

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento De Sociología Y Estudios De Género

Convocatoria 2020 - 2022

Tesis para obtener el título de Maestría en Sociología

**SALUD MENTAL Y DESIGUALDADES SOCIALES: PENSAMIENTOS Y  
APROXIMACIONES EN LA VIDA COTIDIANA**

Cáceres Corral Eugenia Beatriz

Asesora: Cielo María Cristina Malong

Lectores: Chiriboga Varea José Eduardo, Reyes Valenzuela Carlos Marcelo

Quito, 18 de julio de 2024

## Índice de contenido

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo 1. El problema del malestar y la salud mental .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 El problema de la salud mental (el malestar) .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 La salud mental, desde el enfoque de la psicología y psiquiatría .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 La salud mental desde un enfoque comunitario y psicosocial .....</b>	<b>20</b>
<b>1.4 Enfoques alternativos y ancestrales hacia la salud mental y el bienestar .....</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo 2. El contexto ecuatoriano y la desigualdad social.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Desigualdad social: componente transversal y aspecto relevante de la salud mental .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Desigualdades sociales y salud mental en América Latina .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3 Un panorama histórico y actual de la Salud Mental en el Ecuador.....</b>	<b>44</b>
<b>2.3.1 Historia de la salud mental en el Ecuador.....</b>	<b>45</b>
<b>2.3.1.1 El bagaje psiquiátrico y psicológico de la salud mental en el Ecuador.....</b>	<b>45</b>
<b>2.3.1.2 Salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano .....</b>	<b>53</b>
<b>2.3.1.3 Alternativas y ancestralidad en la concepción ecuatoriana de la salud mental .....</b>	<b>56</b>
<b>Capítulo 3. Panorama actual de la salud mental en el Ecuador.....</b>	<b>62</b>
<b>3.1 Situación actual .....</b>	<b>62</b>
<b>Capítulo 4. Diversas respuestas frente a la problemática del malestar social en la actualidad</b>	<b>71</b>

<b>4.1 Caso de Estudio: Hospital Psiquiátrico San Lázaro, actual Centro Ambulatorio San Lázaro, servicios públicos de salud mental .....</b>	<b>71</b>
<b>4.2 Caso de estudio: Centro de Apoyo Psicosocial UBUNTU.....</b>	<b>80</b>
<b>4.3 Caso de estudio: Templo Jempe.....</b>	<b>89</b>
<b>Capítulo 5. Argumento y Conclusiones .....</b>	<b>98</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>106</b>

## **Lista de Ilustraciones**

### **Gráficos**

Gráfico 3.1. Satisfacción de necesidades básicas en relación a ingresos económicos.....	66
Gráfico 3.2. Satisfacción del nivel de ingresos.....	67
Gráfico 3.3 Percepción de malestar, con sintomatología depresiva y ansiosa.....	69

### **Tablas**

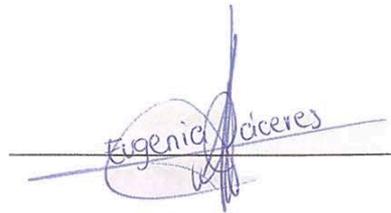
Tabla 3.1. Correlación entre preocupación por la salud mental, importancia de tratamiento / acompañamiento para sobrellevar el malestar y, acceso a servicios direccionados a salud mental .....	68
--	----

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

Yo, Eugenia Beatriz Cáceres Corral, autora de la tesis titulada “Salud mental y desigualdades sociales: pensamientos y aproximaciones en la vida cotidiana”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de especialización/ maestría/ doctorado, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

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

Quito, 18 julio de 2024.



Firma

Eugenia Beatriz Cáceres Corral

## Resumen

La salud, inconformidad y el malestar mental en la actualidad han sido problematizados como factores relevantes de la vida cotidiana de las personas, sobre todo a partir de la vivencia y experiencia resultante de la pandemia por COVID-19. Problematización que debe venir de la mano del reconocimiento de la desigualdad social como uno de los factores que definirá: acceso a bienes y servicios, calidad de los mismos, y la experiencia de la vida en base a la dignidad humana, o la eterna búsqueda de la misma. Es así que en el presente escrito se analiza con los lentes críticos de la sociología, la realidad y la vida cotidiana de la ciudad de Quito, desde la vivencia del sentimiento de malestar y la posibilidad de respuesta frente a ello. Así como aquellas aproximaciones que resultan de procesos de institucionalización de la enfermedad mental, y también la percepción, estigma e imaginarios sociales históricos y colectivos que existen hacia aquello considerado como “lo otro”, lo invisible, o lo indeseable, aquellos grupos de personas que sufren el estigma y abandono de la sociedad.

Entonces, la historia y realidad social, así como el proceso de encierro vivido por la crisis pandémica del año 2020, y varios cambios de interacción social resultantes de ello (que se mantienen hasta la actualidad), nos permiten realizar la pregunta sobre han sido, y cuáles son las alternativas que existen para hacer frente a los sentimientos de malestar, o para el tratamiento de enfermedades mentales producto de la experiencia de la vida individual y colectiva. De igual manera nos permiten: cuestionar aquellas instituciones o modelos de aproximación que históricamente han tenido parte en la formación de imaginarios estigmatizantes frente al reconocimiento y visibilización del “malestar” psicológico/psiquiátrico. Empezar la discusión sobre aquellas prácticas “alternativas”, y en muchos casos ancestrales que buscan el mismo objetivo del “bienestar integral”. Y, reconocer cómo a lo largo del tiempo cada persona ha creado bajo sus posibilidades, historia de vida y locus de enunciación, algunas aproximaciones que disminuyen el sentimiento de malestar o derrota social, y que actúan a manera de respuestas cotidianas que mitigan las consecuencias de la vivencia de la desigualdad social en todas sus formas.

## Introducción

“No puede existir salud sin salud mental.

—Banki Moon, 2010

La salud mental, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad se ha encontrado en constante discusión, de igual forma la mayoría de países latinoamericanos han avanzado en reconocer la necesidad de, como menciona León (1976, 122) “adoptar medidas para la promoción y cuidado de la salud mental de sus habitantes”. Sin embargo, existe todavía una brecha enorme en cuanto a las ya existentes ofertas de servicios y la capacidad de las personas de acceder a posibilidades de aproximación a la salud mental, así como también en la relevancia que la población atribuye a esta temática y su capacidad de acceso, versus una notable necesidad de referirse a la salud mental ya como un problema de salud pública a gran escala.

Desde finales del año 2019, a partir de la pandemia por COVID-19. que reveló la vivencia activa del encierro, el miedo, la incertidumbre, el aislamiento y una “nueva normalidad”, entre otras cosas; ha existido un aumento de conciencia y accionar frente al bienestar social, tanto individual y colectivo, desde muchas aristas como lo físico, mental y espiritual. No obstante, un aspecto específico relevante de la vida humana individual y colectiva, y del bienestar como tal, que para los fines de este escrito la llamaremos *salud mental o bienestar integral*, es todavía motivo de grandes cuestionamientos y crítica sobre las formas de aproximación a la misma, así como de su identificación y necesidad cotidianas.

Parte de la motivación por la cual esta investigación sucede, es debido a la actual preocupación sobre la salud mental en términos del contexto y las circunstancias sociales, políticas, económicas, geográficas, etc., y de desigualdades sociales que atraviesan el contingente de posibilidad de enfrentamiento del malestar social, así como la puesta en escena de una gran problemática.

En este sentido, nos referimos a la problemática de la salud mental, o mejor dicho del malestar social debido a que, por ejemplo, como destacan Chávez y Aguirre (2015, 14) “según la OMS a principios del siglo XXI 450 millones de personas sufrían de algún tipo de trastorno mental”. Así como también, Rodríguez et.al (2009, 14), mencionan un estudio realizado en América Latina y el Caribe que evidenció que en el 2002 los trastornos mentales representaban el 22% de la carga total de enfermedades, comparado a 1990 donde solo alcanzaban el 8%. Este mismo estudio reveló que los trastornos mentales afectan más a personas de clases socio económicas bajas, quienes tienen menos posibilidades de acceder a tratamientos psicológicos. Datos que resultan alarmantes, y que merecen un análisis que contenga al problema central tanto como a sus condicionantes transversales como lo son en este caso: el contexto y las desigualdades sociales.

Autores como Etienne (2018, 1), rescata que “una buena salud mental permite a las personas hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y realizar su potencial contribuyendo a sus comunidades”. Sin embargo, el interés de la actual investigación radica en entender si la salud mental, específicamente aquello que se conoce como depresión y ansiedad, son evidenciables en la vida cotidiana del grueso de la población quiteña, y reconocidas como tales. Y en esta línea, hablar de la existencia de varias formas de entender a la misma, que se han anclado en la psiquis humana, individual y colectiva, a partir de la vivencia cotidiana, el contexto de desigualdad social y, el espacio que diversidad de seres humanos habitan y han experimentado a lo largo de su vida.

En este sentido, la pregunta que acompaña a esta investigación es comprender: *¿Cómo se conforman el pensamiento colectivo entorno a la salud mental y el malestar (es decir cómo la gente entiende la salud mental y el malestar, y cómo responden a ello), siendo atravesados permanentemente por las desigualdades sociales, en los espacios y contextos del Hospital San Lázaro en el centro de la ciudad de Quito, el Centro de Apoyo Psicosocial UBUNTU en el Sur de Quito, y el Templo Jempe en Tumbaco?*

Para poder responder a la incógnita se contará con un apartado que describa la problemática social en detalle, involucrando ya al contexto ecuatoriano y quiteño como su principal actor. De igual manera y como complemento, es relevante realizar un recorrido teórico sobre aquellas que serán las tres macro corrientes tomadas en cuenta para el análisis: el enfoque

biomédico, el enfoque comunitario, y las prácticas alternativas, todas en relación a la salud y el malestar mental/psicológico y social, y que tienen conexión directa con el contexto tanto regional como local ecuatoriano, y los casos de estudio planteados.

Luego de contar con un panorama histórico, resulta relevante identificar la situación actual de la salud mental de manera focalizada ya al territorio y la población estudiada. Para este propósito se utilizará herramientas de recolección de información que arrojarán datos generales (no representativos) sobre la percepción del malestar y la salud mental actual en el territorio, mismos que permitirán situarnos. Y por último, en base a: el contexto regional y local de la problemática, así como en las corrientes, modelos, y enfoques de la salud mental con relevancia en la localidad, se realizará un análisis minucioso de lo que se ha pensado como casos de estudio. Para lograr concluir con un aprendizaje sobre cuáles son las formas de entender y actuar de las personas frente a una necesidad de visibilizar a la salud mental, desde cada una de las posibilidades o enfoques disponibles en la actualidad, y permanentemente atravesados por su condición social de diversas desigualdades.

## **Capítulo 1. El problema del malestar y la salud mental**

El presente apartado, se encuentra desarrollado por una definición de aquello que entendemos como salud mental, y la problemática del malestar y la salud mental como tales, tanto en la región como en el territorio ecuatoriano respectivamente. En este sentido, se realizará un recorrido, tanto teórico como contextual, sobre el por qué este es un tema de relevancia que vale la pena investigar y problematizar, desde una mirada crítica, que tome en cuenta todas las aristas pertinentes y condicionantes de la salud mental y sobre todo del malestar en los individuos y las colectividades, como lo son los contextos específicos, y el enfoque transversal de desigualdades sociales que pone en evidencia diversas brechas para la adecuada implementación de un modelo inclusivo y holístico de la salud mental.

Este último es un concepto abordado históricamente desde la rama de la psicología y la psiquiatría, pero al hablar de ella quienes lo hacen no solo se refieren a las terapias o mecanismos de desfogue de emociones de los seres humanos. Ahora, a partir de las evidencias de cambio profundo de dinámicas sociales que acarrea el contexto de pandemia por COVID-19 a nivel mundial, y lo rescatado sobre su relevancia en épocas anteriores, resulta imperante pensar y problematizar al malestar y, reconocer a la salud mental como una necesidad social de primer orden y un problema público en sí mismo.

Para el análisis que nos convoca, es necesario tomar en cuenta aspectos que ahora forman parte de la vida cotidiana de las personas, como: el encierro y el distanciamiento físico que incluye la disminución de contacto e interacción social, así como sus efectos visibles en las emociones, subjetividades, representaciones y la conformación de imaginarios sociales (es decir, cómo la gente entiende y actúa al dirigirse hacia la salud mental), así como los efectos directos que la pandemia, así como las desigualdades sociales tienen en las personas en términos de un latente malestar, entre otras cosas.

Con esto en mente, es importante mencionar que una perspectiva más amplia sobre la enfermedad y salud mental se ha venido desarrollando en años anteriores. Por ejemplo, la Comisión sobre Determinantes sociales de la Salud de la OMS en su informe de 2008, define los condicionantes o determinantes sociales de la salud (en general, que engloba a la salud mental) como: las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen,

y otorga gran relevancia a los factores estructurales de esas condiciones o sea, la distribución del poder, el dinero, los recursos y la ubicación geográfica, entre otros aspectos.

Ahora bien, como vemos la salud mental no es una temática que se aborde únicamente como consecuencia del contexto de pandemia. Aunque cabe recalcar su auge a partir de tal evento, este ha sido un tema abordado ampliamente por profesionales de la salud que han intentado posicionar su relevancia. Según datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recopilados en el 2001 en su reporte anual dedicado a los problemas de la salud mental, se evidencia que: aproximadamente 450 millones de personas alrededor del mundo sufren de trastornos mentales, lo cual establecería a la salud mental y sobre todo al malestar, como problemáticas sociales de primer orden, cuyo tratamiento y problematización debe ser enfocado también y de manera urgente desde las ciencias sociales.

### **1.1 El problema de la salud mental (el malestar)**

Si bien, la enfermedad y salud mental en sí mismas no remontan su origen a la actualidad, sino que son representaciones históricas del malestar social, es evidente que se han detonado con mucha mayor fuerza en las últimas décadas. Etienne (2018, 20) menciona que, “aunque la salud mental es un componente esencial de la salud, existen brechas críticas de tratamiento (es decir, personas con enfermedad mental grave que no reciben tratamiento) que llegan hasta el 73,5% en los adultos y el 82,2% en los niños y adolescentes” de América Latina. Índices que de seguro han aumentado desde el inicio de la pandemia por Covid-19, lo cual atrae la atención a problematizar y cuestionar por qué sucede este permanente aumento en la necesidad de tratamientos de salud mental, y segundo cuál es el problema detrás de las formas de atención de la salud mental que no abastecen dicha demanda, así como también es intrigante conocer qué ha hecho la población para suplir dicha necesidad, entre otras cosas.

La OMS (2022) define la salud mental como “un **estado de bienestar**<sup>1</sup> en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”, lo cual primero sitúa a la

---

<sup>1</sup> Las negritas me pertenecen.

salud mental como la posibilidad de desempeñarse de manera funcional y productiva de la persona y, además de ello la OMS (2022) también define el apoyo en materia de salud mental y psicosocial como “cualquier tipo de apoyo local o externo cuyo objetivo es proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos de salud mental”. Como podemos ver, la discusión que en la actualidad se pretende plantear entorno a la actual temática va mucho más allá de la mera consideración de una enfermedad o patología y su tratamiento, sino que ahora toma en cuenta enfoques sociales, comunitarios y de diversidad, así como momentos de prevención del malestar y protección de la salud mental como un derecho.

Al respecto, Baena (2018, 2) menciona que el actual escenario de la salud pública en la región latinoamericana “se encuentra gobernado por una concepción paternalista (producto del modelo biomédico centrado en la enfermedad), desde hace mucho tiempo adoptado y arraigado en usuarios y profesionales, lo que implica resistencia” al cambio y a la ejecución de nuevos modelos o enfoques de la salud mental. Así mismo, el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador, realizado por la OPS (2007), posiciona al modelo ecuatoriano como hospitalocéntrico, apreciación evidenciable a partir de la notable congestión de hospitales psiquiátricos, con una sobre institucionalización de pacientes, direccionada por el estigma que se proporciona a trastornos mentales, enfocando los esfuerzos en procesos hospitalarios / de reclusión aplicados por default, junto con escasos niveles de capacitación de personal de salud, o profesionales de áreas sociales sobre salud mental, o enfoques comunitarios de la misma.

En este sentido, autores como Baena (2018, 2) destacan una actual “falencia (...): ni la formación académica ni la capacitación profesional permiten el cumplimiento de lo dispuesto” por órganos internacionales que refieren a la salud mental como los ya antes mencionados. Es decir, pese a existir en la actualidad avances en la oferta educativa superior, gran parte de los profesionales de la salud no cuentan con formación específica en salud mental, además de que, una vez más sus prácticas tradicionalmente se anclan al modelo hospitalocéntrico, mismo que es víctima ya de grandes críticas.

Por lo que, y en relación a esto, según Desviat (2018) tanto América Latina como el Ecuador se encuentran en una disputa entre un modelo de salud hospitalocéntrico, y uno guiado por la

salud pública y comunitaria. La diferencia entre estos dos recae en cuanto a sus preceptos y métodos de tratamiento, pues la mirada privada de la salud mental afecta directamente a la necesidad de una pluralidad de prestaciones, que puede que el estado tenga la capacidad de cubrir, pero que el sector privado ni siquiera toma en cuenta, pues no entran en los parámetros redituables del *negocio fármaco-psiquiátrico*, por ejemplo. También, cabe recalcar que al interior de la discusión, generalmente no se toma en cuenta ningún tipo de aproximación por fuera de la tradición psiquiátrica o psicológica, históricamente conocidas y aplicadas al momento de hablar de salud mental, lo cual ya forma parte del problema general. Aspecto que será abordado posteriormente, pero que cabe ser mencionado de antemano.

La región latinoamericana ha volteado a ver a la salud mental de manera innovadora aunque sin mucha continuidad desde inicios del siglo XXI (León 1976). En Brasil (1907) se inaugura hospitales mentales, y se inician los primeros sistemas de cuidado psiquiátrico. Posteriormente (1915) Lima crea los primeros servicios de consulta para enfermos mentales en hospitales, y en 1922 se publican cartillas sobre la higiene mental<sup>2</sup>, creando posteriormente dispensarios de atención. En 1941 se inaugura la primera unidad psiquiátrica en un hospital general en Perú – Lima, y México abre un centro de salud de servicio de la higiene mental. En este mismo período la OMS produjo gran cantidad de material sobre salud mental desde la década de los 50, y como menciona León (1976 123) “afirma que existe la necesidad de sustituir la tendencia al aumento del número de camas en los hospitales psiquiátricos por la creación de servicios que reduzcan las admisiones”, en rechazo frente a la notable ganancia de espacio de dicho modelo y sus formas de tratamiento de la salud mental.

Todos estos esfuerzos debido a la puesta en evidencia de una latente necesidad de dirigirse hacia la problemática del malestar social, y sus efectos en la población. Autores como Rodríguez (2007, 118), médico psiquiatra involucrado con la OMS, destaca que varios estudios epidemiológicos centrados en la psicología y psiquiatría en el último decenio evidencian un “**alto grado de sufrimiento**<sup>3</sup> individual y social”. En esta misma línea, desde

---

<sup>2</sup> Cartilla para la Higiene Mental “Defiéndase de la locura”, escrita en 1922 por Hermilio Valdizan y Honorio Delgado.

<sup>3</sup> Las negrillas me pertenecen.

1990 hasta la actualidad las afecciones psiquiátricas y neurológicas representaban altos rangos de discapacidad en la región.

Por su parte, Peragio, M. R. (2005), menciona que en América Latina,

Los pacientes con problemas de salud mental (...) comparten el estigma y la discriminación asociados con sus padecimientos, y su acceso a los servicios de salud es igualmente limitado. Además cerca de 20% de los niños y adolescentes sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental y sufren el estigma social y la discriminación que acompañan a este tipo de padecimiento (Peragio, M. R. 2005, 227).

Sin embargo, la respuesta de servicios de salud ha sido limitada e inadecuada. Frente a lo cual, Rodríguez (2007) destaca que, el resultado ha sido el aumento en el número de pacientes o enfermos mentales sin ser atendidos, y una incapacidad de resolución que pone bajo el microscopio las actuales e históricas brechas de tratamiento de trastornos mentales y las deficiencias en estructuras de salud (mental) de la región. De igual manera, estudios epidemiológicos (Rodríguez, 2007), reflejan sobre todo la brecha existente entre la demanda y la oferta de servicios de atención y tratamiento, es decir, personas que requerían tratamiento y no lo recibieron.

En las últimas décadas en la región de América del Sur, el 76.5% de los países cuentan con Programas Nacionales de Salud Mental, enfrentándose al gran desafío de la adecuada implementación de los mismos, ya que persiste un modelo de servicios no aplicable, en el sentido en que no conecta las necesidades reales de la población (violencia, problemas psicosociales, desigualdad, inequidad, inseguridad, descontento, etc.) y las propuestas detalladas en tales programas. Los Ministerios de Salud de la región funcionan con cobertura insuficiente alcanzando apenas un 20% de la población aproximadamente (OPS, 2008). Dados los niveles de pobreza de la región es evidente que en términos de servicios privados de salud mental, solo un pequeño porcentaje logra acceder a los mismos.

Por otro lado, Rodríguez (2007, 120) menciona que la ya destacada tradición biomédica de atención en salud mental atiende a pacientes con malestares psicológicos o psiquiátricos, a través de la reclusión (casuística) en hospitales psiquiátricos capitalinos, o modelos manicomiales clásicos. Esto refleja que los históricos servicios de salud mental en la región

no se encuentran preparados para desarrollar efectivamente servicios de atención a problemas actuales, emergentes y en auge. Peragio, M. R. (2005, 224) menciona al respecto que, “a pesar de que las autoridades de salud reconocen que los trastornos mentales (...) constituyen importantes problemas de salud pública, investigaciones realizadas en los últimos años sobre su prevalencia, repercusión y costos asociados demuestran que se ha subestimado su magnitud”.

El mismo autor, en sus estudios epidemiológicos muestra que en Latinoamérica y el Caribe, la estructura hospitalocéntrica de servicios, concentra personal y presupuesto en los grandes hospitales psiquiátricos nacionales, consumiendo hasta el 90% del presupuesto asignado a temas de salud mental en los estados.

Por otro lado, existen datos de los años 2000 a 2012 que destacan un aumento en la cantidad de suicidios a nivel nacional, debido a la necesidad e incertidumbre de los ciudadanos sobre factores económicos y sociales asociados con el contexto de la época. Sin embargo el panorama no ha cambiado en años recientes: flexibilización laboral, privatización, regreso al neoliberalismo, crisis económicas, descontento/malestar social generalizado, desalojos de comunidades por extractivismo, aumento de flujos migratorios, aumento del desempleo, empleo informal y economías de subsistencia, pandemia por COVID-19, etc., son algunas de las características del panorama actual en el país. Lo cual, posibilita considerar el planteamiento de Quijada et al. (2019), quienes afirman que en el Ecuador, el progreso en el área de salud y salud mental ha sido lento y la población no cuenta con la capacidad de acceso a servicios de este tipo, debido a la inestabilidad y desigualdad social en el territorio.

En el mencionado país, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015), proporciona información relevante sobre las atenciones y los distintos casos sociales relacionados a la salud mental y sus patologías. Por ejemplo, para el año en mención, 2.088 personas en el Ecuador fueron atendidas por enfermedades depresivas en los establecimientos de salud, los episodios depresivos registrados han sucedido sobre todo entre el rango etario de 19 a 59 años de edad, es decir el 73% del total de casos atendidos, y el 64% fueron mujeres. Por otro lado, para el 2015 existieron un total de 1.073 suicidios registrados. Hasta la actualidad las cifras han ido en aumento, e históricamente ha existido un subregistro e invisibilización de este tipo de problemas sociales, que dan mucho que decir del enfoque, y

los instrumentos de recolección de información en salud de los últimos años, en encuestas, informes e infografías, que proporciona el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC<sup>4</sup>.

Según un nuevo informe de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), ‘La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas 2018, los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad. Ecuador se encuentra entre los cinco países con más discapacidad por depresión, los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante:

Los países de ingresos bajos, en especial, agravan su carencia de recursos al asignar los escasos fondos a hospitales psiquiátricos. Esto significa que **quedan desatendidas las personas con los problemas de salud mental más comunes**<sup>5</sup>, como los trastornos por depresión, ansiedad y otros que se pueden atender de manera eficiente en un entorno comunitario, ha explicado Claudina Cayetano (2018), asesora regional de la OPS en salud mental.

Posteriormente, en el año 2020, en razón del 10 de octubre como día mundial de la salud mental declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta preparó un boletín informativo sobre cómo los servicios de salud mental se han visto perturbados por la pandemia por Covid-19 en la mayoría de los países alrededor del mundo. La situación actual del mundo, según la OMS (2020), ha paralizado los servicios existentes de salud mental en un 93% de los países, y se evidencia una necesidad mundial de aumentar el porcentaje de financiación para este tema en particular, así como la capacidad y los servicios como tales.

Como consecuencia, se destaca que aproximadamente un 70% de los países de altos ingresos han adoptado la telemedicina o teleterapia para subsanar las fallas o falencias en los servicios de atención en salud mental, en contraste países de bajos ingresos han logrado realizar esta estrategia en menos del 50% (OMS 2020). Si bien en esta época el Ecuador desarrolló estrategias para hacer frente a esta realidad, no contó con la capacidad técnica y operativa

---

<sup>4</sup> Encuestas recientes realizadas por INEC desde el año 2017 en adelante, muestran un sub-registro de índices de salud mental o padecimientos mentales, es decir; son categorías analíticas que no aparecen en las preguntas, estadísticas o infografías realizadas por la institución a nivel nacional.

<sup>5</sup> Negritas añadidas

para brindar atención adecuada al grueso de la población, en especial a aquella que vive en las periferias o tienen dificultad para acceder a servicios básicos como internet o telefonía móvil.

Así también, la OMS (2020) señala que inclusive en tiempos previos a la pandemia han existido pérdidas millonarias en productividad económica alrededor del mundo, que han sido causados por trastornos de depresión y ansiedad, y viceversa. Por otro lado, existe evidencia de la relevancia de este problema público en mecanismos de ayuda inmediata e intervención en crisis como el ECU-911, que reflejarían la necesidad poblacional de atención masiva en salud mental en todos los niveles protocolarios de acercamiento al mismo, sobre todo en época de pandemia en los años 2020 - 2021. En este sentido, desde el ECU-911<sup>6</sup> en el Ecuador en el año 2020 se registraron 220 suicidios y 429 alertas relacionadas con comportamientos "autolíticos"<sup>7</sup> íntimamente relacionados con depresión y ansiedad, al inicio de la crisis sanitaria por COVID-19, siendo Quito y Guayaquil las ciudades con mayor índice.

El planteamiento del problema desarrollado a lo largo del escrito, se centrará sobre todo en los últimos 2 a 3 años del contexto actual, debido a los cambios en procesos de interacción social y vida cotidiana, así como en las condiciones estructurales de la vida misma, generados por y a partir de la pandemia de COVID-19. Es por esta razón, que cabe actualizar la problematización de la salud mental, en la manera en cómo la gente la entiende y actúa, así como en el componente de desigualdades sociales que la atraviesa, y por supuesto además, visibilizarlo y posicionarlo como un tema relevante en la vida cotidiana.

De igual manera, la realidad social desde un punto de vista particular, permite problematizar a la salud mental desde su emergencia y posicionamiento, como una necesidad de primer orden (o no), en relación directa con nociones específicas, por ejemplo de privilegio/posibilidad/acceso. Las alternativas y capacidades de aproximación a estos fenómenos, a partir de herramientas de conocimiento, identificación, prevención, acceso,

---

<sup>6</sup> ECU-911 es el servicio oficial de emergencias en el Ecuador administrado y operado por la Policía Nacional del Ecuador

<sup>7</sup> Autodestructivo, intenciones suicidas.

entre otros, permite evidenciar un entramado analítico que transversaliza indudablemente al componente de desigualdad social, presente en el territorio estudiado.

El autor Peragio, M. R. (2015) menciona que:

Gracias a los avances científicos de las últimas décadas, hoy se comprenden mucho mejor las causas de los trastornos mentales y del abuso de sustancias y se han ideado nuevas intervenciones de comprobada eficacia para prevenir y tratar estos problemas de salud. Sin embargo, la mayoría de las poblaciones aún no tienen acceso a ellas. Los primeros resultados de las encuestas de salud mental realizadas en varios países de América Latina demuestran que cerca de 80% de las personas con problemas de salud mental no tienen acceso a los servicios de salud (Peragio, M. R. 2005, 226).

La pandemia ha significado para muchos un cambio extremo de condiciones de vida, la normalidad conocida hasta inicios del año 2019 ha cambiado en su totalidad por nuevas prácticas de aislamiento, prevención y cuidado frente al Covid-19. La actualidad se percibe como un ambiente híbrido de conductas provenientes de la antigua normalidad, con aquellas adoptadas en tiempo de pandemia. Gil-Fortoul (2021) menciona en su artículo que, en Quito-Ecuador:

Las experiencias emocionales referidas al impacto causado por la pandemia y sus efectos giran en torno a respuestas ansiosas y depresivas generadas por factores como la amenaza (...), restricciones sociales (...), difusión de información alarmante, crisis económica y cambios sustanciales en el estilo de vida de las personas (Gil-Fortoul 2021, 1).

Menciona además que, tanto alrededor del mundo como en el territorio quiteño ecuatoriano, el virus ha causado múltiples variaciones en la estructura social y la salud integral de las personas, por ende ha afectado directamente la esfera psicológica/psiquiátrica (Gil-Fortoul, 2021), es decir a la salud mental, y la experiencia de malestar.

Gil-Fortoul (2021) y otros autores han mencionado las medidas o respuestas, que desde su experiencia, la población quiteña aplicó y aplica en tiempos de pandemia, siendo estas las patologías mentales de depresión, ansiedad, frustración o tristeza, así como la apertura por enfoques de autocuidado. Es decir, en los últimos años el malestar o trastorno mental y la

búsqueda de bienestar se han convertido en **mecanismos de defensa** frente a los cambios en la realidad social. Por esto menciona que la depresión y la ansiedad se encuentran asociadas a varios factores de la vida cotidiana de las personas en tiempos de pandemia y son consideradas ya como respuestas conductuales (Gil-Fortoul 2021) frente al contexto de Covid-19.

Este planteamiento alarmante, es el que en primera instancia evidencia la prevalencia y aumento del malestar social en el transcurso del encierro y hasta la actualidad. Por tanto, si el actual contexto ha proliferado condiciones de estrés, depresión y ansiedad en la población, así como la incertidumbre y una permanente búsqueda de alivio, cabe cuestionarse cuáles son las acciones o mecanismos con los que la población responde a estos estímulos y necesidades emocionales, y sociales. También, si estos se anclan a las formas históricas de aproximación a la salud mental o no, y cómo la **desigualdad social** atraviesa las posibilidades de responder al malestar y cómo hacerlo.

Es así como por un lado vale la pena mencionar que, la inexistente información diagnóstica sobre la temática en el Ecuador, se debe a las políticas públicas y estatales relativas a salud y salud mental, que se caracterizan por no definir indicadores que determinen el alcance de las intervenciones, la satisfacción o necesidades de la población. Por ende, se puede hablar nuevamente de un desequilibrio entre estas y la realidad social del país (Guanoluisa 2019), afianzando así las prácticas ya existentes, invisibilizando a grupos poblacionales en necesidad y una necesidad social emergente de bienestar, y reproduciendo lógicas de desigualdad social.

Quijada et al. (2019) comentan que un indicador posible para el análisis de la salud mental es el *social defeat* o la “derrota social”, fenómeno social que involucra el comportamiento negativo y las reacciones cognitivas frente a sentimientos de haber fallado en obtener estatus o escalar socialmente, y realizar comparaciones de metas sociales con otros individuos. Que para motivos de la actual investigación reflejarían las consecuencias ocasionadas por cambios abruptos en las condiciones y estándares de vida durante la época de pandemia, o como se expresaba a nivel mundial una *nueva normalidad*.

A este respecto, para el análisis, se propone pensar a la salud mental en el Ecuador a través de tres enfoques o perspectivas. Siendo estas: la rama psicológica y psiquiátrica (tradicional), el

enfoque de la psicología comunitaria o psicosocial, y una rama ancestral o alternativa del bienestar integral.

## 1.2 La salud mental, desde el enfoque de la psicología y psiquiatría

Históricamente la psicología, ha tratado de entender a la salud mental y sus desviaciones como un problema biológico, es decir, que reside en el individuo y no en la sociedad. Por ende en gran parte de su desarrollo el enfoque utilizado se ha centrado en un objeto de estudio particular como son los centros penitenciarios, los hospitales de larga estadía (manicomios, hospitales psiquiátricos, asilos). En ese entonces y de la mano de la psiquiatría, basándose en rasgos como la desviación mental, la degeneración moral o una falta de empatía hacia el sufrimiento de otros, han contribuido a la creación de varios estereotipos (imaginarios sociales arraigados) de la existencia de un *estado mental anormal*.

Cockerham (2021) por ejemplo, involucra en su análisis los enfoques de la psicología y la psiquiatría, comentando que por ser estos los más conocidos y populares, y por ende quienes han creado la definición de patología y sanidad mental, han colaborado en la definición general de ciertos rasgos o comportamientos como *indeseables* y *anormales*. Estos, por ende son considerados como rasgos personales que necesitan de rehabilitación para ser re-normados, convirtiendo a la patología mental y a quien lo padece en presas del estigma y la discriminación, así como de la reclusión y el aislamiento. Es así que, la definición histórica general más estrecha de trastorno mental engloba comportamientos altamente indeseables o severos y rápidamente identificables como: la manía, paranoia, esquizofrenia, depresión, ansiedad o la personalidad antisocial, entre otros.

No es sino hasta el año 1975 que los **psiquiatras** Spitzer y Wilson, logran **definir** al trastorno mental<sup>8</sup>:

Se puede definir de la siguiente manera: (1) condición que es principalmente psicológica y altera el comportamiento, (...); (2) condición que en su estado “completo” se asocia regular e

---

<sup>8</sup> Trastorno mental, definido mucho antes que la Salud mental, término acuñado posteriormente por la Organización Mundial de la Salud.

intrínsecamente con estrés subjetivo, deterioro generalizado en el funcionamiento social o comportamiento que uno quisiera detener (...); (3) condición que es distinta de otras condiciones y que responde al tratamiento (Spitzer y Wilson 1975, 829)<sup>9</sup>.

Entonces, para esta fecha existen ya nomenclaturas clave que pueden definir sujetos y orientar prácticas psiquiátricas y psicológicas, siendo estas: el tratamiento, la irregularidad que debe ser moldeada, detener ciertos comportamientos que no se anclan a lo aceptable o normal, entre otros.

La psiquiatría, en busca de clasificar y definir las patologías y comportamientos indeseables, se encuentra con un problema a la hora de definir concretamente a su objeto de estudio e institucionalizarse en el dinamismo regular y cotidiano de la sociedad. La naturaleza misma de las patologías mentales, y su diversidad, así como la diversidad de individuos en el plantea, hacen que el estudio del comportamiento *anormal* sea aún más complejo, por ello a la par se crea y arraiga un modelo e imaginario concreto de aquello que es normal y responde a un orden social determinado. Con este antecedente, entonces la definición más estrecha de trastorno mental con enfoque psiquiátrico reconoce a los comportamientos que son altamente indeseables o severos y rápidamente identificables, como la esquizofrenia, la depresión o la personalidad antisocial, entre otros, y que contienen una carga neurológica y biológica evidente.

De la mano, la psicología basándose en rasgos como la desviación mental, la degeneración moral o una falta de empatía hacia el sufrimiento de otros, ha creado los estereotipos de un estado mental anormal. En relación, Mendoza (2009, 556) aclara que esto sucede por ejemplo al retratar “la psicopatía caracterizada por actitudes de manipulación y seducción, tendencia sistemática a transgredir las normas o las leyes o conductas de hetero-agresión, sin sensación de culpa o responsabilidad”, es decir comportamientos considerados como inexplicables desde la racionalidad o la normalidad. El continuo cambio de códigos y signos hacen que el estudio del comportamiento anormal sea aún más complejo. Cockerham (2021) lo ejemplifica a través del estudio de la homosexualidad y cómo los psiquiatras estadounidenses

---

<sup>9</sup> Citado en William Cockerham 2021, p. 5.

consideraban este comportamiento como desorden mental hasta el año 1970, aproximadamente, claro ejemplo de conceptos de la psiquiatría que hoy en día están en desuso, como la histeria o la falta de preceptos morales en la sociedad, entre otros.

Es así como el enfoque psicológico/psiquiátrico penetra alrededor del mundo, bajo preceptos como los mencionados en líneas anteriores, y se instala en el Ecuador, país conocido por su gran diversidad cultural, étnica, etc., que contiene en su territorio varias alternativas de aproximación al malestar humano colectivo e individual, y que han sido opacadas por el modelo psiquiátrico, hospitalocéntrico y farmacológico que predomina hasta la actualidad. Si bien, no es la única forma de entender el presente enfoque, y existen posiciones que desmitifican este profundo rechazo a la psiquiatría y sus actividades represivas (Henry Ey, 2004), este es el antecedente que en su mayoría engloba el imaginario histórico de lo que es considerado como el enfoque psiquiátrico y psicológico en el Ecuador.

Zúñiga et al. (2018) comentan que, sobre todo a partir de la época de la colonia, especialmente en la capital quiteña, existía un gran número de habitantes y dentro de estos se encontraban grupos poblacionales pertenecientes a indigentes, pordioseros, mendigos, huérfanos y personas con trastornos mentales. A partir de este escenario las autoridades eclesiásticas y políticas de la fecha (1785) crean el Hospicio y manicomio Jesús, María y José, que luego se llamaría Hospital Psiquiátrico San Lázaro, para los “indeseables” de la sociedad (Zúñiga et al. 2018).

Este sitio, que será objeto del presente estudio, corresponde a una corriente occidental de la medicina psiquiátrica y del orden social en sí mismo, es decir concepciones de lo normal aceptado socialmente y la exclusión/reclusión del otro. Así mismo, años después se crea el primer manicomio José Vélez, en Guayaquil, poco después sustituido por el Manicomio Lorenzo Ponce. En ese entonces, y de manera predominante por varios años los tratamientos para la normalización de los enfermos mentales constituía desde camisas de fuerzas, hasta terapias de choques, azotes, cadenas, grilletes, y demás (Zúñiga et. al 2018).

Por otro lado, la academia ha tenido su trayectoria histórica en esta temática. Iniciando desde lo conservador religioso occidentalizado, se funda la Universidad Central de Quito, como unión de varias universidades de la época, y en 1826 cambia su nombre a Universidad Central

del Ecuador (Zúñiga et. al 2018). Es en esta institución que se crea la primera cátedra de psiquiatría en 1913, dictada por un médico tratante del Hospital San Lázaro, lo cual indica la relación entre la doctrina académica de enseñanza y la práctica “terapéutica” de ese entonces.

En la década de los años treinta al irse consolidando el paradigma hospitalocéntrico y asistencial de la salud en el Ecuador, los tratamientos de salud mental incorporaron prácticas de territorios exteriores, sobre todo occidentalizados. Por ejemplo; transfusiones de sangre infectada para curar la psicosis (tremetina), esta terapia consideraba que al recibirla el sujeto psicótico reprimiría los delirios. Así mismo se introdujeron terapias de choque, inducir convulsiones, etc., para comprobar y aplicar el antagonismo de epilepsia versus esquizofrenia, terapias de estimulación eléctrica, y demás, también aplicados en el Hospital San Lázaro (Zúñiga 2018). A finales de los años 40 se introduce a la farmacoterapia como una de las herramientas más utilizadas y permanentes en la psiquiatría, y psicología a nivel mundial, misma que se introduce en el Ecuador en los años 50. Es decir, en Ecuador se inicia con el uso de cocteles farmacológicos para el tratamiento de cuadros maniacos, depresivos, psicóticos, y para prevenir la psicosis.

Posteriormente, en los años sesenta la academia empieza a dictar clases como: psicología médica, psicopatología y psiquiatría a todos los estudiantes de medicina del Ecuador. La enseñanza giraba en torno a las prácticas que en ese entonces se realizaban en los hospitales psiquiátricos, calificadas como infrahumanas inclusive por la comunidad médica de estudiantes, anidando así un profundo rechazo y estigma hacia ese tipo de disciplina y práctica médica alrededor de finales del siglo XX (Zúñiga 2018).

En respuesta a esta situación, inauguran el Hospital Psiquiátrico “Julio Endara” en Conocoto. En 1967, a finales de la década, aparece la Orden de las Hermanas Hospitalarias que establecieron el Instituto Sagrado Corazón de Jesús. Es entonces cuando el centro de reposo San Juan de Dios inició sus actividades en junio de 1967. En esta década se funda también en Cuenca el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (Zúñiga 2018).

El posicionamiento de esta tendencia en el Ecuador se evidencia en los siguientes datos proporcionados por Baena (2018), que destaca lo siguiente:

En 2012 el monto total para salud fue de 1 881 061 107 millones de dólares, de los cuales sólo el 0,44% (8 308 210 millones de dólares) se asignaron para las acciones de salud mental; de esta cantidad, el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos. Esta tendencia se mantuvo en 2014, donde sólo el 1.46% del presupuesto en salud fue destinado a la salud mental, siendo casi la mitad de este monto invertido en hospitales psiquiátricos (Baena 2018, 2)

Con estos antecedentes, y de manera general se puede llegar a inferir que la tradición de la rama de la salud mental en el Ecuador, centrada en la biomedicina y el hospitalocentrismo, es presa de un constante estigma, lejos de dejar de ser cierto, existen quienes promulgan un discurso que evidencia una mirada diferente hacia lo que es la psiquiatría, mismo que cabe mencionar aquí. Entonces, resulta oportuno también expresar una perspectiva que enfrenta a la anterior:

Denunciar a la psiquiatría como si fuese una violencia institucionalizada y camuflada en asistencia, en tratamiento o en profilaxis médicas, considerarla como la forma más execrable de la “medicina punitiva” y como una nueva Inquisición, es reducirla a no ser más que un aparato médico-legal al servicio de la Ley, al servicio de la Defensa social y del Orden público. Su función se resumiría en el encerramiento, en la secuestación, en la encarcelación, en el internamiento. Esta es una interpretación limitada, injusta e imparcial (Ey 2004, 55)

Afirma también que, con estos enfoques se trabaja meramente en favor de la libertad individual, y no su supresión.

Sea por las razones que fuere, el enfoque de la salud mental, direccionado desde la psiquiatría y la psicología (que en este escrito llamaremos “tradicionales”), se encuentran atravesados hasta la actualidad por el estigma y el rechazo, así como la crítica, tanto de académicos como profesionales, y de la sociedad en mayor o menor cantidad. Si bien, la época de pandemia ha traído la necesidad de tomarlos en cuenta en el proceso de búsqueda del bienestar, estas aproximaciones son cuestionadas por varias razones, sea porque sus prácticas son catalogadas como inhumanas, por el constante cuestionamiento de la eficacia de diversas metodologías terapéuticas, o por el desconocimiento.

Si algo queda claro es que resulta necesario realizar un recorrido de análisis crítico sobre lo que el modelo tradicional imperante de la psiquiatría y la psicología han promulgado hasta la

actualidad. Como bien destaca Baena (2018, 2) “una ruptura epistemológica con el modelo médico – biologista – asisencialista (hospitalocéntrico) tradicional”, y dar paso a pensar y actuar en pro de la salud mental desde nuevos enfoques participativos.

### **1.3 La salud mental desde un enfoque comunitario y psicosocial**

El cuestionamiento, así como la gran demanda y urgencia histórica frente a la temática de la salud mental, ha convocado tanto a profesionales de la salud como académicos a pensar en la antes mencionada ruptura epistemológica con el modelo hospitalocéntrico. Con este propósito surge la propuesta innovadora de salud mental que involucre como primordial aspecto a la comunidad, dentro del panorama tanto de las ciencias sociales como de la salud (Baena, 2018). En este sentido, cabe realizar un recorrido por las corrientes de ciencias sociales que han considerado la relevancia del malestar y el trastorno mental, hasta la conjugación de la propuesta en un enfoque de salud mental comunitaria o psicosocial.

El sociólogo William Cockerham (2021, 18) señala que, “en un contexto social, los trastornos y desviaciones son problemas que padecen personas con mala salud mental”, como ya lo había definido el sociólogo clásico Emile Durkheim (1971), la anomía o desviación social es producto de un desorden o una enfermedad mental que ocasiona que un individuo rompa con el conjunto de normas socialmente establecidas, por esto considerado como disruptivo o fuera de lo común (normal).

En este sentido, Mendoza (2009) relata que, años después la teoría de E. Durkheim sería utilizada por Robert Merton para elaborar una teoría de la desviación, destacando que la desviación es el resultado de las desigualdades económicas/sociales y la inequidad en las oportunidades o producto del sistema de producción capitalista como señalan las teorías del conflicto. Es decir, traen a colisión la problemática sobre el contexto social y la estructura social en sí misma como productora y reproductora de desigualdades sociales, que a su vez perpetúan la posibilidad de apareamiento y arraigamiento de desviaciones de origen social.

Con el afán de realizar hincapié en los procesos sociales que se involucran y determinan también el apareamiento de trastornos mentales, Esteban Sánchez (2003), se aproxima a la sociología de la enfermedad mental a través de la etiología del deterioro psicológico, es decir

las causas del deterioro psicológico. Explica que este es uno de los asuntos más interesantes para todos los profesionales de la salud mental implicados en la intervención social (incluyendo la prevención). Un elemento compartido por los modelos analíticos biomédicos es la defensa de un origen individual del deterioro psicológico, y la alta y discutible efectividad de sus técnicas de intervención han legitimado el rol dominante de la psicología en el estudio de la enfermedad mental.

Sanchez (2003) centrándose en la depresión, de hecho defiende que las variables psicológicas son sólo una cara del problema. En este sentido, argumenta y posiciona una aproximación sociológica, reclamando una mayor atención para los orígenes sociales de la depresión, y por ende de todo aquello considerado como enfermedad mental desde lo social.

Entonces, artículos como Anomia Social y Salud Mental Pública de Carlos J. Parales-Quenza (2008), presentan la relevancia del concepto de anomia para estudiar problemas de salud mental pública, con enfoque social, y desde allí proponer estrategias de promoción y prevención. Por ejemplo, este estudio en particular, que sirve como referencia, se caracteriza por la utilización y creación de multiplicidad de definiciones y enfoques, y propone conceptualizar la anomia social como *déréglement* o perturbación y asumirla como un Hecho Social Total en el sentido de que, a pesar de ser una característica de la estructura social, sus efectos ocupan todos los ámbitos de la existencia.

Los intentos de incluir enfoques sociales en el campo de estudio psicológico han creado el campo de estudio de lo psico-social y, en este sentido, creo pertinente mencionar el enfoque de la psicología social como tal. Existe la definición del psicólogo G. W. Allport (1935) como un “intento de comprender y explicar cómo el pensamiento, el sentimiento y la conducta de las personas individuales resultan influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas”. Esta definición pone énfasis en la relación, y sobre todo en la influencia del entorno social en el comportamiento de las personas, establece que existen comportamientos individuales, que tienen que ver con cogniciones y con emociones, pero otros son estructurales; es decir, reflejan dimensiones permanentes y globales de la sociedad.

El libro titulado “sociología de las enfermedades mentales” de Roger Bastide (1983), intenta explicar los efectos positivos de una posible conexión analítica entre la psiquiatría y la

sociología. Para el autor, en el tema específico de las enfermedades mentales, considera que la psicología social tiene por objeto de estudio los medios utilizados por la sociedad en la búsqueda de formas de luchar contra las enfermedades mentales, ya que en sí mismas estas constituyen problemas sociales, he ahí el meollo del asunto. Bastide (1983), clasifica al entramado social que se debe tomar en cuenta para el análisis, prevención y aproximación de la salud mental, desde los gobiernos, organizaciones, la sociedad como tal, que por su carácter de estudio es parte de la sociología aplicada.

Flor Ángela Tobón M. (2005) al hablar sobre salud mental, considera que la realidad social de este fenómeno necesita de perspectivas holísticas de análisis que involucren al ser humano social en todas sus esferas. De hecho, permite evidenciar cómo los aspectos bio-psico-sociales, culturales, contextuales, de clase, laborales, políticos, económicos, y otros, al ser percibidos por los seres humanos como experiencias positivas o negativas, o debido a alteraciones en cualquiera de las esferas de lo social, influyen e impactan en la salud mental de los sujetos, sujetos sociales.

Roberto Aceituno Morales (2012) y otros, mencionan cómo cada vez es más común escuchar hablar de un sentimiento difuso de "malestar" social colectivo, que permite evidenciar a la salud mental como una salida privilegiada frente a contextos y realidades sociales de desasosiego. El enfoque de "salud mental" para este tipo de análisis y prácticas permite expresar el malestar social a partir de fenomenologías sociales, o epidemiologías psicológicas como ansiedad, depresión, etc., o de hecho cuantificarlos en cuanto a la demanda en atención de salud mental, o en las consecuencias que el malestar social provoca en la sociedad, evidenciables por ejemplo en el número de trastornos discapacitantes y licencias psiquiátricas, entre otros. Es decir, la sociología, el enfoque social, aporta grandes herramientas de entendimiento y aplicabilidad frente a trastornos mentales, para ser respondidos de manera adecuada a partir de la lógica de la salud mental.

Ahora, es de gran relevancia mencionar la pertinencia de las perspectivas multidisciplinarias en la creación de este nuevo enfoque o modelo de la salud mental que ya considerará factores comunitarios y del entorno social. Por ejemplo en el esfuerzo de López, et al (2008) en "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible", quienes elaboran un artículo de revisión sobre el estigma y la

discriminación que afecta hoy a la enfermedad mental, intentando elaborar un modelo general que pueda orientarnos. Ellos, posicionan el estudio multidisciplinar en la creación de un modelo de atención comunitaria en salud mental, que trabaje en relación a las actitudes cotidianas y estructurales dirigidas hacia personas con algún padecimiento mental, mismas que al ser generalmente negativas o discriminatorias suelen tener repercusiones complejas, y estar relacionadas directamente a las consecuencias de la atención psiquiátrica tradicional.

Por tanto, bajo este lente crítico se evidencia cómo el estigma crea barreras sociales casi imposibles de atravesar para el acceso a condiciones dignas de vida y atención en sociedad. Con estas premisas, es posible introducir al enfoque de la salud mental comunitaria, misma que como menciona Baena (2018, 1) “reconoce protagonismo de distintos actores y usuarios, familias, comunidad, organizaciones sociales, entre otros”. Junto con nuevos planteamientos de la OMS y a partir de su nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI), esta aparentemente reciente corriente piensa que la salud mental no solo depende de factores biológicos, sino que como comenta Baena (2018, 1) “también considera las condiciones de vida”, el entorno, contexto que habitan individuos y colectividades, en comunidad.

Contrario al modelo tradicional de pensamiento y atención de la salud y enfermedad mental, la salud mental comunitaria constituye una propuesta innovadora, en palabras de Baena (2018, 3) “contrario al modelo tradicional imperante de la psiquiatría y la psicología clínica, (...) trabaja a partir de la salud, su promoción y protección, desde una metodología investigativa, y de participación comunitaria”.

En este sentido, existen autores que ya consideran la relevancia de ampliar el concepto de salud mental, considerándolo como: un estado y un proceso, con un resultado (Anchundia, Montes-Pérez y Rodríguez-Zambrabo 2022). Es decir, un estado mental que puede incluir una gran variedad de factores y características, y por esto la necesidad de pensar en el individuo que padece tal estado en interacción con su entorno, mismo que involucra sin duda a su comunidad.

Como bien lo destacan Anchundia et al (2022, 102) “la vida en comunidad se fundamenta en aspectos relacionados con la creación de una identidad común y la compartición de códigos

culturales o una visión espiritual, ideológica o política. (...) en grupos comunitarios se forman redes de apoyo emocional, material e informativo (...) cuya funcionalidad queda manifiesta en el nivel de flexibilidad que tienen para adaptarse y para responder problemas cotidianos”. Entonces, considerar a la salud mental desde un enfoque comunitario permite apoyarse en la comunidad al momento de considerar el bienestar, la adaptación y funcionalidad tanto de individuos como colectividades.

De igual manera, este paso de convertir a la salud mental en un problema comunitario, tiene el reto de ser, como bien señala Baena (2018, 3) “un proceso que incluye la promoción y democratización del conocimiento en favor de transformar y mejorar la realidad de una determinada comunidad” con miras a la visibilización del trastorno o malestar mental y social, para ser incluido en la cotidianidad y trabajar de cerca con el tan arraigado estigma que el enfermo mental y la patología mental acarrearán históricamente.

Por tanto y en esta misma línea, el estudio multidisciplinar de la salud mental podría significar la visibilización de las consecuencias de la estructura social actual, en cuanto a la disminución de oportunidades y calidad de vida para aquellos con trastornos mentales, es decir; empleo, salud, relaciones cotidianas, entre otras. A este respecto, el presente análisis tomará en cuenta la perspectiva desarrollada en este apartado a través del estudio de caso del Centro de Apoyo psicosocial UBUNTU, mismo que se caracteriza por un enfoque comunitario de aproximación a la salud mental como una propuesta frente a la desigualdad social que atraviesa la realidad de quienes a este lugar asisten y sus alrededores.

Por esto, considerar la diversidad de enfoques analíticos permitiría explicar de mejor manera un fenómeno o problema social como el descrito, que para los autores se podría materializar en una estructura comunitaria de atención en salud mental, o alternativas de enfoque en la relevancia de atención en salud mental, sus causas y consecuencias. Es decir, es necesario y relevante para la investigación considerar una nueva concepción de la salud mental que involucre pensar en salud como un proceso participativo y de interacción, como bien destaca Baena (2018, 3) “como un proceso que interactúa con todos los espacios en los que se desenvuelve el individuo” y su comunidad, involucrándolos.

#### **1.4 Enfoques alternativos y ancestrales hacia la salud mental y el bienestar**

Este apartado contemplará otras formas de entendimiento y aproximación hacia la salud mental, también desde una mirada alternativa y ancestral. Siendo entonces el objetivo principal de reunir aquello conversado en apartados anteriores e iniciar de manera más específica la discusión crítica sobre aquello predominante que existe y su eficacia, frente a la existencia de lo alternativo y/o ancestral, y cómo estos se adhieren a realidades y contextos distintos, a la vez que se aproximan a su objetivo de bienestar social desde distintos enfoques. Es aquí donde se adhiere la discusión a la crítica de la realidad social en términos de salud mental, abriendo el debate hacia la amplitud de campos y direcciones desde las cuales referirse al malestar social, y su relevancia.

El elemento clave a analizar aquí es el cuestionamiento de la psiquiatría en su amplio espectro, desde una perspectiva histórica, epistemológica y desde los alcances y consecuencias que su práctica ha tenido en el pasar de los años en la conformación de un imaginario social frente a la rama psicológica/psiquiátrica, la salud mental y, la psicopatología como tal. Una mirada crítica nace también a partir del uso de la interdisciplinariedad, por la cual se han encontrado o traído a discusión nuevas formas estructuras explicativas y prácticas concernientes a las aproximaciones (más efectivas o no) que aluden a la salud mental y al rechazo del arraigamiento de la discriminación, violencia y estigma que ha surgido de formas tradicionales de aproximarse al “malestar social” en individual, y que de hecho nace de entender, como bien dice Desviat (2006,10) “la encrucijada entre las dimensiones somáticas, psicológicas (por no encontrar otra categoría) , y sociales de la persona”.

Entender la salud mental por fuera de los enfoques canónicos o tradicionales, que de cierta forma se describieron en el apartado anterior, al mostrar sobre todo la biomedicina como la práctica preponderante y estigmatizante frente a trastornos mentales, permitirá en efecto, destacar enfoques alternativos desde miradas críticas para acercarse a la manifestación en el campo de las disciplinas que se adhieren al estudio y la práctica de la salud mental.

En un sentido mucho más amplio la búsqueda por espacios distintos de aproximación a trastornos mentales o vidas sociales conflictivas, ha liderado el acercamiento a entender que el malestar social aqueja al 100% de la población, con distintas características de nivel,

intensidad, categoría, etc., y desde distintos contextos sociales que hacen pensar a esta dinámica dentro de la fenomenología social, por ende en necesidad de ser entendida por fuera del canon tradicional, catalogado actualmente como obsoleto, es decir la necesidad de una reforma psiquiátrica (Desviat 2006).

Bajo esta perspectiva, resulta imperante mantener la mirada crítica hacia el capitalismo, condicionante actual y orden dominante que moldea subjetividades hasta el presente. Y que, de hecho, ha sido determinante para el sentimiento colectivo de malestar social que desencadena en desesperación, angustia, depresión y ansiedad en los individuos del mundo actual. Es así que, la perspectiva es necesaria, pero no debe considerarse como totalizante.

Entonces, cabe mencionar que en su momento, autores como; Lefebvre, Marcuse, Reich, Adorno, Brown, Gabel, permiten notar que la liberación del hombre no puede definirse solo en términos de explotación económica y represión política, dejando de lado la multidimensionalidad de la existencia humana y sus formaciones sociales (Desviat 2006). Es ahí cuando se necesita considerar todas las esferas sociales causas y productos de momentos o estructuras sociales de opresión psicológica, en la esfera pública y privada, en actividades de supervivencia y en el ocio, así como en relaciones cotidianas que suelen dejarse de lado al considerar únicamente “el capitalismo”, sin matices.

Una aproximación interesante, al interior del debate sobre lo que se considera como enfermedad o trastorno mental, es su definición desde quienes lo viven. Una de ellas, la más interesante a mi parecer, es aquella en la que los individuos se consideran frágiles frente a una sociedad que en cualquier momento puede acabar con ellos. Ya que, un pensamiento como este direcciona el entendimiento sobre salud mental como tal hacia algo que no puede estar alejado del contexto social y las prácticas sociales cotidianas y estructurales que se reproducen en el entorno social, una vez más atravesado de desigualdades sociales, en general. No únicamente son personas (mal llamadas) desadaptadas, o psicóticas (que también puede ser el caso), sino que; el contexto social en sí mismo genera un ambiente en el que la experiencia humana se vuelve insostenible. Y, el considerar esta perspectiva de crítica a la psiquiatría y nuevas formas de aproximarse al malestar y la salud mental, abre la posibilidad de análisis de modos de pensar y actuar distintos al canon.

Uno de los objetivos de esta perspectiva alternativa, clave para el desarrollo de otras, ha sido por ejemplo la creación de “casas antipsiquiátricas”, que si bien terminarían siendo otra institución, cuentan con un discurso totalmente distinto al de la enfermedad mental y la terapia psiquiátrica e incluso psicológica. Aquí, las mentes “perdidas” podrían curarse, como menciona Desviat (2006, 11) “volviéndose locas entre personas que ven la locura como una oportunidad de morir y renacer”, construir el YO de manera muy cercana a la espiritualidad y por ende también a la ancestralidad y el acompañamiento.

Existen varias otras perspectivas que consideran a la salud mental desde distintas formas de entendimiento y práctica de la misma. Varios escritos reflexivos, suelen enfocarse en una búsqueda epistemológica ancestral sobre el cuidado de la salud mental, dando cuenta de la existencia de un mundo complejo y diversas posibilidades de aproximación frente al malestar social. Por ejemplo Silvia Vaugh (2015), quien considera importante conocer la realidad de distintas localidades (en este caso la ecuatoriana) para poder pensar en salud mental sin la influencia del occidente con una perspectiva ancestral, tan presente en enfoques culturales. Ella nos comenta que; la bibliografía existente en Sudamérica, sobre salud mental, desde la perspectiva ancestral o “amerindia” es pobre, y que permite observar una falta de comprensión y objetividad, así como aceptación de la misma, y que sobre todo han sido realizados por externos e internacionales, mas no desde el mismo contexto sudamericano.

La historia sudamericana, según Vaugh (2015), debe pensarse también atravesada por los vestigios del colonialismo, es una época que no se debe ignorar al momento de rescatar o documentar una perspectiva histórica sobre un campo específico. Este fenómeno, ha favorecido la invisibilidad de varios saberes ancestrales, y suele limitar el conocimiento a aquello que existe en occidente, o que transversaliza el conocimiento endémico.

La autora considera que la falta de conocimientos ancestrales ha llevado a un “caos sociológico”, a causa del colonialismo, y que desencadenó una lluvia de saberes occidentales que enterraron aquellos propios de América Latina. Convirtiéndolos en negativos, retrógradas, primitivas, salvajes, mágicas, sin sustento científico, etc., mismos que a partir del presente análisis se intenta rescatar, con el objetivo de mostrar diferentes caminos de aproximación hacia la salud mental, y el trastorno o enfermedad mental como un fenómeno que no únicamente ocurre desde, por y para occidente.

Por ejemplo; Vallejo Samudio (2006), comenta que los nativos consideran a la enfermedad mental como un desbalance de la relación del sujeto y la colectividad, con su contexto sociocultural y con el ambiente. Los “médicos”; son chamanes, curanderos, que como bien retrata Vaugh (2015, 132) “trabajan en la salud mental a través de la erradicación de los maleficios, daños, hechizos, o efectos naturales, y que con el uso de plantas, hierbas, se busca la llamada sanación<sup>10</sup>. Todo esto variando con cada pueblo indígena y sus creencias culturales del indígena”. Una riqueza cultural incomparable, que puede adherirse a la psicoterapia (por darle un nombre) indígena o ancestral, no desde prácticas atravesadas por el estigma, sino desde espacios en los que el individuo se siente parte del todo, y de su comunidad, sin aislamiento involuntario o violencia de por medio.

Varios documentos han sido escritos, pero muy poco, casi nada sobre psicoterapia desde la perspectiva indígena como tal. Vaugh (2015), realiza un breve recorrido sobre lo que existe: desde Norteamérica, se han realizado estudios interculturales, por ejemplo de McNeil y Cervantes (2008) que describe prácticas de curación latina, desde lo mestizo e indígena. Comas Díaz (2006), escribe sobre mujeres alrededor del mundo, incluyendo aquellas de origen africano e indígena, mujeres nativas de Sudamérica, habla sobre las “anomalías de la interculturalidad”, y también describe sanamientos latinos, lastimosamente sin mencionar los ecuatorianos. Estos, y otros, han sido escritos desde occidente, por tanto es fácil notar el sesgo académico y científico al momento de hablar de prácticas ancestrales, e inclusive la falta de desarrollo de categorías que expliquen lo ancestral latinoamericano. Vaugh (2015), posiciona el “contradiscursos” de investigaciones basadas en la realidad ancestral.

A partir, por ejemplo, de estudios sobre psicología Amerindia, que describe las culturas Maya y Azteca, enfocando el análisis en categorías psicopatológicas, y la relación de este pensar con el alma y el cuerpo. O por ejemplo con Pavón Cuellar (2013) que habla de enfermedad de salud mental en términos del indígena (Vaugh 2015). Son enfoques investigativos con una perspectiva que intenta desanclar lo occidental psiquiátrico del análisis, a veces sin lograrlo

---

<sup>10</sup> Negrita añadida.

completamente, pero comienzan a tomar en cuenta categorías de análisis y una realidad social; antes invisibilizadas.

El antropólogo Menéndez, citado por Vaugh (2015), realiza una explicación sobre lo que el categoriza como tres estilos de atención médica relacionada con el bienestar; el modelo médico hegemónico clásico de occidente, alternativo que incluye tradiciones étnicas como acupuntura, herbología, medicina ayurvédica, y el último basado en auto-atención, realizado por el propio individuo y su círculo social. Considero que para el tema que nos convoca, el segundo y tercer tipo serían los más acertados para considerar las prácticas y conocimientos alternativos como un camino frente al tratamiento y entendimiento de lo que es la salud mental y el trastorno, a partir de una perspectiva crítica del primer tipo.

Estos estudios indican la necesidad de ver la perspectiva del individuo sufriendo aculturación a nuevos lugares y comunidades, los abusos causados por nuevos contextos y el colonialismo, la desigualdad social, los cambios de vida, el abandono, la ocupación y usurpamiento de sus territorios por una raza diferente a la nativa. Los estudios de este tipo hablan de cómo ver al indioamericano con la perspectiva de la salud occidental. El autor dice que la salud mental no es solo el bienestar o la falta de enfermedad, es parte de un todo con la potencialidad de la vida y de la relación social. (Vaugh 2015, 134).

Los enfoques alternativos, o como algunos los llaman “las nuevas complementariedades terapéuticas” (Saizar, Sarudiansky y Korman 2018) consideran como aspecto clave la insatisfacción con el modelo biomédico de atención en salud, que únicamente engloba la arista relacionada con la enfermedad. En efecto, lo alternativo como tal para este caso, en palabras de Saizar et al (2018, 452) “demanda de un nuevo tipo de relación con el especialista terapéutico y a los límites del paternalismo biomédico, la aparición de nuevas subjetividades (...) que asignan un rol central de responsabilidad al sujeto en el cuidado de la salud (...), la búsqueda de nuevos estilos de terapia más suaves, holísticos y menos invasivos”.

Pensar en salud mental alternativa ha sido ya motivo de algunos debates de científicos sociales que han consensuado su utilización y demás (Broom y Tovey 2008), lograr categorizarlos y definirlos resulta todavía un reto. Frente a esto, la OMS en el año 2022 propuso denominarlas “medicinas alternativas/complementarias”, con a su uso frente a la biomedicina, lo cual

también puede ser explicado a partir de la legitimidad que todavía tiene el modelo de atención en salud tradicional.

Sin embargo, otro es el ángulo desde el cual se mira a la salud mental alternativa desde la experiencia, ya que varios escritos como el de Saizar et al (2018, 455) la destacan como un “espacio diferente para los pacientes, donde pudieran trabajar la salud desde una mirada holística, más en consonancia con la idea de que la salud es más que no estar enfermo”. Perspectiva que desde ya resulta atractiva e intrigante al momento de hablar sobre el bagaje histórico que la tradición del malestar mental y social viene arrastrando. También, es un buen punto de partida para explorar diversidad de opciones en el campo de la práctica y búsqueda de la salud mental, que de igual manera se encuentran atravesadas, por supuesto, por la desigualdad social y la diversidad de contextos y realidades.

Por tanto, resultan deficientes los postulados que consideran como único camino posible la terapia psiquiátrica para lidiar con trastornos mentales cotidianos, y para guiar aquello que debe ser considerado y definido como salud mental. Con estos lentes críticos, se plantea el estudio de Templo Jempe, un espacio alternativo de prácticas ancestrales en búsqueda del bienestar integral, mismo que permitirá una aproximación investigativa desde la diversidad y desde un discurso crítico, que permite enfocar el análisis de la salud mental desde la alternativa de la vida digna, sin atarla a una especificidad, sino que nazca y crezca desde la realidad social y sus procesos diversos, prácticas mucho más efectivas que aquellas que han reproducido el estigma social tan arraigado en la actualidad.

Entonces, a partir del análisis previo y de haber determinado aquellas varias aristas en que la salud mental es perseguida, retratada, así como visibilizada en sus brechas y barreras, es posible pensar ahora en salud y enfermedad mental permanentemente transversalizados por el contexto social, individual y colectivo de quien habita en cada espacio social, diverso en sí mismo, y de igual manera, abrir paso al análisis crítico sobre cómo la desigualdad social es un componente transversal en toda la discusión que nos convoca.

## **Capítulo 2. El contexto ecuatoriano y la desigualdad social**

En concordancia con lo relatado, partiendo de que la enfermedad mental y la búsqueda de salud mental son en sí mismas aspectos que representan una problemática social de relevancia en el territorio a ser estudiado, y pensando en que para poder realizar un análisis coherente y aterrizado a la realidad, es necesario entonces retratar cuál es el contexto tanto a nivel regional, como nacional y de la ciudad en específico, alrededor del componente histórico de la salud mental. Y de igual manera, partiendo de la premisa de que la desigualdad social es un componente transversal a la problemática en general, así como para cumplir con el propósito investigativo, el presente capítulo contemplará acercamientos teóricos y contextuales, atravesados de una mirada crítica, sobre la historia y apreciaciones de la salud mental en Latinoamérica, el Ecuador, y la ciudad de Quito en particular.

Sabiendo la importancia de iniciar aterrizaje de todo el proceso investigativo, también se contemplarán apartados sobre los enfoques teóricos que englobarán parte de la evolución histórica de la salud mental en el contexto a ser estudiado, y que posteriormente serán retratados más a detalle en todo el proceso de recolección de información, tanto a través de una encuesta como de los casos específicos de estudio.

### **2.1 Desigualdad social: componente transversal y aspecto relevante de la salud mental**

Tomar en cuenta a las desigualdades sociales evidenciadas en el campo de la salud, y más específicamente en el campo de la salud mental, es posible a partir de autores como Daponte et al., (2009), y Whitehead (1992) quienes consideran que las desigualdades sociales en salud; son las diferencias importantes, sistemáticas, evitables e injustas, entre grupos poblacionales. Este pensamiento, posibilita entenderlas como consecuencias de las estructuras sociales que se reproducen en el mundo, así como enfocadas a partir del impacto institucional, político, económico y legal, aplicable a distintos grupos sociales y con distintos efectos en cada uno de ellos. Es decir, las desigualdades sociales en salud son de causa social, y ellas mismas sientan el terreno para su reproducción, e institucionalización y permanencia. Por tanto, el presente apartado considerará a las desigualdades sociales como un componente transversal que atraviesa a las formas de pensar y actuar de la población frente a la dicotomía entre salud y enfermedad mental.

Entonces y en otras palabras, considerar a las desigualdades sociales como un apartado relevante en el presente estudio, permite evidenciar este aspecto como un eje transversal anclado al padecimiento, o no, de trastornos mentales, y a la posibilidad de identificación, acción y posicionamiento entorno a la salud mental en grupos sociales específicos. De igual manera, permite realizar un análisis que incluya aquellas esferas de lo social que muchas veces no son tomadas en cuenta en el enfoque tradicional<sup>11</sup> de la salud mental. Entonces, las desigualdades sociales, para el discurso en mención, posibilitan entender las disparidades relacionadas con identificación, atención, prevención y relevancia de evidencia de trastornos mentales, en la vida cotidiana, y posicionar la problematización de considerarlas como determinantes en la posibilidad de acceso a lugares o espacios de aproximación práctica hacia los mismos. Así como también, gracias a ellas, iniciar una discusión y análisis entorno a la diversidad poblacional y de condiciones de vida que se manifiesta en enfoques alternativos y diversos de aproximación a la salud mental en sí misma.

Específicamente: las desigualdades sociales se manifiestan como desigualdades en salud, en la manera en que las personas en condiciones de desventaja social de acuerdo a índices de pobreza y/o clase social, entre otros, enfrentan problemáticas de manera distinta a aquellas que se encuentran en mejores posiciones sociales, por ejemplo, el primer grupo puede encontrarse más propenso a evidenciar peores niveles de salud, que aquellas situadas en condiciones sociales de mayor ventaja (Daponte et al. 2009), por ejemplo a nivel económico, de instrucción, entre otras cosas.

Bajo esta primera premisa, resulta necesario considerar los contextos sociopolíticos y socioeconómicos como determinantes estructurales de la desigualdad y entender como estos interactúan con la sociedad en sí misma, dando lugar a exposiciones y vulnerabilidades diferenciales en los estilos de vida, en las condiciones de vida y trabajo, en el acceso al sistema sanitario, entre otros, incidiendo en un potencial impacto desigual en la salud (Mackenbach & Bakker, 2002; Evans et al., 2001; Borrell et al. 2003). Esta premisa, permite pensar en la posibilidad de un enfoque analítico que considere de manera transversal a las

---

<sup>11</sup> En los términos anteriormente explicados.

desigualdades sociales en la comprensión de las diversas aproximaciones hacia la salud mental, o la falta de ellas.

La desigualdad social, desde la sociología, es entendida dialéctica y relacionamente, sobre todo a partir de una perspectiva marxista de una permanente lucha de clases, y una distinción de clase y estatus, definitorios para los procesos de jerarquización y estratificación que se desarrollan en cada contexto social y que ponen a cada individuo y grupo social bajo condiciones definidas de desigualdad, que impactan directamente con la capacidad y posibilidad de acceso a recursos, en este caso en salud. Motivo por el cual se plantea la posibilidad de pensar en la desigualdad social como una de las razones por las que existen distintos imaginarios sociales que permearían la capacidad de pensar y definir la salud mental como un tema de relevancia poblacional. Planteando una primera hipótesis que considere que, debido a las desigualdades sociales la salud mental suele no ser un tema considerado como una prioridad, e inclusive suele ser invisibilizado por la escala de posiciones de los determinantes sociales y las condiciones de vida en sí mismas. Entonces, por default, la inequidad social en salud hace referencia a la no existencia o superación de diferencias sistemáticas, es decir que estas han sido evitadas o remediadas, para el acceso y la toma en cuenta de salud, aplicable para la totalidad de grupos sociales.

En este sentido, el enfoque formal a partir del cual se discute sobre salud y salud mental, es decir el enfoque biomédico o dominante, se refiere a la enfermedad en general como definida por factores biológicos y genéticos, síntomas, o signos objetivos calificables, relacionados directamente con un trastorno que requiere de tratamiento farmacológico o quirúrgico, mismos que: son determinados por las condiciones sociales y económicas en las que viven las personas. Así una vez más, es posible pensar que, inclusive en términos de desigualdades sociales aquello que es catalogado como enfermedad requiere para su tratamiento de prácticas específicas de acuerdo, inclusive, al contexto social en el que son detectadas.

Por otro lado, la perspectiva de salud pública y la epidemiología social consideran factores psicosociales, ecosociales, ambientales y económicos originados en la estructura y el grupo social. Pero, es necesario dar cuenta de que este enfoque aparentemente más abarcativo, mira a la desigualdad social en salud desde lo psicosocial, respuestas somáticas a estímulos externos, o factores psicosociales tales como: desorganización social, aislamiento, estatus,

cambios sociales bruscos, falta de redes de apoyo, medios de vida, entre otros (Daponte et al. 2009). Por mucho, esta perspectiva se acerca hacia aquello que para motivos del presente análisis se quiere catalogar como desigualdad social, determinante de los procesos constitutivos y reaccionarios de la salud y enfermedad mental. Este modelo de atención psicosocial, “supone medir las reacciones conductuales y buscar factores ambientales relacionados” (Krieger 2001).

Manuel Boatca (2009), con una perspectiva de globalización y con base en argumentos tomados de los estudios de género, los enfoques de dependencia/ sistema-mundo y también las teorías poscoloniales actuales en América Latina, presenta un artículo en el que posiciona el estudio desde la sociología global de la desigualdad social. Propone que el Estado-Nación no debería ser la única unidad de análisis de las relaciones a nivel mundial, ya que marginalizan desigualdades nacionales y regionales, y las relaciones micro-sociales también. Boatca (2009), enfatiza en el análisis crítico de categorías a través de las cuales las estructuras de desigualdad fueron construidas históricamente, como por ejemplo procesos de construcción del otro como generalización, racialización, y etnización, en vez de categorías estáticas como género, raza y origen étnico, que lo alienan y marginalizan, consecuencias que pueden ser evidenciadas luego en el acceso a la posibilidad de aproximación a salud, y salud mental.

Por otro lado, los estudios y prácticas sobre políticas de salud, desde perspectivas de la justicia social presentan enfoques en los que se debe tomar en cuenta a las desigualdades sociales, para posicionar a la igualdad de oportunidades como ancla necesaria para generar ambientes sociales que no contemplen la exclusión, incluyendo en su interior a la salud y el cuidado en salud integral, que conlleva la salud mental. En este sentido, cualquier aspecto de la desigualdad en salud que tenga que ver con factores sociales, o recursos, es considerado como una injusticia presa de la desigualdad social (Jeanne Miranda et, al 2008).

Estas visiones permiten entender por ejemplo, contextos de discriminación racial que influyen en el estatus de salud, generando diferencias notables en índices de pobreza, nutrición, mortalidad, entre otros. Por ende, las desigualdades pueden ser causadas por factores sociales que influyen en la posibilidad de acceso a servicios, seguros de salud por montos elevados directamente relacionado con los ingresos de la persona, discriminación, entre otros. Es así

como, las desigualdades en salud y salud mental se plantea pensarlas como directamente relacionadas y transversalizadas por diferencias socioeconómicas permanentes y persistentes (Jeanne Miranda et, al 2008) por ejemplo; raza, ingreso, riqueza y acumulación, capacidad adquisitiva, nacionalidad, clase, capital, entre otros. Y, existen también desigualdades en cuanto al acceso, uso y calidad del cuidado en lo que se refiere a salud y salud mental, debido al condicionante social.

Cabe mencionar que, desde esta perspectiva la salud y salud mental anclada a desigualdades pone en evidencia por ejemplo la vulnerabilidad de los grupos sociales minoritarios, en cuanto a la calidad y cantidad de oferta y demanda de servicios sociales básicos. El cuidado en salud mental y salud general puede cambiar de acuerdo al impacto que quienes proporcionan el servicio tengan frente a las desigualdades, e incluso debido a la calidad del servicio prestado por profesionales, que puede decaer en discriminación en varios niveles.

Por otro lado, el contexto de la urbanidad puede ilustrar también las desigualdades sociales y la muy evidente fragmentación urbana (Danilo Veiga 2009), debido a procesos muy marcados de fragmentación socioeconómica en las ciudades. Desde este enfoque se puede hacer referencia a las consecuencias de la globalización y su impacto en la reestructuración socioeconómica alrededor del mundo, sobre todo en territorios considerados tercermundistas. Entonces, la desigualdad social se evidencia en la distribución de la mancha urbana y las muy palpables diferencias poblacionales, urbanísticas, de clase y acceso en cualquier territorio observado. Desigualdades que, por ende influyen directamente en la calidad de vida de las personas y en la formación de imaginarios sociales sobre aquello considerado como prioritario o no, aquello en lo que dedico mi tiempo, y aquello a lo que puedo acceder, desde el conocimiento y la identificación, hasta la práctica y la atención.

Entonces, es posible entender las desigualdades sociales, como las construcciones sociales que implican ausencia de condiciones favorables para el funcionamiento pleno del desarrollo de los seres humanos, o para dirigirse y dar cuenta de fenómenos sociales cotidianos como el trastorno mental, o la salud mental en sí misma. En palabras de Göran Therborn (2015, 49) “la desigualdad es una diferencia que viola algunos supuestos normales (mundanos) de la igualdad (no necesariamente de manera explícita o evidente) (...) por tanto, las desigualdades

son violaciones de los derechos humanos, que impiden a miles de millones de personas alcanzar un desarrollo humano pleno”.

Como complemento, Cardona et al. (2018), ha encontrado la existencia de dos tipos de desigualdad social, que se pueden identificar en prácticas sociales de exclusión y jerarquización, mismas que podrían desencadenar en malestar social y trastornos, con afectación directa de la salud mental:

- Desigualdad existencial; relacionada con factores personales de autonomía, dignidad, libertad, derecho y desarrollo personal.
- Desigualdad en recursos; como la que impide disponer de recursos (en general) para el desenvolvimiento humano.

Otra disciplina que ha tomado en cuenta a las desigualdades sociales ancladas a la salud es la antropología médica, autores como Rubén Muñoz (2021), consideran que existen factores vinculados a la posición en la estructura de la sociedad que ubican a las personas o grupos de personas en mayor o menor exposición a determinantes sociales de la salud, visibles debido a la estratificación social en sí misma, y comparables directamente con la reproducción de desigualdades sociales de clase y acceso. Por tanto, resulta casi evidente la relación que existe entre salud integral, en ella la salud mental, y la posición social, producto de análisis como los mencionados.

En efecto, a partir de este tipo de aproximaciones es posible pensar en la existencia de problemas de salud mental relacionados directamente con las exigencias de adaptación social, y emociones sociales que las interpelan como el miedo al fracaso y la exclusión, que desembocan en contextos de violencia estructural y aislamiento, aspectos que en sí mismos pueden ser causa y consecuencia de factores que alteran la salud mental de los individuos en sociedad.

## **2.2 Desigualdades sociales y salud mental en América Latina**

La región latinoamericana se ha caracterizado por ser conocida en base a la inestabilidad política, económica y desigualdad social que aqueja a sus países. En este sentido, resulta

necesario considerar en el análisis a las variables sociales que influyen las posibilidades de tomar en cuenta y acceder a servicios, conocimientos, información y prácticas sobre salud mental. Autores como Quijada, Loreto, Pamela, Reyes, Dary (2019), consideran que las personas se construyen y representan a sí mismas de acuerdo al contexto sociopolítico y económico que los rodea, Quijada (2019, 1) menciona que “en América Latina, un aumento en indicadores macroeconómicos no siempre introduce una mejoría de salud individual o bienestar social, esto puede ser relacionado con la desigualdad”.

Es así, que el presente apartado intenta poner sobre la mesa al contexto latinoamericano, y por ende parte del contexto ecuatoriano, desde una mirada de desigualdades sociales, para así poder entender la relación entre estas y las aproximaciones (y posibilidades de aproximación) a salud mental en el territorio. Visto desde esta perspectiva, se destaca la premisa de que *históricamente* en la región, y específicamente en el Ecuador, la salud mental ha sido representada a partir de un paradigma hospitalocéntrico, biomédico, farmacológico y estigmatizado, como ya se detallará en líneas posteriores.

Para este propósito, cabe mencionar autores como Quijada (2018) quien analiza los últimos 20 años de historia en la región, a partir del concepto de *derrota social*<sup>12</sup>, explicando el impacto de las desigualdades sociales en la salud mental, en referencia a la incomodidad social, psicológica y física sentida por los individuos categorizados por la sociedad como pertenecientes a clases sociales inferiores, y a los efectos de esta categorización en la posibilidad de adquirir herramientas de aproximación y visibilización/categorización, que permitan una buena salud en términos generales.

Pensando en América Latina, existe una desigualdad social latente y un descontento generalizado, que permite entender, desde una perspectiva relacional, a las personas como seres sociales imposibles de separarse de su contexto social y cultural. Desde este ángulo es probable que el *social defeat*, entendido como la incapacidad de alcanzar estándares sociales establecidos colectivamente en base a estructuras sociales dadas, y que esto sea en efecto un

---

<sup>12</sup> *Social defeat*.

factor psicológico individual y colectivo importante para empezar a relacionar desigualdades con afectaciones en la salud mental de la población.

De acuerdo a diversos estudios, como por ejemplo el de Quijada (2018), Latinoamérica ha sido considerada como fundamentada en relaciones de desigualdad social, condiciones que han sido perpetuadas, enraizadas e institucionalizadas en clases sociales, y relaciones de poder visibles en el manejo de recursos en manos del privilegio. Quijada (2018), menciona que en la región y específicamente en el Ecuador, las condiciones políticas y económicas han llevado a crisis sociales y desbalances profundos, es decir inestabilidad, que ha perpetuado las desigualdades sociales, y ha hecho más complicado aún el escalamiento social, que bajo esta misma estructura, es lo necesario para superar las consecuencias de diferenciación por clase social y acceso, es decir el *social defeat*.

Ahora, al relacionar desigualdades sociales y salud mental, cabe recalcar que a lo largo de la última década se ha visibilizado un déficit en servicios de salud, tratamiento de adicciones y graves trastornos mentales en la región, así como mecanismos para responder a los índices en aumento de episodios sostenidos (considerados casi como “naturales” y normalizados) de estrés, ansiedad y depresión, aspectos que bajo esta perspectiva son condicionados y perpetuados por las mismas estructuras desiguales en el contexto referid. He aquí la relevancia de anclar el presente estudio de un aparente objeto de la salud mental en sí misma, con el contexto social de desigualdades que de manera determinante posiciona a los individuos y a las colectividades al interior de una escala social que delimita inclusive sus posibilidades de bienestar psicológico y de contención de la vida misma.

Si bien resulta ingenuo pensar a los trastornos o malestares sociales por fuera de la historia de vida e historia social de los individuos, la realidad social al mismo tiempo que ancla los procesos de identificación del ser humano determina el espacio y las condiciones de existencia del mismo, aspectos que generalmente con el paso del tiempo han dejado de estar en sincronía con las necesidades primitivas del ser humano, y su bienestar integral. Es así como podemos entender el postulado transversal del presente escrito, este espiral o círculo infinito en el que: el todo determina a las partes, y las partes al todo, por tanto la capacidad de entender enfoques, corrientes, y prácticas entorno a la salud mental deben tomar en cuenta todas las aristas que conforman la vida social en sí misma.

Al realizar un recorrido histórico del panorama social de la región latinoamericana, se puede observar que, en el tiempo moderno tanto el progreso económico, como las crisis económicas, fenómenos y transformaciones sociales y demás, han propagado y aumentado significativamente la problemática psicosocial, o una nueva problemática psicosocial que se adjunta al contexto de la actualidad. Así mismo, el reconocer que una minoría de personas recibe tratamiento para tales afectaciones permite pensar en desigualdad al momento de acceder a servicios de salud mental, por varios y diversos motivos, frente a lo cual la población que no recibe tratamiento aumenta su estado de sufrimiento y malestar permanente.

Actualmente, la salud mental en la región sudamericana está estrechamente ligada a los sistemas de salud pública, y ha ingresado en las agendas de los estados bajo el nombre de “sistemas de salud integral”. Este proceso destaca varias iniciativas de política pública o en instancias gubernamentales o privadas, que en la práctica funcionan de manera parcial y sesgada. Se considera que, estas terminan por afianzar varias problemáticas sociales discriminatorias y demás, abarrotando a los servicios de salud que no logran abastecer la demanda actual.

A nivel regional existen hitos históricos importantes en la construcción de agendas bases para el tratamiento e institucionalización de la salud mental, una de estas es la Declaración de Caracas, creada en 1990, que promueve la desaparición de los hospitales psiquiátricos y la gestión de servicios comunitarios. El Ecuador, en la década posterior a la mencionada Declaración aprueba la primera Política y Plan Nacional de Salud Mental, y en 2014 se aprueba el Plan Estratégico Nacional de Salud mental, con vigencia hasta el año 2017 (Zúñiga 2018).

Generalmente, quien provee de presupuesto para planes y proyectos referentes a salud y salud mental es el Ministerio de Salud Pública, presentando oferta de servicios que en la práctica y experiencia de la comunidad resultan insuficientes para la demanda real en cobertura y las necesidades poblacionales. Como señalan Zúñiga y Recalde (2018, 120), “los servicios de salud mental no están suficientemente preparados para desarrollar modalidades efectivas de atención a problemas emergentes, epidemiológicamente significativos, como el alcoholismo, violencia intrafamiliar y problemas psicosociales en poblaciones vulnerables” y la población en general.

Es así como, las declaraciones y documentos emitidos a lo largo de este período motivan el desarrollo de investigaciones para comprender mejor la realidad ecuatoriana de la salud mental a partir de la problematización y análisis de los contextos culturales diversos, con el objetivo de crear y poner en práctica valiosas modalidades de intervención. Tarea que implicaría el levantamiento de diagnósticos sociales que evidencien la problemática en sí misma y las diversas necesidades a través del territorio nacional, así como el posicionamiento de la percepción social generalizada de necesidad de mecanismos de afrontamiento del malestar social, que permitirían avances palpables tanto en la creación de imaginarios sociales como en las herramientas y estrategias de salud mental.

En este sentido, cabe reconocer también la existencia de necesidades diferentes que aquejan a cada estrato social diferenciado, mencionando que en Latinoamérica y el Caribe existen necesidades psicosociales que aquejan a grupos vulnerables tales como poblaciones indígenas, víctimas de conflictos armados, violencia política y/o desplazamientos, entre otros. Por esto, en la región de América del Sur, el 76.5% de los países tiene Programas Nacionales de Salud Mental, enfrentándose al gran desafío de la adecuada implementación de los mismos ya que persiste un modelo de servicios no aplicable para las necesidades (violencia, problemas psicosociales, inequidad, inseguridad, descontento, etc.) y las propuestas detalladas en tales programas (modelo hospitalocéntrico de diagnósticos y tratamientos discapacitantes severos, y el Sistema de Salud Integral). Por ende, los Ministerios de Salud, encargados en su mayoría de atender la salud mental de la población funcionan con cobertura insuficiente alcanzando apenas un 20% aproximadamente de la población. Dados los niveles de pobreza de la región es evidente que en términos de servicios privados de salud mental solo un porcentaje bajo logra acceder a los mismos (Quintero et al 2007).

Por otro lado, como menciona Rodríguez (2007, 120) “la estructura formal de atención en salud mental pública y privada en la región, dispone en su mayoría de servicios en atención psicológica y psiquiátrica de pacientes y en casos su posterior reclusión en hospitales psiquiátricos, o atenciones recurrentes en instituciones con modelos manicomiales clásicos”. Esto nuevamente refleja que los actuales y existentes servicios de salud mental en la región no se encuentran preparados para desarrollar efectivamente servicios de atención a problemas actuales, emergentes y en auge.

Al respecto es pertinente mencionar la Declaración de Caracas, firmada en 1990, considerada un gran hito de la región en cuanto a repensar la teoría y la práctica relacionada con la salud mental y su enfoque histórico desde la psicología. Sin embargo, la región latinoamericana enfrenta varias problemáticas estructurales históricas y brechas de aproximación y tratamiento que se reflejan en los altos índices de permanencia de trastornos mentales en la población. Es entonces cuando se posibilita y es de vital importancia repensar el panorama de atención y tratamiento de trastornos mentales y su alcance a la población, así como su eficacia.

Frente a este tipo de situaciones recurrentes, existen hitos como la Declaración antes mencionada, la Conferencia de Brasilia (2005) y otros, que como menciona Rodríguez (2007, 118) enfatizan en “que la atención convencional, centrada en el Hospital Psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”. Es así como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) entra en escena brindando su apoyo al pronunciarse oficialmente frente a las mencionadas alternativas para con los estados miembros. Promueven y motivan, entre otras cosas:

- Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
- Reorientar los servicios de Salud Mental hacia la comunidad.
- Desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, epilepsias y psicosis.
- Fortalecer acciones de promoción de la Salud Mental desde la niñez.
- Aumentar asignaciones para programas de formación en Salud Mental.
- Mejorar legislaciones y regulaciones para la protección de derechos humanos.

En el año 2020, en razón del 10 de octubre como día mundial de la salud mental declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta preparó un boletín informativo sobre cómo los servicios de salud mental se han visto perturbados por la pandemia por Covid-19 en la mayoría de los países alrededor del mundo. La situación actual del mundo, según la OMS (2020), ha paralizado los servicios existentes de salud mental en un 93% de los países, y se

evidencia una necesidad mundial de aumentar el porcentaje de financiación para este tema en particular, así como la capacidad y los servicios.

Como consecuencia, se destaca que aproximadamente un 70% de los países de altos ingresos han adoptado la telemedicina o teleterapia para subsanar las fallas o falencias en los servicios de atención en salud mental, en contraste países de bajos ingresos han logrado realizar esta estrategia en menos del 50% (OMS 2020), como lo es el Ecuador. Así también, la OMS (2020) señala que inclusive en tiempos previos a la pandemia han existido pérdidas millonarias en productividad económica alrededor del mundo, que han sido causados por trastornos de depresión y ansiedad, en Ecuador siendo de los cinco factores y trastornos más discapacitantes.

Estudios epidemiológicos rescatados por Jorge Rodríguez<sup>13</sup> (2007), muestran que en Latinoamérica y el Caribe, existe una estructura de servicios que concentra personal y presupuesto en los grandes hospitales psiquiátricos nacionales, consumiendo hasta el 90% del presupuesto asignado a temas de salud mental en los estados. Lo cual evidencia que la salud mental es trabajada a partir de una perspectiva específicamente hospitalocéntrica, bien establecida en las agendas de los gobiernos nacionales.

Como ya se ha mencionado, la región latinoamericana se ha caracterizado por ser conocida en base a la inestabilidad política, económica y desigualdad social que aqueja a sus países. En este sentido, cabe pensar en las variables sociales que influyen las posibilidades de tomar en cuenta y acceder a servicios, conocimientos, información y prácticas sobre salud mental. Autores como Quijada, Loreto, Pamela, Reyes, Dary (2019), consideran que las personas se construyen y representan a sí mismas de acuerdo al contexto sociopolítico y económico que los rodea; “en América Latina, un aumento en indicadores macroeconómicos no siempre introduce una mejoría de salud individual o bienestar social, esto puede ser relacionado con la desigualdad” (Quijada et al. 2019, 1).

---

<sup>13</sup> La atención de salud mental en América Latina y el Caribe. Revista Psiquiatría Uruguaya 71(2) págs. 117-124. Autor; Jorge Rodríguez. Año 2007.

El presente apartado intenta poner sobre la mesa al contexto latinoamericano y ecuatoriano desde una mirada de desigualdades sociales, para así poder entender la relación entre estas y las aproximaciones (y posibilidades de aproximación) a salud mental en el territorio. Visto desde esta perspectiva, se destaca la premisa de que *históricamente* en la región, y específicamente en el Ecuador, la salud mental ha sido representada a partir de un paradigma hospitalocéntrico, biomédico, farmacológico y estigmatizado, como ya se detallará en líneas posteriores.

Entonces, cabe preguntarse por las alternativas existentes a lo largo del territorio que permitan subsanar falencias del modelo hospitalocéntrico, en aristas como: su enfoque, inclusión, cosmovisión, alcance, difusión y efectividad. Por ejemplo, Flor Ángela Tobón M. al hablar sobre salud mental, considera que la realidad social de este fenómeno necesita de perspectivas holísticas de análisis que involucren al ser humano social en todas sus esferas. De hecho, permite evidenciar cómo los aspectos biopsicosociales, culturales, contextuales, de clase, laborales, políticos, económicos, y otros, al ser percibidos por los seres humanos como experiencias positivas o negativas, o debido a alteraciones en cualquiera de las esferas de lo social, influyen e impactan en la salud mental de los sujetos sociales.

Resulta imperante destacar que la búsqueda bibliográfica ha puesto en evidencia que, hasta la actualidad, la manera predominante de referirse y definir la salud mental es a través de la definición y problematización de la enfermedad o patología mental, que es desde donde se podría evidenciar un fenómeno o problema social de este tipo. Esto resulta desafiante al momento de intentar categorizar lo que es la salud mental en sí misma. Por otro lado, es evidente que existen varias aproximaciones analíticas hacia la salud y enfermedad mental, por tanto, no existe una única manera de problematizarlos y entenderlos, así como de aproximarse prácticamente hacia los mismos.

El estudio de estos enfoques, aparte de permitir realizar una lectura crítica sobre su devenir histórico y sus consecuencias hasta la actualidad, abre la puerta de la posibilidad de institucionalizar prácticas positivas, comunitarias, y formas diversas de entender a la salud mental desde su relevancia social.

### **2.3 Un panorama histórico y actual de la Salud Mental en el Ecuador**

El presente apartado contiene un recorrido histórico de aquello conocido como salud mental en el Ecuador, enfocándose en prácticas que se destacan en el imaginario ecuatoriano como lo son aquellas desde enfoques psiquiátricos y psicológicos en el país, y por otro lado visibilizando otras varias prácticas y conocimientos alternativos, que si bien pueden no figurar en el común de los escritos y análisis sobre salud mental ecuatoriana, no quiere decir que no existan. Frente a lo cual cabe recalcar que, el Ecuador, conocido por su gran diversidad y variedad cultural, étnica, etc., contiene en su territorio varias alternativas de aproximación al malestar humano colectivo e individual, mismas que han sido opacadas por el modelo hospitalocéntrico y farmacológico que predomina hasta la actualidad. Esto no las elimina, pero las invisibiliza e interioriza un paradigma específico sobre la salud mental en la formación de imaginarios sociales que la consideren, así como en las prácticas más comunes frente a sentimientos de malestar social, individual y colectivo, categorizado como patología mental, como ya veremos a continuación.

Por este motivo, se considera relevante incluir en el transcurso de la problematización algunas perspectivas y discursos sostenidos desde el enfoque biomédico, comunitario o psicosocial, pero también desde la mirada alternativa. En el sentido de que, el discurso de aproximaciones hacia la salud mental trata de cambiar las formas de vida, direccionar el imaginario social, y no solo el enfoque actual en la asistencia psiquiátrica. Cumpliendo entonces con el objetivo principal de reunir aquello conversado en apartados anteriores e iniciar de manera más específica la discusión crítica sobre aquello predominante y su eficacia, frente a la existencia de lo alternativo y/o ancestral, y cómo estos se adhieren a realidades y contextos distintos, a la vez que se aproximan a su objetivo de bienestar social desde distintos enfoques.

Es aquí donde se adhiere la discusión a la crítica de la realidad social en términos de salud mental, abriendo el debate hacia la amplitud de campos y direcciones desde las cuales referirse al malestar social, y su relevancia. El elemento clave a analizar aquí desde cualquier perspectiva resulta ser el rechazo a la razón de ser de la psiquiatría, desde una perspectiva histórica, epistemológica y desde los alcances y consecuencias que su práctica ha tenido en el pasar de los años en la conformación de un imaginario social frente a la rama psicológica/psiquiátrica, la salud mental y, la psicopatología como tal.

Una mirada crítica nace también a partir del uso de la interdisciplinariedad, por la cual se han encontrado o traído a discusión nuevas formas, estructuras explicativas y prácticas concernientes a las aproximaciones (más efectivas o no) que aluden a la salud mental y al rechazo del arraigamiento de la discriminación, violencia y estigma dirigido a los sujetos “enfermos mentales” que ha surgido de formas tradicionales de aproximarse al “malestar social” individual, y que de hecho como menciona Desviat (2006, 16) nace de entender “la encrucijada entre las dimensiones somáticas, psicológicas (por no encontrar otra categoría), y sociales de la persona”.

### **2.3.1 Historia de la salud mental en el Ecuador**

La historia que aquí se pretende relatar lleva consigo matices importantes para la investigación en curso. Este será un retrato contextual sobre cómo los tres macro enfoques o macro corrientes de la salud mental se han desarrollado en Ecuador a lo largo de los años. Por lo que, iniciaremos por desarrollar la herencia psiquiátrica que ha caracterizado la intervención en salud mental desde hace décadas, para continuar con un relativamente nuevo enfoque participativo y comunitario, concluyendo por visibilizar también aquellas diversas y distintas alternativas de búsqueda por la salud mental, ancladas por supuesto con la ancestralidad.

Este apartado permitirá conectar la previa discusión teórica y contextual macro, para aterrizarla en el contexto ecuatoriano y posteriormente a los casos de estudio de relevancia, y el argumento general de la investigación.

#### **2.3.1.1 El bagaje psiquiátrico y psicológico de la salud mental en el Ecuador**

Hablar de salud mental desde una perspectiva local lleva consigo matices contextuales de importancia, ya que históricamente mucho de lo que se conoce y se ha trabajado en materia general de emociones, afecciones, y malestares tiene su origen en la herencia occidental psicológica y psiquiátrica, tanto teórica como práctica, en la academia y en la medicina, así como en el imaginario implantado en la sociedad. El Ecuador no es la excepción al respecto, y de manera específica el camino a lo largo de la historia ha dejado grandes aprendizajes sobre cómo se ha construido la categoría de salud mental tanto en los profesionales de la salud en

materia de psicología y psiquiatría, como en practicantes alternativos y ancestrales, y en la población en general. Es por esta razón que cabe realizar un recorrido al interior de la historia del Ecuador en lo que a salud mental respecta, tanto para comprender su origen como la actualidad de la problemática que se identificó en el primer apartado del presente documento.

Los registros existentes sobre el paso del tiempo en cuanto a la salud mental en el Ecuador se remontan a partir de la época de la colonia. Autores como Zúñiga et al. (2018) comentan que, en el territorio ecuatoriano, especialmente en la capital quiteña, existía un gran número de habitantes y dentro de estos se encontraban grupos poblacionales desplazados pertenecientes a las categorías de: indigentes, pordioseros, mendigos, huérfanos y personas con trastornos mentales, entre otros. A partir de este escenario las autoridades eclesiásticas y políticas de la fecha, alrededor de los años 1785, crean el “Hospicio y manicomio Jesús, María y José” para los “indeseables” de la sociedad, mismo que luego se llamaría Hospital Psiquiátrico San Lázaro.

Este sitio se desarrolla anclado a una corriente occidental de la medicina psiquiátrica y del orden social en sí mismo, es decir de la mano de concepciones de “lo normal” aceptado socialmente y, la exclusión o reclusión del “otro”. Así mismo, años después se crea el primer “Manicomio José Vélez”, en Guayaquil, que poco después fue sustituido por el “Manicomio Lorenzo Ponce”. En estos espacios y de manera predominante por varios años, los tratamientos para la normalización de los enfermos mentales constituían en procesos de ordenamiento y ajuste de los individuos, a partir de prácticas como las camisas de fuerzas, hasta terapias de choques, azotes, cadenas, grilletes, y demás (Zúñiga et. al 2018).

El “Hospicio de Jesús, María y José” luego de su fundación y de un tiempo de funcionamiento, cambiaría su nombre a “Leprocomio” y posteriormente sería conocido como “Hospital Psiquiátrico San Lázaro”<sup>14</sup> a mediados del S.XX. Al respecto, Oleas (2011) revela en su investigación que la creación de ese hospicio se debió básicamente a un factor económico que repercutió como un problema social, es decir los asilos que intentaban atender

---

<sup>14</sup> Por mucho tiempo pensado sobre todo para la reclusión de los leprosos, enfermedad que en esa época era considerada como terrible y de extremo cuidado.

al problema catalogado en ese entonces como de higiene y orden social, desarrollaron un programa para los individuos “indeseables”, que bajo su discurso y perspectiva infundían miedo y peligro hacia la sociedad en la esfera de lo público, afianzando el imaginario colectivo de ser considerados como una latente amenaza para el común de la población quiteña.

Este espacio de reclusión cumplía la función de ser “una cárcel para los pobres (...) que albergue a: locos<sup>15</sup>, leprosos, prostitutas, ancianos, desempleados, mendigos y huérfanos” (Oleas 2011, 15), todo aquello que incomoda al ojo humano. Posteriormente y luego de análisis con enfoque en derechos humanos el Hospital fue catalogado como una cárcel inhumana, bajo el control estricto de la municipalidad.

Sin embargo, en el ojo del común el lugar como tal continuaba siendo catalogado como un foco infeccioso. Frente a lo cual, en 1869 el presidente Gabriel García Moreno reconoce a las hermanas de “La Compañía de las Hijas de la Caridad” como organizadoras de hospitales y hospicios en el mundo occidental, y las traslada al Ecuador para el servicio de estos espacios en el país, siendo uno de ellos el antes mencionado hospital. Su administración y organización se basó en el cuidado espiritual y corporal de los enfermos a partir de enfoques religiosos, rehabilitantes y reclusorios, o bajo su terminología: de enfoque hacia “los pobres de espíritu”.

Esta nueva administración provocó cambios en la sostenibilidad del antiguo ambiente y la estructura de orden y control alrededor de la ciudad, ya que la doctrina de las Hijas de La Caridad podía evidenciarse a lo largo del territorio, sin focalizarse en los “indeseables” únicamente, por ejemplo en la eliminación de juegos de azar en manos de los lazarinos (quienes en un inicio administraban el hospicio), reprimendas de manera general bajo penas de azotes a quienes incumplían varias prohibiciones, entre muchas otras, y eliminación del contrabando de aguardiente al interno de la “comunidad”. Es decir dinámicas de ordenamiento estrictas y con enfoques religiosos de moralidad muy arraigados, dirigidos al adoctrinamiento de la sociedad en general. Por nombrar algunos ejemplos: realizaron también reubicaciones en las alas de empleados, salas específicas para correccional de niñas,

---

<sup>15</sup> Enfermos mentales.

mendigos, ebrios, dementes, hombres, mujeres, y leprosos en áreas separadas, salas para “incurables”, talleres de rehabilitación, mejoras en sanidad y agua, entre otras.

A lo largo de los siglos XVII y XVIII, la mayoría de las referencias administrativas y políticas del hospicio incluso luego de la fundación del manicomio tienen que ver sobre todo con los leprosos. En este sentido, es interesante recalcar que por el foco de atención en el que se encontraban aquellos que padecían esta enfermedad física contagiosa y amenazante, fueron los únicos en el establecimiento que pudieron hacer valer parcialmente sus derechos y demandas, con el tiempo. Entonces, da mucho que pensar de la histórica y hasta ahora presente exclusión de aquellos enfermos mentales, sobre todo en cuanto a la exclusión de la palabra, que sucede hasta la actualidad debido a la poca credibilidad que se le atribuye a esta población por su condición mental y estigma social.

Por otro lado, Oleas (2011) destaca que a comienzos del siglo XX en el Ecuador cambia la administración de todas las instituciones (en general) en la región de la sierra, debido a la época de revolución liberal durante el mandato de Eloy Alfaro, promulgando constituciones liberales, el Estado Laico, entre otras cosas. Aun así, no existía nadie por fuera de las Hermanas de la Caridad que quisiera hacerse cargo de los hospicios, manicomios y leprocomios en la sierra y la amazonía ecuatorianas. Por ende estos espacios se convierten en “comunidades” que albergan desde el nacimiento hasta la muerte a los aislados y excluidos, sin ninguna esperanza de rehabilitación y reinserción en la sociedad. Es decir, en esa época la locura o padecimiento mental, no es medicalizada, sino que son los “guardianes” quienes se encargan de los “alienados” por toda su vida (Oleas 2011).

La categoría de “El Hospicio”, así como el espacio mismo, es utilizado históricamente como depósito final de aquello que nadie sabe dónde colocar (Oleas 2011), este depósito de personas indeseables que ha sido manejado por las autoridades desde hace siglos, y que recién desde el siglo XIX intenta trasladar su razón de ser por fuera de la categoría de correccionales y prisiones.

Posteriormente, a inicios del siglo XX se desplaza a los leprosos del Hospital San Lázaro hacia las afueras de Quito para ser reubicados en la parroquia de Pifo, entonces, el Hospital ahora ya no trataba la única enfermedad física que podía ser catalogada como tal en términos

de la biomedicina, es decir las categorías formales dejaron de avalar las prácticas que allí se llevaban a cabo en pro de la salud. A este respecto, para el año 1913 se abre la primera cátedra de psiquiatría en la Universidad Central del Ecuador, e inicia una nueva relación académica, práctica e institucional de la “locura”, a partir del enfoque occidental de la biomedicina y la medicina en general, con una materia en psiquiatría dictada por un médico tratante del Hospital San Lázaro, lo cual indica la relación entre la doctrina académica de enseñanza y la práctica formal “terapéutica” de ese entonces.

Posteriormente, en la década de los treinta (30) al irse consolidando el paradigma hospitalocéntrico y asistencial de la salud en el Ecuador, los tratamientos de salud mental afianzan prácticas de territorios exteriores, sobre todo occidentalizados. Por ejemplo: transfusiones de sangre infectada para curar la psicosis (tremetina) y reprimir delirios, terapias de choque, inducir convulsiones, etc., para comprobar y aplicar el antagonismo de epilepsia versus esquizofrenia, terapias de estimulación eléctrica, y demás, también aplicados en el Hospital San Lázaro (Zúñiga 2018). A finales de los años cuarenta (40) se introduce a la farmacoterapia como una de las herramientas más utilizadas, y hasta la actualidad permanente en la psiquiatría, y psicología a nivel mundial. Es decir, el comienzo de uso de cocteles farmacológicos y medicalización para el tratamiento de cuadros maniacos, depresivos, psicóticos, y para prevenir la psicosis.

Posteriormente, en los años sesenta (60) la academia (Universidad Central) empieza a dictar clases como: psicología médica, psicopatología y psiquiatría a todos los estudiantes de medicina del Ecuador. La enseñanza giraba en torno a las prácticas que en ese entonces se realizaban en los hospitales psiquiátricos, y empieza a desarrollarse las primeras críticas frente a los enfoques históricos, calificándolos como infrahumanos inclusive por la comunidad médica de estudiantes, anidando así las primeras ideas de rechazo hacia ese tipo de disciplina y práctica médica alrededor de finales del siglo XX (Zúñiga 2018). En respuesta a esta situación, el doctor Fernando Casares de la Torre promueve la construcción de un nuevo hospital psiquiátrico que de fin a la estructura psiquiátrica de atención al paciente con trastornos mentales en forma de asilo y manicomio.

Luego de algunos cambios en el nombre y con este propósito se inaugura el Hospital Psiquiátrico “Julio Endara” en Conocoto - Quito. En 1967, a finales de la década de los

sesenta, aparece la Orden de las Hermanas Hospitalarias que establecieron el Instituto Sagrado Corazón de Jesús, es entonces cuando el centro de reposo San Juan de Dios inició sus actividades. En esta década se funda también en Cuenca el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (Zúñiga 2018), entre otros muchos espacios que reproducirán el mismo enfoque retratado.

Históricamente en Ecuador, la creación de manicomios sucedió posteriormente al control social y religioso familiar basado en la vergüenza de mostrar públicamente a algún individuo considerado como enfermo mental a la sociedad. Entonces, la mayoría de los “locos” o bien eran escondidos por sus familiares, para evitar el desprestigio, la vergüenza, entre otras cosas, o bien eran reclusos en espacios como los ya mencionados. Por ende, con el paso del tiempo y la necesidad autoimpuesta, surge el auge de funcionamiento de manicomios y hospitales psiquiátricos, a partir de los cuales las ideas de reclusión se trasladan como ya se ha dicho a espacios especializados y cerrados, creados para el mismo fin, pero justificando sus acciones en una “maniobra de higiene social” (Oleas 2011, 13), orden y seguridad.

Ahora es cuando el vocabulario mezclado entre el loco y el “enfermo mental” cobran sentido, la medicalización de la locura transforma a sus sujetos, de haber sido objetos del discurso religioso, y enfermos del alma y la moral, en objetos de un discurso científico, es decir en *enfermos mentales*, y aquellos considerados “parias” se hacen acreedores a un diagnóstico patológico, estigmatizante, radical y permanente. Es decir, sucede un salto enorme en cuanto a la construcción del imaginario social del enfermo mental, inclusive en la conciencia, categorización y relación de las personas con la población en cuestión.

El Hospital San Lázaro en años posteriores carece de recursos para impulsar el trabajo en la rama de la psiquiatría, e instala la estrategia de boletas llenadas por dos médicos legales y un policía en el que reconocen e informan sobre enajenación mental, semi-locura y peligro de estos individuos para la sociedad, con el objetivo de ingresarlos a toda costa al establecimiento. No existe todavía la aplicación de informes de tipo psiquiátrico como tal, sino algunos leves conocimientos psiquiátricos manejados por el poder judicial de ese entonces. En todos los papeles emitidos por la institución se solicita tratamiento y reclusión, el hospicio únicamente tenía posibilidad de realizar la segunda ya que los conocimientos y la práctica sobre tratamiento eran a la fecha inexistentes. En este momento de la historia el

imaginario social alrededor del enfermo mental y de los lugares en los que se los reclusa se arraiga bajo la consideración de ser “una vergüenza, una prisión oscura y lóbrega, adecuada para hacer locos a los que no lo son y para rematar a los que ya son locos (JCAP 1924)” (Oleas 2011, 32), aunque al mismo tiempo servían un propósito colectivo.

En 1967 el Manicomio pasa a depender del Ministerio de Salud Pública, quien se encargará hasta la actualidad. Es entonces cuando los enfermos mentales son trasladados únicamente al Hospital San Lázaro, y empieza a existir entonces el área de consulta externa, terapia ocupacional y aparecen psicólogos que trabajan en distintas áreas del centro. Esto se podría considerar como una “modernización” del manicomio, pero no lo suficiente como para librarse tanto ella como la sociedad de la lógica de reclusión, “higiene social”, depósito de la escoria, desde la época colonial hasta la segunda mitad del S. XX.

Posteriormente, en la década de 1990 ingresan ideas de la antipsiquiatría en la teoría y la práctica de manicomios y hospitales psiquiátricos, en las que el encierro ya no es obligatorio para todos, sino para pocos casos severos de quienes por diversidad de razones vivirán reclusos permanentemente, evitando potenciales riesgos a la sociedad como a su persona. Actualmente en el Hospital, la cantidad de pacientes ha disminuido, oscila entre los 150 a 200, pese a que la edificación pertenece al Municipio, el edificio aparte de seguir en funcionamiento es considerado Patrimonio cultural y destino turístico, siempre y cuando los enfermos crónicos no tengan permitida la salida.

El paraguas y panorama político que gira en torno a la salud mental en el Ecuador, sobre todo en cuanto a políticas públicas, nos dice que la salud mental formaba parte de la agenda estatal del Ministerio de Prevención Social hasta el año 1967, y que posteriormente y hasta la actualidad ha sido parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con menos del 1% de doctores con especialidad en psiquiatría (Zúñiga 2018), lo cual da cuenta del bajo nivel de reconocimiento de la salud mental como una problemática institucionalizada.

Alrededor de las últimas décadas, el gobierno del expresidente Rafael Correa en su mandato, intentando separarse de medidas neoliberales para dar paso al Socialismo del siglo XXI, incluyó métodos para estabilizar al país, como políticas económicas que descansan en el Estado, una nueva constitución, el Buen Vivir, e índices de reducción de la pobreza en su

primer mandato. Es así como el índice de desigualdad disminuyó en esta época pero aun así, ha sido destacable la permanencia del 23,7% de pobreza sobre todo en territorios rurales del Ecuador (Quijada et al 2019), en aumento hasta la actualidad.

Aquí existe una relación importante de destacar, ya que mientras para el gobierno de la Revolución Ciudadana habían aumentado los números y porcentajes de cobertura en salud hasta el año 2013, al igual que el porcentaje de seguros de salud, “la Fundación Aldeas Infantiles (SOS) en Ecuador nota una brecha y falta de servicios específicos en atención psicológica y de salud mental” (Quijada et al 2019, 5). De la mano de estadísticas que mencionan que entre los años 2000 a 2012 y posteriores, se destaca un aumento en la cantidad de suicidios a nivel nacional, debido a la necesidad e incertidumbre de los ciudadanos por la inestabilidad de los factores económicos y sociales asociados con el contexto de la época.

Sin embargo el panorama no ha cambiado en años recientes, el contexto ecuatoriano se encuentra inmerso todavía en fenómenos o problemáticas estructurales por ejemplo en: flexibilización laboral, privatización, regreso al neoliberalismo, crisis económicas, descontento/malestar social generalizado, desalojos de comunidades por extractivismo, aumento de flujos migratorios, aumento del desempleo, empleo informal y economías de subsistencia, pandemia por COVID-19, etc.

Lo cual, posibilita considerar la hipótesis planteada por Quijada et al. (2019), quienes consideran que en el Ecuador, el progreso en el área de salud y salud mental ha sido lento debido a que la población no cuenta las condiciones contextuales, y tampoco con la capacidad de acceso a servicios de este tipo, debido a la inestabilidad y desigualdad social en el territorio, así como a la institucionalización de prácticas reclusorias y hospitalocéntricas como las ya mencionadas. Es así como se considera de hecho la importancia de contar con una nueva concepción de la salud mental, que como menciona Baena (2018) considere la temática y problemática como un proceso que interactúa permanentemente, con todos los espacios en los que se desenvuelve y desenvolverá el individuo.

### **2.3.1.2 Salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano**

Para iniciar, creo pertinente situar este apartado desde lo que es la Salud Mental Comunitaria (SMC). Si bien en apartados anteriores ya se ha hecho referencia a la misma, es necesario ampliar un poco la definición de este enfoque, así como la trayectoria que este ha desarrollado en el contexto ecuatoriano. Proceso que permitirá aterrizar en el segundo caso de estudio elegido para la investigación, en cuanto a las respuestas frente al malestar.

Entonces, cabe aclarar que, la salud mental comunitaria es el resultado de un proceso de evolución del sistema de salud a lo largo de la última década, mismo que como menciona Baena (2018, 1) culmina en la creación del “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, colectivo e intercultural, (MAIS-FCI), que estipula que la salud mental no sólo depende de factores biológicos sino también de las condiciones de vida”, entiéndase: entorno y contexto, de individuos y colectividades.

Ahora bien, existe una gran trayectoria en la región para lograr consolidar este nuevo e innovador enfoque en la rama de la salud mental. Como ya se mencionó en el apartado contextual de Latinoamérica (León 1976), desde inicios del presente siglo la discusión sobre salud mental y asistencia comunitaria fue tomando forma en países como Brasil (1907), Lima (1915, 1922, 1941), Perú (1932, 1953)), México (1964), entre otros, y también existieron algunos postulados desde la OMS en este período enlazadas al llamado de incluir un enfoque comunitario en relación al trastorno mental.

León (1976, 122) comenta que, para los años 70 en gran número de países latinoamericanos se evidencia la necesidad de adaptar de manera contextual las medidas para “la promoción y el cuidado de la salud mental de la población”. Es entonces cuando de manera un poco más notoria las consideraciones sobre enfermedad mental empiezan a enfocarse en consideración con “circunstancias sociales políticas, económicas, geográficas y ecológicas, con todo lo que contribuye al bienestar la mejoría de las poblaciones”, permanentemente atravesadas por la desigualdad.

En octubre de 1974, la OMS realiza un Comité de Expertos en salud mental para referirse a los servicios de salud mental de países en desarrollo, espacio que involucró a Latinoamérica, los temas de discusión comprendieron:

La extensión y naturaleza de los problemas de la salud mental en los países en desarrollo; las respuestas actuales a estos problemas; las vías de aproximación para la creación y perfeccionamiento de servicios de salud mental; los recursos humanos, sus funciones y entrenamiento; monitoría, evaluación y reajuste de programas y las actividades regionales e internacionales para el incremento de programas de salud mental. El informe de este Comité constituye probablemente un importante instrumento de estímulo y orientación para que los gobiernos inicien o amplíen dichos programas, así como también una guía o pauta general para las actividades comunitarias (León 1976, 124).

La evidencia bibliográfica de libre y fácil acceso sobre la temática en el Ecuador, realiza un salto abismal desde este período a inicios del Siglo XXI. Para este entonces este modelo considera como actores relevantes y protagonistas ineludibles a: usuarios, familias, comunidad, organizaciones, instituciones, entre otras. Y como retrata Anchundia (2022, 103) incluye “la epidemiología comunitaria, la participación social en la salud y el enfoque de interculturalidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2012)”.

El impulso y auge de este nuevo modelo de atención en salud mental inicia en el Ecuador junto con nuevos planteamientos difundidos por la OMS, y recabados por Baena (2018, 2) en los cuales se acuerda “promover y proteger la salud de todas las personas, promover un modelo que pretende sustituir al enfoque médico – biologicista – asistencial, centrándose en la promoción, cuidado y recuperación de la salud en tres niveles: individual, familiar y comunitario”. En el transcurso del año 2015 y atravesado por la propuesta antes detallada, se construye el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental (2015-2017), igualmente con miras a sustituir el enfoque biomédico de la mano por supuesto, de los servicios de Atención primaria en salud.

En este proceso se enfrenta con: un enfoque biomédico muy arraigado e institucionalizado, casi imposible de penetrar para la ejecución de nuevos modelos o enfoques, la falencia de formación académica y profesional con enfoque en salud mental comunitaria o salud mental en general, entre otros. Por tanto, la salud mental comunitaria necesita de recursos

económicos y humanos para llevarse a la práctica, por entre muchas otras cosas más. Y como bien lo establece Baena (2018, 2) es imperante y urgente “una ruptura epistemológica con el modelo (...) tradicional”.

Se sabe que tanto el malestar, como los padecimientos y trastornos de carácter mental no esperan en pausa mientras procesos de institucionalización suceden. Por ende, y de manera general existe un aumento cotidiano de problemas psicosociales en la población, anclado al contexto actual de la pandemia, se crea el escenario propicio para proponer la integración e interacción de distintos actores relevantes para la salud mental, con énfasis en el carácter comunitario del modelo, y que pueda llegar a tener un alcance en las etapas de: atención, evaluación y prevención (Baena 2018) del malestar a nivel comunitario.

Un gran aumento de psicopatologías y problemas psicosociales en el contexto ecuatoriano, es la razón por la que se propone un trabajo que considera en sus ramas principales el trabajo con individuos, familias y comunidades. Sobre esto, autores de la Escuela de Medicina Social del Ecuador manifiestan la importancia de ampliar la visión sobre cómo se entiende el contexto Andino en cuanto a salud mental, es decir como un territorio permanentemente atravesado por desigualdades y diversidad de contextos. Desde esta escuela, y como señala Baena (2018, 2 – 3) se piensa que el origen del declive del modelo biomédico se encuentra anclado a: “el deterioro de estos servicios en tanto se brindan bajo la lógica del paradigma biomédico y unicausal, que no logra dar solución a los crecientes problemas de salud”. En efecto, la propuesta analítica de la autora antes mencionada considera que el modelo de SMC, aplicada en la atención primaria en salud puede ser un gran aliado y una estrategia, que bien aplicadas podrán moldear la promoción de salud mental en el caso de Ecuador.

Pocas son las instituciones que en el Ecuador practican servicios de salud mental con orientación comunitaria, ya que para esto la anteriormente mencionada ruptura epistemológica es necesaria, e incluye un gran desafío en la institucionalidad tanto del modelo hospitalocéntrico, como de las prácticas psicoterapéuticas tradicionales. Es en este sentido que resulta interesante investigar la trayectoria y el estado actual de un lugar innovador como el Centro de Apoyo psicosocial UBUNTU, ubicado en el Sur de Quito, mismo que realiza una labor de acompañamiento y terapia psicológica con un enfoque comunitario muy bien establecido.

### **2.3.1.3 Alternativas y ancestralidad en la concepción ecuatoriana de la salud mental**

Si bien, el estado del arte sobre la salud mental en el Ecuador retrata en su mayoría la herencia psicológica y psiquiátrica de aproximación a la enfermedad mental proveniente de occidente, es importante mencionar que el país en esencia no se aproxima a la salud mental o el bienestar únicamente desde esta perspectiva. Pensar en salud mental es una práctica tan antigua como el ser humano, las varias experiencias datan de la época precolombina en América del Sur, y se enfocan sobre todo en el uso de plantas y rituales para sanar distintos malestares físicos y espirituales (Zúñiga Carrasco y Riera Recalde 2018).

En términos históricos, existía una cierta “filosofía de la sanación” que tomaba en cuenta “el todo” y la interacción del todo con las partes, como bases fundamentales, es así que la medicina ancestral según comenta Zúñiga et al. (2018) se aplicaba para tratar problemas de ánimo o del espíritu, que según su estudio se manifiestan de manera muy parecida a lo que actualmente se conoce como trastornos mentales y también enfermedades del cuerpo, por tanto estas experiencias cumplen con fines psicoterapéuticos.

El Ecuador es conocido por su histórica y ancestral diversidad, y en este sentido sobre salud existen: la medicina herbolaria, las cirugías, momificaciones, trepanación, osificación dentaria, reducciones de cráneos, hipnotismo, sugestión, ceremonias de danza, medicinas ancestrales de la región y medicina holística tradicional de civilizaciones antiguas como la china, en chamanismo, el curanderismo, la espiritualidad, entre otros.

Las nuevas complementariedades terapéuticas como las llaman Saizar et al (2013), así como las terapias alternativas, en la última década se han convertido en opciones que cada vez son utilizadas con mayor frecuencia en la población en general, así como en ciudades industrializadas. En su escrito, Saizar et al (2013, 452) comenta que estas son consideradas como “un conjunto amplio de recursos curativos que presenta teorías, prácticas y modalidades de atención diferentes a aquellas oficialmente reconocidas”.

Cabe mencionar que en efecto en Ecuador para el año 2014, la autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud Pública, realizó el lanzamiento del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental y del Modelo de Atención Comunitario en Salud Mental, que tiene como antecedente

el Plan Nacional de Salud Mental fechado en 1999 (Silva 2020), mismo que menciona una alternativa interesante en la aproximación y tratamiento de la salud mental, intentando desenfocar la atención y práctica desde el modelo actual hospitalocéntrico, que permite poner su efectividad en duda, y dar paso al posicionamiento y recuperación colectiva de prácticas como las antes mencionadas.

Con estos antecedentes, es posible pensar que, como bien destaca Vaughn (2015, 130) “vemos una vez más que el colonialismo ha dejado solo vestigios de nuestros saberes ancestrales, favoreciendo su invisibilidad y como menciona De Souza Santos limitándonos al conocimiento de occidente”. Por eso, resulta necesario problematizar la falta de conocimiento, difusión y trabajo en la academia, así como la toma de conciencia en la construcción del imaginario social sobre interculturalidad y salud mental, específicamente en el territorio ecuatoriano, ya que en resto de América Latina existen algunos escritos sobre el tema.

Retomando, la problemática de relegación de la ancestralidad a espacios y entornos alejados, en los que es necesaria la búsqueda profunda de quien los quiere encontrar, lejos de ser actual remonta sus orígenes en América Latina desde el colonialismo, a partir de un boom de “saberes occidentales” que invisibilizaron los saberes autóctonos o ancestrales, y como bien destaca Vaughn (2015, 131) “dejando reducidos los conocimientos nativos a términos como ignorancia, salvajismo y creencias paganas, sin una visión de futuro, y que hoy queremos rescatar”, o en el desconocimiento y bajo el dominio de quienes se encuentran involucrados desde la herencia cultural, o de unos pocos que las rescatan.

La salud mental, a la que ya me he referido en apartados anteriores, es definida por la OMS como un estado integral de bienestar, por otro lado, desde el pensamiento ancestral e intercultural, la salud mental. Y, como bien destaca Vaughn (2015, 132) al hacer referencia a Vallejo Samudio: “el nativo percibe la enfermedad mental como un desbalance de la relación del sujeto con su contexto sociocultural y ambiente”. Concepto que varía y se entrelaza con las creencias, historia y contexto de cada una de las sociedades, comunidades o asentamientos (indígenas o no) quienes toman en cuenta a la salud mental. Este enfoque nos permite anclar el presente análisis a la ya mencionada transversalidad de desigualdades sociales y la importancia del contexto social en el sentimiento y la posibilidad de cultivar el bienestar en todas sus aristas.

Aunque conceptualmente las visiones ancestrales o alternativas de la salud mental no se encuentran bien definidas, el bienestar que persiguen tiene que ver con un equilibrio integral entre la naturaleza, la comunidad y la individualidad de la persona. Y es en este sentido que se ha podido encontrar escasos escritos sobre la salud, en general, y sobre salud mental, pero ninguno habla específicamente sobre la “psicoterapia” desde una perspectiva indígena, ancestral o alternativa en el Ecuador.

Sin embargo, por fuera de las comunidades ancestrales, existen pocas alternativas institucionalizadas, comunitarias e integrales en el país, como por ejemplo el Hospital Andino Alternativo en Chimborazo, que funciona a partir de un modelo de salud integral e intercultural, con una visión de la salud en términos de variabilidad, holismo, y diversidad, para el que su aplicación del modelo de salud aborda y engloba el bienestar físico, psicológico y espiritual. En dicho espacio cuentan también con un servicio de humanización, como ellos lo llaman, que considera visitas psicológicas, de curación ancestral y trabajadores sociales en su plan de atención y cuidado a pacientes. Este espacio fue creado con el objetivo de cumplir, desde la medicina alternativa y ancestral, con los requerimientos de salud de la sociedad y comunidad indígena de la provincia.

Existen varias otras perspectivas que consideran a la salud mental desde distintas formas de entendimiento y práctica de la misma. Varios escritos reflexivos, suelen enfocarse en una búsqueda epistemológica ancestral sobre el cuidado de la salud mental, dando cuenta de la existencia de un mundo complejo y diversas posibilidades de aproximación frente al malestar social. Silvia Vaugh (2015), considera importante conocer la realidad de distintas localidades (en este caso la ecuatoriana) para poder pensar en salud mental sin la influencia de occidente, y con una perspectiva ancestral, tan presente en enfoques culturales. Ella nos comenta que; la bibliografía existente en Sudamérica, sobre salud mental, desde la perspectiva ancestral o “amerindia” es pobre, y que permite observar una falta de comprensión y objetividad, así como aceptación de la misma, y que sobre todo aquello que existe ya elaborado han sido realizado por personajes externos e internacionales, mas no desde el mismo contexto sudamericano, o ecuatoriano (Vaugh 2015).

La autora considera que la falta de conocimientos ancestrales ha llevado a un “caos sociológico”, a causa del colonialismo, y que ha desencadenado una lluvia de saberes

occidentales que enterraron aquellos propios de América Latina. Razón por la cual, para motivos del presente análisis es posible pensar que el imaginario social de lo “alternativo” por esta razón se convierte en negativo, retrógrada, primitivo, salvaje, mágico, sin sustento científico, etc., aspecto que se intenta rescatar con el objetivo de mostrar diferentes caminos de aproximación hacia la salud mental, y al trastorno o enfermedad mental como un fenómeno o problemática social que no únicamente ocurre desde, por y para occidente.

Por ejemplo; Vallejo Samudio (2006), comenta que los nativos consideran a la enfermedad mental como un desbalance de la relación del sujeto y la colectividad, con su contexto sociocultural y con el ambiente. Los “médicos”; son chamanes, curanderos, que “trabajan en la salud mental a través de la erradicación de los maleficios, daños, hechizos, o efectos naturales, y que con el uso de plantas, hierbas, se busca la llamada sanación. Todo esto variando con cada pueblo indígena y sus creencias culturales” (Vaugh 2015, 132). Es decir, no se puede negar que estamos frente a una riqueza cultural incomparable, que puede adherirse a la psicoterapia (por darle un nombre) indígena o ancestral, no desde prácticas estigmatizadas como aquellas de las que trató el apartado anterior, prácticas en las que para variar al enfoque llega a ser diferente, y el individuo se siente parte del todo, y de su comunidad, sin aislamiento involuntario o violencia de por medio.

Varios documentos han sido escritos, pero muy poco y casi nada, sobre psicoterapia desde la perspectiva indígena como tal. Vaugh (2015), realiza un breve recorrido sobre lo que existe: desde Norteamérica, se han realizado estudios interculturales, por ejemplo de McNeil y Cervantes (2008) que describe prácticas de curación latina, desde lo mestizo e indígena. Comas Díaz (2006), escribe sobre mujeres alrededor del mundo, incluyendo aquellas de origen africano e indígena, mujeres nativas de Sudamérica, habla sobre las “anomalías de la interculturalidad”, y también describe sanamientos latinos, lastimosamente sin mencionar los ecuatorianos. Estos, y otros, han sido escritos desde occidente, por tanto es fácil notar el sesgo académico y científico al momento de hablar de prácticas ancestrales, e inclusive la falta de desarrollo de categorías que expliquen lo ancestral latinoamericano.

A partir, por ejemplo, de estudios sobre psicología Amerindia, que describe las culturas Maya y Azteca, enfocando el análisis en categorías psicopatológicas, y la relación de este pensar con el alma y el cuerpo. O por ejemplo con Pavón Cuellar (2013) que habla de enfermedad de

salud mental en términos del indígena (Vaugh 2015). Son enfoques investigativos con una perspectiva que intenta desanclar lo occidental psiquiátrico del análisis, a veces sin lograrlo completamente, pero que comienzan a tomar en cuenta categorías de análisis y una realidad social; antes invisibilizada.

El antropólogo Menéndez, citado por Vaugh (2015), realiza una explicación sobre lo que el categoriza como tres estilos de atención médica relacionada con el bienestar; el modelo médico hegemónico clásico de occidente, alternativo que incluye tradiciones étnicas como acupuntura, herbología, medicina ayurvédica, y el último basado en autoatención, realizado por el propio individuo y su círculo social. Considero que para el tema que nos convoca, el segundo y tercer tipo serían los más acertados para considerar las prácticas y conocimientos alternativos como un camino frente al tratamiento y entendimiento de lo que es la salud mental y el trastorno, a partir de una perspectiva crítica del primer tipo.

“Estos estudios indican la necesidad de ver la perspectiva del individuo sufriendo aculturación a nuevos lugares y comunidades, los abusos causados por nuevos contextos y el colonialismo, la desigualdad social, los cambios de vida, el abandono, la ocupación y usurpamiento de sus territorios por una raza diferente a la nativa. Los estudios de este tipo hablan de cómo ver al indioamericano con la perspectiva de la salud occidental. El autor dice que la salud mental no es solo el bienestar o la falta de enfermedad, es parte de un todo con la potencialidad de la vida y de la relación social.” (Vaugh 2015, 134).

Para motivos del análisis sobre el tema de este apartado, se considerará a Templo Jempe como un espacio de estudio de estas alternativas/complementarias terapéuticas, ya que permite incluir prácticas que generalmente son excluidas, aunque si son utilizadas para obtener algún tipo de mejoría, alivio y/o bienestar emocional o psicológico. Logrando así ampliar la mirada sobre el panorama trazado desde la tradición frente a lo que es y cómo se debe aproximar tanto el individuo y la comunidad a la salud mental. A partir de este enfoque alternativo se logrará poner sobre la mesa la histórica realidad sobre la diversidad y la interculturalidad de saberes y prácticas que desde hace varios años se han preocupado por el malestar y bienestar mental, y no únicamente desde un enfoque biomédico ya posicionado en las formas de entender la salud mental en general.

A manera de recapitulación; el presente capítulo ha intentado sintetizar componentes teóricos y contextuales sobre la salud mental en la región latinoamericana y el Ecuador en particular, intentando aterrizar ya el análisis hacia los casos de estudio que arrojarán datos importantes sobre la problemática, para los fines de la presente investigación. En este sentido, se ha logrado evidenciar tanto las falencias como fortalezas, y el recorrido histórico de tres corrientes o enfoques principales en el campo de la salud mental.

El enfoque biomédico u hospitalocéntrico que tiene su centro en la terapia psiquiátrica y psicológica, basado también en lógicas farmacológicas y de exclusión, que será representado por el caso de estudio del Antiguo Hospital San Lázaro, actual Centro de psicología ambulatoria. Por otro lado, el enfoque comunitario, que permite evidenciar ya el contexto social del individuo envuelto en el sentimiento de malestar, o la patología mental, para de esta manera lograr amainar el estigma que la problemática ha arraigado en el grueso de la población por tantos años, y proponiendo un nuevo y más amigable acercamiento participativo frente a la salud y la enfermedad. Con su caso de estudio particular en el Centro de Apoyo psicosocial UBUNTU.

Por último, en un esfuerzo de englobar todas aquellas prácticas de salud mental que no entrarán bajo la tutela de las anteriormente señaladas, aparece en escena el enfoque alternativo/complementario y ancestral de la salud mental. Este da cuenta primero de un componente intercultural y de diversidad que no puede pasar desapercibido en el territorio estudiado, así la gran brecha que este tipo de prácticas y cosmovisiones enfrentan todavía en la actualidad, aunque haciéndose paso a partir de grupos específicos de personas que lo visibilizan, desde la necesidad. Perspectiva que será estudiada en el caso de estudio de Templo Jempe.

Es así cómo, luego de la amplia reflexión teórica y contextual, podríamos ingresar a realizar ya un análisis investigativo en territorio para poder destacar aspectos relevantes y problemáticos de la situación actual de la salud mental en el Ecuador, específicamente en la ciudad de Quito.

### **Capítulo 3. Panorama actual de la salud mental en el Ecuador**

Resulta importante realizar ahora un recorrido por el estado actual de la población objetivo de la investigación que en este caso fue habitantes de la ciudad de Quito. Por tanto, de manera complementaria al análisis ya expuesto en páginas anteriores, ha sido relevante realizar recolección de información cuantitativa a partir de una encuesta general exploratoria, no representativa, que incluyó preguntas sobre datos sociodemográficos y de interés sobre la percepción y aproximación activa hacia la salud mental. Esta encuesta fue dirigida a las personas que asisten a los espacios de estudio que posteriormente se detallarán, así como a la población encuestada de manera presencial y vía internet para lograr llegar a una mayor diversidad de respuestas, es decir, ampliar el panorama de discusión a través de identificar factores relevantes sobre el contexto y aproximaciones importantes de la relación transversal de la salud mental con las desigualdades sociales.

#### **3.1 Situación actual**

Antes de pasar a la lectura de datos y hallazgos, es preciso conocer un poco el proceso y la impresión de las personas cuestionadas sobre su salud mental. Durante el levantamiento de información de mayo de 2022, la investigadora estuvo en el parque “Las Cuadras” y en el centro Ubuntu que es parte del Hospital Padre Carollo, al sur de Quito, y pudo notar en las respuestas negativas, justificativos como “Yo no sé de esas cosas, que le puedo decir yo del tema”, o justificándose en que no sabe leer, por otro lado, las respuestas que hacen atribución a Dios fueron un gran porcentaje de las negativas para no ser encuestados por lo que puede notarse un discurso religioso muy latente en la vida cotidiana así como también reconocer a la religión como una posible herramienta que permite aproximarse a la salud mental, especialmente, en personas adultas mayores.

De hecho, debido a la brecha tecnológica, una de las estrategias para ampliar el rango de edad de la muestra, se centró en preguntar a “los viejitos”. Encuestas físicas fueron levantadas a personas adultos mayores del sur de Quito y habitantes de los alrededores del centro Ubuntu. En esta línea, en los comentarios por parte de pacientes y familiares del Ubuntu, la preocupación mayor de un padre recae sobre la educación de sus hijos, o el trabajo que

puedan conseguir antes de seguir un proceso psicológico y completarlo con resultados positivos.

Como parte de la metodología, se corrieron 150 encuestas entre físicas y virtuales, logrando así cubrir parte de los sectores de Quito, al Norte, centro, y sur de la capital. El presente apartado detalla los resultados de la recolección de información de tipo cuantitativa/cualitativa no representativa, sino contextual, que interpreta y desarrolla los hallazgos y resultados, así como el análisis que de estos devienen, mismo que proporciona una idea general de la situación de la ciudad de Quito en relación a la salud mental.

Parece prudente entonces, iniciar recalando que la muestra obtenida a través de la encuesta no logra ser significativa, lo cual no permite establecer generalidades en el grueso de la población encuestada como conclusiones, sin embargo, brinda información base de la población, y su perspectiva sobre la salud mental y nos permite dar aportes a la discusión entre salud mental y desigualdades sociales. Una vez aclarada esta parte, la primera impresión que salta el momento de revisar el cúmulo de respuestas es que el discurso e interés sobre salud mental, así como los espacios de cuidado de las emociones y el bienestar, el cuidado en general recae sobre el género femenino.

La encuesta fue enviada virtualmente y ofrecida de manera presencial a una gran cantidad de personas quiteñas al azar, con libre decisión de si responderla o no, sin embargo un 60% de las encuestas fueron respondidas por aquellas identificadas por el género femenino. Este factor resulta importante ya que tanto de manera virtual como presencial es el mayor grupo poblacional con mayor predisposición a responder la encuesta, así como mostraban mayor interés en la temática, su discusión y visibilización, fue el femenino. Podría ser una muestra de que la salud mental aún es un tema que se debe tratar desde el espacio que históricamente se ha designado a la sensibilidad emocional y mental, el espacio de lo privado, una clara manifestación de la estructura patriarcal y su dominio de la esfera pública, que en la actualidad todavía se manifiesta en un menor nivel de apertura de lo masculino en temas de salud mental y emociones.

Por otro lado, cabe recalcar que existe una gran heterogeneidad de opciones que devienen en aproximaciones legítimas, ilegítimas, legales o ilegales, o de métodos para accionar frente al

bienestar y la salud mental. Con esto, nos referimos a que las acciones que realiza cada individuo para sobrellevar el sentimiento de malestar son tan diversas como la población en sí misma, y la elección de cada persona puede estar relacionada en mayor o menor medida con la posibilidad de acceso (económico), conocimiento, apertura, cosmovisión, cultura y costumbres familiares o del círculo social al que pertenece, es decir con su contexto individual. En este sentido, en su gran mayoría las respuestas obtenidas al preguntar sobre “la manera de afrontar episodios de malestar”, estos oscilan entre: practicar deporte, consumir drogas, consultas psicológicas, entretenimiento, ocio, catarsis, apoyo familiar, esparcimiento, negación de responsabilidades, desviación de la atención hasta el desconocimiento.

Ahora, un 73,2% de los encuestados oscila entre los 25 a los 45 años, de este porcentaje el 53,5% tienen un nivel de estudio universitario. Una de las razones principales para dar con este dato tiene que ver con el método de encuesta, pues se realizó en su mayoría de manera virtual. En esta línea, también se podría inferir que la digitalización de la sociedad y las Tics juegan un papel fundamental en la divulgación (viralización) de herramientas para cualquier necesidad, entre ellas la salud mental.

Una de las preguntas medulares de la presente investigación tiene que ver con la definición y el imaginario de la salud mental existente en la población encuestada. Entonces, en un primer momento la salud en general es definida en la mayoría de las respuestas como bienestar, seguido de ser considerado como relacionado como una constante preocupación, hacer referencia al cuidado y en permanente relación con la calidad de vida que lleva cada individuo. Pensarlo en salud como preocupación (es decir una emoción negativa) añade al malestar social y a la constante expectativa sobre la salud versus la latente enfermedad. En este sentido calificar la definición en términos de preocupación permite pensar que la salud es algo que no tiene margen de respuesta o reacción adecuados desde la mayoría de la población, por ende el sentir entorno a la misma es negativo.

De manera complementaria, se ha preguntado también cómo definirían la Salud Mental, las respuestas con mayor porcentaje fueron las siguientes: **Bienestar Integral**, tranquilidad, actividad física, y atención psicológica. Y, para entender mejor estas definiciones cabe mencionar las respuestas a la pregunta sobre las estrategias de afrontamiento al malestar

psicológico en la población, de las cuales destacan terapia, trabajo personal/individual, evasión (disipar la mente), apoyo en el círculo cercano y ejercicio físico.

Bajo estas premisas, la población encuestada demuestra que conoce lo que para cada uno de ellos significa la salud mental y se refiere a la misma en positivo, englobándolo en su mayoría en la categoría de “bienestar integral” como un ideal. Al mencionar sus estrategias de afrontamiento del malestar, se identificó que la salud mental y el bienestar viene acompañado de un conocimiento general sobre enfoques psicológicos y terapéuticos como la vía más común de atención al malestar (sin decir que sea la más aplicada o aplicable), así como estrategias individuales de afrontamiento que no se encuentran en los canales formales de aproximación psicológica, como lo son el autocuidado, la evasión y el ejercicio, por nombrar algunos.

Por otro lado, a pesar de haber nombrado o identificado estrategias de afrontamiento del malestar psicológico, la mayoría de encuestados no utiliza ninguno, en segundo lugar la población encuestada utiliza la terapia psicológica, seguida por el ejercicio y el trabajo individual (autocuidado/autoestima), mientras que el menos mencionado es la espiritualidad o ancestralidad.

Ahora, también ha sido posible identificar algunas contradicciones presentes en el imaginario social que existe sobre lo que es bienestar y malestar (anclado a salud mental). En el sentido de que, la percepción de necesidades que acompañarían a la posibilidad de experimentar salud mental por periodos sostenidos, se centra en: autocuidado o trabajo individual 64%, oferta de servicios gratis en psicología 44%, mejorar calidad de vida en todos sus aspectos 44%, seguridad (en el amplio espectro) 36%, aumentar ingresos, es decir capacidad económica 30%, entre otros, versus el 1% de encuestados que consideran la necesidad de bienestar integral en sí mismo. Lo cual demuestra que si bien la salud mental es definida como “bienestar integral”, el considerarlo en sí mismo en su amplio espectro es lo último en lo que la población encuestada piensa al momento de hablar de sus necesidades cotidianas, sino que es identificada como una o varias acciones en específico.

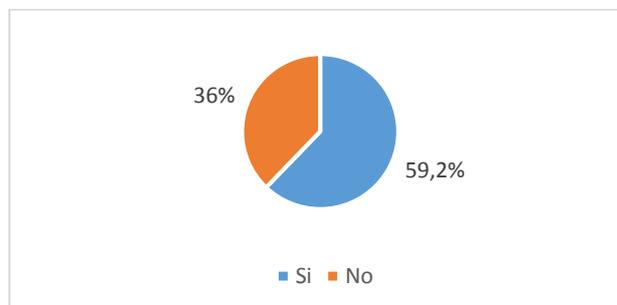
Continuando con la descripción de nuestra encuesta, al responder sobre cuál es la actividad más realizada en la vida cotidiana, el 60% de encuestados responde con el trabajo, algo

evidente si tomamos en cuenta que el grueso de la población de la encuesta pertenece a la Población Económicamente Activa (PEA). Esto permite poner sobre la mesa de discusión, la relación entre la capacidad para atender la salud mental y el salario que deviene del trabajo, ¿es la salud mental parte de la satisfacción de necesidades básicas para las y los quiteños? La encuesta muestra que este factor es importante, sin embargo, debido al alcance y naturaleza de la herramienta de recolección no es suficiente como para llegar a determinar que el estado de ánimo y el malestar social que refleja una persona se relaciona directamente con el nivel de ingresos económicos (aunque este aspecto de desigualdad económica es un factor relevante para la tesis en general).

Otra de las variables relevantes es el nivel de satisfacción del salario de la persona frente a su capacidad de solventar sus necesidades. Respecto a este tema, el 70% del total de los encuestados comentan que sus ingresos logran satisfacer sus necesidades básicas (vivienda, servicios básicos, transporte y alimento) y del total de encuestados, el 59% logra ahorrar un porcentaje de ese salario al mes. Además, la mayoría de encuestados (59,2%) destinan su dinero a la satisfacción de necesidades básicas y el entretenimiento. Esto permite poner en discusión como se valora la salud mental frente al deseo de adquirir cosas que se perciben como necesidades. La importancia que se le otorga a una cosa, evento o experiencia por sobre la salud mental revela otro eje transversal como es la priorización de necesidades, que pueden ser básicas o no, pero que desde una visión subjetiva y particular la salud mental puede estar en un nivel superior o inferior frente a otro deseo o necesidad de las personas.

### **Gráfico 3.1. Satisfacción de necesidades básicas en relación a ingresos económicos**

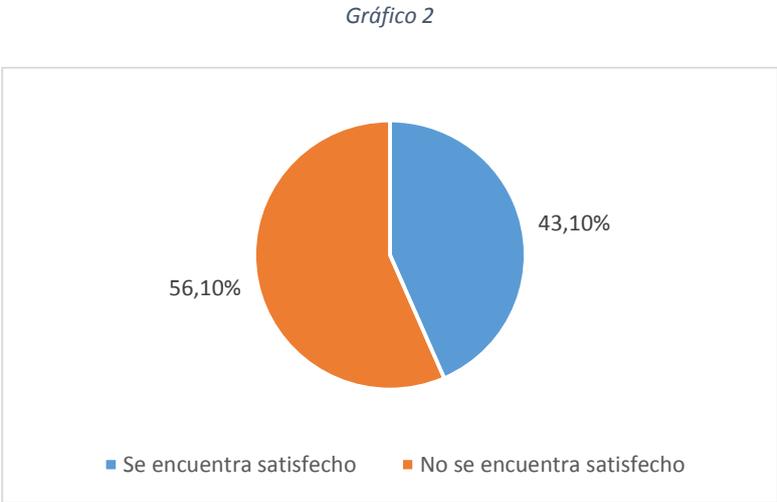
Gráfico 1



Fuente: elaboración propia

Por otro lado, la encuesta reveló que el 70% de la población ha aumentado sus niveles de preocupación por la salud individual desde la pandemia. Por su parte, el 56% de la población encuestada no está satisfecha con el nivel de ingresos que percibe, es decir que su salario resulta insuficiente para satisfacer necesidades prioritarias, y como se ha visto la salud mental no es una de ellas, por lo que su ingreso económico no es destinado a aproximaciones de bienestar como las ya mencionadas, en la mayoría de la población.

**Gráfico 3.2. Satisfacción del nivel de ingresos**



*Fuente:* elaboración propia

Otra de las consideraciones importantes al interior del análisis es entender si la preocupación en salud mental, recae en un aumento de la percepción de importancia del tratamiento para la salud mental, que lleve a un bienestar integral, y si esta importancia deviene en una preocupación activa de acceder a servicios que se aproximen a dicho malestar, para poder dar respuesta a esta consideración, se correlacionó la preocupación, la percepción de importancia y el acceso efectivo a servicios de salud mental obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 3.1. Correlación entre preocupación por la salud mental, importancia de tratamiento / acompañamiento para sobrellevar el malestar y, acceso a servicios direccionados a salud mental**

Tabla 1

		¿te has preocupado por tu salud más o menos que antes?	¿Consideras importante el tratamiento / acompañamiento para sobrellevar el malestar psicológico?	¿Cuentas con acceso a servicios direccionados a salud mental?
¿te has preocupado por tu salud más o menos que antes?	Correlación de Pearson	1	-,068	-,150
	Sig. (bilateral)		,446	,093
	N	127	127	127
¿Consideras importante el tratamiento / acompañamiento para sobrellevar el malestar psicológico?	Correlación de Pearson	-,068	1	-,048
	Sig. (bilateral)	,446		,591
	N	127	127	127
¿Cuentas con acceso a servicios direccionados a salud mental?	Correlación de Pearson	-,150	-,048	1
	Sig. (bilateral)	,093	,591	
	N	127	127	127

Fuente: elaboración propia.

No existe una correlación entre las variables antes descritas, y esto nos dice algo muy importante sobre la brecha visible entre pensar o preocuparse por la salud mental versus aproximarse efectivamente a la misma. Si bien algunos de los encuestados (51%) comentan tener acceso a servicios de salud mental, y el 98% de encuestados consideran importante el acompañamiento para afrontar el malestar cotidiano.

Su decisión no necesariamente es motivada de manera directa por una preocupación o grado de importancia que atribuyen a su problemática, sino que, al igual que con las dolencias físicas y el modelo hospitalocéntrico, las personas asisten o buscan ayuda cuando hay una manifestación del síntoma o la dolencia como tal. Lo cual probablemente, afianza el pensamiento de que la salud mental es un privilegio, puesto que, es una realidad que la capacidad económica, posibilita mayor acceso a condiciones de vida y recursos de todo tipo.

En este sentido, si bien la naturaleza de la encuesta no permite realizar un análisis profundo sobre esta breve puntualización, es recomendable para posteriores espacios de investigación

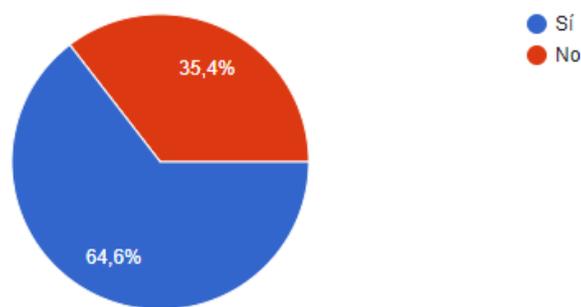
cuestionarse sobre ¿cuáles son las razones que permiten una preocupación activa y consciente a la salud mental?

Ahora, es necesario detallar la información obtenida sobre la sintomatología y el malestar presente en la población encuestada. Como ya hemos mencionado, parece no existir la percepción de la salud mental como una prioridad, sin embargo, el 75% de los encuestados han sufrido sintomatología que decanta en manifestaciones de malestar emocional, depresión, ansiedad, incapacidad de control de factores de su vida cotidiana, etc.

Así como también, la percepción individual sobre el malestar identificado en sintomatología depresiva y ansiosa es latente en el 65% de la población encuestada.

### Gráfico 3.3 Percepción de malestar, con sintomatología depresiva y ansiosa

Gráfico 3



Fuente: elaboración propia

De igual manera, el 100% de la población encuestada supo responder que al menos una vez han sufrido episodios de ansiedad o depresión, del global de participantes, el 65.6% lo destaca como una sensación recurrente en su vida cotidiana. Con estos resultados es posible establecer que el malestar y la sintomatología psicológica son permanentes en la población encuestada, dimensiones que permiten posicionar y sustentar a la salud mental como una necesidad poblacional de primer orden, desde su correcta identificación hasta su tratamiento, desde diversas aristas, mientras estas sean efectivas y culminen en bienestar integral, que es lo que busca la población.

Por último, la percepción de los encuestados frente a la pregunta sobre si creen que la salud mental es considerada como una necesidad por el común de la población refleja que no es indispensable para los individuos, al mismo tiempo revela que esta misma inconsciencia decae en la problemática principal que no exime la realidad de que la salud mental es una necesidad latente, aún más por no ser reconocida como tal. Ya que, mientras el 82.5% de encuestados consideran que no existe conocimiento o “sentido común” sobre cómo hacerse cargo de la salud mental, el 92.9% expresan la relevancia de tomar en cuenta como primordial a la salud mental individual y colectiva, como una necesidad latente.

Para poder dialogar con los datos descriptivos encontrados y tratar los hallazgos detenidamente, en el siguiente capítulo se trabaja la información cuantitativa y cualitativa recabada para esta investigación y se describe a fondo cada caso de estudio desde un enfoque crítico y descriptivo para posteriormente entrar en las conclusiones y contrastarlas con nuestra hipótesis.

## **Capítulo 4. Diversas respuestas frente a la problemática del malestar social en la actualidad**

A partir del proceso investigativo que se ha realizado desde la búsqueda documental hasta el trabajo activo en campo, ha sido posible identificar algunas de las formas y espacios existentes en la ciudad de Quito – Ecuador que se dedican a la prevención, identificación, tratamiento y sostenibilidad del bienestar y la salud mental de la población. Estos lugares de aproximación realizan su trabajo desde varios enfoques, uno de ellos a partir de la biomedicina y la psiquiatría, el segundo desde la psicología clínica comunitaria, conductual/formativa, y el último desde un enfoque alternativo con prácticas espirituales holísticas y ancestrales. De igual manera, y para el análisis general posterior, así como para la elaboración de conclusiones, cabe recordar que la recolección de información fue dirigida a la población en general a partir de una encuesta, analizada previamente, que facilitó obtener datos sobre los imaginarios y formas de pensar a la salud mental desde el locus de enunciación del individuo, mas no de la institución que de alguna forma ya la toma en cuenta.

A continuación, realizaremos un recorrido al interior de los datos arrojados y resultados obtenidos en los espacios de investigación y desde cada una de las herramientas de recolección aplicadas, para enmarcar el argumento central de la presente tesis/investigación, y el análisis realizado en el proceso:

### **4.1 Caso de Estudio: Hospital Psiquiátrico San Lázaro, actual Centro Ambulatorio San Lázaro, servicios públicos de salud mental**

Por fuera de los determinantes ya mencionados en el apartado histórico y contextual de la salud mental en el Ecuador, en el que ya se menciona a esta institución, los resultados así como la perspectiva que se esperaba obtener luego de la investigación y trabajo de campo, estaba anclada sobre todo al estigma que ha impulsado un cambio institucional: desde ser por un gran período de tiempo un hospital psiquiátrico, a los intentos por transformarse en un centro ambulatorio con una lógica de la salud mental comunitaria y no manicomial, así como también la perspectiva de aproximación a la salud mental desde una institución pública.

El trabajo de campo realizado constituyó en visitas regulares al lugar, que nunca abrió sus puertas para lograr ingresar y realizar entre otras cosas el proceso interno de observación participante, que se pensaba otorgaría una perspectiva amplia sobre la lógica de su trabajo y las interrogantes que planteaba la investigación. Sin embargo, al ser esta una institución pública cualquier tipo de recolección de información tenía que ser sujeto a aprobación y también a un engorroso proceso burocrático muy rígido, mismo que luego de ser realizado y completado no permitió el ingreso de la investigadora a las instalaciones, ni la elaboración de entrevistas a quienes actualmente trabajan y ocupan los servicios que presta el centro. Esta experiencia ya proporciona una primera mirada analítica sobre la apertura que existe desde instituciones psiquiátricas tradicionales, que trabajan en temas psiquiátricos o psicológicos dirigidos a poblaciones vulnerables, más aún cuando cuentan un bagaje histórico como el ya relatado, que involucra al Hospital Psiquiátrico San Lázaro.

Es decir, la formalidad así como el recelo de este tipo de instituciones, que trabajan en su interior asuntos que involucran sobre todo a la enfermedad psiquiátrica y la patología mental, así como su fama de ser espacios que aplican métodos de terapia calificados como violentos e inhumanos, han institucionalizado prácticas de encierro que involucran no sólo al enfermo, sino también a la institución en sí misma. Esta lógica fue evidenciable en las respuestas que cómo institución el Ministerio de Salud (2022, 1) proporcionó a las varias cartas de solicitud para ingresar al Antiguo Hospital San Lázaro, retratando en su discurso una preocupación por “la ética de la investigación en sí misma, y sobre la validez de los procesos investigativos, de confidencialidad y conocimientos en general”.

Entonces, si bien existe una primera preocupación sobre el cómo se realizará la investigación, y un legítimo celo por el respeto a las historias de vida de los pacientes, la institución no está dispuesta a permitir el ingreso de civiles, menos aún investigadores de las ciencias sociales, de manera abierta a las instalaciones, ni siquiera a partir de condicionantes de confidencialidad y ética en los procesos de recolección de la información, que como investigadores de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales manejamos.

Por otro lado, el proceso investigativo no podía terminar así, por lo que luego de una búsqueda personal de fuentes de información existió apertura de dos profesionales de la salud mental, específicamente de la psicología, quienes en algún momento trabajaron al interior del

Antiguo Hospital San Lázaro en el proceso de transición del establecimiento hacia una lógica de trabajo de salud mental comunitaria, y “no manicomial”. Es a partir de estas entrevistas y de la investigación documental que se ha podido obtener información valiosa sobre la temática en cuestión.

Por otro lado, con el afán de situar este como un espacio que ha visto de cerca el componente de desigualdades sociales que atraviesa toda la problemática de la salud mental, se considera importante retratar las condiciones en las que el Antiguo Hospital San Lázaro – Quito funcionaba, y realizar un recorrido en su interior, gracias a información literaria otorgada por el Profesor Ernesto Flores Sierra (2019, 106):

El Hospital siquiátrico de Quito, más conocido como “San Lázaro”, se ubicaba en el centro de la ciudad de Quito, en una vieja iglesia colonial adaptada como hospicio desde el siglo XVIII, y que en el siglo XX se había convertido en un hospital psiquiátrico. (...) (el espacio contaba con)<sup>16</sup> gruesas paredes de adobe que rodeaban la gigantesca estructura, la primera impresión que uno sentía al entrar (...) era frío, (...) esa heterogénea mezcla de piedra y adobe propia de las ciudades andinas. Frío que conducía al patio principal coronado por una pequeña pileta casi siempre decorada con trapeadores y baldes esperando a ser utilizados.

Esta descripción conduce a pensar dos cosas, la primera que debido a la antigüedad de la práctica psiquiátrica y la cantidad de pacientes en su momento fue lo más apropiado el apropiarse de espacios como el citado anteriormente para responder a una problemática y demanda que data desde la época colonial. Por otro lado, permite cuestionar que varios siglos después se haya continuado el uso del mismo espacio, sin adecuaciones y sobre todo sin lógicas distintas de aproximación a la enfermedad mental más que el encierro y el tratamiento carcelario. Sobre esta última característica Ernesto Flores (2019, 107) retrata lo siguiente:

Salas de consulta externa, antiguamente la sala de internamiento de los pacientes agudos, que había sido dejada de utilizar (para el año 2019)<sup>17</sup> debido a su carácter carcelario, las celdas (porque no se las puede llamar de otra manera” eran de 2 metros de largo por 1 metro de

---

<sup>16</sup> Aclaración añadida.

<sup>17</sup> Aclaración añadida.

ancho, y contaban con gruesas puertas de hierro que durante siglos encerraron el dolor de seres humanos que sumergidos en el mundo de la locura terminaron sus días tras esos barrotes.

(...) unas viejas escaleras de madera que dirigían al segundo piso, y en este piso se encontraba el área geriátrica femenina, donde vivían aproximadamente una veintena de **pacientes geriátricas en condiciones de postración algunas, y otras abrumadas por el peso de una senilidad cronificada por décadas de internamiento**<sup>18</sup>.

Es posible evidenciar que arquitectura y lógica institucional se complementan y acompañan permanentemente. La oración marcada en negritas permite realizar un análisis importante, la manera de tratamiento y sobre todo internamiento de pacientes en el hospital, permitía que este se convierta en la vivienda permanente de quienes ingresaban al lugar. Esto permite evidenciar un discurso que acompaña hasta el actual imaginario de la enfermedad mental, que considera que primero al entrar como paciente al “San Lázaro” te conviertes en un paria de la sociedad, y segundo que si entras las probabilidades más altas indican que no saldrás de él. Además que, la forma de vivir cotidiana responde al postramiento, y al dopamiento como la forma más aplicada de controlar y mantener el “orden” interno de la institución, es decir que esta era la manera de tratar al enfermo mental, casi que a partir de una eliminación de la personalidad y una serenidad inducida.

Ahora, el siguiente relato es importante, Flores (2019, 108):

Muchos pacientes presentaban déficit intelectual, pero como no tenían familia nunca pudieron abandonar el internamiento (...) esperaban envejecer para pasar al área geriátrica apoyando voluntariamente al hospital, se las podía encontrar en cualquier parte del hospital, a veces mendigando, pero las más simplemente buscando alguien de fuera con quién conversar.

Resulta cierta entonces la idea del porque también estas personas eran consideradas casi que inservibles para la sociedad o meramente como estúpidas, sin decir que es correcto o no<sup>19</sup>, este pensamiento tiene su origen primero claro en el discurso que al enfermo mental se atribuye, pero este por sobre todo está acompañado de la lógica de internamiento y

---

<sup>18</sup> Negrita añadida.

<sup>19</sup> Aunque personalmente no me adhiero a este pensamiento.

aislamiento total. En el sentido de que, si bien es cierto que muchos pacientes presentan un evidente déficit intelectual, en la mayoría de los casos este no responde directamente a su habilidad cognitiva en sí misma, sino al distanciamiento forzado de su persona hacia las herramientas para desarrollarla, problema que hasta la actualidad no se resuelve al 100%. Por otro lado, la anterior cita permite evidenciar la necesidad de quien está internado de pertenecer al mundo y a la sociedad, de conversar, sentirse parte, experimentar, y al final ser un ser humano tratado como tal.

Como retrata Flores (2019), ya para las últimas décadas existía un espacio de terapia ocupacional para sus contadas horas de libertad, en el que se podían encontrar talleres, gimnasios, peluquerías y demás, pero no establece si estos eran utilizados, o si cumplían su propósito por fuera del mero hecho de existir. En este mismo momento, en el que el hospicio llega a convertirse en un Hospital Psiquiátrico como tal, Flores (2019, 109) menciona que “las cadenas de acero dieron paso a las cadenas de medicamentos, y la modernización trajo consigo la racionalización de la locura (...) se reproducía la lógica manicomial, los uniformes”, etc., es decir incluso con el paso del tiempo se afirma el encierro para esconder la enfermedad y doparla para no tener que lidiar con ella.

Estos relatos, aunque son varios y pueden llegar a incomodar, otorgan información muy relevante sobre la forma en cómo se crea y arraiga un imaginario social sobre un grupo de personas y una problemática social histórica como la enfermedad versus la salud mental. La forma en cómo se construyó la fama de las prácticas psiquiátricas y sus espacios se impregnó en la mente de la sociedad de una manera tal que hasta la actualidad es difícil lidiar con ella, y ha institucionalizado el gran estigma que se les atribuye al malestar y padecimiento mental, sea este leve, regular, o grave.

Tras décadas de funcionar como un Hospital psiquiátrico, actualmente el Centro Ambulatorio ha sufrido varias transiciones en su administración y en el direccionamiento del enfoque psiquiátrico – psicológico. Si bien ya hemos evidenciado a detalle, antes sus prácticas se desarrollaban bajo ciertas pautas ortodoxas y medicalizantes, es decir desde una lógica de manicomio clásico, en la actualidad su enfoque ha migrado hacia una modernización teórica

con miras hacia lo comunitario, contrario a lo que su historia expresa como la regla, en la forma de “prácticas violentas”<sup>20</sup>.

No se ha podido corroborar que en la actualidad el espacio funcione como tal, o si los esfuerzos realizados por rehabilitarlo hayan ahondado en los aspectos más importantes de la inclusión del enfermo mental en la sociedad. Los hospitales psiquiátricos como el “San Lázaro” cumplen un papel fundamental en una sociedad como la nuestra, atravesada por la desigualdad social y la exclusión, si bien en la práctica son cuestionables, su necesidad no.

Ernesto Flores, psicólogo clínico al ser entrevistado para la presente investigación, comenta que una de las problemáticas más importantes en la historia de la salud mental anclada al espacio del Hospital Psiquiátrico, es que anteriormente el lugar atendía un gran número de pacientes con padecimientos psiquiátricos graves, mismos que debido a la brusquedad en el cambio de administraciones, paradigmas, enfoques, y demás, en varias ocasiones y en la actualidad han quedado desatendidos, muchos en situación de calle y otros en prisiones, contra un pequeño porcentaje que es cuidado por familiares o en facilidades privadas. Bajo esta perspectiva es a partir de la cual se piensa firmemente en la necesidad histórica y actual de la existencia y permanencia de espacios de reclusión y tratamiento de pacientes psiquiátricos y con trastornos psicológicos, que de otra manera no podrían sobrevivir o insertarse en el entramado social sin ser considerados como una amenaza, una carga, o ser excluidos para convertirse en personas marginadas y en condiciones de abandono, en situación de calle o prisión.

De esta manera, Ernesto (2022) posiciona un discurso bastante interesante sobre la necesidad de una verdadera aplicación de la salud mental comunitaria, misma que funcionaría como una alternativa al enfoque formal reclusorio y estigmatizante de la psiquiatría hospitalocéntrica, en la que el “enfermo mental” así como la comunidad que lo rodea están preparados, y en

---

<sup>20</sup> Violencia que desde la práctica psiquiátrica profesional es considerada como “necesaria” al momento de contener pacientes violentos, en estados de crisis o manía. Históricamente hay evidencia de que varias prácticas en efecto son innecesarias y sin fundamento, y que atentan contra los derechos humanos del paciente, actualmente existe cierto matiz frente a estas formas de actuar, mismo que podría ser investigado por sí solo y que no es el objetivo de la actual investigación.

condiciones de presenciar y apropiarse en el contexto de la realidad social la interacción completa con dichas personas. En este sentido, la lógica de los espacios manicomiales cambiaría hacia un enfoque comunitario de involucramiento directo de la población en materia de salud mental colectiva e individual.

La realidad actual permite evidenciar un abandono hacia pacientes que califican para ser admitidos en espacios como el Antiguo Hospital San Lázaro. Por otro lado, varios profesionales de la salud mental que han trabajado en el proceso de transición, mismos que fueron entrevistas para la presente investigación, comentan que en la actualidad los esfuerzos por cambiar el paradigma han sido interesantes, pero insuficientes.

Es decir, el actual Centro Ambulatorio ha aplicado nuevamente lógicas de encierro y cero contacto con la comunidad: no se permite el ingreso de civiles, o pasantes universitarios de manera voluntaria para el involucramiento directo con pacientes, peor aún actividades o estrategias de vinculación comunitaria como tales, a pesar de haberse constituido como un espacio de salud mental comunitaria. Nuevamente, la sociedad no cuenta con espacios a partir de los cuales desde la lógica formal se pueda romper con el estigma que envuelve a la enfermedad mental, por ende aísla cualquier posibilidad de siquiera pensar en que “si la comunidad estuviera preparada para recibir al paciente psiquiátrico, no tendría sentido el hospital, pero no lo está, porque (...) se sigue viendo cómo el saber está concentrado en la cicatriz” (Entrevista a Ernesto, ex - trabajador Hospital San Lázaro, 7 de febrero del 2022), es decir en el síntoma.

Un aspecto que permite caracterizar la dinámica de espacios formales de la salud mental, como el Centro es aquello mencionado por Ernesto Flores (2022) como la instrumentalización política de pacientes y espacios relacionados con la salud mental, en el sentido de que, tanto los espacios, como los enfoques y las prácticas, resultan funcionales para la invisibilización del malestar, que no debe ser mostrada en coyunturas políticas de las administraciones en curso. Una vez más siendo esto un determinante en el tiempo para la permanencia de esta lógica de aislamiento y ocultamiento de lo incómodo frente a lo "normal". Evidencia de esto es que la planificación y lógica de funcionamiento del Centro Ambulatorio considera en el discurso la práctica comunitaria e inclusiva, cuando en la práctica la dinámica manicomial y

de ocultamiento predomina todavía, tanto en la infraestructura como en el actuar de los profesionales de la salud.

En relación a esto, la comunidad cercana, el barrio, las familias y la sociedad en general, no están preparadas para acoger a un enfermo mental, ergo lo margina, excluye y teme, afianzando el imaginario social de rechazo del malestar y enfermedad mental, por ende tampoco se piensa en la salud mental como una necesidad masiva, sino únicamente como una consecuencia de padecer un trastorno que te excluirá de la sociedad. De igual manera, quien padece una enfermedad mental se ve casi obligada a esconderlo debido a la misma marginalización y exclusión constante en esferas primordiales de la vida en sociedad, el trabajo, educación, atención en salud, entretenimiento y vida cotidiana.

Otro determinante desarrollado en entrevistas con profesionales de la psicología y psiquiatría, como Lorena Carrera quien también trabajó en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, es que el estigma que históricamente define al tratamiento psiquiátrico y psicológico (por fuera de algunas prácticas desarrolladas con enfoque de tortura) deviene de una mala comprensión de la intensidad y necesidad de tratamientos. Lorena Carrera (2022) comenta que existen ciertas afecciones de salud mental severas de carácter psiquiátrico frente a las cuales se debe reaccionar a manera de contención urgente con la fuerza física para evitar que el individuo sea un peligro para sí mismo y para otros, sobre todo en episodios maniacos.

Este tipo de diferenciaciones no se conoce en el común de la población ya que el tema de la enfermedad mental todavía es un tabú. Por ende, entender que también existe un componente casuístico y circunstancial en las prácticas formales de aplacamiento de la enfermedad mental severa, es una necesidad latente a nivel colectivo, ya que es a partir del conocimiento transparente y participativo que el imaginario social inicia su proceso de deformación y reformación. Por esto la necesidad de la adecuada aplicación del enfoque de psicología comunitaria.

Por otro lado, L. Carrera comenta que muchas de las falencias de las instituciones públicas de la salud mental vienen de un pobre manejo y planificación de la oferta de servicios frente a la demanda y necesidad poblacional. Es decir, por ejemplo se exige “cumplir con un número demasiado alto de pacientes por día que necesitan atención psicológica, lo cual minimiza el

alcance del proceso terapéutico, agota al profesional, disminuye la calidad del servicio e imposibilita la capacidad de seguimiento de casos acorde a lo necesario” (Entrevista a Lorena Carrera, extrabajadora Hospital San Lázaro, 7 de marzo del 2022), por ende la continuidad de los procesos se ve comprometida. Es decir, el servicio de salud mental público del Ecuador, es insuficiente e ineficiente frente a la realidad social que enfrenta.

La información recolectada ha posicionado la problemática también desde la estructura de salud tanto pública como privada, y la desigualdad social latente, ya que por ejemplo ningún seguro o servicio de salud cubre la salud mental, y los momentos en los que se ofrece servicios psicológicos, aquellas personas que son referidas o que consideran su necesidad de tratamiento, acceden a escasas citas que duran alrededor de cuarenta (40) minutos con seguimiento mensual o trimestral, lo cual afecta la posibilidad de sostenibilidad del bienestar anhelado, y ocasiona una pérdida de fe en esta aproximación.

Esto, de la mano de la gran carga laboral o *burn out* de los profesionales públicos de la salud que no se permiten ofrecer un servicio de calidad, lo que genera a la vez una experiencia negativa de la terapia psicológica, que minimiza la posibilidad de superación del malestar y también ocasiona una pérdida de expectativa del resultado que se puede obtener desde la psicología como tal, afectando también al imaginario social sobre esta.

Entonces, existe otra dificultad añadida que fortalece el sentimiento colectivo de rechazo frente al tratamiento o visibilización de la salud mental desde el enfoque que convoca el presente apartado. Ya que, al ser diagnosticado o al sentir un malestar psicológico, el individuo así como la sociedad se enfrentan a una mínima oferta de servicios en psicología y psiquiatría u otras disciplinas, así como a un nivel bajo de calidad de los mismos en cuanto a la insuficiencia de personal, carencia de procesos de seguimiento y sostenibilidad del servicio. Por lo cual la priorización de atención es enfocada en otros aspectos de la vida individual, o en el ocio y entretenimiento (como se evidenció en los resultados de la encuesta) considerados más urgentes y accesibles que la salud mental, frente a una sociedad en crisis, en todos los sentidos. Dejando así un alto porcentaje de la población sin diagnóstico, con diagnóstico inconcluso, o diagnosticado pero carente de tratamiento y acompañamiento.

Al preguntar sobre lo que es la **salud mental**, en este tipo de espacios, enfoques e instituciones, los profesionales entrevistados comentan que “**se refiere a la ausencia de la patología mental o del malestar como tal**”<sup>21</sup>, así como a la capacidad de lidiar con el malestar a través de un diagnóstico y tratamiento que requiera de asistencia psiquiátrica, o internación en la mayoría de casos” (Entrevista a Lorena Carrera, extrabajadora Hospital San Lázaro, 7 de marzo del 2022).

Por otro lado, quienes han trabajado en el lugar y actualmente cuentan con una mirada crítica frente al mismo, consideran que salud mental, además de lo mencionado, “se ancla con la necesidad insatisfecha de sensibilización, capacitación e involucramiento de la comunidad en las instituciones y con aquellas personas con padecimientos mentales o malestares crónicos, así como leves” (Entrevista a Ernesto, ex - trabajador Hospital San Lázaro, 7 de febrero del 2022).

Entonces, podemos concluir que el enfoque psiquiátrico y psicológico de la salud mental, de manera general y bajo la experiencia investigativa del presente documento, sería entonces la capacidad de afrontar el malestar a través de herramientas terapéuticas diseñadas para este propósito, con acompañamiento de profesionales y espacios habilitados para este fin, así como la posibilidad de una deseable y beneficiosa vida en comunidad. Teniendo muy en cuenta que este objetivo rara vez se logra cumplir ya que se encuentra permanentemente atravesado por el estigma y la exclusión social de lo que implica la enfermedad mental y su bagaje histórico arraigado en la sociedad quiteña, así como una histórica y actual desigualdad social que atraviesa el contexto quiteño.

#### **4.2 Caso de estudio: Centro de Apoyo Psicosocial UBUNTU**

Este espacio pertenece a una iniciativa realizada por el Hospital Padre Carollo al Sur de la ciudad de Quito, que en un cierto punto consideró abrir una Fundación que pueda atender a población vulnerable del sector, creando así la Fundación Tierra Nueva, misma que trabaja temas sociales, de salud, discapacidades, educación y su arista de atención a la comunidad

---

<sup>21</sup> Negrita añadida

desde el área de la psicología en el Centro de Apoyo Psicosocial “UBUNTU”. Al interior del centro realizan trabajo psicosocial y psicológico con adolescentes, niño/as, y también un trabajo con distintos sectores y barrios del Sur de Quito en los que el componente de desigualdad social es evidente, y al mismo tiempo trabajan en coordinación con instituciones públicas, a partir de un enfoque psicológico conductual y humanista, y de la psicología comunitaria.

En este caso los acercamientos iniciales realizados por la investigadora dieron frutos al instante, luego de conversar en primera instancia con Marcela Cruz, coordinadora del área que conecta al Hospital Padre Carollo con el Centro UBUNTU, supieron redirigir el proceso institucional a la Directora del Centro de Apoyo psicosocial, quien a su vez conversó con Soledad Ávila, coordinadora del área de psicología comunitaria. Ella sería la informante clave para todo el proceso de investigación, así como quien abrió la posibilidad de conversación con otras profesionales, la observación participante en el espacio y la aplicación de la encuesta en los alrededores del barrio.

Entonces, el proceso de recolección de información al interior de UBUNTU fue realizado a partir de un inicial proceso burocrático, bastante breve, en el que se ingresó el requerimiento de investigación a nivel de maestría, frente al cual se tuvo la agradable respuesta de que el Hospital motiva este tipo de trabajos que a su vez pueden retroalimentar de manera crítica su trabajo para posteriores mejoras. Al obtener la aprobación para ingresar al espacio, se realizó varias visitas a la instalación para realizar observación participante, así como se solicitó entrevistas con varias psicólogas (mismas que se realizaron vía zoom).

La observación participante permitió evidenciar algunos aspectos que posteriormente fueron enriquecidos con la perspectiva de quienes trabajan en su interior. Entonces, de manera visual y ya atravesada por el ojo analítico de la investigadora, se puede describir el espacio de la siguiente manera:

Al ingresar a las instalaciones, y en los días en los que se asistió se pudo evidenciar un colectivo sentimiento de incomodidad frente a la presencia de la investigadora, aunque el lugar de observación no interrumpía el devenir normal de la cotidianidad, y tampoco fue realizado de manera invasiva. Sin embargo, quienes observaban a una persona que sin ser

atendida se sentaba por largas horas a observar sentían una cierta curiosidad, o incomodidad, probablemente por el mismo hecho de ser un espacio que trata temas de salud mental, considerados históricamente como confidenciales.

También, se observa un espacio abierto e iluminado, en el parque central existe una gran claraboya que permite el ingreso de luz solar toda la mañana hasta entrada la tarde, sin embargo existía una gran corriente de frío, la pintura es de color blanco enteramente, y todo el lugar tiene pizarrones de corcho empapelados con afiches sobre la importancia de la salud mental y tips sobre cómo sobrellevar la enfermedad o el cotidiano malestar (anexos fotográficos). Es un espacio callado, tiene muchas señales de no fumar y con mensajes fuertes sobre las consecuencias de las adicciones, lo cual tiene sentido ya que gran número de su población se encuentra en la etapa de adolescencia.

El primer espacio que uno ve al ingresar al centro es la recepción, lugar que es destacado también por las entrevistadas ya que el nombre que le han otorgado es el de “Acogida”, con el propósito de difundir un ambiente acogedor y no médico desde el primer momento. En la misma línea, los espacios de consulta son referidos como “salas” y no como los tradicionales consultorios, bajo el mismo precepto y propósito antes mencionado.

Algo importante es que si bien las paredes son blancas, existen constantes referencias tanto de pintura como de decoraciones de aves volando en libertad luego de un proceso de evolución. Lo cual puede evidenciar la lógica de no reclusión y el objetivo principal del centro de apoyo psicosocial, que como ya se retratará posteriormente, es dotar de herramientas para sobrellevar el día a día en comunidad. Si bien parte de la lógica comunitaria incluía en el espacio evidenciar el discurso de rechazo hacia lo médico, incluso en la vestimenta, se podía evidenciar que las psicólogas (todas mujeres) realizan sus consultas y terapias con un uniforme muy parecido al de un médico.

El lugar, se encuentra ubicado a lado del Hospital Padre Carollo, que por su ubicación geográfica se encuentra rodeado de árboles y áreas verdes, así como un parque emblemático de la ciudad de Quito frente a él. De igual manera al interior del centro proliferan las plantas y vegetación, que resulta en percepciones de calma y disminuyen el sentimiento sentir este como un espacio frío de consulta y tratamiento médico, o eso es lo que esperan transmitir.

Al interior de las salas, la distribución del espacio es muy parecida a la de un consultorio médico y psicológico, existe una camilla, algunos sillones, un lavabo y algunos materiales de higiene como pañuelos, papel higiénico, etc., para la contención emocional de quienes asisten a recibir terapia. Este aspecto resulta interesante ya que a pesar de los esfuerzos tanto discursivos como prácticos de distanciarse del modelo biomédico, el centro todavía utiliza herramientas que desde este enfoque se han institucionalizado para la práctica psicológica en específico, al igual que la vestimenta y el efecto de pertenecer a una institución hospitalaria. El lugar continúa luchando para no ser un mero espacio médico, pero todavía existen rezagos, aparte de lo ya mencionado, estar dentro del centro invita mucho a estar callado y al autocontrol, tanto para permitir que se desarrollen las actividades terapéuticas al interior, pero que también evidencia todavía al orden como un tema de relevancia y probablemente como algo necesario.

El respecto, el enfoque principal de UBUNTU<sup>22</sup>, perteneciente a Fundación Tierra Nueva (2022) es el de “propiciar un lugar de acogida donde se recogen las expectativas e inquietudes de padres y adolescentes con la ayuda de talleres psicoeducativos y participativos que extienden recursos para la autoeducación, formación de sus hijos, hijas y con los jóvenes, el trabajo enfocado en el desarrollo personal, de destrezas y de habilidades sociales”. En este sentido, su labor se centra en talleres y grupos de direccionamiento en temas de bienestar social, y de manera focalizada realizan atenciones y terapias psicológicas con distintos enfoques en niñez, género, terapia familiar, discapacidades, violencia, trastornos específicos, entre otros.

Al preguntar cómo **definirían a la salud mental**, Soledad Ávila, Coordinadora del área de psicología comunitaria, pudo establecer que al interior del Centro trabajan desde la **atención integral**. Es decir: trabajar con el ser humano desde todas sus áreas bio-articulares, con un modelo proclamado como totalmente opuesto al médico, por tanto se enfocan en tratar el malestar psicológico, y procesos difíciles de la vida humana con consecuencias psicológicas en general. Quienes conforman el Centro consideran a la salud mental como la capacidad que

---

<sup>22</sup> <https://www.fundaciontierranueva.org.ec/servicios/centro-psicosocial/>

se adquiere a través del trabajo psicológico de encontrar bienestar, en medio de las circunstancias a las que se enfrenta el ser humano a lo largo de su vida, lo cual pone en evidencia la necesidad de que este sea un proceso sostenido y permanente de enfrentamiento con la realidad, y la desigualdad social.

El beneficio de la práctica psicológica es considerado por las profesionales del centro como la posibilidad de otorgar herramientas de afrontamiento a la sociedad, desde **recursos psicológicos conductuales emocionales**, que permiten la interacción con el mundo exterior, herramientas que permitan al individuo valerse por sus propios recursos disponibles. Al mismo tiempo que se enfrentan con el pensamiento de la población, de que “la enfermedad, el malestar psíquico se lo debe tratar como una enfermedad física, eh? En el sentido de que hay un tiempo de cura, hay un tipo determinado de cura. Hay una serie de acciones que tiene que hacer para poder curarse de nuevo entre comillas” (Entrevista a Lizbeth Toro, psicóloga de UBUNTU, 20 de mayo de 2022). Por ende, la aproximación hacia la salud mental en UBUNTTU resulta incómoda para varias personas que lo que buscan es una cura inmediata, con cero responsabilidades personales de lo que implica la terapia psicológica.

El centro trabaja a partir de un enfoque de la psicología humanista, conductual, comunitaria y complementaria, es decir preocuparse de situaciones individuales pero también de la inserción social de las personas y su entorno. Este enfoque y conjunto de perspectivas permiten que en su aplicación se respete la individualidad de los pacientes, lo cual facilita un tratamiento personalizado acorde a las necesidades casuísticas. En este sentido, han podido identificar que **en el Ecuador la salud mental no es una prioridad, sino un privilegio**, que se identifica en la forma en que se enfrenta el malestar cotidiano, en palabras de una de las entrevistadas, Lizbeth Toro, en el conjunto de la población quiteña “realmente lo que pasa no es que nos curamos cierto, sino que aprendemos a manejar nuestro malestar, a minimizar los síntomas que podemos estar sufriendo como como individuos en el día a día” (Entrevista a Lizbeth Toro, psicóloga de UBUNTU, 20 de mayo de 2022), por fuera de buscar el acompañamiento, se vuelven mecanismos de invisibilización del malestar psicológico.

Entonces, frente a esto Soledad Ávila comenta que la forma de trabajo en el Centro se ancla a una metodología comunitaria que se separe de la lógica formal y medica de la salud mental, permitiendo involucramiento directo con la población en relación con su propia comunidad.

Específicamente su visión se centra en pensar y entender a la persona con su contexto e integrarlo en la forma de trabajar la psicología. Entonces, deja de ser enteramente un trabajo individual para convertirse en una herramienta de inserción social y manejo del malestar en pro del ser social y la vida en sociedad (Entrevista a Soledad Ávila, psicóloga de UBUNTU, 15 de marzo de 2022).

Es decir, la propuesta del centro recae en que la igualdad de acceso a la salud mental se encuentra al momento en que el **“sufrimiento/malestar logra ser compartido**, ser trabajado en comunidad para así obtener un alivio” (Entrevista a Soledad Ávila, psicóloga de UBUNTU, 15 de marzo de 2022). Al contrario de aquello que se ha propuesto por años en la sociedad capitalista e individualista en que el sufrimiento es privado y no debe ser demostrado en el espacio público. Dicho enfoque permite desde el espacio “formal” de la psicología visibilizar el malestar colectivo, anclado en el contexto social y las emociones.

Soledad Ávila, encargada del área de psicología comunitaria en UBUNTU, comenta que el centro ahora propone una lógica de atención no tradicional, ni médica ortodoxa, en la infraestructura del espacio así como el en servicio y el discurso transmitido a la comunidad y sus pacientes. Y a partir de la observación participante se pudo corroborar que, visualmente el espacio y sus trabajadoras (mayoritariamente mujeres) intentan siempre expresar comodidad, sentido de pertenencia al espacio y cercanía con sus “pacientes”. De hecho en el discurso de varias psicólogas entrevistadas, UBUNTU es siempre un “espacio de acogida” más que un consultorio ya que el primer lugar al que el paciente se acerca es la garita de acogida y no un mero cubículo de información. Lo mismo en cuanto a los colores y la iluminación, así como la vestimenta y en lo posible el lenguaje (que no resulte médico en su totalidad), las actividades que ofrece el lugar en cuanto a grupos de apoyo, procesos lúdicos e informativos, terapia, entre otros, lo cual permite evidenciar el muy marcado conocimiento del estigma que existe frente al tratamiento psicológico y psiquiátrico, tanto desde la población como desde los mismos profesionales de la salud mental. De aquí el intento de alejarse de la lógica y práctica formal frente a la que la población genera un tajante rechazo.

Entonces, se puede pensar en la indiscutible necesidad poblacional de aproximación a la salud mental de manera integral de la mano con un mucho más latente miedo y rechazo a los lugares “formales” que ofrecen un cierto servicio a la población, y también el gran esfuerzo

de lugares como UBUNTU que al distanciarse de la medicina en salud mental con enfoque ortodoxo que representaría frialdad, maltrato y estigma social, presentan espacios amigables y accesibles que tratan el malestar con normalidad desde el acompañamiento profesional y comunitario.

Las prácticas aplicadas por el centro toman en cuenta de manera transversal en todas las aristas de su trabajo a la desigualdad social, en el sentido en que históricamente se considera el sector hacia el cual es dirigido es en su mayoría con habitantes que pertenecen a grupos de población vulnerable, en situación de pobreza, violencia, maltrato, enfermedad, o en condiciones que mínimamente permiten una subsistencia. Es decir, la percepción quiteña común que se tiene del Sur hace pensar en los sectores que lo conforman en su totalidad como espacios en condiciones deplorables, en los que abunda más la desigualdad. Aquí cabe realizar un análisis desde el imaginario social de lo urbano que existe en la ciudad de Quito, en el sentido de que “fenómenos sociales como la percepción y la representación son constitutivos de la construcción de la realidad (...) Desde las primeras décadas del siglo XX, la división de clases en la ciudad de Quito se espacializó, las élites se desplazaron desde el antiguo centro colonial (...) hacia el norte geográfico, mientras que las clases medias ocuparon dicho centro y las nuevas clases populares se asentaron en la zona sur” (A. Santillán, 2017, 192).

La ubicación del lugar es también importante ya que al encontrarse en el extremo Sur de Quito, en la Av. Rumichaca S33-10 y Matilde Álvarez, sector Quitumbe, la generalidad de habitantes se encuentran embebidos por condiciones sociales calificadas por el común de la población como en desventaja en términos económicos, de infraestructura, empleo, violencia/seguridad, acceso a servicios, entre otros. Las jornadas de observación participante permitieron dar cuenta de la infraestructura del sector, si bien existe un parque cerca el “Parque de las cuadras” mismo que proporciona a todo el sector de una oportunidad de ejercicio y dispersión, al cruzar la calle se puede evidenciar la proliferación de negocios en calidad de emprendimientos, el uso en su mayoría del transporte público o la movilización a pie, así como también grupos de personas en situación de calle en cada semáforo, personas pidiendo ayuda que ingresan al espacio, entre otras cosas.

A primera vista es posible evidenciar una planificación espacial “de aglomeración”, o construcciones no muy vistosas o creadas con el imaginario de lo estético y lo bello, Santillán (2017) lo expresa muy bien al retratar cómo alrededor de los años 50 y 80 la ciudad de Quito sufrió tanto una segregación planificada como desregulación y falta de normativas de acción pública en el sector Sur, motivo por el cual hasta la actualidad se piensa en el paisaje urbano (al Sur) lleno de asentamientos precarios, y población enteramente vulnerable.

Pero, a partir de los años 90 el crecimiento del Sur de Quito es exponencial, y se consolida en una urbe en la última década de los 2000 (Santillán 2017 y 2015). Sin embargo, el plano simbólico se mantiene a la actualidad desde un imaginario peyorativo, a pesar de que existen muchas viviendas construidas, proliferación de negocios o emprendimientos, mucho movimiento mercantil a varias escalas, desde lo masivo y “al por mayor” hasta la venta en unidades por fuera de los negocios con trabajo informal, entre otras muchas cosas.

Es decir, al observar el sector de Quitumbe al Sur de Quito, es posible decir que en la actualidad no es en su totalidad un espacio marginal, sino que existe mucha polarización en términos de la economía, subsistencia y condiciones de vida. Por tanto, es posible encontrar personas con muy buena situación económica, como personas en situación de calle, y una muy buena cantidad de personas que pertenecen a la clase media, ya que el espacio en sí mismo acoge a una gran diversidad de la población quiteña, por los costos que allá se manejan, por la planificación espacial que existe, por cómo se maneja la seguridad, la estética en las calles, etc. “Si bien la distribución (...) de servicios e infraestructura (...) mantiene importantes desfases, (...) ya no requiere enteramente de la precariedad para persistir, su soporte está en el imaginario como trasfondo que “hace representar” el territorio de una forma dual” (Santillán 2017, 193).

Es decir, el orden socioespacial creado históricamente, que da cuenta de segregación y clasificación de clases sociales “se ha modificado sustancialmente durante la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, (...) los términos Norte y Sur adquieren connotaciones sociales (...) el primero asociado a los privilegios sociales y el segundo a una posición desfavorecida” (Santillán, 2017, 192), como ya se mencionó en capítulos anteriores en los que se destaca la segregación histórica a ciertos grupos poblacionales, más aún al hablar sobre salud y enfermedad mental, lo cual ahonda en el estigma y el rechazo hacia la presente temática.

Entonces, la percepción del común clasifica a las condiciones de vida del sector geográfico extremo sur de Quito, como en su mayoría de clase baja con economías de supervivencia (lo cual ocupa la totalidad del tiempo de vida de la persona o grupo social), cuando en realidad además de este último grupo poblacional, el Sur de Quito alberga gran diversidad poblacional.

Si bien, estas consideraciones permiten expandir el panorama del territorio estudiado, permite pensar también a partir de la relación que existe en el imaginario con la historia de segregación física y el arraigamiento de una segregación imaginaria, que anclado a la percepción del *social defeat* incide en la proliferación del malestar social colectivo, e invisibiliza una gran variedad de condiciones que confluyen en el espacio de la ciudad de Quito, sobre todo en el Sur.

Esto se evidencia al interior de UBUNTU: la percepción desde el personal de atención psicológica hacia la población que es atendida se explica a partir del imaginario de pobreza y vulnerabilidad del total de la población que acude al centro. Aunque por otro lado, resulta de pensar en la necesidad de asistencia psicológica como una necesidad fuerte, que se ancla en la existencia y continuidad de ser del centro, ya que su objetivo y misión para con la sociedad es “ayudar” a aquellos en necesidad. Es posible ver que el imaginario que se maneja desde el personal de UBUNTU es el que la población considera tener mejores cosas por las que preocuparse que su salud mental, es decir “la mayoría de personas, entre asistir al psicólogo y comer u otras cosas, va a elegir siempre primero: la supervivencia” (Entrevista a Thalia Bossano, psicóloga de Centro UBUNTU, 9 de mayo 2022). Aquello que otorgue satisfacción inmediata como la comida o el entretenimiento, repercute en el acceso en todo sentido a la posibilidad de aproximación a la salud mental, particularmente en UBUNTU que se presenta a la población con precios accesibles, y se enfrenta con la realidad de que para la población la capacidad de ser atendido sigue siendo considerada un privilegio por ser un servicio privado que no muchos están dispuestos a pagar.

Por otro lado, si bien existe esta lógica de asistencia y ayuda social a los vulnerables, y el centro ofrece varias opciones de pago, desde subsidios hasta en ocasiones servicio gratuito, y quienes trabajan en UBUNTU consideran que el cobro de un valor económico es indispensable inclusive para asegurar procesos duraderos con cada paciente. Soledad Ávila comenta que, el otorgar gratuidad en terapia psicológica no genera un compromiso verdadero

en el 90% de los casos ya que no existe esta idea de esfuerzo o retribución por dinero, por tanto el servicio pierde efectividad. Seguido de **altos índices de deserción** de la terapia por dos razones en específico: sentir una mejoría, o no sentirla y enfrentarse a procesos de larga duración para su eficacia. Lo cual, afirma el hecho de que la salud (mental) y su aproximación desde la psicología, a pesar de ser una necesidad, no es identificada por la población como tal, en la mayoría de casos.

La psicología comunitaria, como un enfoque y una propuesta participativa, evidencia a la salud mental como una problemática que tiene el deber de considerar todas las aristas de la vida de una persona, y de manera relevante su componente social. Esto pone de manifiesto la importancia de tomar en cuenta a la desigualdad social, que se ha evidenciado sobre todo en un lugar como el Centro de Apoyo psicosocial UBUNTU, como un componente transversal de las formas de entender tanto al malestar como al tan anhelado bienestar, y cómo desde esta desigualdad se puede atribuir relevancia a la religión, a la capacidad económica y de crecimiento laboral, o a la salud mental y la psicología comunitaria como tales. Entonces se entiende la ardua tarea que desde instalaciones como UBUNTU se debe llevar a cabo para visibilizar una problemática ya latente y de imperante necesidad, como lo es la tan mencionada salud mental en Quito.

#### **4.3 Caso de estudio: Templo Jempe**

Templo Jempe nace como un proyecto personal de su fundadora Carolina Páez, tuvo su origen en el año 2019 en tiempos de pandemia con el objetivo de atender al malestar individual y social generado por el encierro y aislamiento, luego de anclarse a un grupo de personas que compartían el mismo propósito pudo abrir sus puertas a la población en un espacio físico. Este cumple con el objetivo de hacer frente a la superación de etapas difíciles y malestares constantes como: depresión, ansiedad, procesos traumáticos, encuentro con el “yo”, enfermedad física, desconexión con el ser, procesos de pérdidas amorosas, de trabajo, familiares, entre otros (Entrevista a Carolina Páez, fundadora Templo Jempe, 10 de mayo del 2022). El espacio definido como **holístico espiritual**, ofrece prácticas de sanación a través de la aplicación y libertad de expresión de cosmovisiones diversas centradas en la ancestralidad, la conexión con la naturaleza y lo espiritual.

En contraste con las dinámicas, la lógica y la aproximación práctica frente a la salud mental en el hospital psiquiátrico y UBUNTU, Templo Jempe es definido por sus fundadores como un espacio especializado en el “Servicio de salud alternativa y holística”, en el cual se ponen en práctica varias ramas de medicina ancestral de todo el mundo, a partir de los ideales del Respeto, la Unión y el Amor. Este lugar fundado en el año 2021 en las afueras de la ciudad de Quito, en Tumbaco, cuenta con disciplinas ancestrales de tratamiento, que se concentran tanto en espacios al aire libre como en construcciones ancestrales específicas para el “tratamiento del cuerpo y el alma”.

Al ser un lugar místico, en relación directa con la medicina ancestral “alternativa” y las formas “poco comunes” de aproximación al cuerpo y el alma, la estructura física cuenta con: El templo del Sol, y el templo de la Luna, espacios creados arquitectónicamente para el aprovechamiento de las energías y de las prácticas ancestrales/alternativas que se llevarán a cabo. Su cosmovisión considera un conglomerado de conocimientos que se podrían resumir en el significado de su nombre, el cual lo definen de la siguiente manera “Muchos lo conocen como colibrí, para los Shuar es *JEMPE*, el ser alado que se atrevió a retar al inframundo para traer el fuego, el calor, el conocimiento a la comunidad” (Entrevista a Carolina Páez, fundadora Templo Jempe, 10 de mayo del 2022).

A su interior ofrecen varias prácticas con el objetivo de encontrar la sanación, del cuerpo, la mente, los sentimientos, buscando el **bienestar integral del individuo y la comunidad**, siempre en constante conexión con la naturaleza, las energías y lo desconocido supraterráneo, que es de hecho lo que definen como **salud mental**.

La investigación realizada en medios digitales, así como la observación participante, permite evidenciar que el templo, abierto a todo público, es un espacio que podría ser considerado **exclusivo** debido a su apertura reciente en época de pandemia, y por ser conocido por un grupo reducido de personas que tienen algún tipo de relación directa con sus dueños, guías o practicantes, o a partir de un grupo en redes sociales. Es decir la difusión de este espacio y sus prácticas sucede de boca a boca, por ende recorre círculos sociales cercanos a sus fundadores, usuarios y guías espirituales.

En cuanto a la caracterización de la población que asiste al lugar, son aquellas que de alguna manera ya se encuentran ancladas a una búsqueda espiritual y alternativa de lidiar con la vida cotidiana, otras asisten en señal de apoyo al crecimiento del proyecto, y muchos otros no cuentan con diagnósticos de patologías mentales pero consideran suficiente el sentimiento de malestar social para buscar maneras de aproximarse a él. Por otro lado, un gran número de personas que ahora encuentran su hogar en Templo Jempe son aquellas que han probado aproximaciones psiquiátricas, psicológicas, comunitarias, de esparcimiento individual, entre otras, y todas han resultado insuficientes, desatinadas o sin relación a su cosmovisión personal, y esta posibilidad ha surgido luego de una exhaustiva búsqueda de bienestar personal para aplacar el malestar psicológico, emocional, etc.

Entonces, desde este espacio consideran el acompañamiento en salud como la necesidad de conexión desde prácticas holísticas y la sensibilidad, así como la energía compartida de los seres humanos con los que los rodea y con ellos mismos, “creando un vínculo que trasciende la lógica (Entrevista a Carolina Páez, fundadora Templo Jempe, 10 de mayo del 2022) que permite acercarse y obtener la sanación y el alivio del malestar latente, por esto la llaman **terapia alternativa**.

Aquí la **salud mental** como ya se mencionó, es considerada como **bienestar integral**, de manera que el individuo y la colectividad que se aproxima a su salud mental bajo el enfoque de este espacio necesita realizarlo desde varias aristas complementarias, es decir: lo físico, mental, emocional, psicológico y espiritual, con gran énfasis en esta última. Si bien, su accionar se adhiere mucho a prácticas meramente ancestrales, medicinales y energéticas, también consideran con gran fuerza el acompañamiento psicológico de requerirlo, sea por fuera del Templo o incluso al interior de este con profesionales de la salud que forman parte de él, avalan sus prácticas y las recomiendan casuísticamente (Mary Zerpa, 2022 grabación).

Mary Zerpa, psiquiatra de profesión, quien asiste con regularidad al Templo, y realiza terapias holísticas en su interior, menciona que “veía esta dicotomía que se había establecido entre el psiquiatra y el psicólogo, y la entendía porque teníamos formaciones diferentes, pero (...) yo nunca pude llevarme bien con ese esquema de prescribir (un fármaco) y nos vemos en un mes, ¿no?, entonces yo necesitaba conocer quién era esa persona y cómo estaban sus situaciones, sus rasgos de personalidad, o sea, para mí no era negociable saber. Y, y también

me di cuenta de que, además que había pacientes que no respondían bien a los fármacos” (Entrevista a Mary Zerpa, psiquiatra, guía espiritual en T. Jempe, 12 de abril del 2022). Por tanto, su investigación personal la llevó a adentrarse en prácticas holísticas que bajo su experiencia funcionan de maravilla incluso para tratamientos de enfermedades psiquiátricas severas.

M. Zerpa realizó una formación en medicina funcional, que está tomando mucha fuerza en Latinoamérica, para trabajar las afecciones mentales desde abajo y no solo el síntoma, que es muchas veces en lo que en lo que incurra en la medicina. Por otro lado, realizó su formación en medicina de bi-regulación que toma mucho en cuenta la nutrición, y la energía que trabaja básicamente con remedio homeopático, que son como un impulso energético que facilita que tu propio cuerpo genere los mecanismos de curación, también cuenta con una formación en psiquiatría nutricional y meta.

Como consecuencia de toda esta búsqueda, Mary se adentra en el conocimiento y aplicación de los estados expandidos de la conciencia en el tratamiento psiquiátrico, y como resultado conoce a los fundadores de Templo Jempe y otras casas alternativas en Quito que trabajan la espiritualidad holística. Resulta interesante el proceso de inserción de un profesional de la psiquiatría en un espacio como el Templo, ya que esta interacción tan estrecha da cuenta de un proceso de vinculación de lo formal con lo alternativo que no se retrata en la literatura existente sobre salud mental.

Si bien, la psiquiatría realizaba experimentos con compuestos provenientes de plantas, como el ácido lisérgico, el LSD, entre otros, fueron drogas que a la final terminaron por ser dañinas y perjudiciales para el consumo humano debido a componentes adictivos o al mal manejo de sustancias por parte de pacientes y del ser humano en general. Entonces, el nexo que sucede en Jempe sobre la utilización de la medicina ancestral y la terapia ritual holística para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas es digno de apreciar ya que a este espacio han asistido personas con traumas severos, depresión crónica, entre otras afectaciones psicológicas y psiquiátricas, y bajo esta experiencia han sentido gran mejoría.

En un inicio, Mary así como quienes conforman el Templo, es decir los guías, realizan un proceso espiritual y de sanación propio. Y gracias al amplio espectro de tiempo y trabajo

individual desde varias ramas (psiquiatría, ejercicio físico, herencias ancestrales, entre otros) han podido llegar a niveles altos de conocimiento y práctica, que desde su perspectiva y la de quienes lo visitan son catalogadas como terapéuticas, aunque formalmente no sean definidas como tales: “cada ceremonia con medicina ancestral es como ir a diez sesiones de un psicólogo, así de fuerte, recibes muchas respuestas y mucha conciencia, no queda solo en el trabajo de la ceremonia pero recibes mucho alivio cuando vas, con el propósito claro de querer trabajar algo emocional” (Entrevista a David Saltos, guía de ayuno intermitente en T. Jempe, 22 de marzo del 2022). De esta manera, cada uno de ellos a partir de su experiencia de sanación alternativa ofrece con convicción el servicio que puede prestar a la comunidad, así como afirma la evidencia de grandes resultados y “saltos cuánticos de sanación” frente al malestar, cualquiera que este sea de forma integral y consciente.

Otra práctica realizada al interior del Templo es el “círculo de mujeres”, este se lleva a cabo a partir de la guía de Michelle Moreno, ingeniera ambiental, que se formó personalmente en esta práctica, y la considera como “una actividad muy terapéutica, a pesar de que quienes lo guían no son terapeutas, ya que es un círculo de palabra y esto ya es una gran terapia, (...) el círculo en sí mismo enseñará lo necesario de manera terapéutica. Aquí viene el lado místico, cada círculo es distinto y las experiencias son distintas porque las personas nunca son las mismas, y esto uno se puede dar cuenta que en cada círculo, estuvo quien tenía que estar y aprendiste lo que tenías que aprender, en un círculo prácticamente todas somos maestras y todas somos estudiantes. No es que las guías saben más o están ya iluminadas, sino que todas están realizando trabajos y procesos personales” (Entrevista a Michelle Moreno, Guía del círculo de mujeres en T. Jempe, 30 de marzo del 2022).

Por otro lado, Juan José Franco, guía holístico, comenta que se considera a sí mismo como un “contador de historias (...), te digo esto porque desde la mano del trabajo de terapia y con la medicina ancestral es algo que engrana completamente desde mi propia experiencia, desde mi búsqueda siempre he tenido el afán de rescatar memorias ancestrales, de mantener la memoria viva, principalmente de pueblos nativos que tuvieron otra relación con el entorno natural, con el universo, que es el libro abierto que tenemos frente a nosotros todo el tiempo y hemos dejado de leer como sociedad. Entonces mi búsqueda (...) siempre fue desde ahí, tengo una conexión fuerte alado de la medicina ancestral, (...) la primera experiencia que tuve en una

toma de san pedro fue a mis 18 años, y a partir de ese momento siento que se afianzaron más las cosas desde esa relación con las plantas del poder y la medicina ancestral, he venido haciendo una búsqueda íntima conmigo” (Entrevista a Juan José Franco, guía espiritual y cofundador de T. Jempe. 10 de mayo del 2022).

Al preguntar a los entrevistados sobre la cosmovisión del lugar y su relación con la salud mental, resulta interesante evidenciar que no consideran las herramientas de lo holístico y espiritual como algo que pueda ser condicionado desde la medicina o desde lo mental. Es decir, “estas prácticas no tienen ese tinte de decirte bueno vamos a hacer un proceso sobre tu problema mental, (...) tampoco sería el camino segmentarlo como una medicina para la salud mental porque es para el ser integral” (Entrevista a Juan José Franco, guía espiritual y cofundador de T. Jempe. 10 de mayo del 2022), las experiencias aquí desarrolladas destacan por la capacidad que tienen de transformar el cuerpo físico, mental, espiritual, y de trabajar según comentan quienes la practican más allá de sintomatologías puntuales, como un trabajo integral del ser aplicable para todos.

En este sentido, Templo Jempe fusiona alternativas de aproximación al bienestar desde varios campos y ámbitos:

- La ancestralidad y su medicina natural,
- La terapia psiquiátrica con enfoque holístico,
- El ejercicio y movilidad del cuerpo,
- Terapia comunitaria del habla,
- Concientización sobre el bienestar alimenticio y,
- Responsabilidad social individual y colectiva, entre otros.

Es decir, en su interior funcionan también estrategias de afrontamiento del malestar social como el ejercicio, la meditación, el ocio y esparcimiento, entre otras, que la persona podría llevarlas a cabo en su contexto cotidiano, pero que por el enfoque y espacio que se ofrece en

Templo Jempe han preferido trasladarlas a un lugar específico, que inclusive solicita una retribución económica por el servicio otorgado. Claro está también que ofrecen servicios holísticos y ancestrales que no pueden ni deben ser realizados en el hogar, sin conocimientos previos.

Sobre estas últimas, junto con Diego y otras guías, conforman el ala de medicina ancestral que funciona al interior del Templo, en el cual las prácticas más populares son: la ceremonia de San Pedro, Temazcal, Raphé y Ayahuasca. Parte de la observación participante realizada en este espacio consideró la asistencia a una Ceremonia de San Pedro<sup>23</sup>, sobre lo cual se pueden destacar ciertos aspectos:

- Existen procesos muy marcados sobre la preparación previa para asistir a una ceremonia ancestral de San Pedro, se solicita una dieta específica previa de alimentación vegetariana, con el objetivo de que el proceso de sanación sea amigable con el cuerpo y sus desechos, la vestimenta de color claro de preferencia blanco es un símbolo importante para la purificación que se busca del proceso en general.
- El proceso en general dura alrededor de 16 horas, comienza en la tarde noche y termina al día siguiente alrededor del mediodía.
- Existe una preparación y ritual específicos sobre la cocción y forma de ingerir tanto Raphé como la planta de San Pedro: a manera de “tomas”, que alteran el estado de conciencia de quien la ingiere. Este proceso es realizado a partir de cánticos, bailes, meditaciones y acompañamiento conjunto alrededor de un círculo que enfrenta a una fogata, misma que guiará el momento terapéutico.
- A lo largo de la ceremonia se pudo evidenciar que el proceso de sanación conlleva purificación física (vómitos, diarrea), además de procesos de catarsis (llanto, grito,

---

<sup>23</sup> La investigadora acudió a Templo Jempe para formar parte de una ceremonia de San Pedro, a partir de la cual puede relatar la experiencia colectiva y personal, así como los resultados de una exhaustiva observación participante, y recolección de información de los participantes y procesos vividos.

catatonía, shock, histeria, felicidad incontenible), seguidos por un sentimiento sostenido y prolongado de alivio y relajación.

- Las percepciones recogidas sobre la experiencia caracterizan a la ceremonia como: espacio de luz, momento sanador, posibilidad de sentir lo que es el amor, encontrarse con los demonios para volver a renacer, entre otros.
- Al finalizar existe un proceso colectivo de agradecimiento a partir del compartir de comida en la forma de “Pamba Mesa”, en la que se cuentan las experiencias y de manera muy romántica se describe el devenir de lo vivido, siempre con expectativa de realizarlo nuevamente.
- La ceremonia es realizada los fines de semana en horarios que permitan una completa recuperación de la ingesta de “medicina” luego de la ceremonia para poder reinsertarse en la cotidianidad.

Frente a este sentir y pensar de quienes han participado de las experiencias que ofrece el Templo, existe también otra forma de considerar sus prácticas y cosmovisiones, muchas veces desde el rechazo y el desconocimiento. Al ser un espacio que como ya se mencionó antes en muchos aspectos rebaza la lógica o formalidad, varias personas que proporcionaron su percepción frente a las prácticas en este espacio las definen como intentos de desenfoque frente a la realidad social, una realidad cruda y cruel que no puede ser referida a través de la magia o la espiritualidad ya que no sería efectivo y resulta ser un chantaje. Algunos cambian su parecer al momento de experimentar ceremonias o prácticas por sí mismos, otros consideran a este como un camino ajeno y buscan otras alternativas.

Esto último acompaña el enfoque promulgado en Jempe sobre *el* “llamado” desde la diversidad humana a la diversidad de oportunidades y posibilidades de encontrar sanación (Entrevista a Juan José Franco, guía espiritual y cofundador de T. Jempe. 10 de mayo del 2022), que se difunde al interior del Templo, por tanto, no existe un mero esfuerzo de atraer a la población u ofertar sobremanera sus servicios, acto que probablemente aleja a la mayoría de la población de la posibilidad de conocimiento y acceso al espacio, de la mano de costos elevados y una dificultad de movilización en acceso geográfico debido a la ubicación, y como

ya se mencionó quizás una falta de conocimiento y experiencia sobre los beneficios (pros y contras) de acceder a terapias alternativas.

Es así como, las terapias o aproximaciones alternativas y complementarias que se realizan en el Templo, dan cuenta de lo que representan espacios como estos en el proceso de bienestar de la población que los utiliza. En este sentido su participación y su enfoque da cuenta de un proyecto de carácter espiritual, pero también social y compartido, que es considerado tanto por quienes forman parte de Jempe, como de sus usuarios (o comunidad) como actividades y procesos mucho más efectivos que los fármacos y el internamiento, así como de largas horas de terapia conductual que de hecho traerían consigo más inversión económica y probablemente más esfuerzo a largo plazo. Por ende, esta alternativa particularmente en el caso de estudio es una forma de aproximarse a la salud mental que en efecto está atravesada también por el componente de desigualdades sociales y las historias de vida de quienes asisten, tanto para poder involucrarse y formar parte activa del proyecto, como para inicialmente llegar a él.

## Capítulo 5. Argumento y Conclusiones<sup>24</sup>

La salud mental cuenta con una gran diversidad de definiciones otorgadas por la población investigada, de la cual prima aquella que la considera como un **bienestar integral**, es decir no se piensa en la misma como algo que específicamente dirija su definición hacia malestares “mentales” (psicológicos) sino a un cúmulo de condiciones de vida, la capacidad de sobrellevar la cotidianidad y la realidad social. En este sentido, salud mental no se encuentra definida por sí sola sino que considera aspectos físicos/biológicos, psicológicos/psiquiátricos, económicos/laborales, y de contexto/clase social, frente a una realidad social que condiciona todo lo anterior.

Para los fines de esta investigación, la definición de bienestar integral engloba todo lo considerado como aquello que da cuenta de un bienestar físico, psicológico y emocional/espiritual. No existe como tal una capacidad colectiva de definición a largos rasgos sobre lo que bienestar significa, más aún suele englobarse en la necesidad de minimizar episodios, épocas, momentos de malestar a partir de estrategias diseñadas individualmente o aceptadas por el individuo en su cotidianidad para encontrar alivio a corto y largo plazo. Por otro lado, la capacidad de identificación del malestar ha crecido a partir del período de pandemia, sin embargo al preguntar a la población sobre sus condiciones cotidianas de vida suelen definir las como buenas o estables, inclusive cuando al mismo tiempo expresan sentir ansiedad, depresión, miedo, angustia, etc.

De esta manera, al destacar una alta gama de espacios en los que se desarrolla la vida humana, tanto la investigación documental como los resultados de la recolección de información revelaron que la población objetivo en su mayoría expresa que: la salud mental no es un derecho sino un privilegio de quienes pueden considerarlo como una prioridad y adherirlo a sus preocupaciones y gastos fijos mensuales, de otra manera se piensa en ella como un lujo.

---

<sup>24</sup> Incluye información redactada de los espacios, además de data recopilada en encuestas y observación participante.

Específicamente, acceder a servicios especializados de psicología, asistencia o atención psiquiátrica, o terapias alternativas/complementarias, así como deporte guiado, meditación guiada, entre otros, al representar un gasto económico adicional<sup>25</sup>, no prioritario, es desplazado por la autogestión, o por la evasión. Dependiendo así de la capacidad económica y el locus de enunciación/realidad cotidiana, de quien lo identifica para obtener un servicio de calidad, es decir el determinante económico y de calidad de vida, atravesado por la desigualdad social, es un componente primordial para la problemática en cuestión.

Es así como, basado en la información y el análisis podemos pensar que no existe relación directa entre la necesidad (considerada ya como tal) de la población y la posibilidad de acceso al servicio, ya que frente a la necesidad latente y colectiva de los quiteños solo un porcentaje mínimo la identifica y puede pensar activamente en acceder a servicios psicológicos, psiquiátricos o alternativos, que tengan de por medio una remuneración económica. Entonces, la autogestión o diseño de estrategias personales que otorguen el mismo efecto benéfico a corto plazo es la vía más utilizada por la población, a manera de: recreación, ocio, ejercicio auto-guiado, drogas, entretenimiento, entre otros.

De la mano de lo mencionado y por ese motivo, se ha evidenciado el creciente boom de diversas de opciones, por fuera de las planteadas anteriormente, para atender a la salud mental de la población: ejercicio al aire libre, actividades recreacionales, eventos musicales, conciertos, podcast, redes sociales, actividad física de cualquier tipo, drogas, relajación en el hogar, aromaterapia, masajes, entretenimiento gratuito, música, entre otros. Esto significa que la población necesita de algún mecanismo para sentir “bienestar” y aunque inconscientemente, elige la manera de aproximación a su salud mental de acuerdo a sus posibilidades (acceso, costo, cercanía, entre otros) y conocimientos actuales sobre lo que para cada individuo significa el bienestar. Es decir, frente a la diversidad de apreciación sobre lo que es el bienestar individual, existe la misma cantidad de estrategias para hacer frente al malestar cotidiano.

---

<sup>25</sup> Es decir no considerado como necesidad básica.

De esta manera, la diversidad de seres humanos hace frente a la problemática del malestar psicológico en la sociedad a partir de su locus de enunciación, capacidad adquisitiva, contexto social, cosmovisión, emociones, conocimiento y apertura. Por tanto, al considerar estrategias de bienestar o salud mental como tales se piensa en: dinero, eficacia, necesidad latente, recurrencia, acceso, posibilidad, contexto, información, identificación de la problemática<sup>26</sup>, entre otros, es decir todos los pensamientos y acciones direccionadas para este propósito están atravesadas por las condiciones de vida de las personas, y por el componente de desigualdad/realidad social que las determina. Aquellos que están a su alcance modifican la capacidad de aproximación a la salud mental y su eficacia.

Una de las razones por las que el auge de herramientas alternativas a la psicología o psiquiatría sigue sucediendo y se ha posicionado como una estrategia como tal, es la posibilidad de que existan herramientas que puedan ser utilizadas a largo plazo evitando depender de aquellas muy costosas o inaccesibles en cualquier otro aspecto, incluso desde su consideración inicial. Ligado a los altos índices de deserción de terapia psicológica al momento de sentir ya algún tipo temprano de bienestar, o al ver que una mejoría sostenible tomará más tiempo y esfuerzo.

Por otro lado, si bien existe una gran necesidad y un más grande malestar psicológico en la sociedad, este es identificado o visibilizado en su mayoría por el personal de salud que lo trata y considera como primordial y básico, mas no aún por la mayoría de la población, lo cual en muchas ocasiones invalida los esfuerzos de ofrecer posibilidades de acceso frente a personas que no contemplan la salud mental como una necesidad urgente, o como una necesidad como tal. Al preguntar a la población de manera general sobre sus condiciones de vida la mayoría expresa satisfacción frente a la capacidad de cubrir necesidades básicas, mientras que de manera específica el 90% ha identificado sintomatología ansiosa o depresiva, sea episódica o permanente.

---

<sup>26</sup> Siendo este factor uno de los más importantes, la consciencia y capacidad de identificar malestar y la necesidad de afrontarlo con herramientas y no desde el descuido o la invisibilización.

A partir de datos presentados en los capítulos que anteceden, es posible sustentar la idea de que lugares como UBUNTU, a pesar de ser un centro que trabaja con población vulnerable, conscientes de los altos índices de pobreza, violencia, malestar y desigualdad social, mismo que presta servicios gratuitos, o con muy bajos costos, subsidios, seguros, convenios y demás, y pese a atender a una gran cantidad de individuos que ya rebasan su capacidad, la necesidad general sigue siendo mucha, y es desatendida.

No se puede obviar el hecho de que la pandemia ha enfocado algunos trastornos que se convirtieron en cotidianos y más visibles, como la depresión y ansiedad crónicas. Pero (y esto para la mayoría de trastornos o malestares) generalmente se los trata y visibiliza desde el campo individual, olvidando nuevamente y por completo la sensibilización y el involucramiento comunitario, que brinde soporte frente a una cruda y permanente realidad social. Dicho aspecto no es trabajado ni por organizaciones o instituciones, sean estas privadas o públicas.

Por otro lado, el colectivo poblacional identifica su malestar como producto de condiciones colectivas de infortunio en algunas escalas: política, económica, de conflicto a nivel país, entre otras. Lo cual desplaza la atención de las condiciones de vida inmediatas y entornos sociales cotidianos que generan y aumentan niveles de malestar psicológico, desviando la capacidad de aproximación hacia el bienestar desde el accionar individual para centrarse en la necesidad permanente e interminable de transformación social a escalas amplias, por lo que el sentimiento de incapacidad y desenfoco de responsabilidad individual/colectiva desplaza la relevancia de la salud mental hacia condiciones externas imposibles de ser manejadas por el común poblacional.

Reforzando la idea inicial que se ha planteado en la presente investigación, las fuentes entrevistadas, así como la recolección de información en sí misma, han arrojado datos sobre la fuerte y constante necesidad de atención y visibilización del malestar social en el país. Es así como, existe también repercusión directa en la calidad de atención que los servicios públicos en salud pueden prestar a patologías de este tipo. Por ende, frente a la latente necesidad de atención y la particularidad de carga laboral a la que psicólogos y psiquiatras se enfrenten cotidianamente, aquellos servicios gratuitos que existen no dan abasto y carecen de calidad frente a la percepción profesional y social.

Por otra parte, muchos de los procesos terapéuticos (sea cual sea) requiere romper con la matriz y estructura social, individual y de pensamiento, así como el contexto de vida cotidiano del individuo y su entorno. Es entonces cuando se puede empezar a hablar sobre las dificultades a las que se enfrenta la salud mental en sí misma frente a sociedades históricamente inmóviles<sup>27</sup>:

1. Por un lado se encuentra **el estigma** reproducido por la historia de instituciones o espacios tradicionales con lógicas manicomiales y de tortura como el Antiguo Hospital San Lázaro, y la percepción sobre la salud mental, que a pesar de sus esfuerzos en rehabilitación y nuevos enfoques continúan fortaleciendo lógicas de discriminación, sin involucrar a la comunidad (como ya se retrató en los apartados que pertenecen al caso de estudio).

Al abrir sus puertas a la comunidad y a los estudiantes el enfoque del H. S. L. logró realizar un cambio hacia involucramiento de los barrios más cercanos, buscando rehabilitar la imagen del enfermo mental, así como de las prácticas psiquiátricas en la instalación.

Administraciones posteriores realizan su trabajo a partir de la percepción de no alteración del orden social, por ende la lógica manicomial de retención del paciente psiquiátrico se ha vuelto la regla con uno u otra práctica de distinto enfoque. Mantener el orden significa “instrumentalización completa del espacio y del paciente” (E. Flores, 2022) en el sentido de hacerlo funcional para la sociedad o recluirlo en condiciones “rehabilitantes”, fortaleciendo en la actualidad la exclusión y el estigma.

La necesidad de que existan espacios para enfermos psiquiátricos es verdadera ya que la comunidad no se encuentra preparada para recibir o acompañar a un individuo con estas características, por ende la necesidad de reclusión sigue siendo inminente. De lo contrario el enfermo mental se encuentra en las calles contribuyendo a su definición como amenaza a la sociedad, o en la cárcel expuesto a contextos contraproducentes que hacen imposible su reinserción a la comunidad. De una u otra manera el enfermo psiquiátrico es excluido y aporta

---

<sup>27</sup> Por inmóvil: patrones históricos y culturales arraigados.

al afianzamiento del estigma social en contra de la enfermedad mental y cualquier tratamiento.

Al no existir preparación en la sociedad para incluir al enfermo mental en la cotidianidad y el contexto urbano, un verdadero enfoque comunitario de la salud mental es imposible, cualquier estrategia de este tipo debe surgir desde la comunidad, y se encuentra invisibilizado.

2. Por otro, tanto la capacidad económica como el sentimiento de avance en procesos psicológicos hacen que sea una actividad propensa a **deserción**, así como también es más alto el índice de éxito relacionado con terapia psicológica, espiritual y física cuando existe posibilidad económica de sostenibilidad de procesos. Es decir, cualquier proceso en pro de la salud mental es un proceso desintoxicador que pocas personas se atreven a atravesar por completo, resulta más fácil tacharlo de innecesario e invisibilizarlo.

3. Existe una contradicción latente entre la autopercepción y percepción individual del colectivo, versus la percepción colectiva en sí misma y los estándares sociales. Es decir, la necesidad individual que puede venir desde la identificación de un malestar, como desde solo un sentimiento de incomodidad frente a una realidad, pierde fuerza al enfrentarse con la percepción colectiva y cultural tradicional del paso de la vida moderna, de la mano del estigma la todavía vigente percepción de fortaleza y bienestar tradicional invisibiliza en lo colectivo necesidades individuales ya posicionadas.

4. Por último, alternativas holísticas/espirituales como Templo Jempe en la actualidad se difunden **en círculos sociales cerrados**.

Por lo cual, la aproximación activa hacia la salud mental es considerada en efecto un trabajo a varios niveles (individual y colectivo) que suele no ser realizado por temor a la incomodidad que aquello pueda generar en el desarrollo de sus historias de vida o por escasos recursos<sup>28</sup>. En este sentido, esta lógica acompaña a los altos índices de deserción en las actividades de afrontamiento del malestar social, de manera que aquellas personas que inician un proceso

---

<sup>28</sup> Económicos, informativos, contextuales (capital social).

cualquiera que este sea, enfrenta al individuo a deshacerse de ciertas conductas o percepciones catalogadas como perjudiciales, lo cual otorga un sentido de mejoría en ascenso considerada por la persona como el fin mismo de la terapia o actividad que es abandonada al sentir este efecto *placebo*. Así como la insostenibilidad en aplicación de herramientas por los mismos factores antes mencionados.

Es decir, la desigualdad social en todas sus aristas es el aspecto relevante para la posibilidad y acceso a aproximación a la salud mental, en sí mismo la consideración y posibilidad de obtener bienestar integral. Los aspectos anteriormente mencionados en su conjunto en cada uno de los espacios estudiados y desde la población encuestada, han dirigido a la mayoría de la sociedad a tomar la salud mental por sus propios métodos, o a rechazar por completo cualquier acercamiento hacia la misma, ya que esto requiere y conlleva acercamiento con el malestar y la realidad individual en relación con la realidad colectiva.

Es de esta manera que podemos encontrar una dicotomía entre la necesidad y la capacidad económica e intelectual de acceso, atravesados por imaginarios complejos sobre la identificación de malestar y las posibles rutas a seguir hacia la salud mental. Por último, la capacidad de definición de la población sobre lo que verdaderamente es la salud mental se encuentra diversificado entre el desaparecimiento de los síntomas de desigualdad, y los sentimientos y emociones generalizados de bienestar y tranquilidad, en sí mismo la ausencia de aquello que genere malestar y del malestar en sí mismo. Sin embargo, la desigualdad social no llega a ser un determinante en sí mismo, sino que como ya se ha mencionado a lo largo del presente análisis es un factor que transversaliza a la salud mental de cada persona, y su realidad social.

Por otro lado, resultan insuficientes los postulados que consideran como único camino posible la terapia psiquiátrica para lidiar con trastornos mentales cotidianos, y para guiar aquello que debe ser considerado y definido como salud mental. La aproximación desde la diversidad y desde un discurso crítico, permite enfocar el análisis de la salud mental desde la alternativa de la vida digna, sin atarla a una especificidad, sino que nazca y crezca desde la realidad social y sus procesos diversos, prácticas mucho más efectivas que aquellas que han reproducido el estigma social tan arraigado en la actualidad. Entonces, es posible pensar ahora en salud y

enfermedad mental permanentemente transversalizados por el contexto social, individual y colectivo de quien habita en cada espacio social, diverso en sí mismo.

Entender la salud mental por fuera de los enfoques canónicos o tradicionales<sup>29</sup>, que de cierta forma se describieron en el apartado anterior, al mostrar sobre todo la biomedicina como la práctica preponderante y estigmatizante frente a trastornos mentales, permitirá en efecto, destacar enfoques alternativos desde miradas críticas para acercarse a la manifestación en el campo de las disciplinas que se adhieren al estudio y la práctica de la salud mental. Por ejemplo desde perspectivas de la antropología médica crítica, o los estudios interculturales de salud mental, como formas de comprender e hilar el discurso teórico crítico y propositivo, inclusive desde una crítica a enfoques posmodernos de la salud y del sistema social, sobre todo desde la antipsiquiatría y los estudios interculturales.

Por esto, es importante partir de la concepción de relaciones sociales menos verticales que aquellas que preponderan en el modelo biomédico tradicional, por ejemplo en la psiquiatría, este enfoque permitirá (desde la antropología médica) pensar en la coproducción de saberes entorno a la salud y la enfermedad. Se podrá también considerar la eficacia terapéutica de saberes alternativos o intervenciones interculturales en salud mental, adaptados por ejemplo a la diversidad cultural, etnografía, contexto y de hecho inclusive a la desigualdad social estructural, por fuera únicamente del diagnóstico y tratamiento tradicional hospitalocéntrico y reclusorio. O, la reproducción del canon tradicional en aquello que aparezca como alternativo.

---

<sup>29</sup> Entendiendo tradicional como aquello que se ha robado el “Spotlight” en las aproximaciones hacia la salud mental, ahora es tradición tratarlos por ejemplo desde la psicología o psiquiatría. Entonces, para este escrito, tradicional será aquello catalogado como hospitalocéntrico, psiquiátrico. Mientras que aquello alternativo, será catalogado así o como ancestral.

## Referencias

- Alarcón, Renato. 1986. "La salud mental en América Latina", 1970-1985. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 101 (6), dic. 1986.
- Angel Arévalo-Martín, José Miguel Vela, Eduardo Molina-Holgado, José Borrell, Carmen Guaza. 2003. "Therapeutic action of cannabinoids in a murine model of multiple sclerosis". *Journal of Neuroscience*, 23(7), 2511-2516.
- Anchundia-López Eder Alberto, Montes-Pérez Adrianny Jazmín, & Rodríguez-Zambrano, Arturo Damian. 2022. "Salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano: Un estudio de revisión". *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social*: Tejedora. ISSN: 2697-3626, 5(10), 100-115.
- Aguado Quintero Luis Fernando, Girón Cruz Luis Eduardo, Osorio Mejía Ana María, Tovar Cuevas, Luis Miguel., & Ahumada Castro, Jaime Rodrigo. 2007. "Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 5(1), 233-281.
- Baena, Victoriano Camas. 2018. "Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador". *Revista panamericana de salud pública*, 42, e162.
- Barriga Campaña, Paul Eduardo. 2012. "Abandono del tratamiento Psicoterapéutico en el área de Consulta externa del Hospital Psiquiátrico "San Lázaro"".
- Boatca, Manuela. 2009. "Desigualdad social reconsiderada-descubriendo puntos ciegos a través de vistas desde abajo". *Tabula Rasa*, (11), 115-140.
- Catalán, María Lopez, Molina, Juan Felipe Quezada., & Catalán, Óscar Lopez. 2019. "Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca, Ecuador". *Revista economía y política*, (29), 67-86.
- Chávez Villarino, Katherine Andrea; Aguirre Tinajero, Jessica Andrea 2015. "Hablemos ClaraMENTE: Ni loca, Ni Fracaso Campaña de sensibilización de la Salud Mental" (Doctoral dissertation, *UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO*).
- Daponte, Antonio., Bolívar, Julia., & García, María del Mar. 2009. "Las desigualdades sociales en salud". *Nueva Salud Pública*, 3.
- Desviat, Manuel. 2006. "La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de salud mental*"l, 6(25), 8-14.
- Quijada, Yanet, Loreto Villagrán, Pamela Vaccari Jiménez, Carlos Reyes, and Luz Dary Gallardo. "Social Inequality and Mental Health in Chile, Ecuador, and Colombia." *Latin American Perspectives* 46, no. 6 (November 2019): 92–108. <https://doi.org/10.1177/0094582X18803682>.
- Estrella, Ramiro. 2013. "Breve historia de la medicina del Ecuador". *Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana*.
- Etienne, Carissa. 2018. "Salud mental como componente de la salud universal". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e140.
- Flores Sierra, Ernesto. 2017. "Experiencia de atención psicológica realizada en el antiguo Hospital" San Lázaro de Quito"".
- Fundación Tierra Nueva. "Centro Psicosocial". Consultado el 05 de mayo de 2022. <https://www.fundaciontierranueva.org.ec/servicios/centro-psicosocial/>.
- Gaibor-González, Ismael, & Moreta-Herrera, Rodrigo. 2020. "Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. Análisis inter-género y

- de predicción”. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 17-31.  
<https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.35148>
- Gil-Fortoul, Daniel. 2021 “Impacto psicológico de la pandemia: Análisis temático de experiencias emocionales en Ecuador.” *Ciencia América*, 2021 Vol. 10 (1).
- Guanoluisa Tipantiza, Mónica Gabriela. 2019. *Evaluación de la participación social en personas con trastornos mentales graves en Quito, Ecuador*.
- Guinsberg, Enrique. 2001. *La salud mental en el neoliberalismo*.
- Highleyman, Louise. 2013 "Las Multiplicidades de Salud Integral: Medicina Plural, Medicina Holística". *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1605.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/1605](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1605)
- Jaramillo Benavides, Andrea Salomé. 2007. “Hospital Psiquiátrico San Lázaro” (Bachelor's thesis, QUITO/PUCE/2007).
- Kennedy Vaughn, Silvia Sady. 2015. “La Búsqueda De La Salud Mental En La Tradición Indoecuatoriana”. *Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación*, 3(3).  
<https://doi.org/10.26423/Rcpi.V3i3.101>
- Leiva, Isabel Cuadrip. 2008. “Acercamiento antropológico del concepto de salud mental en los aymaras del sector Isluga”. *Revista Cultura y religión*, 2(3), 2.
- León, C. A. 1976. “Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 81 (2), ago. 1976.
- Lopera Valle, Johan Sebastián, y Rojas Jiménez, Sara. 2012 "Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública". *Medicina UPB* 31, no. 1): 42-52. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159024332007>
- Mackenbach, Johan, Bakker, Martijntje. (Eds.). 2002. *Reducing inequalities in health: a European perspective* (pp. 3-24). London: Routledge.
- Miranda, Jane., McGuire, Thomas., David Williams & Wang, Philip. 2008. “Mental health in the context of health disparities.” *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1102-1108.
- Morales, Roberto; Hiriart, Gonzalo; Jiménez, Álvaro. 2012. “Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile”. *Anales de la Universidad de Chile*
- Moscoso, Lucía. 2013. “Medicina ancestral: saberes para curar el cuerpo y el alma”. Quito: Distrito Metropolitano de Patrimonio. Edición PDF.  
[http://www.patrimonio.quito.gob.ec/images/libros/2014/Medicina\\_Ancestral.pdf](http://www.patrimonio.quito.gob.ec/images/libros/2014/Medicina_Ancestral.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. 2008 “Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma” Washington, D.C.: OPS, ©
- Oleas Rodríguez, Daniel Alfonso. 2011. *Genealogía y función de los hospitales psiquiátricos en el Ecuador*.
- Quijada, Yanet, Loreto Villagrán, Pamela Vaccari Jiménez, Carlos Reyes, and Luz Dary Gallardo. 2019 “Social Inequality and Mental Health in Chile, Ecuador, and Colombia.” *Latin American Perspectives* 46, no. 6: 92–108.  
<https://doi.org/10.1177/0094582X18803682>.
- Restrepo, Jorge Emilio, Sánchez, Omar Amador, Vallejo, Gustavo Calderón., Quirama, Tatiana, Sánchez, Yeny Osorio & Cardona, Paula Diez. 2018. “Depresión Y Su Relación Con El Consumo De Sustancias Psicoactivas, El Estrés Académico Y La Ideación Suicida En Estudiantes Universitarios Colombianos.” *Health & Addictions/Salud Y Drogas*, 18(2).

- Sanmartín González, María Elena. 2015. *La falta de normativa para regular los tratamientos aplicados a personas con discapacidad mental en el Ecuador, con especial mención a los tratamientos convulsivos, y la posible responsabilidad penal de los médicos.*
- Saizar, María Mercedes, Sarudiansky, Mercedes., & Korman, Guido Pablo. 2013. “Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina.” *Psicología & Sociedade*, 25, 451-460.
- Silva Villavicencio, Eduardo Raúl. 2020. “Salud Mental Global, hegemonía Y desinstitucionalización psiquiátrica En Ecuador”. *Acta Hispanica*, n.º II (octubre), 249-62. <https://doi.org/10.14232/actahisp.2020.0.249-262>.
- Therborn, Goran. 2015.” Life-curves of inequality”. *한국사회학*, *Korean Journal of Sociology* 49(6), 47-61.
- Tobón, Flor Ángela. 2005. “La salud mental: una visión acerca de su atención integral”. *Revista facultad nacional de salud pública*, 23(1).
- Veiga, Danilo. 2009. *Desigualdades sociales y fragmentación urbana.*
- Zúñiga Carrasco, Danny Raúl, y Alba Yolanda Riera Recalde. 2018 “Historia de la salud mental en el Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada.” *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) Nro. 43 (1): 39-45.*