

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES.

SEDE ECUADOR.

PROGRAMA DE ESTUDIOS EN ANTROPOLOGÍA.

CONVOCATORIA 2002-2004.

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL.**

**LA CONSTRUCCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN UNA INSTITUCIÓN
PSIQUIÁTRICA DE QUITO.**

HERNÁN FRANCISCO JARAMILLO TEJADA.

QUITO, ABRIL 2010

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA ESTUDIOS EN ANTROPOLOGÍA.
CONVOCATORIA 2002-2004

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL.**

**LA CONSTRUCCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN UNA INSTITUCIÓN
PSIQUIÁTRICA DE QUITO.**

HERNÁN FRANCISCO JARAMILLO TEJADA.

ASESOR DE TESIS: LORENA LUCIOPAREDES.

LECTORES: FELIPE BURBANO DE LARA.

FERNANDO GARCÍA.

QUITO, ABRIL 2010

DEDICATORIA

A mi amada esposa María Paulina, que ha sido mi inspiración y fortaleza durante estos años de trabajo, brindando paciencia, colaboración y espera durante mis noches de desvelo. También esta investigación la dedico a mi hija Salomé y a mis padres Hernán y Anita por ser fuentes de lucha en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, a todas las mujeres y hombres que laboran incansablemente y a las personas que asisten o viven en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, por haberme brindado su confianza e información necesaria para que esta investigación se lleve a cabo. Una enorme gratitud a mi asesora de tesis, Lorena Lucioparedes por todas las guías que me ofreció desde la Antropología Médica. También reconozco el apoyo de la PUCE, y dentro de esta institución, al Centro de Psicología Aplicada y a su directora Marie-France Merlyn por haberme apoyado en el financiamiento final requerido para esta investigación.

Finalmente, daré mis gratitudes a Estudios Psicoanalíticos Lacanianos y a Iris Sánchez por ayudarme con un norte claro en el estudio de la locura.

INDICE

Contenido

RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I.....	8
INTRODUCCIÓN.....	8
Metodología.....	10
La estructura que se propone para este trabajo es la siguiente:.....	11
CAPÍTULO II.....	13
EL PASO DEL MANICOMIO AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN NUESTRA SOCIEDAD.....	13
Visiones foucaultianas sobre la Historia de la locura.....	13
Asilo-manicomio-hospital psiquiátrico en Europa y Ecuador.....	22
El hospital psiquiátrico Julio Endara como lugar histórico en donde transitan actualmente los pacientes.	28
CAPÍTULO III.....	33
“EL LOCO”, SUS IDENTIDADES Y LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA QUE LO ACOGE.....	33
Nociones introductorias sobre el efecto estigmatizador en los pacientes mentales, sus identidades individuales y sociales.....	33
El mundo del interno y su familia desde sus inicios en la estadía del hospital.....	41
Estudio de un caso. Narrativa sobre las memorias individuales y colectivas de un informante de larga estancia en el hospital.....	44
CAPÍTULO IV.....	49
ENLACES ENTRE EL PACIENTE, EL PERSONAL, LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA Y LA CIUDAD.....	49
El mundo del personal, la institución y sus rituales.	49
¿Cómo es recibido y percibido el paciente mental dentro de la ciudad? Realidades e imaginarios colectivos ecuatorianos sobre la enfermedad mental.....	54
Algunos requerimientos del Ecuador y Quito relacionados con la constitución de los hospitales psiquiátricos.....	62

CAPÍTULO V	65
CONCLUSIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.....	74

RESUMEN

La tesis estudia las construcciones sociales que se forman en un hospital psiquiátrico de Quito, desde la Antropología médica y la Antipsiquiatría, principalmente.

A partir de su nacimiento histórico, el Hospital Julio Endara nos remite hacia un conjunto de enlaces que dan cuenta de una serie de hitos que denotan transformaciones en el tratamiento de los pacientes mentales desde la época colonial hasta nuestros días.

En la actualidad, estos elementos postcoloniales, no desaparecen del todo. Existe la presencia de estos factores estructurales en un sistema hospitalario que evidencia un asunto de poderes y de luchas de clases que se viven cotidianamente en la institución estudiada. Al poder, no se lo ubicará desde un punto de vista peyorativo, sino como una necesaria relación que se levanta en una institución hospitalaria.

Esta tesis también aporta sobre las distintas redes sociales que se forman en el trabajo cotidiano entre los pacientes, sus familiares, los profesionales de la salud y los demás empleados que laboran en un hospital psiquiátrico. Otro punto central que se aborda en esta investigación, se relaciona con las identidades del paciente como unidades sociales que se han ido construyendo adentro y afuera del hospital.

Adicionalmente, se analizó los enlaces entre la institución y la ciudad como áreas de contacto que permiten reflexionar los requerimientos de una ciudad en crecimiento, sobre su salud mental y cómo sus habitantes generan realidades e imaginarios colectivos relacionados con la cordura y la locura.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

El estudio que se proyecta a continuación, ha sido planteado en primera instancia, como un análisis desde las Ciencias Sociales y específicamente se ubicará como ejes centrales a la Antropología Médica y a la Antipsiquiatría, para plantearse el estudio de las construcciones sociales del enfermo mental en un hospital psiquiátrico nacional y periférico de Quito.

Esta investigación nace a partir de las inquietudes del autor, ya que sus estudios de pregrado, los hizo en Psicología Clínica, en donde, para la formación es necesario estar en contacto frecuente con: los hospitales psiquiátricos, su personal y sus pacientes. De allí nace el deseo por enlazar el área de la salud mental y lo social.

Dentro de una institución de estas características, existen predomios discursivos y fácticos desde las ciencias biológicas y psicológicas principalmente; por lo tanto es importante preguntarse ¿Qué lugar ocupa lo social en estas instituciones?

A partir de esta proposición, se pretende analizar las relaciones sociales y/o las redes interpersonales-laborales que se entretajan ¿Cómo y el por qué de éstas? suscitadas entre los profesionales de la salud mental, los familiares y los pacientes dentro de una entidad psiquiátrica quiteña. En estos vínculos, se encuentra inmerso el loco, el enfermo mental y/o paciente, categorías que se han ido transformando a lo largo de la historia, en conjunto con el avance de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis entre otras áreas afines a la salud mental.

Otro de los caminos que se piensa analizar en esta investigación, es la relación existente entre la ciudad y la institución psiquiátrica, para lo cual se abordará el tema de la familia de los pacientes y los imaginarios colectivos que suscitan las enfermedades mentales, con la intención de articular la urbe quiteña con los actores de este hospicio, tratando de buscar los nexos que puedan servir como puentes entre institución y ciudad. Este enfoque será uno de los aportes innovadores a este tipo de investigaciones en nuestro medio. Es importante destacar que en el Ecuador se han hecho estudios de hospitales psiquiátricos desde el ámbito histórico, psicológico y psicoanalítico. Desde la Antropología no existen antecedentes sobre dichos estudios.

Es así como se tomará en cuenta a los discursos de los profesionales, de los pacientes, de sus familiares y allegados a través del material etnográfico recopilado; conexasmente, se indagarán las ubicaciones particulares que los actores sociales mencionados recurren para inscribirse en la dinámica hospitalaria.

Para este trabajo, como un eje teórico esencial, se revisarán los planteamientos realizados sobre el tema desde la Antropología Médica Crítica, la cual brinda un despliegue importante en el estudio desde sus inicios, en las instituciones psiquiátricas. “En Estados Unidos la crítica al custodialismo provocó un considerable volumen de estudios socioantropológicos empíricos sobre el mismo”. (Comelles, 1997: 10 y sigs.).

Básicamente se ha realizado un enfoque crítico al custodialismo institucional, generando concomitantemente políticas que se dirigen a la desinstitucionalización del ámbito psiquiátrico hospitalario. Estos aportes están respaldados en los estudios de Goffman, Szasz, Laing, Basaglia -desde el movimiento antipsiquiatra- Levison y Gallagher entre los más importantes. Otra fuente importante para este estudio, sin lugar a dudas, es la que se articula con los autores y fuentes epistémicas mencionadas. Nos referimos específicamente, a los aportes históricos y filosóficos como herramienta desde Foucault y Castel principalmente, en donde los conceptos de la enfermedad mental, las disciplinas en los cuerpos, las tecnologías espaciales y temporales, el campo de la acción del médico y la clínica son factores importantes para la construcción que se ha dado desde la Edad Media hasta nuestros días en torno al manejo y microfísicas de poderes en la sociedad.

Además, la Antropología Médica contemporánea ayuda a ubicar los cambios que se han suscitado en los hospitales psiquiátricos a finales del siglo XX e inicios del XXI. Por ejemplo, son valiosas las aportaciones desde la Antropología Médica Crítica desde Comelles, Correa Urquiza, Silva y otros autores españoles. También la escuela inglesa aporta con sus conceptos y trabajos. Los primeros, presentan hipótesis relacionadas con la transición del modelo custodial a una reforma burocrática administrativa desde el punto de vista contemporáneo de Szasz y otros autores. Singer, autor inglés, por su parte, hace una reflexión importante en cuanto al poder de las farmacéuticas en nuestros días como eje central en los hospitales. Este último punto, es un tema que genera un fuerte debate desde la Antropología Médica contemporánea y desde otros saberes. Sin duda, es un tema que también genera crítica y estudio desde el psicoanálisis lacaniano.

Algunos aportes suplementarios para esta investigación serán tomados desde Charles Melman e Iván Sandoval principalmente. Estos últimos autores, son médicos psicoanalistas que hacen su crítica frente al poder de las neurociencias anexada a la psicofarmacología.

Metodología

Este análisis, estará sustentado a partir de un estudio etnográfico que se realiza en una de las instituciones psiquiátricas de Quito: el Hospital Julio Endara. Para este fin, se utilizarán métodos de estudio cualitativo como son: la observación participante, entrevistas a profundidad con los profesionales y trabajadores de la salud mental, entrevistas a profundidad con los pacientes y sus familiares. Habrá también intervenciones a través de grupos de discusión con algunos pacientes. Otro eje de esta investigación será abordado a partir de entrevistas a académicos que no trabajan *in situ*, sino que realizan reflexiones sobre las instituciones psiquiátricas para recabar algunos puntos de vista relacionados con las realidades e imaginarios colectivos que se construyen en la ciudad de Quito referente a la salud y la enfermedad mental. Adicionalmente, se suplementará este trabajo con la revisión de documentos, escritos u otra información secundaria.



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Puerta de ingreso al Hospital. Julio de 2.009 (V.g. ingreso).

Con esta metodología etnográfica, se tratará el tema desde algunas hipótesis sobre la labor que se piensa efectuar, ya que la dinámica institucional, tiene sus particularidades en cada entidad, aunque hay elementos estructurales que se repiten en la mayoría de éstas. Es por este motivo, que será muy enriquecedor, confrontar lo explorado en el trabajo de campo con la teoría dentro de un espacio como lo es la urbe de Quito.

Es importante acotar que la tarea etnográfica se la realizó en dos periodos: la primera fase (diciembre-enero 2004) y la segunda fase (junio-noviembre 2009).

La estructura que se propone para este trabajo es la siguiente:

En el primer capítulo se encuentra la introducción. En el segundo capítulo, se trabajará el tema que circunscribe la transición institucional desde una posición de hospicio, pasando por la de manicomio y finalmente lo que se plantea ahora: la posición hospitalaria. Dentro de estas fases históricas, se tomará en cuenta los enlaces existentes entre Europa y América. ¿Cómo las posiciones de salud en Europa, llegaron a influir en América? Específicamente en nuestro país. Para este trabajo, se abordarán los estudios realizados por Foucault y otros historiadores nacionales e internacionales sobre la aparición de hospicios y centros de acogida para el enfermo mental. Parte de este enlace tiene que ver con el nacimiento del Hospital Julio Endara en Conocoto.

En el tercer capítulo, se abordarán desde una lectura con Goffman, Comelles, Levinson y Gallagher, los antipsiquiatras y otros autores, algunas particularidades de cómo el paciente es recibido en el hospital, cuáles serían las dinámicas que se producen dentro de su estadía con su familia y cómo el personal que labora dentro de la institución psiquiátrica recibe y trabaja con sus pacientes. Para esta parte de la tesis, convendría plantearse los conceptos de institución total, identidades y sus dinámicas interpersonales. Es importante, trazarnos las diferencias que se pueden encontrar desde un inicio en las casas psiquiátricas estudiadas por los autores en mención y lo investigado en esta tesis. Este capítulo estará sustentado por las narrativas individuales y colectivas de un informante de larga estancia en el hospital.

Para el cuarto capítulo, se tomarán en cuenta los nexos entre el paciente, el personal, la institución que los acoge y la ciudad. Se pretende en esta sección, encontrar estos engarces para no trabajar de una manera aislada o fragmentada este tema. Se

apuntará a localizar los factores particulares y generales que suscita el argumento de la institución mental en Quito y en nuestro país, ya que muchos de los internos del Hospital Julio Endara vienen de provincia. Hay que tomar en cuenta que el estudio se realiza en un Hospital Estatal y que sus pacientes pertenecen en su gran mayoría a un estrato socio-económico medio bajo y bajo. Es relevante tocar en este momento, las realidades y las construcciones imaginarias en el colectivo sobre salud y enfermedad mental. El quinto capítulo corresponde a las conclusiones.

En síntesis, se dirá que, con estos elementos enunciados, se propone investigar las identidades quiteñas asociadas con “las figuras o estigmas del loco” que se han ido construyendo en este particular medio hospitalario. Asimismo, se podrán definir las distintas relaciones que se han conformado en el trabajo cotidiano, desde las memorias de sus actores; los cuales se encuentran insertos en una ciudad, que genera a su vez, espacios de internamiento para los sujetos que padecen y sufren psíquicamente y/o a los que la sociedad les teme; por consiguiente los estigmatiza. Este dolor y miedo -en numerosos casos- estará conectado con sus familias. Por lo tanto, es de suma importancia reconocer, cuándo se producen este tipo de internamientos y de qué manera deciden los familiares o allegados, tomar esta opción como medida.

CAPÍTULO II

EL PASO DEL MANICOMIO AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN NUESTRA SOCIEDAD

Visiones foucaultianas sobre la Historia de la locura

El siguiente esquema está establecido desde el estudio que Foucault realizó sobre los aparatos de poder en las instituciones. En este caso, se tomarán en cuenta a los hospitales psiquiátricos como lugares de estudio. El aparato psiquiátrico según el autor francés: “no se hizo para curar, sino para ejercer un poder determinado sobre una determinada categoría de individuos” (Foucault, 1.999: 284).

Al poder, en este caso, dentro de la institución, no se lo deberá percibir únicamente como una instancia represiva y castigadora.

“El poder trabaja el cuerpo, penetra en el comportamiento, se mezcla con el deseo y el placer, y aquí, en este trabajo, es necesario sorprenderlo, y es preciso elaborar este análisis, un análisis que requiere esfuerzo” (Ídem).

Con estas formulaciones foucaultianas como premisas, es importante revisar el nexo existente entre la historia de estas instituciones en Europa desde su creación como tales (siglos XVII, XVIII y principios del XIX) y el manejo de la memoria social e institucional desde los saberes hegemónicos erigidos sobre este tipo particular de construcción social. Adicionalmente, se revisará la fase transitiva de las instituciones como sitios de reclusión hacia la creación de hospicios regidos por los psiquiatras. Esta articulación, permitirá enriquecer el estudio, en donde la historia y la memoria van de la mano, a partir de sus nuevos planteamientos analizados desde una reflexión crítica y no lineal. Según Nathan Watchel con respecto a este punto teórico menciona:

Los recuerdos (desde la aparición de la escuela de los Anales) ya no son tratados como reflejos más o menos exactos del pasado, sino como una representación que hace parte de la realidad presente. ¿Y ya que toda memoria tiene una historia no es acaso posible construir una historia de la memoria?”¹ (Watchel, 1.999: 76).

Para iniciar con el nexo entre memoria e institucionalidad, es importante señalar los tipos de saberes que se han instalado, en los hospitales psiquiátricos. La reflexión de

¹ El añadido entre paréntesis corresponde al autor de esta tesis.

estos lugares, no se ha hecho desde una semiología de la vida manicomial sino desde la aparición de determinados contenidos históricos, según lo expuesto por Foucault en *La Historia de la locura* y en su extensa bibliografía sobre el tema.

Desde allí se parte para realizar el análisis crítico de los saberes que se han establecido en las mencionadas instituciones.

Foucault, se refiere en este momento, a **“la reaparición de los saberes bajos”** no cualificados y expuestos desde la palabra del psiquiatrizado, del enfermo e incluso desde el médico. Estos saberes estarían en contraposición con los conocimientos expuestos por la medicina.

Dichos conocimientos locales y su reactivación desde Deleuze con Foucault, funcionan en una relación dialéctica con los saberes jerarquizados del conocimiento científico y sus efectos intrínsecos de poder:

Éste es el proyecto de esta genealogía² en desorden, fragmentaria. Para decirlo brevemente, la arqueología sería el método propio de los análisis de las discursividades locales y la genealogía la táctica que a partir de esas discursividades locales así descritas, pone en movimiento los saberes que no emergían, liberados del sometimiento. (Foucault, 1976:131).

A partir de esta diferenciación, en lo que respecta a la historia; específicamente, se analiza la coyuntura entre las historias hegemónicas, tradicionales u oficiales y las historias disidentes entendidas desde la localidad y su diversidad de producciones. Tema que es tratado con profundidad desde Cristóbal Gnecco, autor que postula la producción de una domesticación política de la memoria social a través de estos dos tipos de historias. Esta transformación se conjuga también con los procesos de construcción de identidad.

Con esta concepción, el autor nos hace reflexionar sobre la aparente antinomia que existe entre estas dos clases de historias, la que puede ser entendida desde otra perspectiva ubicando algunos puntos en común entre las dos. Uno de ellos como ya se mencionó, es esta construcción de las identidades. Sin embargo, con respecto a las relaciones de poder en la gran mayoría de casos, las historias hegemónicas se han impuesto sobre las disidentes.

² Según Foucault, se llama genealogía, al acoplamiento de los conocimientos eruditos y de las memorias locales que permite la constitución de un saber histórico de la lucha y la utilización de ese saber en las tácticas actuales.

Se encuentra una conexión teórica entre Gnecco y Foucault, autores que coinciden en tratar estos saberes históricos no como excluyentes sino como complementarios a pesar de las diferencias existentes con respecto al poder y la supremacía de la versión occidental de la ciencia.

Avanzando el estudio propuesto con Foucault, es importante recapitular el asunto de las cuatro exclusiones³ a las que fueron y son todavía sometidos los considerados locos en la sociedad. Con esto, se trata de analizar, cómo se produce esta dinámica macro hacia una dinámica micro en el apareamiento de los lugares de reclusión para los locos. Posteriormente, surge la presencia de los hospitales psiquiátricos como mecanismo de poder bañado con el tinte médico.

Desde el siglo XVII, en Europa, se vive una serie de transiciones en cuanto a los internamientos. La presencia del loco se vuelve intolerable. Foucault hace una relación con el apareamiento del principio de la organización social, política y estatal de las sociedades capitalistas europeas. Una **“masa de población ociosa”** resultaba intolerable, por lo tanto había que recluir y excluirla.

Es así, como en Europa comenzaron a surgir geográficamente estos centros de encierro, los que cumplían con la función de confinar no sólo a la gente que se la consideraba loca, sino a toda la población que no aportaba con el capitalismo, ya que este último, se estaba fundando en el ámbito de los estados y de las naciones como lo recalca Foucault. (Ibídem: 131).

En este internamiento, *la consigna no era curar*. Estos espacios no estaban dirigidos por médicos, donde en realidad, habían muy pocos galenos trabajando. La medicina tenía un rol privado más que público en ese entonces. La intención central de estos centros de reclusión, como ya se explicó antes, era alejar a los considerados locos de la sociedad productiva.

Con el apareamiento de los lugares de aislamiento, también florece en Francia, la policía de Estado. Menciona Foucault, en una de las conferencias en la Universidad de Tokio en octubre de 1970, que en 1650 mediante un edicto de “Pomponne de Bellièvre”, fueron creados los centros de internamiento y los agentes de policía. Con

³ Este tema será tratado con mayor amplitud en este subcapítulo más adelante.

estas nuevas instituciones, se trataba de vigilar y controlar a los individuos en un mismo nivel de integración basados en las normas de trabajo.

A finales del siglo XVIII e inicios del XIX, el loco es repensado, produciéndose un hiato, en donde, a partir del hecho histórico o mitológico, como ven algunos autores al suceso ocurrido con Pinel⁴ desde Francia y lo acontecido desde la familia Tuke⁵ en Inglaterra, al loco, se lo ubica dentro de una categoría clínica: pasa a ser dependiente de la medicina. Al loco ya no se lo trata como prisionero sino como a un enfermo mental.⁶

Se liberan de esta forma a: los enfermos, a los ancianos, a la gente ociosa, a las prostitutas, a los libertinos y demás personas que estaban recluidas por cargos morales. Todos estos cambios producidos, se encuentran en un contexto en el cual, el capitalismo es modificado y transformado en la categoría de industrial. Era necesario tener una masa de individuos desempleados para regular la política salarial de los empresarios. De esta manera, se conseguía bajar los salarios y mantener una población que podía ser empleada si era requerida.

Es por este motivo que, únicamente, los enfermos mentales, se quedan hospitalizados con la intención de “**ser curados**”. Con estos cambios, ingresa la figura del **psiquiatra** como el profesional que dirige estos centros. También se produce una división hospitalaria: por un lado, la encargada de curar las aflicciones de tipo orgánico y por el otro, la relacionada con el orden psíquico.

En este momento, para ampliar el contexto, será importante introducir lo expuesto por Gladys Swain, autora que se ubica desde la historia para indicar que:

(...) la psiquiatría no había nacido de un acto de liberación de los locos, sino de la atribución al alienista de los poderes que antes ejercían los enfermeros. El mito de la abolición servía entonces para eliminar a Pussin a fin de permitir mejor que Esquirol reinara en el asilo y sobre la nosología, en nombre de un antepasado totémico convertido en sujeto de hagiografía: Philippe Pinel “(Swain en Roudinesco y otros, 1996: 22 y 23).

⁴ Médico francés (1745-1826) En el campo institucional, propugnaba la humanización del trato que se daba por entonces a las personas que poseían una enfermedad mental, eliminando, como primera medida, su encadenamiento a las paredes. (Referencia obtenida de Wikipedia, 27 de septiembre de 2009).

⁵ Familia de ingleses cuáqueros que formaron parte de las innovaciones asilares en York. Por ejemplo William Tuke III (1732-1822), fundó The Retreat at York, uno de los modernos asilos para insanos mentales en 1792. (Referencia obtenida de Wikipedia. The free Enclyclopedia, 27 septiembre de 2.009).

⁶ Existió todo un proceso histórico en donde las creencias sobre la locura comenzaron a ser pensadas desde la visión científica. El pensamiento con Descartes, abre la posibilidad de insertar a la idea de la locura como parte interna del pensamiento mismo. (Roudinesco, 1998: 652).

Con este postulado, la autora mencionada, no pretende separarse del todo del pensamiento de Foucault como dice Roudinesco. Ya que revertía hacia el discurso psiquiátrico las preguntas que se planteó el filósofo francés en su trabajo sobre “*La Historia de la locura*”. Este giro que la historiadora argumenta, no había sido reconocido desde la obra foucaultiana como base de su argumentación.

Luego de esta exposición ampliatoria sobre el tema de la locura y la formación de los hospitales psiquiátricos como tales en el siglo XIX, se pretenderá con las concepciones de Foucault a lo largo de la historia, ubicar los sistemas de exclusión que fueron sometidos “los considerados locos” durante estos períodos en Europa. Con estos cuatro sistemas (con respecto al trabajo, con relación a la familia, a la exclusión de la palabra y a la exclusión del juego), se ubicará el cómo de la marginalidad o de la presencia del loco con sus particularidades a través de la historia. Para este acápite es importante marcar las relaciones de poder y de dominación que se ejercen sobre él en cada momento histórico que se pretende estudiar.

Es fundamental aclarar en este punto lo dicho por Foucault en otra de sus conferencias, afirmando que: “el enfermo mental se constituye como sujeto loco en relación con y ante quién le declara loco” (Foucault, 1984: 404).

Desde esta coyuntura, se irá explicando cómo sucedieron y suceden estas dinámicas en la Historia de la locura, con su familia, con los médicos o enfermeros y con la sociedad. A continuación se explicará con más detalle lo planteado:

- a) ***La exclusión con relación al trabajo***. Siempre ha estado vinculada a un grupo de personas que se encuentran fuera de la masa poblacional que no producen ganancia comercial. Foucault menciona el caso de la función religiosa, la cual se encuentra en otro tipo de internados o compartiendo en algunos casos, funciones relacionadas con el cuidado de los locos en los sitios de reclusión a lo largo de la historia. Tanto en la Edad Media como en los siglos XVII, XVIII, XIX y XX, al considerado loco y luego enfermo mental, se lo ha excluido del trabajo productivo. Actualmente, en algunos centros se realizan intentos para que el enfermo mental pueda incorporarse a la vida productiva.
- b) ***La exclusión referida a la familia***, la cual se asocia con la anterior, va más allá y se la vincula con la reproducción de la sociedad. Por esto el celibato era una práctica obligada para los locos desde la Edad Media; se los recluía desde el siglo XVII para

evitar el crecimiento poblacional de personas no productivas. Esta práctica no era exclusiva de los cautivos.

c) *La exclusión de la palabra*, relacionada con la banalidad de ésta y los grupos excluidos. El loco y su palabra han sido rechazados desde el siglo XVII. Sin embargo, existió desde la Edad Media, un cierto valor por expresiones particulares en Europa, desde los bufones y algunos actores de teatro. A estos personajes, no necesariamente se los puede considerar como locos, pero como dijo Foucault, eran portadores de la palabra irresponsable dentro de esa institucionalidad de la palabra loca. Todo acto de palabra desde el loco, fuera de estos parámetros establecidos por las sociedades europeas, era sancionado o callado. (Cfr. Capítulo 4.2 de esta tesis).

d) El cuarto sistema de exclusión, se refiere *al juego y sus dinámicas*, en la cual, los reclusos no eran tomados en cuenta u ocupaban un cargo inferior o de “chivo expiatorio”. En el caso de las fiestas y en las otras dinámicas propias de las ciudades, el loco no formaba parte de ellas. Lo paradójico de este asunto es que en muchas de estas celebraciones, se cometían una serie de atropellos y locuras como una especie de manifestación de la locura colectiva.

Con estos cuatro parámetros de exclusión, se podrá comentar que los locos fueron parte o forman parte aún, de estos actos de dominación en contra de ellos. Desde las reclusiones vividas desde el siglo XVII, se nota el deseo de las sociedades por “callar al loco” y mantenerlo fuera de todo contexto. Adicionalmente, a todos los argumentos sustentados desde la historia por Foucault quedan algunas interrogantes: ¿Al loco se lo excluía también por ese temor que impartía? ¿Ese miedo al “contagio” de la locura era causal para el exilio? La palabra del loco, ¿ocasionaría ese temor imaginario ligado con la ruptura del aparato aparentemente bien armado llamado capitalismo, el mismo que fue construido desde el siglo XVII? Son preguntas que se generan desde el planteamiento foucaultiano, el cual nos da una serie de pistas para una mayor comprensión del tema.

Para ubicar lo contemporáneo (siglo XX e inicios del XXI), es importante remarcar lo expuesto desde Le Goff, Connerton, Marc Bloch y otros autores, con respecto a la comprensión del presente mediante el pasado y la comprensión de este último a través del presente. Incluso la historia, no puede separar el estudio del pasado

en conexión con el presente y el futuro. (Febvre Lucien y Bloch Marc. 1952, En Le Goff Jacques.1991: 193).

Con esta pauta teórica desde la historia, es importante remitirnos a la entrevista a Foucault titulada “Asilos, Sexualidad, Prisiones” (octubre 1975) realizada en Sao Pablo para profundizar sobre lo que pasó y está pasando en esta última temporada sobre el asunto de la locura y la hospitalización.

El filósofo francés en esta interlocución, habla desde un enfoque compartido con los antipsiquiatras. Menciona a Laing y a Cooper, los cuales son contemporáneos a él. Dichos autores escribieron sus primeros libros en los años 1958 y 1959. Cercana a estos años, La “Historia de la locura” fue publicada en el año de 1960 en Francia. Cabe resaltar que en ese entonces, estos tres autores se desconocían, aunque escribían sobre temas muy parecidos. Foucault menciona que los tres hablan sobre: “el comienzo de este análisis crítico y político de los fenómenos del poder”. (Foucault, 1999: 285).

En la entrevista mencionada, Foucault dialoga sobre las protestas militantes por parte de la Antipsiquiatría y por otros grupos afines, las cuales no iban a resolver los problemas de fondo. Lo que sí se produjo -en Francia por ejemplo- según lo que cuenta Foucault, es la formación de pequeñas comunidades que intentaban resolver sus problemas apoyándose los unos a los otros, pidiendo apoyo a personas de afuera. Estas últimas, cumplían con la función de “regular al grupo”. De esta forma, se produce la autogestión ante sus problemas.

Es importante mencionar como antecedente de estas protestas mencionadas por el filósofo francés, uno de sus ejes más preponderantes, el cual se basa en los tipos de modificaciones que se producen desde el ámbito psiquiátrico, en donde, la farmacología comienza a tener auge desde 1960. Empieza a existir una serie de cambios como lo acota Roudinesco en su Diccionario de Psicoanálisis:

La generalización de la farmacología, reemplazó a la nosografía proveniente de Emil Kraepelin y al enfoque freudo-bleuleriano, reemplazando el asilo por el chaleco de fuerza químico, la clínica por el diagnóstico conductual y la escucha del sujeto por la “tecnologización” del cuerpo”(Roudinesco y Plon ,1998: 652 y 653).

Con estos cambios actuales desde la psiquiatría, cabe preguntarse si una de sus estrategias es: ¿borrar la conciencia de la memoria colectiva e institucional, con el fin de producir una “ceguera-mnésica”, aboliendo cualquier posibilidad de respuesta en

contra de la tecnocracia del poder ejecutada desde la medicina actual? El cuestionamiento sigue abierto.

El tema de la locura, planteado desde la perspectiva foucaultiana, trae una serie de interrogantes, los cuales son tratados a partir de una óptica histórica y filosófica ubicando cuáles han sido las modificaciones efectuadas en el tratamiento con “el loco” a lo largo de las civilizaciones europeas y por qué se han producido éstas.

El asunto de los asilos y/o instituciones psiquiátricas -denominadas así desde el siglo XIX- fue estudiado desde otra perspectiva, según Roudinesco, desde el apareamiento de la Historia de la locura con Foucault; produciéndose la caída de la historia de Pinel, el cual, habría roto las cadenas de encarcelamiento a los locos en La Salpêtrière de París. A partir de este hecho histórico o mítico, se tomaron en cuenta los trabajos de Georges Canguilhem y la referencia de los fundadores de los Annales.

Se iniciaron dichos estudios, tomando como reseña las herramientas de la Psiquiatría y no se pensó en un paso abrupto, sino que la concepción de enfermedad mental se la va elaborando a través de una producción laboriosa. Entonces, se pasa de un período basado en el oscurantismo hacia el progreso, de la religión al humanismo y de la naturaleza a la cultura. “Más vale la justicia de los magistrados que el suplicio medieval, más vale el tratamiento moral de Pinel que la “nave de los locos” (Roudinesco, 1996: 15 y 16).

Es así como se producen cambios a través de la obra de Foucault, aunque cabe notar que, algunos autores desde la historia, rechazaron las fuentes por las cuales el mencionado autor se había nutrido para sacar sus conclusiones. Se lo criticó por no practicar como psicólogo o psiquiatra; adicionalmente decían que sus fuentes históricas no existían o no eran precisas, ni conocía los asilos.

Lo interesante de Foucault, basándome en uno de los criterios de Roudinesco es pensar a la locura desde una verdad ontológica, desde un punto de vista que anteriormente se catalogaba a la locura como algo natural y no histórica sin ninguna construcción, sino como algo que habría aparecido de la naturaleza. Vale decir, que a partir de las investigaciones foucaultianas, se inicia un período de indagaciones novedosas y críticas sobre la locura y los hospitales psiquiátricos.

Esta parte de la tesis, abre algunas expectativas. Se puede ampliar este estudio con los aportes de los siguientes autores: Zambrano y Gnecco, Watchel, Le Goff,

Connerton, Lechner y Riaño, entre otros, ya que a través de la articulación entre la historia y la memoria colectiva, y dentro de ésta, la memoria institucional, podemos localizar los enlaces existentes entre el posicionamiento del poder y la memoria u olvido, dependiendo del contexto histórico que se estudia. Al realizar una visión retrospectiva hacia el pasado en la Historia de la locura, lo que se ha tratado de olvidar desde las instituciones estudiadas son, todas las dinámicas que producen y han producido estos establecimientos a lo largo de la historia para la manutención del poder desde una esfera pequeña que maneja la jerarquía institucional. Con la creación de las nuevas tecnologías del poder, se camufla el verdadero sentido de esta máquina. Como se analizaba al inicio de este subcapítulo: *El aparato psiquiátrico según Foucault no se hizo para curar, sino para ejercer un poder determinado sobre una determinada categoría de individuos.*

Es un planteamiento duro que queda expuesto y ha sido corroborado desde algunos estudios de campo. Un ejemplo de aquello, es la investigación titulada “Internados” de Erwing Goffman, autor que recoge las historias disidentes relatadas por los pacientes y otras personas excluidas en la institución psiquiátrica, con la intención de investigar las dinámicas producidas en cuanto al manejo del poder en las llamadas instituciones totales. Sin embargo, hay otros autores como Levinson y Gallagher, en su estudio “Sociología del enfermo mental”, los cuales defienden un punto de vista distinto. Ellos encuentran la otra cara de las instituciones mentales aunque tampoco se oponen al planteamiento acerca de ciertos establecimientos psiquiátricos manejados desde dinámicas comparadas con los campos de concentración y otras instituciones que son abordadas desde el concepto de institución total desde Goffman⁷ (Levinson y Gallagher, 1964: 34). El hospital donde estos autores hacen su estudio (Centro de Salud Mental de Massachusetts) se apartaría del sistema de reclusión-custodia, según lo afirmado desde su investigación.

Un punto teórico que no queda resuelto pero sí planteado es -tomando en cuenta lo expuesto por Gnecco en su artículo “Historias hegemónicas, historias disidentes”-, la dialéctica y su correspondiente construcción de la historia desde las dos caras de la misma moneda, formando a su vez la construcción de identidades. A través de esta hipótesis, cabría preguntarse ¿Cuáles identidades se han formado en la historia de la

⁷ Este tema será tratado con amplitud en el tercer capítulo.

locura y del enfermo mental a través de sus respectivas historias hegemónicas y disidentes? Pregunta que queda abierta para ser trabajada como parte de esta tesis.

Asilo-manicomio-hospital psiquiátrico en Europa y Ecuador

En el viejo continente según lo expuesto por Foucault en su texto prínceps **Historia de la Locura en la Época Clásica**, a mediados del siglo XVII se iniciaría el gran encierro.

En toda Europa la internación tiene el mismo sentido, por lo menos al principio. Es una de las respuestas dadas por el siglo XVII a una crisis económica que afecta al mundo occidental en conjunto: descenso de salarios, desempleo, escasez de moneda; este conjunto de hechos se debe probablemente a una crisis de la economía española (Foucault, 1964: 105).

Esta hipótesis pese a las críticas que algunos historiadores realizan al mencionado autor, se mantendría según la historiadora ecuatoriana Mariana Landázuri Camacho en su texto **Salir del encierro**. Dicha autora, recalca la importancia de la teoría foucaultiana pese a que este proceso histórico fue para autores como Mary Lindemann, un acontecimiento que se habría suscitado después de 1800. La premisa central de Foucault reza: “el encierro se produce como respuesta a una crisis económica occidental debida al paro en la producción minera americana” (Foucault en Landázuri, 2008: 24).

Dicha repercusión histórica-económica, también tuvo efectos en nuestro país según lo acotado por la historiadora. Desde una visión histórico-psicológica, el autor ecuatoriano Efrén Cruz coincide con Landázuri con respecto a la creación de estas instituciones; básicamente por los siguientes factores: *el económico* porque el desempleo venía a ser un problema social. A través de las manufacturas que se producían en estos asilos se trataba de dar una solución atenuante a dicho problema y el otro factor es *el social*, para excluir a los marginados que eran considerados como causantes de generar cargas en infundir peligrosidad al orden público (Cruz, 2003: 44 y ss.).

En este proceso de inestabilidad económica y social, en nuestro país, fue fundado el 15 de marzo de 1785⁸, por el obispo de Quito el Dr. Blas Sobrino Minayo en compañía del presidente de la Real Audiencia de Quito, Don Juan José de Villalengua,

⁸ Cabe aclarar que este sitio fue fundado en 1587, como una casa de ejercicios espirituales por los jesuitas.

el Hospicio⁹ de Jesús, María y José. Actualmente se lo conoce como el Hospital psiquiátrico “San Lázaro”. Este habría sido la cuarta institución de este tipo en América. (Cruz, 2003, Guarderas, 2000 y Landázuri, 2008).

En este hospicio se albergaban: locos, prostitutas, leprosos, virulentos, idiotas, ancianos, vagos, mendigos y huérfanos. Este establecimiento estuvo regentado por las “Hermanas de la Caridad” desde 1882. Para 1891 -106 años después de su fundación- se crea una nueva área en el hospicio llamada manicomio¹⁰. Este sector creado, fue un espacio físico en donde se encierran a los enfermos extremos, como lo acota Mariana Landázuri. Son las denominadas “loqueras” estas celdas individuales ubicadas en el ala oriental del Hospicio.



Quito Eterno. La ciudad ayer y hoy: Fachada del Hospicio de San Lázaro. 1.976 (V.g. Centro de Quito).

Uno de los puntos importantes a ser considerado es la firme convicción que tenían los alienistas en ese entonces sobre el encierro. Éste curaba por sí mismo; por lo tanto tenía fines terapéuticos.

Otros “tratamientos modernos” utilizados desde la psiquiatría en ese entonces, consistían en el uso de antiespasmódicos¹¹, reconstituyentes, solanáceas¹², gimnasia y

⁹ Dentro de las acepciones encontradas en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, las más destacadas son: casa para albergar y recibir peregrinos y pobres. Asilo en que se da mantenimiento y educación a niños pobres, expósitos o huérfanos. Asilo para menesterosos. Asilo para dementes y ancianos.

¹⁰ Manicomio proviene de manía y el griego *κομείν*, cuidar. Hospital para locos definido por el Diccionario de la Real academia española.

¹¹ Medicamentos utilizados para aliviar los retortijones o espasmos del estómago, del intestino y de la vejiga.

baños fríos como lo menciona Fabián Guarderas Jijón, médico psiquiatra e investigador ecuatoriano de nuestros días.

Con el paso del tiempo, las técnicas para el tratamiento con los enfermos en los hospitales psiquiátricos se han ido transformando. Uno de los cambios más significativos sin duda, son los tratamientos relacionados con la psicofarmacología. Como dice Foucault y post-foucaultianos, se ha pasado del chaleco de fuerzas al chaleco químico. Sin embargo, una parte importante de la estructura institucional se mantiene: el custodialismo perdura hasta la fecha en algunas instituciones psiquiátricas.

Guarderas Jijón menciona ciertas frases mencionadas por Agustín Cueva Tamariz psiquiatra cuencano destacado del siglo XX, sobre el Hospital San Lázaro. “El hospital psiquiátrico no es depósito de seres inútiles y dañinos, es el hospital que pide más porque más necesita y el que más rinde” (Cueva Tamariz en Guarderas Jijón, 2000: 11).

El sistema manicomial difícilmente se ha desprendido dentro de esta institución por completo. Debido a estas preocupaciones compartidas por varios profesionales que han hecho parte de la historia de esta institución, ha estado constantemente circulando el deseo por construir un hospital que cambie las concepciones custodiales hacia una visión más amplia y moderna en el tratamiento con pacientes mentales.

La gran mayoría de los avances en psiquiatría de nuestro país han sido importados desde Europa. En este momento sería importante retomar la pregunta que se hace la historiadora Mariana Landázuri Camacho sobre la real existencia de una psiquiatría ecuatoriana.

Dentro de este contexto, vale tomar lo dicho por uno de los médicos en el año de 1933. Gualberto Arcos, en su texto **La Medicina en el Ecuador**, menciona:

Nuestro progreso consiste en adaptarnos a las ideas europeas, con mentalidad europea, sancionada por las conclusiones y los actuales postulados científicos, que esbozan horizontes de renovada psicología (Arcos, en Landázuri Camacho, 2008: 231)

La medicina europea, es una de las fuentes que mayor repercusión ha tenido dentro de la Historia de la medicina del Ecuador y en Latinoamérica. Es significativo remarcar la posibilidad de algunos médicos del país, que pudieron salir de América y/o admiraban la psiquiatría occidental en búsqueda de conocimientos renovadores traídos del viejo

¹² Familia de plantas, que comprenden aproximadamente 98 géneros y unas 2700 especies, como la mora, el tomate, la berenjena, etc. Poseen propiedades medicinales.

continente y como éstos, repercutían en la dinámica médica ecuatoriana. Algunos ejemplos muy relevantes son: Julio Endara, Jorge Escudero Moscoso¹³, Celso Arturo Jarrín y otros médicos que han traído sus conocimientos y saberes para ser impartidos a los estudiantes de medicina en Ecuador. También han existido presencias como la del Doctor Waldemar Unger, psiquiatra austriaco que estuvo refugiado en nuestro país huyendo de la II Guerra Mundial, como otro de los profesionales que aportaron desde sus conocimientos europeos. Sin duda, una distinta fuente de origen ha sido y sigue siendo la cultura norteamericana, dentro de nuestro ámbito médico y psicológico.

Fernando Casares de la Torre, que pudo formarse en los Estados Unidos como médico psiquiatra, aportó como un eje humano fundamental para la transición del hospital de la calle Ambato¹⁴ hacia el Hospital Julio Endara.

Menciona el Doctor Nelson Samaniego en una entrevista realizada por el autor de esta tesis en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, en diciembre del 2004 lo siguiente:

En la época de Velasco Ibarra, con la presencia de Fernando Casares de la Torre, construyó y se fue a Estados Unidos a prepararse para hacer este hospital. El Julio Endara se fundó con las innovaciones de 1953 en la psiquiatría de ese entonces. (Entrevista en el Hospital Julio Endara, diciembre 2.004).

Dicha transición no fue fácilmente vivida. En nuestro país, hubo una serie de resistencias políticas y sociales que fueron retardando la fundación del Hospital Julio Endara. Resulta esclarecedor recoger algunas de las memorias del Dr. Fernando Casares de la Torre¹⁵, primer director y fundador del Hospital psiquiátrico de Conocoto, desde el pedido realizado por el Dr. Nelson Samaniego para recopilar estos momentos históricos previos a la fundación del Hospital en mención.

Enrique Garcés (1.942), galeno destacado de Quito apunta lo dicho por Casares de la Torre:

(...) las necesidades más urgentes de construir un manicomio en El Rosario en Cotocollao; no es posible mantener esa guarida de la calle Ambato que se inspiró trágicamente en la Colonia para martirizar a los dementes, apaleándoles embutiéndolos en celdas indescriptibles con el fin de conseguir que el demonio salga de los cuerpos". (Casares de la Torre, en revista Julio Endara, 1979:115).

¹³ Fue uno de los pioneros del Ecuador en incorporar las teorías freudianas.

¹⁴ Otra denominación que se le ha dado al Hospital Psiquiátrico San Lázaro.

¹⁵ También fue director del manicomio San Lázaro desde 1940 hasta 1972. Fue el director que estuvo inmerso en la transición entre el Manicomio San Lázaro y el Hospital de Conocoto.

Con estas premisas como fuentes en contra del custodialismo en Ecuador y en el mundo, agitados desde los antecedentes europeos de rupturas de cadenas y encierros con Pinel y Esquirol desde los siglos XVIII y XIX, más el movimiento de la Antipsiquiatría que se estaba construyendo en Norteamérica y en algunos países de Europa entre 1955 y 1975, comenzaron a agilirse en Quito los trámites respectivos para la búsqueda de un lugar adecuado para la edificación de una institución psiquiátrica naciente y renovada. Hubo una serie de “dimes y diretes” para impedir el objetivo deseado. Un honorable diputado por ejemplo, habría dicho que la “locura no es contagiosa”, por lo que no era necesario construir una institución moderna en el año de 1.942 en las cercanías de Quito.

Al inicio, se pensaba montar al Hospital Psiquiátrico en el sector de Cotocollao. Luego de una serie de penurias, se decide que el hospital ya no sería construido en este sitio. Éste no podía ser cimentado cerca del Aeropuerto según el Ministerio de Defensa. ¿Motivos de seguridad? y/o ¿Temor a la locura? Se decide entonces realizar la cimentación del Hospital en la hacienda de Sto. Domingo de Conocoto.



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Sitios cercanos del Hospital; resquicios de la Hacienda de Santo Domingo de Conocoto. Mayo 2.009 (V.g. sitios cercanos).

Según las crónicas recolectadas en la primera revista del Hospital Julio Endara, publicadas en julio de 1979, para la arquitectura de este hospital, se destina a través del decreto ejecutivo No. 387 en julio de 1.944 en la presidencia del Dr. José María Velasco Ibarra un presupuesto compartido de la siguiente manera:

- El servicio cooperativo \$300.000 sucres.
- Supremo Gobierno \$900.000 sucres.
- Junta de asistencia pública \$900.000 sucres (Ibídem: 119).

Posteriormente, estos presupuestos fueron reacomodándose de acuerdo a los gastos que iban apareciendo. Para 1953 el gran total invertido era: dos millones setecientos cincuenta y un mil ochocientos setenta y uno con cincuenta y siete centavos desde este comité tripartito según el informe expuesto por el Dr. Casares de la Torre redactado en las memorias del hospital de la revista mencionada. Por otra parte, la asignación de los cargos estuvo organizada desde el comité conformado por el Profesor Dr. Jorge Escudero que se había formado en Francia y el Dr. Celso Jarrín quedando de la siguiente manera:

Director: Dr. Fernando Casares de la Torre.
Director Técnico consultor: Dr. H.J. Van Grimmer
Jefe de Admisión y de Consulta Externa: Prof. Jorge Escudero Moscoso.
Médicos psiquiatras, jefes de servicio, Drs. Celso Jarrín, Alfonso Avilés y Luis Riofrío.
Internos: Srs. Francisco Cornejo y N. Proaño (Ibidem: 123).

En ese entonces, el 29 de julio de 1953, se funda con el nombre de Hospital Psiquiátrico de Conocoto, por la Junta de Asistencia Pública. La infraestructura constaba de dos grandes pabellones de una sola planta construida en una superficie de 3.729 metros cuadrados. La capacidad del Hospital se calculó para 136 camas. Según lo descrito en estas memorias iniciales del hospital, se contaba con los servicios de Laboratorio Clínico, de Farmacia, de Fisioterapia y de implementos necesarios para tratamientos de Electrochoque¹⁶ y Electronarcosis¹⁷. Tenían además una sala de Terapia Ocupacional, con dos telares. Los servicios médicos contaban con todo el material necesario incluso para cirugía menor. (Ibidem: 124)

Los primeros internamientos se iniciaron en septiembre de 1.953 con 100 pacientes¹⁸ que fueron trasladados del viejo manicomio de San Lázaro y es en este

¹⁶ Tratamiento de una perturbación mental provocando el coma mediante la aplicación de una descarga eléctrica (Diccionario de la Real Academia Española, 2002: 589).

¹⁷ Tratamiento para los trastornos psiquiátricos que usa el paso de una corriente eléctrica a través del encéfalo por electrodos colocados en el cuero cabelludo, de manera que produce una fase tónica semejante a la del tratamiento electroconvulsivo, pero con nulas o escasas convulsiones, es menos eficaz y tiene más probabilidades de provocar efectos adversos que el tratamiento electroconvulsivo (Definición tomada del Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina de Dorland).

¹⁸ Estos internos que habrían sido trasladados del San Lázaro como lo acota Mariana Landázuri Camacho: “deben venir solamente los pacientes susceptibles de curación, los pacientes crónicos se quedan en el San Lázaro” (Landázuri, 2008:293). Mediante esta reflexión se podrá decir que al San

memorable día, cuando se empieza a vivir una psiquiatría más humanizada y prometedora de nuevas esperanzas como lo recalca el Dr. Nelson Samaniego, actual Jefe de Servicio de Clínica Psiquiátrica, en la cuarta revista del hospital en el año del 2008.

Sin embargo, como lo acota Mariana Landázuri, el nuevo hospital dependía del San Lázaro y las admisiones a la nueva institución se las hacía desde el viejo manicomio. Paradójicamente, el manicomio San Lázaro se transforma en hospital psiquiátrico en 1972. Lo “joviejo”¹⁹ se junta en esta transición vivida por la psiquiatría quiteña.

El hospital psiquiátrico Julio Endara como lugar histórico en donde transitan actualmente los pacientes.



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Patios del Hospital. Mayo 2.009 (V.g. áreas verdes).

A partir de la fundación e instalación del nuevo hospital en la hacienda de Santo Domingo de Conocoto, logrando superar los déficits de agua y otras necesidades

Lázaro se lo ubica desde la concepción custodial en donde se guarda “lo viejo”, lo crónico, lo difícil de tratar mientras que en el Hospital de Conocoto vendría “lo nuevo”, lo innovador, lo curable.

¹⁹ Neologismo creado por el autor de esta tesis para explicar la articulación entre lo joven y lo viejo que no termina de extinguirse entre estas dos instituciones que hasta la fecha mantienen lazos sociales y que resultan ser puntos de anclaje en nuestra historia y reflexión de la psiquiatría ecuatoriana. Cabe señalar, desde el punto de vista de la asesora de esta tesis, Lorena Lucioparedes, se podría hablar de una psiquiatría híbrida, resultado de un legado colonial y de nuevas corrientes sociales. Esta reflexión es acogida por el autor de esta tesis, como una importante hipótesis suplementaria frente a lo expuesto en esta investigación.

extrínsecas como intrínsecas para el adecuado funcionamiento de la institución, el trabajo con los pacientes mentales se inaugura sobre una serie de cambios estructurales, ideológicos y tecnológicos que convergen en la constitución de este Hospital.

Una de estas variantes se relaciona con el cambio de nombre del Hospital de Conocoto. En el año de 1.970, en una sesión solemne como lo menciona el Dr. Nelson Samaniego -ex director del hospital en 1.975- en la Revista No. 4 del Hospital, por el XVII aniversario de la fundación:

(...) el Dr. Luis León, invitado especial, pide de manera elocuente se designe con el nombre de Julio Endara Moreano al hospital psiquiátrico en homenaje a tan brillante y destacada figura de la psiquiatría ecuatoriana y latinoamericana. (Samaniego, 2.008: 4).

Cabe preguntarse en este momento ¿Quién fue Dr. Julio Endara Moreano, patrono del hospital? Julio Endara Moreano, nació en Quito el año de 1.898. Se graduó en 1.922 con honores en la Facultad de Medicina en la Universidad Central del Ecuador. Hizo sus estudios de especialización en Psiquiatría en Chile 1923-1924 y en la Universidad de Buenos Aires en 1935-1936. En 1924 fue asignado como director del Hospital San Lázaro. Fue fundador del Instituto de Criminología en el país 1.936-40. Ocupó cargos públicos como Ministro de Previsión Social, Trabajo y Sanidad en 1.952. Fue profesor de la Facultad de Medicina, Decano y Vicerrector de la U.C.E. También fue diputado de la provincia de Pichincha. Generó varias investigaciones en el campo de la psicofarmacología, criminología y ciencias conexas. Fue investigador y pionero en la técnica proyectiva del test de Rorschach en nuestro país. Fue reconocido como un gran científico internacionalmente.

Fallece el 17 de junio de 1.969. (Julio Endara, en Jaime Gómez González en: http://www.compumedicina.com/historia/hm_010103.htm)

Dentro del contexto ecuatoriano, muchos psiquiatras, médicos y personas aledañas al medio estuvieron de acuerdo que el Hospital de Conocoto llevase el nombre de tal ilustre figura en nuestro país.

Empero, existieron otros profesionales de la salud mental que pensaron en el hospital y su nominación, haciendo alusión al mentalizador de la obra: el doctor Fernando Casares de la Torre. Uno de los psiquiatras que hace hincapié sobre este

hecho es el doctor Carlos León Andrade, en su texto “Personalidades de la psiquiatría ecuatoriana” en el año de 1995.

Estos son algunos antecedentes iniciales que se vivieron dentro de las dos primeras décadas de funcionamiento que traen en la actualidad ciertas reflexiones sobre lo que acontecía en ese entonces dentro del medio psiquiátrico anterior a los setentas.

Antes de esta década, según comenta el doctor Nelson Samaniego tanto en la recopilación que hace en la última revista del Hospital Julio Endara como en la entrevista realizada en diciembre de 2004, se mencionan los tratamientos médicos que se utilizaban en esas fechas.

Dice el mencionado galeno en la entrevista:

Maravilla, cuando yo pisé la psiquiatría, sólo teníamos la insulino**ter**apia²⁰, la electroconvulsivoterapia y el Largactil²¹. Así, desde allá me acuerdo yo. Esto duró hasta mediados del 75 o algo así. (Entrevista D-JCP: 26 de diciembre 2.004).

Al parecer en esa época también trabajaban con los pacientes mentales desde las terapias: ocupacional y recreativa. El cuidado era de tipo custodial como lo relata el médico en mención.

Es a partir de la presencia de los directores Gustavo Serrano y Francisco Cornejo Gaette que comienza a replantearse una psiquiatría centrada en el individuo desde el Hospital Julio Endara. Este último médico, como es costumbre en nuestro país, trae conocimientos innovadores desde Inglaterra. En la década de los setenta, comienzan a existir algunos cambios dentro de los tratamientos psiquiátricos mencionados. Cornejo Gaette, como menciona Nelson Samaniego, suprime los tratamientos de insulino**ter**apia en el Hospital Julio Endara y por primera vez, el electrochoque se prescribe acompañado de sedación y relajación previas.²²

²⁰ Tipo de terapia que se utilizó para producir shocks por baja de glucosa, convulsiones y luego reanimación de glucosa hipertónica. (Definición obtenida del glosario en el texto Salir del encierro de Landázuri Camacho, 2.008: 322).

²¹ Es un antipsicótico. El nombre genérico es cloropromazina. Fue el primero en descubrirse.

²² El electrochoque ha sido y es un método que ha generado muchas controversias en los ámbitos médicos psicológicos, psicoanalíticos y antipsiquiátricos. Desde la creación de esta técnica inventada por Ugo Cerletti, en la década de los 30 del siglo XX, a través de sus primeras experimentaciones con cerdos, se han formado una serie de polémicas individuales y colectivas en torno a ubicar este procedimiento como una terapia paradigmática del poder de los psiquiatras sobre sus pacientes. Actualmente si es utilizado desde una óptica ética en tratamientos con pacientes que presentan: depresión grave con alto riesgo suicida, esquizofrenia catatónica, psicosis en embarazadas, cuadros que no mejoran con la medicación neuroléptica o antipsicótica se encuentran resultados favorables. (Para una profundización del

En la época en que dirige el Hospital Nelson Samaniego, a finales de 1975, comienzan a existir cambios dentro de la concepción del lugar como hospital. Inician el derrocamiento de los muros, se borran las celdas, se agrandaron las ventanas que eran de tipo carcelarias. Las lumbreras actualmente como señala su creador, son de tipo hogareño, borraron las grandes salas de cuarenta camas y las individualizaron. “Buscamos la forma de respetar la privacidad, la individualidad del paciente” acota Samaniego en la entrevista de diciembre de 2004.

Según el mencionado psiquiatra, la asistencia a los enfermos se democratiza, de tipo centrípeta se forma centrífuga, propio del pensamiento del ilustre maestro chileno Dr. Juan Marconi Tassara.²³

Dentro de los cambios trascendentales que ocurren en el Hospital de Conocoto en esta década, es la presencia del departamento de Psicología en el hospital psiquiátrico de Conocoto. Cabe anotar que este tipo de trabajos han sido escasos hasta esa fecha en otros hospicios. Es importante rescatar lo que Mariana Landázuri comenta sobre la presencia de Vera Schiller de Khon en el San Lázaro en 1.961 desde un voluntariado que no hay registros escritos sino orales. Vera Schiller fue la primera doctora en Psicología Clínica que se graduó en la Universidad Central. Años más tarde en el Hospital Julio Endara se constituye el trabajo psicoterapéutico. Algunas variantes que se usan en ese entonces están enmarcadas en la terapia ocupacional, la ergoterapia²⁴, la psicoterapia individual y la remotivación. Estas ayudas terapéuticas se convierten en ejes fundamentales del trabajo (Samaniego, 2008: 6).

En estos últimos años, el hospital Julio Endara ha ido creciendo dentro de su estructura humana y física, aportando favorablemente al tratamiento de afecciones mentales desde la consulta externa, el internamiento -que dura semanas o unos meses- y

tema, remitirse a: Los crímenes de la paz, texto elaborado desde la Antipsiquiatría desde Thomas Szasz y colaboradores. Desde el otro ángulo, se puede encontrar en la última revista del Hospital Julio Endara, el artículo del Dr. Vladimiro Oña. Dicho médico realiza una explicación desde la medicina sobre las ventajas de este método en psiquiatría).

²³ Es indudable que otras de las fuentes que han servido de aprendizaje en la psiquiatría ecuatoriana son la escuela chilena y la argentina. Nelson Samaniego se formó en Chile. Julio Endara en Chile y Argentina.

²⁴ La **ergoterapia** (del griego *ergon* "trabajo" y *therapeia* "tratamiento") es el conjunto de procedimientos que tienen por objeto ayudar a personas con trastornos corporales, cognitivos y psíquicos, a través de trabajos manuales y plásticos, juegos de movimiento y distintas actividades cotidianas. También se aplica en niños con retrasos del desarrollo. (Fuente: Wikipedia, visita 13 de septiembre 2009).

no años como era costumbre desde el manejo custodial. También existe la presencia de un departamento para adicciones y el hospital del día entre sus innovaciones más importantes.²⁵ Estos avances en gran parte se deben al progreso de los psicofármacos.

En la actualidad el Dr. Rommel Artieda Maruri es el director. Gracias a su labor se ha posibilitado que el hospital sea un sitio de tratamiento e investigación de las enfermedades mentales en nuestro país. El Hospital Julio Endara es un centro público de salud mental que atiende a pacientes de todo el Ecuador y a personas extranjeras en algunos casos. Tiene su renombre y tradición. Sus pacientes y familiares se sienten a gusto con los servicios que presta a la comunidad.

Este recorrido realizado por la historia del Hospital Julio Endara, articulándolo con el Hospital San Lázaro y con sus actores sociales, permitirá modular el estudio antropológico que se pretende en esta investigación en donde el enfermo mental se encuentra inmerso en espacios sociales que lo acogen y/o lo excluyen.

²⁵ Este tema será abordado con mayor amplitud en el capítulo III de esta tesis.

CAPÍTULO III

“EL LOCO”, SUS IDENTIDADES Y LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA QUE LO ACOGE

Nociones introductorias sobre el efecto estigmatizador en los pacientes mentales, sus identidades individuales y sociales.



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Entrada de la institución. Agosto 2.009 (V.g. áreas verdes).

El tema que ha sido elaborado en el segundo capítulo relacionado con las identidades históricas del paciente mental, sirve como un importante referente para esta investigación, tomando en cuenta que las identidades no son “edificaciones sociales” estáticas, sino que están sujetas a una dialéctica continua de construcción y reconstrucción, pero que requieren de continuidad en el tiempo (Guerrero, 2002: 105). Como se había mencionado, en los siglos XVIII y XIX estuvieron Pinel, Esquirol, los Tuke entre otros, como médicos que rompieron las cadenas del encierro con los denominados locos o insanos. Otro de los giros trascendentes en la Historia de la Medicina, se produjo en los años sesenta del siglo XX: se construye un movimiento ideológico denominado **Antipsiquiatría**. Los representantes que más se destacaron en este pensamiento fueron: Cooper, Laing, Basaglia, Szasz entre los más importantes. Foucault, a la par en Francia, también comparte muchos puntos de vista trabajados por los autores nombrados. Los defensores de este movimiento se oponían a los métodos

tradicionales utilizados por la psiquiatría como: el custodialismo, la psicofarmacología, los electroshocks, la insulino terapia entre otros tratamientos. Desde la perspectiva de Thomas Szasz, se vislumbra también, una oposición hacia una clasificación psiquiátrica de las enfermedades mentales. Dicho autor, las menciona como “el mito de la enfermedad mental”. Para este médico antipsiquiatra, no existen daños orgánicos o pruebas biológicas que comprueben la existencia de las enfermedades mentales. (Szasz en Basaglia et al, 1977: 308 y sigs.). Los DSM²⁶ serían una muestra de estas clasificaciones que se las considera como codificaciones arbitrarias de los trastornos mentales.

Otro representante de este movimiento es Erving Goffman. El mencionado autor, realiza un estudio desde las Ciencias Sociales que lo denomina **Internados**²⁷. En esta investigación, Goffman se plantea como hipótesis que los hospitales psiquiátricos se encuentran inmersos en el conjunto de ciertas instituciones que se apegan al encierro y al castigo. A este tipo de establecimientos los denominó **instituciones totales**.

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. (Goffman, 1961:13).

Dentro de este concepto elaborado por el intelectual social mencionado, se encontrarían algunas instituciones que convergen en el punto del encierro, pero que poseen algunas singularidades.

La clasificación institucional de acuerdo al autor en estudio, sería:

- a) Instituciones que sirven para cuidar a las personas que son débiles e indefensas. Por ejemplo: hogar para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.
- b) Instituciones que trabajan con personas que son incapaces de cuidarse por sí mismas y que simultáneamente constituyen una amenaza involuntaria para la

²⁶ Manuales psiquiátricos que han sido creados desde la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos. Partió con el DSM I en 1952 para clasificar las patologías mentales. En la actualidad está en vigencia el DSM IV- TR. En español su traducción es: **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**.

²⁷ Título original: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, 1.961.

sociedad. En este caso vendrían como ejemplo los hospitales psiquiátricos y los leprosarios.²⁸

- c) Un tercer grupo, según Goffman serían las instituciones que fueron creadas para encerrar a las personas que constituyen “un peligro intencionado”²⁹ para la comunidad. A este grupo pertenecen las cárceles y campos de concentración entre otros.
- d) El cuarto grupo, está conformado por instituciones que se relacionan con lo laboral y se justifican por los fines que cada uno se enrumba, tomando en cuenta sus ideales como son: los cuarteles, los barcos, escuelas de internos, etc.
- e) El último grupo se refiere Goffman a los establecimientos que sirven como refugios del mundo para la formación de religiosos. Están representados por las abadías, conventos, claustros y demás lugares similares. (Ibídem: 18 y 19).

Al tomar el segundo punto de esta categorización, el cual corresponde al tema de esta investigación, será conveniente retomar este aspecto que se relata acerca de la incapacidad y la dependencia que el enfermo mental posee con su familia y con la institución que los acoge. Cabe preguntarse en este punto: ¿Cuál o cuáles son las identidades individuales y/o sociales del paciente mental?

Estos dos ejes no serán elaborados como opuestos, sino que estarán incluidos entre una continuidad en donde la o las identidades individuales se encuentran conectadas con las identidades sociales.

Para abordar este tema, es importante tomar en cuenta los puntos de vista del investigador social ecuatoriano Patricio Guerrero Arias. Dicho autor, considera a las identidades desde una concepción múltiple y diferenciada. Acota que toda identidad individual es pluridimensional. La mayor parte de los atributos diacríticos que se

²⁸ Es importante recordar que los leprosarios y manicomios constituían una sola institución de tipo asilar en Europa y Ecuador en los siglos XVII y XVIII. **Cfr. 2.2. Asilo-manicomio-hospital psiquiátrico en Europa y Ecuador de esta tesis.**

²⁹ En este momento es importante interrogarse si realmente se puede considerar al reo o presidiario como una persona que está recluida por haber sido declarada imputable por la ley. Se conoce que en las cárceles existen sujetos que presentan características psicopatológicas en su estructura psíquica. Es un tema polémico que se ha vivido durante la historia de las cárceles y de los hospitales psiquiátricos. En esta investigación, se pudo encontrar, por ejemplo, a un paciente que fue trasladado de la cárcel al hospital psiquiátrico por haber sido declarado inimputable o libre de responsabilidad jurídica frente a sus actos cometidos. La cárcel y el hospital psiquiátrico son sitios que se transforman en espacios de encierro para ubicar a las personas que causan daño o miedo a la sociedad. Las fronteras entre la una y la otra institución pueden volverse frágiles en el momento de las decisiones jurídico-médicas.

asignan a las identidades individuales como rasgos propios de la subjetividad, se construyen en las relaciones de pertenencia y referencia a los colectivos sociales en los que se desarrollan su praxis cotidiana. (Guerrero, 2002: 110).

Este postulado desde la Antropología, tendría algunos puntos de engarce con el psicoanálisis. Freud en su texto titulado **Psicología de las masas y análisis del yo**, publicado en 1921, menciona que la psicología individual y la psicología social forman parte de una dialéctica: no son opuestas (Freud, 1921).

Desde estas premisas expuestas, en donde lo social y lo individual no son ubicados como puntos dicotómicos sino formando parte de una continuidad, se enlaza lo elaborado por Goffman con respecto a la identidad personal en otro de sus textos

Estigma. La identidad deteriorada. La identidad personal se relaciona entonces:

(...) con el supuesto de que el individuo puede diferenciarse de todos los demás, y que alrededor de este medio de diferenciación se adhieren y entrelazan, como copos de azúcar, los hechos sociales de una única historia continua, que se convertirá en la melosa sustancia a la cual pueden adherirse aún otros hechos biográficos. Lo que resulta difícil apreciar es que la identidad personal puede desempeñar, y de hecho desempeña, un rol estructurado, rutinario y estandarizado en la organización social, precisamente a causa de su unicidad". (Goffman, 1.963: 72 y 73).

En los postulados de Guerrero, Freud y Goffman, se puede apreciar las conexiones que existirían entre lo social y lo individual. Específicamente en Goffman, se encuentra la manera de cómo la identidad personal está atravesada por una serie de componentes sociales que darían la apariencia de una unidad. Empero, esta unicidad aparente puede variar. Las identidades no sólo se construyen en las unificaciones sino también en las fragmentaciones. Son constantes las variaciones que viven las identidades. No se habla ya de identidades únicas, sino de identidades múltiples y diferenciadas desde un enfoque constructivista y relacional.

Como un cuestionamiento a esta aparente unicidad, se podría ubicar a las identidades sociales e individuales de los pacientes mentales. Su yo representa a una instancia frágil y fraccionada. El hecho de reconocerse en "yo soy" o "nosotros somos", es un punto delicado en sus vidas. Muchos de los pacientes que presentan cuadros psicóticos, se sienten en algunos momentos de sus vidas divididos o desmembrados. No existe la posibilidad de la mediación simbólica debido a una falla estructural en su psiquismo. Su lazo social está debilitado: la presencia de los otros (la otredad) puede

tornarse como una ayuda externa, aunque en algunas ocasiones la representación de los demás puede tornarse persecutoria.

Para ampliar este acápite, se tomará como referencia a Charles Melman, psicoanalista francés lacaniano. En su texto “Los cuatro componentes de la identidad” menciona:

No voy a contarles lo que es la paranoia, pero ustedes saben que es esa certeza de que, en el interior de su propio espacio, está siempre ese otro ahí, amenazador, inquietante, alterador y que usurpa a sí mismo su propia identidad. (Melman, 2.002: 201).

Dentro del trabajo de campo en el hospital, se pueden encontrar algunos internos que revelan sus identidades de acuerdo a su región de procedencia en el Ecuador. Uno de los pacientes menciona, el hecho “ser lojano”, le hace sentir y vivir -desde su nacionalidad- que las fronteras en él se fusionan: no hay una clara diferenciación entre ecuatorianos y peruanos. Este fenómeno le produce en algunos momentos sentimientos de angustia y persecución. El “yo soy lojano-ecuatoriano” se entremezcla o se fracciona con el “soy peruano”, situación que le provoca angustia desde lo que él es y puede representar para los demás. El asunto de su delirio personal se junta con una cuestión histórica identitaria entre el Ecuador y el Perú.

En una de las entrevistas, dicho paciente, hablaba del actual Presidente de la República de ese entonces, Lucio Gutiérrez. Sobre este personaje, relacionándolo con su identidad ecuatoriano-peruana dice lo siguiente:

(...) me va a matar. No quiere peruanos. Y yo tengo miedo ¿Qué hago? ¿Me escondo?
- ¿Ud. piensa que le va a hacer algo?
Me va a matar.
- ¿Por qué? ¿Hasta ahora le ha hecho algo de malo?
Sí me va a matar. Ya vino.
-¿Cuándo? ¿Qué le dijo?
Te voy a matar y a fusilar me dijo. En navidad vino (eran vísperas de navidad).
(Entrevista P1: 23 diciembre, 2.004).

El permanecer en el hospital psiquiátrico por muchos años a este paciente, le permite sentirse seguro en algunos momentos, pero también en su psiquismo se representan sus posibles persecuciones. Dice ser el paciente más antiguo del hospital. Sus ideas delirantes se pacifican dentro de este lugar. Se podría plantear como hipótesis, que la

institución psiquiátrica vendría a convertirse en un sitio que le brinda seguridad-persecutoria.

Yo soy el paciente más viejo. Hay dos señores estudiantes. Me va a decir, ya me olvidé.

Hay dos fronteras. ¿De qué frontera cree que soy? Hay dos, una en el norte y una en el sur.

-¿Con Colombia y con el Perú? ¿Entonces?

No. Con el Perú. Soy peruano y el presidente, no quiere aquí peruanos y me quiere matar. (Ídem).

Este fenómeno estudiado, que revela una vivencia persecutoria, siendo parte de algunos pacientes de la institución psiquiátrica, no es exclusivo de la población hospitalaria. Siguiendo las reflexiones de Melman con Lacan, se dirá que estas identidades imaginarias ocurren en los seres humanos desde cada particularidad. Cabalmente están constituidas en la relación asimétrica entre los unos y los otros, produciendo un efecto atormentador y hasta cierto punto terrorífico. El tema de los celos y las envidias, más allá de catalogarlos desde un punto de vista moral, se lo puede estudiar a través de este campo. Son fenómenos que se producen en las cotidianidades humanas y permiten reflexionar sobre la supuesta dicotomía entre la normalidad y la patología. Estas últimas categorías no son dos polos opuestos necesariamente: se encuentran inmersas en una continuidad psíquica.

Para continuar con el estudio de las identidades, es preciso ubicar un eje que no necesariamente está cambiando constantemente y que puede permanecer fijo. Según Melman existe un rasgo que permite al sujeto encontrar puntos de anclaje, compuestos por: los elementos de la historia personal de cada uno, los orígenes, la familia, la religión, la formación cultural y el patronímico. Con esta referencia se refiere el autor a la identidad simbólica. (Ibídem: 202 y 203).

Esta hipótesis planteada desde el psicoanálisis, hasta cierto punto se articula con la expuesta por la Antropología, en donde una identidad para poder ser tal, requiere cierto nivel de estabilidad y permanencia que le permita ser reconocida como tal. Necesita ser duradera, requiere de continuidades temporales. Esta característica de la identidad la mencionan Guerrero, Cuche y Rivera entre otros Antropólogos.

Dentro de estos movimientos permanentes y/o estáticos de las identidades, se encuentra la dialéctica de los seres *desacreditados* y *desacreditables* descrita por Goffman en su estudio Estigma. El autor canadiense, elabora su razonamiento a partir

de estas dos categorías que sufren los seres estigmatizados. *Los desacreditados* vendrían a ocupar ese sitio en donde las personas por marcas: físicas, comportamentales o tribales están siendo inscritas desde los demás como seres que no pueden tapar su estigma. En cambio, *los seres desacreditables*, vendrían a ser aquellos que pueden disimular o maquillar su o sus estigmas ocultando o silenciando sus huellas. Dentro de estos dos polos existirían una serie de matices que ocurrirían en la vida cotidiana de las personas.

Los pacientes que asisten o que viven en un hospital psiquiátrico, podrían pasar por estos estados, siendo sujetos desacreditados por la sociedad y desde su propia familia. Por otro lado, determinados comportamientos podrían marcar una serie de temores en torno a su enfermedad mental. Tanto la familia como los vecinos y demás personas que se encuentran fuera del hospital, serían los creadores de algunas nominaciones peyorativas hacia el paciente: lo tildarán de loco, de tullido, de loquito, de toqueadito, de safadito, de lorencito³⁰ entre otros términos coloquiales que se “les bautiza” en el medio. Internamente en el hospital, también se encuentran determinados calificativos que el personal utiliza para denominar a los enfermos mentales. Por ejemplo, a los pacientes que viven en el albergue se los llama “niños” ya que poseen un retardo mental severo o profundo. Se comportan como si fueran menores de edad. Los auxiliares de enfermería y enfermeras cuentan que es un trabajo laborioso: les dan de comer en la boca y los bañan constantemente como si fueran niños pequeños. Estos pacientes fueron abandonados por sus familias desde que eran niños. El hospital se hace cargo de ellos en conjunto con grupos externos de ayuda benéfica para su manutención.

Estos nombramientos también invisten de identidades al paciente, lo que en determinados momentos puede beneficiarlos y/o perjudicarlos. Los calificativos mencionados en la institución psiquiátrica desde una concepción médico-psicológica o los utilizados a través de la jerga coloquial por las personas que laboran o transitan dentro o fuera del hospital, vendrían a ser estigmas que generan identidades deterioradas para los pacientes que habitan o frecuentan un hospital que promueve la salud mental.

Son identidades que se imprimen desde una perspectiva individual y/o colectiva en estas personas que muy pocos dialogan con ellas y que fácilmente se los tacha o se

³⁰ Término utilizado -sobre todo en Guayaquil- el cual genera una identidad peyorativa sobre el paciente o persona que puede o que podría ser internado/a en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil. Este apelativo es utilizado en los chistes populares, como una forma de ubicar a la locura dentro de lo cotidiano.

los discrimina por: sus discursos, sus apariencias, sus acciones y demás elementos que evidencian su estado diferente de existencia. Una manera de estereotiparlos, es a través de la pérdida de sus individualidades. El hecho de utilizar la misma ropa entre todos los pacientes, genera un problema en cuanto a su intimidad. El todo y el uno se entremezclan en este caso. Este fenómeno se lo puede palpar a través de lo encontrado en el área de lavandería:

Hay pacientes que vienen de emergencia y vienen con buena ropa y ellos ya se ponen bien a los cuantos días, vienen a reclamar acá pero a veces recuperan la ropa, pero otras veces no porque la ropa es rotativa para todos los pacientes. (Entrevista Rop.Cost. y lav.: 12 de agosto, 2009).



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Área de Lavandería. Agosto 2.009 (V.g. Departamento Servicios generales).

Como lo menciona Correa Urquiza y colaboradores, desde la Antropología Médica Crítica, **la enfermedad mental** se convierte en:

Un problema de ajuste del tratamiento psicofarmacológico y no en una realidad que es también biográfica, familiar, social, económica y política. Lo que el enfermo diga, sus pensamientos, sus modelos culturales, su mundo moral, su realidad social de estigmatización, quedan relegados en beneficio de los datos de sus tests sanguíneos, de la formalización de sus síntomas en criterios diagnósticos DSM IV o CIE 10 o de las epistemes individualistas de la mayoría de paradigmas psicológicos (Correa Urquiza et al, 2008: 54).

Lo que prima en estos casos es el prestigio institucional y profesional sin tomar en cuenta las individualidades de los pacientes. Sin embargo, entre la sinrazón y la razón no hay una frontera tajante que delimite territorios. Adicionalmente, cabe preguntarse: ¿Qué constituyen los pacientes mentales para sus familias y para los otros? Es un tema que será propuesto a continuación.

El mundo del interno y su familia desde sus inicios en la estadía del hospital

Es importante destacar que en muchos de los casos, los pacientes mentales no ingresan por su propia voluntad a estos hospicios; su realidad está circunscrita desde sus familiares, quienes endilgan a la institución psiquiátrica a su “enfermo mental”, ya que en su casa no es tolerado, sobretodo en sus fases agudas, en donde sus ideas delirantes y/o crisis causan angustia, desesperación, impotencia, etc. En algunos momentos, se podrá observar que tampoco es aceptado por los vecinos. Con este complejo proceso, se inaugura la posibilidad de internar al paciente en un centro hospitalario psiquiátrico. Otra de las vías en esta decisión para el ingreso, podría ocurrir a través de la derivación o sugerencia para la familia desde un médico u otro profesional de la salud o de la comunidad: trabajadoras sociales, sacerdotes, psicólogos, enfermeras, policías, etc. A través de estos caminos, se inicia este “vía crucis”³¹ entre el paciente y su familia. Este término es utilizado ya que la internación puede generar instancias ambivalentes: la familia y/o allegados han vivido y están viviendo un clima muy tenso; a la par, pueden generarse esperanzas de alivio y curación.

En la actualidad, las instituciones psiquiátricas no promueven las estadías largas. El tratamiento estará enfocado generalmente para que los pacientes pasen un período de restablecimiento, que puede durar semanas o algunos meses, dependiendo de cada sujeto. Posteriormente sus familias se harían cargo de su pariente.

En este momento, es importante recopilar lo expuesto por la Jefe de Enfermería del Hospital Julio Endara en una de las entrevistas realizadas. La dinámica existente entre pacientes agudos y de larga estancia en el hospital psiquiátrico, marca diferentes estilos de labores y concepciones que permiten ubicar al hospital como un centro temporal o

³¹ Otro de los significados que se puede dar a este término, está relacionado con la enfermedad mental y sus orígenes en nuestro medio, ya que a ésta se la ubica desde el ámbito religioso, divino y hasta mágico. **Este tema será elaborado en el capítulo 4 dedicado a los imaginarios colectivos.**

asilar para los pacientes. En el caso de las personas que presentan un cuadro agudo, llegan a estabilizarse y regresan a sus casas, mientras que, en los casos con pacientes de larga estancia o crónicos, los familiares han abandonado a su familiar en la mayoría de los casos. Estos últimos, representan el paradigma que revela las antiguas concepciones, en donde el custodialismo era una herramienta terapéutica y los pacientes vivían en los asilos o manicomios. Se puede inferir entonces, que algunas familias, todavía tienen en sus concepciones mentales al hospital psiquiátrico como “el depósito” de sus familiares que presentan trastornos mentales. La institución psiquiátrica vendría a ubicarse desde esta concepción como “el basurero de la locura”.

Al respecto de esta dialéctica, entre lo antiguo y lo moderno del hospital y sus relaciones entre las familias y la institución, comenta la Jefa de Enfermería:

Nosotros, como Ud. bien lo dice, tenemos dos grupos muy bien especificados, los pacientes que son agudos, son los que ingresan, que reciben su tratamiento y salen y el otro grupo que realmente los llamamos, de acuerdo a la última clasificación de la O.M.S.³² pacientes de larga estancia, el término crónicos ya no se utiliza.

Desde la consulta externa nosotros educamos a la familia. El hospital le da este servicio. Algunos familiares se quejan: ya no tenemos donde ponerle, se quejan. Señora discúlpennos pero este es su compromiso. Ese es su problema y nosotros en lo que podemos le ayudamos.

Ahora tenemos 24 a 25 pacientes de larga estancia que son que se han ido incrementando por lo que Ud. dice. Hay pacientes que prácticamente no tienen o no hay familiares. De los 24 o 25 que están actualmente, los 19 o 20 son pacientes fundadores del hospital. En el año de 1953 que se fundó este hospital, ahí se consideraba al hospital como asilo. Muchos de esos pacientes están desde esa época. Entonces, hay familiares que ni les conocen a los pacientes, muchos habrán muerto, no se les localiza.

(Entrevista EN-JE: 21 de diciembre, 2004).

Con esta valiosa información, se puede explorar la dinámica familiar entre los pacientes, su familia y la institución. El tema de la responsabilidad familiar es un tópico que suscita polémica. La prole, en repetidas ocasiones, no quiere hacerse cargo de su pariente que sufre. Esta concepción se ha mantenido durante la historia de los hospicios psiquiátricos en el Ecuador y en el mundo.

³² Organización Mundial de la Salud.

La visión de cambio de un asilo hacia un hospital, más los avances en medicina y en las otras ramas como en la psicología, terapia ocupacional y otras áreas, ha permitido que el paciente y su familia puedan posicionarse desde una perspectiva que les apruebe abrir otros horizontes frente al trastorno o enfermedad mental. A partir de un caso que se presenta a continuación, en donde un familiar, va y le retira a su pariente luego de un período de internación que duró dos meses y medio, se puede mostrar algunos momentos importantes para indagar esta dinámica de ingresos y salidas del hospital desde esta concepción moderna de hospitalización.

De verdad que yo les veo, así, cuando yo llegué ellos se apegaron bastante. Ellos de verdad, necesitan mucho cariño de la gente. De sus mismos familiares. Yo me di cuenta diría.

(...) mi otra hermana no quería saber nada de ella (la paciente) pero como me llamó la doctora (trabajadora social), por eso vine por ella. (Entrevista P2yH: 16 junio, 2009).

El material etnográfico trabajado en este subcapítulo, ofrece a este estudio, la descripción de los procesos que han sido parte de la transformación hacia el nuevo hospital psiquiátrico. En la actualidad, los internamientos son relativamente cortos y el paciente regresa al hospital para realizarse los chequeos necesarios desde la consulta externa. Lo interno y lo externo del hospital se entrelazan para ofrecer un mejor tratamiento al paciente y a su familia.

Cabe recalcar que no en todos los casos se obtienen los resultados esperados. A veces los procesos se prolongan o las familias no aparecen causando dificultades al personal del hospital.

Otra de las “personas sabias”³³ -como lo menciona Goffman en su estudio ya mencionado Estigma- es la Trabajadora Social de la institución. Dicha profesional está ampliamente informada sobre la vida de las familias y los pacientes.

En la entrevista realizada con ella, expresa lo siguiente:

Hay que dividir en dos áreas: primero, lo que es consulta externa de psiquiatría y lo que es consulta externa de la unidad fármaco dependencia. En psiquiatría, naturalmente como Ud. conoce, es una enfermedad de tipo crónico, degenerativa. Entonces cuando la familia tiene un paciente de estas características, de cualquier tipo de enfermedades, se va cansando. Más aún, cuando es un paciente

³³ Un tipo de persona sabia es aquella cuya sapiencia proviene de sus actividades en un establecimiento, que satisface tanto las necesidades de quienes tienen un estigma particular como las medidas que la sociedad adopta respecto de estas personas. (Goffman, 1.963, pág. 43).

psiquiátrico, donde no saben cómo manejarlo, donde la medicación es permanente y no ven una rehabilitación o remisión del cuadro. Entonces, la familia, en las primeras crisis está, está presente, se encarga de la medicación, pero posteriormente, la familia, es muy difícil, hay varias etapas familiares en las que se identifica la familia hasta el abandono total. Y la mayoría de nuestros pacientes, son de larga data, están en esa etapa de abandono.

Con el paciente de consulta externa, o el paciente de fármaco dependencia, es diferente. El alcohólico, el drogadicto viene a ser una persona, que si bien es cierto, no ha perdido totalmente sus capacidades mentales. Es una persona donde la familia quiere darle la mano, quiere ayudarlo, es una enfermedad provocada por ellos y así mismo la rehabilitación tiene que ser generada por el paciente mismo. (Entrevista LT-S: 30 de diciembre, 2004).

Con este material suplementario, se descubre un fenómeno adicional: los familiares de los pacientes que están internados en la Unidad de Fármaco dependencia y Alcoholismo, están presentes de manera permanente dentro de su rehabilitación. Es interesante mencionar en este punto, la existencia de algunos estudios psicológicos y psicoanalíticos, los cuales proponen la presencia de una co-dependencia producida entre la persona que presenta una adicción y su familia, demostrándose una complicidad implícita y/o explícita entre la familia y el adicto. Con estas hipótesis se podrá indagar el por qué de la frecuencia de los familiares con su pariente que está interno/a en el área de la U.F.A.³⁴ (Braunstein, 2003, Sansarricq y otros 2000).

A través de este recorrido efectuado con las familias y sus pacientes hospitalizados, se dará paso al estudio de campo que se ha realizado con uno de los internos que colaboró como informante a través de su palabra, generadora de ejes protagónicos en la cotidianidad del hospital.

Estudio de un caso. Narrativa sobre las memorias individuales y colectivas de un informante de larga estancia en el hospital.

El tramo elaborado hasta estos momentos, tiene varios puntos de convergencia: desde el conocimiento de la historia de la institución; las ideologías y los conceptos que están conectados con el apareamiento de los hospitales psiquiátricos; las identidades

³⁴ Unidad de fármaco dependencia y alcoholismo.

individuales y colectivas que los pacientes mentales van construyendo a través de los otros y dentro de estas otredades se encuentran sus familias como ejes fundamentales.

Desde estas premisas como argumentos esenciales para esta investigación, vale interrogarse en este momento, a través del discurso de un paciente como actor social. Por medio de las dos etapas de investigación etnográfica en el hospital atravesadas (diciembre 2004-febrero 2005 y junio 2009 a agosto de 2009), se ha podido recolectar material importante con algunos pacientes de larga estancia y con pacientes que han permanecido temporalmente en la institución. Sus procedencias son variadas; generalmente han correspondido a personas que provienen de la sierra y algunas de la costa ecuatoriana. Sus edades son heterogéneas. Se ha podido trabajar con pacientes adultos y con pacientes que se aproximan a la tercera edad. También se pudo establecer diálogos con jóvenes que han estado internados durante un tiempo en el área de la U.F.A.

En este segmento de la tesis, se pretende recopilar parte de los discursos generados por un paciente que brindó varias interrogantes para el investigador. A partir de estos diálogos, se puede ubicar a lo social como eje importante en las construcciones que se van formando desde el paciente y sus entornos.

Desde la definición de Patricio Guerrero Arias sobre la cultura como construcción social, se dirá que uno de los factores significativos de la sociedad humana es el lenguaje. Este elemento cultural y social marca diferencias fundamentales con los otros seres vivos. El lenguaje en los seres humanos, está cargado por unidades simbólicas, que permiten al ser humano no solo aprender, sino también transmitir, almacenar y planificar lo aprendido (Hoebel en Shapiro y Guerrero, 2002: 52). Además se accede dar un sentido al ser y estar en el mundo, menciona Guerrero Arias. A través de sus memorias expresadas por el lenguaje, se pretende investigar ciertos elementos que formarían parte de la cultura cotidiana del hospital Julio Endara. Simultáneamente, se buscarán algunas articulaciones con los medios culturales externos.

El informante escogido, que vive muchos años en el hospital, comenta en las vísperas de navidad de 2.004 lo siguiente:

Es que una vez paga un delincuente la pena, y le meten a un cuarto oscuro, y era lleno de frío, no había luz ni nada, y sólo él entraba y entonces los chapas, para pagar la pena, que tenía que pagar, le botan

los cilindros. Ha estado roto el cuarto, le botan los cilindros por el techo. Entonces gritaba y chillaba: ¡Socorro!, ¡Socorro!, entonces los chapas, le dicen: ya ves, por haber este delito, pagaste la cuenta. Porque le botaron los cilindros, salió este humo y se oxi... se intoxicó y quedó muerto. Colorín colorado del cuento. (Entrevista P1: 23 de diciembre, 2.004).

Por medio de este pequeño relato que comenta nuestro informante que dice tener 25 años pero su apariencia es de unos 50-60 años, desarrolla su chiste en donde se encuentran ciertas “incoherencias en su discurso” aunque resultan importantes como ejes de conversación con las personas que lo visitan y quieran platicar con él. Entre el oxi y la int-oxi-cación se generan sus vivencias relacionadas con la muerte y las penas, en donde su humor aparece en el diálogo de sus memorias.

No se puede hablar de discursos totalmente sin un hilo conductor. Hay otros momentos en donde el paciente canta y hace sus arreglos personales y cómicos de una canción popular de Quito, **el chulla quiteño**:

Yo soy el chullita quiteño,
La vida se pasa el estudiante cantando. (Se refiere al etnógrafo y tal vez a los otros estudiantes de las distintas áreas que lo visitan).
No hay mujeres en el mundo, como las de su canción.
La Loma Grande, y la Guaragua,
cambian el sueño inconfundible del señor estudiante,
chulla quiteño, tú constituyes,
también la joya de este Quito colonial.
Chulla quiteño, tú eres el dueño de este precioso patrimonio nacional.
(Ídem).

Se puede apreciar como dice Goffman en esta parte de su relato y de su canción, su diversidad con respecto a los otros sujetos, no repitiendo la típica canción del chulla quiteño. Se enlazan sus particularidades y su fino humor con la canción popular difundida en nuestro medio social.

En este momento, puede servir el enlace que Goffman hace sobre el tema del **Estigma** como una marca que condena al sujeto desde una forma discriminatoria. La idea que menciona el autor sobre “la supuesta normalidad en el ser humano” podría tener origen en el enfoque médico de la humanidad o en las tendencias burocráticas de gran escala, tales como “el concepto del estado nacional”, para tratar a sus miembros como iguales (Goffman, 1963: 17).

Este aspecto es importante volverlo a recoger en la canción del Chulla quiteño anteriormente interpretada por nuestro informante:

Chulla quiteño, tú eres el dueño de este precioso patrimonio nacional.

De esta forma, se podrá decir -a manera de hipótesis- que dicho paciente nos trasmite una interesante enseñanza con ironía entre lo particular, lo social y la supuesta identidad del chulla quiteño que se debería alcanzar siendo “el dueño” de una igualdad o normalidad “anhelada” a través del “*patrimonio nacional*”.

Por otra parte, sobre su vida privada, sus aficiones, su situación con los otros pacientes, sus familiares y médicos que lo asisten comenta lo siguiente:

- Cuénteme ¿Tiene amigos Ud. aquí o no?

No, sabemos pelearnos.

- Y sus familiares ¿le vienen a ver?

No, aquí me dejan botando. No vino ni más mi papá.

-Ud. ¿es casado, soltero?

No, soltero soy.

-¿Tiene hijos?

No. No me diga eso. Estudiante no me diga eso.

-¿Le molesta eso, lo de los hijos?

No me gusta que me digan. Los doctores como Ud. que dan las clases, al doctor que le toca dice: “no te metas con la homosexualidad porque si no vienen disgustos y otras cosas”. Así me aconseja el doctor.

- ¿Y entonces qué es lo que más le gusta hacer?

Pintar, dibujar, si quiere le hago un dibujo.

-¿Y qué le gusta pintar?

Un dibujo le hago.

(Ídem).

Desde su estilo particular, el informante, puede expresar sus identidades individuales y personales, pasadas y presentes en el medio hospitalario desde sus imaginarios y realidades. En esta ocasión estuvo un tanto molesto pero pudo conversar sobre sus vivencias y preocupaciones. En otro momento de su vida (5 años más tarde), se puede escuchar en su discurso que algunas preocupaciones de carácter personal se mantienen. Se conserva lúcido sobre algunos temas de interés sobre la situación nacional. Se preocupa por la historia del hospital, reconoce al fundador de la institución, al Dr. Fernando Casares de la Torre, entre otros temas. Se identifica como lojano y ya no se preocupa actualmente sobre las fronteras.

-Sus preocupaciones por la quiteñidad...

Ya ve es quiteño.

¿Por qué a los quiteños les dicen Quiteños libres y disponibles?
Porque no hacen ningún perjuicio a nadie y no son malos
No son mala gente, libres y disponibles dicen a los Pichinchanos.
Ya y recién no más pasaron las fiestas acá del hospital. ¿Usted participó, usted estuvo acá?
Sí, claro yo a lo grande sé bailar (baila demostrando sus habilidades).
¿Está bien?
Si, si, si le gusta a usted bailar
-¿Y con quiénes no más ha bailado por acá?
Con una guambra que vino de Quito.
(Canta). Lindo Quito de mi vida, yo si te canto con todo mi amor;
lindo Quito de mi vida, yo si te canto con todo mi amor, porque es la
tierra de los pichinchanos más querida donde sueña el Ecuador;
porque la tierra de Quito los pichinchanos más queridos y Quiteños
linda tierra del Ecuadoo.
(Entrevista P1: 12 agosto, 2.009).

El tema de la identidad quiteña, pese a no haber nacido en Quito, le hace sentir partícipe de esta ciudad; es un punto que le permite a nuestro informante, anclarse en sus dichos y le da cierta estabilidad y tranquilidad. Es una persona que se mantiene en sus recuerdos, en sus memorias. Le aprueban las autoridades salir del hospital en algunas ocasiones, ya que es un sujeto que vuelve y no se pierde. Es un ser carismático que se hace querer por el personal. Posee “sal quiteña” y un “alma lojana” que son parte de sus identidades colectivas e individuales. Gracias a este informante, pude hacer algunos enlaces con otros pacientes y empleados que trabajan en la institución. Este tema será trabajado en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV ENLACES ENTRE EL PACIENTE, EL PERSONAL, LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA Y LA CIUDAD

El mundo del personal, la institución y sus rituales.

En la cotidianidad de la institución psiquiátrica estudiada, se pueden encontrar una serie de matices relacionados con el personal que labora en la institución. Dentro del hospital psiquiátrico trabajan: un cuerpo médico anexado a los diversos profesionales de la salud (psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontóloga y estudiantes practicantes de las distintas áreas) más un corpus administrativo que trabajan directa e indirectamente con los cuerpos de los pacientes y los de su familia. **(Para apreciar este engranaje institucional y sus distintas partes que lo componen, véase anexo 1, pág. 75: Organigrama institucional).**

Según Foucault, hasta el siglo XVIII el cuerpo³⁵ había sido creado para ser atormentado y castigado. A partir del siglo XIX deja de ser aquello para convertirse en algo que ha de ser formado, reformado, corregido, en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir cualidades con capacidad de trabajo (Foucault 1990, en Nievas, 1999: 54).

Con estas interesantes reflexiones teóricas como ejes introductorios de este capítulo, se podrán articular algunos elementos que se pudieron obtener en el trabajo de campo. Desde el discurso de los pacientes y sus familiares, se puede apreciar el nivel de confianza y aprecio que tienen para el personal que los trata. Tal es el caso que ilustra el beneficio que obtienen los pacientes cuando el médico les receta para sus cuerpos los medicamentos necesarios.

“El doctor Samaniego y los otros doctores, son buenas personas. Ya mismo me llaman para ponerme una vitamina”. (Entrevista P1: 23 de diciembre, 2.004).

A través de las relaciones que se producen entre el personal y los familiares de los internos, también se evidencia el grado de aprecio y gratitud por el tratamiento que reciben o han recibido sus parientes.

³⁵ Para este estudio, al cuerpo se lo entenderá más allá del soma, de las sensibilidades, de los horizontes de acción, de las habilidades y sensaciones. Se lo ubicará fundamentalmente, desde la plasmación histórica de sus transformaciones significativas, tomando en cuenta a las relaciones de tipo y el grado de desarrollo en las sociedades para sondear las particularidades del cuerpo en el capitalismo (Nievas, 1.999: 54).

Por medio del proceso terapéutico que reciben los pacientes en el hospital, sus cuerpos pueden devenir dóciles y agradecidos. Según Milgram, la obediencia está circunscrita como ese elemento básico de la estructura de la vida social. (Milgram, 1980 en Nievas, 1999: 57). Este punto, se engarza con lo expresado por Max Weber, el cual manifiesta que “un determinado mínimo de voluntad de obediencia, o sea de interés (externo o interno) en obedecer, es esencial en toda relación auténtica de autoridad (Weber, 1984 en Nievas: 57 y 58). Esta obediencia, se la puede apreciar entre los discursos de los actores sociales estudiados, manifestándose a través de la confianza y la ética profesional entre otras expresiones.

-¿Cómo se ha sentido, cómo ha visto el trato en el hospital Julio Endara?

No, bien. Verdad que ha salido bien. Dos veces que ella ha estado aquí (su hermana).

Bien, me ha gustado como les tratan a los pacientes.

(...) tiene que venirse luego de tres meses a seguir el tratamiento.

(Entrevista P2 y H: 16 junio, 2009).

Sin embargo, existen algunas situaciones por ejemplo -entre el personal de Enfermería y Auxiliares de esta área y los pacientes- debido al contacto frecuente, se manifiestan momentos de ruptura de esta subordinación terapéutica. El sujetarse a ciertas normas y reglas institucionales, implica concomitantemente la capacidad de liberarse, de des-sujetarse; se somete a aquello que se opone, que se rebela (Nievas, 1999). Aparecen así, ciertos escenarios peligrosos para el personal, en donde los internos pueden tornarse agresivos como lo acota la Jefe de Enfermeras del Hospital.

Estamos expuestos a recibir las agresiones de los pacientes. Cuando esto sucede, la jefa de enfermeras cambia como estrategia para que ese profesional de enfermería no se sienta amenazado por el paciente.

(Entrevista EN-JE: 21 de diciembre, 2004).

Otro de los factores que es importante analizar en la vida institucional psiquiátrica, es el relacionado con las dinámicas que se suscitan entre los empleados que forman parte del organismo. Dentro de estos movimientos, están insertas las luchas de clases que existen entre los médicos y el personal anexo de la salud, el equipo administrativo y otras fuerzas externas que se enlazan.

Correa Urquiza y colaboradores, en su texto “La Evidencia Social del Sufrimiento. Salud Mental, Políticas Globales y Narrativas Locales”, acotan la reflexión

realizada por Marx en “El Capital”, sobre el proceso de reificación u objetivación del proletariado. “El capitalismo supone la cosificación de las personas y la personificación de las cosas” (Marx en Correa Urquiza et al, 2008: 54). En algunas ocasiones, esta reificación está conectada con las relaciones entre el personal y las jerarquías que se producen en un hospital psiquiátrico (personal técnico/personal administrativo). Es elemental, para profundizar este tema, apuntar lo dicho por uno de los empleados del servicio de economato (**área de cocina**):

Yo creo que la relación con todo el personal es buena, yo diría haciendo una excepción con los señores médicos que sí tienen un poquito de, no sé si es complejo de tener un título académico no, o sea de pronto siempre hay esa...

-¿Esa jerarquía?

Esa jerarquía exactamente, de yo soy el médico, tú eres nada más que..., de pronto a veces como donde quiera le digo, o sea de pronto como, o sea porque uno trabaja en el departamento de economato o compañeros que hacen la limpieza, se piensa o se cree que nosotros somos como, como poco analfabetos o no tenemos una preparación académica ya, pero como seres humanos yo pienso todos tenemos los mismos...

Derechos y el mismo respeto y las mismas consideraciones.
(Entrevista EM-AC-ECO: 12 de agosto, 2009).



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Área de Economato. Agosto 2.009 (V.g. Departamento Servicios generales).

En esta dialéctica institucional, en donde convergen agradecimientos desde los pacientes y familiares por una parte, expresión de dificultades, agresiones, luchas de clases y un trabajo ético-responsable desde los profesionales y empleados por otra; existen adicionalmente medios de expresión para los pacientes y la institución, que generan espacios de producción laboral y ocio dentro y fuera del hospital.

Por medio de la terapia ocupacional y otros medios, los pacientes y el personal crean plazas laborales, en donde los internos pueden desarrollar hábitos de trabajo, deporte y de recreación como una piedra angular en el proceso de rehabilitación para las personas que adolecen de enfermedades mentales graves (Valarezo, 2.008: 35).

El terapeuta ocupacional que trabaja 20 años en el hospital, en una de las entrevistas realizadas, hace un recorrido interesante sobre la historia, vicisitudes y logros conseguidos hasta la fecha en el Hospital Julio Endara.

El desarrollo de la terapia ocupacional en Psiquiatría, es muy corta. En el hospital Julio Endara hubo un profesional de terapia ocupacional hace 25 años. Vista ya como un tratamiento, que anteriormente, la manualidad, la actividad, hasta ahí no había una base científica, antes simplemente se le ocupaba al paciente.

En las universidades del Ecuador no hay una formación. Actualmente hay estudiantes en Terapia Ocupacional que realizan una pasantía en el hospital.

La terapia ocupacional consiste en mantener ocupado el tiempo libre de una persona. Es la parte que le hace tomar contacto con la realidad al paciente mental pese a sus alucinaciones que tenga. El tomar contacto con una realidad le hace que vuelva a conectarse con el mundo que le rodea. Ocupa su mente en algo productivo. (Ver continuación de la entrevista, anexo 4, pág. 85).
(Entrevista: D-Ps.ATO:16 de julio, 2.009).



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Corredor del Área de Terapia Laboral. Se observa en la foto a una de las personas que trabaja en esta área Al final del pasillo se encuentra un paciente Junio 2.009 (V.g. áreas del hospital).

En este punto es importante tomar en cuenta la reflexión desde la Antropología Médica Crítica a través de Josep M. Comelles, haciendo alusión al hospital de la Santa Cruz en Barcelona, España. En el año de 1.898, sucedía “la explotación de la obra loca, barata y dócil (...) desde la égida religiosa”. (Comelles, 2.006, pág. 127).

Volviendo al sitio de este estudio, se dirá que no existe una explotación de parte del clero como lo relatado por Comelles; sin embargo, se podrá encontrar una relación con la explotación de *la obra loca, barata y dócil*. El paciente mental por su trabajo no es bien remunerado. Esto se debe a la dificultad en cuanto al manejo del dinero que ocurre en las auditorías con el hospital.

No es problema de aquí o del director del hospital, sino de las trabas burocráticas que ponen las auditorías. Controlan el proceso pero no les importa la afectación de la inversión en materiales para la terapia ocupacional. Pido una solución efectiva frente a estas trabas burocráticas.

Por ejemplo, se compra material para hacer sábanas. Las sábanas son cocidas por los pacientes, las sábanas se venden. Lo lógico sería que una parte del dinero sirva para la compra de material y la otra para pagarle a la persona que hizo. No se da eso, todo ingresa allá y no queda capital para invertir. Tenemos que esperar que haya rubros para comprar material. Considero que funcionaría bien si hubiera autogestión. No se puede manejar el dinero a causa de la Contraloría que se hace a los Hospitales Públicos. (Ídem).

La institución se encuentra con estas limitaciones en torno a generar empleo. El gestor actual del área ocupacional, propone que este tipo de proyectos podrían ser manejados desde los familiares de los pacientes. En algún momento, pidió a las damas que trabajan en el Hospital San Lázaro que se hagan cargo del proyecto en su administración. Ellas estuvieron de acuerdo. En el momento de abrir facturas a través del SRI, el proyecto declinó y no tuvo respaldo por las señoras mencionadas.

En este momento, es interesante analizar las relaciones entre el Hospital San Lázaro y el Hospital Julio Endara. Los lazos sociales interinstitucionales no se encuentran rotos. Se mantienen desde la fundación del Hospital de Conocoto en el año de 1.953, pese a no existir “logros permanentes” que demarquen éxitos como en este caso.

Más allá de estos inconvenientes, existe un modelo de inclusión laboral para discapacitados mentales del hospital Psiquiátrico Julio Endara, a través de la actividad

de limpieza vehicular en parqueaderos de la Universidad Central, con la finalidad que estos pacientes, puedan incluirse en acciones que les permitan cubrir en parte sus necesidades básicas. Este proyecto funciona a través de la coordinación del Hospital y la Fundación “Equinoccial”. Dicho campo se abre como una expectativa que podrá seguir incrementándose de acuerdo a la oferta y a la demanda. Aunque en nuestro medio como lo menciona el encargado del departamento de Terapia Ocupacional, existen pocas oportunidades de inserción laboral para los pacientes mentales, debido al “temor e inestabilidad” que generan en la población. ¿Realidades o imaginarios colectivos?

¿Cómo es recibido y percibido el paciente mental dentro de la ciudad? Realidades e imaginarios colectivos ecuatorianos sobre la enfermedad mental

El padecimiento psíquico, ha generado y sigue generando una serie de mitos y tabúes que giran en torno a las realidades y a los espacios imaginarios, tanto individuales como colectivos, que a través de la Historia de nuestro país y de Quito, se los encuentra impresos a partir de las construcciones sociales que los sujetos con poder o sin él, han manifestado y siguen manifestando a través de su palabra y sus acciones.

Según el psiquiatra ecuatoriano Dimitri Barreto, las condiciones sociales y dentro de éstas, las económicas, en un momento histórico y en un medio geográfico concreto, determinan la calidad de vida de los habitantes y la salud mental en particular (Barreto, et al, 2.002).

Las enfermedades o trastornos mentales como se los llama actualmente, han permutado de acuerdo a la ideología, creencia y método científico que se ha utilizado. Por ejemplo, antes de la Colonia, a la locura en nuestro territorio, desde las culturas incaicas y pre-incaicas, se la creía como obra de los dioses o demonios que se introducían en el cuerpo humano como nos relatan algunos autores (Barreto, 2002, Guarderas, 2000, Cruz, 2003, Landázuri, 2008).

Con el apareamiento de la cruz y la espada, las enfermedades mentales cobran otros matices relacionados con las supersticiones y el fanatismo católico. Dentro de ésta religión, lo demonológico y lo divino, se mezclan para entender y creer al “loco” como un ser que debe pasar encerrado para no causar pánico al resto de la población.

En América, específicamente en la Real Audiencia de Quito, los hospicios, eran subvencionados por “la caridad”. En un documento encontrado que está fechado en el

año de 1.682, se describe uno de los mecanismos de financiamiento del hospital de la caridad regentado por los betlehemitas, el cual reza:

En la ciudad de Quito, en los conventos de las órdenes mendicantes, tienen que mandar a los religiosos por los tiempos de cuaresma por todas las casas de la villa y pueblos de hasta cinco leguas de distancia, a pedir limosnas, a los indios y haciendo para ello padrones para que forzosamente contribuyan a real, a medio real cada indio.³⁶ (Archivo Nacional, Hospitales, hospicios, caja #2, 1682-1683. En Cruz Efrén, 2001: 24- 25).

Es interesante analizar que esta contribución era obligatoria y forzada como se puede notar para la población de los indios, mientras que, para los hacendados tenía un carácter de incitación no obligatoria. Es un punto clave para entender la relación existente entre los indios y los hospitales. La caridad era mantenida desde los más pobres; punto paradójico de la historia ecuatoriana.

Eran los betlehemitas los encargados de la administración de los hospitales. En cierta ocasión en donde existió un mal manejo de fondos de un hospital por parte de un sacerdote que vivía en Cañarbamba, localidad cercana a Cuenca, aconteció la siguiente rebelión indígena:

“Los indios hicieron un alzamiento y quema de la casa donde vivía el cura que entonces también fue quemado en ella, los indios pasaban de cinco mil”

Antes de que este hecho ocurriera, en su defensa, el cura negó las acusaciones impartidas desde los caciques de los pueblos indios que lo demandaron aduciendo:

Que no fueron 40.000, ni 20.000, solo 7.300 pesos, de los cuáles bien parados sólo 6.000 y que se emplearon con el manejo de los curas en los enfermos y sus curaciones, aunque la enfermería está arruinada, los enfermos son asistidos en sus propios lechos y casas. (Archivo Nacional, Hospitales, hospicios, caja #3, 1750. En Cruz Efrén, 2.001: 32).

El dinero destinado para esta institución, había sido donado por Don Juan de Salinas para la construcción de un hospital para la atención de indios. Es así, como se marca un hito histórico en donde los indígenas reclaman sus derechos de salud comandados desde sus caciques y respaldados por el administrador del hospital de Cuenca.

³⁶ Se hacían también padrones -como lo acota Cruz-, para apremiar a que los dueños de las haciendas den su contribución.

Con relación a la locura y los indígenas, uno de los problemas colectivos y comunes señalados por los cronistas coloniales, fue el asunto de las “borracheras” como se conocía en ese entonces a los problemas con el alcohol:

Como enseña el Santo Padre, es la embriaguez un demonio voluntario, madre de toda malicia, enemiga de la virtud, incentivo y aún fomento de idolatría”, añadía además, “que hablando expresamente de los indios el Concilio Límense Segundo reconoció que no habría firmeza en la fe de Jesucristo en estas tierras, entre tanto que los indios no fuesen refrenados de este vicio de las borracheras. (Archivo Nacional, Criminales, caja # 46, folio 124, 9-III-1760. En Cruz Efrén, 2.001: 39).

Aquí, la fe y la embriaguez, formaban una antinomia en donde, los actos cometidos por los indios, fueron penalizados como eventos en contra de Dios. Esta hipótesis se amplía con la condenación de las fiestas paganas regentadas por los indígenas.

Es de suma importancia explicar que, para la gente rica, no era el sitio de internamiento los hospicios, ya que para estos personajes, existían administradores y curadores que se hacían cargo de los bienes y del afectado.

Aparte de los hospitales regidos por los betlehemitas, existió el Real Hospicio de San Lázaro fundado el 15 de marzo de 1785 por el Obispo de Quito Sobrino y Minayo. **(Cfr. Capítulo II de esta tesis).**

Con respecto a América, desde los inicios de la Colonia, se hallaba la preocupación por parte de los españoles, el hecho de frenar los ritos de los indios. Estas prácticas eran consideradas bárbaras, tratándoles de quitar el tinte religioso autóctono. De esta forma, se proyectó esta represalia destinada hacia la extirpación de estas idolatrías. Incluso se podría dar una interpretación, como ese intento fallido por parte de los colonizadores, en claudicar la *locura colectiva del indio*.

Un ejemplo de este hecho, fue lo expuesto desde Tomás López Medel, el cual poseía el cargo de oidor de la Audiencia de Guatemala a mediados del siglo XVI. Esta autoridad proponía desterrar la lengua de los indios y sus abominables costumbres. Así, tanto los hábitos de los idiomas como las celebridades nativas, fueron vistos como actos repugnantes y dignos de ser expulsados.

En este punto, es necesario remarcar lo expuesto por Foucault sobre los cuatro sistemas de exclusión que viven y vivieron tanto los locos en Europa como otros grupos relegados. Estas exclusiones o parte de estas, también las vivieron según mi parecer, en

el período colonial los indios. Con estos cuatro sistemas (con respecto al trabajo, con relación a la familia, a la exclusión de la palabra y a la exclusión del juego), se ubicará a la marginalidad del loco con sus particularidades a través de la historia. Para este acápite es importante marcar las relaciones de poder y de dominación que se ejercen sobre él.

El sistema represivo con los locos y los indios, ha presentado distintas peculiaridades en cada contexto. Sin embargo, existieron algunos puntos en común sobre este aparato coercitivo:

- Uno de ellos, es el miedo que ocasionaban tanto los indios como los locos. Es por eso que se emplearon sistemas de represión en contra de estos grupos. ¿Acaso los “cuerdos” y/o los “españoles y criollos” les pesaba reconocer sus locuras?
- Al loco se lo excluía del trabajo por ser improductivo. Al indio no se lo excluía, pero en cambio se lo explotaba. Haciéndole pagar impuestos hasta por la caridad como anteriormente se analizó.
- El valor de la palabra en el loco quedó excluida como ya se anotó. La palabra del indio en la Colonia no puede considerarse totalmente excluida. Lo que se podría decir es que ésta, tenía que estar indicada por un intermediario, sea un español, un criollo o un cacique.
- Los indios no fueron excluidos de sus familias como en el caso de los locos. Lo que se trató de hacer, estuvo ligado con la formación de clases sociales. El indio ocupaba un status inferior entre esta segmentación racial.

Tanto el loco como el indígena vivieron una serie de estigmatizaciones dentro de sus contextos culturales. Es importante mencionar que “el indio-loco” en la Colonia, vivía esta doble marginalidad recluido en los hospicios, hospitales y cárceles dependiendo de “la falta impuesta o cometida”.

Es interesante analizar como al loco en la Colonia, se lo fue ubicando dentro de un sitio en donde no estorbaba por ser improductivo. Esta hipótesis es corroborada desde Foucault.

Los aparatos de dominación ejercidos tanto con el loco como con el indio, fueron sistemas que sirvieron para controlar a los sujetos temidos. En el caso de los indios, a través de la estrategia de fragmentación de sus culturas y dentro de esta, sus

lenguas; obteniendo así, el sometimiento hacia un sistema europeo. Los locos en cambio, por estar sometidos a los cuatros sistemas de exclusión por parte de las sociedades, no tuvieron la capacidad de rebelarse como en el caso indígena.

Estos estigmas, dentro de las identidades deterioradas, siguiendo las hipótesis de Goffman y Dubet, no servirían únicamente para marcar o etiquetar a los individuos; sea desde el orden racial o por deficiencia psíquica o física, sino que son sistemas de poder, en los que se producen la distinción entre dominantes y dominados. Para el período estudiado -época colonial- vale acotar lo dicho por Dubet en forma inversa: “es la imagen degradada del antiguo actor” (Dubet, 1989: 545) (en este caso es el actor presentificado en el pasado). En algunos casos, no importó el número de integrantes para que suceda la dominación. Un puñado de españoles pudo controlar y dominar a un ejército de indígenas. Esto se confirma por ejemplo en el sistema de haciendas como un ejemplo de la microfísica del poder foucaultiana.

Decía el filósofo francés, que los sistemas de poder no desaparecen por el hecho de pensarlos y analizarlos sino que son máquinas que no pueden dejar de funcionar en las sociedades. No hay sociedad que funcione fuera de las relaciones de poder.

Con estos antecedentes históricos y sociales sobre la enfermedad mental, es importante ubicar en la actualidad del siglo XXI, algunas visiones que se entretajan sobre los pacientes mentales.

Sin lugar a dudas, la ruptura del encierro, la búsqueda de espacios terapéuticos y no asilares, el avance en la psicología, en el psicoanálisis, en la psicofarmacología, en la ergoterapia, etc., han contribuido para que el paciente tenga mejores condiciones de vida y de tratamiento desde la Colonia. Sin embargo, en los imaginarios colectivos urbanos, a la persona que posee algún desequilibrio mental, todavía es catalogada en nuestro país como un fenómeno que se lo relaciona con lo espiritual o lo religioso.

Para este punto, es trascendente tomar en cuenta a otro tipo de actores sociales que han trabajado o estudiado el fenómeno de la enfermedad mental, no necesariamente desde una posición tradicionalista o manicomial. Me refiero a un Psicólogo Clínico que trabajó por siete años en Bruselas y en un Centro Psiquiátrico Particular de Quito. También es importante considerar desde un punto de vista filosófico -en el Quito contemporáneo- desde ciertas visiones que no necesariamente se complementan, sino

que brindan una perspectiva más amplia sobre estas concepciones colectivas que encontramos en la actualidad.

En Bruselas...

Eh, a ver cuando tú vas y estas ahí conversando con gente no cierto de diferentes medios, profesiones y todo lo demás, te dicen, ¿tú en qué trabajas? Bueno, yo estoy trabajando en una institución psiquiátrica y yo duermo los fines de semana y practico en la institución con quince personas que tienen un pasado psiquiátrico; obviamente surgía esta preocupación de decir, bueno son peligrosos, la concepción del peligro al que tú te expones con este tipo de personas; eh surgía también como eso, como ideas; cosas que se dicen de la gente, de si algún rato podrán curarse, si es que eso tiene cura, si es que podrán salir de ese tipo de instituciones, si es que podrán tener ellos mismos sus propias familias, si es que tienen algún tipo de limitación a nivel educativo, si es que esas personas serán más hombres que mujeres, será que eso sucede solamente en un período de tu edad y luego ya si pasaste ese período de tu edad ya no, ya estas como inmune a eso.

(...)Exactamente, claro, claro, como te digo el más llamativo siempre era eso no; entonces el peligro, el riesgo que tú corres de. Asociado últimamente, como último punto también asociado obviamente a la idea de que bueno ahora felizmente ya hay un tratamiento psicofarmacológico par.

Bruselas-Quito-Ecuador...

Yo creo que en general sí, en general no creo que sea tan diferente que de aquí, pero en general la concepción que se tiene de ese otro que, que está diferente, que tiene un comportamiento diferente eh, se lo asocia más quizás, quizás más allá que aquí a una enfermedad estrictamente neurológica. Porque acá yo encuentro que, que se asocia con mucha frecuencia, la causal de esa enfermedad sigue siendo un tema religioso creo yo, en nuestro medio no. (Entrevista, DF y C-Doc. UDLA: 15 octubre, 2009).

En nuestro país y en la ciudad de Quito, se encuentran aún imaginarios relacionados con la enfermedad mental que llevan ciertas anclas de los modelos colonialistas que se han estudiado anteriormente en este capítulo. Lo divino, lo sobrenatural, lo maléfico están aún conectados al padecer psíquico, a la enfermedad mental.

Otro de los imaginarios que se plasman en la urbe son los expresados en las calles por ejemplo. Es interesante analizar uno de los grafitis escritos en una de los sitios de bastante afluencia universitaria en el norte Quito moderno. (Calle Veintimilla y Av. 12 de Octubre. Sector El Girón).

Este grafiti versa:

“Los niños y los locos siempre dicen la verdad: a los unos les educan y a los otros les encierran”.

El tema del encierro aún cobra vigor en nuestras mentes. El sistema custodial nacido en la Colonia, cobra todavía vigencia en nuestras creencias populares. Otra forma, que se pronuncia “la locura” en las calles, es a través del chiste o de los juegos como lo mencionaba Foucault. Para Hernán Ibarra, científico social ecuatoriano: “en la calle predomina lo que se ve y se escucha por sobre lo que se lee” (Ibarra, 1.998, pág.100).

A partir de las representaciones de los artistas de la calle, como Carlos Michelena, en el chiste, se verbaliza lo que la gente observa y vive pero no puede decir (Ídem). A través de estos espacios públicos la “locura popular” sale a la luz y sin encierros. Michelena en una de sus presentaciones dice: “Loco, loco así me dice la gente”. (Michelena en Ibarra, 1.998: 93).

Desde la sinrazón, se puede pasar dialécticamente a la razón a través de la filosofía. Desde esta última concepción, la enfermedad mental, en nuestro medio ha cambiado. Es interesante exponer lo expresado desde un filósofo:

No, yo creo que eso se ha superado mucho. Quizás en estratos de muy baja cultura, tal vez pueda sobrevivir algo de esa idea, pero creo que en la generalidad, la sociedad ya esa idea se ha superado no.

Creo que hay una, una conciencia de que las enfermedades mentales son pues desajustes químicos y eléctricos del cerebro y que por tanto eso puede ser curable a medida que obviamente la ciencia pues avance también más en el conocimiento de la estructura cerebral de los seres humanos no; así que pienso que se ha superado mucho esa idea que sí existió, eh en sectores, sectores populares, en sectores marginales quizá pueda quedar un, un poquitín la idea aquella de que, de que eso fue, puede ser producto de que se yo de una brujería o de una maldición divina, o en fin de alguna de esas causas.

Pero creo que ya, la sociedad en general pues ha avanzado y pienso que ahora todos entienden de que se trata de enfermedades o desequilibrios, desequilibrios como químicos y eléctricos del cerebro. (Entrevista, Sub-Fil. PUCE, 19 noviembre 2.009).

Desde esta visión más apegada a lo científico positivista, y sobre todo a las neurociencias, por parte de un filósofo, se evidencia desde esta perspectiva que la razón habría vencido a la sinrazón en el conocimiento de los trastornos mentales.

Sí, sí, indudablemente la expansión de la razón en nuestro, en nuestro ámbito -estoy hablando del ámbito latinoamericano- eh, ha tenido pues un efecto muy grande en las últimas décadas en el último medio siglo; entonces que se yo, quienes ya tenemos alguna edad, podíamos o podemos ahora comparar eh, la situación de la razón y de las creencias hacia mediados del siglo XX y eh la situación de la razón y las creencias ahora a inicios del siglo XXI no.

Realmente se ha caminado mucho y la sociedad pues ha entrado en un proceso de racionalización, digamos en mucho de los fenómenos que antes pues se atribuían a fuerzas ocultas o, o fuerzas del mal, ahora pues ya tienen simplemente una explicación racional. Así que pienso que sí, que hay un enorme avance de la racionalidad en América Latina y también en el Ecuador. (Ídem).

La razón y la sinrazón desde las concepciones colectivas en nuestro país son muy diversas. Se podrá decir que los componentes coloniales y postcoloniales no han desaparecido del todo. Los mitos ejercen una explicación cotidiana aún dentro del Ecuador del siglo XXI. Sin embargo, la razón y las explicaciones más apegadas a lo científico, cobran mayor auge en nuestros días. No existen en el presente teorías que puedan explicar a los fenómenos psíquicos generando cierres. Existen hoy, más hipótesis científicas y pseudocientíficas, que se generan desde los varios ámbitos “psis” que estudian a los trastornos mentales y a la locura. Una de las vías que abre interrogantes y críticas al punto de vista biológico y psicológico es la Antropología Médica, en donde se mira a la enfermedad o al trastorno, no desde los neurotransmisores o desde los procesos conscientes o inconscientes; se estudia al fenómeno desde las redes sociales que convergen para que se produzca esta alteración.

Tomando en cuenta que la biomedicina ha sido uno de las áreas de mayor predominancia en los hospitales psiquiátricos desde los años cincuenta del siglo XX, debido a la producción industrial vertiginosa de los psicofármacos. Este eje terapéutico, marcará radicalmente los procesos en salud mental. Si bien se ha logrado que a partir de la evolución de las neurociencias, la calidad de vida de los pacientes haya mejorado por un lado y sus estadías en los centros psiquiátricos disminuido por el otro, se han generado procesos en donde el sector que produce estos medicamentos (casas farmacéuticas y redes que se forman con los médicos) se transforme en una área totalitaria y hegemónica. “No hay nada más celosamente guardado por el sector capitalista que el control sobre los medios y los procesos de producción”. (Csordas en Singer, 1990: VI).

Estos conceptos desde la Antropología Médica Crítica, convergen con lo expuesto por el psiquiatra y psicoanalista ecuatoriano Iván Sandoval, el cual en una columna del diario El Universo destaca lo siguiente:

El psiquiatra contemporáneo ha devenido víctima de su propio invento: las expectativas desmesuradas que mantiene en las neurociencias, de las que espera la explicación definitiva de la locura, y su exclusiva dependencia del uso de los psicofármacos para sostener su clínica. (Sandoval, 2.008).

Luego del abordaje de estos ofrecimientos farmacéuticos que se transforman en utópicos y perversos -en algunos casos- para el fenómeno de la salud mental, se abordará como tema final de este capítulo, algunas exigencias del Ecuador y de Quito, relacionadas con la presencia de los hospitales psiquiátricos como sitios que ofrecen salud mental y bienestar.

Algunos requerimientos del Ecuador y Quito relacionados con la constitución de los hospitales psiquiátricos

Desde el apareamiento del hospital de la calle Ambato en 1.785, han aparecido en la “carita de Dios” varios centros psiquiátricos en su periferia. Entre privados y públicos están: El Hospital de Parcayacu, El Centro de Reposo San Juan de Dios, La Clínica Nuestra Señora de Guadalupe y El Hospital Psiquiátrico Julio Endara entre los más importantes. Esta penúltima clínica, es la única que se localiza en el Quito moderno. Los demás centros, están en los sectores limítrofes de la ciudad. Este tipo de instituciones dentro de las construcciones de las ciudades cosmopolitas, se las trata de ubicar fuera de los centros urbanos, ya que causan miedo y desconcierto a la mayoría de la población. No es una mera coincidencia que el hospital de la calle Ambato, se encuentre en “una zona roja” en donde la mayoría de las personas que viven en Quito, saben que en las cercanías a este hospicio, laboran mujeres con sus cuerpos (trabajadoras sexuales) y se vende droga por este tramo de la ciudad, a pesar de existir en algunos momentos, la preocupación del Cabildo quiteño en distintas administraciones por mejorar el entorno (El sector de la 24 de Mayo y sus alrededores).

Históricamente se sabe, que el Hospital San Lázaro desde sus inicios, recogía a mendigos, prostitutas, ebrios, oligofrénicos, leprosos, entre otros seres humanos que

eran excluidos de la urbe. Actualmente, sigue siendo un sector de la ciudad que recoge y sigue acogiendo a personas “no gratas”.

Por otra parte, los cinco hospitales psiquiátricos (estatales) están situados únicamente en las tres ciudades más grandes del país, según consta en el último informe, publicado en la página web del Ministerio de Salud, en su programa de Salud Mental.

Es importante acotar que no existe una Ley de Salud Mental, pero en varios cuerpos legales hay disposiciones claras sobre diversos aspectos sobre dicho tema. Existe un Plan Nacional de Salud Mental que data de 1.999. Actualmente resulta caduco en muchas de las áreas (M.S.P, 2007).

Para las acciones de salud mental existe el 1.2% del presupuesto del M.S.P. De este porcentaje, el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos (Ibídem).

Otro dato importante, dentro de las estadísticas nacionales, es la existencia de 12 camas en los hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes. En los hospitales generales no existe una asignación fija y permanente de camas para psiquiatría, con excepción de los hospitales de la Seguridad Social (Ibídem). En el caso del Hospital Carlos Andrade Marín, en la actualidad solo permite la permanencia de ocho pacientes. (El Telégrafo, del 9 de noviembre de 2009). Dicha institución deriva a sus internos a otros centros en caso de requerirlo. Algunos pacientes, van a la Clínica Guadalupe y el IESS cubre los gastos para sus afiliados. Este procedimiento estará en vigencia, hasta que se construya el Centro de Salud Mental del IESS. Anteriormente, este centro tenía 24 camas disponibles para el área de Psiquiatría. Debido a esta inestabilidad institucional, los familiares de los pacientes que acuden al hospital, han pedido a la Defensoría del Pueblo, se realice una investigación (Ídem).

Sobre los diagnósticos realizados en las casas de salud mental, el de mayor prevalencia es el cuadro de esquizofrenia y a nivel de los servicios ambulatorios, se destacan los trastornos de ansiedad y las depresiones.

Finalmente, cabe recalcar lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud en su informe del 2.001 para la salud mental:

- Énfasis en la atención primaria.
- Asegurar la disponibilidad de psicofármacos.

- Prestar atención a la comunidad.
- Educar al público.
- Involucrar a las comunidades, familias y usuarios.
- Establecer políticas de salud a nivel nacional.
- Vigilar la salud mental y apoyar nuevas investigaciones. (O.M.S., 2001 en M.S.P, 2007).

Pese a existir situaciones precarias en el Ecuador, se trata de cumplir con los parámetros establecidos. Hay que tomar en cuenta que lo psicofarmacológico toma mayor peso que las otras áreas. El tema de la legislación en salud mental está “en pañales” en nuestro país. El tema social que abarca a la familia, a las comunidades y a los pacientes, es un acápite que se lo sostiene de una manera precaria con muchas limitaciones y acciones creativas que cada institución procura mantener desde sus propios peculios. El tema de la salud mental con niños y adolescentes es aún efímero en nuestro país.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

El abordaje que se ha pretendido durante este recorrido investigativo, ha girado en torno a algunos ejes de contacto con las realidades e imaginarios que se construyen sobre la salud y la enfermedad mental dentro de nuestro país y sus conexiones con otras naciones. Es importante destacar la validez histórica de este proceso, que no ha nacido por “generación espontánea”, sino que ha requerido una serie de vivencias humanas que se han ido articulando desde la época colonial en nuestro terruño.

El tema indagado por Foucault y otros historiadores e investigadores interesados en el tema, relacionado con la Historia de la locura y otros nexos, fomentan a la exploración del tema. Sin lugar a dudas, la creación del Hospicio San Lázaro en 1.785, marca un hito histórico en la vivencia del loco en el Ecuador. Conjuntamente con los avances suscitados en Europa y Norteamérica principalmente, la psiquiatría ecuatoriana ha dado pasos encomiables en los tratamientos con los pacientes mentales. Desde una concepción asilar, pasando por una manicomial y llegando a una visión hospitalaria, el paciente y su familia, han podido encontrar mejorías en los tratamientos. La ruptura de celdas y encierros hacia sendas más humanizadas en las áreas “psis” en el Ecuador y en el mundo, ha generado mayores esperanzas de vida.

Sin embargo, debido al progreso señalado, no todo ha sido “un camino de rosas y fragancias”, ya que en el transcurso histórico han existido y existen aún, formas coercitivas en donde el poder institucional y científico, ha prevalecido sobre el interés humano y social de los pacientes.

El tema por alcanzar curas para las enfermedades mentales, ha generado mucho debate desde hace algunos años. El cuestionamiento, por ejemplo, de Thomas Szasz encaminado a la existencia de las enfermedades mentales, es un contenido que ha hecho y sigue creando interrogantes interesantes sobre la locura y la cordura. No existe un límite tajante que separe estas dos áreas. Se podría hablar de una dialéctica entre estos dos extremos más que una forma de pensamiento dicotómico-simplista.

Dentro de esta polémica, surgen los tratamientos generados para este tipo de patologías. Pathos, nos conmina al sufrimiento. Es un punto que a lo mejor genera coincidencias

entre los distintos pensadores de esta área. Cabe anotar, si esta consternación solo se lo puede tratar individualmente o debe también ser considerada desde sus lazos sociales.

Más allá de la biología y la psicología, aparece lo social como una manera suplementaria que permite reflexionar sobre los padecimientos mentales. En esta investigación, se han analizado las distintas redes sociales que se crean en el entorno del paciente mental. Fue importante detenerse para este estudio, en las relaciones que se generan dentro del hospital psiquiátrico entre: los profesionales de la salud, los demás empleados que trabajan en este centro, los familiares y otras personas anexas a estas instituciones. Específicamente, se estudió este fenómeno “bio-psico-social” en el hospital Julio Endara -sin pretender alcanzar una lectura lineal y totalizadora- sino desde una panorámica en donde se ubiquen las distintas urdimbres humanas, manteniendo las respectivas diferencias epistemológicas en cada área del saber. Dentro de estos lazos sociales, se pudieron encontrar diversos temas y situaciones cotidianas que reflejan: mística, ética profesional, lucha de clases, intentos por democratizar el trato con los pacientes, exclusiones, inclusiones, violencia explícita e implícita, manifestaciones de sus identidades y la anulación de las mismas, estigmas, posibilidades de expresión artística, laboral y de ocio. Son algunas de las facetas que se pudieron descubrir en un hospital psiquiátrico nacional que tiene 56 años de vida institucional.

Para que este período de más de medio siglo se haya cimentado, fueron necesarios una serie de cuestionamientos que psiquiatras y otros profesionales a inicios y mediados del siglo XX, trajeran ideologías y aparatos teóricos desde fuera del Ecuador para que se rompieran las ideas de un sistema custodial-colonialista hacia uno más humano y con mayores libertades. La idea de **Salir del encierro** como lo acota brillantemente la historiadora ecuatoriana Mariana Landázuri Camacho en su texto, nos hace pensar que la transición del Hospital San Lázaro al hospital Julio Endara en Quito, fue un proceso muy grande que se ha dado en la historia de la psiquiatría ecuatoriana. Sin embargo, este avance no ha roto las cadenas por completo. Aún existen en el siglo XXI, personas que permanecen atadas en sus casas y en otras instituciones por la ignorancia que viven sus familias y otros personajes sociales sobre las nociones de las enfermedades mentales.

Otro punto importante que fue abordado en este estudio, se relaciona con las concepciones que tienen las personas en la actualidad sobre la locura. La idea del

encierro persiste en los imaginarios colectivos de los ecuatorianos a través de sus representaciones populares escritas por medio de los grafitis y desde sus expresiones orales en el teatro de la calle, entre otras. Al loco todavía se le tiene miedo. Se le ubica también como trasmisor de verdades que no se atreven a decir “los normales”³⁷ o los denominados “sanos”. No es gratuito que las instituciones psiquiátricas, habitadas por personas que expresan sus sinceridades causando temor a la urbe, estén generalmente ubicadas en las periferias de la ciudad. Fue interesante analizar los tropiezos y resistencias que vivieron sus fundadores hasta instalar al hospital en estudio, en el lugar que actualmente se encuentra. Fue rechazado de Cotocollao y trasladado a Conocoto, a una hacienda fuera de los contornos del Quito céntrico. Se pretendía descentralizar a la locura con estos movimientos. Aunque vemos que el actual Hospital San Lázaro se encuentra acompañado por una zona roja de “la beata y franciscana ciudad de Quito”. Antes, en la época colonial, se hallaban asilados en este sitio: leprosos, tullidos, prostitutas, vagos entre otros personajes que fueron excluidos a través de las leyes de ese entonces. En el Quito moderno del siglo XXI, vemos que el sector de la 24 de Mayo, aledaño al Hospital San Lázaro, es un sitio en donde las trabajadoras sexuales, los cachineros, vendedores de droga y demás personajes excluidos, hacen de este espacio su zona para ejercer sus oficios. En síntesis, se dirá que estos procesos de inclusión/ exclusión no se han borrado, persisten, pero de diferente manera de acuerdo a los distintos tiempos en este sector urbano.

Volviendo al tema de los hospitales psiquiátricos, es interesante el predominio de ciertos tratamientos que han tomado mayor poder que otros. La psicofarmacología actual desde los cincuenta del siglo XX, ha permitido que las estancias en los hospitales se acorten. Ahora, los pacientes pasan una corta o mediana permanencia. Anteriormente podían pasar años hasta toda su vida en estos centros. Uno de los informantes principales para esta tesis, ha pasado algunas décadas en el hospital Julio Endara. Existen pacientes que relatan la evidencia de abandono por parte de sus familias. Algunos pacientes de larga estancia, se quedan a vivir en el hospicio. Los fármacos avanzan, aunque no lo pueden curar todo. El tema del abandono familiar es un acápite social que muestra una realidad estereotipada de las instituciones psiquiátricas.

³⁷ Del latín norma: escuadra y anomalía de la raíz griega ομαλοζ : liso, sin aspereza (Marcelli y Ajurriaguerra, 1996: 50).

El pensar que pueda existir una panacea para las enfermedades o trastornos mentales es una utopía, como lo es el pensar que existe una sola vía para tratar a los pacientes.

Es interesante deliberar a la locura desde distintos medios y enfoques teóricos que permitan trabajar perspectivas más humanizantes con las personas que padecen psíquicamente. La inserción del paciente mental nos compete a todos los profesionales que trabajamos en la salud mental. Considero que la Antropología Médica, la Antipsiquiatría, la Filosofía y el Psicoanálisis son recursos muy importantes que nos brindan herramientas de trabajo para entender y no entender a la razón y a la sinrazón. No se pretendió realizar un estudio ecléctico, sino una reflexión antropológica que pueda nutrirse -en algunos momentos- de otras áreas del conocimiento humano. Si no rompemos algunos estereotipos en nuestras reflexiones sobre la salud mental, llegaremos al empobrecimiento de un fenómeno que requiere análisis desde las distintas áreas del saber y no saber. Si se piensa crear una Ley de Salud Mental en el Ecuador y reformular el Plan Nacional de Salud Mental que fue creado en 1999, es fundamental tomar en cuenta estos ejes teóricos para su reflexión. ¿Será posible?

BIBLIOGRAFÍA

- Balseca, Iván. (2008). "La cárcel psiquiátrica" El Universo. Agosto, 15. Columnistas.
- Barreto, Dimitri. (2007). "Evaluación de los Sistemas de Salud Mental WHO-AIMS". En: Programa de salud mental del M.S.P. www.msp.gov.ec. (Visitado el: 12/11/2009).
- Barreto, Dimitri. (2002). "Salud Mental, Alcoholismo y Drogadicción en el Ecuador a finales del siglo XX". En: *El Cóndor, la serpiente y el Colibrí, la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Quito: OPS.
- Basaglia, Franco, et al. (1977). *Los Crímenes de la Paz*. México, D.F: Siglo XXI editores.
- Braunstein, Néstor (2003). *Goce*. México, D.F.: Siglo XXI editores
- Comelles, Joseph (2005). *Stultifera navis. La locura, el poder y la ciudad*. España: Editorial Milenio.
- Comelles, Joseph (1997). "Paradojas de la antropología médica europea". *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales* No. 52. En: www.dialnet.unirioja.es (Visitada el: 15/08/2009).
- Connerton, Paul. (1989). *How Societies Remember*. New York: Cambridge University Press.
- Correa Urquiza, Martín. Et al. "La evidencia social del sufrimiento. Salud Mental, Políticas Globales y Narrativas Locales". En: *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. No. 22. España: págs. 47-69.
- Cruz, Efrén. 2001. "*La Institución mental y el loco en la Real Audiencia de Quito y en la República del Ecuador*". Disertación para obtención del título de Psicólogo Clínico, Quito, PUCE.
- Cruz, Efrén. (2003). *El Loco y la institución mental. Desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XXI*. Quito: Ediciones Abya- Yala.
- Delgado, Fabrizio. (2008). "Cartas al director". El Universo. Diciembre, 2.
- Diversidad. (2009). "Los enfermos mentales del IESS esperan atención". El Telégrafo. Noviembre 8.
- Dorland. *Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina* En: www.books.google.fr/books?id (Visitada el: 10 septiembre 2.009).
- Dubet, François (1989). "De la sociología de la identidad a la sociología del sujeto". *Estudios Sociológicos*, Vol. VII, No.21, México D.F.

Foucault, Michel. (1999). *Asilos, sexualidad y prisiones*; La vida de los hombres infames ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? en: *Estrategias de poder*, Volumen II. Barcelona: Paidós.

Foucault, Michel. (1999). La locura y la sociedad. La incorporación del hospital en la tecnología moderna, La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad en: *Estética, ética y hermenéutica.*, Volumen III. Barcelona: Paidós.

Foucault, Michel. (1990) *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: FCE

Foucault, Michel. (1976/1979) *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.

Goffman, Erving. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Goffman, Erving (1963). *Estigma, La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Gómez González, Jaime en: http://www.compumedicina.com/historia/hm_010103.htm (Visitada el: 13-9-2009).

Guarderas Jijón, Fabián (2000). *Los hospitales psiquiátricos de Quito*. Quito: Propumed.

Guerrero Arias, Patricio. (2002) *La Cultura: estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*. Quito: Ediciones Abya-Yala.

Ibarra, Hernán. (1998). *La otra cultura. Imaginarios, mestizaje y modernización*. Quito: Abya-Yala, Marka.

Landázuri Camacho, Mariana. (2008). *Salir del encierro. Medio Siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*. Quito: Banco Central del Ecuador ediciones.

Lechner, Norbert. (2000). *Orden y memoria*. En: Museo, memoria y nación. Compilado por Gonzalo Sánchez y María Enma Willis.

Le Goff Jacques. (1991). *Pensar la historia. Modernidad, presente y progreso*. Barcelona. Ediciones Paidós.

Levinson, Daniel y Eugene, Gallagher. (1964) *Sociología del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Marcelli D. y Ajurriaguerra de J. (1.996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson S.A.

Melman, Charles. (2002) *El complejo de Colón y otros textos*. Bogotá: Cuarto de vuelta ediciones.

- Merino, Héctor. Et al. (1976). *Quito Eterno. La ciudad ayer y hoy*. Quito: Ediciones Paralelo Cero.
- Nievas Fabián. (1999). *El control social de los cuerpos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Revista Hospital psiquiátrico Julio Endara. (Julio 1.979) Año 1, No. 1. Quito: Jefatura Provincial de Salud de Pichincha.
- Revista Hospital psiquiátrico Julio Endara. (2008) No. 4. Quito: Apoyo Empresarial.
- Riaño Alcalá, Pilar. (1996). *Remodelando recuerdos y olvidos*. Colombia: Rejo N.3. Diciembre 4-6.
- Roudinesco, Elisabeth et al. (1996). *Lecturas de la historia de la locura (1961-1986) Introducción en: Pensar la locura (ensayos sobre Michel Foucault)*. Argentina: Paidós.
- Roudinesco, Elisabeth y Michel Plon. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez Albornoz, Nicolás (2002). “La difusión colonial del castellano”, Claves de razón práctica, Madrid: no.120.
- Sandoval, Iván. (2008). “¿Adónde va la psiquiatría?” El Universo. Septiembre, 16. Columnistas.
- Sandoval, Iván. (2008). “Manicomio o inframundo”. El Universo. Diciembre, 2. Columnistas.
- Singer, Merrill. (1989) “The Coming of Age of Critical Medical Anthropology”. Soc. Sci. Med. Vol. 28 No. 11 págs. 1193-1203.
- Singer Merrill, Hans. (1990). “Critical Medical Anthropology in Question”. Soc. Sci. Med. Vol. 30 No. 11. Introduction.
- Watchel, Nathan. (1999). *Entre la memoria y la historia*. Revista Colombiana de Antropología. Vol. 35, Enero-Diciembre, pág. 76.
- Zambrano, M y C Gnecco. (2000). Introducción. “El pasado como política de la historia”. En: Memorias hegemónicas, memorias disidentes. El pasado como política de la historia. Bogotá. ICANH y Universidad del Cauca.

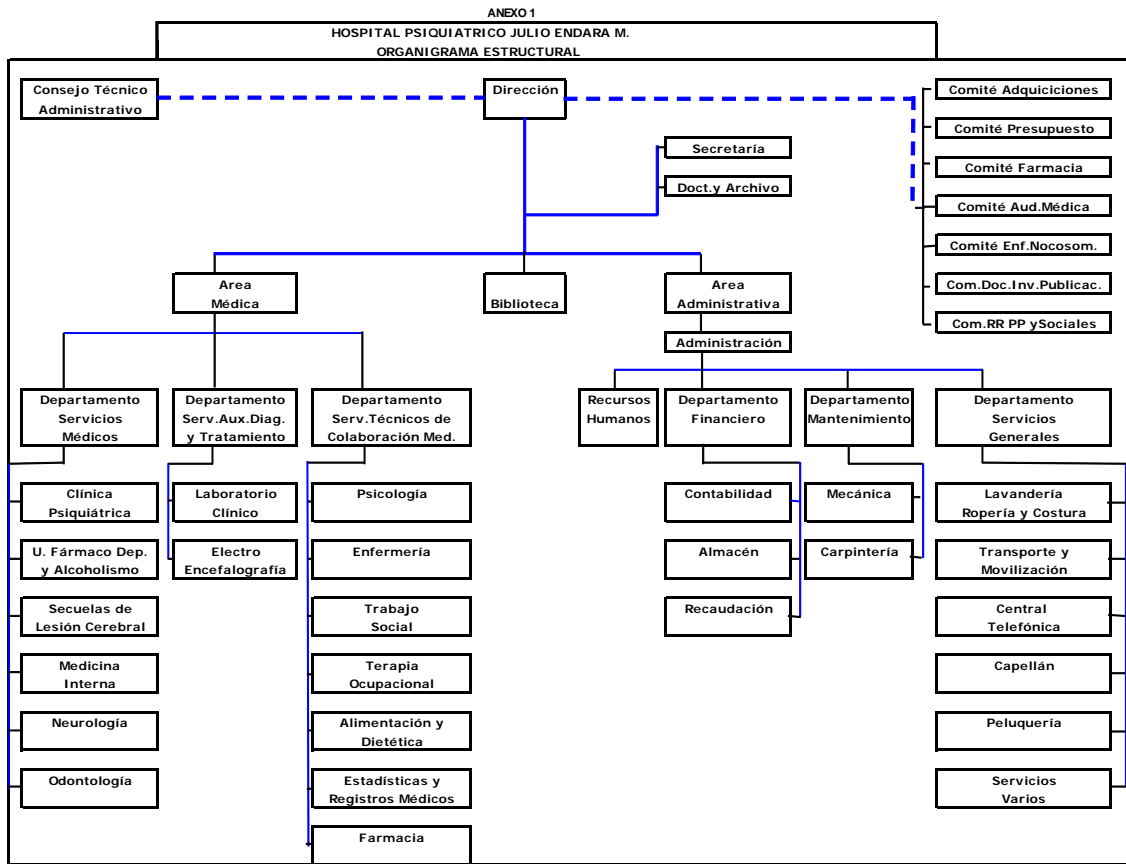
NÓMINA DE ENTREVISTAS

Código entrevista	Relación con el Hospital o con el medio externo.	Fecha	Lugar
EN-JE	Jefe de enfermería	21-12-2004	Hospital Julio Endara. Oficina de la profesional.
D-JCP	Jefe clínica psiquiátrica	26-12-2004	Hospital Julio Endara. Área de Clínica psiquiátrica.
L-TS	Trabajadora social	30-12-2004	Hospital Julio Endara. Consulta externa.
P1	Paciente	23-12-2004	Hospital Julio Endara. Patios del hospital.
D-O	Odontóloga	05-01-2005	Hospital Julio Endara. Consulta externa.
AE-UFA	Auxiliar de enfermería UFA ³⁸	15-01-2005	Hospital Julio Endara. UFA.
P-UFA	Paciente UFA	25-01-2005	Hospital Julio Endara. UFA
GP4-UFA	Entrevista grupal cuatro pacientes UFA	02-02-2005	Hospital Julio Endara. Área de la UFA.
P2yH	Paciente y su hermana	16-06-2009	Hospital Julio Endara. Salida del hospital.

³⁸ Unidad de fármaco dependencia y alcoholismo.

AE	Auxiliar de enfermería	16-07-2009	Hospital Julio Endara. Patios del hospital.
P3	Paciente	16-07-2009	Hospital Julio Endara. Patios del hospital.
D-Ps.ATO	Psicólogo del área de terapia ocupacional.	16-07-2009	Hospital Julio Endara. Área de Terapia ocupacional.
D-Ps.	Psicólogo.	12-08-2009	Hospital Julio Endara. Consulta externa.
Rop. Cost. y lav.	Empleada.	12-08-2009	Área de lavandería, ropería y costura del Hospital Julio Endara
EM-AC-ECO	Empleado área de cocina o ECONOMATO.	12-08-2009	Área de cocina Hospital Julio Endara
P1	Paciente.	12-08-2009	Hospital Julio Endara. Área de cocina y patios adyacentes.
DF y C-Doc. UDLA.	Director de Formación y Capacitación Docente de la UDLA. Psicólogo Clínico.	15-10-2009	UDLA.
Sub-Fil. PUCE.	Subdecano de la Facultad de Filosofía y Teología de la PUCE.	19-11-2009	PUCE.

ANEXOS



ANEXO 2

Guías de entrevista

Jefe de enfermería.

- ¿Hace qué tiempo Ud. trabaja en el hospital?
- En el momento de su ingreso ¿quién estaba de Director?
- ¿Cuántas enfermeras existen en todo el hospital?
- Tanto enfermeras como auxiliares de enfermería, ¿están vinculados a través del Ministerio de Salud?
- ¿Se han generado pugnas dentro del hospital o no?
- ¿Existen reuniones frecuentes para tratar temas en su área? ¿Cada qué tiempo se reúne el equipo?
- ¿Cómo se trabaja a nivel interdisciplinario, me refiero a los distintos profesionales que trabajan en el hospital, tanto con médicos, con psiquiatras, con neurólogos, con las demás personas que trabajan dentro de la institución, cómo es el ambiente interdisciplinario?
- ¿En qué consiste el permiso terapéutico?
- En cuanto a la diferenciación que Uds. realizan entre pacientes agudos y pacientes crónicos, ¿cómo ve este tipo de dinámica entre tales pacientes y los otros pacientes?, Cómo, sería interesante saber, ¿los familiares aceptan esto o no aceptan?, ¿Hay receptividad de parte de ellos?, ¿Les vienen a visitar o no lo hacen?
- Con los pacientes que se les llama ahora de larga estancia, muchos de ellos, se han vuelto de larga estancia porque los familiares se han olvidado, no tienen apoyo de nadie. Prácticamente dependen de aquí, de la institución.
- Del área de adicciones y alcoholismo ¿cómo es el trabajo por allí?
- ¿Siguen trabajando con el grupo de Alcohólicos Anónimos o es un grupo aparte?
- ¿Cómo ve el asunto de la salud mental dentro de la institución?

Jefe Clínica Psiquiátrica.

- ¿Hace qué tiempo trabaja en el Hospital Julio Endara?

- Como jefe dentro de esta institución y en la clínica psiquiátrica, ¿Cuántos médicos están a cargo suyo?
- ¿Qué tiempo Uds. utilizan para el tratamiento desde el área psiquiátrica con sus pacientes?
- ¿Ud. ve que el conjunto de estas terapias dan buenos resultados?
- Este hospital fue creado en base a que el hospital del centro, ¿no había mayor cabida para pacientes?
- El boom de la Anti psiquiatría en el mundo influyó para la creación de este hospital.
- Se cambio de asilo a hospital psiquiátrico...
- Sobre el asunto, psicofarmacológico, ¿Cómo Ud. ha visto la evolución, desde hace 30, 35 años hasta la fecha?
- Son costosos (psicofármacos)...
- Cada vez más van entonces desapareciendo los pacientes crónicos...
- Pueden ser tratados en provincia. Son tratados localmente
- Y como serían los contactos o las relaciones de las casas farmacológicas y el hospital. ¿Cómo ve Ud. eso?
- En lo que tiene que ver a la interrelación de psiquiatras, otros médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, ¿Cómo Ud. ve el trabajo multidisciplinario dentro de la institución?
- ¿Cómo ve Ud. ve la aceptación de los vecinos del hospital? ¿Hay gente que no le gusta, o si hay aceptación?
- Con respecto a las investigaciones que se han podido realizar en el hospital ¿Cómo funciona esta área?
- En los diferentes sectores o áreas del hospital: el trabajo que se realiza en adicciones, con pacientes agudos, crónicos, con pacientes oligofrénicos, ¿cómo ha visto el desenvolvimiento, la historia, en las diferentes áreas?
- Pero, ¿Esto se dará como una especie de exclusividad que se da aquí en el hospital, porque en otras instituciones no se escucha mucho eso? Lo que se da es un asunto de jerarquías, de peleas, entre área y área.
- ¿Cómo Ud. vería la dinámica de los otros hospitales psiquiátricos aquí en el Ecuador?
- Habrán clínicas psiquiátricas, que promueven que el paciente pase, días o medes enteros...Ud. sabe lo que hacen...

-¿Cómo ve Ud. la parte ética profesional, del psiquiatra actual en el Ecuador?-¿Cómo Ud. ve las nuevas generaciones que están saliendo de psiquiatras?

-¿Cuáles son las expectativas que Ud. ve frente a un nuevo mundo, nuevas enfermedades psicológicas, psiquiátricas están apareciendo? ¿Cuál será el papel frente a esto desde la institución? La depresión está apareciendo con más fuerza últimamente, por cuestiones de migración, bulimia, anorexia, etc.

-Como Ud. dice la depresión es muy antigua, pero como que hay ciertas variaciones actualmente.

- Frente a estas nuevas patologías, que puede brindar el hospital.

Trabajadora Social

- ¿Cuánto tiempo Ud. trabaja en el hospital?

- ¿Siempre ha trabajado en la consulta externa o no?

-Cuénteme, en relación al trabajo que se puede hacer, con las familias, la ubicación de las familias, aquí con los pacientes, ¿Qué tan factible es o qué predisposición existe para el trabajo de internamiento o de consulta externa?

-Digamos que esto sucede en la primera etapa, o siempre cuando hay reincidencias, en un nuevo internamiento, los familiares también ahí están presentes.

- ¿De qué manera el hospital Julio Endara, trata de buscar cierta inserción laboral a sus pacientes?

- Actualmente, con respecto a la ubicación de las familias, ¿de qué manera han tratado de localizarlas, de ver dónde están? Hay muchos casos, me contaban, en el asunto de los albergues, del albergue*, específicamente, prácticamente, esos pacientes ya no tienen ningún contacto familiar. ¿Hay alguna posibilidad o ha habido casos excepcionales, donde se han podido encontrar algún lazo familiar o no?

-Al hospital, le ampara alguna ley o existen algunas leyes, que le resguarden para que los familiares se hagan cargo de ellos.

- Le iba a preguntar ¿Qué piensa Ud. en relación con la creencia familiar, popular de la enfermedad mental? ¿Todavía Ud. nota que en las familias, existen referencias relacionadas con posesiones de demonios u otro tipo de creencias?

* Lugar donde se encuentran los pacientes diagnosticados con un cuadro de oligofrenia y/o retraso mental severo o profundo.

- ¿Cómo ve Ud. el grado de relación entre el personal con los pacientes?
- Y dentro de la institución, ¿cuáles serían las falencias que Ud. encuentra en relación al tratamiento?

Odontóloga del hospital

- ¿Qué tiempo Ud. trabaja en el hospital?
- ¿Ud. tiene un convenio con el ministerio de salud o cómo es su contrato de trabajo?
- El trabajo que Ud. realiza con respecto a los pacientes, ¿cómo ve Ud. esto? ¿Es complicado por tratarse de pacientes con problemas de salud mental? o ¿cómo Ud. ha tratado de manejar su trabajo en base de esto?
- Me contaban que el servicio de odontología se da a los pacientes o a personas que están fuera de aquí de la institución.
- Por ese lado, diremos que el concepto de hospital psiquiátrico va cambiando, porque ya no se trata únicamente, que sólo sean atendidos pacientes, que sean internados aquí sino que la gente viene, se hace atender: ¿Han perdido los miedos del hospital o todavía existen los miedos?
- ¿Cómo Ud. haría la diferencia en trabajar fuera de un hospital psiquiátrico y dentro de un hospital psiquiátrico?
- ¿Se ha trabajado también a nivel de la familia, de los familiares de los pacientes del hospital psiquiátrico, en su área? ¿Cómo ve la receptividad de parte de ellos? ¿Se preocupan de esta área o cómo que es un complemento? Aprovechan de la visita para un chequeo odontológico.

Paciente 1 momentos de ocio (2004)

- ¿Cuántos años tiene? -Ud. ¿era casado, soltero?
- ¿Qué es lo que me quiere contar ahora?
- ¿Qué tiempo está por aquí Ud.?
- El presidente ¿cuál es el presidente actual?
- ¿Ud. piensa que le va a hacer algo?
- ¿En navidad le vino a ver?
- ¿Y quién le sabe quitar?
- Cuénteme ¿Tiene amigos Ud. aquí o no?

- ¿Y entonces qué es lo que más le gusta hacer?
- ¿Se lleva con los médicos y las enfermeras?
- ¿Hace escobas acá? (Una de las actividades realizadas por ellos).
- ¿Se acuerda en qué escuela estuvo?
- Antes de venir acá ¿estaba trabajando?
- ¿Dónde es su tierra?
- ¿Qué doctor le trata a Ud.?
- ¿Qué lugares conoce del Ecuador?

(2009).

- ¿Y a usted le gusta por ejemplo la política, no le gusta la política?
- . ¿Acá si le gusta a usted estar en el hospital?
- ¿Usted ha estado también en el Hospital San Lázaro o no solo aquí no más?
- . ¿Qué doctor le castigó?
- ¿Y a usted le vienen a visitar sus parientes, sus amigos?
- ¿Y qué tal así aquí usted se siente bien alimentado, bien querido aquí por la gente?
- ¿Y usted se acuerda, cuáles han sido acá los directores del hospital?
- Ya y recién no más pasaron las fiestas acá del hospital. ¿Usted participó, usted estuvo acá?
- Temas relacionados a sus gustos: cantar y bailar.
- ¿Quiénes vienen para acá a visitarle a usted?
- Temas relacionados con el fundador de del hospital.
- Su familia, sus empleos...
- Ha realizado escobas, alfombras, ha lavado carros...

Auxiliar de enfermería UFA *

- ¿Hace qué tiempo trabaja Ud. por aquí?
- ¿Ellos trabajan en el taller ocupacional entre semana?
- ¿La fase de internamiento es de un mes?
- ¿Quién realiza la evaluación el (psicólogo) o el (jefe psiquiatra)?
- Luego de la fase de internamiento, (cuatro semanas) ¿los pacientes siguen viniendo a los grupos?

* Unidad de fármaco dependientes y alcoholismo.

- ¿Y Ud. cómo ha visto, los resultados que se obtienen, a partir de este trabajo?
- ¿Cuántos pacientes están en este momento internados?
- ¿Quién fue la persona que o las personas que crearon este sitio, este programa?
- Durante el tiempo que Ud. ha permanecido aquí, trabajando, ¿Qué anécdotas o qué experiencias, tal vez el día de hoy, nos pueda relatar, las que más le han llamado la atención?
- ¿Ud. ha estado trabajando en otros hospitales psiquiátricos?
- Y en comparación a otras instituciones, a otros hospitales, ¿Ud. que diferencias encontraría en el Julio Endara?
- ¿Qué ha escuchado Ud. tal vez tenga compañeros, amigos que también se dedican a trabajar en el área de salud mental? ¿Qué comentarios Ud. ha escuchado sobre los otros hospitales?
- Ud. ¿Cómo ve el futuro de la unidad UFA, en unos cuantos años?
- Ud. como miembro, como parte del hospital, ¿reciben capacitaciones constantes para el trabajo con pacientes?

Paciente UFA

- ¿Hace qué tiempo está en el programa? Edad.
- ¿Cómo Ud. se ha sentido? ¿Cómo está dentro del programa?
- ¿Cómo se enteró Ud.? ¿Quién la trajo? ¿Quiénes fueron las personas que le ayudaron a venir acá?
- ¿Cuántos hijitos tiene Ud.?
- ¿Piensa Ud. que estando aquí, va a poder recuperarse, a restablecerse?
- ¿Es la primera vez que está aquí en el hospital o ya había sido internada anteriormente?
- ¿Ud. siente que su familia sí le respalda?
- ¿Uds. piensan que el alcoholismo es un vicio o una enfermedad?
- Dígame señora, Ud. antes de venir acá, ¿Había buscado ayuda en otros grupos, en otros lados para salir o es la primera vez que está buscando ayuda?
- Finalmente, ¿cómo se enteraron del programa UFA?

Entrevista grupal con cuatro pacientes en la UFA. (Grupo de discusión)

- Cuéntenme, ¿cómo se han sentido dentro de la UFA?

- En anteriores ocasiones ¿Uds. ha ido a otros centros?
- ¿Uds. vinieron porque decidieron o alguien les ayudó?
- Actualmente, ¿Uds. se sienten respaldados por sus familias, o por alguien que le ayude?
- El trato con los médicos ¿cómo se ha sentido? ¿Con los demás del personal, enfermeros y demás profesionales?
- En el caso de Uds. sentirse dentro de un hospital psiquiátrico, ¿Eso les causaba miedo de venir acá o no?
- Y la convivencia, ¿cómo Ud. ha sentido, cómo Ud. ha vivido esto?
- ¿Quién les avisó, quién les informó sobre el programa del Hospital Julio Endara?

Paciente 2 y su hermana

- ¿Uds. de dónde vienen?
- ¿Qué tiempo estuvo su hermana por acá?
- ¿Cómo se ha sentido, cómo ha visto el trato en el hospital Julio Endara?
- Usted cómo ve que es el trato desde los médicos, terapeutas, psicólogos dentro del Hospital...
- ¿Cómo Ud. se enteró del Hospital Julio Endara?
- Su hermana vendría a consulta externa, luego de un tiempo...
- Allá en Portoviejo ¿No tienen un servicio psiquiátrico?
- ¿Qué opina Ud. sobre los pacientes mentales, qué piensa Ud. cuál es su criterio?
- Y con su hermana ¿cómo es el trato? ¿Cómo se lleva con ella?
- Ud. ¿por qué cree que se originan las enfermedades mentales?
- ¿Desde hace qué tiempo sabe Ud. que su hermana tiene este trastorno?
- ¿Le gustó el trato, le gustó venir acá? ¿Volvería acá en caso de ser necesario?

Auxiliar de enfermería

- ¿Cómo Ud. se ha sentido dentro de su trabajo?
- Desde allí han habido cambios. Cuénteme un poco sobre la historia, cuando Ud. ingresó estaba el doctor Samaniego. ¿Quiénes han estado de directores?
- En estos últimos años, ¿qué cambios han habido dentro del hospital?

- Dentro de la infraestructura (diciembre del 2004 y enero del 2005 primera parte de la etnografía) no existían las rejas ¿Qué pasó?
- Dentro del hospital aparte del Ministerio de Salud Pública, tienen otros auspicios de otras empresas (me refería a Petroecuador en el caso de terapia ocupacional). ¿Cuántos pacientes hay en la actualidad en el hospital?
- ¿Cuántos auxiliares de enfermería hay en el hospital?
- ¿Habrá pacientes todavía desde el cambio que hubo desde el Hospital San Lázaro todavía se mantienen acá?
- ¿Cuántos pacientes salen a trabajar?
- ¿Qué dicen ellos, qué comentarios hacen sobre su trabajo y su paga?

Paciente 3

- ¿Qué tiempo está en el hospital?
- ¿Cómo Ud. se ha sentido por acá?
- ¿Cuáles fueron las causas para que le hayan internado en el hospital?
- ¿Qué actividades laborales hace dentro del hospital?

Psicólogo del área de terapia ocupacional.

- ¿Cómo se llegó a fundar este departamento en el hospital?
- Tema de la ley de discapacidades.

Psicólogo del Hospital.

- Su función, su trabajo...
- ¿En qué departamentos ha trabajado en el hospital?
- ¿Cuántos psicólogos trabajan en la institución?
- ¿Cómo es la relación que existe entre el personal? ¿Cómo coordinan Uds. con enfermeras, médicos, psiquiatras, con los trabajadores sociales? ¿Cómo se da este trabajo interdisciplinario?
- Actualmente está en el área clínica, ¿Cómo es el funcionamiento del área? Cuando ingresa un paciente, ¿Cuáles son los procesos que se utilizan para el internamiento?
- Una vez que es necesario el internamiento ¿Cuál sería su función dentro del trabajo?

- En este tipo de casos por ejemplo, ¿qué tiempo tendría que pasar para realizar su intervención?
- Cuando un paciente ingresa ¿Qué tiempo permanece en el hospital?
- En Quito El Hospital Julio Endara como el más moderno...
- Por ser un hospital público, ¿Qué clase de paciente asiste acá?
- El costo de mantención para un paciente mental ¿es alto?
- ¿Cómo usted considera que son las relaciones profesionales que se mantienen acá dentro del hospital, cómo cree usted que es el clima, el ambiente laboral acá en el hospital?
- ¿Usted cree, que existen patologías mentales típicas acá en el Ecuador o que se den con más frecuencia acá en nuestro país por determinadas situaciones?
- ¿El asunto por ejemplo de trabajar con pacientes mentales eso también no sé si les produce desgaste, les produce..., estrés?
- ¿Qué corriente teórica siguen los psicólogos dentro del hospital, qué escuelas, que metodologías utilizan para su trabajo?

Entrevista con una empleada en el área de lavandería

- ¿Qué tiempo Ud. trabaja en la lavandería del hospital?
- ¿Cuáles son sus funciones acá en su trabajo, a que se dedica dentro del área de lavandería de la institución?
- ¿Todo lo que se trabaja es para uso exclusivo del hospital o tiene algunos otros fines?
- ¿Únicamente trabaja el personal que está dentro de esta área o también en algunos casos, los pacientes trabajan con ustedes?
- ¿Cuántas personas conforman el área de lavandería y ropería?
- ¿Las prendas que ustedes tienen, en algunos casos reciben donaciones de ropa?
- ¿Cuáles son sus vivencias, a lo mejor no sé si usted tenga alguna anécdota trabajando dentro del hospital psiquiátrico Julio Endara?
- ¿Hay pacientes que por ejemplo pueden reclamar que quieren más ropa, que quieren más cosas?
- La ropa que trae un paciente ¿cómo sería ese tratamiento de la ropa de ellos?
- ¿Usted trabaja ocho horas diarias acá en el hospital?
- ¿Se han presentado casos de gripe porcina acá en el hospital?

Empleado área de cocina o ECONOMATO

- ¿Y economato cuáles son las áreas o las funciones que usted cumple dentro del hospital?
- Me contaba el Doctor Samaniego que anteriormente había diferencias en lo que tiene que ver a la alimentación de los pacientes. ¿En la actualidad se mantiene una comida para todos igual o hay diferencias?
- ¿Hay diferentes comedores para cada persona, para los pacientes, para los médicos, para el resto de personal o cómo?
- ¿Ustedes también están encargados de la alimentación, de preparar la alimentación para el albergue?
- ¿Ustedes preparan tres comidas diarias?
- ¿Cuántas personas trabajan en este departamento?
- ¿Cómo cree usted, cómo considera usted la relación entre el personal, entre ustedes y las otras áreas por ejemplo?
- Entre el personal de economato y los médicos, ¿qué tal usted considera que es la relación?
- ¿Y la relación que usted mantiene por ejemplo con los pacientes?
- ¿Ustedes están acá empleados por horas o por un contrato fijo?
- ¿Cuáles son las limitaciones que ustedes tienen?
- Vienen pacientes frecuentemente se acercan o es algo excepcional...
- ¿Hay pacientes inclusive que les pueden ayudar a ustedes en la preparación de los alimentos, pelar papas ese tipo de cosas o no?

Director de Formación y Capacitación Docente de la UDLA

Psicólogo Clínico

- ¿Cuál ha sido tu experiencia dentro del trabajo en los hospitales psiquiátricos?
- ¿Cuáles son las diferencias que tú notas en relación al trabajo que se hace en Bélgica y acá en el Ecuador en estas diversas instituciones que tú has estado?

- En lo que tiene que ver a la experiencia que tú tuviste que ver allá en Bruselas. En relación al trabajo que tú hiciste en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe en Quito ¿tú veías ahí que se maneja todavía un modelo clásico, un modelo en donde el psiquiatra prácticamente es la persona que comanda, que dirige y los demás prácticamente tienen funciones secundarias?

-¿Tú has notado en la experiencia que tuviste ahí en la Clínica Guadalupe que algunos pacientes habían tenido experiencias ya en otros hospitales psiquiátricos en Quito, en el país; o sea, deambulan de cierta manera los pacientes?

-Temas adicionales relacionados con las diferencias del trabajo con pacientes mentales en Bruselas y Ecuador.

-Imaginario colectivo en Ecuador y Bruselas sobre el paciente mental.

-Temas relacionados con las estadísticas, reglamentaciones, ausencias de estas en nuestro país y las diferencias con Bélgica.

Subdecano de la Facultad de Filosofía y Teología de la PUCE

- ¿Qué es lo que opina un filósofo sobre la locura, hay algunos filósofos que han trabajado este tipo de temas, me gustaría que Usted desde su área, a lo mejor me pueda dar unas primeras aproximaciones sobre este tema?

-¿Qué opinaría Usted por ejemplo si a lo mejor estos conceptos foucaultianos o conceptos filosóficos de alguna manera todavía están presentes en nuestro medio, en nuestra actualidad hay cambios, qué opina usted de esto?

-¿A lo mejor todavía dentro de este tipo de sistemas por ejemplo como en el Hospital San Lázaro del centro de Quito, todavía se mantiene esa institución manicomial, esa institución custodial?

. ¿Qué piensa Usted, qué acogida tienen este tipo de instituciones en la actualidad, qué funciones a lo mejor usted creería que cumplen dentro de nuestro Quito contemporáneo?

-¿Qué opina por ejemplo del ciudadano común frente a este tipo de personas no cierto que pueden a lo mejor causar miedo, cuál sería su opinión?

¿Qué connotaciones actuales a lo mejor todavía existen, sobre las creencias de la enfermedad mental como un castigo divino, un castigo a lo mejor de alguna entidad que pueda existir?

-¿Qué opinaría usted por ejemplo sobre todo -cuál sería la opinión de la iglesia- de la iglesia católica, a lo mejor el asunto de los exorcismos todavía está en vigencia o a lo mejor también dentro de la iglesia católica hay cambios en esa parte?

- Consultorios filosóficos contemporáneos. Encuentros y desencuentros entre la filosofía y la psicología de hoy

ANEXO 3



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Personal y pacientes del Hospital. Fiestas de julio 2.009 (V.g. bailes típicos).

Si hacemos una fiesta con los pacientes, vuelven a conectarse con la gente, con el medio. Como en el caso de la esquizofrenia, no quieren hacer absolutamente nada: no quieren trabajar, no quieren conversar con personas, no quieren ver una película, no quieren nada. Están encerrados en su mundo.

La terapia ocupacional, ayuda a que sus facultades mentales no se deterioren. Si una persona no mantiene sus hábitos laborales, se pierde rapidito. La persona que no trabaja va perdiendo los hábitos laborales. Se les enseña puntualidad, responsabilidad, asistencia, disciplina y el orden. La enfermedad mental hace que estos hábitos lleguen a perderse.

En lo posible se pueden desarrollar nuevas habilidades como la iniciativa, la creatividad, etc. También se trabaja en los hábitos de higiene, su aspecto personal.

También se han hecho proyectos de plantaciones de hortalizas a través del Ministerio de Agricultura. El invernadero funciona desde hace unos 5 años. Si hacemos una fiesta con los pacientes, vuelven a conectarse con la gente, con el medio. Como en el caso de la esquizofrenia, no quieren hacer absolutamente nada: no quieren

trabajar, no quieren conversar con personas, no quieren ver una película, no quieren nada. Están encerrados en su mundo.

La terapia ocupacional, ayuda a que sus facultades mentales no se deterioren. Si una persona no mantiene sus hábitos laborales, se pierde rapidito. La persona que no trabaja va perdiendo los hábitos laborales. Se les enseña puntualidad, responsabilidad, asistencia, disciplina y el orden. La enfermedad mental hace que estos hábitos lleguen a perderse.

En lo posible se pueden desarrollar nuevas habilidades como la iniciativa, la creatividad, etc. También se trabaja en los hábitos de higiene, su aspecto personal.

También se han hecho proyectos de plantaciones de hortalizas a través del Ministerio de Agricultura. El invernadero funciona desde hace unos 5 años.

La venta de los elaborados (de los trabajos) no se está reinvertiendo en material. El dinero recaudado no va directamente en beneficio de los que hacen sino que esta ganancia se reinvierte poco, se les pagan \$ 0.10 centavos por hora a los pacientes. Cada semana tienen \$2.25. Al final de la semana se les paga en efectivo. Lo que se vende se va arriba y allí se queda. (No hay un proyecto de autosostenibilidad). (Entrevista: D-Ps.ATO:16 de julio, 2.009).



Hospital Psiquiátrico Julio Endara: Personal, pacientes, familiares y autoridades de la institución.
Fiestas de julio 2.009 (V.g. bailes típicos).