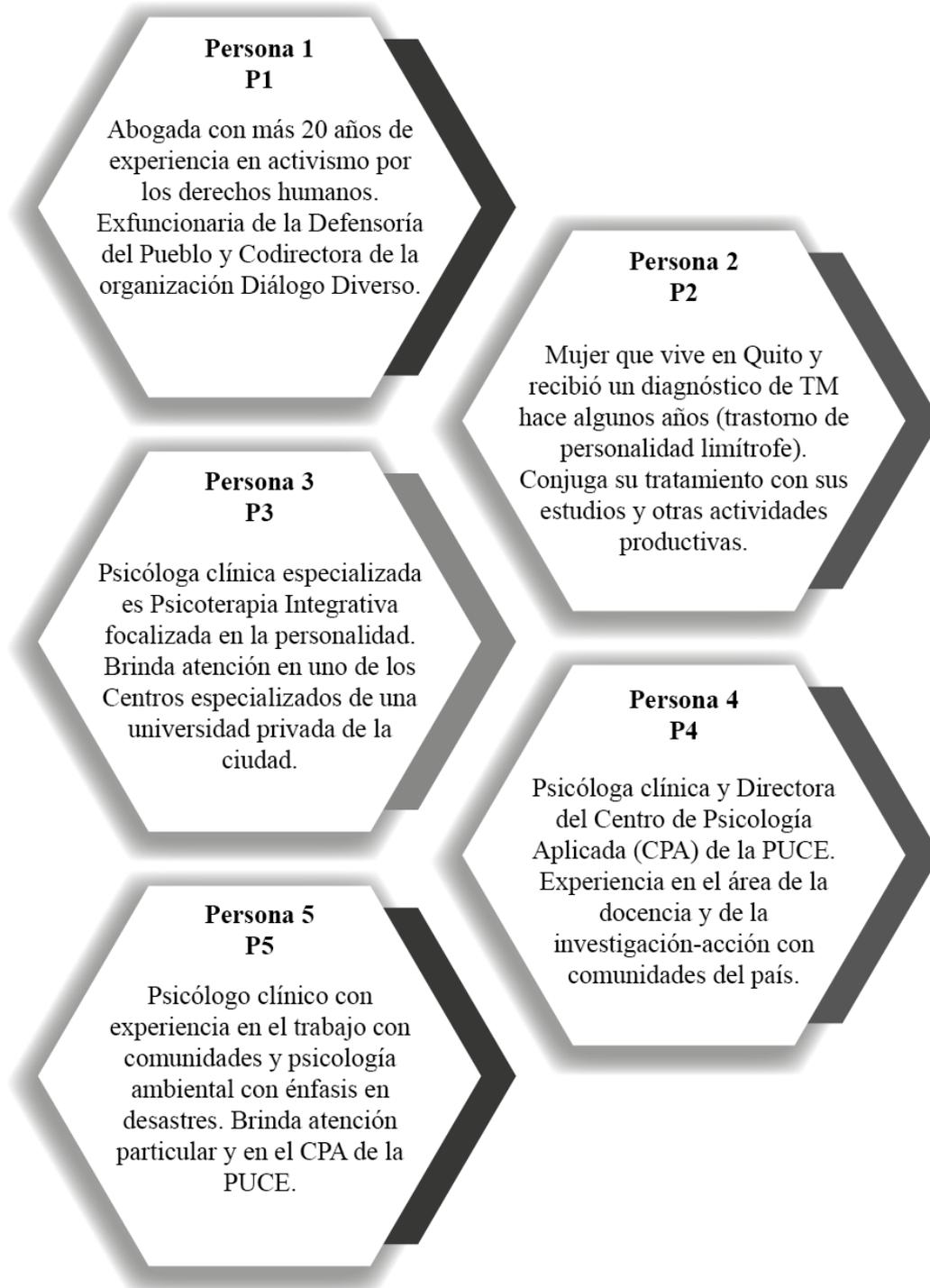
a. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de encuestas.

### 3.2. Definir un concepto de salud mental comunitario en Quito

La Figura 2 muestra una descripción de los perfiles de las personas entrevistadas.

Figura 2. Perfiles de las personas entrevistadas



Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de entrevistas.

### 3.2.1. ¿Qué es la salud mental?

Precisamente por ser una pregunta de tipo abierta y que se presta a varias interpretaciones, las respuestas de cada una de las personas entrevistadas sugieren una forma distinta de aproximarse a la salud mental. Dependiendo de la formación o el campo de experiencia desde el que se hable, estas definiciones van a incorporar elementos de otras disciplinas como la medicina o el derecho, como nos indica la Persona 4. A pesar de ello, en todos los casos se encuentran consonancias con algunos de los sentidos comunes que circulan sobre el tema y que fueron descritos en el apartado del Marco teórico. Para la Persona 2, la salud mental se puede definir como:

Para mi es una estabilidad tanto emocional como mental y también todo esto se puede derivar también en una estabilidad física. Emm, para mi salud mental como dije, estar estable. La verdad es que uso esta palabra y la voy a usar en el transcurso de toda, de todas las preguntas. Porque me parece a mí que cuando una persona sufre de algún trastorno mental o algún problema mental o emocional, es... Es como un... Es como una carga o más que una carga un estado en el que siempre vas a estar. (...) No es algo que se cura de un mes a otro, de una semana a otra. Es una cosa constante. Es un estado constante tanto de ánimo, tanto emocional y finalmente físico (Persona 2 – P2, mujer habitante de Quito en conversación con la autora, enero 2021).

La salud mental, entendida a través de su expresión de malestar, en este caso un trastorno o una enfermedad no es exclusiva de P2. Para P1 la noción de salud mental también se asocia en un primer momento a la condición de malestar más que al concepto como tal.

(La salud mental es) una condición humana que no la eliges, que te tocó, que te llegó, que amerita ser reconocida, visibilizada, dignificada, comprendida, valorada, repito nuevamente dignificado. Es una condición de salud, es una condición humana que muchas veces puede ser de nacimiento. Otras veces adquirida con el tiempo. (...) Que es una forma de ver el mundo de manera muy distinta a las personas que viven con distintas condiciones de salud mental. Les exigimos (a las personas con TM) que miren el mundo como nosotros lo miramos, pero no sabemos lo que es tener que trabajar, levantarte e ir a la escuela, al colegio, a la universidad, llenos de medicación que te provoca sueño, te provoca hambre, que te provoca a veces mal humor, porque como tienes sueño y tienes que levantarte, no puedes dormir. Que duermes, pero no descansas (Persona 1 – P1, abogada en conversación con la autora, febrero 2021).

Alineada a la idea estabilidad de la salud mental como complementaria de la salud física, la Persona 3 comenta:

Creo que es una interrelación entre los distintos factores que rodean al ser humano y que a partir de esto se logra un todo, sin minimizar ninguno de estos. (...) Creo que es justamente lo que aporta a nuestra salud mental. Lógicamente no siempre vamos a tener todos estos aspectos equilibrados, ¿No? Y creo que por eso es importante poder tomar en cuenta la parte preventiva, poder enfocarnos desde antes que aparezca algún problema en las distintas áreas de nuestra vida (Persona 3 – P3, psicóloga clínica en conversación con la autora, enero 2021).

### **3.2.2. La salud mental como un derecho**

Cuando las personas entrevistadas hablan de salud mental, salta a la vista que, más allá de pensar en las enfermedades o los trastornos que tradicionalmente se asocian con el concepto, lo que prima es la noción de derechos humanos. Al estar amparada bajo el paraguas de la salud pública, existe una relación indisoluble entre el derecho a una atención primaria de calidad y la necesidad de una prestación de servicios de salud que incluya el componente del bienestar mental. Esta idea entra en conflicto con la manera en cómo se piensa la salud mental en la esfera pública cuando, en la práctica, el acceso a acompañamiento psicológico no se contempla dentro del portafolio de servicios en centros de salud públicos.

Esta primera barrera de acceso a lo que constituye un derecho se agrava al ampliar la mirada al Sistema Nacional de Salud en su totalidad y a su Red Complementaria. Esta última siendo una de las mayores proveedoras de atención en salud mental en la ciudad y en el país en el presente, según indica P4. Dependiendo de la Red Complementaria de salud, que en muchas ocasiones es privada, para recibir atención psicológica pone en riesgo la continuidad de los tratamientos, ya que en ocasiones los seguros de vida no cubren las atenciones psicológicas dentro de sus paquetes básicos, como lo indica P2.

Yo sí dejé mi tratamiento un poco por algunas razones, entre ellas el económico y me parece que ese sí es un problema. Por ejemplo, las aseguradoras, los seguros de salud, todo esto... No siempre tienen un buen sistema de salud, de servicios, de salud mental. Y me parece que esa es una de las razones por las cuales la gente no se preocupa de esto. O piensa que más bien no es una necesidad. Por lo menos eso es lo que yo he escuchado o lo que para estas empresas es. No es una necesidad, o por lo menos no es una primera necesidad. Es casi, para ellos, un lujo. Y ese es uno de los problemas que acarrea otros que son el hecho de no tratarse, por este

mismo hecho de que no se considera la salud mental una necesidad. Un parte de la salud física (Persona 2 – P2, mujer habitante de Quito en conversación con la autora, enero 2021).

Para P1, el irrespeto sistemático hacia las personas con alguna condición de salud mental y a sus familias se extiende a otros ámbitos que superan al de la salud. Desde el Estado no se ofrecen mecanismos de asistencia médica o económica, lo que imposibilita acceder a un tratamiento oportuno. Al no contar con los recursos de contención psicológica necesarios para sobrellevar sus condiciones, las personas que atraviesan este tipo de circunstancias se ven incapacitadas para llevar una rutina de vida convencional de acuerdo con los estándares de la sociedad. Discriminación para obtener un empleo, estigma familiar, exclusión social, son solo algunas de las consecuencias de enfrentan las personas con condiciones de salud mental. A su vez, de estas consecuencias, se derivan otros efectos como la dependencia económica, la pobreza o el abandono de la educación que dan continuación a un ciclo de desigualdad al que las personas con enfermedades mentales son especialmente vulnerables.

### **3.2.3. La salud mental vivida vs. la salud mental estudiada**

Un tema recurrente a lo largo de los testimonios recogidos es el de la diversidad de formas que tenemos para entender la salud mental. Mientras que para unas personas prima la perspectiva clínica o fisiológica, para otras, el día a día con su enfermedad hace que surjan vías alternativas de entender su situación. Como indica P2 (mujer con diagnóstico de personalidad limítrofe), pensar en si misma como alguien con un problema de salud, un trastorno o una enfermedad se vuelve un peso negativo a largo plazo. La interiorización del diagnóstico como algo incapacitante hace que se vuelva más difícil llevar una rutina normal con todas las responsabilidades que ella demanda (estudios, trabajo, familia). De ahí que, en su caso, la entrevistada se incline hacia una definición de su condición que reconozca las dificultades que atraviesa sin calificarla como alguien enferma.

No me gusta mucho decir trastorno porque a veces es mal entendido. Si bien a mí me diagnosticaron un trastorno, esa no es mi vida, no es que mi vida está ligada a un trastorno porque hay mucho más de eso (Persona 2 – P2, mujer habitante de Quito en conversación con la autora, enero 2021).

Esta manera de verse a si misma se alinea con la corriente de la diversidad psicosocial que promueven colectivos de derechos a nivel mundial y nacional (por ejemplo, el Foro Nacional

por la salud mental), que abogan por un cambio de paradigma en la salud mental en el que se revalorice la lucha de las personas que atraviesan algún tipo de condición psíquica. Esta postura, alineada con el movimiento anti psiquiátrico, colisiona con la salud mental tradicional que se estudia desde la perspectiva médica, que es la que prevalece en la elaboración de política pública en el país, como lo reflejan el MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud) o el Plan Nacional de Salud Mental 2015-2017.

La experiencia de la salud mental vivida como una alternativa a las perspectivas biomédicas no solo abre las puertas a una comprensión de la salud mental como algo integral, según indica P1, sino que también nos invita a reflexionar sobre todos los elementos de que influyen en nuestro bienestar. Para quienes se encuentran inmersos en la defensa de los derechos de las personas con condiciones de salud mental, la creciente popularidad de la corriente de la diversidad psicosocial es una oportunidad para reconocer a las enfermedades mentales como una condición, en lugar de como una etiqueta que nos segrega toda la vida.

### **3.2.4. Los lugares que habitamos como fuentes de bienestar**

Dentro de la lógica de los determinantes de la salud, el ambiente es frecuentemente un tópico abordado desde la perspectiva física del bienestar. A la pregunta ¿Cree usted que las condiciones ambientales de donde vivimos pueden influir en nuestra salud mental?, las personas respondieron de manera afirmativa en todos los casos, con variaciones en el alcance que le atribuyen a esta influencia. Mientras que para P2 y P4 el ambiente es un componente más de todos los que intervienen en el bienestar de las personas, P3 comenta que el ambiente en el que vivimos tiene, sin duda, una influencia grande en nuestra salud mental. Para ella, nuestra relación con el espacio tangible permite procesar nuestras experiencias de vida, ya sean buenas o malas. En su ejercicio profesional encuentra con frecuencia personas que atraviesan situaciones complejas y como parte de su terapia la profesional aconseja incorporar el contacto con su entorno para sobrellevar la realidad. Sin embargo, este contacto no tiene el efecto esperado.

Por ejemplo, estamos hablando de lo que antes mencionaba con respecto a ¿Qué alternativas puedo tener para descargar todo el estrés que experimento? O por ejemplo, tengo dificultad en el control de impulsos y estamos trabajando justo en ese aspecto y hablamos del tiempo fuera. Entonces, ya siento que me estoy enojando y más bien salgo, camino un rato, me calmo y luego vuelvo. Entonces, en esas situaciones, en muchos casos dicen (los pacientes) "¿Pero es

que a dónde voy a salir? Si salgo, afuera es más estrés porque no tengo espacios donde caminar. El ruido de los carros de aquí es vía principal entonces pasan carros pequeños, pasan buses, pasan camiones, pasan de todo. Entonces, ¿Cómo me relajo? ¿Cómo hago si acá el parque que tenemos está todo sucio? ¿Y cómo voy al parque y me siento un rato para respirar aire puro, si está más sucio que qué?". Entonces, si hay quejas en ese sentido (Persona 3 – P3, psicóloga clínica en conversación con la autora, febrero 2021).

Por otro lado, el entrevistado P5 rescata desde su experiencia la necesidad de analizar las representaciones que tenemos de la ciudad, que en gran medida pueden ser las responsables de que nuestras percepciones de los ambientes sean positivas o negativas.

Y me parece que también para pensar la cuestión urbana es necesario pensar qué es lo que se ha representado sobre la ciudad. O sea, de nuevo, la ciudad no es precisamente un espacio representado con virtud. De hecho, desde los orígenes las ciudades han representado como algo medio diabólico, como algo del mal, como algo peligroso. Entonces, estas representaciones de ciudad también tienen que ver con lo que nosotros percibimos ahora o los juicios que hemos construido ahora sobre ciudad. Como: Ciudad es algo contaminado, ciudad es algo peligroso. La ciudad digamos, está y sigue investida, y yo creo que tiene unas nuevas investiduras que tienen relación con esta idea de que la ciudad es siempre algo que no es.

(...) Y además de que hay lugares, que a mi me parece, que tienen por esas mismas representaciones unas nociones sobre lo que se entiende por ambientes. El ambiente de la ciudad es una cosa en el sur y una cosa en el norte, a pesar de que incluso en la medición, por ejemplo, de contaminación, en realidad el norte de Quito tiene mucha mayor contaminación que el sur de Quito. De hecho, el lugar más contaminado de Quito, tengo entendido, es la Mitad del Mundo. Pero las representaciones son otras (ejemplos) "El sur de Quito tienen más smog", "el aire está más contaminado". Digo esto entre comillas. "El agua es menos limpia". Pero en realidad nosotros tenemos las mismas fuentes hídricas en el norte y en el sur. Me parece que ahí, estas construcciones, determinan unas relaciones con los ambientes. Recuerdo de una paciente que indicaba que cuando se iba para el sur se sentía más enferma por la contaminación del sur (Persona 5 – P5, psicólogo clínico en conversación con la autora, febrero 2021).

### **3.2.5. Los sentidos que circulan como piezas incompletas**

A la lectura del concepto de la OMS sobre salud mental, todas las personas admitieron que es una definición positiva pero que en muchos casos estaba incompleta. Para P2, si bien la definición incluye el bienestar, cree que es importante tener en cuenta que más allá de la estabilidad, el estar en un estado bueno con su salud mental no siempre es una garantía de que vaya a poder desenvolverse de manera óptima en sus actividades y eso es algo que permanece latente en la vida de quienes viven con TM.

Para P1:

Es una definición bastante progresista que ha cambiado desde el tiempo, que busca decir que las personas que tienen condición de salud mental son gente que sí pueden ser activos para la sociedad. Pero siento que le falta, porque hay que complementar, porque te hablan de la persona, pero le hace falta que te complemente con: ...y el Estado debe garantizar el acceso a distintos servicios, sus derechos y las familias deben acompañar su proceso. Y adicionalmente, el Estado debe cuidar tanto a las personas como a las familias. Eso es lo que le falta darle una caracterización humana desde el sentido de lo humano, más allá de lo científico (Persona 1 – P1, abogada en conversación con la autora, febrero 2021).

Para P3:

Ya, creo que sí, la salud mental implica justamente un estado de bienestar integral, pero sí creo que sería importante mencionar como las distintas áreas que mencionábamos antes (prevención primaria, abordaje psicoterapéutico y promoción en salud mental) y de pronto agregar el hecho de que... De la importancia de cómo cada uno puede construir la realidad, su realidad particular como para que el concepto abarque no sólo la parte integral, sino la individualidad, digamos, del sujeto como tal (Persona 3 – P3, psicóloga clínica en conversación con la autora, enero 2021).

Para P5:

Lo que le falta a esta definición es la construcción particular de salud mental, lo que dice, por ejemplo, la Liga por la Salud Mental de Bruselas, que es una red a la que pertenezco, es que la idea es justamente cómo trabajar con los individuos de uno en uno. Sobre lo que para sí mismos es salud mental, bienestar, malestar, sufrimiento, alegría, tristeza. Es decir, la

construcción de una noción particular sobre lo que es la salud o lo que es la enfermedad es importante (Persona 5 – P5, psicólogo clínico en conversación con la autora, febrero 2021).

A partir de estos tres testimonios, se puede identificar con claridad el punto común entre las personas entrevistadas, que independientemente de su fondo, todas reconocen la falta de la individualidad dentro del concepto de la OMS, que, dicho sea de paso, es el que se utiliza como referencia para los planes y estrategias nacionales de salud.

### 3.2.6. Definiciones rápidas de salud mental

Como se observa en la Tabla 6, en el caso de las palabras que asocian con salud mental, no existen coincidencias. Se puede identificar que casi todas las palabras tienen en común un sentido positivo de la salud mental, resaltando conceptos como los derechos humanos, el respeto, la empatía y la diversidad. Aquellas palabras que contienen un tono negativo, como angustia, desolación o sufrimiento, no son estigmatizantes, sino más bien denotan las dificultades que una persona con alguna condición de salud mental, o sus familias, pueden experimentar.

Tabla 8. Palabras que definen la salud mental para usted

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Palabras que definen la salud mental para usted	Persona	Estabilidad	Bienestar	Acompañamiento	Responsabilidad Social
	Amor	Empatía	Emoción	Respeto	Resiliencia
	Espontaneidad	Conocimiento	Sentimientos	Diversidad	Escucha
	Angustia	Constancia	Preocupación en sí mismo	Sufrimiento	Investigación
	Desolación	Generalización	Autoestima	Reconocimiento	Derechos humanos

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de entrevistas.

Por otro lado, en la Tabla 7, que contiene las palabras que se oponen a la idea de salud mental de las personas entrevistadas, se encuentra que varios de los conceptos tienen un tinte negativo. La coincidencia presente desde el campo de la psicología y el activismo es la de la violencia. En cualquiera de sus formas, la violencia se opone a lo que atañe la salud mental, así como también lo hacen la agresividad, la locura y la anormalidad.

Tabla 9. Palabras que se oponen a su idea de salud mental

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Palabras que se oponen a su idea de salud mental	Violencia	Lujo	Agresividad	Enfermedad	Politización
	Olvido	Problema	Violencia (violencia física, verbal, psicológica, sexual)	Trastorno	Patologización
	Estigmatización	Locura	Falta de empatía	Diferencia	Institucionalización
	Escasez económica	Negación	Falta de asertividad	Anormalidad	Burocracia
	Angustia		Prevalencia de locus de control externo	Soledad	Violencias (en plural)

Fuente: Datos tomados de los resultados de la aplicación de entrevistas.

## Capítulo 4

### Discusión

El estudio buscó evaluar las posibles asociaciones entre aire contaminado y ruido en la salud mental de los habitantes de la ciudad. Tomando como referencia estudios previos que abordan esta problemática (Oudin et al. 2018; Szyszkowicz et al. 2010; Khan et al. 2019) se evidencia que en algunos casos las relaciones establecidas se derivan de análisis estadísticos a partir de bases de datos de diagnósticos médicos. En el caso de esta investigación, se trabajó con las autopercepciones, tanto de contaminación como de salud mental, por lo que una percepción positiva de salud no descarta completamente la existencia de algún malestar o un trastorno no detectado aún.

De los modelos aplicados, el primero demostró que la salud autopercebida de los individuos se ve influenciada por los rangos de edad de 18 años a 24 años y de 35 años a 44 años. En la categoría de educación, se encontraron asociaciones entre las personas que cuentan con estudios de bachillerato y tercer nivel. Los ingresos mensuales de 1601 a 2000 dólares también fueron significativos, junto con las categorías de contaminación del aire olfativa, en la opción “Nunca”. Para la variable de ruido/contaminación sonora, se encontró una influencia positiva entre aquellos que afirman experimentar molestias “A veces”. La variable más significativa de este modelo fue la de la calidad de los servicios de salud a los que tienen acceso las personas encuestadas, en donde tres respuestas fueron significativas dentro del modelo (“Nada eficientes”, “Poco eficientes” y “Moderadamente eficientes”).

Dentro del segundo modelo, las variables que podrían explicar la felicidad autopercebida de los individuos fueron educación general básica y tercer nivel de educación, estado civil, percepción de contaminación del aire (malos olores) en la categoría “Nunca” y “A veces”. Sobre la existencia de ruido/contaminación sonora, la categoría “Nunca” fue altamente significativa, al igual que la variable de calidad de servicios de salud, con todas sus categorías.

Con el tercer modelo se encontró que la satisfacción de los individuos con su entorno se podría entender con las variables de bachillerato, tercer nivel y estado civil. La variable de percepción de contaminación olfativa del aire también fue importante para explicar la satisfacción con el entorno, así como la variable de contaminación sonora/ruido, en las

categorías “Nunca” y “Rara vez” y las percepciones de los servicios de salud como “Nada eficientes” y “Poco eficientes”.

El cuarto modelo, sobre el nivel de satisfacción con la vida, mostró que las categorías de educación general básica, ser soltero, ser divorciado, haber percibido malos olores en el barrio “Nunca” y “A veces, la inexistencia de ruido y tener servicios de salud “Nada eficientes” y “Poco eficientes”, explican las variaciones de percepciones de satisfacción con la vida entre los participantes.

El quinto modelo, que buscó las asociaciones con el grado de aceptación de un ambiente con pobre calidad del aire, las variables que podrían explicar esta aceptación son las de edad, con la categoría de 35 a 44 años, la de estado civil, con las categorías ser soltero y ser casado y contar con ingresos entre \$801 - \$1200. En el sexto y último modelo, las variables que indican significancia sobre la aceptación de ambientes con altos niveles de ruido, fueron en la variable de edad, 35 años a 44 años y en la variable de estado civil el ser soltero y ser casado.

Durante la elaboración del instrumento de recolección, las preguntas diseñadas para recabar información sobre salud mental fueron aquellas relacionadas con la escala de felicidad, satisfacción con la vida y satisfacción con el entorno. Estas tres áreas son las que se usan con más frecuencia al evaluar el bienestar emocional de una persona y han demostrado ser pertinentes en otras ocasiones (Diener 2009). En el caso de este estudio, la variante relacionada con el entorno es especialmente útil para identificar las relaciones existentes entre contaminación y percepción de los espacios, algo que también se puede observar en estudios como los de Kamphuis et al. (2010).

En el primer modelo desarrollado se tomó la pregunta acerca de la salud autopercebida para introducir la sección de salud, sin hacer hincapié en las percepciones específicas de salud mental. Aun así, esto no significa que dentro de los elementos que consideraron las personas antes de responder esta pregunta se encuentren factores relacionados con la salud mental. En efecto, se observa cómo rangos de edad de 18 años a 24 años y 35 años a 44 años muestran valores de significancia con esta variable. Como indica la American Psychological Association (2018), las generaciones comprendidas entre estos rangos coinciden con aquellas que en los últimos años han demostrado mayor preocupación por su salud integral y mayor interés en recibir terapia psicológica.

En ninguno de los modelos se presentaron asociaciones entre percepción de contaminación visual y salud, en cualquiera de sus variantes. Haciendo una revisión de los índices de calidad del aire reportados por la Secretaría de Ambiente de la Ciudad en los últimos meses, se puede observar que la tendencia en cuanto a calidad del aire en Quito se mantiene entre las categorías “Deseable” (0-50) y “Aceptable” (50-100) en el IQCA (Índice Quiteño de la Calidad del Aire). El IQCA (Secretaría de Ambiente 2021), además de ser el parámetro con el que se mide la contaminación en la ciudad, también es un índice de referencia elaborado a partir de recomendaciones internacionales, por lo que sus mediciones pueden ser equiparadas a las del AQI (*Air Quality Index*). Los resultados obtenidos en la encuesta validan lo encontrado en esta investigación y en la de Li et al. (2019), que afirma que el aire contaminado no es un problema hasta que se supera el 140 AQI y no genera malestar/incomodidad con el entorno hasta que supera el 150 en el AQI. Considerando que los valores de contaminación del aire de la ciudad no han superado este rango, este resultado podría contribuir a explicar porqué la calidad del aire no figura como un problema principal a ser atendido, como indica “Quito cómo vamos” (2020). Bajo esta misma lógica, la consistencia de valores significativos para la variable de contaminación olfativa (“Nunca”) en todos los modelos también podría ser explicada por los relativamente bajos índices de contaminación registrados en la ciudad. Esto no descarta que puedan existir afectaciones a la salud, especialmente entre aquellas personas más vulnerables (Galea et al. 2007; Makri y Stilianakis 2008).

Otra de las variables que presenta significancias en todos los modelos es la de servicios de salud en las opciones “Nada eficientes” y “Poco eficientes”. En concordancia con lo expuesto por Makri y Stilianakis (2008), el acceso a servicios de salud de buena calidad es un elemento más para el bienestar de las personas. Sus efectos no solo se materializan en una menor tasa de morbilidad, sino también en los sentimientos de confianza y seguridad de los usuarios. Al no contar o no considerar los servicios disponibles como buenos, la percepción de los individuos puede verse afectada de manera que sus percepciones de salud, felicidad, satisfacción la vida y el entorno se vean desmejoradas, lo que en última instancia conduciría a un mayor grado de insatisfacción. Mientras que el resultado obtenido en esta investigación se alinea con lo encontrado en la literatura, también permite señalar una aparente contradicción en la “Encuesta de percepción ciudadana” (Quito cómo vamos 2020), que indica satisfacción por parte de las personas con la atención de salud recibida. Sin embargo, en el cuadro general de problemas de la ciudad el acceso a servicios permanece entre los cinco más importantes.

El grado de insatisfacción con el ambiente y la sensibilidad a este tipo de variables, como la calidad de los servicios y la contaminación es algo que llama la atención, puesto que de acuerdo con Contreras (2002), en la ciudad de Quito existe una desproporción en los niveles de atención que mujeres y hombres le dan a la contaminación ambiental. Según la autora, las mujeres indican una mayor preocupación por el ambiente. Sin embargo, en el caso de esta investigación, ninguno de los modelos arrojó resultados que indicaran algo similar. En todo caso, el género de los participantes se mantuvo como una variable sin asociaciones.

Otras variables que a pesar de no haber mostrado una gran cantidad de resultados significativos en las regresiones nos señalan datos relevantes son las de las escalas de aceptabilidad frente a contaminación del aire y ruido. Los resultados, además de mostrar la importancia que los individuos le dan a su entorno, también indican que existe una mayor tolerancia al ruido (58.7% “Nada aceptable”) que al aire contaminado (71.4% “Nada aceptable”). Esto último podría verse afectado por la cantidad de información disponible sobre los efectos nocivos de cada tipo de contaminación. El nivel de reconocimiento acerca del daño que causa el ruido, aunque todavía en desarrollo, es mucho menor al que tenemos sobre los efectos de otros tipos de contaminación ambiental (Shroff y Jung 2020).

Mientras que entre la totalidad de los participantes las variables como género, educación e ingresos mensuales no indicaron diferencias importantes en las percepciones de contaminación, no se presenta el mismo caso entre las personas que cuentan con un diagnóstico de TM. De todas las respuestas recibidas, solo 23 afirmaron haber sido diagnosticadas con algún TM, dentro de este grupo, la mayoría de los resultados indican una baja satisfacción con la vida, en concordancia con lo que se esperaba, así como también reportan poca aceptabilidad de ambientes con una mala calidad del aire o ruido excesivo. Este hallazgo podría confirmar que existen personas más sensibles a las malas condiciones ambientales.

Los resultados de las encuestas, en particular de las dos últimas variables analizadas, nos indican, al igual que los testimonios recogidos en las entrevistas, que los espacios que habitamos son importantes en nuestra vida y por ende nos preocupamos de su condición. Futuras investigaciones en este campo podrían ampliar estos hallazgos a través de modelos de análisis alternativos que tomen en cuenta otras variables, o que analicen los datos de manera que aspectos que en esta ocasión no se mostraron influyentes se vuelvan importantes. Por

ejemplo, la preocupación por la contaminación química y sonora del aire evidenciada en las encuestas o la presencia de basura y la ubicación de nuestras viviendas, como se comenta en las entrevistas, sugieren que el estado de nuestros entornos influye en nuestra mirada de la ciudad. Como Alfredo Santillán (2019) lo discute, en el contexto de Quito, incluso la posición geográfica donde vivimos (norte/sur) ya se asocia a un imaginario de lo que consideramos positivo o negativo y eso tiene implicaciones tangibles. De cuestiones como esta, que se generan a partir del contraste de datos cuantitativos y cualitativos, se rescata la necesidad de conducir más investigaciones de este tipo, pero con precaución al interpretar los valores de significancia como los únicos indicadores de información. Si bien los valores p han sido utilizados a lo largo de este estudio como fuente para una comprensión panorámica del problema, de ninguna forma pueden ser considerados como conclusiones definitivas de las relaciones entre salud mental y ambiente urbano.

Es así como las ciudades dejan de ser únicamente lugares a los que las personas migran en busca de mejores oportunidades. La realidad de la vida en la ciudad alcanza con rapidez a quienes la habitan, que muy pronto enfrentan episodios como los narrados por Christine Corton (2015), que nos hablan de ciudades embebidas por un manto de situaciones negativas y peligrosas, que en el caso de Londres, guardaban un vínculo con la condición ambiental de la urbe. De estas relaciones que surgen en los entornos urbanos y que dan cuenta de las interacciones entre sujeto y objeto que se mencionó a lo largo del marco teórico de esta investigación (Attademo et al. 2017; Freeman y Stansfeld 2008; Faris y Dunham 1939), también se desprenden los procesos de construcción de sentidos en los que todos los habitantes de las ciudades participamos.

La convivencia de las personas con los ambientes construidos de las ciudades implica justamente una interacción en la que constantemente se crean y se resignifican conceptos. A eso hace referencia P5 cuando menciona en su entrevista que las relaciones que los humanos mantenemos con nuestro entorno son relaciones simbióticas, en las que cada parte del sistema red es un componente importante. Las ciudades, como espacios que fomentan la interacción, son por excelencia lugares de relaciones simbióticas en los que nuestras acciones tienen consecuencias para todo el sistema. Nuestra presencia, materializada en distintas formas, una de ellas el tránsito vehicular, es un ejemplo de cómo una de las acciones de uno de los elementos del sistema tiene implicaciones masivas en el conjunto.

Es por eso que, al tratar de definir un concepto de salud mental local, como se propone al inicio de esta investigación, nos encontramos con que no existe una sola definición. Esta rama de la salud es tan vasta y compleja que los matices del término solo pueden ser comprendidos desde la individualidad. A lo largo de las conversaciones con las personas entrevistadas se percibe la huella de las experiencias negativas en lo referente a salud mental. Pensar que otras personas puedan asociar violencia o anormalidad con este concepto nos conduce a creer que, si bien entre las personas entrevistadas no parece ser el caso, entre otros sujetos con los que han interactuado el estigma contra las personas con TM es muy real y persiste en la actualidad. Las respuestas que hacen referencia a los abordajes puramente clínicos y medicalizados de los TM también son un indicio de los sentidos paralelos que circulan en nuestro contexto acerca de salud mental, como creer que la única vía de tratamiento es la farmacológica.

Mientras que para algunas personas la salud mental se traduce a algo concreto como una etiqueta de diagnóstico, para otras es algo que define su día a día y que no logran terminar de comprender. Estas diferencias nos llevan a pensar que el solo hecho de tratar de definir un concepto de salud mental ya implica crear nuevos significados. Si nos ceñimos a definiciones que cuentan con gran acogida, como la de la OMS, nos damos cuenta de que en la mayoría de los casos esta se queda corta frente a lo que para las personas engloba la salud mental. Para aquellos que han desarrollado una mirada panorámica de la cuestión, el bienestar no alcanza para llevar una vida plena. No se trata de estar bien constantemente y anular las emociones negativas, sino de reconocer el sufrimiento de aquellos que las atraviesan y acompañarlos. La noción de acompañamiento nos remite a la idea de comunidad y cómo a nivel local no contamos con los mecanismos, ni institucionales, ni sociales, para hacer frente a esta necesidad de salud pública.

La relevancia de atender las distintas voces alrededor de este tema radica en que son estos sentidos los que permiten articular las respuestas a esta problemática tanto desde el Sistema Nacional de Salud como desde la esfera personal. Saber que un individuo considera el acceso equitativo al empleo como un componente importante a atender dentro de la salud mental da cuenta de las expectativas de este mismo individuo en cuanto a la atención del Estado. En otras palabras, saber qué es lo que las personas necesitan cuándo buscan asistencia facilita la creación de estas soluciones. Las ciudades, en su tendencia a homogeneizar a sus habitantes, procuran desarrollar soluciones que sirvan al grueso de la población. No obstante, desde

perspectivas alternativas como las que plantean los entrevistados y Lovell, Read y Lang (2019) la atención la salud mental debería ir en dirección contraria: hacia la individualidad del concepto.

A escala local, las relaciones entre ambiente y salud mental todavía se muestran débiles, en parte porque se desconoce del alcance que tiene el ambiente construido en nuestra vida, pero principalmente porque a escala nacional enfrentamos desafíos grandes en áreas prioritarias como la salud física, educación, economía, seguridad, vivienda, etc. La falta de conciencia ambiental también contribuye a que pasemos por alto los niveles de contaminación a los que estamos expuestos, ya que al ser manifestaciones tan sutiles como la contaminación del aire, es sencillo pasarlas por alto. Frente a esta situación, es necesario que el trabajo de promoción de salud que se realice en las ciudades sea aterrizado a los riesgos que puede experimentar una persona dentro de ese contexto, de esa manera, las personas no solo estarán en capacidad de identificar amenazas, sino que también podrán generar soluciones colectivas a los problemas que les afectan.

Con el cambio en el paradigma de atención de salud mental se produjeron modificaciones en la manera en cómo el Estado responde a las necesidades de salud mental en el país. El peso del acompañamiento se trasladó de los hospitales a las familias sin contar con una educación previa de cómo se deben afrontar los obstáculos de salud mental de un paciente. Han pasado seis años desde la planificada implementación de la estrategia nacional. Sin embargo, el tiempo transcurrido no ha sido empleado en fortalecer la capacidad de respuesta comunitaria. Como lo indican las personas entrevistadas, existe una brecha entre lo propuesto por el modelo y la práctica. Volcarnos hacia la corresponsabilidad ciudadana que precisa la salud mental comunitaria requiere un trabajo minucioso a escala micro, empezando por los barrios, las escuelas y las familias para generar ambientes en los que la empatía ante lo diferente sea posible. Aunque para algunos profesionales el modelo rescata las relaciones humanas como vías para sanar, el modelo de salud mental comunitario podría no ser la solución en el caso de ciudades como Quito, que por su tamaño y su dinámica social no cuentan con comunidades del tipo que requiere el modelo. Ante casos como el nuestro, las estrategias y los planes deben ser reevaluados de manera que se ajusten a las relaciones sociales locales.

Hasta donde se conoce, esta investigación es la primera de su tipo en el contexto nacional. El hecho de que se concentre en evaluar las afectaciones a la salud mental es de por sí algo

complejo puesto que, como se expresa en el componente cualitativo de esta investigación, la salud mental no es ni fácil de medir ni fácil de alcanzar. Históricamente el país acarrea un déficit en el diagnóstico, atención y tratamiento de personas con diversidad psicosocial. En muchos casos, el estigma asociado a los trastornos evita que una persona pueda recibir la ayuda necesaria (Corrigan y Watson 2002). Ya sea porque un diagnóstico de trastorno mental no es exacto o porque la persona no ha accedido a la atención necesaria, hablar de cifras reales de la afectación que tiene la salud mental en nuestra ciudad no es sencillo.

A pesar de esto, la metodología aplicada permitió recabar información valiosa de las autopercepciones de salud y contaminación de los habitantes de la ciudad. Los resultados son parte de un cambio en la manera en cómo se mide el bienestar de las personas que se orienta a utilizar variables más humanas en lugar de variables de crecimiento económico para determinar el desarrollo de un lugar (Li et al. 2019). Futuros avances en esta área podrían beneficiarse de la incorporación de una escala estándar, que pueda ser equiparable y replicable, a las que se utilizan en estudios similares en el contexto internacional. Una alternativa viable es la escala DASS (*Depression Anxiety Stress Scales*) desarrollada para medir estados emocionales negativos, que puede ser aplicada por personas que no tengan un entrenamiento en salud mental, pero cuyos resultados se recomienda, sean interpretados con la asistencia de un profesional de esta rama (Psychology Foundation of Australia 2018).

La complementariedad de los datos cualitativos y cuantitativos también permite explorar a profundidad temas en común encontrados en las encuestas y en las entrevistas, como la importancia que le damos a la calidad de nuestros entornos o la importancia de contar con servicios de salud de calidad. Tomando como referencia la literatura que señala a la contaminación ambiental como una de las causantes de más enfermedades y muertes en el mundo (Lelieveld et al. 2019), los resultados obtenidos en las encuestas fueron un primer indicio para lo que más adelante se afianzó durante las entrevistas, en el sentido de que es cierto que la contaminación ambiental puede generar malestar, pero desde la experiencia de vida de las personas que tratan con TM a diario, existe un abanico de situaciones (pobreza, adversidad, pérdidas, etc.) que tienen mayor peso al momento de desmejorar la salud mental de la gente.

El diálogo entre los datos cualitativos y cuantitativos se extendió a otras variantes de la investigación, como el ruido. Mientras la literatura señala al ruido como una causa importante

de malestar y las encuestas mostraron valores significativos en esta misma categoría, cuando trasladamos esta conversación a las entrevistas, el ruido ocupó un segundo plano. Aún así, no se puede desestimar el creciente interés alrededor del mundo por reducir la exposición al ruido excesivo (ASPB 2020). El integrar las perspectivas cualitativas y cuantitativas en la investigación permitió contrastar los datos recogidos a lo largo de la etapa de conceptualización y nos invitan a ahondar en los resultados en el futuro con métodos alternativos de recolección de la información.

A pesar de que los hallazgos reportados arrojan nuevas luces sobre el tema, el estudio también presentó algunas limitaciones, como por ejemplo que no existe un contraste entre los datos reportados de contaminación por la Secretaría de Ambiente de Quito y los datos de percepción reportados por las personas. Esto se debe a que las escalas en las que se presentan estos dos tipos de información son diferentes. Adicionalmente, el tipo de muestreo efectuado (bola de nieve), si bien es un tipo de muestreo eficiente y que resultó eficaz para el presente estudio, no fue el propuesto durante la concepción inicial de esta investigación. A causa del contexto de la pandemia por COVID-19 la propuesta inicial se modificó. Futuras investigaciones relacionadas con esta Tesis podrían seguir los modelos propuestos, pero usando datos obtenidos a partir de un muestreo probabilístico. A su vez, mejoras en el tipo de muestreo y en la recolección de datos, que incluyan variables de geoposicionamiento, podrán aportar a la comprensión de este tema de manera desagregada en el territorio. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación son robustos matemáticamente, aunque es importante señalar que la interpretación de los valores  $p$  deben hacerse cuidadosamente reconociendo limitaciones del muestreo aplicado.

El estudio acerca de los efectos del ambiente construido en la salud mental todavía es un campo en crecimiento, por lo que sus ramificaciones son incontables, especialmente en contextos como los latinoamericanos en los que existen tantas variables que interactúan con el bienestar de los individuos. En el futuro, una exploración que de seguimiento a los habitantes de las ciudades por más tiempo y que contraste los datos obtenidos en encuestas con datos de mediciones, podría generar conocimiento útil para la planificación de nuestras ciudades. En comparación con mega urbes como Londres, Shanghái o Nueva Delhi, las ciudades ecuatorianas no cuentan con niveles de contaminación del aire críticos para la salud. Aún así, la prevención es la clave para evitar que estos niveles crezcan con el tiempo. Una de las maneras para lograr mayor conciencia ciudadana en relación con los efectos negativos de la

contaminación es precisamente a través de la información. Los estudios del ruido, por otra parte, son una gran deuda que tienen nuestras ciudades. En lo que se refiere a Quito, existe una normativa que regula las emisiones sonoras pero su control ha demostrado ser un desafío. El registro de contaminación auditiva en la ciudad es una necesidad apremiante, ya que solamente cuando contemos con una base de datos real de los niveles de ruido en la ciudad podremos evaluar la magnitud de las afectaciones.

## Conclusiones

Vemos que la contaminación ambiental y los entornos en los que vivimos influyen parcialmente en la salud de las personas, pero no de las maneras esperadas inicialmente. Desde muy temprano en la investigación se advirtió la posibilidad de que incluso si los análisis estadísticos no arrojaban resultados significativos no se podría descartar completamente posibles afectaciones a la salud mental de las personas. Tras procesar en conjunto los datos recogidos, en las entrevistas y en las encuestas, se vuelve palpable que hay vacíos en los estudios sobre espacios y sus efectos en la salud mental. Los vínculos, que apenas se vislumbran en esta investigación, tienen raíces más profundas y entenderlas es vital para el diseño de las ciudades que esperamos tener en el futuro.

Durante el desarrollo de esta investigación surgieron ideas, producto del trabajo de campo, que hacen necesario el meditar las representaciones de ciudad que dieron lugar al planteamiento de este estudio. Como una de las personas entrevistadas menciona en relación con la forma en la que vemos a la urbe, históricamente ha persistido la atribución de características poco halagadoras a estos espacios. Desde la manera en que es retratada en los medios de comunicación hasta las conversaciones que mantenemos a diario, la ciudad siempre es un lugar en el que el tráfico es insoportable, la delincuencia abunda, la pobreza está a la vuelta de la esquina, etc. Sin desconocer la realidad de todas estas problemáticas, las ciudades también son una promesa de una mejor vida. Hace menos de doscientos años (lo que desde nuestra perspectiva puede verse lejano, pero en términos históricos es muy poco), la vida en las ciudades era notablemente más sacrificada y la esperanza de vida de las personas era mucho menor. Lo que permitió dar el salto a las condiciones de vida actuales, con todas sus falencias y áreas por mejorar, fue precisamente pensar en las ciudades como espacios de cambio. En este sentido, la concepción de este estudio pudo haberse visto influenciada por las nociones de la ciudad como espacio de contaminación, pero a la luz de los resultados es necesario reconocer que, así como se estudian los efectos negativos de la ciudad en la salud mental de las personas, también deberían revisarse los efectos positivos que no se estén tomando en consideración, como la presencia del verde urbano y áreas de recreación.

En el contexto actual, suscitado a raíz de la crisis sanitaria, se experimentó un incremento significativo en la demanda de los servicios de salud mental en el país. Para las especialistas, la pandemia fue un detonante para problemas preexistentes que se agudizaron o se hicieron

visibles debido a la convivencia ininterrumpida en algunos hogares. Si bien el aumento de las conversaciones sobre salud mental en los medios ha contribuido a que más personas busquen ayuda, el problema es más profundo y amerita cambios estructurales. Mientras que algunas personas pueden haber experimentado episodios depresivos propios de la situación, miles de personas enfrentan escenarios muy diferentes en hogares en los que la violencia, la pobreza o el abandono son una constante en sus vidas. Para estas personas, la respuesta en materia de salud mental debe ser una prioridad desde el Estado. El *momentum* alcanzado durante la pandemia puede traducirse en una plataforma de cambio sostenido en el tiempo si existe la voluntad política y social de repensar la salud mental a escala nacional. Para alcanzar este objetivo, hace falta integrar las capacidades de actuar desde los distintos niveles del Gobierno, lo que incluye a las municipalidades, que es su calidad de responsables de la ciudad deben sumarse a la construcción de espacios seguros y saludables.

Es tarea del Estado y los Gobiernos locales activar de manera efectiva las estrategias de salud mental y salud mental comunitaria propuestas en el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017, al menos hasta contar con una estrategia nacional actualizada, que permita asegurar el cumplimiento de los derechos a la salud de las miles de personas que viven con algún TM en el Ecuador. Así como también es su responsabilidad recolectar información periódicamente, y hacerla pública, sobre el estado de estas intervenciones para de esta forma proveer los insumos necesarios para el monitoreo de los avances en términos de salud mental en el país.

## **Anexos**

### **Anexo 1. Entrevistas**

#### **Persona 1**

**CH** [00:00:00] Muchas gracias Persona 1 y muchas gracias por aceptar este espacio. Cuando Cris me comentó de su perfil, de su trayectoria en defensa de los derechos, me parecía súper importante incluir un testimonio desde ese. Desde este lado de la lucha por los derechos en salud mental. Entonces, eh, tengo un par de preguntas. Son muy breves. Son sobre todo de su perspectiva como profesional que trabaja en este ámbito y si en algún momento no se siente de acuerdo o conforme con algunas de las preguntas, no hace falta que se responda. Podemos pasar a la siguiente.

**Persona 1** [00:00:35] Bueno, mi querida Carolina, siempre con mucho gusto. Feliz de colaborar con su investigación.

**CH** [00:00:40] Muchísimas gracias. Empecemos entonces quisiera un pequeño cortísimo perfil profesional suyo como su nombre de que ¿Cuál es su fondo? ¿Desde qué ámbito trabaja en la salud mental? ¿Cuánto tiempo lleva en este, en este campo, etc.?

**Persona 1** [00:01:02] Bueno, mi querida Carolina, yo soy una mujer que trabaja en defensa de derechos desde hace varios años. Tengo 40 años, empecé en el año 2003. Todo mi proceso de formación siendo muy jovencita. Yo trabajé derechos de personas que viven en situación de salud mental cuando yo fui integrante de la Defensoría del Pueblo del Ecuador, ahí empecé a involucrarme con las distintas asociaciones que exige muy poco (...).

[00:01:30] (Comunicación interrumpida)

**CH** [00:01:43] ¿Persona 1 me escucha? Creo que estoy teniendo problemas de internet.

**Persona 1** [00:01:53] Yo si le escucho bien, quizás se está cortando. No sé, si no deme unos 4 minutos. Ya estoy llegando a mi oficina y mejor me conecto desde ahí nuevamente, mi querida Carolina.

**CH** [00:02:05] Ya, perfecto. Podemos hacerlo así. Gracias.

**CH** [00:02:11] (Se retoma la entrevista)¿Podemos continuar? Voy a empezar a grabar otra vez.

**Persona 1** [00:02:17] Sigamos. ¿Otra vez doy el consentimiento o ya podemos seguir? No, esto está bien, está bien. Gracias.

**Persona 1** [00:02:24] Entonces, Carolina, como yo le expliqué Cristina, yo no, es que yo he militado todo mi proceso de vida por la defensa de la salud mental, no es así. Es que como defensora de derechos tuve que servir a personas que tenían distintas condiciones de salud mental, de discapacidad a nivel de salud mental. Tramité casos de vulneraciones de derechos de personas (se interrumpe la comunicación) (...)por problemas de salud mental, acceso a

salud, casos de atención en los lugares donde estaban eh... Teniendo sus internaciones, conocía asociaciones, conocí a Marta Monge, por ejemplo a su hijo Iván, que actualmente lidera el Concejo de Discapacidades. En ese sentido, desde los ciudadanos.

**Persona 1** [00:03:22] Eso y claro, como defensora de derechos mil labor está centrada en lo que implica...Hago varias labores, pero una de esas es todo lo que implica la prevención, todo lo que ha implicado también en su momento, la tramitación o la denuncia de casos o causas, como se llama en materia de derechos, de personas que han tenido distintas condiciones en su vida en su salud mental, sobre todo en la época en la que trabajé en la Defensoría del Pueblo del Ecuador, pude conocer directamente a personas, pude llevar casos, todo lo que implica la admisión, la tramitación, la defensa, la resolución, etcétera, etcétera. Mi querida Carolina, esto es súper importante dejarlo claro, porque no es que soy una persona que está centrada específicamente en salud mental, eso sí, le expliqué yo a Cris, no?

**Persona 1** [00:04:14] Entonces, claro, en mi proceso de formación, tanto aquí como en otros espacios donde he estado... Nada, que tenga que ver... Es decir, todo, más bien todo lo que tiene que ver con seres vivos. Realmente es una motivación para mi servicio. Adicionalmente, he conocido muchas personas, he trabajado con grupos de atención prioritaria. He estado tanto del sector desde el sector público como desde el sector ciudadano. He podido sentir y conocer distintas realidades. He estado en centros de internación psiquiátrica. Conozco el funcionamiento de los mismos en varias ocasiones. Entonces, todo esto me ha brindado elementos, algunos, no suficientes, pero sí considero algunos que a lo largo de mi trayectoria me han podido dar un un estado de situación de las fallas que tiene el Estado en lo que implica la salud mental, lo duro que es para las familias, porque es algo durísimo, durísimo y adicionalmente. (Se interrumpe la comunicación).

**CH** [00:05:48] ¿Persona 1 me escucha? Porque yo no estoy escuchando nada.

**Persona 1** [00:05:58] (Comunicación entrecortada) (...)visibilizar la discapacidad de tipo física (...) y parecería que por esa razón las personas que viven en condición de salud mental, las distintas, son muy olvidadas, son juzgadas causan por el desconocimiento que existe causan hasta susto en algunas personas. (Comunicación entrecortada)

**CH** [00:06:47] ¿Persona 1?

**Persona 1** [00:06:59] (...) No se ha elevado a política pública la prevención del suicidio, que implica pasar por episodios de tristeza, de ansiedad, de depresión y que ya el suicidio es la consecuencia más dolorosa de una persona que está en un estado de desatención, de desafección total y de angustia. Entonces, a lo largo de casi 20 años de mi vida he podido defender muchos derechos. Muchos, muchos y de los de los más duros de las personas de salud mental.

**CH** [00:07:40] Sí, justamente eso es lo que lo que a mí me gustaría desde esa perspectiva, que me cuente su relación con la salud mental, atravesando estos estos procesos de apoyo, de contención, de defensa de personas con problemas de salud mental y sus familias.

[00:08:00]¿Qué es para Persona 1 la salud mental? [2.3s]

**Persona 1** [00:08:06] [00:08:06]Una condición humana, una condición humana que no la eliges, que te que te tocó, que te llegó, que amerita ser reconocida, visibilizada, dignificada, comprendida, valorada, repito nuevamente dignificada. Es una condición de salud, es una

condición humana que muchas veces puede ser de nacimiento. Otras veces adquirida con el tiempo, que tiene mucha... Existencia a través de los nexos genéticos que existen. De la maravilla que es el cuerpo humano, que es una... Que es una forma de ver el mundo de manera muy distinta a las personas que viven con distintas condiciones de salud mental. Les exigimos que miren el mundo como nosotros lo miramos, pero no sabemos lo que es tener que trabajar, levantarte e ir a la escuela, al colegio, a la universidad, llenos de medicación que te provoca sueño. Te provoca hambre, que te provoca a veces mal humor, porque como tienes sueño y tienes que levantarte, no puedes dormir. Que duermes pero no descansas. [78.3s]

**Persona 1** [00:09:27] [00:09:27] Yo le llamo siempre el mundo al revés. Porque... (Voy a retirarme la mascarilla, perdón) Porque ellas y ellos miran, sienten, perciben lo que las demás personas que no estamos en su condición no podemos hacerlo. Muchas veces tienen una capacidad distinta de sentir y percibir el mundo. Entonces es muy doloroso mirar que el mundo no las y los mira. Entonces me encanta decir el mundo al revés. Porque sienten, porque aman, porque sueñan. Porque a veces se les suspenden sus sueños. Porque viven un carrusel de emociones. [48.0s] Porque a veces un día de lluvia puede parecer para ellos el día más espectacular o un día de sol puede ser definitivamente el día más caótico. Porque viven una lucha diaria que casi casi es invisible, es imperceptible, pero que esté en la cabeza. Esta en la cabeza. Cuando tú tienes manifestaciones físicas, que son muy pocas, en condiciones de salud mental, muy, muy pocas. Quizás provocado por la mayoría de medicamentos, de pronto te tiemblan las manos, la carita o hablas más lento, ese efecto de la medicación y de la combinación de varias dosis, de varios medicamentos. Entonces, yo defiendo el derecho a las personas que tienen condición de salud mental, discapacidad a nivel de salud mental y que han atravesado en algún momento de su vida distintas convicciones que han impactado. Yo no quiero decir afectado, que han impactado a nivel de su ser, como tener de pronto una ansiedad, una depresión causada por o por algo que aconteció... Decir, que son personas, son seres vivos y vivas que merecen respeto. Muchísima atención, pero muchísima atención, eh... Han recibido... Ni siquiera olvido del Estado, no existen para el Estado. No existen. Hay algunos centros de internación psiquiátrica. Se han dignificado mucho más ahora. Los profesionales de la psicología y de la psiquiatría que trabajan a nivel público no pueden dar un seguimiento constante a sus a sus pacientes. Porque no... no son sus pacientes, son un número más de una persona a quien atender. Pero realmente no lo son. Como cuando tú tienes una atención privada personalizada, pero la atención privada personalizada es costosísima. La más económica está entre 30 y 40 dólares y de ahí van entre 50 y 60 dólares por sesión.

**Persona 1** [00:12:35] Para las familias, las condiciones de salud mental, han sido una situación de vergüenza, de no hablarlo, de esconder, de encerrar. Porque muchas personas al desconocer, al no saber que sucede, al no entender, al creer que qué vergüenza, somos locos como si fuera algo malo... Las familias, durante décadas, siglos, no han comprendido y han escondido, inclusive, anteriormente se creía que si había una persona con una condición de salud mental, alguna de las patologías, algunas de las discapacidades ya de enfermedades; era algo como vergüenza. ¡Ah eso heredaron de tu familia, no de la mía! o eso va a cortar la pureza de nuestra familia, ¿No?

**Persona 1** [00:13:31] Entonces el mundo no está preparado para las personas con discapacidad en general y para aquellas que vive en condiciones de salud mental más aún, más aún.

**Persona 1** [00:13:41] No es fácil mi querida Carolina, yo he convivido con personas que tienen condiciones de distinta discapacidad a nivel de salud mental. No es sencillo, no es

sencillo. Entonces es un día a día, es un volver a empezar cada día. Es entender que si te dicen no tengo hambre, pues no tiene hambre. Y si mañana dijo me bañé 3 veces, se bañó 3 veces. Lo que le haga sentir, lo que quiera sentir en ese momento, porque no nuestra noción de quienes no tenemos esas condiciones del día de la noche, de arreglarse, el no arreglarse es muy distinta a la que aquellos tienen.

**Persona 1** [00:14:22] Entonces es un aprender permanente. Para mí es doloroso, pero al mismo tiempo...Es doloroso por el estigma, la discriminación, la falta de educación, el olvido, invisibilización del Estado, la falta de preocupación (comunicación interrumpida) (...) por la inmensa soledad que viven, por el abandono que tienen en general y por otro lado ha sido un aprender a (...) perciben el mundo de una manera que a mí me puede enriquecer.

**CH** [00:15:11] [00:15:11]Desde el ámbito ya mas de la política pública y de lo que hace el Estado por las personas con enfermedades mentales o diagnósticos y sus familias. ¿En qué punto estamos en el contexto local? ¿Qué se ha hecho? ¿Qué nos falta hacer? ¿Cómo estamos? [18.8s]

**Persona 1** [00:15:32] Bien complicado, porque a ver... A nivel metropolitano, eh... Como Distrito Metropolitano tú no tienes un hospital, porque cuando tú llegas a una internación es porque tienes un proceso. Las condiciones de salud mental, cuando no son detectadas a tiempo, generan otras patologías conexas. Entonces, al no ser detectadas a tiempo, implica que tengan que tener. Eh, eh, eh, eh, eh... medicación, intervención psicológica y psiquiátrica. Entonces, a nivel local, a nivel de ciudades, tú no tienes programas... Así como el Estado no lo hace, tampoco lo hace lo local. [00:16:15]Tú no tienes programas que te hablen de lo que implica conocer a las personas con discapacidad de salud mental, comprender las distintas condiciones. Entonces, primero tienes que ir a un tema de educación. No hay política pública que te eduque. Segundo, a una política que te permite una inclusión de acuerdo a sus capacidades, no a las nuestras. Si es una persona con condición de salud mental, difícilmente puede estar diez, doce horas trabajando. [24.0s] No puede, no puede o depende del tipo que tenga y de la medicación que toma. Usualmente son antipsicóticos, anticonvulsionantes que son y depresivos por montón. Que la mayoría te causan problemas hormonales, de acné, de sueño, o sea, muchas cosas. Entonces, como no es un tema que se ha tratado a nivel general, no existe. Ahora bien, en los hospitales públicos, lo que tú tienes son internaciones de emergencia.

**Persona 1** [00:17:11] Décadas pasadas, siglos anteriores, las familias pudientes iban y les olvidaban a las personas allí y pagaban su mensualidad y ahí morían. Eran tratados como si no tuvieran un alma, como si no sintieran, los golpeaban y los maltrataban mucho. Ahora tú tienes unos hospitales, por ejemplo, he estado en varios... con mejor infraestructura. Pero no les tienes con terapias alternativas, con actividades. Tienes enfermeras que los cuidan y enfermeros que los cuidan. Tienes el psicólogo, el psiquiatra, pero no hay una política de atención sostenida. Tú tienes la entrega de medicamentos de acuerdo a la disponibilidad del Estado, los medicamentos psiquiátricos son costosísimos. Costosísimos. Tú tienes pastillas de un antidepresivo que te puede costar la caja de 30 entre 40 y 50 dólares, mensual. Eso si tomas una sola dosis al día. Porque a veces puedes tomar dos y tres. Entonces eso es complejo.

**Persona 1** [00:18:23] Entonces siento que no existe nada y no es por pesimista, sino porque es la realidad. Entonces tú tienes internaciones psiquiátricas que primero pasan por clínicas, no primero. A veces son clínicas cuando atentaron contra su vida. Tienes las intervenciones

clínicas, entonces tienes que estabilizar clínicamente y luego vas a los psiquiátricos y lo psiquiátrico. Obviamente estás entre 15, 20 a 30 días y quizás un poco más dependiendo. Pero de ahí salen y vuelven las casas punto.

**Persona 1** [00:18:51] Las personas que pasaban diez, quince años con distintas condiciones, sobre todo esquizofrenia y las patologías conexas... Hace... [00:18:59]El gobierno anterior, en virtud de que ya no podían sostenerlas ni mantenerlas, empezaron a querer incorporar el elemento de la familia sin preparar a la familia económicamente, psicológicamente, sin tener el apoyo económico para sostener y solventar y sin tener un núcleo familiar que tenga la capacidad de asumir. No puede la familia sola. No puede. No puede. [29.2s]

**Persona 1** [00:19:30] Yo tuve casos en la Defensoría del Pueblo, en los que hijos de 30, de 40 años, que ya iban 10, 15 años viviendo en estos centros psiquiátricos, de pronto lo sacaron para que vayan y se reintegren al núcleo familiar. Imposible. Imposible. Eso hicieron, hay casos Carolina revisará en la Defensoría, revisará en los hospitales.

**Persona 1** [00:19:53] Entonces. ¿Qué haces? No puedes, no sabes. Tú no sabes cómo lidiar. Como familia, tú no sabes como lidiar. En la familia tú tienes que tener cuidado con cuchillos, con tenedores, con cucharas, cualquier herramienta (...) tus ventanas tienen que estar cubiertas con sábanas, con todo, porque una persona, cuando tiene uno de sus desequilibrios o desbalances por decirlo así... Cualquier cosa, un lápiz puede convertirse en un elemento que puede causar daño a terceros o a sí mismo. No puede. Tú no puedes tener un desinfectante. Uno solo. Entonces... porque pueden tomarse. Entonces es supremamente complicado, complicado, imagínese, yo tuve un caso en el que era una señora adulta mayor de 75 años, con dos hijos con esquizofrenia. El uno tenía cuarenta y el otro tenía treinta y ocho años.

**Persona 1** [00:21:07] Ya, entonces no hay, la internación es el último paso, por supuesto. Por eso hay internaciones de emergencia. Salen, vuelven al entorno y regresan, pero las familias no están preparadas. Y dos ¿A que tiempo?

**Persona 1** [00:21:22] Tú necesitas tener una persona que esté permanentemente junto a esa otra persona. Dependiendo del tipo de discapacidad de salud mental. Controlando las dosis de medicación, controlando el alimento, controlando que haga ejercicio, controlando que duerma lo que le debe dormir y lo que no también. Controlando que no acceda a tarjetas de crédito, no acceda a celulares... O sea impresionante. Entonces, claro, obviamente las familias requieren de apoyo económico, apoyo psicológico, apoyo con educación primero. Segundo, los centros... Debería haber centros en los que no sólo se deje y te olvide, sino que puedas tener... Dependiendo del nivel de discapacidad psicosocial, puedan salir, a parques, puedan ir a la playa, puedan ir a la piscina, puedan tener clases de baile, clases de pintura, evitando pinceles. Sino con los dedos, con las manos. Tienes que ver el tipo de condición psicosocial. Según eso, tú puedes trabajar. Entonces, sería muy hermoso poder trabajar de manera. (Comunicación interrumpida)

**CH** [00:22:50] ¿Persona 1? ¿Persona 1?

**Persona 1** [00:22:56] Hay que ver desde el punto de vista de la salud psiquiátrica o social el aporte de la familia que entienda que no es una vergüenza, no es algo que calladito, no es del hijito le salió loquito, ¡qué bestia son locos! No. Entender que las personas que tienen condiciones psicosociales son... Y un montón. Somos un montón. En algún momento tuviste una decepción amorosa, te dio tristeza y pudiste haber caído en fase de depresión. Ni siquiera

lo sabías. Entonces es momento de decirle al mundo entero que las personas que tienen discapacidad psicosocial existen, que tienen distintas condiciones de salud mental que existen. Que no es para tener vergüenza, que no es para tener susto y que al contrario, el Estado debería trabajar de manera permanente, destinar presupuesto permanente en mejorar los centros de internación, capacitar a las y los profesionales, dotar de todo lo que necesiten las y los profesionales, trabajar con gente que esté capacitada y con supervisión y acompañamiento para que puedan realizar actividades de arte, actividades de ejercicios... que puedan aprender cosas. Cosas. De acuerdo a su capacidad, a su estado de ánimo. Hay lugares donde los levantan 5 de la mañana ya los bañan, le hacen desayunar y les sientan y luego le sacan al patio, a estar acostados. No haces nada más. Luego regresas. Otra vez tienes que comer. Toma tu medicación y otra vez te sientas.

**Persona 1** [00:24:34] Entonces, eso falta. Falta un montón. Falta mucho por hacer, pero sobre todo por quitar el estigma que existe en las familias, en la sociedad y porque el Estado empieza a mirar. A mirar. El estrés te puede provocar un nivel psicosocial terrible puede sumirte en una depresión así de sencillo. Esa es una discapacidad adquirida o si no llega a nivel de discapacidad, es una condición adquirida que puede ser temporal o puede ser permanente. Así de claro. Nadie está exento.

**CH** [00:25:11] Este cambio, que se experimentó a raíz de esta reducción en el presupuesto del Estado, fue de la mano de este llamado cambio al paradigma en la atención en salud mental, que es pasemos a una atención en salud mental comunitaria. Con un sistema que claramente no está preparado para una atención de esa manera. Pero, pero en muchos países se está apuntando justamente a eso, ¿no? A una salud mental comunitaria que tanto nuestras familias como nuestras redes de apoyo puedan ser, puedan estar ahí para nosotros cuando lo necesitemos, si es que en algún momento nos vemos afectados por alguna condición de salud mental. [00:25:51] ¿Cómo ve usted este panorama en el Ecuador? ¿Es viable? ¿Es posible? ¿Qué tan lejos estamos de esta meta de una salud mental comunitaria? [9.4s]

**Persona 1** [00:26:02] [00:26:02] No, no le veo lejano en el sentido de que haya la voluntad política de querer trabajar. Porque pienso que profesionales de la salud psico social y psiquiátrica van a querer hacerlo también. Quienes están en los hospitales también. Y quienes están, quienes integran el núcleo familiar, requieren mucho apoyo, mucha comprensión, mucho sostenimiento. Entonces no fuera lejano de tal manera, en el sentido de que haya la voluntad política para hacerlo y de que las familias quieran organizarse cada vez más. Yo [33.2s] digo ¿qué va a pasar cuando a Martita Monge le pase algo en su salud? ¿Qué va a pasar con toda la asociación que trabaja con personas que tienen esquizofrenia? ¿Qué va a pasar? Ella les lleva a la playa, les lleva a la piscina, les hace ejercicios, les ha hecho salidas, hace que compartan, todo. Pero es una organización frente a un montón que ha olvidado. Hay algunos grupos, que hasta hay en Facebook habrá grupos cerrados, que te tratan temas de depresión y cosas así, pero son más bien iniciativas ciudadanas. Quizás de algunos profesionales, pero no existe un proceso sostenido. Lo mejor sería la salud mental comunitaria. Pero por supuesto, primero porque tienes que dignificar, es una condición. Tú no la buscaste, te tocó, te llegó. Adquiriste lo que sea. Heredaste. Pero necesitas mucha ayuda. Pero muchísima ayuda.

**Persona 1** [00:27:26] [00:27:26] Porque a causa del olvido, a causa del rechazo, a causa de la incapacidad de poder comprender al otro. No es así, repito. Pero la incapacidad de querer hacerlo, de que alguien te motive, de que el Estado te diga tranquilo, vas a poder salir. la gente se olvida. [18.0s] Tú tienes en el de Pablo Arturo, tienes ahí los psicólogos-psiquiatras

que además si lo cambiaron, lo cambiaron. Te llegó a uno nuevo y a repetir nuevamente todo el proceso que no te conoce. No es tan sencillo que una persona genere empatía con cualquier profesional de la medicina psiquiátrica o psicológica. No es sencillo. Te dicen te voy a dar esta medicación, pero me hace daño, no importa, es la que hay. Te bajo la dosis, te subo la dosis. Entonces es muy complicado. Tienes en el Julio Endara y también tienes ambulatorio, pero igual es lo mismo. Vuelve a la casa o el círculo vicioso. Otra vez regresa, otra vez. Y si las vidas se pierden, así seres humanos se pierden. Que pudieran tener talentos de enormes. [00:28:24] Hay que ponerle corazón. Darle un rostro. Y repito, dignificar y a todos los lados decir la salud mental no es para tener vergüenza. [12.8s] La depresión es invisible y duele, la esquizofrenia es invisible y duele, el borderline es invisible y duele. Tu miras en los comportamientos. La bipolaridad existe. En el el estrés postraumático existe, entre otros temas.

**CH** [00:28:58] A veces utilizamos definiciones. Por ejemplo, las normas, las leyes, las políticas se valen de definiciones de lo que es algo para estructurar su curso de acción. Y en el caso de los manuales y las y las políticas del Ecuador, utiliza mucho una definición que voy a leer a continuación, que es la de la OMS. Quisiera saber cuál es su opinión de esta definición, si cree que está completa... Su percepción. [00:29:25] La definición es: la salud mental, es un estado de bienestar en que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. ¿Qué opina usted de esta definición? [13.8s]

**Persona 1** [00:29:40] Bueno, [00:29:41] es una definición bastante progresista que ha cambiado desde el tiempo, que busca decir que las personas que tienen condición de salud mental son gente que sí pueden ser activos para la sociedad. Pero siento que le falta porque hay que complementar, porque te hablan de la persona, pero le hace falta que te complementen: y el Estado debe garantizar el acceso a distintos servicios, sus derechos y las familias deben acompañar su proceso. Y adicionalmente, el Estado debe cuidar tanto a las personas como a las familias. Eso es lo que le falta darle una caracterización humana desde el sentido de lo humano, más allá de lo científico, en el que te dice si una persona con bipolaridad puede trabajar, por supuesto. [44.4s] Pero el rato que tiene un desbalance en su medicación o que le dejó de hacer efecto porque en general el cuerpo desarrolla rechazo o de pronto tuvo un desorden. Un día no llegó al trabajo, se perdió ocho días, se fue a la playa, estuvo en otro mundo. La persona regresa y no va a poder regresar a su vida. Va a estar despedida va a tener deudas o va a ir a endeudarse.

**Persona 1** [00:30:48] Tuve un caso en el que una señora, casada, 35 años, monógama. Su esposo. Ella era una señora de sesenta y tres años. Cuatro hijos, todos mayores, y era la señora que siempre estuvo en casita y que la señora se dedicó a la cocina a los hijos, luego a los nietos. Resulta que un vecino se cambió al lado y ese vecino había sido un amigo de la juventud. Y la señora, tal cual como decían sus hijos, se desató. Y la señora fue juzgada por su familia. Fue juzgada por su esposo porque la Santa Señora que en la vida podía, que tenía que ser inmaculada. Empezó a tener una relación con el vecino. Se fugaron. Claro, se la pudo encontrar por el uso de la tarjeta de crédito, que era la adicional que el esposo le daba. Que no le cerró simplemente porque la policía dijo no le cerremos porque de acuerdo a dónde gastan vamos a saber donde están. ¿Y sabe en qué gastó mi querida Carolina? En juguetes sexuales. En todo lo que se puede imaginar sexual. Y claro, cuando le encontraron le llevaron al hospital y toda la vergüenza, el estigma, todo. Tuvo un desorden bipolar. Ella toda su vida fue reprimida sexualmente porque es el único hombre con el que estuvo, jamás fue feliz sexualmente. Nunca pudo explorarse como mujer a nivel sexual. Tuvo un esposo, tenían

relaciones, tenían hijos, tenían relaciones, etcétera, etcétera. La vida del hogar. Tuvo un desorden bipolar. Eso te puede pasar. Obviamente ella tuvo problemas que luego tuvo, que tuvo que intervenir porque quien ingresa el caso fue el el novio que decía todo... Que él nunca supo que lo que ella tuvo, fue un desorden. Nadie sabía que se le desató un desorden bipolar y claro, volver a casa. El estigma que ella tuvo de la Madre Inmaculada, la abuela bendita que se vestía con ropita tapadita... Era... Todo lo que tenía eran juguetes sexuales, era ropa, era no sé qué. Pagaron hoteles. Bueno tenía una ropa que jamás se hubieran imaginado sus hijos que ella iba a tener, ni ella misma. Bueno, eso pasó, eso pasó. Claro, el problema luego lo tuvo ella, que fue tenaz, fue durísimo para ella. El matrimonio se le vino abajo, los nietos, los hijos, TODO, la institucionalidad, la mujer inmaculada, que está en la casita, que tiene que ser lo que el hombre diga. Entonces mire qué duro. ¡Qué necesario! Yo digo, cuando tuve ya experiencia cerca las personas y luego experiencias propias de mi propia familia. Al principio no entendía. Luego dije para esto llegó a mi vida. Luego dije ¡Wow! Esto ha habido no solo aquí, ha habido en esta familia, ha habido en esta otra familia. Y empecé a indagar y a indagar cuando me di cuenta y dije: ¿Por qué todo esto estuvo oculto? Porque causa vergüenza, porque ¿quién quiere que llegue "loquito" (entre comillas) y te diga eres fea? Sí, no te queda bien eso. A mí no me gusta esa comida. Que te digan lo que sienten, de lo que piensan sin filtro. Vamos a caminar. Me gustas. ¡Ah, él es mentiroso! ¡Ah, él te engaña! ¿Qué? Entre otras cosas ¡No me quiero bañar! Entre otras cosas.

**Persona 1** [00:34:08] [00:34:08] La sociedad no está preparada, pero creería que hay que darle ese rostro humano en ese sentido de lo que implican las personas y también comprender mucho a las familias, como el estado no visibiliza, los gobiernos locales no visibilizan, la propia comunidad médica no la visibiliza desde el rostro humano, sino desde un rostro médico. [18.5s] Médico de objeto de estudio, no de sujeto de derechos, de sensaciones, de emociones de sentires. Entonces, claro, el tema, el tema seguirá tabú. A mí me encantó el tema, como le dije yo a la la la Cris, le digo "Cris querida bueno, no es que yo he defendido sólo estos derechos, pero tuve varias experiencias, muchas experiencias". Mire conocí a una chica que llevaba en ese entonces... Ahora ya son 30 años, en ese entonces eran 20 años, hace 10 años. Veinte años llevaba, ella está ahorita en los cincuenta años, cuando la conocí tenía cuarenta y ella llevaba desde los veinte internada en ese lugar, pagado, un muy buen lugar, de muy buenas instalaciones, etc. Pero en los veinte años nunca ha salido de ahí. Ella no fue a la playa, no ha ido a una piscina. No ha ido a un concierto, no tiene idea de cómo es la ciudad. 20 años. Veinte años. Entonces conocí esa persona. Era... Su coeficiente, era altísimo. De hecho... se fue generando empatía y pidió el piano. Toco el piano bellamente, tocaba de oído. No había tocado como en cinco años el piano. Bueno, es impresionante. Su familia de mucho dinero. Hija de una persona muy importante en el país. Una persona, un científico. Y cuando se enteraron a los 20 años de su condición de salud mental, la recluyeron ahí. Al principio la iban a ver, luego ya no luego cada año. Luego se olvidaron. Se olvidarnn por completo, el dinero llegaba. No tenía idea del mundo de afuera. No tenía idea y no había poder humano que haga que el centro tenga una mirada humana y que diga bueno. ¿Qué te parece, eh? Si es que es factible, no sé llevarle, aunque sea a que mire cómo es la ciudad. A que vea. No sé, el teleférico. O sea algo. No. Y ahí sigue.

**CH** [00:36:34] Esto es algo que mi si me genera como bastante conflicto, porque está toda esta línea médica psiquiátrica que dice: "las personas con alguna condición de salud mental son enfermos", están enfermos o son enfermos. Las personas que tienen el diagnóstico dicen: "yo no estoy enferma, yo no estoy enfermo. Yo tengo una condición que a veces hace que mi vida sea más difícil, porque el mundo no está listo para lo que me está pasando, pero no estoy enfermo.

**CH** [00:37:06] Y también tenemos como esta línea que me parece súper interesante, que esta creciendo y eso es lo que me gustaría conocer. Su perspectiva de esto, que es justamente la de la diversidad psico social, que es esta aproximación alternativa, no decir: ¡Ah! Los enfermos mentales, los locos. Si no, no es una enfermedad, es una diversidad, es una forma distinta de ver el mundo.

**Persona 1** [00:37:30] Claro, es una condición.

**CH** [00:37:32] [00:37:32]Entonces ¿Qué está... De dónde salió? ¿Cómo lo entendemos? Este movimiento, no sé si sea un movimiento. [5.0s]

**Persona 1** [00:37:38] Bueno, quienes defendemos derechos...Quienes defendemos derechos y hemos tenido la gracia de poder conocer a personas con esta condición siempre vamos a creer que nada humano nos es ajeno. Y nosotras y nosotros partimos de creer a las personas, de aceptar a las personas como son. Es decir, siempre partimos de decir bueno, ¿cómo quieres que te llamen? ¿Cómo es tu condición? ¿Cómo es tu vida? De entender su mundo para saber cómo poder defender o cómo poder trabajar para su inclusión. Entonces está... Es lo que yo llamé desde el inicio el mundo al revés. Entonces, claro. Quienes estamos en el mundo del revés somos aquellas personas que no estamos en esa condición. [00:38:22]Porque estamos queriendo que otros se adapten a esa... A eso distinto, cuando lo que debería ser es que mutuamente nos adaptemos. [8.6s] Yo puedo levantarme cinco la mañana, yo puedo desayunar, puedo hacer mis ejercicios de todo, pero si una persona tomó quetiapina en la noche difícilmente va a poder hacer eso a las tres de la mañana. Durmió 2 horas.

**Persona 1** [00:38:43] Tomó anapsique, jamás! Entonces, eh...

**Persona 1** [00:38:47] [00:38:47]Para mí esta es una de las corrientes que que no desconoce que tienes una condición que requiere de apoyos psiquiátrico y psicológico, pero que a la vez te reconoce como persona. [15.4s] Como niño, como niña, como adolescente, como persona adulta, con todas tus condiciones de ser una persona de 40 años, afrodescendiente, con esquizofrenia y lesbiana, es una condición más que te hace maravillosa y maravilloso, pero que si requiere de que de manera integral esta sociedad y familia trabajemos para apoyarte en tu proceso de vida.

**Persona 1** [00:39:30] Yo tuve unas compañera de trabajo una doctora, una abogada, doctora en leyes. Que con el tiempo fue deteriorando su salud mental. Y claro, ella a veces nos traía postres con sal y es chistoso, pero es verdad. Había? No sabía. O sea, nos traía. No mezclaba bien las cosas. Pero nos traía, te invitaba cosas, te contaba cosas. Era muy difícil con su familia. Bueno, ya son otros temas. Y tú le decías gracias, que lindo, que rico, yo te traje esto. A veces nos tocó, comernos. A veces nos tocó comernos porque en su mundo estaba ahí. O yo no sé si lo ponía sal o algo, pero habían cosas que tú veías que gelatina (...) con los ojitos así. Ay, gracias, qué rico, que linda. Y yo te compartí esto. Ya. o vamos a caminar. O sea, cosas así o... Había días que llegaba, pues también con el traje demasiado elegante, muy elegante, como para ir al trabajo. Y qué guapa que estás! Qué bien! O sea así se sintió ese día por eso se puso elegante. Y había días que iba por poco con la pijama. Ese día estaba triste. No tenía ganas de arreglarse. Había días que no se bañaba.

**Persona 1** [00:40:47] Entonces tú aprendes de entender, como tu tienes tus dinámicas y ella tenía sus dinámicas, yo tenía que respetar. Y no tenía por juzgar, era más bien ponerme al

servicio. En qué te puedo ayudar? O sea estar muy pendiente. Necesitan, necesitan que estés muy pendiente, muy, muy pendiente. Y claro, mire, hay personas que han entrado a domicilios y he visto cosas y... (algo que le dijeron)"Mira mi maceta" y por poco en la taza del baño. (Algo que ella respondió a lo que le dijeron) ¡Qué linda tu maceta!... Así, ese es su hogar. Yo tengo mis macetas colgadas, es mi hogar. Hay que respetar.

**CH** [00:41:30] Ya como planteando un escenario de lo que sería la salud mental de aquí a un futuro próximo, [00:41:37]¿Cuáles serían tres líneas de acción que necesitaríamos? O necesitamos emprender para mejorar el estado de salud mental en nuestro contexto. [11.0s]

**Persona 1** [00:41:49] [00:41:49]Promoción que tiene que ver con investigación, comunicación educativa e incidencia. Eso tiene que hacerlo de ley el Estado. [7.7s] De ley, junto con las familias y también personas que viven con esa condición.

**Persona 1** [00:42:03] [00:42:03]Atención oportuna, integral, [3.5s] en el caso de que tengas que tener intervenciones y 3 [00:42:10]inclusión. Procesos [0.1s] de inclusión progresiva para que puedan tener inclusión educativa. Inclusión laboral, porque ti pueden trabajar con sus condiciones y yo lo veo así: [00:42:25]promoción. atención, inclusión. [1.0s] Humanización.

**CH** [00:42:31] Hay muchas personas que dicen que porque no se entiende, como no lo entendemos bien, no logramos crear las alternativas ni las los caminos para una salud mental ideal. Entonces hay personas que dicen "ah, es que esto es puramente genético, es puramente biológico, entonces, eh? Algo pasa en tu cerebro". O hay otras personas que dicen "Sí, eso es un camino. Pero también, eh? Todos vivimos situaciones adversas". Entonces perder a un familiar querido es inevitable que te sumerja en una situación de depresión e cambios bruscos en tu vida te pueden generar ansiedad. Además de estas, de estas dos como más más conocidas causas que se atribuyen alguna condición salud mental, [00:43:23]¿Cree usted que hay otras situaciones que podrían generar condiciones de salud mental? [5.6s]

**Persona 1** [00:43:31] [00:43:31]Creo que es un campo que todavía por explorar, porque el ser humano, las seres humanas, la mente es maravillosa y que no sabemos que pueda causarte distintos tipos de reacciones en tu vida frente a estímulos externos, estímulos, pueda ser personas o situaciones. Así que creería que nada está agotado, que al contrario, todo permite tener este abanico de diversidad dentro de lo que implica la salud mental, porque es parte de la condición humana. Puedes tener condiciones adquiridas, puedes tener condiciones de nacimiento, puedes tener condiciones permanentes y otras intermitentes porque dependen de los estímulos [49.6s] ¿Qué hace la diferencia?Cómo reaccionas, tú como persona, cómo reacciona tu familia, tu entorno, amistades, trabajo, lo que tengas y sobretodo que el Estado, con todo lo que implica, la comunidad médica, la comunidad a nivel social, a nivel de familia, a nivel del propio Estado y las políticas como lo visibilizan.

**Persona 1** [00:44:42] Desde que tuvimos un presidente silla de ruedas empezamos de entender, como si nunca hubieran existido, que habían personas con discapacidades físicas. ¿Cómo si nunca hubiera existido? Yo di una charla en el Consejo Nacional de Discapacidades varias, pero una de esas fue interesante, que hay una persona que tiene una condición que... No recuerdo cómo se llamaba, pero ella no tiene manos.

**Persona 1** [00:45:05] O sea, no tiene manos para nosotros. Pero ella dice "Yo me maquillo, me visto... Hago todo". O sea, yo nací así, y en algunas ocasiones intentaron prótesis. Ella no se adaptó a ninguna de las prótesis, inclusive tuvo aquellas que tienen como garfio todo y dice

que una vez iba en el bus, se le quedó la prótesis y ella se ríe. La gente le vio y dijo "Es que esto no es mío". No, no es natural a mi, yo nací así. Entonces, claro, nos decía "¿Qué piensan? ¿Que no podemos hacer nada? Hacemos todo, somos buenas y malas personas también". Pero se visibilizaron aquellas discapacidades a nivel físico que necesitan de una silla, pero no las otras, no las otras.

**Persona 1** [00:45:48] Las discapacidades son tan cercanas a la humanidad como la humanidad misma.

**Persona 1** [00:45:56] Entonces, en este caso, la diferencia es que las de psicosocial son invisibles. Caro, yo no sé que usted esté pensando de mi ahorita, no puedo saberlo. Yo no sé si usted ahorita está diciendo "qué bestia, qué ganas de desayunar". O sea, no sé. Ya que usted tampoco de mí no ve, no sabe si dormí super bien. Usted no sabe si ayer cené rico y dormí súper bien. No sabe. Es invisible.

**Persona 1** [00:46:23] No podemos saber cómo la gente se siente porque en nos han impuesto que debes de estar bien peinado, bien arreglado, bien bañado, bien vestido entre comillas, ¿no? Entonces, el tema es que al ser invisible.

**Persona 1** [00:46:42] Lo que tienes que visibilizar es que existe para que cuando tú tengas una condición de ansiedad, de tristeza, de angustia, cualquier tipo de trastorno o patología puedas decirlo y que yo le pueda decir "Carolina, sabe... tengo insomnio. No duermo hace más que 5 días". Y que usted no diga "Uh! y hasta que le pasa?". Y que me pueda decir que llega a naturalizar de tal manera que pueda decir "Ah, bueno, entonces nos vamos al centro de salud ahí está el psicólogo. A él de pronto le cuentas y te ayuda".

**Persona 1** [00:47:18] O qué puedo decir... Tuve unos colegas que empezaron a tener una pésima relación de trabajo y era porque una colega padecía de insomnio y no podía hacer bien su trabajo y el otro colega estaba muy molesto porque dependía de ella... el trabajo de él. Ya llevaba meses enteros sin dormir y no le contaba a nadie. Pero nosotros empezamos a sentir y mirar tu deterioro y pese a que nos acercamos a decir ¿cómo te sientes? No, nos quiso decir. No sé que le causaba el insomnio. No sé porque era. No sé. No quiso. Y prefirió renunciar. Llegó a tener un deterioro, estaba pasando algo en su vida. Qué diferente fuera en el que digas "Hey! Está permitido decir cómo te sientes!" Hemos trabajado aquí en Diálogo Diverso, a veces, y hemos dicho hoy vengo de muy mal humor, muy triste. No, no, no, no es mi día, no es ni momento.

**Persona 1** [00:48:19] Que contemos pero no para el chisme, sino para que sepamos que no va a tenernos paciencia. Y que si...aquí varias veces (¿Quieres llorar? Estoy llorando ¿Por qué? Porque estoy triste). Y que eso no sea a causa de alarma, sino un tema de "¿y qué quieres que haga? Quiero un abrazo". Porque a veces, cuando la gente lo primerito que haces es abrazarle, mucha gente no quiere un abrazo.

**Persona 1** [00:48:45] Entonces, así de bellamente compleja es la mente y la condición humana mi querida Carolina. Que bestia a mi me ha encantado lo que usted está haciendo. Espero contribuir a eso y que su investigación, luego nos cuente en que queda. Sería lindo poder hacer un taller acá que nos cuente, porque ahora ya empezaron ciertas organizaciones a trabajar en temas de salud mental. Empezaron. A raíz de la pandemia, cuando la gente se dio cuenta de lo que implicaba poder estar contigo mismo misma, ya no enfrentarte a todos los

elementos externos que a veces te distraen de tu propia condición y empezaste a quedarte en casa, aquello en lo que a veces difícilmente estabas, y empezar a verte a ti mismo.

**Persona 1** [00:49:32] Porque cuando tú estás afuera, casi no te ves a ti mismo. (...) Así que eso mi Carito querida. No sé si tenga alguna otra inquietud, espero haberle aportado, pues yo no soy científica. Mi aprendizaje ha sido empírico. Luego ya fue más técnico. Luego ya se vinculó más al mundo de los derechos y vivencial. Mi madre murió con una condición de discapacidad psicosocial que no la sabíamos. Tengo un hermano que murió con una condición de discapacidad especial, que tampoco la sabíamos y enhorabuena. Tengo una hermana que tiene bipolaridad, una discapacidad del 60, del 70 por ciento y que sí la sabemos y que cada día la vida nos da la oportunidad de poder aprender de ella, de sus capacidades, de su manera de sentir y mirar el mundo y de compartir y muchas cosas Carolina.

**CH** [00:50:27] Muchísimas gracias. Persona 1, en realidad ha sido una muy muy linda conversación que me deja muchos mensajes súper interesantes para para pensar y repensar una cosa súper rápida. Y esto es súper, tiene que ser súper espontáneo y súper rápido.  
[00:50:42] Quisiera que me diga una lista de cinco palabras que para usted definen salud mental y 5 que se oponen completamente a lo que es salud mental. [7.9s] Súper espontáneo y sin pensarlo mucho.

**Persona 1** [00:50:54] Ya: [00:50:54] persona, amor. Espontaneidad, angustia, desolación. [4.8s]

**CH** [00:51:07] Ya ¿Esas son las que se asemejan a la salud mental o las que se oponen a salud mental?

**Persona 1** [00:51:11] Las que se asemejan.

**CH** [00:51:14] Listo. ¿Y las que se oponen?

**Persona 1** [00:51:20] [00:51:20] Violencia. Olvido, estigmatización. Escasez económica. Angustia también. [9.2s]

**CH** [00:51:32] Listo. Muchísimas gracias, ha sido súper lindo y con mucho gusto...

**Persona 1** [00:51:39] (...)Para que hacer una charla aquí hay tres profesionales de tipo social en Quito, Guayaquil en Manta tenemos 3 oficinas.

**CH** [00:51:45] Qué bueno, yo espero que si. Apenas esté listo. Yo quiero compartir esto con todos los que les interese saber.

**Persona 1** [00:51:53] Muy interesada. Muchísimas gracias. La felicito mucho. Un abrazo inmenso.

**CH** [00:51:59] Otro un excelente día.

**Persona 1** [00:52:00] Gracias por esta oportunidad.

**CH** [00:52:01] No, gracias a usted.

## Persona 2

**Persona 2** [00:00:02] Bueno, mi nombre es Persona 2, tengo 26 años, en este momento estoy buscando empleo. Bueno, mi diagnóstico es que hace unos 4 años este fui donde un especialista en psico... Un psicoanalista, que me hizo una serie de pruebas, una serie de tests y concluyeron que tenía, un trastorno de personalidad limítrofe o personalidad límite.

**Persona 2** [00:00:40] Hmmm. Esto fue hace 4 años. Estuve tratándome más o menos un año o un poco menos de un año con esta especialista y a la par también estuve viendo a un psiquiatra. Pero la verdad es que después de este año, después de ese año solamente estuve viendo al psiquiatra por un año más, es decir, dos años. [00:01:14]Lo primero que se me viene a la mente cuando oigo salud mental es eh... [6.0s] [00:01:20]Para mi es una estabilidad tanto emocional como mental. [5.3s] Y también todo esto, se puede derivar también en una estabilidad física. Emm, para mi salud mental es. Em. Como dije, estar estable. La verdad es que uso esta palabra y la voy a usar en el transcurso de toda, de todas las preguntas. Porque me parece (yo que) me parece a mí que cuando una persona sufre de algún trastorno mental. O algún problema mental o emocional, es... Es como un... Es como una carga o más que una carga. Un... Un estado en el que... En el que siempre vas a estar. Este tal vez con altibajos. Em. Entonces es algo que no. No es algo que se cura de un mes a otro, de una semana a otra. Es una cosa constante. Es un. Es. Es un. Un estado constante. Tanto de ánimo, tanto emocional y finalmente físico. Porque a mi me parece que la salud mental también desarrolla. Digamos que si es que se tiene una mala salud mental o no mala, sino algún problema de salud mental. Yo creo que sí. Sí termina afectando también a nivel físico eso, cualquier persona que haya sufrido de algún trastorno, de algún problema, de algo mental, este va a señalar porque es así. Yo lo he vivido entonces, en cuanto a salud mental, me parece que es un estado constante que claro que se debe tratar, pero que no es curable, digamos. O no es algo que simplemente se puede... No es algo de lo que uno se puede deshacer o por lo menos tan fácilmente. Entonces la salud mental para mí es eso. Es un estado. Es como la salud física. También necesita tratamiento, también necesita cuidado, también necesita preocupación y también necesita mucha em... Se necesita mucho interés en eso por parte de las personas. Obviamente que sufrimos algo de este tipo, eh... [00:04:11]Yo creo que esta estabilidad de la de la que estoy, digamos, haciendo como un concepto em no siempre se transforma una definición a nivel de la esfera pública. O sea, tal vez no puede coincidir tanto esta definición de estabilidad emocional y física y mental en la esfera pública, porque lamentablemente em... La salud mental es un tema que no se toca o por lo menos no se tocaba con tanta sencillez o con tanta apertura. [40.4s]

[00:04:52] La verdad es que, y me incluyo, pero sobretodo hace algunos años eh... Que este tipo de cosas. Que la salud mental era algo bastante privado, algo puertas adentro, que solamente incluían pues la familia o que se yo, el especialista y el paciente. En mi caso era así el especialista y el paciente no. No tanto la familia. A pesar de que obviamente cuando uno sufre de este tipo de cosas, la familia, las personas más cercanas son también las que las que deben saber o las que las que conocen el estado del paciente o de la persona que sufre este tipo de cosas. Pero siempre se ha creído que el tema de la salud mental es algo privado, algo que no se discute. Como ahora, digamos en redes sociales o en la opinión pública.

[00:05:58] Yo también pensaba de esa forma y creo que de alguna u otra forma a muchas personas nos queda ese estigma de que no... No es que no esté bien, sino que tal vez algo, algo de la salud mental o algún... o algo de lo que se sufre en salud mental. No es tanto del interés o no es tanto del asunto de otras personas más que de uno mismo y de las personas de

interés que como dije, en este caso sería la familia o el especialista. Pero obviamente y últimamente, se habla mucho más de eso, más que en el ámbito personal, se habla de la importancia de que la salud mental también juega un rol importante en la salud pública, en la salud física, en la integridad física de cada persona. Incluso aunque me parece que hace falta muchísima más en el ámbito laboral, creo que se ha podido ver una apertura, aunque no la deseable en este tipo de cosas. Por ejemplo, el ausentismo por causa de salud de algún. No sé, de algún, de algo de salud mental que alguna persona tenga, que se yo, eh. Tal vez un decaimiento en la salud mental realmente. Todavía creo que en el ámbito laboral no existe tanta apertura, no existe tanto, tanta empatía, sobre todo en este tipo de cosas.

[00:07:42] Entonces sí, yo creo que a nivel de la esfera pública hace falta bastante, hace falta que se hable más. Pero aún así, como dije, creo que hay muchas personas que aún tememos un poco esto, porque tal vez no todas las personas sufren lo mismo y no todas las personas puedan entender cómo es llevar una vida así, porque no todos sufren lo mismo.

[00:08:11] Entonces sí me parece que qué hace falta e informarse más. No sé, tal vez estudiar un poco más el tema, tal vez crear una mayor apertura a este. En este tipo de temas hay muchas afecciones o no afecciones, sino condiciones o estilos de vida. Que una persona con algún con o con algún trastorno o con algún tema de salud mental tiene em que claro que sea que se ha podido em que sé de lo que se ha podido hablar. La depresión es un tema ya nada desconocido para muchas personas.

[00:08:54] Hay muchísimas más personas de lo que se cree que tienen depresión. Hay muchas personas que tenemos ansiedad, que tenemos este tipo de cosas, estrés, pero eso también hace falta, digamos informarse mejor, estudiar mejor. No es lo mismo tener ansiedad que tener un trastorno obsesivo compulsivo, por ejemplo. Hay muchas personas que se dicen tener ansiedad y no es lo mismo eso que tal vez, qué sé yo, algún tipo de estrés por algo. O sea, no es lo mismo, tal vez ansiedad que estrés, porque a veces el estrés simplemente conlleva, qué sé yo... Algún problema de trabajo. Algún problema personal que es pasajero.

[00:09:48] Las personas que sufrimos de ansiedad no podemos decir lo mismo. Ojalá fuera así, pero es algo con lo que tenemos que lidiar todos los días. A veces, incluso a pesar de tener que digamos trabajar, tener que estudiar y tener este tipo de cosas, este tipo de responsabilidades en los que nuestros jefes, nuestros profesores o lo que sea que hagamos en nuestra actividad diaria, entiendan, entonces, si em.

[00:10:24] [00:10:24] Si tuviera que nombrar cinco palabras que se relacionen con la definición de salud mental, cuáles serían? [5.6s] Y esa es la primera que a mí siempre no me gusta. Me gusta decir me gusta esta palabra porque me parece que por lo menos a mí me define bastante y es [00:10:40] estabilidad. [0.0s]

[00:10:42] EM Yo creo que mi ni propósito o mi o mi meta es llegar por lo menos a tener una estabilidad mental, porque de esa forma también voy a poder gozar de una estabilidad física. Entonces eso me parece que es una lucha constante y diaria. No siempre lo logro. No siempre, no siempre estoy tan bien. Tampoco puedo decir que todos los días estoy mal en este aspecto.

[00:11:19] Pero no podría yo llegar a decir que tengo una buena salud mental, sino simplemente una estabilidad mental. Entonces siempre uso esta palabra porque me parece que es una de una de las cosas que me definen. Es una de las cosas que por lo menos yo creo que definen mi estado, mi estado físico y mental.

[00:11:44] Otra de las palabras pueden ser [00:11:47]empatía. [0.0s] Yo creo que hay muchas personas que no logran entender o que no logran, tal vez conocer como es el estado, cómo lleva la vida a una persona con algún trastorno, con algún tipo de estado mental diferente al de ellos. Me parece que tal vez es esa una raíz de las razones por las que muchas personas tal vez no, no es que callamos esto, pero tampoco lo divulgamos.

[00:12:27] O tampoco te decimos o pedimos empatía solo porque tengamos algún tipo de trastorno mental o de problema o ese tipo de cosas. Me parece que si es que se empieza a hablar de este tipo de cosas de la salud mental, también se debe tratar mucho la empatía en cuanto a esto, entonces es una palabra que también me gusta usar, a pesar de que como digo, trato. Yo, no siempre, pero en ocasiones, a veces hay que ver con quien se habla de este tipo de cosas, porque no todo el mundo tiene la misma definición sobre salud mental.

[00:13:11] Entonces si es la empatía, otra de ellas es el [00:13:17]conocimiento [0.0s] sobre este tipo de cosas. Conocer es poder y... Y muchas personas al tal como yo, por ejemplo, me diagnosticaron este trastorno hace 4 años. Antes de eso yo no tenía idea. Es decir, conocía más o menos o muy superficialmente el concepto de personalidad límite, pero jamás yo me podía haber auto diagnosticado. O tal vez ese es el problema, que hay muchas personas que si auto diagnosticamos sin ir a un especialista o a pesar de ir a un especialista sin seguir el tratamiento, lo cual fue mi caso.

[00:14:13] Entonces obviamente cuando yo conocí esto, cuando. Cuando me revelaron esto, porque la verdad es que sí, fue una revelación bastante fuerte. Cuando yo pues... cuando me dijeron esto empecé a investigar, empecé a leer un poco más sobre esto.

[00:14:34] Creo que un poco para tal vez auto tratarme. Lo cual no siempre funciona y no siempre funcionó. Entonces si el conocimiento me parece que sí hace que las personas entiendan un poco más de la salud mental y para mí conocer cuál es mi estado porqué.

[00:14:59] El conocer por qué eres así o cuáles son las razones que te han llevado a ser así, es muy revelador, es muy bueno, es muy positivo, es un primer paso, pero asimismo es una gran responsabilidad.

[00:15:12] Entonces, como digo, el conocer el conocimiento, el conocer acerca de salud mental, nos trae una gran responsabilidad que lleva a la empatía, que lleva a la a la preocupación sobre este tema. Así como nos preocupamos por un brazo roto, digamos eh... Cuando conocemos de qué se trata la salud mental y de qué se trata lo que muchas personas sufren o sufrimos. Me parece que es el primer paso en cuanto a aceptar a la salud mental como salud pública y como, eh... Salud en general. Otra palabra tal vez puede ser. La [00:15:58]constancia. [0.0s] Yo creo que en mi caso, tal vez por mi misma, por mi culpa misma. O tal vez porque por la misma razón de la que no se habla tanto de salud mental y por la que no existe tanta preocupación por la salud mental. Yo sí dejé mi tratamiento un poco por algunas razones, entre ellas el económico, y me parece que ese sí es un problema.

[00:16:31] Por ejemplo, pongo un ejemplo las aseguradoras, los seguros de salud. Todo esto, no siempre tienen un buen sistema de salud, de servicios, de salud mental.

[00:16:48] Y me parece que esa es una de las razones por las cuales la gente no se preocupa de esto. O piensa que más bien no es una necesidad, por lo menos eso es lo que... Lo que yo

he escuchado o lo que para estas empresas es. No es una necesidad, o por lo menos no es una primera necesidad. Es casi, para ellos, un lujo. Y ese es uno de los problemas que acarrea otros que son el hecho de no tratarse. Por este mismo hecho de que no se considera la salud mental una necesidad. Una parte de la salud física. Incluso entonces el hecho de examinar este tipo de cosas me parece super importante y es una de las cosas que se debería, que se debería hablar más la necesidad de unas del de la salud mental en. No solo. No sólo en esto. Como. Como.

[00:17:55] Como dije, también en el trabajo, también en los estudios o en la actividad que se haya tomado.

[00:18:03] Me parece que hay que tratar un poco más el tema y que las personas puedan, no solamente conocer más, sino que además tengan, digamos, ese apoyo. Una de las palabras también que podría decir yo, puede ser el hecho de...

[00:18:31] Bueno, como como dije, igual está esta constancia también conlleva un poco al hecho de [00:18:39]tratarse, [0.0s] no tanto en el ámbito digamos, de la especie de especialista a paciente, sino también en el ámbito de uno mismo.

[00:18:54] Si bien es cierto hay muchas personas que dicen que la motivación es uno de los principales obstáculos para tener una mala salud mental. Eso no siempre es así. Yo he aprendido que la salud mental, o por lo menos para algunas personas y me incluyo en esto, lo que tenemos en cuanto a salud mental, o sea, el problema que tengamos, el trastorno que tengamos o el estado que tengamos en salud mental no solamente tiene que ver con lo emocional, sino que también se deriva de procesos químicos neuronales o que se yo, que derivan en este tipo de cosas. Y cuando se desbalancea este tipo de cosas, esta química digamos, en el cerebro o a nivel neuronal.

[00:20:03] Pues existe lo que lo que justo está estos estos estos problemas que acarrear pues sí, trastornos mentales y problemas mentales y... Con esto obviamente existe pues un desbalance en la salud mental. Entonces si yo creo que una constancia, una constante, digamos revisión, un constante diagnóstico, si es importante. Pero como digo, para esto hay una gran cadena que se debería tratar, que se debería hablar. De lo que la gente debería preocuparse. Entonces si e otra cosa también puede ser eh? El hecho de a ver como... La salud mental a veces conlleva el hecho como estaba mencionando de la motivación que. Que no siempre es así. La motivación. Sí es cierto que ayuda bastante a solucionar un problema, a llegar a una meta. No siempre funciona para las personas que tenemos algún tipo de trastorno o algún tipo de estado mental. No me gusta mucho decir trastorno porque em... A veces es mal ehh... Es mal entendido. Si bien a mí me diagnosticaron un trastorno, esa no es mi vida, no es que mi vida está em ligada a un trastorno porque hay mucho más de eso, entonces eso también es otra de las cosas que... La [00:21:58]generalización. [0.0s] Esa puede ser también una palabra interesante, eh? Hay muchas personas que piensan que cuando una persona va al psiquiatra o al psicólogo es porque está loca o es porque tiene algún problema muy serio y eso para nada es así. Ehh generalizar un problema es una de las cosas más peligrosas. Por lo menos yo siempre he creído que es una de las cosas más peligrosas a nivel de salud mental. No porque vayamos al psiquiatra, no porque vayamos al psicólogo quiere decir que estemos locos y que no podamos funcionar a nivel de los demás. Entonces eso me parece que hay muchas personas en el ámbito laboral es así. Em me parece a mí y esto es casi como un algo de la vida real, algo que me suele pasar y me ha pasado que una persona por lo menos, eh?

Qué sé yo cuando vamos a alguna entrevista de trabajo. Hay empresas que preguntan si tienes... En la entrevista o en tu aplicación, preguntan si tienes algún problema de salud. Y es, es muy. Es muy. No sé, tal vez a mí me parece que es primero muy invasivo. Y segundo, creo que no todas las personas tenemos esa valentía de decir que tenemos un problema mental porque automáticamente la empresa te va a descartar de esa...

[00:23:30] O por lo menos esa es mi forma de pensar a veces. Que no puedes decir... Para conseguir el trabajo, no puedes decir tengo un problema mental porque esas personas... Porque la empresa va a pensar que eres una carga para ellos, porque tienes algún problema mental y porque tal vez algún día faltes, eh? Porque... Qué sé yo. Como dije, tengas algún desbalance que ellos no van a entender, ellos sólo van a van, van a entender que tienes, que estás loco o que no vas porque no te pudiste levantar de la cama o algo así.

[00:24:01] Y a veces y no es así, no es, no es para nada así, eh. Em. Entonces. Entonces el general el generalizar estos conceptos si es sí, es bastante peligroso en salud mental es una de las palabras que a mí me gusta a veces usar para para este fin.

[00:24:20] Porque no todas las personas que tenemos ansiedad quiere decir que siempre estemos, no sé, con, con, con ataques o no todas las personas que tengan epilepsia quiere decir que siempre estén, tengan, tengan también ataques. O sea, hay personas. Las personas podemos ser funcionales de acuerdo a nuestra, a nuestra salud mental, a nuestro estado de salud mental. Si bien es cierto, a veces se puede estar estable, eh? Otras veces se puede, si se puede, tener algún ataque de nervios, algún ataque de ansiedad, algún ataque de depresión o. O nuestros. Niveles químicos, como digo yo, eh? Se pueden desbalancear, se pueden alborotar y claro, eso conlleva otras cosas, como el no poder levantarse de la cama un día y eso no quiere decir que seamos vagos o que no queramos producir.

[00:25:15] Entonces emm. Eso también conlleva un poco a la empatía, pero el generalizar los conceptos es una de las palabras que me parece importante discutir, eh. [00:25:29] Si tuviera que nombrar cinco palabras que se oponen a la definición de salud mental, eh? [7.0s]

[00:25:39] Puede ser el hecho de creer que la salud mental, como dije, es sinónimo de un [00:25:45] lujo. [0.0s]

[00:25:46] Que tratarse por un problema o por algo de salud mental es un lujo, no una necesidad. Y no es así. No es, no es para nada así, porque si yo me rompo un brazo, obviamente voy a necesitar un doctor. Pero lo mismo si es que yo tengo un ataque de depresión, un ataque de ansiedad. Si es que tal vez me doy cuenta de que en un año no he salido de mi casa. O no me he podido levantar de mi cama o duermo mucho, duermo muy poco.

[00:26:23] Obviamente, por lo menos yo ahora, conociendo todo lo que conozco y sabiendo todo lo que sé. Emm... Sé que es un problema de salud mental. Sé que me está pasando algo, pero lamentablemente esto no se puede, o bueno, no conozco, pero tal vez no se puede dar de un día para el otro. A menos, claro, pueden existir casos. Hablo más desde una perspectiva personal. Si bien hay días que puedo, digamos no poderme levantar de la cama simplemente porque no puedo hacerlo o... que sé yo. Hay personas que no comen en días, que comen mucho en días o se pasan muy distraídos. Ese tipo de cosas es creo que un proceso a veces no te das cuenta de eso y las personas también a veces piensan que es... que es ocio, que es por ocio o que es ese tipo de cosas y piensan que si es que vas a una especialista en salud mental,

es un lujo. Que es como... Es como querer hacerlo, no tener que hacerlo y eso a mí me pasaba . Digamos en mi seguro, en nuestro seguro familiar médico, no se requería esto. O sea, por lo menos ellos piensan que no se requiere esto, que no es una necesidad, que no es algo de emergencia. Que obviamente puede ser que para muchas personas lo puede ser.

[00:28:15] Tal vez otra palabra que no se relacione a mi definición de salud mental, puede ser el hecho de que salud mental o tener una buena salud mental, no quiere decir que no tengas otro tipo de problemas. Y al revés. Tener problemas no quiere decir que estés mal a nivel de salud mental, o estar bien no quiere decir que tengas una buena salud mental, porque todos somos un universo diferente de cada uno. Yo creo que el ser feliz o ser triste no tiene nada que ver con el hecho de estar bien a nivel de salud mental.

[00:29:07] Yo creo que, si es que a cada una de las personas nos preguntaran si tenemos un [00:29:14]problema [0.0s] y que si es que ese problema conlleva a querer ir a un especialista en salud mental. Yo creo que todas las personas diríamos que sí y no porque como dije antes, no porque queramos ese lujo, sino porque siempre cada una de las personas tenemos algo de lo que hablar con un especialista mental. No sé.

[00:29:41] Yo creo que cada persona en un punto necesita hacerlo. Claro que hay personas que tal vez lo necesitemos más que otras, y hay personas que tal vez sean reacias a este tipo de cosas porque todavía se cree que cuando vas a un psiquiatra es porque estás loco, porque el psiquiatra te medica.

[00:30:06] Y no es así. Entonces yo creo que esto... El hecho de creer que el especialista en salud mental, ya sea psiquiatras, psicólogos, psicoanalista, no sé, lo que sea, es o em es una persona que, que tiene que tiene estudios sobre eso. O sea, no, no, no por nada existe la especialidad. Entonces una de las cosas que, que creo que que la gente malentende es este hecho de que las personas piensan que cuando vas a un especialista en salud mental es porque estás loco. Es porque estás... Porque tienes un problema, eh? No sé, tal vez mal, o tal vez el porque eres malo o porque has sido malo. No sé. O sea, yo he escuchado tantas cosas que a veces me sorprende. El nivel de ignorancia, de ignorancia, sí, a veces que las personas pueden llegar a tener con este tipo de asuntos. Entonces, eh. A mí no me gusta usar mucho la palabra [00:31:21]locura [0.0s] cuando se trata de salud mental. Tal vez en otras instancias. Pero em es también peligroso llamar a una persona que va o que tiene algún problema psicológico, algún problema mental, algún trastorno, etcétera. Loco, porque em. A veces la connotación de locura es mala, es negativa. Entonces si, esa es una de las palabras que por lo menos en salud mental, a mí no me gusta para nada usar porque no tiene absolutamente nada que ver con la locura, no tiene nada que ver con salud mental, ya sea buena o mala. Ehh tal vez otra palabra que pueda decirlo, decir es em... Que hay muchas personas que pueden no aceptarla. La no aceptación o la [00:32:10]negación [0.0s] hacia un problema mental también puede llegar a ser un poco peligrosa. Yo creo que la he vivido en carne propia porque eh... Tal vez en mi caso, en mi familia habían algunos. Algunos miembros de mi familia no creían que la salud mental era algo importante o que o era algo en lo que se deba, digamos, gastar el dinero o tener que tratarse. Entonces, negarse eso, negarse.... No sé si la oportunidad, pero sí la necesidad de hacerse tratar con alguien que sepa más que nosotros, porque nosotros no siempre vamos a tener las respuestas, tal vez a veces podamos identificar algún problema y a veces cometer el error de automedicarnos, de autodiagnosticarnos o de autotratarnos eh. A veces caemos en eso y negarse, negar el problema no va a hacer que desaparezca. Entonces eh, me parece que si es que se ha hablar un poco también más de eso, que si es que no educaremos más sobre eso, no sólo nosotros, sino nuestros padres que... Nuestros abuelos, las

personas mayores que la verdad. Antes, obviamente el la salud mental no era visto como, como salud era algo como... Como... Tienes algún problema? Estás loco? Eso es para algunas personas la salud mental y no tiene absolutamente nada que ver.

[00:33:50] Em. Entonces si el negar el negar un problema, el negarse que una persona tiene un problema y no tratarse o no buscar ayuda. Muchas veces por vergüenza, muchas veces simplemente por negarse, por negar eso y decir no, tal vez simplemente estoy estresado, no, tal vez simplemente estoy cansado y tengo que esforzarme más. No va a ser que desaparezca, o por lo menos lo digo de nuevo por experiencia propia. Y creo que yo a veces caigo en ese error, eh? Actualmente y yo creo que.. Pero, en mi caso yo creo que es más por el hecho de que de que no, no tengo, digamos, los recursos para hacerme tratar.

[00:34:37] Porque si bien es cierto la salud mental es importante, también hay que ser bastante honestos con nosotros mismos y decir que la salud mental no es nada barata.

[00:34:51] O sea, no es no es algo que de nuevo es tratada como un lujo. En vez de como salud pública, y es por esa razón que muchas personas no nos tratamos, por lo menos yo no me he tratado en mucho tiempo y sé que lo necesito y sé que lo necesitaré más adelante o o ya lo he necesitado y tal vez he tenido que vivir con eso. Entonces, sin negar, negar el problema. La negación es una de las palabras que a mí no me gustan porque y que no, y que no definen la salud mental y que. Y que no se relacionan con la salud mental. El negar un trastorno es tan peligroso como el hecho de decir que si es que tengo un problema, simplemente debo dejarlo ir. Yo creo que esas son algunas de las palabras como más importantes, eh? [00:35:46] Yo creo que a ver, en esta definición de salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. [14.8s]

[00:36:04] Yo creo que em... Sí está está bien.

[00:36:09] Yo no sé si esta completa, porque la salud mental es uh, eso es un tema bastante amplio y es un tema demasiado amplio, así como la medicina, porque es parte de la medicina, aunque muchas personas nieguen esto.

[00:36:26] Em y yo creo que esto de es un estado de bienestar. De nuevo, tal vez en mí, en mi mentalidad no sea eh. De nuevo vuelvo a recurrir a esta palabra de estabilidad. Tal vez la estabilidad mental pueda sonar mejor en vez de un estado, eh?

[00:36:51] [00:36:51] Ahora, más allá, más allá de un estado, de una estabilidad, el hecho de estar, digamos, tener una buena salud mental no siempre va a garantizar que podamos actuar bien o que podamos tener las capacidades para producir o para trabajar, o para hacerle frente al estrés cuando se tiene una buena salud mental. [28.3s] Sí, puede ser que que se pueda tener estas capacidades eh... Mejor que creo que las personas que no, no, no. no son tan estables mentalmente o que no tienen una estabilidad o una constante estabilidad en en su salud mental. Eh, yo creo que, yo creo que el el hecho de de de tener un problema de salud mental no siempre quiere decir que no podamos ser funcionales en nuestro trabajo. Ahora, claro em... Sí es importante saber y que y que las personas conozcan que no por tener un problema de salud mental o un estado o como aquí dice un estado de en donde una persona pueda ser capaz, pero no por tener algún algún problema o alguna condición en salud mental quiere decir que no podamos ser productivos o que no podamos ser funcionales y que no podamos

contribuir a la comunidad a hacer nuestros quehaceres, hacernos tener nuestras obligaciones y nuestras responsabilidades.

[00:38:36] Eh, me parece que si se podría digamos, completar un poco más esta definición. Creo que conlleva muchas otras cosas, además de tener un bienestar, porque en salud mental no, no siempre. La salud mental no siempre conlleva un bienestar, porque si es que fuera de esa forma, querría decir que lo que algún problema de salud mental o algún trastorno es curable y no siempre es así. Eh? En mi caso este trastorno que a mi me diagnosticaron no es curable, simplemente se lo debe tratar y tal vez puede aparecer en un momento dado mucho más que en otras veces. Puede estar estable en un punto mucho más que que otras veces que puedo, tal vez estar super mal o tener muchos más síntomas que otras veces. Entonces tal vez, tal vez se podría completar con, con, con algo sobre esto con... Con, con tal vez cambiar algo de un estado de bienestar. Porque hay muchas personas que no, no tienen diagnosticado nada, que no se les ha diagnosticado nada, pero aún así van al psicólogo pero aún así y van (van) van a un especialista en salud mental y eso no quiere decir que estén mal, por ejemplo.

[00:39:59] [00:39:59] Si tuviera que elaborar una lista de tres prioridades a tener en relación a mi salud mental, eh? Y yo creo que de nuevo puede ser. [16.7s]

[00:40:20] El hecho de ser constante en cuanto a las... A ver a un especialista cuando yo tomaba medicación era bastante constante porque obviamente sabía y era bastante evidente que me que me proporcionaba pues estabilidad, estabilidad mental, estabilidad emocional, estabilidad en en en mi misma, en, en, en. En lo que hacía. En cómo producía, en. Incluso en mi concentración.

[00:40:55] Entonces, obviamente sabía que esto me hacía bien. Entonces era bastante constante. Pero lamentablemente em el.

[00:41:06] Como dije antes, el hecho de que de que la salud mental para muchas aseguradoras o para o para, o para la salud pública o en general para los centros de salud y todo este tipo de cosas, no es tanto una necesidad o no es tanto una emergencia, sino más un lujo o. O eso. Entonces, em. [00:41:28] Una de mis prioridades tal vez sería el hecho de ser un poco más constante y tal vez de volver e de iniciar de nuevo un tratamiento. [10.3s]

[00:41:40] [00:41:40] La segunda es de aplicar todo lo que se me dé en este tratamiento, [4.3s] que como dije, obviamente cuando se tiene, digamos, cuando se tiene un tratamiento, por lo menos yo si lo cumplía y era bastante constante en eso, entonces eh. Si era una prioridad porque sabía que... Que me daba, pues estabilidad. Incluso también puedo decir, con relación a la anterior definición, (incluso si me puede), si puedo decir que tenía un bienestar. Claro que ese bienestar a veces incluía altibajos. O sea, no... O bueno, esta estabilidad incluía altibajos. No siempre se podía estar bien, eh. Pero la mayoría del tiempo que estuve en el tratamiento psiquiátrico. Pues sí, sí, la verdad es que sí me proporcionaba pues una una estabilidad que por lo menos a mí me ahorra muchas cosas. Como... Como el hecho de... Tal vez. O sea, no me ahorra, sino más bien me permitía hacer muchas cosas, como el hecho de estudiar o trabajar o tener actividades extracurriculares. Ese tipo de cosas me permitía eso y obviamente era muchísimo más funcional que cuando no tenía mi medicación. Entonces esa puede ser otra. [00:43:08] Y la última puede ser el hecho de que tal vez no tener tanto miedo de de pedir ayuda, eh? [9.2s] Esa ha sido una... De uno de los problemas que a mí, por lo menos en los últimos tiempos, más me ha causado un poco... No sé si de miedo, no sé si de recelo el hecho de pedir ayuda cuando lo necesite con respecto a la salud mental, porque no todo el mundo

entiende esto. O tal vez las personas piensan que como no has necesitado ayuda antes, lo cual no quiere decir que no las necesitaba, simplemente que no lo has pedido. Pero cuando ahora pides ayuda es porque algo realmente malo está pasándote y no siempre es así, eh? Entonces si serían esas tres serían eh. Em el hecho de volver a tratamiento, el hecho o más bien dicho, ser constante en el tratamiento, eh? El segundo es de pues obviamente seguí las indicaciones ser e ser bastante disciplinado. Y también yo creo que ahí sí se podría llegar a poner un poquito de motivación para eso, eh? Em tal vez incluso simplemente para para el hecho de salir de la casa. Ah, a tu consulta o a tu cita con (con) con el especialista. Y la tercera, pedir ayuda cuando se la necesita.

[00:44:44] [00:44:44]¿Cómo visualizo yo el futuro en la salud mental en este país o en esta ciudad? [5.5s] Yo creo que, como dije, ahora se está hablando un poco más sobre esto en redes sociales a nivel mundial. No sé si tanto a nivel local.

[00:44:59] Y yo creo que depende.

[00:45:00] Hay muchas personas que siguen, que siguen de cerca este tema, pero eso no quiere decir que exista para todo el mundo, no quiere decir que sea algo que a todo el mundo le importe o que a todo el mundo le interese, eh? Yo creo que todavía hay muchísimo, muchísima dejadez en este tema todavía. Yo pienso que todavía se considera la salud mental como un lujo, eh. En la salud pública, eh.

[00:45:35] Y eso como dije, eso es tan peligroso. Pensar, pensar que es un lujo, que una persona puede simplemente dejar ir un problema de salud mental y se va a ir. Entonces yo creo que estamos bastante lejos. A pesar de que, como dije, ya se está empezando a conversar sobre esto. Pero de nuevo no es algo tan público. No, no es. No es para todo el mundo, es para las personas que les interesa hablar sobre esto o que siguen este tema. Entonces, eh. Yo creo que falta bastante, bastante información, falta bastante conocimiento, falta hablar de esto, falta poner en la mesa el tema para que se empiece, digamos, a dar importancia. Entonces, por lo menos así hablando a nivel local, específicamente hablando a nivel de esta ciudad. Todavía falta bastante em. Hay grupos, yo sé, hay grupos, hay comunidades y... E incluso sé que en muchos lugares la salud mental está siendo gratuita, pero yo creo que aún así falta, falta, falta. Faltan algunas acciones, faltan bastantes acciones y esto también se puede volcar a nivel laboral, a nivel del Estado también. [00:47:04]Entonces yo sí creo que falta bastante, bastante para, para, para lograr que la salud mental sea una necesidad, sea un derecho sobre todo y sea considerada, como dije, como sea considerada una necesidad más, no un lujo. [15.2s]

[00:47:21]¿Las condiciones ambientales donde vivimos pueden influir en nuestra salud mental y por qué? [7.3s]

[00:47:30] Mmmm. Yo pienso que si en algunas ocasiones eh. Quizá no, no sé si es que se hable tanto de tal vez alguna condición climatológica, ambiental o de polución o la contaminación, ese tipo de cosas. Pueden llegar a afectar. Obviamente pueden llegarnos a afectar a nivel físico. Eso, de eso no hay duda, puede llevar, puede llegarnos a dar, (a dar a), a dar algún problema o algún algún problema de salud física. Em, no sé si tanto a nivel de salud mental, a pesar de que sí puede existir casos en donde, en donde esto, en donde esto conlleve un problema.

[00:48:25] Yo creo que el mismo hecho de estar atravesando por un problema, por una pandemia que nos afecta a todo el mundo, a todo el mundo, obviamente afecta muchísimo, tal

vez muchísimo más a las personas que sufrimos de este tipo de condiciones mentales. Entonces si puede, puede existir el caso eh.

[00:48:58] Entonces, claro. Por ejemplo, eh, no sé para una persona con autismo, una pandemia o un problema en donde pues como estamos viviendo ahora, tengamos que quedarnos en la casa o tengamos que cambiar nuestras actividades (o la) o la dinámica en nuestras actividades, tal vez para una persona con autismo esto se refleje muchísimo más, estos intensifiquen muchísimo más y tal vez llegue a sufrir algún desbalance o qué sé yo algo.

[00:49:32] Tal vez algún otro tipo de condición puede ser tal vez para una persona con trastorno obsesivo compulsar. Tal vez alguna condición ambiental sí puede llegarle a tocar muchísimo más a este tipo de personas que tal vez a una persona que sufre depresión por otras razones totalmente distintas, eh?

[00:49:54] Pero sí una condición mental puede afectar a unas personas que sufren de alguna condición mental o de algún estado mental más que a otras.

[00:50:05] Eso, eso sí creo que sí puede haber, eh? Otro factor externo que influye en la salud mental de una persona. Pues hay bastantísimos, desde factores tal vez físicos hasta factores a nivel social, por ejemplo, un factor externo o nivel social puede ser el entorno en donde uno trabaja. Yo creo que uno de los entornos más tóxicos o más, o que más afectan a una persona con algún trastorno o con algún problema de salud mental es el es el entorno laboral, eh.

[00:50:53] Porque de nuevo vuelvo, vuelvo a decir hay muchas, muchas empresas, o muchas personas, o muchos jefes o personas con las que se trabaja, que no tienen mucha empatía con este tipo de cosas, con este tipo de este, de estados de una persona o de salud, o el estado de salud mental de una persona. Entonces, qué se yo, si yo faltó, digamos, mañana al trabajo sin ninguna excusa o más o sin, sin haber avisado digamos antes por alguna emergencia en mi salud mental, mi jefe o la persona a la que yo le tengo que rendir cuentas en mi trabajo, tal vez piense que estoy dejando botando mi trabajo o que estoy abandonando mi lugar de trabajo por una nimiedad. Y eso no es así, no debe ser percibido de esa forma. Entonces, por eso mismo, como digo, este es uno de los (uno de los) factores externos en cuanto a lo laboral puede ser ese, eh? Tal vez otro factor externo puede ser el hecho de las relaciones interpersonales, tanto de amistosas, amorosas, de familia. Claro que sí, pueden afectar bastante y pueden influir también en la estabilidad o en la inestabilidad de una persona con algún problema en su salud mental. Relaciones tóxicas, relaciones muy inconstantes eh. De nuevo, la no estabilidad en una relación o que se yo. Así ya para hablar desde... A nivel familiar, tal vez una relación de violencia doméstica. Ese tipo de cosas por supuesto que pueden influir en la salud mental de una persona. Ahora, así es que es también tal vez se habla de factores externos físicos. Tal vez también pueden pueden llegar a ver. Y claro que los hay. Puede. Puede ser. Tal vez el lugar donde uno trabaja, el lugar donde uno vive, las condiciones socioeconómicas de una persona. Porque cuando... Qué se yo. Pongo un ejemplo cuando una persona no tiene recursos económicos para hacerse tratar de algo en su salud mental, en su salud física, más bien claro que eso puede acarrear a que la salud mental de esa misma persona se vea afectada. Por supuesto que sí. Por supuesto que es un factor que podría contribuir a que la salud mental de unas personas se vea mermada. Otra puede ser el lugar donde se vive. [00:53:39] Tal vez el la insatisfacción en el lugar donde se vive, tanto por las personas con quien se vive como por el mismo lugar. Claro que sí. Puede afectar bastante en la salud mental de una persona. [12.9s] Entonces sí. Eh.

[00:53:56] [00:53:56] Mi experiencia con los servicios de atención de salud mental en la ciudad. [4.1s]

[00:54:01] Bueno, la verdad es que, eh, yo creo que en esto sí tengo como que experiencias muy malas de primera mano. La salud de nuevo. Y es más como una anécdota. La salud mental, por ejemplo, en los servicios de seguridad privados (los seguros privados) es muy mala. Y lo digo por experiencia propia, porque digamos en el seguro familiar que teníamos, que tenía yo obviamente con mi familia la salud no incluía salud mental. Es decir, no había un plan de salud mental, sino un plan de salud física, salud de emergencias, de salud física en general. Porque se creía que no era una necesidad o no era una emergencia a la salud mental, entonces, eh?

[00:55:05] Obviamente uno tiene que recurrir a un lugar externo, a un especialista externo y lamentablemente tengo que decir, tengo que aceptar que la salud mental, por lo menos aquí en el país o por lo menos aquí en la ciudad, a nivel local no es nada económica, es al contrario, bastante cara.

[00:55:25] Y es por eso también que tal vez es considerada como un lujo, porque si bien es cierto, yo sé que hay lugares en donde la salud mental aquí en la ciudad es gratuita. Yo creo que se necesita muchísimo más que eso. No, no es tan gratuita si por ejemplo, tienes que recurrir a un psiquiatra y éste te manda medicación o de nuevo, si es que es que te tienen que hacer el tipo de tests que a mí me hicieron que sí, que fueron bastante caros entonces, eh... Entonces no, la verdad es que mi experiencia con los servicios de atención en salud mental han sido súper malos. Todavía no se cree que este es un derecho, todavía no se cree que la salud mental es un derecho y que es un (un) un asunto de salud pública o que es una necesidad. Entonces eso, eso es bastante frustrante y es por eso también, es otra de las razones por las cuales yo, eh, no he podido regresar a terapia o no, no he podido regresar a ver, digamos, a un especialista.

[00:56:47] [00:56:47] ¿Y si cuento con una red de apoyo comunitario para afrontar un problema de salud? [4.0s]

[00:56:52] En cuanto a salud física, pues no, la verdad es que no. Sé que hay redes de apoyo, sé que hay grupos, que hay movimientos, sé que hay todo esto donde donde se está empezando a hablar y lo cual me parece bastante positivo y me parece un buen inicio. Pero no he acudido, no he tenido una red de apoyo comunitario. Sé que hay, sé que muchas personas les ha servido bastante esto y creo que mi razón personal es por la eficacia de este tipo de redes o de este tipo de programas, por el mismo hecho de que yo ya me he hecho, digamos, tratar alguna vez y de que tal vez alguna vez también he acudido a este tipo de redes de apoyo o este tipo de servicios. [00:57:44] Pero no, por lo menos para mí no han sido eficaces y por lo menos para mí no han sido lo que yo he necesitado o lo que yo he requerido, o lo que o lo que me hace falta a mí. [11.0s]

[00:57:55] Entonces, pues no, en general no, no he acudido ni he tenido tampoco una red de apoyo comunitario, por lo menos que a mí me haya servido.

### Persona 3

**Persona 3** [00:00:02] Ahí parece que ya empezamos. Sí, ya empezamos la grabación. Sí, ya está. Perfecto. Muchas gracias.

**CH** [00:00:12] Muchas gracias nuevamente por el tiempo. Y bueno, como le comentaba, esta es mi fase cualitativa del trabajo de campo en el que entablo algún tipo de conversación con referentes de la salud mental dentro de la ciudad. Esto va a incorporar a personas que viven con algún tipo de enfermedad mental en la ciudad, personas que trabajan en políticas públicas o en el municipio y desde luego, personal que brinda atención en salud mental. Me contacté inicialmente con el Centro de Psicología Aplicada de la UDLA porque he estado siguiendo de cerca el trabajo que han estado haciendo, sobretodo estos últimos meses, en relación a brindar contención psicológica. A raíz de la pandemia, entonces me pareció súper interesante como su aproximación no es únicamente médica farmacológica, sino que es un tratamiento más holístico. Y justamente esas son las perspectivas que a mi me interesaría incorporar dentro de esta investigación. Es por eso que contacté al centro y Joselyn me puso en contacto con usted. Entonces quisiera empezar con un pequeño perfil del entrevistado para continuar con las preguntas. Las preguntas son estándar, son las que voy a tratar de utilizar con la mayoría del personal médico para tener una base con lo que yo pueda guiar mi análisis posteriormente.

**Persona 3** [00:01:40] Perfecto, Carolina. Bueno, eh, un gusto realmente ayudarte en esto, eh? Desde nuestra parte como tal. Mi nombre es Grace Valdivieso Meza. Soy psicóloga clínica con una maestría en Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad. Actualmente soy docente en la UDLA en la Escuela de Psicología y también soy supervisora técnica en el Centro de Psicología Aplicada de la UDLA. Entonces, bueno, eh. Puedes no más empezar con las preguntas que mencionas.

**CH** [00:02:09] Gracias, más o menos. ¿Cuánto tiempo tiene usted en este campo de la psicología?

**Persona 3** [00:02:16] Eh? Más o menos. A ver. Espera, me toca tomar en cuenta desde la edad de uno y desde la graduación de la universidad. Eh? Cómo? Catorce años más o menos desde que empecé a ejercer como psicóloga. Y si ahí le aumentamos los años de práctica, unos dieciséis años.

**CH** [00:02:37] Muchas gracias. Empecemos entonces. [00:02:40]¿Qué es lo primero que viene a su mente cuando escucha salud mental? [3.9s]

**Persona 3** [00:02:47] Bueno, bien, en varios aspectos, no? Por un lado, el hecho del trabajo que nosotros realizamos en el campo de la psicología, específicamente el cuidado de la salud mental. O sea, [00:03:00]nosotros trabajamos en lo que implica prevención primaria, el abordaje psicoterapéutico y también viene lo que implica la promoción en salud mental, que creo que en el campo de la promoción es algo que se está desarrollando más en los últimos años, pero que por mucho tiempo también ha sido olvidado justo por el enfoque más médico, no que existe en la población en general. [22.3s] Entonces, [00:03:24]cuando escucho salud mental vienen todos estos aspectos, tanto lo que implica el abordaje, el tratamiento, cuando ya está presente el problema, como la necesidad de poder trabajar con anterioridad a que se presente una situación que afecte de alguna forma la salud mental, no la parte psicológica. [17.8s] .

**CH** [00:03:46] [00:03:46]¿Si tuviera que utilizar sus palabras, cómo definiría salud mental?  
[4.2s]

**Persona 3** [00:03:52] A ver, la salud mental, eh? Creo que es un estado de bienestar integral. [00:03:59]En mis palabras incluye lógicamente la parte psicológica e incluye la parte física, que es lo biológico. La parte social, sí, y lo afectivo. Entonces creo que es una interrelación entre los distintos factores que rodean al ser humano y que a partir de esto se logra un todo. Entonces, sin minimizar ninguno de estos, eh? El poder tener cuidado en los distintos, en las distintas áreas que pueden rodear nuestra vida. Creo que es justamente lo que aporta a nuestra salud mental. Lógicamente no siempre vamos a tener todos estos aspectos equilibrados, no? Y creo que por eso es importante poder tomar en cuenta en cuenta la parte preventiva, poder enfocarnos desde antes que aparezca algún problema en las distintas áreas de nuestra vida. [48.1s] Bueno, eso en términos generales.

**CH** [00:04:51] Justamente relacionado a esto que se menciona en la respuesta anterior, que es los retos que representa integrar esta perspectiva más holística de la salud mental, con una visión tal vez más médica biológica. ¿Cuál es? ¿Cuál es su opinión al respecto?  
[00:05:11]¿Cómo ve usted este este escenario que enfrentamos, que vivimos en la actualidad?  
[3.9s]

**Persona 3** [00:05:17] [00:05:17]Creo que habitualmente ha pasado eso, no se ha dado mucha más importancia a la parte médica, entonces, y en muy pocas ocasiones, tal vez las personas relacionan lo que les pasa físicamente con lo psicológico, con lo emocional. [14.1s] Entonces, si es que hablamos, por ejemplo, no sé si habrás escuchado de la [00:05:37]psiconeuroinmuoendocrinología, [0.0s] que es justamente un área que se va desarrollando también desde lo integrativo, incluso en Latinoamérica, y son pioneros, sobre todo en Uruguay. Entonces [00:05:48]nos habla justamente de la interrelación de los sistemas del sistema nervioso, del sistema endocrino, del sistema inmune y cómo esta interrelación cuando llegamos a una fase de estrés, de estrés crónico o de agotamiento emocional según las fases de (...), justamente estamos hablando de una fase de agotamiento y que en esta fase se presentan las enfermedades físicas ¿acorde a qué? A la vulnerabilidad que cada uno de nosotros tenga en cualquiera de estos sistemas, sí. Entonces muchas de las enfermedades pueden tener justamente un antecedente en lo que implica la parte emocional. Y creo que por eso también, eh? Hay más acogida también de los psicólogos en los, en los hospitales, en las clínicas como tal. Porque creo que también se van dando cuenta de esta relación y de lo importante que es la salud mental en sí en los pacientes, [53.3s] eh? El punto que creo que todavía nos sigue afectando es la visión de la población. ¿En qué sentido? En qué justo por esta visión médica, pueden ir al psicólogo buscando soluciones inmediatas. Entonces yo voy y quiero que me diga ya que tengo que hacer y como con el médico, tu vas te dan una pastilla, antibiótico, lo que sea, y te sientes bien casi al siguiente día. Y si completas el tratamiento, mejor. Sí, entonces muchas y muchas ocasiones van buscando eso con nosotros. Entonces es súper importante poder explicar que: para poder ver resultados hace falta tener paciencia, porque hablamos de un proceso en psicoterapia, en psicología y si es que las personas, no están dispuestas justamente a este proceso, pueden ver cambios desde la primera cita, tal vez algún que otro cambio, pero más van a ser sintomáticos. Es decir, yo fui porque me siento triste con algunas cosas, hablo con mi psicólogo, me desahogo algunas cosas que me dice, pongo en práctica, voy a sentirme mejor, pero no voy a resolver mi problema en si. Entonces eso es algo que todavía no está en la psiquis de las personas de nuestro país como tal. En este sentido, por ejemplo, me pasa que justo van acuden a la consulta y por eso es súper importante poderles dar esta información desde el principio, no? Para que puedan entender y

que puedan también darse cuenta de que un proceso en psicología es diferente del de la cita que pueden tener con el médico como tal.

**CH** [00:08:16] Frente a lo que estamos experimentando en estos últimos meses, se habla mucho de un despunte de diagnósticos de personas con enfermedades mentales. Esa es otra duda que me surge, porque veo que alguna bibliografía se refiere a personas con diversidad psicosocial, personas con trastornos mentales, personas con enfermedades mentales. Por un lado, [00:08:38]¿cuál sería la manera correcta de referirnos a estas personas? [4.8s] Y por otro lado, [00:08:46]¿son en realidad lo que estamos experimentando trastornos mentales? [4.3s] O tal vez son los que están llamando una una expresión natural del organismo del ser humano para poder sobrellevar lo que estamos viviendo.

**Persona 3** [00:09:07] Bueno, sí, eh. En el momento actual, ante todas las situación de COVID, si se vio la necesidad justamente de la psicología, de cómo la psicología ayuda en estos momentos, sí, y existió muchísima demanda. Por ejemplo, nosotros tenemos, Los chicos que están haciendo las prácticas profesionales están realizando teleasistencia, entonces con el que queda un proyecto que tiene el MSP. Entonces se ven la cantidad de llamadas, sobretodo el inicio de la pandemia y la necesidad de poder hablar, de poder expresar esto que les... Esta parte en cuanto a la sintomatología que podrían estar presentando en cuanto a crisis de angustia. Sobretodo había un montón de crisis de angustia en este sentido del COVID, de que se van a contagiar o algún familiar tenía gripe y ya estaba el pánico difundido y ya pensaban que era COVID y todo el mundo angustiado. [00:10:01]Entonces se hicieron un montón de contenciones en este sentido. Sí, en esos aspectos que implica justo el adaptarse a la situación. Sí, ahí podríamos hablar de reacciones adaptativas. Sí, que si se lo quiere clasificar entraría dentro de los trastornos adaptativos. Entonces, en ese sentido, puede ser un ánimo de diagnosticar todo, que si de pronto alguien va con una crisis de angustia al médico y en la necesidad de diagnosticar para tener el justamente la lista de los pacientes que tienen, etcétera, no puede poner como un trastorno de adaptación. [34.6s] Pero esto es en sí justo lo que acabas de mencionar el hecho de cómo la persona se va adaptando emocionalmente ante una situación específica, en este caso el COVID, y que si es que de pronto acude al psicólogo o con sus redes de apoyo, etcétera, Lo puede ir superando y puede irse adaptando a la situación sin mayor problema.

**Persona 3** [00:10:59] El problema sobrevino también que en esta situación también se despuntan otros aspectos. Entonces, de pronto alguien ya tenía antecedentes en cuanto a ansiedad, antecedentes en cuanto a depresión, antecedentes en cuanto a consumo de sustancias y esta situación hizo que toda esta sintomatología como que se reagudice sí, o que a su vez sea algo notorio en la familia. Entonces me invento, digamos de una adolescente ya consumía sustancias y por el encierro en el que estuvimos, sobretodo al principio, resulta que de pronto tuvo eh, eh, tuvo síndrome de abstinencia y necesitaba ir a consumir y le vino la angustia y se tornó agresiva, etcétera. Entonces la familia en su indagación de qué es lo que le ocurre. Ahí recién descubre qué consumo de sustancias. Sí. Y esto, lógicamente, ocasiona una crisis familiar también. Por otro lado, igual si es que ya había una persona con antecedentes depresivos, con antecedentes de ansiedad. Toda esta situación, pues, dio lugar a pensamientos catastróficos. Entonces no sé de ley me voy a morir, se va a morir mi familia, que nos va a pasar, etcétera. Y esto, pues a su vez afecta justamente en su salud mental que ya estaba afectada con anterioridad. Sí. Entonces esto da lugar a que reinicia el proceso terapéutico de pronto, que reinicia la toma de medicación, etcétera, dependiendo de la gravedad del caso. Entonces eso, es importante poder analizar el contexto de cada persona. Algunos pueden ser

justamente con esta cuestión de adaptación como un trastorno adaptativo que mencionaba al principio y otros con antecedentes previos que ya requerirían un abordaje diferente.

**CH** [00:12:40] Justamente que lo que hemos estado experimentando, que cada vez más medios de comunicación y más personas se está interesando. Tal vez en un mal momento, pero a raíz de este momento, por la salud mental y por el bienestar mental. Esto, [00:12:56]¿Tal vez desde la perspectiva profesional, ha ayudado a que se cambie un poco esa manera clásica que teníamos de ver la salud mental como algo sí, del loquero, de tratamiento, de medicina, de encierro? [14.0s]

**Persona 3** [00:13:12] No, yo creería que sí, porque incluso, por ejemplo, ha aumentado también, no sé la cantidad de talleres de podcast que se ha dado justamente via virtual y hay la asistencia de personas, digamos, incluso afuera de la Academia. Nosotros igual en la UDLA hemos realizado un montón de podcast que hasta ahora se siguen realizando y vemos que se conectan no sólo personas de la UDLA o de la academia como tal, sino también personas en general que les interesó el tema y a partir de eso siguen avisando otras personas, etcétera. Y vemos que si hay más interés, incluso por ejemplo el principio, cuando empezamos con esta situación en cuanto a las consultas particulares, esto descendió, sí, pero posteriormente creo que, exacto por lo que mencionas, las personas también se dieron cuenta de la necesidad y de la importancia en cuanto a la salud mental y que tal vez requerían un soporte. Un apoyo psicológico en este sentido y las consultas también desde lo privado aumentaron considerablemente. Sí, incluso al ser virtual ya muchas personas no es que específicamente son de Quito, son de otras provincias, de otros países. Entonces, [00:14:21]en ese sentido ha facilitado y eso o sea, si se ha visto en general, que hay un mayor interés de las personas en cuanto a su salud mental, en cuanto a asistir al psicólogo y por esta necesidad. Desde. Desde el principio de la pandemia sí se ha difundido más la importancia de estar bien emocionalmente. Psicológicamente. Entonces creo que la cultura. Con esta situación. La cultura, en cuanto a la psicología sí va mejorando progresivamente. [26.3s]

**CH** [00:14:50] Nosotros a veces, a veces desde la academia o en general, tomamos como referencia instituciones grandes como la OMS o al Ministerio de Salud para estructurar nuestras acciones. Me voy a tomar como un momento para leer la definición de la OMS en cuanto a lo que se refiere a salud mental, y quisiera que me diga si considera que esta definición es completa? ¿Le hace falta algo? ¿Está acertada? [00:15:16]La definición es: es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. [10.3s]

**Persona 3** [00:15:29] [00:15:29]Ya, creo que si la salud mental implica justamente un estado de bienestar integral, pero sí creo que sería importante mencionar como las distintas áreas que mencionábamos antes y de pronto agregar el hecho de que... De la importancia de cómo cada uno puede construir la realidad, su realidad particular como para que el concepto abarque no sólo la parte integral, sino la la la individualidad, digamos, del sujeto como tal. Entonces tal vez por ese lado un poco. [36.7s]

**CH** [00:16:08] De individualidad... Quisiera hacer... Parte del análisis lo voy a realizar utilizando Atlas ti. Entonces quiero trabajar en mapas semánticos. [00:16:19]Para esto quisiera que me ayude con cinco palabras que vienen a su mente que sólo en la palabra definen o son parte de la definición de lo que es salud mental. [11.8s] 5 palabras.

**Persona 3** [00:16:34] Ahorita ¿ya?

**CH** [00:16:37] Sí.

**Persona 3** [00:16:37] Ya cinco palabras en cuanto a salud mental. Ehh [00:16:39] bienestar, eh emoción, sentimientos, preocupación en sí mismo, autoestima. [16.1s]

**CH** [00:17:01] Ahí estamos. Y ahora, [00:17:04] cinco palabras que se oponen a su definición o lo que usted considera que es salud mental. [5.3s]

**Persona 3** [00:17:12] A ver, em que se oponen a la salud mental. [00:17:17] Agresividad. Violencia [3.3s] (violencia física, verbal, psicológica, sexual). [00:17:30] Falta de empatía. Falta de asertividad. [5.3s] No sé si me falta uno.

**Persona 3** [00:17:42] No, dos.

**Persona 3** [00:17:44] Falta de asertividad... [00:17:46] Dificultad en las relaciones interpersonales. [1.9s] Prevalencia de locus de control externo.

**CH** [00:17:58] Ahí estamos. ¿Qué es el locus de control externo?

**Persona 3** [00:18:06] Es el responsabilizar a todo lo externo o en sí a las personas, a los demás. En cuanto a tu bienestar personal, entonces implica... Yo voy a estar bien, me invento, si es que mis papás cambian o si es que mi pareja cambia. Sólo ahí ya me voy a mejorar. Entonces eso es el locus de control externo. No asumes tú, le das al otro la responsabilidad sobre ti.

**CH** [00:18:30] Ok, muchas gracias.

**Persona 3** [00:18:31] De nada.

**CH** [00:18:33] Ahora sí. Volviendo a mí, a mi lista regular. Em tenemos como país un, bueno hasta donde conozco, que es lo que logré encontrar, un plan de atención en salud mental comunitaria. Pero me parece que la versión más actualizada corresponde a la versión 2015-2017. A nivel nacional, [00:18:57] ¿Cómo considera usted que estamos en cuanto a políticas de atención a salud mental? [4.4s]

**Persona 3** [00:19:03] [00:19:03] Bueno, a nivel nacional, desde el Ministerio de Salud si se han intentado muchas cosas, pero que que no han sido. Me parece que correctamente difundidas. Entonces, por ejemplo, en el Ministerio de Salud se encuentra la Dirección de Promoción de la Salud y en este sentido hay ahí hay algunos grupos de trabajo que han abordado temas referentes, por ejemplo la desnutrición, a la salud mental, todos los determinantes. Entonces, eh, creo que se ha hecho trabajos interesantes e importantes, pero poco difundidos como para poderlos abordar desde territorio, que seríamos todos nosotros. [42.4s] Entonces, por ejemplo, hay manuales. Si no me equivoco, que tienen que ver justamente con la salud mental... Bueno, con todos estos determinantes que hablábamos, pero que... Que eso, no han sido difundidos adecuadamente. Es como que lo tienen desde el ministerio y está ahí ya. O lo difunden solo lo que implica el ministerio mismo entonces lo subcentros y así... Con quienes trabajan del subcentro, pero no lo difunden a un nivel más amplio. Entonces creo que ese es un error súper grande, eh? Y me parece que en los últimos

años ha decrecido mucho la fuerza de la Dirección de Promoción de Promoción de la Salud del Ministerio, porque estaba tomando realmente bastante impulso, pero con nuevas políticas y con tanta reducción de personal, etcétera. Lógicamente afectó a todos. Sí, y también a lo que implica el área administrativa, que son los encargados de realizar todos estos, todos estos documentos y ver el funcionamiento en territorio, etcétera. Entonces, creo que también ha afectado mucho en ese sentido y aparte, claro. Luego surge el COVID. Todas las fuerzas se van a lo del COVID y se dejan de ver también en otros sentidos, ya específicamente con la promoción de la salud que mencionábamos. [00:21:01]Entonces creo eso, que se han hecho cosas que sería importante difundir las más, que sería importante no dejar de ver todos estos aspectos de promoción de la salud en general y por por centrarnos en algo que lógicamente es muy grave y es importante estar en esto, pero sin olvidar lo otro, que me parece que están olvidando y buscando otra vez centrarnos específicamente en el tema que al momento se agudiza. [26.8s]

**CH** [00:21:30] Si tuviéramos que establecer una agenda pensando en el futuro, más allá de la emergencia sanitaria, [00:21:37]¿Cuáles serían las prioridades en la atención en salud mental que debería atender el país y tal vez más concretamente la ciudad? [7.0s]

**Persona 3** [00:21:46] Ya, bueno, en cuanto a salud mental, [00:21:50]yo creo que sería importante no olvidarnos de los de las dificultades en cuanto a los distintos grupos etarios, entonces, por ejemplo, ver distintas organizaciones, fundaciones, etcétera, que trabajan con niños, con adolescentes, si. No olvidar la cuestión que implica el adulto como tal, no olvidar lo referente al adulto mayor, [20.1s] porque en muchas ocasiones olvidamos los grupos vulnerables que en este sentido son niños y el adulto mayor. Que igual se estaba tornando, a nivel del ministerio, como un tema de prioridad, pero también han cambiado los enfoques. Entonces ya no veo que haya prioridad de estas poblaciones como tal. Entonces, si hablamos en cuanto a promoción de la salud, implicaría específicamente centrarnos en lo que son los niños, por ejemplo los espacios que tienen los niños y la seguridad que puede existir a nivel general, que todo esto va a incidir en la ley, en la salud mental como tal. Entonces, por qué es un aspecto súper amplio. [00:22:50]Entonces ponte si yo hablo de la salud mental, de los niños, de los adolescentes que tengan espacios donde jugar, donde divertirse, que sean seguros, nos vamos a un nivel más amplio que sería el municipio. Si, qué espacios seguros del municipio como para decir ok, puedo salir de la casa, puedo dejar a mis hijos que vayan y jueguen en el parque tranquilamente ¿qué seguridad tenemos ahora? Y esos son aspectos que influyen totalmente en la en la salud mental como tal. Tengo de pronto a mis hijos o sobrino o lo que sea, encerrados en la casa y no pueden salir tranquilamente porque hay este miedo si no pueden salir al parque porque ¿y ahora? ¿Y si no vuelven? Entonces, creo que sería importante podernos enfocar en todos estos aspectos. [46.4s] Inicialmente todos estos determinantes en si para poder abordar la salud mental de forma integral, porque creo que es una unión de fuerzas. Entonces. Y en cuanto a políticas públicas en sí. Entonces, qué políticas públicas se pueden empezar a instar en sentido general a la población. En cuanto a leyes. Todas esas cuestiones que van a incidir notoriamente en la salud mental. Entonces me parece que empezando justamente por estos aspectos. O bueno, abordandolo digamos a largo plazo y un sentido súper macro, si vamos a incidir en todos estos otros aspectos. Pero, igual si vamos, por ejemplo, a cuestiones tal vez un poco más pequeñas y de pronto vamos a actuar igual desde la promoción. Creo que es importante poder generar distintos tipos de proyectos a partir de los cuales se puede incidir también en estas distintas poblaciones. Entonces poder prevenir distintos aspectos que tengan que ver con el estado de ánimo, con el consumo de sustancias. Poder ayudar al desarrollo de recursos personales, emocionalmente hablando, sí, que viendo opciones, o sea, no puedo salir al parque a divertirme. Okay, ¿qué puedo hacer que no sea

necesariamente estar pegado a lo electrónico? O bueno, actualmente con la pandemia ha tocado. Porque si no hubiera esto para que los niños y adolescentes se comuniquen de esa forma, pues pobrecitos, también ha tocado. Sí, pero aparte de eso, ¿qué más puedo hacer?

**Persona 3** [00:25:10] Entonces creo que es eso, desde nosotros, digamos poder justamente e ir abordando distintos recursos, distintas cosas, actividades que se puede hacer además de lo que en las distintas poblaciones, los grupos etarios que mencionábamos ya conocen. Igual si vamos, por ejemplo, al adulto mayor, ¿qué actividades pueden hacer en casa? Ya no puede hacer lo mismo de antes, pero que sí puede hacer. Entonces así, o sea, ir viendo justo las actividades que en los distintos grupos etareos les pueda ayudar como para poder desarrollar distintos recursos emocionales o afrontar las distintas problemáticas que puedan surgir de acuerdo a su edad,.

**CH** [00:25:52] O sea, tomando si.. No totalmente y retomando esta parte que es que es uno de los ejemplos y las sugerencias más frecuentes que nos dicen. A veces para relajarnos hace falta salir y tomar aire y caminar. Hay un gran componente a nivel del ambiente y de los espacios públicos. [00:26:11]¿Cree usted que los, que el ambiente tanto natural como el construido, tienen algún rol en el mantenimiento de una buena salud mental? [9.5s]

**Persona 3** [00:26:22] Sí, sí, sí, totalmente. Es lo que decía antes. Por ejemplo, es muy diferente salir tranquilamente a caminar que salir estando viendo a todos lados a ver si no me siguen o con ese miedo ¿no?

**Persona 3** [00:26:38] [00:26:38]O igual salir por un lugar que está limpio, que te da gusto ir observando e mantenimiento. Ahí por un lugar que de pronto está lleno de basura. Entonces esto va a incidir bastante en la salud mental. O sea, puede ser que no sé, tengo conflictos en mi casa. Y capaz necesito ir a caminar un rato. Tener un lugar al que pueda ir y que sé que es bonito y que sólo viéndolo me voy a relajar, me voy a tranquilizar, a no tener donde ir y donde vaya a escuchar todo el ruido del transporte. Ver a parte todos los lugares sucios mal mantenidos. [33.8s]

**Persona 3** [00:27:13] [00:27:13]Entonces eso no, no coadyuva, digamos. Entonces sí, sí, me parece súper importante el poder contar con estos espacios y que se pueda difundir la importancia de esto, no? Porque creo que que no es muy tomado en cuenta como parte de la importancia en cuanto a la salud mental.[18.3s]

**CH** [00:27:34] En la consulta los pacientes hablan acerca de alguna posible afectación o algún posible malestar que les genera vivir, por ejemplo, en una ciudad sucia. Hablando de la basura en malas condiciones sanitarias, por la falta de recolección de basura o por la mala calidad del aire, por el exceso de ruido. [00:28:00]¿Es esta una queja de los pacientes? [0.2s]

**Persona 3** [00:28:04] [00:28:04]Sí, sobre todo cuando, por ejemplo, estamos hablando de lo que antes mencionaba con respecto ¿a qué alternativas puedo tener, como para para descargar todo el estrés que experimento? O por ejemplo, tengo dificultad en el control de impulsos y estamos trabajando justo en ese aspecto y hablamos del tiempo fuera. Entonces, ya siento que me estoy enojando y más bien salgo, camino un rato, me calmo y luego vuelvo. Sí. Entonces, en esas, en esas situaciones, en muchos casos dicen "Pero es que a dónde voy a salir? Si salgo afuera es más estrés porque no tengo espacios donde caminar. El ruido de los carros de aquí es vía principal. Entonces pasan carros pequeños, pasan buses, pasan camiones, pasan de todo. Entonces, ¿Cómo me relajo? ¿Cómo hago si acá el parque que tenemos está todo sucio?

Y cómo voy al parque y me siento un rato para respirar aire puro, si está más sucio que qué?". Entonces, si hay quejas en ese sentido. [62.3s]

**CH** [00:29:08] Y esto se presenta en personas más jóvenes, adultos, adultos, mayores...

**Persona 3** [00:29:14] Más he escuchado esto en adultos y adultos mayores. Los jóvenes como que ven otras formas también de desestresarse que implica el conversar con los amigos, los juegos en grupo no, que no se como se llaman, que ahora se han vuelto igual super comunes con ellos, entonces eso les desestresa en muchas ocasiones se enojan con los papás. Bueno, ya no hago más nada. No hago la pelea más grande si no voy y me pongo en estos juegos un rato y eso ya me calma. Pero ya va pasando la edad. Adultos de adultos mayores no, no tienden mucho a esto, no? Entonces claro, implica el poder salir, pero ¿a dónde salgo? El poder desestresarme. Pero ¿en donde? Hacer deporte, no hay espacios. Entonces más en esas edades.

**CH** [00:30:00] Justamente relacionado a esto de tener una red de apoyo, no? Los jóvenes parecen tener una red de apoyo tal vez más sólida que las personas más adultas, porque pueden recurrir a sus amigos o tienen otras otras alternativas, tal vez no cercanos o tal. Así que, ¿cuál es el rol? [00:30:19]¿Qué tan importante es la salud mental comunitaria? [3.1s]

**Persona 3** [00:30:24] Ya con comunitaria, ¿Te refieres como el sector donde estoy y las instituciones a mi alrededor?

**CH** [00:30:32] Sí, pero también contar con mi familia que entienda qué es salud mental y que pueda brindarme apoyo y que no satanice lo que me está pasando. Por ejemplo, familia o amigos que también lo entiendan.

**Persona 3** [00:30:47] Bueno, es súper importante. Son justamente las redes de apoyo, con lo que cada uno de nosotros cuenta. Y mientras menos redes de apoyo, menos recursos tengo, es más factible que de pronto tenga algún problema de salud mental. Entonces, eh. Em. Creo que esto es algo, es una de las cosas que sino todos, al menos la gran mayoría de psicólogos, indagamos en las las primeras entrevistas. ¿Con qué recursos cuenta? Internos y externos todo esto que mencionas entrarían los recursos externos. Entonces, ¿qué o quién o quiénes? Con respecto a los miembros de su familia, son un soporte para esta persona. Si tiene amigos o tal vez es una persona demasiado tímida y le cuesta esto de tener amigos. Teme mucho al rechazo. Por ejemplo, está en grupos aparte, hace actividades extracurriculares, grupos fuera de lo que implica la parte escolar, etcétera. ¿Cómo es la relación con los pares? Entonces sí, esto es súper importante en lo que implica la salud mental y los aspectos con los que como psicólogos contamos justamente en el proceso de cada uno de los pacientes.

**CH** [00:31:59] [00:31:59]¿Y a nivel nacional se está trabajando en fortalecer este tipo de redes externas de apoyo?[9.3s]

**Persona 3** [00:32:09] Bueno, no sé a nivel nacional, pero al menos a nivel nacional en cuanto a políticas, capaz que sería la cuestión de ya en un nivel más macro. De pronto, en el punto de los distintos barrios, no sé. Centros de salud, qué personal hay en los centros de salud? Cuentan con psicólogo, cuentan con grupos. Cuando yo trabajé un poco más a nivel comunitario estaba un poco más, más al tanto de esto. Pero en ese tiempo, por ejemplo, sí había bastante, en los en las casas comunales, había bastantes de estos grupos que eran hechos para niños y adolescentes y no tenían costo. Me parece eran propuestas por el municipio.

Realmente en la actualidad no sé si estos grupos hayan continuado de forma virtual, dudo mucho, pero eso fue... Te hablo de unos... no sé, unos siete años atrás, capaz entonces no sé cuánto tiempo se mantuvieron. No sé si actualmente continúen de alguna manera. Pero bueno, eso es lo que estaba, que me parecía una buena alternativa, porque en muchas ocasiones los chicos, las familias no tienen para pagar esto o no es prioridad, no, porque tienen que ocuparse de la comida, etcétera.

**Persona 3** [00:33:27] Entonces me pareció una buena opción. Creo que eso sería importante, si es que no hay que lo vuelva a haber de alguna manera. Así sea de forma virtual o con una cantidad de chicos o de niños específica como para que no exista mayor riesgo de contagio, de transmisión. Creo que otros aspectos que se hacía... Sí, y esto del adulto mayor si estuvo por mucho tiempo estos de lo que creo que era del municipio de 60 y piquito. Entonces no sé, igual si actualmente continúa con la pandemia, pero al menos hasta antes de la pandemia sí estaba. Entonces eso a nivel comunitario me parece que es una forma importante como como para estimular la actividad y la salud mental del adulto mayor. Entonces eso en cuanto a aspectos, a acciones, que vi que se realizaron en este nivel ya más de política y todo eso, pero de ahí otras cosas de pronto que ahorita vea que se esté haciendo, no te podría decir con certeza.

**CH** [00:34:24] Y un poco en respuesta también a eso que es relacionado a la que era la siguiente pregunta. Si tuviéramos que... Habíamos hablado ya de las líneas de acción, pero si tuviéramos que aterrizar estas líneas de acción estrategias puntuales, acciones puntuales como estos grupos de 60 y piquito, estos grupos de adolescentes, [00:34:46]¿Qué otras acciones concretas podrían implementarse a escala local, a escala de la ciudad, que podrían ser de ayuda para para un fortalecimiento de esta red de salud mental comunitaria? [12.8s]

**Persona 3** [00:35:01] Sabes que desde el Ministerio hace un tiempo igual se estaba se estaba fortaleciendo... Ay, pero este proyecto no me acuerdo como se llamaba... [00:35:11]Que justamente era que los chicos que estaban egresando de medicina estaban a nivel comunitario, iban a las casas de muchas ocasiones realizaban las atenciones de personas que no podían acudir a la atención presencial digamos... [15.2s] No me acuerdo como se llamaba este proyecto de parte del Ministerio de Salud que que realmente generó muy buenos resultados. Creo que en cuanto a salud mental faltaba fortalecer, porque la idea de ellos era también que justo desinstitucionalizando a las personas con problemas de salud. O sea, más que nada en la cuestión psiquiátrica y que estaban por mucho tiempo en las instituciones de psiquiatría. Y no permanezcan dentro, sino que hay un tiempo máximo en el que sean hospitalizadas y vuelvan a sus hogares. [00:36:00]Entonces en este proyecto de desinstitucionalización se abordó también esta parte del proyecto del MSP, que te decía que no me acuerdo el nombre, pero que implicaba también que los chicos egresados de medicina en sus trabajos comunitarios puedan ir a los lugares donde habitaban las personas con un problema psiquiátrico y puedan realizar un abordaje. Poder sostener a las personas, a las familias en este sentido, no abandonarles. Sino demostrar más bien que se puede trabajar de esta forma aún con las personas con algún trastorno psiquiátrico. [37.4s] Creo que ahí faltó mucho fortalecer. En ese sentido por lo que mencionaba antes. O sea, no es lo mismo el hecho de "yo tengo una enfermedad médica, saben cada cuanto ir, saben qué medicina darme, me suben, me bajan de dosis y ya". A un problema de salud mental, ya un trastorno hablando así, psiquiátrico. Que de pronto denoten también bastante más agresividad. Entonces ya son distintas maneras en la que la familia es importante que aprenda también como, como, como hacer con su familiar. En que situaciones ya implicaría el llamar de pronto incluso al 911. Entonces creo que estos aspectos fue buena la intención, pero no se fortaleció. Creo que sería importante poder fortalecer, en este sentido,

este tipo de grupos o de abordajes en los distintos... No sé si sectores o donde hayan los centros de salud y todo eso para que puedan hacer este tipo de abordaje.

**Persona 3** [00:37:38] Identificar, por ejemplo, a qué familias ellos tendrían que acudir de pronto semanalmente, justo ayudándoles a poder sostener a su persona con el problema de salud mental a su familia. Creo que eso no se hizo. Me parece súper importante el que, si es que fuera posible, puedan desarrollar este tipo de actividades, de este tipo de abordajes en sí y a partir de eso pues poder realizar este sostenimiento no a nivel comunitario como tal. Y ahí sí poder hablar de que no institucionalizan a sus pacientes psiquiátricos, pero que se está haciendo esto para evitarlo. Justamente entonces eso me parecería importante poderlo hacer en cuanto a los trastornos.

**CH** [00:38:28] Vemos que a un mediano o largo plazo no se está... O al menos en el discurso público no se está hablando de medidas o políticas concretas en salud mental, asumiendo un escenario en el que no se dan cambios estructurales en el gobierno. [00:38:46]¿Cómo visualiza usted el futuro de la salud mental en el país? [3.5s]

[00:38:52] [00:38:52]Yo creo que como se va dando, no? O sea, de pronto a pasos pequeños, pero hay cosas que se van haciendo cada vez más. Entonces no creo que en cuanto a salud mental estemos en lo peor ni nada por el estilo. [13.2s] Creo que se van haciendo muchas cosas y cosas importantes a partir de los distintos sectores, tanto en lo que implica, por ejemplo, fundaciones, ONG, etcétera, en lo que implica la academia también. Entonces, en todos estos aspectos creo que si se van dando pasos sería mucho mejor contar con este apoyo en cuanto al Estado y así no... Pero sí le veo complicado que prioricen el aspecto de la salud mental. Entonces inicialmente van a priorizar todo lo demás para, para luego de pronto, si es que existe cifras alarmantes, como por ejemplo del suicidio. Entonces vemos que hay un incremento en cuanto a suicidios de adolescentes, de niños, de adultos, jóvenes. Sí, y a partir de eso, de ver ese incremento, se empezó a tomar atención y a nivel nacional con respecto al Ministerio de Salud, empezaron a realizar acciones interdisciplinarias.

**Persona 3** [00:40:05] Entonces, lastimosamente se espera esto a que exista un nivel alto en cuanto a algún aspecto de la salud mental, para decir bueno "vamos a esto". Una vez pasa y se torna otra cosa importante, no importa que no se haya culminado con el proyecto anterior. Hasta ahí llegamos, ahora vamos de este otro. Entonces dan está apagada incendios que no permite fortalecer nada. [00:40:26]Entonces creo que por eso es importante más bien desde las distintas posiciones en las que nos encontramos, estar pendientes de todo lo que pasa a nivel nacional, ver en qué ámbitos podemos también aportar y de acuerdo a eso, poder realizar acciones más concretas, justamente desde cualquier rol en el que nos vayamos encontrando. [17.8s] Lo bueno es que si existe bastantes psicólogos, el punto es que tal vez no existe el presupuesto suficiente para contratar a todos los psicólogos y lógicamente pedirles que trabajen de voluntariado sin tener un reconocimiento tampoco es justo. Pero al menos quienes podemos y desde donde podemos estar creo que sí es importante poder hacer nuestros aportes no solo a en el lugar que nos encontramos, sino ampliarlo un poquito más en el aspecto comunitario.

**CH** [00:41:18] Está última pregunta es una duda que me quedó desde el inicio y es justamente esto que yo escucho a distintas personas... Como distintos ámbitos, referirse a las personas con alguna enfermedad de salud mental, como personas con trastornos mentales, personas enfermas mentales. He escuchado también grupos de activistas que prefieren que se

les denomine como personas con diversidad psicosocial y me queda la duda de cuál sería el término adecuado.

**Persona 3** [00:41:51] Bueno, em sí, tal vez depende del sector, del ámbito no? Porque por ejemplo, si vas a un psiquiátrico, lo que te van a hablar es personas con trastornos psiquiátricos, sí. Entonces, claro, como dicen en activistas y esto, eh? De pronto utilizan justamente este otro término en cuanto a problemas psico sociales, que es a partir de lo cual se les... No sé qué palabra usar, eh? Pero como que a partir de estos problemas psico sociales se aborda también de pronto a nivel del MIES. Entonces, si yo tengo un problema, un diagnóstico psiquiátrico, eh? Y necesito una incapacidad con la evaluación respectiva en el MIES, me dan justamente con esta discapacidad de lo psico social. Entonces depende mucho del ámbito en el que estés. Creo que lo importante es justo más bien tener una adecuada psicoeducación con los pacientes que tienen este tipo de dificultades, no?

**Persona 3** [00:42:53] Entonces va a depender mucho de cómo cada persona construya el diagnóstico que tiene en su vida, más que de cómo los demás lo puedan referir en sí. En cuanto a bueno, ahí problemas psicosociales... Porque si hablamos de problemas psicosociales se amplía demasiado... Me parecería a mí, pero si hablamos de específicamente del trastorno psiquiátrico, ya se a qué me refiero en si. Entonces yo creo que te diría eso depende del sector donde estés. Depende de la persona, en donde esté involucrada, en su actividad.

**CH** [00:43:26] Muchas gracias, han sido unas respuestas muy, muy esclarecedoras y muy útiles para mí. Espero que esto me tome 6 meses de trabajar el resto de la tesis, pero una vez que esté finalizado con muchísimo gusto puedo compartir los pocos o muchos hallazgos que tenga y quisiera felicitarles. Hacer extensiva mis felicitaciones a todo el grupo de la UDLA, porque de veras que me parece que es un trabajo maravilloso el que han estado haciendo y puedo hablar por experiencias cercanas a mi y de familiares que sé que que están haciendo una diferencia. Entonces muchas gracias a ustedes por su trabajo y sigan así.

**Persona 3** [00:44:16] Se agradece muchísimo por tus palabras, de verdad ayudan y dan muchos ánimos.

**CH** [00:44:21] ¡Qué bueno!.

**Persona 3** [00:44:22] Bueno, cualquier cosa estoy pendiente. No hay lío, me escribes no más.

**CH** [00:44:25] Creo que no tengo su correo porque tengo el de Joselyn.

**Persona 3** [00:44:31] Ya, el mío es [grace.valdivieso@udla.edu.ec](mailto:grace.valdivieso@udla.edu.ec)

**CH** [00:44:43] Para mandar los resultados después, muchísimas gracias un buen día.

**Persona 3** [00:44:50] Listo Carolina igual un buen día. Hasta luego.

#### Persona 4

**CH** [00:00:01] Ahora si estamos bien. Me gustaría empezar con un pequeño perfil, una pequeña descripción de usted como profesional en el mundo de la salud mental.

**Persona 4** [00:00:16] Bueno, mi nombre es Persona 4 Reyes. Yo soy de formación de base psicóloga clínica. Tengo una maestría en psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes y tengo un doctorado en Psicología y Ciencias de la Educación. Yo soy docente de la Facultad de Psicología y soy directora del Centro de Psicología Aplicada y también soy investigadora PUCE y mis líneas de investigación son en todo lo que es trabajo con comunidad, psicoterapia, intervenciones clínicas, intervenciones psicosociales. Me interesan mucho los dispositivos de trabajo psicológicos dirigidos a la comunidad. Ese es uno de campos de expertise, es trabajo con población, con comunidades. Ya llevo 20 años trabajando directamente con poblaciones a nivel de esta lógica de problemas psico sociales y salud mental. Soy una convencida de la investigación acción. Una convencida. Todo mi trabajo se dirige, se ha dirigido hasta ahora, en temas de investigación cualitativa. Eso es lo que hago.

**CH** [00:01:36] [00:01:36]Muy bien, muchas gracias. Ya adentrándonos más en este tema de la salud mental, la ciudad y los ambientes. ¿Qué es lo primero que a usted se le viene a la mente cuando piensa en salud mental? [9.1s]

**Persona 4** [00:01:46] Que es un concepto extremadamente controversial y apasionante. Si Carolina, escogiste uno de los conceptos más complicados que tenemos en la actualidad, porque claro, qué es esto de salud mental. Todo depende con quién hables, desde qué perspectiva y desde qué enfoque. No necesariamente solamente desde que carrera o desde qué campo del conocimiento. Dentro, incluso dentro de las ciencias de la salud, incluso dentro del campo amplio de la salud. No te va hablar lo mismo alguien que esté dentro de la lógica médica, de la lógica de la enfermería e incluso dentro de la psicología vas a encontrar diferentes enfoques. No es lo mismo que te hable, por ejemplo, un psicólogo clínico a nivel de los cognitivos conductuales o de los sistémicos o de los psicoanalíticos. [00:02:38]Entonces, realmente esto de la salud mental, creo yo, es algo extremadamente amplio y extremadamente difícil. ¿Por qué? Porque existen visiones, por ejemplo, que hablan que la salud mental, que es la clásica, de la OMS, que habla de este bienestar no? Y se va dentro de una lógica del bienestar. [20.7s] Bienestar psicológico, bienestar en las áreas de todas las áreas psico social, bienestar en el ambiente, bienestar en la familia, bienestar en lo social. Tenemos también otra lógica que habla de la salud mental con relación a poder acompañar el sufrimiento del otro, que no lo ve a nivel de un trastorno, por ejemplo, sino que lo ve a nivel de sufrimiento que vamos a tener todos los seres humanos en algún momento etapas complicadas, etapas difíciles y tal vez... La salud mental o los planes de prevención, promoción e intervención incluso están dirigidos a este acompañamiento del sufrimiento humano. Tenemos también otro enfoque que habla como dentro de una lógica de trastorno, de trastorno psicológico, trastorno psíquico. Y hablamos ahí si de una enfermedad. Si ves? Y enfermedad dentro de la ausencia de bienestar o de ausencia de un equilibrio o de una homeostasis. Entonces, claro, todo depende cómo lo veamos. [00:04:03]Por ejemplo, si lo vemos desde un enfoque del psicoanálisis vamos a encontrar que la salud mental no existe. ¿Por qué? Porque la salud mental, el concepto como tal, nos lleva a una lógica de una normalidad, entrecomillas no? Una normalidad social. Esperamos que nos comportemos todos de una cierta manera. Esperamos que encajemos todos dentro de un sistema. Estoy hablando psíquicamente, no? Psicológicamente. De una misma manera. Y cada uno de nosotros somos diferentes. Es decir, cada uno de nosotros tiene una particularidad. Entonces, más bien ahí lo que se trata es de

explicar esta particularidad con relación a estructuras síquicas. Entonces tenemos unos que funcionamos de una manera. Tenemos otros que funcionamos de otra manera. Pero esta diversidad de funcionamiento no implica que los unos sean normales, entre comillas, y que los otros estén dentro de una lógica de la anormalidad. No sé si me logra seguir, si no que funcionamos diferente. Algunos podemos ser neuróticos, otros podemos ser psicóticos, otros podemos ser perversos. Bueno, esto dentro de toda una gnoseología psicoanalítica, pero esto lo que implica es un funcionamiento diferente. No implica una enfermedad. [81.8s] Tenemos también, imagínate, si te lanzas dentro de salud mental, tenemos toda la línea de la anti psiquiatría. Si, la anti psiquiatría que va justamente por esto, por decir, se ha dividido entre los normales y los enfermos. Y ahí entras con toda la lógica de Foucault y ahí entras con toda la lógica de la locura, claro la institucionalización. Entonces ahí entras con, a los enfermos, entre comillas, a los anormales, entre comillas, les encierras y les medicas y a los que estamos sanos... Podemos funcionar en un mundo, entrecomillas, sano. Entonces claro, es bien complejo el tema de la salud mental, no? Quién está sano? Yo ya voy trabajando en psicología y viendo pacientes casi 30 años y yo no conozco a nadie, ni normal ni sano. Ni yo misma. Escoces no lo sé. O sea, mientras más viejita me pongo más cuestiono esto.

**CH** [00:06:28] Es que esto va un poco, para mí, de la mano de los sentidos que circulan. Como dentro de nuestro diario vivir, como vamos pensando y como vamos construyendo nuestras nociones de salud mental, que depende mucho de los discursos que vemos en los en los medios públicos. A partir de esto, [00:06:47]¿Cuál sería o cuál es su percepción de el sentido de salud mental que circula en la actualidad en la esfera pública? [6.8s]

**Persona 4** [00:06:59] Es una muy buena pregunta. Dejame pensar. En lo social, en un social ecuatoriano, que es donde nosotros trabajamos. Claro. Todavía está muy mezclado, todavía. [00:07:12]Yo diría hay varios discursos que están todavía conviviendo en nuestro social. Hay un discurso un poco más clásico, que es el que te digo. El de ver a la salud mental y de dividirlo dentro de una lógica de enfermedad y de trastorno y que es un discurso muy médico, está dentro de una lógica muy médica. Hay otro discurso que también está comenzando a aparecer, que es el discurso de los derechos. En el discurso de los derechos sí está implícita está lógica de vamos a reconocer la diferencia del otro, pero está comenzando este discurso. [39.3s] Todavía no se impregna en la política pública. Sería interesante que se impregne ya con el nuevo MAIS, con todo lo que es el funcionamiento de la salud mental a nivel del Estado -por lo menos por escrito, porque ya sabemos que eso simplemente es más difícil- ya se habla de esta tendencia, más de una lógica psico social y comunitaria, más allá de una lógica de hospitalización e institucionalización que era antes. Entonces estamos en esta transición. Estamos todavía en esta transición que yo creo que teóricamente, Carolina, están comenzando estas nuevas propuestas, pero que todavía está arraigado en lo social esta lógica del trastorno y la enfermedad.

**CH** [00:08:39] [00:08:39]Y desde la academia, como en este proceso de formación a las nuevas generaciones de profesionales. ¿Donde se sitúan...? [8.0s]

**Persona 4** [00:08:49] [00:08:49]Sí. Nosotros. Yo te puedo decir, nosotros como PUCE y nosotros como Centro Psicología Aplicada, nos ubicamos dentro de esta necesidad de reconocer la diversidad, de esta necesidad de alejarnos un poquito de la lógica de la enfermedad y el trastorno y la medicalización de la salud mental, y más bien reconocer y acompañar dentro de una lógica de lo humano. [27.7s] Entonces yo creo que sí es que tú has seguido las redes sociales puedes ver esto a nivel de los post, a nivel de las píldoras (informativas), a nivel de las propuestas que nosotros tenemos, evidentemente están dentro de

una lógica teórica, dentro de la lógica académica, cada una de esas, pero estamos apostando a eso. Y yo creo que la pandemia nos ha enseñado mucho. Sí, yo creo que esta pandemia es durísima para todos, pero nos ha enseñado la importancia de la salud mental. Es decir, de repente ya no solamente es el COVID, es un problema médico, es un problema de virus -o sea, si es no? Eso está ahí- pero eh, nos afecta a todos. Y cuando digo nos afecta, nos afecta psiquicamente todos. Es decir, comenzamos a ver dificultades, comenzamos a ver síntomas desde el CPA, tú sabes, tenemos varios dispositivos de atención psicológica y comenzamos a ver que las personas están desgastadas, las personas están afectadas. Que cada una evidentemente reacciona de manera diferente también de acuerdo a su realidad. Pero encontramos gente con depresión, encontramos gente con alta ansiedad. Encontramos con... Con ideas suicidas, encontramos adolescentes con mucha ansiedad, con desborde. Encontramos violencia, a todo nivel, sí sabemos, por ejemplo, que el tema de la violencia de género es gravísimo. Tenemos también la violencia intrafamiliar. Tenemos la violencia hacia los niños y niñas. Es gravísimo. [00:10:56]Entonces todo esto, todo esto nos da cuenta de que, claro, a través del COVID, a través de la pandemia se está destapando estas estas dificultades. Pero yo tengo ahí una postura. Que es la postura de... Nosotros, estamos haciendo una investigación con relación a todo lo que ha pasado aquí. La información que tenemos en el CPA con relación a salud mental, (nos dice que) no es que están apareciendo nuevos síntomas, estos son síntomas que estaban y que ya algunos han convivido con algunas personas años. Sin embargo, ahora sí se han exponenciado. [41.4s] O sea, tenemos que estos síntomas han subido de tono. Entonces, de repente no es que tenemos síntomas nuevos por el COVID, pero sí tenemos síntomas que se han agudizado y eso es lo peligroso. Porque bueno, el sufrimiento está dentro de la línea del humano. Todos nosotros estamos enfrentados a eso. Pero esta pandemia nos ha enfrentado a esto de una manera más fuerte, más radical.

**CH** [00:12:07] Justamente eso es algo que me pone a pensar últimamente. Veo que, en distintos medios, hasta la OMS me parece que recién sacó un reporte sobre el peaje, el cobro que tiene la pandemia en la salud mental de las personas y recién salió un paper de Nature. Y hay como muchos medios que están hablando de esto, pero me queda la duda de: Yo estoy consciente de que muchos de estos son momentos en los que la olla de presión estaba tan, tan, tan a punto de explotar y esto fue un desencadenante y explotó. Entonces el problema ya existía. No podemos fingir que el problema no existía. Pero también hay otra corriente que habla de que hay personas... [00:12:57]Estamos tratando de, no sé si sea la palabra correcta, como hiper medicalizar el dolor, lo humano, porque es humano sentir lo que estamos sintiendo y es humana la incertidumbre, el dolor y cuánto de lo que estamos experimentando en realidad es esta olla de presión que explotó y cuánto de lo que estamos experimentando puede ser parte de lo humano. Y estamos tratando de... Estamos confundiéndolo. [32.7s]

**Persona 4** [00:13:32] (Risas) Es bien interesante lo que dices, no? Claro, es parte de lo humano y eso me recuerda Carolina, yo creo que es una tendencia también de esta época, de esta época posmoderna. El tema de que tenemos que ser -yo lo suelo decir en mis clases, qué interesante. [00:13:49]Yo les suelo decir, claro, ahora todos tenemos que estar bien, todos tenemos que estar equilibrados, todos tenemos que tener un bienestar, entrecomillas, todos tenemos que ser felices. Y si estamos tristes? Y si es que nos sentimos con ganas de llorar? Y si es que estamos bravos? Estamos muy enojados. Eso no es permitido. Entonces de repente vemos a alguien triste y decimos no, no, no. No te pongas triste, tienes que ir a terapia, o vamos, te acompaño. Bueno, cuando se podía, vamos me pego un café con vos o lo que sea, pero deja de llorar. Es como que los afectos y las emociones nos asustan si no son las socialmente aceptadas, si me entiendes. Y las socialmente aceptadas son las de bienestar y las de felicidad, las de equilibrio. [43.2s] Y qué pasa con las otras? Y qué pasa justamente?

Bueno, ahí nos metemos a otro tema, eh? Y qué pasa, por ejemplo, con nosotros? Esto es un poco más psicológico. Nosotros tenemos, como seres humanos a nivel psíquico, pulsiones, esta pulsión de vida, por ejemplo, y esta pulsión de muerte. Qué pasa con la agresividad que tenemos todos? Porque todos tenemos una agresividad, es parte nuestra, cómo la gestionemos, eso es a parte. Entonces, claro, estas violencias que están surgiendo a veces, muy extremas... Porque siempre ha habido espacios de violencia en lo social, pero qué pasa con estas violencias extremas que están surgiendo en lo social, que a veces son violencias brutales. Son violencias muy dolorosas, son violencias de destrucción. Entonces, qué pasa? O sea, no es solamente que saco mis iras o que saco mi agresividad, sino que le destruyo al otro. Claro, ahí pasa un límite. Y es esto justamente. [00:15:34] Yo creo que algo pasa en una regulación social. Sería interesante también hablar con los sociólogos. Qué pasa con estas dinámicas sociales o estos espacios donde ya no hay esos lugares donde se puedan sacar estas cosas. [13.3s] Entonces sí, si yo estoy de acuerdo contigo y como te decía antes, en mi experiencia clínica, de psicología clínica, y con pacientes tanto a nivel individual como grupal, los síntomas siempre han existido, porque es parte del humano. Pero qué está pasando ahora en la pandemia por las diferentes condiciones de la pandemia? Aislamiento, distanciamiento, miedo extremo. Tenemos un miedo extremo. Te doy una pista, la FLACSO va a sacar una... La Revista Mundos plurales va a sacar una edición sobre COVID. Y ahí publicamos, nosotros enviamos un artículo con relación a lo que hemos encontrado en psicoescucha en la salud mental de las personas que nos han llamado. Entonces ahí vas a ver eso, justamente lo que pasa con estos síntomas más recurrentes. Más que síntomas son estas problemáticas por las cuales nos están llamando más frecuentemente. Y es eso. Si, yo estoy de acuerdo contigo, si por ahí.

**CH** [00:16:54] Hablando de esto, me viene a la mente algo más por mi sentido de estudios urbanos y del espacio. Es que estos espacios que antes teníamos, por ejemplo, de ir a tomar un café, de ir a caminar o de ir a sentarse al parque y verse las caras. Eran una manera de dejar salir esta tensión que tal vez uno tenía, estas preocupaciones. Ahora ya no está. [00:17:17] Pero pienso en la importancia de contar con esos espacios. De contar con esos lugares físicos de encuentro. Entonces, ¿Qué tan importante es contar con estos espacios? ¿Es importante? ¿Es necesario? ¿Qué deberíamos hacer para promoverlos? [18.0s]

**Persona 4** [00:17:36] Bueno, si hay. O sea, si hay opción. Porque la gente dice no, no hay opción. Es decir, necesitamos hacer un distanciamiento social. Si hay opción, necesitamos buscar lugares seguros. Cuando digo seguros ahí si te hablo a nivel sanitario, es decir, aireados... Ya sabemos todo, ya sabemos todo lo que necesitamos... Aireados con alcohol, con mascarilla, todo lo que tu quieras, con el distanciamiento necesario. Con todas las reglas sanitarias para evitar, dentro de lo humanamente posible un contagio. Más allá de eso no podemos negar que, nosotros, psíquicamente, nos estructuramos a través del vínculo. Es decir, un ser humano se va construyendo psíquicamente con el vínculo de otro ser humano. Es así como pasa desde que somos bebés. Entonces nosotros tenemos vínculos, relaciones, con otras personas, las cuales nos resultan indispensables. Y dentro de estas relaciones, el cuerpo, forma parte de... El cuerpo forma parte de los gestos, el olor, el tocarle al otro. El sentir al otro, los abrazos, los... Hasta el olor. Imagínate la manera como nos comunicamos es esencial... Entonces, y ahí sí viene algo que a ti como comunicadora te debe dar vueltas, que es el lugar que han venido a tomar el tema de la virtualidad dentro de todo esto, el tema de las redes sociales, el tema de... Cómo? Cómo? De una u otra manera, esta pandemia que es única, es única en el sentido comunicacional porque tenemos el Internet, cosa que en las otras pandemias no teníamos. O sea, la humanidad nunca más ha tenido... Cuando pasaron las otras pandemias eran diferentes. O sea, aquí tenemos la Internet, tenemos el Zoom, tenemos

diferentes maneras de seguir comunicándonos, pero con límites. Cuando digo con límites es esto, porque está el límite del cuerpo, por eso es tan importante, por ejemplo el Zoom, cuando digo el Zoom poco importa... Son Skype, Teams, lo que sea, porque nos vemos cara a cara. O sea ahorita tú y yo nos estamos viendo cara a cara. No es lo mismo que si hubiéramos hecho esto por teléfono. Tú me hubieras escuchado la voz y la voz hubiera primado. Pero ahora tú me ves a mí, ves lo que está alrededor. Yo te veo a ti, veo lo que está a tu alrededor. Veo tus gestos. Veo cómo tus reaccionas en los momentos en que yo lanzo una idea. Veo cuando escribes, veo cuando no escribes. Todo eso forma parte del vínculo. Y por eso hay que ser muy cuidadosos con las redes sociales cuando trabajamos en promoción y prevención, porque nosotros no tenemos idea a quién nomás va a llegar eso. Ahí sí te hablo como psicóloga y como desde aquí nosotros funcionamos. Tenemos que ser extremadamente cuidadosos porque los contenidos pueden llegar a ser muy delicados. Para otras personas puede que no pase nada, lean eso y no se despelucan. Para otras personas eso puede ser extremadamente fuerte y puede darle la vuelta y la vuelta y la vuelta durante días, una idea fija.

**CH** [00:21:03] Sí, en eso estoy totalmente de acuerdo. Me parece que hay... Debe haber un sentido de la corresponsabilidad. Especialmente en estos espacios, porque es imposible desligar estos mensajes, estos contenidos que nosotros compartimos, del impacto que tienen en la vida real de las personas, porque a veces es muy fácil... Publicamos y se fue, pero eso llega a otro lado y ese lado tiene repercusiones, tiene consecuencias. Entonces sí, estoy totalmente de acuerdo.

**Persona 4** [00:21:42] Es increíble. Mira, bueno, soy psicóloga clínica. Yo no soy comunicadora, pero ahora con esto de las redes me ha tocado...

**CH** [00:21:50] Y es hermoso ver como mucha gente se ha vuelto tan creativa. A mí me encanta. A mí me encanta ver cómo la gente se ha vuelto tan creativa y yo digo "eso no se me habría ocurrido a mí jamás".

**Persona 4** [00:22:01] Entonces nosotros tenemos aquí al encargado, que es también psicólogo, pero David maneja mucho más. Capaz que después de esta entrevista a ti te interesa ya hablar con el David. El David es el encargado de todo lo que es promoción y prevención en redes aquí del CPA. El maneja eso. Él es el que maneja, digamos, el dueño de las redes sociales del CPA. Entonces él te puede dar pistas bien interesantes de cómo está manejándose nuestras redes por aquí. Entonces, cuando yo me reúno con el David, me reúno todas las semanas, vemos publicaciones y eso. Fijate, o sea, hay publicaciones que tienen 14000, 15000 visitas. Entonces ahí te das cuenta cómo la cosa se te puede ir de las manos si no está bien pensado. Es decir, eh, nunca nos vamos a imaginar catorce mil, quince mil personas que estén viendo lo que estamos publicando. Yo creo que es un tema de ética y de responsabilidades. Si.

**CH** [00:22:58] [00:22:58] Totalmente, esto me parece que debería vincularse también con la idea de salud mental comunitaria, que es otro tema que dentro de mi investigación es súper importante, porque al fin y al cabo vivimos en comunidades. ¿Cómo está el asunto de la salud comunitaria a nivel más que todo local? Pero también nacional. [19.6s]

**Persona 4** [00:23:22] Encontramos... A ver, voy a tratar de encontrarte una palabra y ahí voy a seguir describiendo. La gente está... alterada. Si alterada en el sentido de muy cambiada. Y cuando hablo ya de alterada te voy a comenzar a decir, hay diversos tipos de reacciones. Tenemos desde personas que presentan miedos muy extremos y a veces sí patológicos frente,

por ejemplo, a la idea de contagio. Hay gente que está realmente muy asustada. Hay gente que no sólo ha cambiado dramáticamente sus estilos de vida, sino que también la forma de relacionarse. Personas que no quieren salir para nada, que tienen mucho miedo. Tenemos personas que, por otro lado, están saliendo y que hay una negación. Hay una negación frente al virus y frente a la gravedad, al riesgo de contagio. Tenemos personas que han agudizado síntomas o problemáticas que tenían antes. Estoy hablando, por ejemplo, de psicosis, síntomas esquizofrénicos. La gente, por ejemplo, que toma o que está medicalizada a nivel de sí problemas psiquiátricos, por ejemplo, ellos sí han sido muy afectados. Y ellos constantemente llaman. Llaman al Centro de Psicología para tener un espacio de escucha. Esa población es muy vulnerable y no se habla mucho por ejemplo de ellos. Como, ya dentro de su funcionamiento común y corriente en lo social, esta pandemia también les afectó y son más sensibles, son más sensibles y entonces sus síntomas pueden ser más fuertes. Y encontramos, en cambio, todo el grupo de violencia. Que son población vulnerable y que están muy, muy en riesgo de violencia física, violencia psicológica, violencia sexual. Y ahí encontramos niños, niñas, adolescentes y mujeres, básicamente. No, no hemos tenido muchas llamadas de hombres. Hemos tenido más de mujeres, de niños. Y claro, ahí tenemos toda la lógica de también trabajar interdisciplinariamente con organizaciones, con organizaciones tanto públicas como privadas que trabajan en este tema, también a nivel legal. Y tenemos mucha soledad. El tema de la soledad, ahí si es más Quito, porque nosotros recibimos llamadas de varias provincias y también internacionales, recibimos llamadas de América. Como también tenemos la página... O sea, puedes hacerlo a través de chat o también puede ser a través de la llamada, también tenemos, por ejemplo, gente que se contacta más por Internet, porque tenemos nuestra página Facebook. De América Latina y de España. Ya de otros países tuvimos un par de llamadas de Suiza, pero eran más ecuatorianos que viven en Suiza y también de gente de Alemania. Pero básicamente son España, Bolivia, Argentina, Venezuela, que también se comunican con nosotros. Pero la gran mayoría son ecuatorianos. Y la gran mayoría es de Quito. Y también las provincias que están más afectadas, Guayas y Manabí también.

**Persona 4** [00:27:07] Si hay una limitante en nuestra historia del centro, que no sé si conoces el CPA, es la casita amarilla que está en la esquina no? Nosotros antes de cerrar teníamos... Porque nosotros -nuestro objetivo- es de atención comunitaria, teníamos atención muy diversa. Venía gente de todo lado y de distintas...acceso económico. Entonces venía gente que no podía pagar una consulta psicológica y nosotros estamos aquí. Es nuestro, es nuestro... es uno de nuestros objetivos. Atender a todo el mundo. Y gente si con trabajo y bien. Entonces digo bien a nivel económico. Que podía pagar una consulta privada. Entonces hay de todo. Yo creo que la pandemia sí nos limitó. Tenemos un grupo poblacional al que no podemos llegar. O sea, hay gente que no se puede conectar por internet. Hay gente que no tiene acceso a internet ni a teléfono y eso sí es una limitación. Hemos intentado trabajar con organizaciones, con fundaciones y a través de las fundaciones que podemos tener acceso a ellos. Pero es limitado, yo creo que esa si es una limitación en el trabajo en la actualidad con comunidad, sobre todo con comunidades vulnerables. La PUCE no... Nosotros como centro de psicología no hacemos atención presencial, hemos hecho todo virtual, cambiamos radicalmente nuestros dispositivos. Antes hacíamos todo presencial, ahora le hacemos todo virtual, hacemos a nivel de teléfono, teleasistencia y también a través de internet y evidentemente a través de Zoomy y todas las terapias. Pero esa sí es una limitación. Sí, es una limitación.

**CH** [00:28:56] [00:28:56]Y más allá de este período que estamos viviendo, que parece que se extiende hasta un año más, dos años más. ¿Quién sabe cómo será? Pensando en el futuro.

¿Cuáles serían estas barreras que tenemos que superar en términos de salud mental comunitaria? Ya en un entorno normal. [21.6s]

**Persona 4** [00:29:22] Hay algunas cosas. Ahí si me tocas mi tema maravilloso, es que me encanta. Claro, no, lo que tenemos que aprender es salir a trabajar en las comunidades, salir a trabajar con las comunidades, no en las comunidades, con las comunidades. Esa es la lógica de la investigación acción. Tenemos que, o sea, bueno, ahí si te hablo como psicóloga y como profesora, como docente, hay que formarles a las generaciones para que salgan, para que trabajen en la comunidad, para que aprendan a co construir con las personas. ¿Para que? Para que no haya este divorcio entre el saber académico y la realidad. Y yo creo que el CPA es una puerta importantísima, digo para la psicología en la Facultad de Psicología de la PUCE, porque nosotros somos el cable a tierra. Aquí nosotros recibimos a las personas, cualquiera que sea y podemos ver lo que está pasando afuera. Es la realidad, o sea las problemáticas que nos vienen, las personas, el sufrimiento es lo que está pasando ahorita. Entonces ahorita o pre pandemia o post pandemia, en la pandemia. Es lo que está pasando, entonces es ideal y es parte también de nuestra responsabilidad como academia. El poder dar una... No es una solución, porque la solución la construimos con ellos, si no es una respuesta desde la academia de que se puede hacer. Yo estoy convencida de la importancia de un acercamiento y de un trabajo igual... O sea, un trabajo que nos permita... Que no nos ubique como académicos arriba, sino que nos permita trabajar conjuntamente con las comunidades para construir con ellas. La investigación acción para mí es la línea. La PUCE tiene también esta lógica de la investigación acción, pero también trabaja con el aprendizaje servicio. Y yo creo que esas dos líneas son bien interesantes cuando trabajamos a nivel comunitario.

**CH** [00:31:34] [00:31:34] En qué consiste intervención de tipo con la comunidad, ¿en qué se diferencia de estas intervenciones normales? [7.6s]

**Persona 4** [00:31:44] En las intervenciones normales, normalmente vas ya con un diagnóstico previo del orden de la comunidad. Diagnóstico hecho desde afuera. Con una visión de saber, de yo sé lo que es bueno para ti o para ustedes y vengo con la solución externa a la comunidad. ¿Qué implica esta esta otra lógica? Implica que llego a la comunidad. Me acerco a la comunidad y trabajo con ellos desde el tema del diagnóstico. Es decir, cuáles son las problemáticas? Hay algo que les gustaría trabajar? Hay algo que les interroga? Hay algo que quisieran cambiar? Y en base a las problemáticas que ellos mismos sacan, el ir viendo alternativas que ellos mismo den. Es bien interesante, no? Te voy a contar un ejemplo pero esto no pasó con la PUCE, sino antes, cuando yo trabajaba en una ONG. Para que veas la diferencia de intervenciones. Yo trabajaba en programas para la erradicación del trabajo infantil. Y entonces, había por ejemplo, el basural de Manta. Ahí trabajaban todo un grupo. Eran familias de recicladores, Carolina. Familias enteras. Y ahí eran generaciones, desde los niños chiquitos. Dos o tres años. Hasta los abuelitos. Toda la familia trabajaba reciclando en los basureros, en el basural. Pero el basural es inmenso. Sí. Y además, imagínate, ahí hay tractores y cosas. Y entonces ahí estaba trabajando en una organización y yo estaba dentro de una lógica de atención psicológica. Y entonces, una de las cosas que sucedió fue que un día el tractor aplastó a dos niños de dos años que estaban ahí. No le vio, no les vio y los dos niños mueren. Entonces se armó un relajo totalmente, vino al municipio y bueno... Y el municipio decidió entonces prohibir que los menores de edad entren al basural y que tenían que dejar, problema de ellos, donde sea los niños, pero no podía entrar. Y se armó un relajo porque las familias... Esto era un tema de años y de años, seguían ingresando los niños y las niñas y los adolescentes, porque era la lógica de ellos. Y nosotros entonces nos acercamos ahí para ver alternativas junto con ellos. Y la alternativa salió de ellos y fue la siguiente: ok, sí, para los

niños chiquitos es muy peligroso esto. Entonces vamos a armar una especie de guardería. Pero fíjate, la guardería era organizada por ellos mismos, con hombres y mujeres de ellos mismos, y se turnaban. Por ejemplo, si tú y yo trabajamos ahí, el lunes tú hacías turno, el martes, yo hacía turno el miércoles hacía otro el turno... Y estaba a la entrada del basural. Entonces llegaban las familias, les dejaban a los niños con sus pares y entraban las familias, los adultos y los niños se quedaban ahí cuidados entre ellos. Y fue la única manera. Fue la solución de ellos, fue la única manera en que esto se pudo... Variar. En que se buscó una solución con ellos, porque las soluciones externas no tienen sentido. Y ese es el problema de la política pública del Ecuador, en que a nosotros nos llegan ideas maravillosas realizadas por alguien en el Ministerio que sólo tiene pura experiencia teórica o que vienen del exterior con un título maravilloso, porque nunca ha trabajado en comunidades. Todos vienen con unas soluciones lindísimas, pero que no tienen sentido. Entonces a eso me refiero cuando hay que trabajar con la comunidad. Sí, y hay que meterse en la comunidad.

**CH** [00:35:52] Tratando de pasar este debate que es súper grande, que no es solo en la psicología, sino que en todas las disciplinas que experimentamos estos desafíos. ¿Cómo podemos trasladar esto a la política pública? ¿Cuál es el estado del arte, de nuestra política pública? Y cómo podemos trasladar estos aprendizajes reales?

**Persona 4** [00:36:19] Yo creo, y esa es mi experiencia, yo tengo 51 años. Cuando yo comencé con todo este movimiento dentro de lo social y trabajo comunitario, no había una real política pública, no existía. Yo creo que en los años 90 comenzó a darse algo, en los años noventa hubo todo un movimiento. Te estoy hablando más del tema de derechos de niños, niñas y adolescentes, no? Y si comenzó, si comenzó, si comenzó a moverse con todo el tema del Código de la Niñez. O sea, si hubo todo un movimiento, bien interesante, pero que no venía de lo público, sino venía de las ONG privadas y con relación a todas las intervenciones y las experiencias que ellos habían tenido. Y sí, se lograron cosas cuando se propuso el código. Sin embargo, esto sí se ha ido diluyendo. Lastimosamente el tema de la política pública está muy atravesado también por la lógica de la política partidista y ahí se nos desbarata todo. Porque realmente dependen... No tenemos una noción de Estado, sino depende del gobierno de turno y depende de la ideología de turno. Y depende de si el presidente está de acuerdo o no está de acuerdo para que estas políticas puedan, no sólo afianzarse, sino irse puliendo. Claro, por ejemplo, es escandaloso. Te lo digo porque yo he estado 15 años en el tema de la erradicación del trabajo infantil. O sea, cuando un gobierno dice ya no existen niños trabajadores es escandaloso y es muy doloroso, muy, muy doloroso. Cuando dicen volvieron a aparecer, siempre han estado ahí. Yo creo que la política pública del Ecuador, si bien intentó y si tiene ciertas bases que se fueron creando en los años 90, 95 y después poco a poco, se vieron contaminadas por el tema partidista. Yo soy positiva. Veamos qué pasa a futuro. Yo soy positiva porque algo tiene que darse. [00:38:47] Tenemos unas bases. Hay que seguirlas construyendo y yo creo que eso también forma parte. Ahí si te lo digo desde donde estoy. También es una responsabilidad de la academia el opinar y el decir. Es una responsabilidad también de la sociedad civil. No solamente es un tema del Estado. [16.2s]

**CH** [00:39:05] Aquí, en un futuro mediano o largo plazo no tan próximo. ¿Cómo se presenta el panorama de la salud mental en el contexto local?

**Persona 4** [00:39:19] Yo creo que la salud mental es más responsabilidad. Lastimosamente, ahorita, es más responsabilidad de los entes privados que de los públicos, porque en las instancias públicas no hay estabilidad. Hay demasiado cambio y es la típica crítica de siempre

Caro, que siempre ha pasado. Llegas y comienzas de cero, borras todo el trabajo anterior y comienzas de cero. Entonces siempre es un ciclo agotador en donde también está y cuenta mucho los narcicismos de cada uno. Llega alguien nuevo y dice "Todo lo anterior no sirve". ¡Si hay cosas que sirven! Pero no sirve. Borro todo y comienzo de cero, pero no me quedo más de un año o un año y medio y eso no sirve. Y entonces llega el otro, borra y entonces es un ciclo. Es una lástima, pero así pasa en lo público. En cambio, lo privado yo creo que sí está tomando fuerza. Yo creo que la academia está tomando fuerza y yo creo que otra vez las ONGs están tomando fuerza. Entonces vamos a ver si a través de eso, de ese movimiento y de las nuevas generaciones que han sido ya formadas dentro de un discurso de derechos, se sigue construyendo cosas.

**CH** [00:40:39] Ya un poco para ir cerrando este tema que es más general. [00:40:46]¿Cuáles serían cinco palabras que para ustedes escribirían la salud mental? [4.1s]

**Persona 4** [00:41:01] (Risas) [00:41:12]Acompañamiento. Respeto. Diversidad. Sufrimiento. Reconocimiento. [13.0s] ¿Cuántos van?

**CH** [00:41:31] Cinco. Y ahora cinco más que se opongan a estas.

**Persona 4** [00:41:37] [00:41:37]Enfermedad. Trastorno. Diferencia. Anormalidad. Soledad. [8.1s] Qué bonito, después me tienes que mandar todo el mapa que saques. Súper buena idea, súper buena idea.

**CH** [00:41:59] Ok, hasta ahora veo dos palabras que ya he encontrado en otras, en otras definiciones.

**Persona 4** [00:42:07] ¿Cuáles?

**CH** [00:42:07] Esto va a ser trampa. Pero si, si fue la idea de enfermedad que se opone a lo que la gente cree.

**Persona 4** [00:42:24] Qué interesante! Bueno, bueno, qué bueno.

**CH** [00:42:27] Y otros que he encontrado en otros testimonios son empatía. Mucha gente me habla de la empatía. Bien. Vamos viendo cómo se construye esto. Ahora, si ya para terminar. [00:42:39]¿Para usted hay alguna relación entre el ambiente, la contaminación ambiental y la salud mental? [7.2s]

**Persona 4** [00:42:51] Claro que sí. Claro que sí. Pero este si es un testimonio más personal. Fíjate que yo hice mi maestría y mi doctorado en Bélgica, en Lovaina. A mí nunca se me había ocurrido antes el articular el tema de lo psicológico con el ambiente. Pero Bélgica tiene un clima horroroso, horroroso, es horroroso. O sea, siempre llueve, siempre, siempre. Y los belgas se quejan mucho y apenas sale sol, salen rapidito a tomar sol. Y claro, oscurece súper temprano cuando estás en invierno. Y si, claro. [00:43:28]Es decir, el tema de la oscuridad, el tema de la contaminación, el tema del ruido que afecta directamente al tema psicológico, a los estados de ánimo, a la percepción. [13.1s] Yo tengo un colega, te sigo dando pistas. Emilio Salao, él trabaja aquí, es terapeuta del centro y él hace investigaciones con relación a psicología ambiental. Si te interesa. Él ha trabajado con todo el tema de los desastres naturales. El trabajó el tema del terremoto, el terremoto que tuvimos en 2016 en lo que pasó aquí en octubre del 2019. Tú sabes, el CPA también estuvo aquí y Emilio también estuvo y

ahora está trabajando con la pandemia. Entonces Emilio trabaja en la lógica de psicología ambiental. Capaz que también te interesa el hablar con él sobre estos temas.

**CH** [00:44:24] Muchas, muchas gracias. (Despedida)

## Persona 5

**CH** [00:00:00] Listo. Entonces tengo un par de preguntas si alguna no desea responder la pasamos sin ningún problema.

**Persona 5** [00:00:08] Ok.

**CH** [00:00:08] Lo primero que quisiera tener es un perfil cortito. ¿Cuánto tiempo lleva en este campo de la psicología? ¿En qué área trabaja?

**Persona 5** [00:00:19] Ya, ok. Bueno. Mi nombre es Persona 5, soy psicólogo clínico de formación de base, digamos, de grado. Estudié en PUCE, entonces evidentemente me formé bajo el paradigma psicoanalítico. Desde más o menos en el 2008 hago el ejercicio de la consulta privada, pero también he trabajado en este campo que se llama la psicología comunitaria, entre comillas. Yo diría que es una psicología dirigida a comunidad más que comunitaria o diferente comunitaria. Porque lo he hecho evidentemente siempre desde este paradigma psicoanalítico. Trabajé durante unos ocho años en todo lo que tiene que ver con erradicación progresiva del trabajo infantil y trabajo adolescente. Mi primera experiencia, sobre todo, fue en el campo de las organizaciones no gubernamentales y el trabajo de política pública sobre eso y a partir de 2015, pero con mucha más fuerza a partir del año 2016, empezó a interesarme la psicología ambiental. Así bien trabajo en distintos campos. Solo haré énfasis en este porque este es de su interés. Entonces esto sería partir del terremoto del 6 de abril del 2016 en Manabí y Esmeraldas. Entonces, un poco en base a la experiencia previa que había tenido en el abordaje comunitario y también por mi trabajo en contextos de violencia armada fui llevado junto con una brigada a los primeros días del terremoto, una brigada conformada por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y psicólogos. Entonces, yo estaba a cargo del equipo de atención psicológica que estaba en ese proceso y que teníamos un equipo de rotación y esa experiencia, si bien tuvo sus tintes traumáticos, no voy a negar. También marcaron muchísimo mi interés por toda esta cuestión de los desastres en un principio y no lo veía necesariamente como algo asociado a la psicología ambiental. Pero empecé a averiguar sobre estos. Entonces, a partir de eso he trabajado mucho, si el tema de psicología ambiental, pero enfocado al tema de desastres específicamente. Pero de eso (...) algunas reflexiones que me han permitido entender cuáles son las relaciones que existe entre los seres humanos. No, no, no entender. Diría plantearme preguntas, alrededor de las relaciones entre seres humanos y lo que entienden por naturaleza o lo que llaman naturaleza también colocando la palabra naturaleza entre comillas. Por otro lado, también tengo amistades que son biólogos y me pasa un poco lo que usted. Si bien no soy un biólogo de base ni un genetista. La conversación con ellos siempre me ha traído un interés e por estos temas no, pero nunca podría decir que podría hablarlo con un conocimiento ni siquiera básico de la biología, sino hablaría siempre como un psicólogo sobre este tema. Evidentemente, para poder como construir mi propia perspectiva sobre la psicología ambiental, he tenido que hacerlo a mi estilo, a lo que para mí es sensible, diferente a lo que suele ser la psicología ambiental en el resto del mundo. Es básicamente basada en la psicología cognitivo conductual, la cual diríamos, se centra muchísimo en los comportamientos de los seres humanos individual y colectivamente, que generan impactos ambientales. Y cuáles son los impactos ambientales de esos comportamientos. Y por otro lado, la psicología social, que un poco enfoca el tema de la psicología ambiental, desde si las relaciones con el ambiente, pero también desde las relaciones de comunidad, y como que esa se me ha hecho un poco más sensible. Pero a mí me ha parecido muy importante analizar la relación sociedad naturaleza también desde un enfoque psicoanalítico. Pero me ha tocado también como des... Como

digamos abrimos del enfoque clásico del psicoanálisis, porque me parece que ya no puede aportar mucho para lo que es ahora y poder dialogar con otras teorías como la teoría de las mediaciones de Jean (...). La antropología ambiental, y digamos, en general, la antropología, la sociología. Entonces esos discursos se han hecho muy importantes para mí, justamente para poder construir mi propia perspectiva.

**CH** [00:04:48] [00:04:48] En esta, construcción que entiendo que es un proceso que todavía está ocurriendo, de manera preliminar, ¿cuáles serían estos hallazgos que se encuentran entre ser humano y su relación con la naturaleza? ¿Qué es lo que observamos desde la psicología ambiental? [15.4s]

**Persona 5** [00:05:05] Bueno, es una pregunta exigente. Creo que es una cuestión particular. Es decir, que no puede generalizarse cuáles son las relaciones colectivas con el tema de lo que entienden por naturaleza o lo que entienden por ambiente, sino que es el trabajo uno a uno. Y esa es creo que un poco la idea de trabajarlo desde una psicología de enfoque psicoanalítico es particularizar las miradas y las relaciones. [00:05:32] Entonces, en ese sentido, me ha parecido muy llamativo cómo en algunos lugares, en las relaciones con lo que entienden por ambiente o lo que llaman ambientes o llaman naturaleza, están organizadas también para la vida social. Es decir, asimismo, cómo se organiza la relación con el ambiente. Hay una profunda relación de esa forma de organización con lo que también entienden por comunidad, lo que entienden por familia, lo que entienden por espacio privado, por espacio público. Eso me ha parecido siempre llamativo respecto a que no son elementos tan distantes. Generalmente en las concepciones así muy clásicas de, digamos, de, por ejemplo, la de (...) de pensar que existe... Acá es el cuerpo y acá es la mente, eh? Acá es la sociedad, acá es la naturaleza. Creo que hay nuevas lecturas que pueden permitirnos de entender de que no estamos tan lejos el uno del otro y que además hay otros conceptos que nos pueden ayudar a plantear esas reflexiones. Por ejemplo, el concepto de holobionte, que es esta idea de que vivimos (...) de que hay especies que tienen relaciones simbióticas, pero hay otras especies también que tienen en las relaciones holobionticas, es decir, que no se conciben como individuos, sino que es al mismo tiempo individuo y colectivo. [83.8s] Y me parece que en la tradición, en la herencia que tenemos de la tradición occidental de pensar en los individuos, por ejemplo, cuando vemos un cactus, entonces pensamos que este cactus es un individuo. Sí, pero en realidad lo que puede ser en realidad una parte y es parte de una red. Por ejemplo, si observamos un cactus en su ambiente natural, vamos a ver que está junto a otros cactus. Entonces es la relación entre estos cactus, pero también otras cosas que están debajo de la tierra, las que conforman una red. Y esa red es lo que podría configurar, lo que entendemos por individuo. Entonces, al mismo tiempo son individuos y al mismo tiempo son varios. Y no puede, no puede, como entenderse bajo nuestros propios parámetros, a veces binarios, de yo o tú o de uno y colectivo, sino que lo uno y lo colectivo son lo mismo. Y me parece que el estudio sobre la Simbiogénesis de la biología creo que aporta muchísimos datos para entender cómo nosotros hemos concebido a la naturaleza. Pero tal vez la naturaleza no está organizada como nosotros la pensamos. Es decir, al pensar, por ejemplo, sobre todo en las plantas es distinto en los animales. Los animales, tal vez es más pensable biológicamente cómo nosotros construimos la noción de individuo. O sea, tenemos un gato, un perro, una gallina, vemos un bisonte o vemos a un rinoceronte. Incluso en los animales, a veces en algunas especies pueden entenderse que existe también una formación colectiva en donde no solamente se entienden como individuos, sino que al mismo tiempo se entienden como una red pensante. Sí, entonces lo que pasa también en el mundo vegetal y esos son creo que avances interesantes para pensar también... Lo que decimos de naturaleza, tal vez es una construcción, sí, es una construcción. Esto es muy fácil decirlo y es lo más clásico y es casi un cliché decirlo, pero significa que lo hemos construido

en base a una noción de lo que nosotros entendemos por individuo y colectivo. Eso en una dimensión. Y a mí me parece muy interesante el trabajo de Judith Butler y de... Como es Rosi la que escribió lo post humano, donde también puede entenderse un poco la idea de que tenemos unas relaciones mucho más profundas con lo que entendemos de naturaleza y que no son tan distantes. Creo que uno de los vicios que tiene el psicoanálisis, por lo cual le comentaba que me parece que justamente ya no alcanza la teoría psicoanalítica Lacaniana para explicarlo, es este concepto de real, simbólico, imaginario. En donde la naturaleza vendría a ser esto real. Pero lo real en el mundo, en el psicoanálisis, es algo que no puede. Eh? Como diríamos atraparse a través del lenguaje, no puede representarse a través del lenguaje. Es decir, siempre queda un resto que no podemos representar. Eso es un poco lo real. Y esta noción lacaniana de lo real instituye la idea de que nosotros no somos parte de la naturaleza, sino que además estamos en una distancia de la naturaleza. Y me parece que después del año 2000, 2001, 2002, a través de la creación de este concepto de Crutzen y Stoermer, que es el Antropoceno, se entiende que nosotros es que vivimos en una distancia con la naturaleza, sino que vivimos en una relación de alienación con la naturaleza. Entonces, en estas relaciones tal vez no sólo existe la alienación, sino además existen otras relaciones muy profundas y a mí me parece muy interesante. [00:10:38] Cuando analizamos, por ejemplo, los trabajos de Eduardo Kohn, también de Philippe Descola. De otro antropólogo que es (Eduardo) Viveiros de Castro, que la idea de la relación con la naturaleza también está basada en la influencia que la naturaleza tiene sobre nosotros y no solamente en la alienación que nosotros generamos sobre la naturaleza. Por ejemplo, Eduardo Kohn plantea la idea de que los perros influyen a los seres humanos. [33.8s] Por ejemplo, en su investigación sobre una comunidad ubicada en Pastaza, en la Amazonía, pues dice... Tiene un texto que se llama "Que sueñan los perros". Entonces habla mucho sobre cómo las personas interpretan los ladridos de los perros y además toman decisiones económicas, tomando en cuenta que la casa, por ejemplo, es una actividad económica para algunas comunidades de la Amazonía. Y entonces esto significa que hay una influencia de la naturaleza muy fuerte sobre los seres humanos (...). Entonces el hecho de que nosotros formemos unas onomatopeyas sobre los sonidos animales, tengamos unas impresiones sobre las plantas, también implica que no solamente nosotros representamos a la naturaleza, sino que la naturaleza también nos empuja a construir unas ciertas representaciones, a armar unas ciertas relaciones. Entonces la naturaleza deja de ser algo pasivo, de lo cual los seres humanos nos apropiamos y también podemos ver estas propias influencias en nosotros. [00:12:15] Entonces, esto me parece llamativo y un poco en lo que se ha encontrado sobre esta comparación, ahora que se hace entre tecnología y naturaleza, se puede ver que también estas nociones que nosotros construimos sobre la idea de red no nacen solamente de nuestros avances o desarrollos sociales, culturales y tecnológicos, sino que son influenciados por el entendimiento mismo de la red vegetal. (...) [24.1s] del mundo viene del mundo vegetal. Hay influencias muy profundas en algunos aspectos que pensaríamos que son súper distantes de lo natural.

**CH** [00:12:49] [00:12:49] Cuando hablamos de ambiente, creo que trasciende la idea solo de lo natural, como plantas o animales, sino que ya vemos como otro componente que ya no es tan natural, que son los espacios que nosotros construimos. ¿Cómo se ven desde la psicología ambiental estos espacios? Por ejemplo, las ciudades, porque vivimos en entornos tan urbanizados y tantas personas vivimos en estos entornos. ¿Cómo los miramos? ¿Cómo los analizamos? [28.5s]

**Persona 5** [00:13:19] También eso es ambiente, no? O sea, creo que justo tal vez la palabra ambiente ayuda a entender mucho más lo que nosotros entendemos por nuestro entorno y que no limitemos a esta palabra naturaleza, no? Primero, a mí me parece que podemos hablar de

ambiente, de dos tipos de ambiente, no? El ambiente que podríamos decir en su estado natural sí, y el ambiente que nosotros mismo gestionamos. A mí me parece que el concepto de espacio, que es un concepto bien interesante, plantea la idea de que espacio solamente es aquello que los seres humanos modifican para poder construir un espacio justamente. Es decir, el espacio no es algo que está presente en dimensiones, no es algo que está presente en una medición, diríamos, geográfica. El espacio es todo aquello que nosotros hemos logrado o apropiarnos o alterar o modificar. [00:14:12]Entonces, a mi punto de vista, como dicen por ejemplo algunos antropólogos la idea de dividir ciudad y mundo rural ya es caduco, porque a veces se entiende como que las ciudades es la modificación profunda de la naturaleza o el ambiente y el campo es por poco la preservación natural de como suele ser el ambiente y en realidad ambos son bastante alterados por los seres humanos. Entonces, a mi punto de ver, la idea de analizar el ambiente, en este caso hablando del ambiente urbano, también es entender las relaciones que se establecen con los espacios, también con otras especies. Sí, y también con otras otras representaciones, como el aire o el sonido. [46.2s] A mí me ha parecido muy interesante cómo trabajan algunos estudios urbanos. La idea del sonido en la ciudad sí, y como se centra muchísimo sus estudios en poder comparar los sonidos de un espacio y otro, sea de sonidos de espacios más comunitarios con el sonido de las autopistas o el sonido de los centros comerciales. Entonces esto, claro, estos son ambientes distintos, no? Que interactúan permanentemente. Y me parece que también para pensar la cuestión urbana es necesario pensar qué es lo que se ha representado sobre la ciudad? O sea, de nuevo, la ciudad no es precisamente un espacio representado con virtud. De hecho desde los orígenes las ciudades han representado como algo medio diabólico, como algo del mal, como algo peligroso. Entonces, estas representaciones de ciudad también tienen que ver con lo que nosotros percibimos ahora o los juicios que hemos construido ahora sobre ciudad. Como: Ciudad es algo contaminado, ciudad es algo peligroso. La ciudad digamos, está y sigue investida, y yo creo que tiene unas nuevas investiduras que tienen relación con esta idea de que la ciudad es siempre algo que no es... Que es algo como del diablo, sí? Y el campo, es algo noble, es algo virtuoso. Estas representaciones son complejas, pero por ejemplo, algo que me he dado cuenta en las investigaciones sobre espacios de lo que entendemos entre comillas como rural - Manabí-, sí y por en toda esta parte de San Isidro, lo que vemos es que el mundo rural, entre comillas, no es un mundo más sano, ni más natural, ni menos contaminado. O sea hablamos de por ejemplo, contaminación de suelos, deterioro de las capas de suelo que permiten la fluidez de los ríos, por ejemplo del río Jama, que cada vez se va secando. Serios problemas ambientales, también problemas con bacterias, con virus, con gérmenes. Y por otro lado, los problemas sociales. O sea, a veces se piensa que el campo es, entre comillas, el espacio en donde no hay los vicios de la ciudad. Pero nosotros vemos en el mundo rural que hay drogas, que hay incesto, que hay abuso sexual, que hay asesinato, que hay delincuencia, que hay una vida política compleja. En el fondo hay un montón de representaciones que hacen que un lugar sea más virtuoso y otro más vicioso. [00:17:35]Pero me parece que justamente el análisis sobre estas representaciones, sobre lo que entendemos de ciudad, son necesarias para también entender nuestras relaciones con estos espacios o con estos ambientes, no? [13.3s] Eh, creo que eso determina también unas actitudes y comportamientos. Por ejemplo, hay un... Bueno, el trabajo de Alfredo Santillán, que también está ahí en FLACSO, no? Seguramente, algún rato recibió clases de él o va a recibir clases de él. Él tiene un trabajo que es sobre el norte y el sur de Quito. Creo que se llama... Algo sobre la sensibilidad y el estigma, que de hecho era su tesis doctoral. Pero ahora ya se publicó como libro. Él habla mucho sobre las representaciones del norte y del sur de Quito. O sea en un análisis, así como diríamos muy técnico, podemos ver que las cantidades de agua, que las calidades de la construcción, también incluso la movilidad o las vías de acceso, en realidad son iguales. Pero las representaciones son diferentes. Entonces, cómo se construye el estigma sobre el sur y cómo

se construyen las representaciones sobre el norte, no se basan en hechos reales ni se basan en una apreciación técnica de la vida urbana, sino en representaciones históricas que construyen el estigma. A mí me parece muy interesante como hay lugares de la ciudad de Quito que nos pueden ayudar a cuestionarnos esas representaciones. Por ejemplo, el sector de La Colmena, donde, eh, no sé si alguna vez ha hecho el tour de turismo comunitario de La Colmena, que hace un tour por todos los barrios (...) (Empieza desde el Mueso Templo de la Patria) Desde ahí empieza el tour, entonces van bajando, pasa por Los Ángeles, pasa por el primer prostíbulo de Quito en la época republicana, que luego se convirtió en una escuela. Y pasa por un mirador. Y esto es curioso, ese mirador es al mismo tiempo un sonador. Hay una condición ambiental en el sector de la colmena que por el viento, por la geografía y por cómo está distribuida la ciudad más abajo, usted puede escuchar hasta una conversación en el mercado mayorista. O sea, es decir, puede escuchar una conversación en el mercado mayorista y además puede escuchar los autos que están en los túneles -pasando por los túneles de San Roque. Entonces hay una cuestión auditiva bien llamativa sobre la vida de la ciudad. Y cuando uno mira la relación de La Colmena con el resto de la ciudad, uno piensa La Colmena como un sector muy lejano al centro histórico, pero en realidad está a cinco minutos del Centro Histórico y es recién desde 1990 que ellos tienen agua potable. Entonces, las percepciones de la ciudad, no se basan en temas geográficos se basan en otras cosas. Entonces, por ejemplo, sobre cómo se concibe estos entornos que parecen lejanos, suelen decirnos que el sur está lejos siempre. Peo de pronto esto que es La Colmena, no es del sur, en realidad es el centro histórico, pero no es del centro histórico. Es el sur, a pesar de que geográficamente no hay forma de colocarlo en el sur. Estamos a la misma altura, casi a la misma altura. La Colmena, Centro Histórico, San Blas, la Vicentina. Estamos casi a la misma altura. Estamos en, digamos, en una misma zona. Sin embargo, un lugar se entiende como norte, un lugar se entiende como centro y un lugar se entiende como sur, a pesar de estar ubicados en el mismo espacio geográfico. A mí me parece muy llamativo estas representaciones, que tienen que ver un poco con las diferencias sociales, el clasismo y otras cosas. Pero además está la idea de construir la ciudad moderna (...).

**Persona 5** [00:22:08] Bueno, hay un arquitecto uruguayo que es el que plantea la idea de que Quito es un laboratorio para construir la ciudad moderna. Entonces, a partir de 1930 se proponen construir la sociedad moderna, que vendría a ser desde el parque El Ejido hacia el norte. Entonces, Odriozola, este arquitecto construye en un plano lo que va a ser el Quito moderno. Entonces todo lo que no es Quito moderno queda atrás. Eso es lo que construye la idea del norte y el sur en Quito. Y además de que hay lugares, que a mí me parece, que tienen por esas mismas representaciones unas nociones sobre lo que se entiende por ambientes. El ambiente de la ciudad es una cosa en el sur y una cosa en el norte, a pesar de que incluso en la medición, por ejemplo, de contaminación, en realidad el norte de Quito tiene mucha mayor contaminación que el sur de Quito. De hecho el lugar más contaminado de Quito, tengo entendido, es la Mitad del Mundo. Pero las representaciones son otras (ejemplos) "El sur de Quito tienen más smog", "el aire está más contaminado". Digo esto entre comillas. El agua es menos limpia. Pero en realidad nosotros tenemos las mismas fuentes hídricas en el norte y en el sur (creo que sí). [00:23:33] Me parece que ahí estas construcciones determinan unas relaciones con los ambientes. Recuerdo de una paciente que indicaba que cuando se iba para el sur se sentía más enferma por la contaminación del sur. [14.1s]

**CH** [00:23:50] Justo sobre eso tengo como una duda, porque no es la primera persona que me comenta eso. Otra persona también que brinda atención, me decía que las pacientes le comentan esto. Que dicen: "No, es que yo veo la basura y esto" o el ruido. Yo puedo hablar desde mi experiencia, el ruido a mí me molesta, pero no puedo decir "El ruido molesta a el

todo el mundo". El ruido me molesta a mí. ¿Quién sabe el resto? Pero creo que es más o menos evidente que a la gente le molesta, se percibe, (la gente) es capaz de percibir el ruido, la contaminación ambiental, ver el smog y que eso genere algún tipo de malestar en la persona. Mi duda es: Toda esta literatura que yo comentaba y que dice "es que el material particulado, es que el dióxido de carbono..." se centra mucho en decir esto es un problema ya sólo cuando vemos que hay relaciones, asociaciones fuertes con casos de esquizofrenia. [00:24:57] Pero no lo toman como un problema cuando dicen esto podría estar afectando al estado emocional de las personas, a depresión, ansiedad. ¿Es posible que esto esté afectando a las personas a este nivel? Que pueda estar influenciando en la incidencia en casos de depresión, ansiedad... [19.1s]

**Persona 5** [00:25:20] Ya, a ver, creo que es posible, pero tal vez las personas no van a decir es porque vivo acá, que estoy así o porque estoy en tal espacio, estoy así. Pero me parece que hay otras representaciones de por medio u otras significaciones de por medio. Que tal vez tienen relación con lo que usted pregunta. [00:25:42] Una, es que el lugar que las personas tienen en la vida social tiene muchísimo que ver con su sensación de bienestar o malestar, y eso es evidente. [12.2s] Entonces, sobre todo para personas que tienen que hacer cambios bastante fuertes en su estilo de vida, porque o pierden el trabajo, o porque hay una situación específica como la migración o cuestiones relacionadas a la movilidad humana, tienen que modificar el espacio. Tienen que irse y vivir en otros lugares, ir a un ambiente totalmente diferente. La relación con ese ambiente esta en función siempre de cuál es la historia que le coloca en ese ambiente. Antes que el ambiente en sí. Entonces, por ejemplo, nosotros podemos encontrar que las personas que sienten que no están en el espacio social en el deberían o al que dicen pertenecer van a presentar algunos síntomas o malestares respecto al lugar en donde viven. Por ejemplo, uno de los sentimientos de malestar más fuertes, me parece que es la vergüenza. La vergüenza de decir dónde vivo. O sea, creo que esta es una de las cosas más más difíciles. La otra es también el tema del, no solamente de donde vivo, que es la que la dirección de la casa, sino también donde vivo, lo que es el ambiente interno del hogar. Por ejemplo, para muchos jóvenes de clase media y media alta que van de Ecuador a países europeos para un tema académico, no por trabajo, sino simplemente para estudiar su posgrado o estudiar su doctorado. Tienen que modificar mucho su estatus de vida en el país europeo. Entonces ya no están en la casa en que vivían, ya no están en el departamento que tenían, sino que ahora están en un cuarto que además cuesta casi 800 euros. Entonces, además es carísimo, es pequeño, es ajustado. Entonces, para muchos, suele ser muy difícil ese cambio brusco de estar en un espacio privilegiado en su vida en Ecuador y pasar a un espacio no tan privilegiado en su vida en Europa. Cuando van a España o van a Bélgica o van a Francia. Acostumbrarse a esto les cuesta. Pero tiene que ver más con, primero, el cambio repentino del estilo de vida y por otro lado, con una sensación de cambio del status. Porque incluso las personas más progresistas, que además podríamos decir, son aparentemente más abiertas, son abiertas siempre y cuando mantenga su estatus. Y el estatus social es una cuestión inconsciente. No es una cuestión consciente. Puede haber elementos conscientes en el status, pero cuando hay una modificación profunda sobre la vida cotidiana, el cuestionamiento sobre el status social es algo que genera muchísimo dolor. Hay personas que se adaptan mejor y otras que no. Que no lo toleran. [00:28:58] A mí me parece que va por ahí un poco el tema con el ambiente, es sobre todo cuando el lugar en donde estoy altera el concepto que tengo de mí mismo. [9.4s] Y el estatus en muchos es justamente uno de los elementos más fuertes. Pienso también en otro tipo de migrante que es el migrante que se va por trabajo. Hablamos, por ejemplo, los migrantes entre 1999 y 2005, que fueron España, fueron por temas estrictamente económicos. Ahí vivieron otras realidades. También tuvieron que vivir hacinados. También pasaron por la precariedad y todo eso. Pero lo curioso es que las experiencias en esos

ambientes construyen un valor. En lugar de ser algo de lo que siento vergüenza. Es algo de lo que siento orgullo porque sobreviví, porque pasé, porque puedo aportar a mi familia. Puede enviar remesas. Entonces tiene otra connotación. También hubo personas que acá tenían un estatus de clase media y media alta y tuvieron que irse a España por trabajo para poder mantenerse y estas personas también sufrieron los cambios, Pero siempre el impacto en una primera etapa es muy fuerte. Ahora, en el campo de la psiquiatría y de la psicopatología. (La psicopatología es esta rama de la psicología que se centra en las enfermedades mentales). Hay algunas cosas que se pueden identificar en lo que se suele llamar la psicosis y esquizofrenia. Una de ellas es que generalmente las personas que ya tienen una condición psicótica, es decir, que ya tienen una predisposición al desarrollo de cuadros psicóticos, estos cuadros psicóticos se activan cuando sufren un cambio ambiental profundo. Por ejemplo, irse a estudiar a otro país. Por ejemplo, mudarse de casa, casarse. Porque también el tema del ambiente está en función de las relaciones. Entonces usted puede vivir en su casa sola. Pero momento en que una persona se va a vivir con usted, la relación con ese ambiente se modifica profundamente y esto también altera psíquicamente a las personas. En el caso de la psicosis, y la psicosis paranoica especialmente, siempre existe un elemento ambiental que la activa. Es un cambio profundo en la realidad cotidiana. Es decir, en lo suele ser el ambiente acostumbrado. Igualmente en el caso de la esquizofrenia, pero en esquizofrenia hablamos más bien de un proceso, digamos, es progresivamente que se desarrolla la esquizofrenia. Pero la psicosis paranoica tiene siempre una activación de un elemento importante en la vida cotidiana y es un elemento ambiental, es decir, el cambio de lugar, cambio de relaciones con otras personas, incluso cambio en la etapa de la vida. Si, por ejemplo, pasar de la adolescencia a la etapa adulta, pasar del colegio a la universidad o pasar de la universidad al trabajo. En fin, esos cambios pueden justamente activar el delirio paranoico. [00:32:00]El delirio paranoico se relaciona siempre con la gran dificultad que tiene el psicótico de saber cuál es su lugar en el mundo y se enfoca en construir una idea ficticia, delirante, sobre ese lugar que tienen el mundo. Entonces, en el fondo, la paranoia lo que hace es construir un ambiente. Sí, pero es un ambiente que sólo vive en el interior del psicótico. [28.9s] Y este ambiente tiene que ver con, por ejemplo, lo que puede concebir un delirio clásico. Por ejemplo, el delirio de persecución. Recuerdo un paciente que pensaba... Que se activó su delirio paranoico, justamente porque pensaba que había fotos de sus partes íntimas que estaban circulando en internet y hasta yo llegué a creer que circulaba en Internet porque me lo dijo desde la primera cita. Pero luego, conforme lo escuchaba, me di cuenta de que era una idea que no había forma de corroborar que realmente había sido sujeto de ese tipo de fenómeno propio de nuestra época. Y algo que llamaba la atención y es porque yo he trabajado antes con personas que sufren por poco depresiones e intentos de suicidio después de que se viralizan contenidos sexuales de manera no consentida, hombres o mujeres que quieren suicidarse, pero eso es muy común en nuestra época. Pero generalmente la forma en que se enteran es porque les llega al contenido por otra persona. En este caso, no. No había llegado nunca al contenido. No había evidencia de que ese contenido exista y decía "capaz usted hasta haya visto". La verdad, no lo había visto. Pero, este delirio se enfocaba siempre en la relación con nosotros. Es decir, mis amigos, mis colegas, ya vieron todos en mi trabajo, ya vieron. Por eso se ríen de mí, claro. Era una persona que entraba a un trabajo nuevo y a partir de esa dificultad establecer relaciones sociales, su forma de construir, la idea de que si tiene una relación con ellos, de que tiene un lugar. Y no era cierto, pero tampoco estaba mintiendo. Realmente pensaba y ese delirio estaba enfocado justamente a adquirir un lugar dentro de su trabajo. Sí, aunque se ríen de él, aunque sea perseguido, aunque eso le genere sufrimiento. El psicótico paranoico adquiere siempre un lugar en la vida social. [00:34:39]Por eso construyen estos delirios que además implican siempre una forma de pensar cuáles son las relaciones que los otros tienen con él, no la relación que ellos tienen con los otros. Por eso se considera que es una cuestión de construir

un ambiente. Es decir, se trata siempre de lo que está a mi alrededor, no de lo que yo hago o lo que yo soy. Entonces, este cuadro psicopatológico define algo que no es patológico a la vez es que todos los seres humanos necesitamos tener un lugar en la vida de los otros. Entonces la noción de ambiente se construye siempre en una relación social. Sí? No fuera de ella. [39.1s]

**CH** [00:35:20] Tomando este caso, veo que es algo más individual. O sea, hay poco que desde, mi invento, el municipio e instancias gubernamentales se podría hacer ahí para intervenir o brindar apoyo, más allá de contar con un buen servicio de salud o sistema de salud que esté ahí para la persona cuando lo necesite. [00:35:43] Desde el activismo por los derechos de las personas, con algún diagnóstico o que atraviesa por alguna situación de salud mental, se habla de una gran incompetencia, por así decirlo, del Estado para manejar y para proveer un servicio de atención en salud mental adecuado a las personas que lo necesitan. Y bueno, todos. Educación, prevención, etcétera, promoción. ¿Cómo vemos esto desde la psicología ambiental? ¿Es algo en lo que puede intervenir el Estado o es algo que se gestiona como desde el individuo? [36.7s]

**Persona 5** [00:36:26] (No se entiende el audio).

**CH** [00:36:28] Bueno, ahí creo que está claro que el Estado puede brindar servicio y atención, pero en estrategias de prevención, de promoción... (...) ¿Hay algo que el Estado pueda hacer para prevenir estos cambios que generan malestar? O es más bien algo que tiene que gestionar el individuo independientemente y el Estado se mantiene como una tercera parte que sólo está ahí ya cuando se necesita intervención.

**Persona 5** [00:37:03] Bueno, esto implicaría un poco remarcar o subrayar qué entendemos por el concepto de Estado, no? Pero si entendemos el concepto de Estado digamos, desde la sociología comprensiva, es que los Estados somos todos. Entonces, la cuestión un poco del lugar que las personas con, digamos, cuadros psiquiátricos como la psicosis paranoica o la esquizofrenia, incluso el trastorno bipolar y otras otras formas de estar en el mundo, son psicopatologizadas primero. Sí? Eso es importante. Entonces, ¿qué significa? Que la psicopatologización implica una forma de administrar la vida de estas personas, entonces es la creación misma del hospital psiquiátrico. Según lo diría Michel Foucault en la historia de la locura en la época clásica, la historia del hospital psiquiátrico se fundamenta en la necesidad de hacer de los leprocomios, una vez que se radica la lepra... Volverlo más bien un lugar para colocar ahí a los enfermos mentales. A los locos como llamaban en esa época. Pero esto determina una relación de exclusión con las personas que tienen trastornos psiquiátricos, es decir en la sociedad occidental y occidentalizada como es la sociedad latinoamericana, nosotros copiamos esos modelos. Incluso la primera institución psiquiátrica en el Ecuador, que es el hospital San Lázaro, lleva el nombre de la primera institución psiquiátrica... Una de las primeras instituciones psiquiátricas que existe en Europa. En París. Que era también San Lázaro. Entonces este modelo que tenemos es siempre excluyente. Pero, en otras sociedades, por ejemplo, como Lévi-Strauss estudia en la Polinesia, existen otras relaciones con lo que nosotros entendemos por el loco. Pues, por ejemplo, en algunas comunidades o sociedades el loco es el brujo, el loco es el chamán. Entonces, en lugar de estar excluido, adquiere un papel dentro de la sociedad. Y este papel es lo que le determina que no concebamos como delirio lo que está diciendo, ni como alucinación lo que está viendo, sino que le demos en este caso, en algunas comunidades, se le de este valor místico. Por lo tanto, se ancla luego a la vida práctica y económica. Entonces se toman decisiones también bajo el consejo y la palabra del chamán, lo cual implica que adquiere un nuevo valor, pues ya no es el loco, ya no está excluido. Tiene un lugar en la sociedad. Ahora, en las sociedades occidentales han existido experiencias en

donde se ha tratado de ver cómo se construye la inclusión de personas con diagnósticos psiquiátricos. [00:39:53] En Bélgica, se me escapa el nombre, hay una ciudad, tal vez usted busca luego en Google. Hay una ciudad en Bélgica que es conocida justamente por ser la ciudad donde los pacientes psiquiátricos conviven con la comunidad y viven en casas, en varios barrios. Y esto genera un tipo de relación muy diferente con todo. Es decir, son parte de la comunidad, son parte de los comités barriales, son parte de las actividades de la comunidad, no están excluidos. Y eso construye una red, una relación muy diferente y también una calidad muy diferente en ellos. [38.2s] Mientras que la psiquiatrización permanente, que ha sido un modelo que hasta 2008 o 2010 nosotros teníamos, ha generado más bien que siempre estas comunidades sean excluidas, por ejemplo, de la misma gestión de ciudad, que es su tema. El Hospital San Lázaro, como la construcción de todo lo que se llamaba el higienismo de finales del siglo XIX en Quito tenía más que todo una función estética, más que una cuestión de salud. Entonces los locos, entre comillas, eran recluidos en el Hospital San Lázaro para que no estén en la calle, porque la idea era construir una noción de ciudad moderna. Entonces, esa forma de administrar a la gente, de administrar a la población con problemas psiquiátricos o con cuadros psiquiátricos, ha determinado un lugar en la sociedad, que es este lugar de exclusión. Desde el 2010 en el Ecuador empezó a implementarse más bien el plan ambulatorio de atención. Es decir que en lugar de estar en hospitales psiquiátricos, vayan continuamente al San Juan de Dios o a otros hospitales públicos a que se hagan el seguimiento y además adquieran la medicación psiquiátrica. En el 2019, con la implementación del Plan General de Salud Mental en el Ecuador, ya se empezó a hablar sobre cómo también tratar otros problemas que se consideraban como problemas psicológicos, como por ejemplo los accidentes de tránsito. Basados de la mortalidad, accidentes de tránsito, consumo de drogas y problemas psiquiátricos como prioridades en la atención de salud mental. Pero la pandemia evidenció que el plan de salud mental desarrollado desde el 2019 en realidad todavía estaba en un estado muy preliminar, porque uno de los principales problemas que presentó la pandemia fue justamente la falta de medicación psiquiátrica para personas que tenían estos cuadros y diagnósticos, lo cual llevó a que el confinamiento haya más brotes psicóticos, más suicidios, más intentos de suicidio, más estados depresivos. Esta forma de pensar la salud mental ha hecho que también nos demos cuenta que la salud mental no solamente tiene que ver con la atención a personas con cuadros psiquiátricos o problemas de adicciones, sino que además es algo que tiene que ver con todos, porque de la pandemia del COVID-19 apareció la pandemia de los duelos. Es vivir rodeados de la muerte y de la pandemia de los duelos aparece la pandemia de la depresión. Miles y miles de ecuatorianos en estados depresivos. Lo cual, claro, es el confinamiento, es la distancia social, es la pérdida del trabajo, es el debilitamiento institucional, por supuesto. [00:43:20] Pero el problema es lo que se ha concebido como salud mental en el mundo y sobre todo en la Organización Mundial de la Salud, que en pocas palabras, el concepto de salud mental del OMS es adaptación social. No le puedo recitar literalmente lo que dice la OMS, pero cuando uno lo ve dice a eso se refiere. [20.8s]

**CH** [00:43:42] [00:43:42] Sí, justo sobre eso tengo algunas dudas, este concepto que lo tengo justo aquí al lado. No tenía que a lado. Es: "es un Estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades, es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma positiva y de contribuir a su comunidad". O sea, hay que adaptar a este sujeto, a este cuadradito que tenemos aquí. Pero ¿Qué le falta a esta definición? [28.0s]

**Persona 5** [00:44:12] [00:44:12] Lo que le falta a esta definición es la construcción particular de salud mental, lo que dice, por ejemplo, la Liga por la Salud Mental de Bruselas, que es una red a la que pertenezco. Es que la idea es justamente cómo trabajar con los individuos de

uno en uno. Sobre lo que para sí mismos es salud mental, bienestar, malestar, sufrimiento, alegría, tristeza. Es decir, la construcción de una noción particular sobre lo que es la salud o lo que es la enfermedad es importante [32.7s] . Estudios previos demostraban que, por ejemplo, no solamente con la salud mental, sino en general, con todo el campo de la salud. Siempre existen dos discursos. Uno es el discurso del médico y otro es el mismo discurso del paciente. Ahí le sugiero leer, por ejemplo, "El cuerpo múltiple" de Anne Marie Mol que dice que las personas siempre se enferman de dos enfermedades. Este es un estudio que hace sobre el arterioesclerosis en personas de tercera edad. Una es la enfermedad que te dice el médico, de esa te enfermas, y la otra es la enfermedad que tú mismo diagnosticas o que tú mismo sin poner las palabras científicas piensas que te sucede por la relación que tienes con tu cuerpo. Entonces dice la idea siempre para las personas de la tercera edad con arterioesclerosis es como tratan de empatar lo que el médico les dice que les sucede y lo que ellos mismo perciben sobre lo que les sucede y cómo se construye la vida cotidiana alrededor de la enfermedad. La idea de poder dar espacio a esas definiciones del cuerpo es que cada ser humano tiene (definiciones), incluso aquellas que ni parece que tienen una definición de su propio cuerpo. Por ejemplo, le cuento algo un poco personal, mi mamá media su relación con el mundo a través de un péndulo. Es decir. Si esto me va a hacer mal o esto me va a ser bien. Le dice el péndulo. Yo no puedo decir si creo o no creo en ello. Si es algo mágico o si es algo científico o no, pero cada ser humano tiene una estrategia para mediar su relación con el mundo. Y ese elemento de mediación es poco tomado en cuenta cuando entramos en el campo de la salud, es decir, el elemento de mediación con el mundo siempre es una cuestión tercera, no escuchada, no se hace caso, pero que se impone a otro discurso, puede ser el discurso del médico, el discurso del diagnóstico, el discurso del tratamiento, pero no se escuchan cuáles son los elementos de mediación con que el ser humano construye históricamente toda su biografía para relacionarse.

**CH** [00:46:52] ¿Podría esta nueva manera de entender, alinearse con esta corriente (no se si sea una corriente o qué es) de entender la salud mental como diversidad psico social de las personas con bipolaridad como personas, psicosocialmente diversas? Porque veo que esto, a partir de mis conversaciones con las personas, es algo que defienden más las personas que viven con la enfermedad y no tanto las personas que están en el ámbito profesional. Por ejemplo, los psiquiatras son bastante cautos con hablar de diversidad psico social, pero las personas que viven con la enfermedad sí dicen "No me gusta pensar en mí como una persona enferma o discapacitada. Tengo bipolaridad, pero con la asistencia adecuada. Vivo con bipolaridad. No, no me detiene, no me retrasa". [00:48:00]¿Podríamos hablar de una relación entre estas dos cosas? Diversidad psicosocial y pensar en la enfermedad diagnosticada por el profesional y por la persona.[8.6s]

**Persona 5** [00:48:12] O sea, ¿si es posible articular todo ello? [00:48:15]Creo que es posible, pero depende mucho de cómo funcionan los sistemas de atención. Y también cómo se trabaja con las familias. Por ejemplo, muchas veces el abordaje sobre personas que son diagnosticadas con un trastorno mental se centra exclusivamente en el abordaje de esa persona. Es decir, el tratamiento es para la persona. La cuestión psicológica es para esa persona. Pero no hay mucho del tema de la asistencia familiar. Y eso creo que tiene que ver también con cómo dentro del espacio familiar se construye las nociones que esta persona puede tener sobre sí misma y sobre cómo en realidad arma las relaciones con los demás. [41.3s] Entonces, las familias sin ninguna mala intención, a veces también tienden a patologizar más lo que está viviendo su familiar o a veces a humanizar más, también. Pero creo que el acompañamiento a las familias con personas que tienen diagnósticos psiquiátricos puede ayudar muchísimo a que adquieran un lugar, digamos, que permita resaltar esta forma

individual de convivir con su diagnóstico. Las personas que sufren trastornos psiquiátricos sufren, no se puede decir que la gozan, por más que una persona vea a otra en un estado maníaco, totalmente acelerado, digamos desbocado, no significa que la está pasando bien. El sufrimiento síquico detrás de eso es profundo. Lo mismo es en la psicosis paranoica y en la esquizofrenia. El sufrimiento no se puede obviar. Hay que hacer algo con ese sufrimiento. Se necesita sí por un lado, el tratamiento psiquiátrico, porque por ejemplo, en un espacio psicológico no hay cómo trabajar con un paciente psiquiátrico si no está medicado, se te sube a las paredes es imposible. O sea, la medicación psiquiátrica no es la cura de la enfermedad psiquiátrica. Creo que en breves rasgos la medicación psiquiátrica se enfoca simplemente en desacelerar el pensamiento para que sea posible otro abordaje con las personas. Pero en nuestro medio, a veces se concibe como lo psiquiátrico, el único tratamiento y muchas personas solamente tienen tratamiento psiquiátrico y no tienen tratamiento psicológico. Ese es un serio problema porque el tratamiento psiquiátrico en el Ecuador es tan limitados que se centra simplemente a la administración de medicación no se centra en otros aspectos. Mientras que en la neuropsicología con el trabajo interdisciplinario con psiquiatría en otros lugares del mundo ya hablan de otro tipo de proceso. En Ecuador no, en Ecuador es estrictamente administración farmacológica, es muy pobre. En ese sentido (...) pero nunca le sugieren espacios psicológicos porque muchas personas sufren de uno de los síntomas más comunes de nuestra actualidad que es el insomnio. La pandemia trae muchos problemas del sueño y mejor dicho el confinamiento, la distancia social, la crisis social en general, trae problemas del sueño. Entonces va donde el psiquiatra y el psiquiatra escucha los problemas y dice "Bueno, la administro Neozetix o Xanax o Neogaival para que duerma". Pero detrás de eso hay una necesidad de trabajar algo. Lo que quita el sueño es justamente lo que está irresuelto en la vida cotidiana. Y eso no se escucha, entonces realmente hay una falta de escucha a los problemas de las personas y me parece que a eso se le da un lugar secundario. A mi punto de vista, la administración de la salud mental en el Ecuador, tendría que ser primero psicológica y luego psiquiátrica, no primero psiquiátrica y luego psicológica. He trabajado con personas que tienen un diagnóstico paranoico o de paranoia y logran sostener su vida cotidiana sin medicación. No todos, pero sí algunos. Pero estoy seguro que si ese mismo paciente fuera solamente a una consulta con un psiquiatra, terminaría medicado. O sea es decir, es tan simple la noción psiquiátrica de pensar que una persona que tiene diagnóstico paranoico tiene que tener medicación. No se particulariza, el problema de la salud mental es esa generalización que se hace sobre los individuos, mientras que estas otras nociones, por ejemplo, la que se construye en la Liga de Bruselas, es justamente pensar en cómo las personas pueden construir sus propias significaciones de la vida cotidiana, sobre lo que para ellos es un trastorno o no es un trastorno o lo que les hace especiales. Y además es etiquetarse, porque una cosa es tener trastorno bipolar y otra cosa es ser el trastorno bipolar. Entonces, los diagnósticos psiquiátricos son identidades. Es decir, en vez de ser Juanito Pérez, eres Juanito Pérez, el bipolar. Es decir, estar está pegado a la identidad de la persona, mientras que en una noción psicológica la idea es desetiquetar, sobre todo en la visión psicoanalítica, es desetiquetar a la persona. Es decir, puede tener un diagnóstico de trastorno bipolar, pero no es su trastorno bipolar. Entonces las representaciones de la vida cotidiana son distintas, pueden ser diferentes, mientras que la psiquiatrización hace que las personas se enquistan de su diagnóstico psiquiátrico. Sean su diagnóstico. Eso es complejo. O sea, no hay otras oportunidades de representación, no hay otros significantes al que me pueda pegar. Es decir, no puedo ser además otra cosa, además de un psicótico si.

**CH** [00:54:03] [00:54:03]Tengo entendido y no se si seguirá vigente o si se usó en algún momento que de 2015 a 2017 se elaboró un plan, que era el Plan de Salud Mental Comunitario en el país y se decía este es un paso importante. [16.0s] Sería importante trabajar

con este plan y hablar de salud mental comunitaria en el país. Sin embargo, no estamos preparados, porque no tenemos un sistema de contención. Nuestras redes familiares no están listas. El sistema de salud no está listo. Nosotros como personas, no estamos hechos para un sistema. ¿Qué pasó con este plan? Esta vigente? funcionó? Se aplicó alguna vez?

**Persona 5** [00:54:43] Supe, en el tiempo, porque a varios psicólogos nos consultaron para este tema del desarrollo del plan y quedó en papel. Yo no supe ninguna estrategia, ningún tipo de desarrollo de proyecto. O de piloto sobre el plan. Nunca supe nada, nunca supe nada de eso. No significa que no se haya hecho ningún proyecto pilotaje para estos temas, porque se hablaba de un pilotaje para ponerlo a prueba, pero yo no sé si se realizó o no. Sin tener datos a la mano, me atrevo a pensar que jamás se cristalizó. Pero en el 2019 sí se implementó el otro Plan General de Salud Mental, que es centralizado y en una forma clásica de la medicina psiquiátrica. Si bien digamos, ahí se priorizan elementos de abordaje en función de las tres causas principales de mortalidad en el Ecuador. Me parece que lo que la pandemia evidencia es que el tema de la salud mental no solamente es secundario, sino está en tercero o cuarto quinto lugar. No sé si pensar que un plan de psicología comunitaria en salud mental es la solución. No estoy tan seguro de eso tampoco. Porque creo que no todo lo que funciona dentro de nuestras realidades sociales interculturales se ajusta a la psicología comunitaria. Hay espacios que no, yo he trabajado en distintos lugares del Ecuador y he visto que hay lugares en donde el tema comunitario no es justamente la estrategia adecuada de abordaje, porque hay espacios urbanos, sobre todo, en donde la vida es mucho más individual y no comunitaria, y forzar el comunitarismo, en donde no existe una noción de comunidad, es igual de violento que la imposición de los diagnósticos psiquiátricos o las formas verticales de administración de salud mental que se plantea. Es igual. Entonces yo no estoy tan seguro de eso. Lo que sí me parece como interesante es que hay espacios en donde lo comunitario es un gran potencial. Hay entornos urbanos, incluso en donde los espacios comunitarios son un gran potencial que pueden adquirir sus propias dinámicas. Pero la cuestión comunitaria nunca es replicable y esa es mi experiencia en esto. Es decir, la cuestión comunitaria también es particular. Por ejemplo, así como decimos, cada mundo es una persona. Y los psicólogos decimos caso por caso. No se puede administrar una sola forma de trabajo con cada paciente. Con cada paciente hay que trabajar diferente. Igualmente cada grupo humano es único. O sea, eso también es importante. Es decir, así como decimos, los individuos son únicos de uno en uno. También son los grupos. Los grupos también son únicos y me parece que es muy importante que, sobretodo en el abordaje comunitario, se plantee siempre el componente de investigación, porque el componente de investigación permite reconocer las dinámicas, los circuitos, las lógicas, los lenguajes, los tiempos, las relaciones espaciales que en esa comunidad se desarrollan y que no se desarrolla en otro lugar. Se pueden guardar elementos comunes entre espacios, por supuesto, pero siempre tienen que particularizar. O sea, creo que ahí es una de las debilidades de la psicología social. La psicología social tiende también estandarizar las relaciones comunitarias, pero me parece que en una perspectiva psicoanalítica también se particulariza la relación comunitaria. Pienso, por ejemplo, en las comunidades de Manabí con las que trabajamos justamente el tema del terremoto, dos comunidades cercanas a 30 minutos. La una con una dinámica de organización que se basaba mucho en esto de la reciprocidad. La otra, que era como una comunidad muy parecida, incluso geográficamente más apartada, pero cuyas relaciones eran muy urbanas. Muy hacia el individuo, pero eran dos comunidades que compartían mucho en común. Mismos productos agrícolas, mismo clima, una geografía similar, mismo suelo. Pero, las formas de organización eran totalmente diferentes. La una era, como le decía, más comunitaria, centrada más en la Iglesia católica y la otra era mucho más individual, más urbana, pero era una comunidad feliz. Entonces no

podíamos en ninguno de los dos replicar la misma estrategia. O sea, no había como. Y eso que era dos comunidades en una misma parroquia, no es posible.

**CH** [00:59:22] Sí, algo conocí de San Isidro justo por el ISP, porque ellos también creo que estuvieron en ese proyecto con la nutrición de los niños. Claro, no es lo que yo esperaba cuando llegué,

**Persona 5** [00:59:38] Hay 34 comunidades que conforman San Isidro y de las 34 de una en una eran diferentes. Yo no pude estar en las 34. Finalmente hicimos el proceso en 6 y nos quedamos en 3, pero en realidad cada una tenía sus propias lógicas. O sea, entonces esa es una evidencia un poco de que lo comunitario tiene que ser particular. No puede ser general. Eso es importante. Y la implementación del campo de investigación cualitativa en el proceso comunitario es fundamental. Y esas son las cosas que en el plan de salud mental no se toman en cuenta. Que es que todo proceso de intervención necesita un proceso previo de investigación. Si no es invasivo o simplemente no cala a la comunidad.

**CH** [01:00:25] Ya tratando como de aterrizarlo a un modelo de gestión o algo más aplicable. Cómo podríamos gestionar esta... Todo esto de lo que hemos hablado, es decir las personas, los individuos tienen sus percepciones de lo que es salud mental. El personal médico, profesional de atención también tiene estas nociones. Y por otro lado, yo como... ya no hablemos de gobierno, sino más como de la institucionalidad, tengo hasta cierto punto que tratar de crear alguna, algún plan, alguna política integradora, o sea estandarizada, que me permita ya llevarlo al terreno, no? O sea, aplicarlo. [01:01:25]¿Cuáles serían las líneas de acción para concretar esto, para dar voz a todos los sectores que necesitan tener una voz en este debate? [8.9s]

**Persona 5** [01:01:37] La pregunta del millón. Quisiera tener una respuesta muy eficiente para eso, pero no la tengo. Me parece que es algo que evidencia el momento que vivimos, es el profundo deterioro institucional de todo. Si hablamos del deterioro de la institución democrática, la institución carcelaria, de la institución de la salud, de la administración general. [01:02:06]Y creo que el fortalecimiento institucional es la primera necesidad. Realmente necesitamos el tema del fortalecimiento institucional. Y es curioso, puede sonar contradictorio, pero creo que el fortalecimiento institucional es lo que va a permitir desinstitucionalizar ciertos procesos, no al revés. [17.7s] El debilitamiento institucional lo que hace es exacerbar procesos de institucionalización hacia la población. Uno ve eso sobre todo en el sistema de acogimiento institucional. Y eso se ve en el área de salud también, en todas las áreas de salud. O sea, la institucionalización de los individuos es un efecto justamente de los vicios clásicos, de los abordajes que todavía mantenemos, que todavía se nos imponen desde discursos externos, desde las normas internacionales. Entonces, lo que necesitamos en realidad es primero institucionalizar, como recuperar, restituir la institucionalidad en el Ecuador. Esa es principalmente, creo yo, la primera estrategia a plantear.

**Persona 5** [01:03:09] Ahora, corremos el riesgo de aquí a los siguientes años, sin ponerme yo a augurar quién va a ser presidente o no, que se entienda por institucionalización el incrementar el tamaño del Estado, que fue lo que vivimos antes de 2016. Incrementar el tamaño del Estado a un nivel absurdo que no dio más institucionalidad, sino más bien que dio un centralismo y culto por poco a la persona, a una persona. Y creo que eso va a repetirse. Creo que la idea de darle ese tamaño al Estado como una forma de institucionalizar nuevamente nos llevará a lo mismo. Pero creo que la institucionalización es que se despoliticen en las instituciones, es decir, la institucionalidad es esa. Y creo que si eso se

logra, en cierta medida, por ejemplo, en todo lo que tiene que ver con las instituciones responsables de salud, de salud en general en el Ecuador, tal vez ahí se pueda construir un plan más pertinente. Porque hasta ahora todos los planes de salud en general en Ecuador parten primero de necesidades políticas y por lo tanto no se sostienen porque el momento político cambia constantemente. Entonces no tenemos capacidad de vivir procesos institucionales o procesos, digamos, de políticas públicas. No vivimos procesos de políticas públicas. Mucho de las políticas públicas están en papel o están simplemente armadas en oficinas, pero no se cristalizan en acciones porque no se pueden sostener. Y me parece que lo principal es el fortalecimiento de la institucionalidad, el punto de partida es ese. Si la institución de la salud en general logra despolitizarse, logra adquirir también presupuesto y poder desarrollar cosas de acuerdo a lo que realmente necesita la población ecuatoriana... No diría estrategias o políticas totalmente efectivas, pero más cercanas. [01:05:17]Y por otro lado, creo que es incorporar realmente el componente de investigación. Si el componente de investigación no se toma en serio, si realmente los distintos actores de la sociedad podemos participar, sobre todo la academia, creo que no desarrollaremos nada. Nada nuevo. Si no repetiremos las mismas cosas de antes. [19.0s] Ya hubo varias experiencias, le cuento, en el 2015 se quiso socializar un plan de prevención de desastres antes del terremoto del 2016, desde la PUCE. El Gobierno Nacional no quiso y era un plan basado en investigación. En 2016, después del terremoto, fue justo apenas después del terremoto, fue por octubre, este encuentro Hábitat III para la Agenda 2030. Nuevamente, era una oportunidad para colocar algunos elementos que permitan repensar la reconstrucción social. No se hizo caso. De hecho, cuando uno ve el tema de la reconstrucción social, la reconstrucción social ha sido una cosa de los ciudadanos más que del Estado. Ahora, en la época de pandemia, las instituciones nuevamente vuelven a consultar a las distintas instituciones públicas, a las instituciones académicas, sobre cómo proceder en algunos espacios. Nos ha pasado a nosotros como Centro de Psicología Aplicada. Nos consultan cómo hacer tal cosa, cómo articular tal cosa, cómo crear una metodología de atención a una población masiva que necesita atenciones de salud mental. No pasa de la consulta, pero no se incorporan verdaderos modelos, sino son sólo retazos. Pero creo que desde la Academia sí -o no todas las entidades académicas, pero sí de varias entidades académicas- ha habido el esfuerzo por aportar a los temas de política pública, pero un poco ahí hemos caído en ingenuidad, en pensar de que realmente estas necesidades puestas, estas propuestas, pueden calar cuando no es esa la prioridad. La prioridad es otra cosa, siempre. Y la prioridad siempre tiene que ver con el momento político, por ejemplo en este momento con dos organizaciones públicas (...) está en atención a niñez, que están en un momento de crisis bien complejo, ya va un año de carrera en el tema de pandemia. Todo lo que tiene que ver con cuidadores de primera línea están en un lugar de desborde, de burnout, de trabajo, de burnout de la familia, pero no pueden, no pueden remitirnos casos. No pueden remitir, no pueden enviarnos un caso, porque administrativamente las prioridades son otras que ocupan todo su tiempo. No es mala fe. No es que no les importa su gente, sino que cómo se construye la vida organizativa en el Estado prioriza cosas que no tienen que ver con las necesidades humanas, sino que tienen que ver con otras cosas. El momento político, el momento político, momento político. Ese es el tema y eso es la evidencia de la debilidad institucional. O sea, de la crisis institucional, el deterioro.

**CH** [01:08:35] [01:08:35]Ya para ir un poco concluyendo así muy espontáneamente, cuáles serían cinco palabras que asocia con salud mental y cinco palabras que se oponen a salud mental. [13.7s]

**Persona 5** [01:08:50] Cinco palabras que asocia salud mental. A ver. [01:08:57]Responsabilidad Social. Bueno, son dos palabras, si. Resiliencia. Escucha.

Investigación. Y tal vez, también son dos palabras, los derechos humanos. Y ahora las que se oponen a la politización. Patologización. Institucionalización. Burocracia. Y violencias en plural. [49.1s]

**CH** [01:09:51] Muchísimas gracias. Por este tiempo y por estas estas ideas súper importantes que a mi me ayudan muchísimo en como para repensar y re encaminar algunas cosas que tenía ya en papel, ha sido muy muy importante. Muchísimas gracias. Voy a dejar de grabar ahora.

## Lista de referencias

- Álvarez, María-José, Pere Roura, Anna Osés, Quintí Foguet, Judit Solà y Francesc-Xavier Arrufat. 2011. “Prevalence and Clinical Impact of Childhood Trauma in Patients With Severe Mental Disorders.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199 (3).  
[https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2011/03000/Prevalence\\_and\\_Clinical\\_Impact\\_of\\_Childhood\\_Trauma.4.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2011/03000/Prevalence_and_Clinical_Impact_of_Childhood_Trauma.4.aspx).
- Andrulis, D. 1997. “Inner City Health Care.” *American College of Physicians*, 1–49.
- ASPB. 2020. “Soroll Ambiental i Salut a La Ciutat de Barcelona.” Barcelona.  
<https://www.aspb.cat/sorollambientalisalut-bcn2021/>.
- Attademo, Luigi, Francesco Bernardini, Raffaele Garinella y Michael T Compton. 2017. “Environmental Pollution and Risk of Psychotic Disorders: A Review of the Science to Date.” *Schizophrenia Research* 181: 55–59.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.10.003>.
- Barzegar, Marzieh, Fatemeh Sadat Sajjadi, Sayyed Alireza Talaei, Gholamali Hamidi y Mahmoud Salami. 2015. “Prenatal Exposure to Noise Stress: Anxiety, Impaired Spatial Memory, and Deteriorated Hippocampal Plasticity in Postnatal Life.” *Hippocampus* 25 (2): 187–96. <https://doi.org/10.1002/hipo.22363>.
- Bell, M. L. y D. L. Davis. 2001. “Reassessment of the Lethal London Fog of 1952: Novel Indicators of Acute and Chronic Consequences of Acute Exposure to Air Pollution.” *Environmental Health Perspectives* 109 (SUPPL. 3): 389–94.  
<https://doi.org/10.1289/ehp.01109s3389>.
- Bertolote, José M. 2008. “The Roots of the Concept of Mental Health.” *World Psychiatry*. Masson Italy. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00172.x>.
- Block, Michelle L y Lilian Calderón-Garcidueñas. 2009. “Air Pollution: Mechanisms of Neuroinflammation and CNS Disease.” *Trends in Neurosciences* 32 (9): 506–16.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tins.2009.05.009>.
- Bortolato, Beatrice, Cristiano A Köhler, Evangelos Evangelou, Jordi León-Caballero, Marco Solmi, Brendon Stubbs, Lazaros Belbasis, et al. 2017. “Systematic Assessment of Environmental Risk Factors for Bipolar Disorder: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses.” *Bipolar Disorders* 19 (2): 84–96.  
<https://doi.org/10.1111/bdi.12490>.
- Braslow, Joel. 1997. *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. University of California Press.

- Caracci, Giovanni. 2008. "General Concepts of the Relationship between Urban Areas and Mental Health." *Current Opinion in Psychiatry* 21 (4). [https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2008/07000/General\\_concepts\\_of\\_the\\_relationship\\_between\\_urban.17.aspx](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2008/07000/General_concepts_of_the_relationship_between_urban.17.aspx).
- Carozzi, Felipe y Sefi Roth. 2020. "Dirty Density: Air Quality and the Density of American Cities." *SSRN*. <https://papers.ssrn.com/abstract=3590889>.
- Casey, Joan, Rachel Morello-Frosch, J. Daniel Mennitt, Kurt Fristrup, Elizabeth L. Ogburn y Peter James. 2017. "Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, Residential Segregation, and Spatial Variation in Noise Exposure in the Contiguous United States." *Environmental Health Perspectives* 125 (7): 077017. <https://doi.org/10.1289/EHP898>.
- CDC. 2020. "Tipos de Pérdida Auditiva (Sordera) ." 1 de julio, 2020. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/hearingloss/types.html>.
- Contreras, Jackeline. 2002. "El Impacto de La Contaminación Del Aire En La Vida y En Las Percepciones de Género En La Ciudad de Quito." Quito: Quito : FLACSO Sede Ecuador. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/233>.
- Corrigan, Patrick W y Amy C Watson. 2002. "Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness." *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 1 (1): 16–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946807>.
- Corton, Christine. 2015. *London Fog: The Biography*. Belknap Press. Vol. 37. Londres: London Review of Books. <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v37/n19/neal-ascherson/brown-goo-like-marmite>.
- Cui, Bo, Zhihui Gai, Xiaojun She, Rui Wang y Zhuge Xi. 2016. "Effects of Chronic Noise on Glucose Metabolism and Gut Microbiota–Host Inflammatory Homeostasis in Rats." *Scientific Reports* 6 (1): 36693. <https://doi.org/10.1038/srep36693>.
- Diener, Ed. 2009. "Subjective Well-Being." In *The Science of Well-Being*, 37:11–58. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_2).
- Eriksson, Charlotta, Theo Bodin y Jenny Selander. 2017. "Burden of Disease from Road Traffic and Railway Noise – a Quantification of Healthy Life Years Lost in Sweden." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 43 (6): 519–25. [www.jstor.org/stable/26386171](http://www.jstor.org/stable/26386171).
- Excell, Jon. 2015. "The Lethal Effects of London Fog ." BBC Future. 22 de diciembre, 2015. <https://www.bbc.com/future/article/20151221-the-lethal-effects-of-london-fog>.
- Faris, R E L y H W Dunham. 1939. *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. *Mental Disorders in Urban Areas: An*

- Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. Oxford, England: Univ. Chicago Press.
- Foucault, Michel. 1961. *Historia de La Locura En La Época Clásica*. Edited by Fondo de Cultura Económica D. R. 1st ed. Bogotá: Fondo de Cultura Económica D. R.
- Freeman, Hugh, and Stephen Stansfeld. 2008. *The Impact of the Environment on Psychiatric Disorder*. Edited by Hugh Freeman and Stephen Stansfeld. *The Impact of the Environment on Psychiatric Disorder*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Galea, Sandro, Jennifer Ahern, Arijit Nandi, Melissa Tracy, John Beard y David Vlahov. 2007. "Urban Neighborhood Poverty and the Incidence of Depression in a Population-Based Cohort Study." *Annals of Epidemiology* 17 (3): 171–79. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2006.07.008>.
- Galea, Sandro, Nicholas Freudenberg y David Vlahov. 2005. "Cities and Population Health." *Social Science & Medicine* 60 (5): 1017–33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.036>.
- Gan, Wen Qi, Hugh W Davies, Mieke Koehoorn y Michael Brauer. 2012. "Association of Long-Term Exposure to Community Noise and Traffic-Related Air Pollution With Coronary Heart Disease Mortality." *American Journal of Epidemiology* 175 (9): 898–906. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr424>.
- Gaudillière, Jean-Paul. 2014. "2. De la santé publique internationale à la santé globale. L'OMS, la Banque mondiale et le gouvernement des thérapies chimiques." In *Le gouvernement des technosciences*, 65–96. Recherches. Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.pest.2014.01.0065>.
- Goines, Lisa y Louis Hagler. 2007. "Noise Pollution: A Modern Plague." *Southern Medical Journal* 100 (3): 287–94. [www.lhh.org/noise](http://www.lhh.org/noise).
- Gruebner, Oliver, Michael A Rapp, Mazda Adli, Ulrike Kluge, Sandro Galea y Andreas Heinz. 2017. "Cities and Mental Health." *Deutsches Arzteblatt International* 114 (8): 121–27. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>.
- Halperin, Demian. 2014. "Environmental Noise and Sleep Disturbances: A Threat to Health?" *Sleep Science* 7 (4): 209–12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.slsci.2014.11.003>.
- Hammersen, Friederike, Hildegard Niemann y Jens Hoebel. 2016. "Environmental Noise Annoyance and Mental Health in Adults: Findings from the Cross-Sectional German Health Update (GEDA) Study 2012." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13 (10): 954. <https://doi.org/10.3390/ijerph13100954>.

- Heinz, Andreas, Lorenz Deserno y Ulrich Reininghaus. 2013. “Urbanicity, Social Adversity and Psychosis.” *World Psychiatry* 12 (3): 187–97. <https://doi.org/10.1002/wps.20056>.
- Horwitz, Allan y Jerome Wakefield. 2007. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-05332-000>.
- IBM. 2021. “Regresión Ordinal.” Documentación de IBM. 2021. <https://www.ibm.com/docs/es/spss-statistics/SaaS?topic=features-ordinal-regression>.
- INEC. 2020. “Proyecciones Poblacionales.” Ecuador En Cifras. 2020. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>.
- Isobel, Braithwaite, Zhang Shuo, Kirkbride James B, Osborn David P J y Hayes Joseph F. 2020. “Air Pollution (Particulate Matter) Exposure and Associations with Depression, Anxiety, Bipolar, Psychosis and Suicide Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Environmental Health Perspectives* 127 (12): 126002. <https://doi.org/10.1289/EHP4595>.
- Kamphuis, Carlijn B M, Johan P Mackenbach, Katrina Giskes, Martijn Huisman, Johannes Brug y Frank J van Lenthe. 2010. “Why Do Poor People Perceive Poor Neighbourhoods? The Role of Objective Neighbourhood Features and Psychosocial Factors.” *Health & Place* 16 (4): 744–54. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.03.006>.
- Khan, Atif, Oleguer Plana-Ripoll, Sussie Antonsen, Jørgen Brandt, Camilla Geels, Hannah Landecker, Patrick F. Sullivan, Carsten Bøcker Pedersen y Andrey Rzhetsky. 2019. “Environmental Pollution Is Associated with Increased Risk of Psychiatric Disorders in the US and Denmark.” Edited by John P. A. Ioannidis. *PLOS Biology* 17 (8): e3000353. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3000353>.
- Landrigan, Philip J. 2017. “Air Pollution and Health.” *The Lancet Public Health* 2 (1): e4–5. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30023-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30023-8).
- Langdon, F J y I B Buller. 1977. “Road Traffic Noise and Disturbance to Sleep.” *Journal of Sound and Vibration* 50 (1): 13–28. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-460X\(77\)90548-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-460X(77)90548-X).
- Lelieveld, Jos, Klaus Klingmüller, Andrea Pozzer, Ulrich Pöschl, Mohammed Fnais, Andreas Daiber y Thomas Münzel. 2019. “Cardiovascular Disease Burden from Ambient Air Pollution in Europe Reassessed Using Novel Hazard Ratio Functions.” *European Heart Journal* 40 (20): 1590–96. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz135>.
- Li, Yuan, Dabo Guan, Yanni Yu, Stephen Westland, Daoping Wang, Jing Meng, Xuejun

- Wang, Kebin He y Shu Tao. 2019. “A Psychophysical Measurement on Subjective Well-Being and Air Pollution.” *Nature Communications* 10 (1): 1–8.  
<https://doi.org/10.1038/s41467-019-13459-w>.
- Lin, Wen Hsu, Wen Chi Pan y Chin Chun Yi. 2019. “‘happiness in the Air?’ The Effects of Air Pollution on Adolescent Happiness.” *BMC Public Health* 19 (1): 795.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7119-0>.
- Linares Gil, Cristina. 2007. “Las PM 2.5 y Su Impacto Sobre La Salud. El Caso de La Ciudad de Madrid.” *Ecosostenible, ISSN-e 1699-3942, N.º. 35, 2007, Págs. 32-37, no. 35: 32–37*.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2512459>.
- Liu, Fangfang y Jian Kang. 2016. “A Grounded Theory Approach to the Subjective Understanding of Urban Soundscape in Sheffield.” *Cities* 50: 28–39.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cities.2015.08.002>.
- López-Muñoz, Francisco, Cecilio Alamo, Michael Dudley, Gabriel Rubio, Pilar García-García, Juan D Molina y Ahmed Okasha. 2007. “Psychiatry and Political–Institutional Abuse from the Historical Perspective: The Ethical Lessons of the Nuremberg Trial on Their 60th Anniversary.” *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 31 (4): 791–806. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.12.007>.
- Lovell, Anne M., Ursula M. Read y Claudia Lang. 2019. “Genealogies and Anthropologies of Global Mental Health.” *Culture, Medicine and Psychiatry* 43 (4): 519–47.  
<https://doi.org/10.1007/s11013-019-09660-7>.
- Makri, Anna Nikolaos I. Stilianakis. 2008. “Vulnerability to Air Pollution Health Effects.” *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 211 (3–4): 326–36.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2007.06.005>.
- Marangoni, Ciro, Mariely Hernandez y Gianni L Faedda. 2016. “The Role of Environmental Exposures as Risk Factors for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Longitudinal Studies.” *Journal of Affective Disorders* 193: 165–74.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.055>.
- MedlinePlus. n.d. “Tinnitus.” 8 de julio, 2020. <https://medlineplus.gov/spanish/tinnitus.html>.
- Mehta, Amar J, Laura D Kubzansky, Brent A Coull, Itai Kloog, Petros Koutrakis, David Sparrow, Avron Spiro, Pantel Vokonas y Joel Schwartz. 2015. “Associations between Air Pollution and Perceived Stress: The Veterans Administration Normative Aging Study.” *Environmental Health* 14 (1): 10. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-14-10>.
- Mills, China y Suman Fernando. 2014. “Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health.”

- Disability and the Global South* 1 (2): 188–202.  
[https://www.researchgate.net/publication/279186698\\_Globalising\\_Mental\\_Health\\_or\\_Pathologising\\_the\\_Global\\_South\\_Mapping\\_the\\_Ethics\\_Theory\\_and\\_Practice\\_of\\_Global\\_Mental\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/279186698_Globalising_Mental_Health_or_Pathologising_the_Global_South_Mapping_the_Ethics_Theory_and_Practice_of_Global_Mental_Health).
- Mills, Nicholas L, Ken Donaldson, Paddy W Hadoke, Nicholas A Boon, William MacNee, Flemming R Cassee, Thomas Sandström, Anders Blomberg y David E Newby. 2009. “Adverse Cardiovascular Effects of Air Pollution.” *Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine* 6 (1): 36–44. <https://doi.org/10.1038/ncpcardio1399>.
- Ministerio del Ambiente. 2010. “Plan Nacional de La Calidad Del Aire.” Quito.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. 2019. “Administración Zonal .” Administraciones Zonales. 8 de julio, 2019.  
<https://www.quito.gob.ec/index.php/administracion-zonales/administracion-eugenio-espejo#contacto>.
- Münzel, Thomas, Mette Sørensen, Tommaso Gori, Frank P Schmidt, Xiaoquan Rao, Jeffrey Brook, Lung Chi Chen, Robert D Brook y Sanjay Rajagopalan. 2017. “Environmental Stressors and Cardio-Metabolic Disease: Part I—Epidemiologic Evidence Supporting a Role for Noise and Air Pollution and Effects of Mitigation Strategies.” *European Heart Journal* 38 (8): 550–56. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw269>.
- Okkels, Niels, Christina Blanner Kristiansen, Povl Munk-Jørgensen y Norman Sartorius. 2018. “Urban Mental Health: Challenges and Perspectives.” *Current Opinion in Psychiatry* 31 (3). [https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2018/05000/Urban\\_mental\\_health\\_\\_challenges\\_and\\_perspectives.14.aspx](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2018/05000/Urban_mental_health__challenges_and_perspectives.14.aspx).
- OPS/OMS. 2021. “Antecedentes y Desarrollo Histórico Del Programa de Salud Mental de La Organización Panamericana de La Salud (OPS/OMS).” PAHO. May 2021.  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=es).
- OPS. 1978. “Declaración de Alma Ata.” 1978.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
- . 2018. “La Carga de Los Trastornos Mentales En La Región de Las Américas.” Washington.
- Oudin, A., H. Carlsen, D. Åström, P. Asplund, S. Steingrímsson y Z. Szabo. 2018. “The Association between Daily Concentrations of Air Pollution and Visits to a Psychiatric Emergency Unit: A Case-Crossover Study.” *J* 17 (1). <https://doi.org/10.1186/s12940->

017-0348-8.

- Páez, Carlos. 2006. "Gestión de La Contaminación Atmosférica Urbana: El Caso de Quito." Quito. [www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/10088. ContaminacionQuito.pdf](http://www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/10088.ContaminacionQuito.pdf).
- Patel, Vikram y Arthur Kleinman. 2003. "Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries." *Bulletin of the World Health Organization* 81: 609–15. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862003000800011>.
- Perron, Stéphane, Céline Plante, Martina Ragetli, David Kaiser, Sophie Goudreau y Audrey Smargiassi. 2016. "Sleep Disturbance from Road Traffic, Railways, Airplanes and from Total Environmental Noise Levels in Montreal." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13 (8): 809. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080809>.
- Polivka, Barbara J. 2018. "The Great London Smog of 1952." *AJN, American Journal of Nursing* 118 (4): 57–61. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000532078.72372.c3>.
- Psychological Association, American. 2018. "STRESS IN AMERICA™ GENERATION Z." Psychology Foundation of Australia. 2018. "Depression Anxiety Stress Scales - DASS." University of South Wales. 26 de julio, 2018. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>.
- Quito cómo vamos. 2020. "Encuesta de Percepción Ciudadana de Quito". Quito.
- Riojas-Rodríguez, Horacio, Agnes Soares Da Silva, José Luis Texcalac-Sangrador y Grea Litai Moreno-Banda. 2016. "Air Pollution Management and Control in Latin America and the Caribbean: Implications for Climate Change Special Report." *Rev Panam Salud Publica*. Vol. 40. Ciudad de México.
- Sampath, S., S. M. Das y V. S. Kumar. 2004. "Ambient Noise Levels in Major Cities in Kerala." *J. Ind. Geophys. Union* 8 (4): 293–98.
- Santillán, Alfredo. 2019. *La Construcción Imaginaria Del Sur Del Quito*. Edited by FLACSO. 1st ed. Quito: FLACSO Ecuador.
- Secretaría de Ambiente. 2021. "AQI | Municipio Del Distrito Metropolitano de Quito." Secretaría de Ambiente. Mayo 2021. <http://190.11.24.221/AirVision/>.
- Secretaría General de Planificación. 2021. Información geográfica - Parroquias. Gobierno Abierto. Noviembre 2021. <http://gobiernoabierto.quito.gob.ec/descarga-informacion-geografica/>.
- Sennett, Richard. 1969. *Classic Essays on the Culture of Cities*. New York, USA: Prentice Hall.
- Shaposhnikov, Dmitry, Boris Revich, Tom Bellander, Getahun Bero Bedada, Matteo Bottai, Tatyana Kharkova, Ekaterina Kvasha, et al. 2014. "Mortality Related to Air Pollution with the Moscow Heat Wave and Wildfire of 2010." *Epidemiology* 25 (3).

- [https://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2014/05000/Mortality\\_Related\\_to\\_Air\\_Pollution\\_with\\_the\\_Moscow.6.aspx](https://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2014/05000/Mortality_Related_to_Air_Pollution_with_the_Moscow.6.aspx).
- Shroff, Farah M. y David Jung. 2020. “Here’s to Sound Action on Global Hearing Health through Public Health Approaches.” *International Journal of Health Governance* 25 (3): 235–44. <https://doi.org/10.1108/IJHG-01-2020-0004>.
- Silva, Lígia T y José F G Mendes. 2012. “City Noise-Air: An Environmental Quality Index for Cities.” *Sustainable Cities and Society* 4: 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scs.2012.03.001>.
- Srinivasan, Shobha, Liam R O’Fallon y Allen Deary. 2003. “Creating Healthy Communities, Healthy Homes, Healthy People: Initiating a Research Agenda on the Built Environment and Public Health.” *American Journal of Public Health* 93 (9): 1446–50. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1446>.
- Stone, Richard. 2002. “Air Pollution: Counting the Cost of London’s Killer Smog.” *Science*. American Association for the Advancement of Science. <https://doi.org/10.1126/science.298.5601.2106b>.
- Stover, Dawn. 2009. “Not So Silent Spring.” *Conservation Magazine*, January 6, 2009. <https://www.conservationmagazine.org/2009/01/not-so-silent-spring/>.
- Szyszkowicz, Mieczystaw, Jeff B Willey, Eric Grafstein, Brian H Rowe y Ian Colman. 2010. “Air Pollution and Emergency Department Visits for Suicide Attempts in Vancouver, Canada.” *Environmental Health Insights* 4 (Enero): EHI.S5662. <https://doi.org/10.4137/EHI.S5662>.
- Toran, Raül. 2017. “Introducción a La Epidemiología Ambiental: El Caso de La Contaminación Atmosférica.” Blog -ISGLOBAL. January 12, 2017. <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/introduccion-a-la-epidemiologia-ambiental-el-caso-de-la-contaminacion-atmosferica/422917/0>.
- Vassos, Evangelos, Carsten B Pedersen, Robin M Murray, David A Collier y Cathryn M Lewis. 2012. “Meta-Analysis of the Association of Urbanicity With Schizophrenia.” *Schizophrenia Bulletin* 38 (6): 1118–23. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096>.
- Verona, Edelyn, Natalie Sachs-Ericsson y Thomas E Joiner. 2004. “Suicide Attempts Associated With Externalizing Psychopathology in an Epidemiological Sample.” *American Journal of Psychiatry* 161 (3): 444–51. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.444>.
- Vert, Cristina, Gonzalo Sánchez-Benavides, David Martínez, Xavier Gotsens, Nina Gramunt, Marta Cirach, José Luis Molinuevo, et al. 2017. “Effect of Long-Term Exposure to Air

- Pollution on Anxiety and Depression in Adults: A Cross-Sectional Study.” *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 220 (6): 1074–80.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2017.06.009>.
- Vlahov, David y Sandro Galea. 2002. “Urbanization, Urbanicity, and Health.” *Journal of Urban Health* 79 (1): S1–12. [https://doi.org/10.1093/jurban/79.suppl\\_1.S1](https://doi.org/10.1093/jurban/79.suppl_1.S1).
- WHO Regional Office for Europe. 2018. *Noise Guidelines for the European Region*.  
<http://www.euro.who.int/pubrequest>.
- Wu, Jin, Derek Watkins, Josh Williams, Shalini Venugopal, Hari Kumar y Jeffrey Gettleman. 2020. “Who Gets to Breathe Clean Air in New Delhi? - The New York Times.” New Delhi. <https://nyti.ms/307dCCH>.
- Yuan, Man, Chaohui Yin, Yi Sun y Weiqiang Chen. 2019. “Examining the Associations between Urban Built Environment and Noise Pollution in High-Density High-Rise Urban Areas: A Case Study in Wuhan, China.” *Sustainable Cities and Society* 50: 101678. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scs.2019.101678>.