

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE GÉNERO Y ESTUDIOS DE LA CULTURA
CONVOCATORIA 2008-2010**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**ENCIERRO, PATOLOGÍA Y GÉNERO: LOS SUJETOS DE LA EXCLUSIÓN
PSIQUIÁTRICA**

GRACIELA ALEXANDRA RAMÍREZ IGLESIAS

NOVIEMBRE 2011

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE GÉNERO Y ESTUDIOS DE LA CULTURA
CONVOCATORIA 2008-2010**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**ENCIERRO, PATOLOGÍA Y GÉNERO: LOS SUJETOS DE LA EXCLUSIÓN
PSIQUIÁTRICA**

GRACIELA ALEXANDRA RAMÍREZ IGLESIAS

**ASESOR DE TESIS: DRA. ANA MARÍA GOETCHEL
LECTORES/AS: GIOCONDA HERRERA Y SUSANA WAPPENSTEIN**

NOVIEMBRE 2011

DEDICATORIA

A los que encontraron la libertad creando otros mundos en su intento por sostener su
deseo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a la persona que despertó mi interés por la institución psiquiatría abriéndome las puertas de la misma y apoyando mis primeras producciones, mi gratitud permanente al Dr. Iván Sandoval.

Un agradecimiento que se convierte en abrazo a mi apoyo dentro de FLACSO, la Dra. Ana María Goetchel, por impulsar mis iniciativas y confiar en mis ideas.

Gracias a todos los profesores de FLACSO que brindaron generosamente sus valiosas contribuciones para la realización de este trabajo. En especial a la Dra. Gioconda Herrera, Dra. Susana Wapesteien, Dra. Katia Araujo y Dr. Daniel Gutiérrez.

A los cinco miembros de mi querida familia por su inmenso cariño.

Finalmente, a todos los que apoyaron los eventos realizados en FLACSO: Lecturas de los textos de Néstor Braustein en Octubre de 2009 y la Primera Jornada Internacional "HOSPITAL PSIQUIATRICO OPCIONES, ELECCIONES Y OTRAS MIRADAS", en abril de 2010, productos generados por esta investigación. Especialmente a Alberto Sava del Frente de Artistas del Borda, por una vida militando por la causa de la libertad, a Jaime Sánchez y Manuel Kingman por su compromiso.

ABSTRACT

Este trabajo basa su contenido en una problematización del internamiento prolongado o indefinido de las mujeres dentro de los hospitales psiquiátricos en el Ecuador a través de referentes estatales, teóricos y empíricos, proponiendo un modo de trabajo basado en la observación participante y continuada de la institución psiquiátrica quiteña en los periodos 2003-2007 y 2009-2010. En la sección teórica se describen momentos importantes de la historia de la psiquiatría y del origen de las instituciones mentales. Paulatinamente, se presenta información que evidencia las lógicas de poder en las que están sostenidas estas instituciones y como echaron cimientos en el Ecuador. Se trabaja el concepto de instituciones totales y las características de las mismas abriendo paso a una descripción de las condiciones físicas y temporales que avalan el encierro y la exclusión. Introduciremos la noción de una inequitativa distribución de poder dentro de las instituciones mentales/totales para derivar en las formas de violencia que se producen en estas, donde la feminidad puede ser leída como el síntoma de una patología. Finalmente, desde la teoría psicoanalítica se introduce un análisis del término feminidad como una posición de estructura y como una posición de sujeto, un análisis que se aleja tanto de la idea de la feminidad como un problema a aniquilar como el de un ideal a reivindicar. Este recorrido ha generado reflexiones sobre alternativas de atención en temas de salud mental. Estas alternativas parten de la consideración de la existencia de un sujeto del lenguaje que va más allá del organismo biológico, alternativas que si bien no son sugerencias puntuales al Plan de Salud Mental en vigencia, si posicionan la necesidad de la revisión del mismo y su posterior actualización desde la perspectiva de otros enfoques entre los que no pueden faltar el enfoque de género y de derechos humanos.

Un acto de hospitalidad no puede ser sino poético

Derrida

“El hospital psiquiátrico está lleno de silencios y batas blancas. Está lleno de pastillitas mágicas que espantan dolores y hasta hay unas maquinas que te transportan a otra dimensión. En el hospital hay espejos que ya no reflejan nada, se han transformado en cristales quebrados. En el hospital hay canciones, cuyas melodías son imperceptibles para los doctos que tienen el conocimiento en el maletín. En el hospital hay letras, en el hospital hay huellas, en el hospital circulan palabras que los oídos experimentados han preferido no escuchar. ¿Hay palabra en los locos¹, en los enfermos? ¡Pero esa palabra horroriza! ¡Esa imagen perturba! Esa palabra, misma que los sanos transformamos en estadísticas y diagnósticos. Esa palabra, que aquellos que están del lado estelar del escritorio prefieren silenciar para siempre gracias a la autorización que obtienen del representante legal, para legitimar el silencio. En los jardines del hospital se pasan por alto historias cuyos protagonistas no están muertos, pero cuya suerte no es envidiable por ningún vivo. Vivísimos los *sanos*, nos construimos un espacio amurallado para que los que nos recuerdan que la cordura es una línea frágil, estén bien guardados y callados. La palabra transforma esos cristales quebrados en imagen viva de un sujeto, que seguro tiene algo que decir, la palabra es esa melodía que se desliza entre la queja de los desterrados, la palabra es la huella indeleble de que ahí existen sujetos, no cuerpos vacíos silenciados con las pastillas mágicas y el electro shock”.²

¹ La palabra “loco” ha sido usada peyorativamente para referirse a los enfermos mentales. El uso de esta palabra es estratégico en este trabajo y pretende evidenciar esa carga peyorativa. El psicoanálisis cuestiona a la noción de enfermedad mental desde una práctica que da prioridad a la palabra del paciente y no al diagnóstico otorgado por los manuales especializados. Para el psicoanálisis la noción de locura es claramente cuestionable.

² Esta carta fue escrita como apoyo a un editorial de autoría del Dr. Iván Sandoval. (El Universo, Guayaquil, 2 de Diciembre de 2008).

INDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN, CONTEXTO Y MÉTODO.....	9
1.1 La salud mental en el Ecuador: diagnósticos, problemas, tratamientos.....	9
1.2 Literatura sobre el tema	17
1.3 Marco teórico.....	21
1.4.1 Enfoque de género: comparativo y diferencial.....	21
1.4.2. Enfoque de género: la lectura desde el concepto de violencia estructural.....	24
1.4.3 Las instituciones totales: concepto y alcances desde Goffman.....	26
1.4.4 El concepto de poder y las instituciones.....	28
1.4.5 La teoría psicoanalítica: aportes de la introducción de un discurso que basa su lógica en la falta estructural.....	29
1.5 Método: la alianza entre la observación participante, la investigación de archivo y el análisis inductivo.....	34

CAPÍTULO II

HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA: UNA INSTITUCIÓN INCUESTIONABLE.....	38
2.1 Descripción de la psiquiatría como ciencia de la mirada en contraste con el psicoanálisis como una práctica de la escucha.....	38
2.2 Lógicas de fundación de la institución mental/total	42
2.3 La institución mental en el Ecuador: algunos datos de fundación.....	44
2.4 De la instancia institucional a la institución incuestionable.....	48
2.5. Diseño arquitectónico y temporalidad de la institución mental.....	50

3.3 Economía del poder en la institución mental.....	52
3.4 El silencio y la falta de organización, dos formas de violencia contemporáneas visibles en la institución psiquiátrica.....	55

CAPÍTULO III

HISTORIAS DE MUJERES EN LA INSTITUCION PSIQUIATRICA: MAS ALLÁ DE LOS CUERPOS SEXUADOS, LOS SUJETOS DE DESEO.....59

3.1 Del devenir hombre o mujer: un recorrido desde lo particular del deseo hacia el lazo social y la necesidad de entender a la feminidad y a la masculinidad como dos posiciones distintas, no opuestas, no complementarias y no patológicas.....	66
--	----

3.2 Diagnósticos atribuidos a mujeres: un intento por la masificación imposible del deseo.....	70
--	----

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....77

BIBLIOGRAFÍA.....85

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN, CONTEXTO Y MÉTODO.

1.1 La salud mental en el Ecuador: diagnósticos, problemas, tratamientos.

Cada vez existen más personas diagnosticadas como esquizofrénicos, bipolares, paranoicos y un sin fin de denominaciones extraídas de los manuales médicos (DSM4 o CIE10). Sin embargo, no se obtiene datos actualizados sobre cómo abordar estos casos desde perspectivas interdisciplinarias y sobre las implicaciones sociales que dichos diagnósticos traen consigo.

Lamentablemente, las personas que trabajamos en temas psi estamos claros que el tema de la llamada salud mental está poco trabajado en el Ecuador. Una constatación de esto es el mismo Plan de Salud Mental ecuatoriano en vigencia que afirma lo siguiente: “No se tiene un registro nacional de los trabajos de investigación que realizan los profesionales que laboran en los establecimientos de salud mental.” (<http://www.msp.gov.ec>). En mi experiencia personal puedo agregar que los registros de la Dirección Nacional de Salud Mental son poco accesibles, desactualizados y vagamente útiles. Esta carencia de información ha provocado que el tema de la salud mental se convierta en un tema poco tratado en la arena pública a pesar de las múltiples implicaciones que trae para hombres y mujeres ya que rebasan a los estudios del discurso médico y requieren una mirada desde una perspectiva social. La llamada salud mental es un concepto amplio que se irá poniendo en cuestión paulatinamente en este trabajo; empezaremos solamente por decir que claramente se puede notar que hay grupos de ciudadanos llamados de riesgo que requieren una atención en salud especializada debido a las características de su condición:

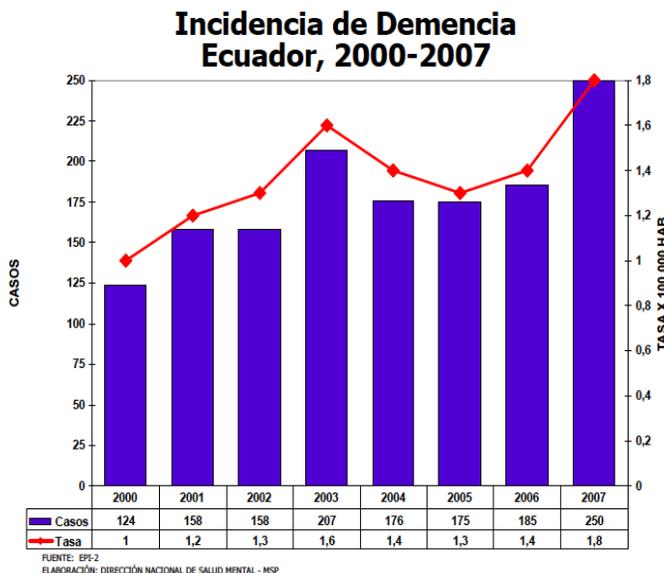
La última versión del Plan Nacional de Salud Mental data del año 1999 y en él se contemplan las principales líneas políticas y estratégicas. Sus fortalezas radican en los planteamientos de incorporación de las acciones de salud mental a toda la estructura de servicios, la promoción y prevención de la salud mental y el privilegiar las acciones para ciertos grupos de mayor riesgo. La morbilidad de ciertas enfermedades mentales se presenta en cifras alarmantemente ascendentes. Tomo como referencia para el inicio de

este estudio el Plan del 99 porque es el único documento donde se han puntualizado algunas recomendaciones que pretenden enfrentar esta problemática. Entre las recomendaciones encontradas se incluye la idea de que los espacios destinados para la atención a las enfermedades mentales deben estar dotados de equipos multidisciplinarios y de garantías para los derechos fundamentales de los usuarios de estos servicios.

Se presenta claramente la necesidad de trabajar profundamente esta temática desde el discurso social porque se ha convertido en un tema que requiere intervenciones urgentes debido a que hay una contradicción entre la propuesta de garantizar los derechos esenciales de todos los pacientes mentales y la poca actualización de los tratamientos de atención en salud dirigidas directamente a favor de los internos de los hospitales psiquiátricos. Entonces, es un imperativo evidenciar la realidad del hospital psiquiátrico en la actualidad como primer movimiento que evalúe las necesidades y apunte a una eficaz atención para los usuarios de estos espacios. Tenemos una extensa población en los hospitales psiquiátricos y la atención adecuada para este grupo es igual de importante que la de los servicios de atención primaria. Los pacientes psiquiátricos de hecho son un grupo vulnerable y es obligación del Estado brindarles atención especializada.

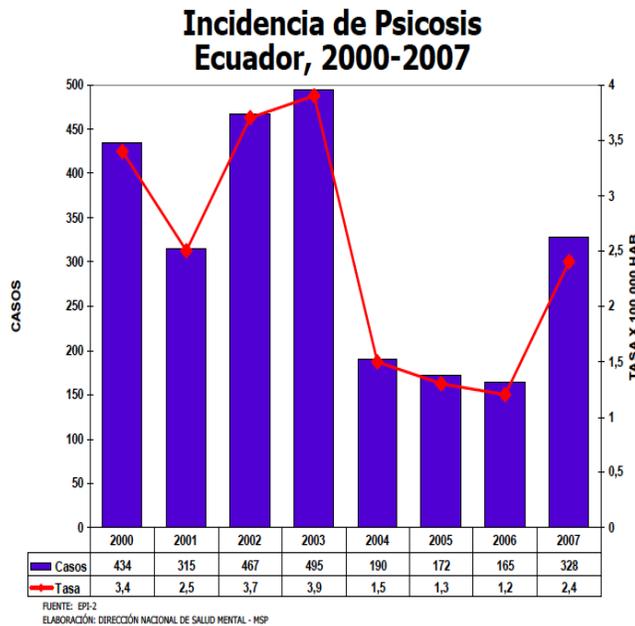
A continuación presento más detalladamente algunas cifras del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con el fin de mostrar en datos reales que hay muchas personas y por lo tanto familias que necesitan ayuda para sobrellevar estas enfermedades:

En el año 2000 se han registrado 124 casos de demencia y estas cifras se han duplicado en el 2007 con 250 casos.



Cuadro 1 Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental

En lo que respecta a las psicosis en el año 2006 encontramos 165 casos, mismos que continúan en ascenso hasta el año 2007 donde se registran 328 casos.



**Cuadro 2 Fuente: Dirección Nacional de Salud
Mental**

La lectura que se hace de estas enfermedades pone en primer plano síntomas muy complejos que terminan por aislar a aquellas personas diagnosticadas bajo estos parámetros. Es por eso que es un requerimiento inmediato realizar estudios específicos que se concentren en los sujetos que han recibido los diagnósticos y no en las denominaciones y patologías. Estos estudios revelarán las implicaciones que tienen estas en las vidas de los pacientes, sus familias y la comunidad en general.

Continuando con los datos del periodo 2006-2007, podemos ver que hay otros que no se registran propiamente como enfermedades mentales pero que están relacionadas: el alcoholismo, la fármaco dependencia, la violencia, la depresión, la epilepsia, el intento de suicidio y el retardo mental son las enfermedades que más se repiten en los diagnósticos de las unidades de salud. Pese a esto, solo las tres primeras enfermedades han sido atendidas con políticas especializadas dentro del Plan Nacional de Salud mental.

Volviendo a las dos enfermedades citadas en los cuadros 1 y 2 del MSP, el discurso médico las considera como las de mayor riesgo ya que los síntomas que estas presentan se relacionan directamente con el suicidio, la depresión y la farmacodependencia y por tanto requerirían de programas de detección e intervención especializadas no solo para los “diagnosticados” ya que las consecuencias de obtener estos diagnósticos produce un movimiento en la vida de varias personas. Muchas veces estos malestares no son tratados hasta que sus síntomas son muy profundos debido al estigma moral de tener un familiar enfermo o simplemente por ignorancia. Podemos inferir que en estos casos la intervención clásica del internamiento es insuficiente para apuntar a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, ya que no les brinda herramientas para afrontar una situación tan compleja y fomenta el abandono de los enfermos.

En estos casos, los pacientes diagnosticados como enfermos mentales son asilados en los hospitales psiquiátricos indefinidamente. El internamiento, acompañado de cargas importantes de fármacos, se vuelve el único posible tratamiento para estas enfermedades.

Este escrito no busca ser un trabajo sobre el desarrollo de nuevos tratamientos o de política pública, simplemente busca problematizar el hecho de que al no existir una política específica que norme los tratamientos para los llamados esquizofrénicos, depresivos, bipolares, psicóticos, entre otros, las casas de salud no cuentan con parámetros legales ni científicos para los tipos de tratamientos y muchas veces se ofrecen tratamientos poco útiles y que no benefician al paciente ni a sus familias:

No existe una Ley de Salud Mental, pero en varios cuerpos legales se estipulan disposiciones muy claras sobre diversos aspectos de la salud mental de los ecuatorianos. Hace falta una vinculación o coordinación entre los organismos encargados de la vigilancia de los derechos humanos y los establecimientos de salud mental. El personal de los servicios no ha sido capacitado sobre derechos humanos.(<http://www.msp.gov.ec>).

Algunas enfermedades mentales son tan complejas que las instituciones destinadas a promover acciones de prevención e intervención las invisibilizan en sus políticas al no prever métodos y personal capacitados para este fin. Por ejemplo, a pesar de que las enfermedades mentales pueden ser tomadas como discapacidades, no están

incluidas abiertamente en las acciones del gobierno actual frente a estos casos y el Plan Nacional de Salud apenas las nombra y estudia.

La mayoría de las enfermedades trae consigo un componente psicológico y emocional, pero al no contar con la adecuada detección y clasificación, el impacto psicológico de las mismas es invisibilizado por la similar atención que estas reciben. Es decir, muchas enfermedades mentales serían evitadas y tratadas a tiempo con otras modalidades más allá del internamiento si se tomara en cuenta que el ser humano no es un organismo puramente biológico, sino un cuerpo compuesto por componentes sociales, culturales y sobre todo emocionales.

Es importante entonces cuestionar, desde una perspectiva social, la manera de leer a las llamadas enfermedades mentales, la misma que presenta al diagnóstico y tratamiento de las mismas como una problemática de agenda pública, una problemática descuidada que en algún punto afecta a muchos ciudadanos. Es paradójico que para un tema de morbilidad creciente se encuentre muy pocas opciones de intervención y con pocas posibilidades de ofrecer a los afectados el incluirse nuevamente en la dinámica de lo social:

En varios cuerpos legales existen disposiciones a favor de las personas con algún tipo de discapacidad, la mental entre ellas, pese a estas disposiciones son muy pocos los pacientes con enfermedades mentales crónicas que son incorporados al proceso productivo. (<http://www.msp.gov.ec>).

Esta investigación es un llamado a la sensibilización sobre esta temática poniendo como referente de investigación la revisión de los diagnósticos de mujeres internadas en las instituciones psiquiátricas y el éxito de los tratamientos al que se sometieron las mismas, entendiendo como éxito el alta médica y la reintegración de los pacientes a condiciones de vida autónomas y a la sociedad. Estas condiciones de vida autónoma se ven garantizadas en el cuerpo legal vigente en el Ecuador.

En efecto, la Constitución aprobada en el Ecuador por la mayoría de sus ciudadanos garantiza la atención prioritaria y especializada de las personas con discapacidad, con enfermedades catastróficas o de alta complejidad y trabajos como este pueden sostener su pertinencia en ella:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes

adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (www.asambleanacional.gov.ec/.../Constitucion-2008.pdf).

Las enfermedades mentales para algunos profesionales de la salud constituyen una discapacidad mental por el deterioro de algunas funciones primordiales como la motricidad, la memoria y las capacidades de socialización. Para otros médicos las enfermedades mentales son consideradas enfermedades de alta complejidad debido a que los síntomas que representan no pueden ser ubicados (en la mayoría de los casos) en directa relación con el organismo biológico, presentan características degenerativas y no poseen un pronóstico positivo. Entonces, por varios motivos, estamos frente a un grupo de ciudadanos ecuatorianos que requieren la intervención directa del Estado en la dotación de sistemas integrales de atención en salud de calidad y calidez y no que sean expulsados de las agendas públicas por el poder de la institucionalidad clásica.

La clásica intervención para los enfermos mentales ha sido históricamente la hospitalización, como dice Michel Foucault en su texto sobre el poder psiquiátrico: “El hospital, durante mucho tiempo siguió siendo un lugar ambiguo: de constatación para una verdad oculta y de prueba para una verdad por producir” (Foucault, 1974:383). La verdad oculta es la verdad de la patología, de la que sólo pueden hablar los que manejan el lenguaje médico; para el resto de personas este lenguaje es un código que ubica al sujeto en un lugar de sumisión ante el médico. El médico es el que *sabe* sobre lo que le pasa al paciente y el hospital es esa estructura donde se permite el despliegue de los síntomas en su totalidad. Esta misma estructura está llamada a *contener* estos síntomas y producir un sujeto apto para retomar la vida fuera del hospital. En contraste, la verdad a producir es del sujeto de deseo, responsable de su palabra, participante de su tratamiento y con visión de pertenencia a una sociedad.

Si bien la cuestión del comportamiento humano era justificada en un determinado funcionamiento del organismo en el siglo XIX y por tanto era de competencia de las ciencias naturales, en la actualidad podemos afirmar sin ninguna duda que la cuestión del

comportamiento sobrepasa la noción de organismo biológico y que nos permite pensar en un sujeto hablante y por tanto enfrentado permanentemente a la construcción del lazo social.

Una vez hospitalizados los internos se transforman en seres pasivos, vaciados de voluntad y pierden la posibilidad de decidir sobre sus propias vidas. No pueden manejar sus cuentas, ni beneficiarse de intercambios económicos. No pueden escoger a sus gobernantes, ni pueden contar con los derechos básicos del ser humano. Los internados se convierten en objetos silenciosos que nadie quiere coleccionar.

Los internados en hospitales psiquiátricos ni siquiera pueden decidir sobre las opciones que la ciencia presenta para el tratamiento de sus dolencias. Cuando un internado entra por primera vez a un hospital psiquiátrico tiene que someterse al ritual del protocolo médico que incluye la ingesta de varios medicamentos (ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos) que lo somete de entrada. Posterior al borramiento de cualquier indicio de voluntad, se dispone la evaluación del recién llegado.

La familia adquiere todos los derechos sobre el enfermo porque se considera que un enfermo mental no está en capacidad de tomar ningún tipo de decisión. Y tienen razón, después del sometimiento institucional pocos son los pacientes que se arriesgan a decidir un movimiento para sus vidas y muchos son los que se adaptan calladamente a que otros les digan que comer, que vestir, que pensar. A fin de cuentas, los internados son los primeros en convencerse de que están incapacitados y los llamados a apropiarse de los complejos diagnósticos que desde el día del ingreso les representan a pesar de que en la mayoría de los casos no los entienden.

El sujeto de deseo, ese que habla no solamente con la voz sino a través del cuerpo, es silenciado en el hospital por la farmacología y el convencimiento absoluto que le han impuesto de que ha perdido sus derechos como ciudadano. Cuando un enfermo recibe un diagnóstico grave, entendiendo como grave que sus síntomas requieren internamiento, este sujeto se transforma en un interdicto, es decir, se le retira el derecho a la palabra así como también el derecho que tiene como ciudadano para manejar sus cuentas bancarias, tener una pareja, salir a la calle libremente, entre otros. Yo me pregunto en este momento ¿Esta interdicción es parte del mecanismo que intenta producir un sujeto homogéneo que

la estructura hospitalaria pueda manejar? Sujetos sin voz, sin pertenencia étnica, sin representación política, sin género, sin deseo.

Quiero comenzar a responder a esta pregunta introduciendo la pertinencia de un análisis de la institución mental ecuatoriana desde el aporte que pueden dar los discursos de género a esta temática. ¿Por qué sería pertinente este aporte? Simplemente porque los discursos de género abren campo a una perspectiva comparativa y diferencial que permite develar lógicas relacionales que el discurso médico no resalta al no ser su objeto específico de trabajo. La perspectiva comparativa y diferencial en la que se fundan los discursos de género rompe con un intento de homogenización de hombres y las mujeres dentro del espacio hospitalario porque permite que la mirada recaiga en las relaciones distintas que se dan entre los sujetos que circulan en este espacio.

Partiremos de la siguiente hipótesis que irá tomando consistencia a medida que avanza el trabajo: las actuales intervenciones que se dan en el hospital psiquiátrico quiteño han invisibilizado las características particulares de mujeres y hombres. Estas intervenciones ofrecen solamente tratamientos tradicionales y homogéneos para las llamadas enfermas mentales, tratamientos que reflejan una distancia irreductible entre médico y paciente, tratamientos que pueden leerse como efecto de una inequitativa distribución de poder en estos espacios. Por lo tanto, es necesario estudiar el impacto diferencial que tienen las llamadas enfermedades mentales en hombres y mujeres con el fin de generar intervenciones adecuadas a la situación particular de cada sujeto.

Dentro del hospital psiquiátrico quiteño del 2011 se encuentra evidencias que muestran cómo estos espacios en su intento por regular la sexualidad de sus visitantes recurren permanentemente una concepción tradicional de la diferencia de los sexos arraigada en el discurso psiquiátrico y que ha producido que ser hombre o ser mujer de forma disonante con los manuales diagnósticos se vuelva un motivo de patologización.

Regresemos al concepto de salud mental, veamos que requerimientos propone la OMS para que todo hombre o mujer no sea enmarcado desde alguna patología:

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión

positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html).

Analicemos con detalle estas afirmaciones: según la cita anterior la ausencia de los llamados “trastornos mentales” no es garantía de salud mental, la conciencia de las capacidades personales, la habilidad de afrontar la tensión diaria, el trabajo productivo y la contribución a la sociedad son los requisitos para que las personas podamos ser etiquetadas como saludables. ¿Es posible hablar de un estado de COMPLETO bienestar físico, mental y social?. Yo quisiera conocer a un solo sujeto que pueda reconocerse en este concepto de salud y que se sienta capaz, productivo y poco tensionado durante cada día de su vida. Por tanto es imposible proponer un concepto de “salud mental” que sea aplicable a todos los sujetos en cada momento de su vida.

1.2 Literatura sobre el tema

Se ha podido constatar en los últimos años que las investigaciones sobre la institución psiquiátrica en el Ecuador o bien son recorridos históricos-institucionales, o bien son visiones críticas de las lógicas de poder en dichos espacios, que destacan los avances de la psiquiatría. Existen muy pocos estudios sobre los impactos sociales de las enfermedades mentales en las bases de datos de las universidades y apenas un par de estos han sido publicados en los últimos años. En efecto, la mayoría de los estudios previos sobre diagnóstico y intervención de enfermedades mentales son desde la perspectiva médica y basan su desarrollo en los manuales diagnósticos CIE10 y DSM 4, están en un lenguaje poco comprensible y no muestran los impactos sociales que las acompañan, sino más bien la farmacología requerida y una descripción detallada de los síntomas de las mismas. Estas investigaciones son útiles como punto de partida para el estudio de una problemática que es del interés de la comunidad en general dado el alto incremento en los diagnósticos de estos trastornos.

Los estudios que se realizan dentro de los sistemas de salud están dirigidos a ser una respuesta frente a una sintomatología, pero no incluyen análisis desde la idea de que la

misma estructura social es productora de dicha sintomatología y que constituye una parte de la cadena cíclica que perenniza ciertas prácticas médicas y la distribución de poder basado en el saber científico.

Para este trabajo he tomado en cuenta dos trabajos que me parecen más actuales y con rigurosidad de investigación: por un lado Mariana Landázuri que en el 2008 publicó su libro *Salir del encierro, medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro* y Mentor Sánchez con su tesis de 1997 titulada *Poder y Locura*.

Desde una perspectiva académica Mentor Sánchez (1996) realiza un estudio donde se inserta la idea de la institución psiquiátrica como un producto de la sociedad enmarcado en procesos históricos y sociales propios de la cotidianidad quiteña y de la relación con la colonia, presentando un trabajo que el mismo califica como estudio sociológico. Elabora una revisión crítica a la institución psiquiátrica desde una perspectiva foucaultiana ubicando al poder como factor desencadenante de dicotomías entre el médico y el paciente. Es importante destacar que Sánchez considera que otros discursos como el psicoanálisis, la psiquiatría y la misma farmacología han realizado aproximaciones a la temática de la locura como un hecho de lo individual y por tanto, su estudio parte de la premisa de la necesidad de considerar a la locura como un fenómeno institucional y social. Es necesario subrayar el esfuerzo de este trabajo por pensar en la posibilidad de repasar a la enfermedad como un criterio propio del médico y por tanto una realidad construida de la observación pura que puede perder su valor de certeza si se somete a la mirada y análisis de otros discursos, entre ellos el de las ciencias sociales.

El trabajo de Sánchez abre dos preguntas a las que la presente investigación busca aproximarse: la primera apunta a cuestionar aquellos discursos que en su afán de estudiar al sujeto, han descuidado la relación que este tiene con la sociedad y con las instituciones que la representan. La segunda pregunta apunta más bien a la idea de que el sujeto no es el puro organismo biológico, sino que es un sujeto de lenguaje y abocado al lazo social y por tanto la relación continua entre las ciencias de lenguaje y las ciencias sociales le pueden aportar a las ciencias naturales (a la medicina, la psiquiatría y farmacología) pistas importantes para enfocar el estudio de la locura desde una perspectiva más íntegra.

La institución psiquiátrica funciona bajo el principio de la concentración de poder, en eso estoy totalmente de acuerdo con el trabajo de Sánchez, sin embargo

considero que en esta y otras instituciones la distribución inequitativa del poder no solamente pasa por cuestión del saber cómo insignia del grupo más favorecido, sino que se relaciona también con una economía del poder influenciada por factores de género, edad, etnia, entre otros.

Posteriormente, en el año 2008 se publicó una revisión histórica realizada por Mariana Landazuri Camacho, después de una observación y de la revisión de documentos claves dentro del Hospital San Lázaro de la ciudad de Quito. A través de su trabajo, Landazuri nos una puerta importante a este espacio emblemático de la ciudad, el cual a pesar de tener archivos con cifras sobre la enfermedad mental, estadísticas y cuadros sobre las investigaciones médicas e historias clínicas, posee muy poca información sobre quienes fueron esos sujetos silenciados por la institución psiquiátrica, hombres y mujeres que eran descalificados como sujetos de derechos y cuyo discurso no había necesidad de escuchar.

¿Por qué hay tan poca información dentro del hospital psiquiátrico? ¿Por qué es tan difícil entrar a estos espacios y obtener información para estudios de actualización? ¿Qué pasa en el interior de esos muros? Creo que el trabajo de Landazuri nos muestra una radiografía del hospital psiquiátrico que nos transporta a través de siglos de historia sobre la tortura y nos acerca a teorías certeras que responderían a las preguntas planteadas.

Los huéspedes de estos espacios son los llamados locos, ¿Quiénes son esos locos? ¿Qué es la locura? Landazuri afirma que: “Todos los que siguen llegando no se someten a diferenciación alguna, entre ellos los enfermos mentales, cuyo ingreso es anónimo y casi accidental” (Landazuri, 2008:23). La revisión que nos presenta la autora década por década nos permite pensar que los criterios de selección para ingresar a esta institución estaban sesgados y cegados por la necesidad de purificación del ser humano, entendiendo como puros a los sanos y a los enfermos como impuros. Esta purificación heredada de discursos religiosos apunta a anular a todas las amenazas de contaminación de los seres de bien, entre estas amenazas tenemos a los llamados enfermos mentales.

Desde que se creó el hospicio la diferenciación genérica ha calificado de locos y locas a distintos sujetos. Según la autora: “Demandan inspección robusta los maniáticos, los alcohólicos y las mujeres de vida aireada” (Landazuri, 2008:40). Los locos son los hombres que deliran y consumen sustancias, las locas en cambio son las mujeres de

sexualidad reprobable. Con los locos se habla poco, de las locas mejor no se habla y menos se escribe. Por suerte uno se encuentra con trabajos como este, que nos muestra que hay algo que no cesa de dejar huella dentro de este espacio de desecho. La historia se escribe en los documentos que nadie guardó y en las cartas que no se leyó. La voz de los que pasaron por el San Lázaro está plasmada en los mismos bloques de la noble institución.

El hospital psiquiátrico es una institución cerrada no solamente por el tipo de huéspedes que alberga, sino también por el conjunto particular de personas que lo administran. Landazuri se percató de que las y los operadores de salud son sujetos que están en ese lugar donde nadie más quiere estar, que los llamados enfermos mentales están ahí en contra de su deseo y que los transeúntes lo último que quieren es pasar una temporada dentro de una institución de tales características. En eso todos los ciudadanos y ciudadanas están de acuerdo, nadie quiere ser parte del hospital psiquiátrico. Sin embargo, este espacio existe como un bien necesario, como un purgatorio terreno para las almas que no han encontrado sosiego, para los descarriados que se han permitido delirar y para los que no cuadran con el modelo del ciudadano común.

Finalmente, Landazuri introduce una mirada esperanzadora que abre el debate sobre las nuevas tendencias en intervención sobre la locura. Este trabajo sumado al de Sánchez, me llevan a pensar que hay que moverse de la mirada esperanzadora y de la mirada cuestionadora a la mirada problematizadora que se propone en esta investigación. Es imperativo que el lector lea entre líneas la necesidad de que el hospital psiquiátrico sea un espacio de verdadera producción teórica y discursiva, y que esta producción se evidencie en mejoras en el servicio de salud que brinda.

Es imperioso que se pase de la recolección de datos a la circulación de saberes sobre eso que no se quiere decir del hospital psiquiátrico. Es necesario regresar la mirada al sujeto que ahí reposa, hay que desmasificar a los internos, hay que particularizar las anotaciones, hay que rescatar al sujeto de deseo, a la mujer y al hombre que no pueden decidir sobre su vida, que no pueden salir y que son los menos beneficiados de los supuestos avances de la psiquiatría, dado que pareciera que pagan una pena en vez de recibir un tratamiento que les genera salud y bienestar.

Este trabajo apunta a abrir un espacio para la reflexión que rebase los muros de la institución mental, los muros de la reflexión que son más complejos de vencer que los muros de piedra con los que han sido cercadas estas instituciones.

El propósito de mi trabajo no tiene un énfasis en la visión histórica o la crítica institucional. La cuestión es realizar un análisis desde distintos referentes a algunos de los diagnósticos con que se ha designado a los y las pacientes en el hospital, los tratamientos que se utilizan, su efectividad y la estructuración de la economía del poder dentro de esta institución y con esta información evidenciar que el diseño hospitalario está marcado de un violencia por factores de género casi imperceptible, enmascarada dentro del saber médico.

Este trabajo busca sostener la hipótesis planteada previamente con el análisis de la estructuración de la economía del poder dentro de la institución psiquiátrica y el impacto diferencial que tiene en hombres y mujeres a través de un estudio de caso de una Institución Psiquiátrica de la ciudad de Quito. Esto con el fin de justificar que la variable género sea incluida en la elaboración de futuras intervenciones en el tratamiento de enfermedades mentales. La presencia recurrente de conceptos como: sujeto, salud mental, institución total y poder médico, nos ayudarán a evidenciar en que actores reposa y se estanca el poder en la dinámica de la Institución Psiquiátrica.

1.3 Marco teórico

1.3.1 Enfoque de género: comparativo y diferencial

Si estudiamos la estructuración de la institución psiquiátrica con referencias extraídas de los estudios de género podremos cuestionar el impacto diferencial que los diagnósticos psiquiátricos y la hospitalización tienen en hombres y mujeres. Es importantísimo introducir en este momento uno de los conceptos de Scott que han servido como base de esta investigación: “El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias que se perciben entre los sexos, y es una manera primaria de significar las relaciones de poder.” (Scott,1996).De ser así ¿las relaciones de poder se supondrían necesariamente marcadas por la diferenciación de los sexos?

Foucault afirma que el poder no es algo que se posee sino más bien que se ejerce. Desde esta perspectiva, dentro de la Institución Psiquiátrica son los médicos los que ejercen poder en los pacientes, quienes pierden toda potestad de decisión sobre sus tratamientos y sus vidas, y hay diferencias fundamentales en la implicación que dicho poder tiene para hombres y para mujeres.

Maruja Barrig afirma: que “Una evaluación incluso superficial, nos puede conducir a la pregunta sobre cuáles son las relaciones de este descubrimiento de la diferencia entre mujeres y las acciones de desarrollo dirigidas a ellas como un masa uniforme” (Barrig, 1998: 99); yo por mi parte me permito introducir la idea de que así como las mujeres no pueden ser tomadas como una masa uniforme en el momento de presentar políticas públicas que las beneficien, los enfermos mentales no pueden ser tomados como un grupo sin género porque las acciones que se tomen a favor de ellos se ven completamente limitadas y se nubla la posibilidad de ofrecer un diagnóstico y un tratamiento acertados. El análisis con enfoque de género es una continua comparación de contrastes en el discurso, si existen diseños de salud mental homogéneos para un grupo que no lo es se presenta un tensión permanente y genera una dicotomía de los sexos justificada en criterios diagnósticos.

Desde este momento se evidencia una paradoja interesante: las mujeres reciben diagnósticos sesgados que en la mayoría de los casos responden a comportamientos sexuales considerados inadecuados, pero en el momento que ingresan a los sistemas de salud mental se intenta anular las particularidades que tienen como sujetos justamente para que no haya intercambios sexuales entre internos en un intento por transformar al enfermo mental en un ser sin deseo. Se diseñan tratamientos poco específicos para cada patología tipificada en los manuales diagnósticos creando una masa homogénea de supuestos enfermos, todos y todas dopadas y expulsadas de la vida social, lo cual nos permite de entrada cuestionar la validez de esos diagnósticos. Yo me pregunto ¿Para que la clínica médica se toma tanto esfuerzo en detallar a profundidad tantos tipos de patologías?. En la práctica dentro del hospital psiquiátrico esas tipificaciones sólo sirven para estar anotadas en las historias clínicas a manera de registros poco legibles y poco útiles.

Autoras como Lagarde introducen investigaciones donde la mujer tiene características de constitución social particulares y por tanto si son sometidas a tratamientos médicos sería importante particularizar los mismos, leamos:

En tanto que sujeto de conocimiento, la mujer requiere del enfoque antropológico como método interpretativo de su constitución y evolución históricas. La tesis antropológica que sostiene la unidad de la especie y ubica a los seres humanos como sujetos históricos complejos y multideterminados es necesaria para concebir a la mujer como una particular unidad dialéctica entre cuerpo, sociedad y cultura (Lagarde, 1990: 63).

Cuando hablo de particularizar los tratamientos, de hacer intervenciones diferenciales para hombres y mujeres, no estoy proponiendo la creación de centros médicos o fármacos diferenciados por sexos, estoy planteando más bien la necesidad de pensar que cuando un sujeto es internado deja afuera una familia, un trabajo, en fin deja sus afectos y por tanto los tratamientos deberían ser diseños partiendo de que son sujetos para así fomentar una futura reinscripción. Parte del tratamiento debería estar dirigido a fomentar las expresiones particulares, femeninas y masculinas y los espacios de intercambio con otros. Como dice Lagarde “a cada sujeto le antecede una historia y la masificación de los sujetos la desconoce” (Lagarde, 1990:63).

Tanto el hombre como la mujer han atravesado distintos procesos que marcan su posición en la estructura³, ya sea esta femenina o masculina. La estructuración de un sujeto como hombre o mujer es un proceso que rebasa el componente biológico y se nutre permanentemente de procesos sociales, culturales y de lenguaje.

No se puede desconocer las diferencias entre el funcionamiento del organismo femenino y el masculino, pero la biología no es un determinante o marca un deber ser para el sujeto. El significante del cuerpo biológico debe ser tomado en cuenta pero no se puede dejar a un lado que los fenómenos sociales como el apareamiento del hospicio y los hechos históricos que describen a la locura, han afectado de manera diferencial a hombres y mujeres. Si existen diferencias biológicas, históricas y fundamentalmente estructurales entre los sexos ¿por qué la homogenización de los enfermos mentales? ¿Por

³ Estructura se entiende aquí como la relación entre distintos términos a los que se les supone una relación funcional.

qué los tratamientos médicos y psicoterapéuticos no son particularizados para cada sujeto?

La única premisa universal de la patología sería que es particular para cada sujeto. Las vivencias son particulares y por tanto el tratamiento debería ser particular también. Con esta idea no anulamos la posibilidad de beneficiarse de las generalizaciones que se leen en los diagnósticos, sin ellas estaríamos sin un código común de análisis. El problema es que la generalización en la patología y el tratamiento, se vuelvan tan rígidas que terminen por eclipsar al sujeto y su deseo.

Para la visión médica, las enfermedades supuestas a los hombres son más *graves*, las enfermedades supuestas a las mujeres son más *dramáticas*, pero en ambos se utiliza el mismo procedimiento médico dentro de la institución psiquiátrica: coctel de bienvenida con los mismos fármacos para todos los casos y luego de dos días cuando los pacientes se despiertan ya tranquilos y sin derechos, todos y todas son sometidos a internamientos largos que en la mayoría de los casos son exagerados. Nace una paradoja entre la diferencia sexual y la homogenización del deseo.

1.3.2. Enfoque de género: la lectura desde el concepto de violencia estructural

En este punto es necesario partir del concepto propuesto por Burgois sobre violencia estructural: “La violencia estructural se refiere a la organización económico-política de la sociedad que impone condiciones de sufrimiento físico y/o emocional, desde los altos índices de morbosidad y mortalidad hasta la pobreza y condiciones de trabajo abusivas y precarias”(Burgeois, 2005:13). Esta situación estructural de violencia involucra directamente a las instituciones del Estado y la institución psiquiátrica no se escapa; está estructuralmente asumido que los locos y las locas tiene que ser aislados y anulados de la vida comunitaria, esto se puede considerar una violencia directamente relacionada con condiciones de pobreza extrema en las casas de salud y con pocas o nulas posibilidades de una vida laboral productiva.

Es necesario realizar la lectura de los tratamientos mentales en una relación con otros hechos sociales, la institución psiquiátrica se ha aislado con el fin de que ciertas normativas no afecten su funcionamiento. Si en el Ecuador actualmente la erradicación

de las formas de violencia dirigidas hacia las mujeres es un tema central, entonces: ¿Porque no pasar de pensar a la violencia como un fenómeno observable y pensarla como un comportamiento estructural al que se han sumando también los servicios de salud mental? La atención que requieren las mujeres si de salud mental se trata, rebasa la idea de la condición reproductiva y de la disminución los índices de enfermedades veneras. Es necesario pensar en el desarrollo psíquico de la mujer desde los primeros momentos y es imperativo generar intervenciones adecuadas para aquellas mujeres que se encuentran en los servicios de salud mental diagnosticadas desde la idea de la sexualidad reprobable o de la imposibilidad de la contención de sus afectos, categorías claramente heredadas del discurso tradicional donde la mujer es más cercana al naturaleza y a las pulsiones y por tanto incapaz de controlar de manera adecuada las mismas.

¿Qué se puede decir desde el discurso de género sobre la violencia que sufren las mujeres y los hombres en los sistemas de salud mental cuando reciben diagnósticos, errados y pasan largos años internadas/os, porque el mismo sistema de salud no facilita la reinserción a sus familias y al ámbito laboral?

El enfoque de género permite evidenciar las construcciones culturales y la creación de roles estereotipados para mujeres y hombres que a su vez han determinado una aparente dicotomía entre los sexos. Esta dicotomía se caracteriza por una inequitativa distribución de poder que se evidencia tanto en la esfera pública como en la privada en distintas formas de violencia, maltrato y discriminación a aquellas personas, hombres o mujeres que no cumplen con los roles supuestos para su sexo, Joan Scott afirma que:

El género más allá de una categoría útil para el análisis histórico, se ha convertido en una categoría necesaria para el diseño y aplicación de la política pública nacional y local dirigida a Grupos de Atención Prioritaria, porque ofrece un modo de diferenciar la práctica sexual de los roles sociales asignados a mujeres y hombres (Scott, 1996:1).

Entonces es importante introducir criterios como este entre los operarios de salud con conceptos que se enmarquen en un enfoque de género y derechos humanos para que se pueda evitar diagnósticos errados. “Generalmente los diagnósticos que reciben las mujeres están relacionados con trastornos afectivos, crisis de ansiedad, depresiones y trastornos bipolares; en cambio los diagnósticos de los hombres en su mayoría tratan de

alcoholismo, trastornos psicóticos en general, depresiones y trastornos bipolares”⁴. En el caso de las mujeres, los médicos relacionan de primera mano y sin mucha observación los síntomas con componentes afectivos o de prácticas sexuales, cosa que no pasa en los hombres. Esta es una evidencia de la naturalizada idea de que las mujeres somos seres que no pueden controlar sus afectos y sus impulsos sexuales. Esta impresión parte de lógicas patriarcales arraigadas en los imaginarios sociales que esconden los verdaderos cuadros clínicos (si es que existiesen) de las llamadas enfermas mentales. La diferencia de género es utilizada para producir estereotipos, en el caso de las instituciones psiquiátricas es paradójal pensar que dicha diferencia sólo se pone en juego al momento de diagnosticar estereotipadamente a la mujer o al hombre, pero que no se realiza una verdadera intervención con enfoque de género cuando se propone tratamientos homogéneos para todos y todas por igual. Considero que los tratamientos psiquiátricos actuales son una práctica sostenida en estereotipos por diferenciación sexual, más que intervenciones con enfoque de género.

1.3.3 Las instituciones totales: concepto y alcances desde Goffman

Otro punto fundamental de abordaje son las particularidades de las llamadas “instituciones totales”. Según Goffman: “Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes.” (Goffman, 1961:17). Si las instituciones tienden a absorber a sus miembros tienden también a anular subjetividades. Las instituciones totales a más de anular subjetividades, perennizan estructuras incuestionables. Entre las instituciones totales tenemos a aquellas que contienen a las personas que voluntaria o involuntariamente amenazarían a la sociedad.

Las cárceles y las correccionales contienen a los que voluntariamente intimidan a las personas de *bien*. En cambio, los hospicios, los hospitales psiquiátricos y los orfanatos albergan a esos sujetos que involuntariamente suponen peligro para otros. Me pregunto ¿por qué las lógicas de estos dos tipos de instituciones son las mismas si sus poblaciones

^{4 4} Información extraída de una entrevista realizada en Quito el 17 de Mayo de 2010, con un psiquiatra que trabajó en la Institución Psiquiátrica visitada durante los periodos 1991-1996 y 2003-2008.

son definitivamente distintas? En ambos casos el internamiento involuntario termina por excluir definitivamente a los sujetos de la sociedad.

Las instituciones totales son cerradas, hay un posicionamiento no escogido en la distribución del poder para muchos sujetos a los que no les será permitido nunca más cuestionar las practicas de desajuste, deslocalización y desaparición de toda subjetividad. Goffman introduce características detalladas y específicas de las instituciones totales y los hospitales psiquiátricos se apegan oportunamente a ellas:

La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un sólo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.(Goffman,1961:20).

Las instituciones totales no están llamadas a preservar las características particulares de los sujetos, están destinadas a mantener las *lógicas clásicas de la institución*⁵, así como a perpetuar la distribución de poder en una estructura jerárquica que, a simple vista, parece imposible de romper. Según Goffman, las instituciones psiquiátricas no valen para lo que fueron concebidas; el internamiento, con sus características y consecuencias, es más un método de desajuste que de ajuste y organización del yo del paciente (Goffman,1961). Las instituciones totales pasan por encima del deseo de sus internos con el fin de mantenerse a sí mismas y justifican su existencia mostrando que ofrecen un servicio que nadie más estaría dispuesto a sostener. Son espacios tan cerrados que terminan por expulsar a los que no entran en la dinámica de silenciar al otro y de ejercer poder de manera abrupta y sin límites.

⁵Con lógicas clásicas me refiero a la concepción foucaultiana de que a pesar de que los leproarios han evolucionado en hospitales psiquiátricos, cárceles y hospicios; estos han conservado la misma estructura que convierte a ciertos sujetos en despojos de la sociedad.

Las instituciones totales están llamadas a someter a los sujetos con rutinas estrictas y ropajes grises. No existen opciones para los internos. A las instituciones totales pareciera no interesarles que el interno sea hombre o mujer, sea joven o viejo. Pareciera que lo que les interesa es que los sujetos luzcan como una masa homogénea bien adaptada y que no cuestione las indicaciones de las autoridades. Así, las familias están contentas y las instituciones pueden seguir existiendo. Esta consideración rebasa a los miembros de la institución actual, es puramente una herencia histórica que se debe considerar para su modificación.

A los internos nadie les pregunta que desean hacer en un nuevo día, ya que la programación de actividades no puede ser alterada. A los internos no se les da la oportunidad de escoger compañeros para sus actividades, es el ojo vigilante de la institución quien decide dónde, con quién y cómo actuarán los sujetos. A los internos de las instituciones totales se les niega la posibilidad de analizar la cotidianidad y la cultura, reciben pocas noticias del mundo exterior, de lo político, de sus familias y de las construcciones vivenciales que habían sostenido antes de someterse a largos internamientos. No importa el porqué del internamiento, tanto en las cárceles, orfanatos, hospitales psiquiátricos y otras instituciones totales, los internos atraviesan por una suerte de desconexión con el mundo público.

1.3.4 El concepto de poder y las instituciones

Foucault propone que: “Meter a alguien en prisión, encerrarlo, privarlo de comida, de calefacción, impedirle salir, hacer el amor, etc., ahí está la manifestación del poder más delirante que se pueda imaginar.” (Foucault, 1992:86).

En los hospitales psiquiátricos se pueden observar privaciones similares a las de las cárceles y muchas veces los internamientos se vuelven condenas más extensas que las de los criminales. ¿Cuánto tiempo debería pasar un enfermo mental internado para que dicho internamiento no pierda sus cualidades terapéuticas y se convierta en un encarcelamiento?. Como dice Foucault: “es menester aplicar un método perturbador, quebrar el espasmo mediante el espasmo (...) Hay que subyugar la totalidad del carácter

de ciertos enfermos, vencer sus pretensiones, domesticar su arrebató, quebrantar su orgullo, mientras que es preciso excitar, alentar a otros...” (Foucault, 1974: 388).

Es claro que los médicos psiquiatras están llamados a ocupar el lugar con mayor poder *explícito* dentro de la institución, que las hermanas enfermeras gozan de un poder *implícito* con ganancias divinas de redención del prójimo y que las enfermeras son las que realizan el trabajo duro y cotidiano. A los terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y psicólogos (en su mayoría mujeres) no los nombro dentro de esta distribución porque son visitantes transitorios dentro del hospital, su palabra tiene un peso mínimo sobre las prescripciones para los pacientes. El trabajo de estos profesionales se dirige más bien a cumplir con el requerimiento del Plan de Salud Mental del Ecuador de que el equipo que trabaje en los hospitales psiquiátricos sea multidisciplinario.

Pensando en Foucault, me pregunto ¿A quién le interesa que una relación tiránica de poder médico-paciente se mantenga? Una relación donde el que sabe SABE y el que no, calla y acata el diagnóstico que de por vida le acompañará y le atará a la condición de desecho social. ¿Qué efectos disímiles tiene en los internos hombres y mujeres el poder del médico? Junto con la línea que interroga a la institución total no puedo evitar interesarme en dilucidar: ¿Cómo se estructura la economía del poder dentro de la Institución Psiquiátrica?, ¿Qué impacto diferencial tiene el sistema de salud mental en los hombres y las mujeres?, ¿Qué disparidades encontramos en los diagnósticos específicos que reciben las mujeres y que reciben los hombres? ¿Cuáles serían los posibles caminos que permitan desmontar las lógicas de poder existente en este espacio? ¿Por qué la institución psiquiátrica se ha convertido en una herramienta de la ex -clusión femenina?.

1.3.5 La teoría psicoanalítica: aportes de la introducción de un discurso que basa su lógica en la falta estructural.

Este trabajo parte de la visión que la práctica psicoanalítica propone basada en un abordaje a las *Psicosis*⁶ distinto al de la Psiquiatría. Un trabajo basado en la escucha de las diferencias entre cada paciente, en vez de un trabajo limitado a ubicar a los sujetos

⁶ Término equivalente a distintas enfermedades mentales, donde la estructura psíquica del sujeto se ve interpelada por una suerte de detenimiento o inmovilidad en lo que respecta a la relación entre el deseo del sujeto y la capacidad que este tiene de sostener un lazo dinámico con el ambiente y los otros.

bajo criterios diagnósticos rígidos. Los criterios diagnósticos son utilizados por el Psicoanálisis como parámetros teóricos que no reducen la intervención y la técnica a aplicarse.

Hay que reconocer los conceptos del discurso de género con los que el psicoanálisis puede dialogar, pero hay que reparar en ciertas lecturas sobre este discurso como la siguiente: “Y como el psicoanálisis es una teoría del género dejarlo de lado sería suicida para un movimiento político dedicado a erradicar la jerarquía de los géneros”. (Rubin, 1996: 56). El psicoanálisis no es una teoría que parta de lo general, generalizador o colectivo. El psicoanálisis es una teoría de lo particular, por excelencia. Es necesario hacer esa diferenciación para evitar malentendidos en el momento de introducir los conceptos en los que se sostiene esta investigación, sin embargo, coincido con la idea de Rubin de que no es posible teorizar sobre la sexualidad, sobre el género o sobre la psique subjetiva sin invitar a autores que escriban desde el psicoanálisis.

El psicoanálisis se encarga de la teorización alrededor de las producciones del inconsciente que solamente pueden ser leídas en una estrecha relación con el campo del lenguaje. Estas producciones van más allá de cualquier fenómeno perceptible vía los sentidos, o de cualquier hecho material apto de aprendizaje a través del intelecto.

Freud, después de preguntarse por los síntomas conversivos que observaba en sus pacientes y de explorar temas como la farmacología y la hipnosis, propone un discurso diferente donde lo que se pone en juego es el deseo del sujeto que está hablando en su consulta y es él, ese mismo sujeto, quien puede decir algo y formular una teoría sobre el malestar que está experimentando.

La teorización alrededor del vínculo entre sujetos ha tratado de profundizar acerca de ¿qué es eso que permite esa relación, muchas veces silenciosa, entre los sujetos que hablan? Eso que habla, al mismo tiempo que no puede ser pronunciado por ningún individuo en ningún lugar del planeta, en ningún momento de la historia es el inconsciente. Eso habla y le da al sujeto la posibilidad de hablar a otros y de ser hablado por esos otros. Eso le da al sujeto la posibilidad de ser una producción que deviene de la articulación de este con la palabra.

El inconsciente freudiano es ese lugar lógico que parte del aparato psíquico donde están localizadas todas esas representaciones que han sido reprimidas para que el sujeto

pueda relacionarse socialmente. Freud afirma: “Es cierto que el psicoanálisis ha tomado por objeto la psique individual, pero a raíz de su exploración no podían escapársele las bases afectivas del vínculo del individuo con la sociedad”(Freud,1913:190). El objeto de estudio del psicoanálisis ha sido el sujeto por excelencia, un sujeto que no puede ser tal, sin una relación con el lenguaje. Pero ¿qué pasa cuando esta relación con el lenguaje falla? y esos sujetos llamados a entenderse, a complementarse no pueden hacerlo?

Las ideologías a lo largo de la historia han surgido como parte de esa relación incompleta entre sujetos. Se busca un código social, coincidencias, para crecer como grupo y hasta soluciones para las marcadas diferencias que experimentan entre sí las sociedades. El sujeto no es algo que se encuentra, ni es un actor social solamente, es una condición a producirse en el devenir del lenguaje, es un sujeto en falta. Es un sujeto que está en medio del malentendido del lenguaje. La falta nos conecta directamente con el inconsciente que es inherente al sujeto. La lectura lacaniana de la obra de Freud le aporta a este discurso directas relaciones con la lingüística y las matemáticas. La relación del psicoanálisis con la lingüística es la que va a enmarcar este apartado. En la obra lacaniana tenemos un concepto fundamental derivado de los estudios de Saussure⁷, el de significante. Para Saussure el significante y el significado son dos conceptos inseparables cuando de percibir al signo lingüístico se trata. En cambio para Lacan, en su texto “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” el significante es parte de una cadena que sostiene con otros significantes produciendo efectos distintos de significación (Lacan,1953). Esto quiere decir que significante y significado no son irreductibles, el significante está vacío y el efecto de significación se produce solamente en relación con otros significantes justamente en los puntos de quiebre que se producen en la cadena. Si tomamos este concepto lacaniano podemos pensar en la posibilidad de entender a la masculinidad y a la feminidad como dos significantes vacíos que pueden ser llenados de distintos significados y producir diversos efectos de significación, una lectura distinta a la de la medicina que reduce al sujeto al organismo biológico y desconoce lo simbólico del cuerpo. El significado que un sujeto le atribuye a la feminidad o a la masculinidad puede entenderse como una producción discursiva y como una posición en

⁷Lingüista considerado el fundador de la lingüística moderna. Lacan parte de sus escritos sobre lingüística general para proponer un giro a las nociones de significante y significado, inversión que da cuenta de la condición de vacío del significante.

la estructura del lenguaje. Los significantes masculino y femenino no pueden dejar de leerse en la relación de los tres registros que propone la teoría lacaniana: real, simbólico e imaginario. En las ciencias médicas la feminidad y la masculinidad se han establecido solamente en relación al organismo biológico. Si pensamos a la feminidad y a la masculinidad desde el psicoanálisis les podemos reconocer condiciones de materialidad, en tanto el componente biológico no se puede dejar a un lado, pero no se atrapan dentro del determinismo biológico gracias a que podemos leerlos desde el registro de lo simbólico, de tal manera que estos dos significantes le representan a cada sujeto un significado distinto, atravesado también por el registro imaginario de lo que se esperaría socialmente de devenir hombre o mujer. Finalmente, se los puede leer desde el registro de lo real como la condición de lo que no se puede poner en palabras, ese algo que se le escapa al lenguaje y que no se ha registrado en el campo de lo simbólico y le pertenece al campo de lo real. Entonces, el sujeto del psicoanálisis está regido por el deseo y es en las producciones del inconsciente donde se evidencia el deseo. No se puede hablar de un sujeto social solamente, el sujeto está por lógica en el orden de lo particular. Es el lenguaje el que produce lazo social y una teoría del sujeto que no incluya la idea de la falta del ser es incompleta y destinada a no soportarse más que en el significante. La idea del sujeto escindido es necesaria para entender porque hablamos y porque nos cuesta tanto llegar a acuerdos y convivir en sociedad. Es importante destacar en este punto que el deseo no le pertenece al sujeto y que no es el *individuo* el que hace lazo social, dado que esa condición de indivisión no le ha sido atribuida a ningún sujeto. Es el inconsciente es el que hace lazo social. El sujeto remite a la idea de una estructura común para todos los sujetos hablantes. La estructura del lenguaje a fin de cuentas nos aproxima a como está estructurado el inconsciente. El ubicarse como sujeto de la enunciación va mucho más allá de un empoderamiento sobre un asunto en particular, es tener en cuenta responsabilidad por el deseo del sujeto y por el inconsciente.

El feminismo nombra al sujeto como la posibilidad de que aquello que no ha sido escuchado se ponga en juego. El feminismo habla de dar un lugar a las voces no autorizadas, a las voces de la periferia, a los discursos de las minorías. Sin embargo, esto no va a ser posible dejando a un lado al inconsciente.

La terceridad del lenguaje, el Otro, debe ser necesariamente considerada por el feminismo, ya que todos los seres hablantes están sujetos al lenguaje y ningún discurso es más válido que otro. Por ejemplo, el tema de la voz autorizada puede ser desarmado con este argumento: todo sujeto hablante autoriza su decir en lo que cree que desea, nadie es dueño del deseo de otro ni puede hablar por él. Sólo el sujeto mismo puede y debe responsabilizarse de sus enunciaciones. Sólo él mismo es dueño de los cambios que quiera proponer en su decir y su deseo.

Finalmente, la lectura que este trabajo puede dar a las historias clínicas desde esta óptica, las transforman en testimonios de los internos del hospital que nos permiten pensar en la posibilidad de que estos sujetos hayan creado otra suerte de memoria, distinta a la que nos imaginamos los que vivimos fuera. Braunstein, psiquiatra y psicoanalista que se ha dedicado varios años a pensar en las cuestiones de la memoria, introduce la idea de que la memoria es puramente ficcional:

Al recorrer las invenciones que pasan por las memorias encontré un subgénero de la literatura, mitad, mitad not fiction, que es el de los informes que los médicos tratantes redactan sobre los pacientes que les toca aprender. Como se podía prever, los prejuicios y los intereses de los profesionales se hacen presentes en la redacción de los “historiales clínicos” y esa tendencia es rica en enseñanzas cuando lo que ellos querían transmitir es “la memoria” de los pacientes. (Braunstein, 2008: 9).

La memoria no es más que varias ficciones, la memorias son construcciones sesgadas, escogidas de eventos que tuvieron lugar en un tiempo perdido, es en la palabra que se puede reconstruir algo de esas ficciones y permitirle a sujetos olvidados un empoderamiento sobre sus recuerdos y sus deseos. Los recuerdos de los pacientes, pensados como ficciones que se perderán en el tiempo, están sustentados por la producción escrita que ellos mismos han producido.

Resumiendo, las entradas teóricas que voy a tomar en cuenta son: en primer lugar las referencias a los estudios de género que pueden evidenciar distribuciones inequitativas de poder antes no trabajadas en el marco de la institución mental; segundo, la teorías sobre el poder foucaultianas servirán de base analítica para el sustento de esta investigación en un intento de crítica relacional con el concepto de institución total de Goffman, y los estudios psicoanalíticos lacanianos sobre las psicosis, los mismos que se

pondrán al servicio de una nueva propuesta clínica basada en acordarle un lugar a los pacientes, un lugar de palabra, en proponerles pertenecer a ese espacio y creer que la palabra de los mismos tiene un valor.

Todo esto para poder situar de donde viene ese lugar de destierro heredado para el enfermo mental en la edad media y moderna. Es necesario teóricamente pasar por la revisión de conceptos sobre la subjetividad y es importante construir la subjetividad desde el lenguaje. Pero por más que el lenguaje sea una imposibilidad, lo que si se puede transmitir son los proyectos concretos que apuntan a partir de la existencia de la mujer, del deseo de la misma, de su lugar en el discurso, a que se puede construir propuestas sostenidas que le den a la mujer mejores condiciones en la esfera pública. Para sintetizar este ítem creo que la producción teórica es importante y esta tesis es mayoritariamente teórica y tiene lugar en la academia, pero hay cuestiones que poner en práctica a favor de los derechos de todas las mujeres a partir de esta teoría. Considero que esa neutralidad del significante que propone el psicoanálisis es una herramienta útil para el feminismo en la formulación de políticas que promulguen igualdad y respeto a cualquier posición sexual.

1.4 Método: la alianza entre la observación participante, la investigación de archivo y el análisis inductivo

El análisis de dispositivos tan arraigados como los que se dan en el hospital psiquiátrico, requiere de la recolección de distintas evidencias que sostengan las hipótesis que se irán planteando a lo largo de la investigación. La herencia estructural que nos deja Lévi-Strauss me permite pensar que una observación exhaustiva es el camino para leer los deslices y las diferencias en las dinámicas institucionales monótonas que ocultan tras de sí otros sentidos. A la observación le sigue la formulación de hipótesis que serán verificadas o no a partir de la validación:

La intención exhaustiva que inspira nuestras investigaciones transforma en muy gran medida su objeto. Técnicas tomadas aisladamente pueden aparecer como algo dado en bruto, legado histórico o resultado de una componenda entre las necesidades del hombre y los constreñimientos del medio. (Lévi-Strauss,1979:16).

A través de la observación participante dentro de una Institución Psiquiátrica de la ciudad de Quito (realizada en los periodos Julio 2004-Marzo2008 y Diciembre 2009-Junio 2010) busco hacer una comparación entre las promesas de salud que la psiquiatría y lo que es el vivir cotidiano de las y los pacientes diagnosticados como psicóticos. Quisiera señalar que permanencia tan prolongada como observadora en esta institución se debió a que desde el año 2004 tuve la oportunidad de formar parte de un grupo de Investigación de las Psicosis, que tenía como sede un hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito. El nombre de esta institución no será compartido por razones éticas, sin embargo por un compromiso con la misma, este trabajo será circulado inmediatamente después de su finalización. El pertenecer a este grupo de trabajo me ubicó en un lugar de militancia en la estructura dentro del hospital psiquiátrico, asistí semanalmente a la institución en el periodo 2003 al 2007 y mensualmente en el periodo 2009-2010. Finalmente, en el año 2005 tuve la oportunidad de proponer espacios semanales denominados “talleres de escritura” dirigidos a los internos. Basándome en el trabajo de Haraway quien propone que: “solamente una perspectiva parcial promete una visión objetiva” (Haraway, 1995: 329), puedo sostener que el conocimiento situado, nos permite inferir que desde diferentes posiciones de sujeto se perciben diferentes realidades. El conocimiento generado desde una posición de extranjería no caería en un puro relativismo, al contrario se sostiene en una permanencia prolongada y perseverante dentro del sistema hospitalario, que arroja cuestionamientos basados en la experiencia y en la escucha, las mismas que me autoriza a presentar al lector algunas las anotaciones en extremos pertinentes desde la posición de observadora extranjera, las mismas que apuntan sin más a problematizar las lógicas en las que estas se engranan. Un punto de vista que es propio de una posición personal ética y porque no política de análisis sobre estas lógicas.

Durante estos años de observación era parte de un lugar al que los pacientes le suponía algún saber, pero al mismo tiempo era un lugar donde se permitían hablar de cosas que no hablarían con los médicos tratantes, quienes dirigen y norman a los que viven en esa estructura. Gracias a ese lugar pude oír y observar cosas que para el visitante normalmente se pierden entre los muros del hospital. Una vez introducida la posición de extranjería desde la que se escribe este trabajo, se puede tejer desde la

observación una crítica cuyas referencias se sostienen en los puntos expuestos en el marco teórico y que están puntos claramente relacionados.

A través de esta revisión teórica y conceptual la idea es descomponer el tema desde el análisis de los discursos de poder en instituciones totales para poder llegar al análisis de la lógica de la Institución Psiquiátrica en sí. Además se dejará a un lado ideas normativas y generalizadoras, dando prioridad a la particularidad de cada sujeto y la implicación subjetiva que cada uno tiene en su discurso.

Se ha recolectado datos de archivo de dos historias clínicas. Estos datos se encuentran en las oficinas del Hospital, en el que se me ha permitido trabajar y donde yacen publicaciones de la revista de la institución y las historias clínicas de los pacientes internados en los últimos 20 años. Sin embargo el énfasis no está en la descripción de las historias clínicas sino en los vestigios de la producción de palabra de estas mujeres.

Finalmente, se analizarán los datos obtenidos con referencias especializadas extraídas de los estudios de género para sostener la hipótesis de que el poder inscrito en las concepciones sobre las enfermedades mentales y en el tratamiento de las mismas afectan de manera diferencial a hombres y mujeres, principal objetivo de este trabajo.

La estructura de la tesis es la siguiente: En este primer capítulo se ha introducido el problema sobre la salud mental y mujeres en el Ecuador a través de referentes estatales, teóricos y empíricos y se ha realizado una revisión teórica, de literatura sobre el tema y una propuesta metodológica. En el segundo capítulo describiremos algunos momentos importantes de la historia de la psiquiatría en Francia y como esta dio origen a las instituciones mentales, además introduciremos parámetros que evidencian las lógicas de poder en las que están sostenidas estas instituciones. Expondremos como se fundó la institución mental en el Ecuador y detallaremos que son las instituciones totales, asumiendo que la institución psiquiátrica es un claro ejemplo de las mismas. Citaremos algunas características de la institución total, que condiciones físicas y temporales sustentan la idea del encierro y la exclusión. Introduciremos la noción de una inequitativa distribución de poder dentro de las mismas para derivar en las formas de violencia que estas instituciones han producido dentro de sus muros. Posteriormente, en el capítulo tercero, siguiendo la línea introducida en el segundo sobre la violencia dentro de las

instituciones, hablaremos sobre la violencia dirigida a las mujeres donde la feminidad puede ser leída como una patología y como las instituciones psiquiátricas se han convertido en instrumentos que perennizan la violencia del discurso sobre las mujeres. En esta sección se presentarán dos diagnósticos de mujeres internadas en largos periodos en la institución psiquiátrica y un análisis desde las ciencias sociales sobre la terminología médica. También se presentará en esta sección material trabajado desde una relación tejida entre los discursos de género y teoría psicoanalítica que contrasta la idea de la feminidad como un lugar menos privilegiado y la ubica como una posición en la estructura. Finalmente, se presentan las conclusiones.

CAPÍTULO II

HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA: UNA INSTITUCIÓN INCUESTIONABLE

2.1 Descripción del nacimiento la psiquiatría como ciencia de la mirada en contraste con el psicoanálisis como una práctica de la escucha.

Para empezar este capítulo es importante partir de la idea de que hay distintos tipos de historia de la psiquiatría. Por un lado está la historia oficial, aquella historia que está validada por la ciencia y que ha sido contada por los grandes psiquiatras clásicos como Eugen Bleuler, Karl Jaspers o Alfred Adler, entre otros, y una historia de la psiquiatría que esta narrada mas bien desde la observación de como los efectos de una ciencia naciente se convirtieron en hechos sociales representativos para cada época de la humanidad.

Foucault a lo largo de su obra centra la mirada en las relaciones de poder que se puede ubicar en distintos tipos de instituciones. Dentro de su *Historia de la locura en la época clásica* (1973) podemos ubicar tres momentos importantes en el devenir de esta ciencia. El primero de estos está ligado con la moral y la magia. Un enfermo mental en la edad media era nombrado y tratado como un *endemoniado*. Estar frente a la enfermedad mental era motivo para pensar en la posesión demoníaca o en la magia negra. Dado que la religión tenía un peso infinito en el discurso de la ciencia, el cuerpo y la mente eran entendidos como inexorables. Científicamente, del alma no se podía decir nada ya que no había medios para explorarla y el comportamiento humano estaba determinado en cada caso por designios divinos.

El segundo momento relevante de la psiquiatría se observa en el renacimiento, donde decayó la idea de que todos los males del mundo eran causa divina y la enfermedad mental fue considerada por primera vez una consecuencia del ambiente. Aún no se podía contar con clasificaciones diagnósticas detalladas pero un científico llamado

Paracelso⁸ (1493-1541) dio cuenta ya de las diferencias y particularidades de la enfermedad mental. Paracelso en su tratado "Sobre las enfermedades que privan de la razón" dividió a estas patologías aun desconocidas en cinco grupos: epilepsia, manía, locura verdadera, baile de San Vito y "suffocatio intellectus". La locura verdadera se divide, según este autor en: lunáticos, insanos, vesánicos, melancólicos y obsesos. De ahí en adelante la clínica psiquiátrica ha producido un interminable conjunto de clasificaciones para las enfermedades, con más detalle de los síntomas que identifican a estos malestares, de tal suerte que muchos más sujetos puedan calzar con estas clasificaciones.

Tenemos en la obra del psiquiatra francés Henry Ey denominada *Historia de la Psiquiatría*, un tratado de psiquiatría clínica y terapéutica con un anexo en el cual después de unos esbozos sobre la antigüedad, menciona que el nacimiento de la asistencia a los enfermos mentales se da en la Edad Media en los países musulmanes en el siglo XV, posteriormente, tras la fundación en 1571 de la orden de los hermanos de la Caridad por San Juan de Dios, se difunde en Europa y en Hispanoamérica. En un inicio los mendigos, los soldados desertores, los indigentes, son expulsados de las ciudades pues en ellos está la fuente de todo mal; es una muchedumbre que puede ir de una ciudad a otra, que no tienen un lugar de estadía. En esta situación en 1656, se prohíbe en Francia la mendicidad, so pena de látigo y reclusión sin distinción de edades o de *sexos*, de enfermedades o de condiciones.

Poco después de que estuviera prohibido ser mendigo o recibir a los mendigos, los militares en Francia recogen a los que no han asumido la orden y los asila en un espacio que se llamará en ese momento Hospital General. Cuatro años más tarde se tiene informe de que solamente en Francia en el asilo de la Salpêtrière, se encuentran reclusos 1.460 mujeres y niños de tierna edad y en Bicetre 1.615 hombres adultos. En total en todos los asilos se internan entre 5.000 y 6.000 personas, hecho que se extiende a toda Europa hacia el siglo XVII (Foucault,1967:95)

Como hemos revisado hasta ahora la institución como espacio asilar tiene una historia marginal. En sus comienzos los asilos para los alienados se derivaban de las

⁸Alquimista, médico y astrólogo suizo

casas para los leprosos de la Edad Media hacia la de los enfermos venéreos en la época clásica, y como una forma de tomar medidas de exclusión para internar a los indigentes. Así nacieron los primeros asilos para ser hogares que luchan contra “la pobreza y el vicio”. Es interesante ponerse a pensar quienes eran los que determinaban a los pobres y viciosos, quienes entraban dentro de estas categorías y sobre todo anotar que esta clasificación es un ejercicio de poder desde los más ricos hacia los menos afortunados.

Los asilos nacieron como lugares donde se les daba un oficio a los mendigos que vivían en las calles, eran apoyados en el siglo XVII por la Iglesia que veía en ellos a personas con las cuales hacer mérito de su caridad.

Hacia el siguiente siglo se da un cambio desde la asistencia y la caridad hasta una de las medidas del Renacimiento que buscaba terminar con el desempleo y la mendicidad. Se fundan en toda Europa casa asistenciales heredadas de estos leprosarios y se instituye por ley la creación de asilos que son dados por la conversión de los bienes eclesiásticos para obras hospitalarias; un ejemplo es el que encontramos en un decreto de la Reforma que recomienda no abandonar las obras y darles la importancia de bienes del Estado. Es una preocupación del Estado y un deber de este cuidar a los enfermos y ya no solamente una obra de la iglesia, que era parte del ejercicio de la caridad. El loco antes de ser considerado un objeto de conocimiento y de piedad se convierte en un sujeto moral. Esto creó lo que Foucault menciona en su *Historia de la locura*, como el “gran encierro” y como “el nacimiento del asilo.” (Foucault, 1973: 125)

Pasando al siglo XVIII, tenemos a Phillipe Pinel (1745-1826), quien fue un médico francés que profundizó sobre el estudio de las llamadas enfermedades mentales y fue considerado por muchos el primer verdadero psiquiatra (Ackerknecht, 1993:49). Podemos evidenciar que la clínica de Pinel basaba su estudio en la observación y el análisis detallado de los síntomas que se presentan a nivel de los fenómenos, perceptibles únicamente por el ojo experimentado. Tenemos entonces una constancia histórica de que la medicina es una ciencia clasificadora como afirma Braunstein, psiquiatra y psicoanalista contemporáneo:

La medicina clasificadora es la del siglo XVIII la que precede al método anatomo-clínica. Su pretensión es la de asilar a las enfermedades como especies naturales e incluirlas en un espacio clasificatorio homogéneo. Su modelo es la clasificación

de las especies vegetales efectuada por Lineo. Su método es la descripción de los fenómenos tal como ellos se aparecen a los órganos de los sentidos, muy particularmente de la vista. (Braunstein, 1980:14).

Tomando en cuenta lo que dice Braunstein podemos pensar que la clínica que inaugura Pinel, a pesar de ser un intento de que la psiquiatría sea una práctica más *humanizada*, es una ciencia que trata solamente sobre la mirada que recae en los síntomas del *individuo-objeto* y deja de lado la escucha del malestar que es lo que permitiría pasar de la concepción del individuo sano o loco de las ciencias positivistas hacia el sujeto del lenguaje que experimenta malestares que no necesariamente son observables. Sin embargo, es notable citar que uno de los logros más importantes de Pinel en lo que del tratamiento mental se trata es que liberó a los alienados de las amarras que los mantenían sujetos a las paredes de sus habitaciones. Pinel insistió en que debía considerarse como necesaria la formación de profesionales especializados para atender a los alienados.

Posteriormente, tenemos a Etienne Esquirol (1782-1840) quien se formó bajo los preceptos de la terapia moral de Pinel y consiguió promulgar una ley en 1838 que obligaba a la administración francesa a disponer de un asilo para dementes en cada departamento del país.

El tercer momento que quiero destacar es el siglo XIX, cuando el hospicio se transforma en hospital psiquiátrico. Se produce el espacio ideal para que la psiquiatría pueda establecer criterios de especialización para el abordaje clínico, criterios que solamente los médicos están autorizados a cuestionar. Emil Kraepelin, que es uno de los representantes más importantes de la psiquiatría del siglo XIX (1856-1926) se centró en la clínica como herramienta diagnóstica; su influencia produjo que la psiquiatría se transforme de una ciencia de la alienación a una especialidad médica. Las clasificaciones propuestas por este autor siguen siendo los criterios bajo los que se han desarrollado las tipologías diagnósticas del DSM4 y del CIE10. Pensando ya en el siglo XX tenemos a Eugen Bleuler, quien en 1911 introdujo el término esquizofrenia (Kaplan, 1994: 205)

Paralelamente al momento en que los psico-fármacos encabezan los tratamientos especializados para los sujetos llamados enfermos mentales, aparece una práctica diferente en tanto parte de la premisa de la existencia del inconsciente, el psicoanálisis,

desde el cual el sujeto es abordado en su condición de particular y en su determinación a la universalidad del lazo social del lenguaje.

Freud, a partir de sus estudios sobre la histeria, formula la posibilidad de la creación de un discurso que tome en cuenta una parte del sujeto que no había sido percibida por las ciencias médicas, las ciencias sociales y las de la conducta. Existe un lugar en el sujeto que habla del que este no puede dar cuenta en su decir cotidiano, pero que está insistiendo como registro fundamental de una falta originaria para el sujeto. Este lugar que está registrado en los momentos de formación del aparato psíquico y que es ubicable solo topológicamente⁹ es designado por Freud como *el inconsciente*.

2.2 Lógicas de fundación de la institución mental/total

En la sección anterior habíamos destacado la transformación del hospicio en institución psiquiátrica, la lectura que se puede hacer de esta observación de Foucault (1973) es que el nacimiento del asilo es un hito que marca una discontinuidad en la historia del fenómeno de la locura que no sólo tuvo consecuencias a nivel médico sino a nivel social.

En los inicios de la institución asilar y tal vez hasta nuestros días, ha habido un elemento de orden, de regulación de las actividades de los pensamientos de los internos, de alejar o poner algo de distancia entre lo que es normal o parece no serlo. Sigerist afirma que la “enfermedad aísla” y que incluso si “ese aislamiento no aleja al enfermo de los hombres, sino que por el contrario lo aproxima a estos” (Foucault, 1967:95). Ningún enfermo perspicaz puede ignorar las renuncias y limitaciones que los hombres “sanos” imponen para acercarse a él. Aquellos que están excluidos de la estructura social buscan de alguna forma ser acogidos para ser escuchados y por más que se trata de aislarlos hacen continuos intentos de intercambio.

La institución mental nos permite visualizar lógicas excluyentes y totalizadoras, Se ha propuesto anteriormente que el discurso de los llamados locos no solamente cuestiona a las ciencias médicas sino a las ciencias sociales.

⁹ La topología es la geometría flexible, parte de las matemáticas que estudia relaciones de vecindad, de transformación continua, de frontera y e superficie entre conceptos sin hacer intervenir necesariamente la distancia métrica. En psicoanálisis hablar de un lugar topológicamente ubicable quiere decir que este lugar solamente se evidencia en relación con otros conceptos, como la consciencia, la palabra, el lenguaje, etc.

Las instituciones asilares están incluidas dentro del conjunto de instituciones totales descrito por Goffman, y es esta totalidad la que promueve este tipo de violencia estructural, ya que los sujetos que son sometidos por dichas instituciones atraviesan cotidianamente sufrimiento físico, condiciones espaciales precarias y maltratos físicos como el exagerado e inapropiado uso de medicamentos y electro shock y sufrimiento emocional, entendido como violencia psicológica, ya que en estos espacios se fomenta la generalización del sujeto y se anula cualquier intento de particularidad y deseo, esta es la forma de maltrato emocional más violenta y letal.

Podemos entender aquí que la terapéutica de la locura es el arte de subyugar y domesticar al otro, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que por sus insignias científico-morales está autorizado a modificar sus ideas. Pinel en 1793 encabezando la famosa liberación de los enfermos mentales de sus cadenas en el hospital de Bicêtre instala la escena fundadora de la psiquiatría moderna, donde esta se transforma en una forma de aislamiento apoyada ya no en tratamientos físicos sino en un llamado “tratamiento moral” con una mejor aceptación que los instrumentos de contención.

El tratamiento moral de la enfermedad mental no busca ser un proceso que ponga de manifiesto la verdad de la locura para estudiarla, para observarla o describirla, todavía ni siquiera diagnosticarla; se convierte en una herramienta de enfrentamiento que introduce la “ortopedia moral” y que nos trae devuelta al territorio donde lo violento es un requerimiento para poner freno a esa fuerza extraña que el loco representaría. Esta violencia ya no se muestra como el efecto irracional, irregular, desatado, de golpe o de represión, sino que se presenta desde la sutileza de una violencia autorizada por la moral que casi no requiere encuentro físico. Sin embargo, la escena de la curación es más compleja. No hay solo medios o instrumentos de contención como el semicírculo de hierro que servía para inmovilizar al interno contra una pared, la silla fija que estaba sujeta a la pared y en la que se ataba al enfermo, o la silla oscilatoria que se movía al compás de la agitación del enfermo, el suplicio del agua que consistía en lanzar súbitamente al interno a un tanque de agua para tranquilizarlo, o la estrapada que consistía en atar de manos y pies al enfermo a cierta altura y se lo lanzarlo sobre el piso varias veces; también la camisa de fuerza cuyo modelo fue el cinturón de castidad y el traje en forma de guante que mantenía quieto al enfermo y que se lo podía combinar con

un ataúd de mimbre con un colchón; todos estos aparecidos en el siglo XIX, que aseguraban el adiestramiento, la garantía el enderezamiento del cuerpo, del espíritu y en cierta manera, el control de la sexualidad.

La historia de estos instrumentos merece otra ocasión y un estudio profundo y detallado, pero en general se produce la curación por una imposición de lo que el médico designa como correcto y lo que tiene que ver con las condiciones de ese momento de la cultura. Es interesante ver que en este inicio de la psiquiatría, en su historia, que curar no tiene que ver con la práctica o la actividad que se convierte en experiencia, con la observación o con la actividad diagnóstica de la medicina. Este enfrentamiento y estas distorsiones se dan en una escena institucional que recibe un estatus médico y mantiene gente asilada dentro de una calificación médica.

Finalmente, ya en el siglo XX, los manuales estadísticos siguen las descripciones hechas por observadores clínicos, sin embargo el método usado para la clasificación y la descripción de las enfermedades tendría como efecto reproducir patrones que sean compartidos como un saber dentro de un grupo.

Braunstein en 1980 comenta que la clasificación de las enfermedades se basa en una mirada que introduce una enfermedad en una jerarquía para dividirla en categorías, en sub categorías, en una descripción que se deriva del modelo de Linneo de la clasificación botánica. Se necesitaba un aparato nocional que ayude a hacer el paso de la descripción y de la categorización hacia los individuos, hacia los seres humanos.

Algo que nos dé cuenta de un carácter científico, bajo la ideología de la ciencia y bajo sus parámetros de medición, objetividad y generalización, es decir tener evidencias empíricas que compartan un sustento positivista, podemos encontrar allí, según la lectura que Braunstein articula un indicio de la ideología de la ciencia y del método científico.

2.3 La institución mental en el Ecuador: algunos datos de fundación

Mientras en Francia se consolidaba una práctica basada en la clasificación rígida de las enfermedades, en América Latina heredábamos la concepción de que el espacio de tratamiento para la enfermedad mental debía basar su diseño en la figura del hospicio. Es así como en 1785 se construye en la ciudad de Quito, en la calle que ahora conocemos como Ambato, el cuarto hospital psiquiátrico de América Latina: “El hospicio de Jesús,

María y José”, que posteriormente se transformaría en el “Hospital Psiquiátrico San Lázaro” que es actualmente la institución con estas características más antigua de América. (Guarderas, 2005: 332)

En el acta de fundación del Hospital se anota que fue creado “para albergar locos, mendigos y prostitutas”; sin embargo, al poco tiempo se asilaron también a enfermos con lepra, y es precisamente a ellos a quienes se dieron los primeros tratamientos de que se tiene noticias. Se les aplicaba aceite de chalmugra. (López Cifuentes: 2007)

Como podemos ver el marco en el que se funda la institución mental en el Ecuador es el mismo, el de albergar a las personas que se consideran un desecho. ¿Dónde caben los locos, en la esfera pública o en la privada?. Lastimosamente he llegado a pensar que caben en la esfera perdida, muchos de los que ingresaron a los hospitales psiquiátricos pueden bien ubicarse entre los desaparecidos. Ciertos internos de la institución psiquiátrica llegan a tener internamientos de por vida porque la institución los absorbe a ellos y asusta a sus familias. La institución no se creó para tratarlos, se creó para albergarlos.

Al mirar las celdas, sin duda entenderemos que a los pacientes se los recluía, amén de que no se disponía de ningún medio para tratarlos. Otros métodos coercitivos fueron la camisa de fuerza y los baños con agua fría. Incluso se recurrían a cepos. (López Cifuentes: 2007).

Los locos los mendigos y las prostitutas eran los flamantes habitantes del hospicio Quiteño, igual que pasó en Francia unos pocos años antes. El imaginario social de que en los asilos se aísla a los indeseables sigue hasta nuestros días. El aislamiento y el encierro indefinido parecían la mejor alternativa de tratamiento para los males que ya no eran del alma sino del ambiente. Es importante anotar que en esos años la ciudad de Quito era un espacio de desigualdad social muy profunda, por tanto la creación de este espacio fue un buen medio de ocultar a huérfanos, ancianos y mendigos confundidos entre los enfermos mentales que necesitaban de la caridad estatal y privada.

Eso en cuanto a la institución, pero que pasaba con la psiquiatría, la ciencia que sostiene a la institución psiquiátrica?. La psiquiatría en el Ecuador tardó mucho en situarse como ciencia necesaria dentro de las facultades y hasta hoy sigue siendo un tema

donde no muchos quieren verse concernidos. Situemos cómo se instauró la cátedra de psiquiatría:

En 1912 en Ecuador se inicia la cátedra de psiquiatría en la Universidad Central, como materia de información elemental, no estando los alumnos obligados a rendir exámenes sobre la misma. El primer titular de la cátedra es el Dr. Carlos Alberto Arteta García que, a su vez es el Director Médico del manicomio, a quien luego de un corto interinazgo ejercido por el Dr. Alberto Correa, remplazará el Dr. Julio Endara Moreno, quien a su vez es nombrado director el manicomio en 1924, cargo que lo mantiene por el espacio de un año y profesor de neurología y psiquiatría en la Universidad Central logrando incorporar a estas materias dentro del pensum de estudio de Medicina con el carácter de obligatorias. (Guarderas, 2005:334).

Como podemos ver, la cátedra de medicina en Ecuador es tierna versus el nacimiento del hospicio, desde 1785 hasta 1912 no hubo una teoría que sostuviera mal o bien las prácticas que se daban dentro de este espacio. Es por eso que es tan difícil poder afirmar que la psiquiatría es la ciencia en cuyas prescripciones se incluye la posibilidad del internamiento. El hospicio ya estaba ahí tanto en el Ecuador como en el resto del mundo, es más viejo y más poderoso que la misma psiquiatría y son sus lógicas arraigadas de encierro la que han moldeado la psiquiatría a su conveniencia. Lastimosamente, el nacimiento de la psiquiatría lo que hizo es transformar las cadenas de los enfermos del hospicio en cadenas farmacológicas.

Apenas en los años setenta se realiza la fundación del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, bajo una lógica completamente medicamentosa que hace alusión a los conceptos de esa época. Y solamente en los años ochenta el Dr. Pedro Oyervide inicia una verdadera práctica psicoanalítica en el Ecuador, mientras tanto los hospitales psiquiátricos habían asumido el corte medicamentoso clásico:

En los años setentas la prescripción de antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos, anticomiciales, etc., comercializados en el país era práctica cotidiana por parte de los médicos de esta Casa. Y si no los había, como los antimaniacales, el Dr. Lauro Escobar mandaba a preparar cápsulas de carbonato de litio en la Botica Alemana. En las décadas de los ochentas y noventas, por los buenos oficios del Director, el Dr. Julio Endara C., la Orden de Malta hacía donaciones de medicamentos, algunos de ellos no existentes en el país y que nosotros ya los prescribíamos, tal el caso de la pipotiazina, la fluvoxamina, el citalopram, la venlafaxina, etc. Y de otros que nunca le los comercializó en el Ecuador, como el penfluridol y el fluspirileno. (López Cifuentes: 2007).

Cada vez que visito estas instituciones tengo la percepción de trasladarme a la Francia de 1800, los muros, la gente, el olor de estos edificios siempre me transportan a una época que no entiendo. Mientras en otros países se trabaja con perspectivas de “Hospital del día” o “Comunidad Terapéutica” yo puedo asegurar que en Quito poco nos hemos alejado de la idea del “Gran encierro”. Desde 1940, en que es nombrado médico del Hospital el Dr. Fernando Cazares de la Torre, como un Pinel de la psiquiatría ecuatoriana, lucha para que los pacientes no sean sometidos a reclusión, sujeción con sogas y otros maltratos. Se comienzan a usar algunos barbitúricos (secobarbital, amobarbital) y también la reserpina. Además, inicia la aplicación de choques con Cardiazol. A su retorno, en 1944, del Hospital psiquiátrico St. Elizabeth, en Michigan, trae como novedad el uso del electroshock, reforzado posteriormente por los conocimientos adquiridos por el Profesor Jorge Escudero M. en el Hospital “Santa Ana” en París. (Cifuentes:2007). En la Institución Quiteña el electro shock es una práctica constante desde los años cincuenta y no se aplica bajo parámetros médicos. Si un interno se pelea con otro, shock, si una interna cuestiona su tratamiento, shock, si un interno quiere ver a su familia y no puede, shock, es decir es utilizado en cualquier circunstancia cuando de silenciar el deseo se trata.

Hoy en día cualquier substancia es útil para silenciar ese malestar que causa malestar otros, hombres y mujeres reciben actualmente a su ingreso a la institución psiquiátrica un coctel de fármacos sin importar cual es su diagnóstico. Primero los fármacos, luego el estudio, la investigación, el análisis de la pertinencia de los mismos. En esto ha derivado la Institución Psiquiátrica Ecuatoriana.

Como pudimos ver para los locos hay pocas posibilidades, al no contar una familia piadosa o un estado benefactor quienes se han hecho cargo de los locos en los auspicios son en su mayoría religiosos, esta realidad se mantiene hasta el año 2010 en el Ecuador ya que existen dos casa asistenciales administradas por órdenes religiosas y sostenidas por donaciones, aportes de las familias de los paciente y ayuda estatal.

2.4 De la instancia institucional a la institución incuestionable

Esta sección del trabajo pasaremos paulatinamente de la descripción de la institución psiquiátrica del apartado anterior a la descripción de las instituciones totales y la relación que estas dos clases tienen entre sí. Empezaremos por aclarar a que llamamos institución total:

La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal; de ahí su particular interés sociológico. Hay también otras razones para interesarse en estos establecimientos. En nuestra sociedad, son los internados donde se transforman las personas; cada uno es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo. (Goffman, 1961: 25).

La normativización y la normalidad son los ejes de la hospitalización que tienen implicaciones políticas y sociales difíciles de detectar. Los hospitales se convierten en lugares de exclusión donde se puede marginar a la gente que es producto de un sistema económico y político. Esta es una verdad científica que tratamos de denegar y ocultar con diagnósticos, protocolos y medicaciones.

La institución psiquiátrica es uno de los ejemplos más claros y paradójicamente más invisibilizados de la institución total moderna. La cientificidad de la institución psiquiátrica se ve cuestionada cuando se concibe al sujeto como más allá del puro organismo biológico y se lo asimila como un ser social que puede construir su particularidad solamente si está en relación a los otros y se lee las consecuencias sociales que vienen con el sometimiento de los sujetos bajo los discursos de poder. Este es el argumento más claro de porqué es necesario que el cientista social se pregunte sobre su implicación dentro del discurso médico.

La institución psiquiátrica es un organismo que desempeña una función de interés público, la misma está concebida con fines benéficos, de formación profesional y de prestación de servicios de salud. Está concebida bajo fines benéficos porque los huéspedes que alberga, en muchos casos, dependen de la institución para su sobrevivencia ya que a causa de la enfermedad mental han reducido en gran medida su relación con el mundo público. Es un espacio de formación profesional debido a que gran parte del personal de la salud en entrenamiento pasa un tiempo importante en este tipo de

hospitales para acercarse a las patologías más complejas del organismo humano, las patologías mentales, gracias a esta condición, estas casas de salud no reciben el nombre de hospital, sino de *Instituto Psiquiátrico*¹⁰. Finalmente, es un lugar destinado a prestar un servicio de salud específico, mismo que los hospitales generales del Ecuador en la actualidad no están preparados para asumir. Los hospitales generales tienen huéspedes transitorios que dejan las instalaciones en el momento en que el protocolo médico prescribe el alta o en el caso de que la enfermedad sea tan grave que produzca el fallecimiento del paciente. La institución psiquiátrica en cambio alberga personas durante muchos años porque considera que las patologías que los llevan a esos espacios son irreversibles. Es por eso que la posibilidad de la salida bajo la figura del alta médica es muy remota y la mayoría de pacientes salen cuando se termina el tiempo de la vida.

Recordemos que el enfermo mental no es puramente organismo biológico, es un cuerpo en continua construcción discursiva y que se ha constituido en relación a los otros y a un lazo social. Ese discurso delirante con el que los enfermos mentales tramitan su relación con los otros, los hace estar fuera de eso que hace lazo social ya que muchos no pueden sostener una escucha continuada a este discurso.

Desde que realizo investigaciones dentro de la institución psiquiátrica he podido observar cómo en estos espacios las personas parecen todas iguales, cómo a todos tiene que gustarles lo mismo y cómo las muestras de particularidad son anuladas por la mirada totalizadora. He podido observar también el shock que produce en los visitantes observar el deterioro del encierro sobre el cuerpo humano. Se ha creado un ambiente para estos cuerpos, fuera de las ciudades, fuera de sus familias, fuera de todo de interés y se los ha confinado a cargo de un personal especializado para que los mantenga en un lugar donde no podamos oírlos, fuera de todo.

La sociedad los ha excluido justificando dicha exclusión en el discurso de la medicina. Esta exclusión muestra claramente una forma muy común de violencia, aquella que se describe como simbólica, aquella que está asumida por todos en el discurso social como una forma natural de violentar a otros. Una violencia que silencia el deseo de los

¹⁰ En este momento la mayúscula señala el énfasis que se le supone a la institución psiquiátrica, la mayúscula permite la idea ilusoria de totalidad. Es por eso, que en el resto del documento se utilizará solamente minúsculas cuando se utilice el término, denotando la condición de no-totalidad de dichas instituciones.

afectados y que los compromete a pensar que el destino que tienen es el destino que merecen.

2.5. Diseño arquitectónico y temporalidad de la institución mental

Las instituciones de orden que se encuentran en los límites de la sociedad, en los límites donde se instalan a los anormales como son las cárceles y los hospitales psiquiátricos, tomaron un diseño arquitectónico tipo panóptico, el mismo de las cárceles, donde los huéspedes son observados permanentemente sin saberlo. Su diseño arquitectónico estaba estructurado con la finalidad de facilitar la vigilancia y poder mantener una visibilidad absoluta de los individuos con pequeños pabellones que deben estar dispuestos sobre tres lados, con el cuarto lado abierto hacia el campo, organizados en una planta, a fin de que el médico (que se encuentra en la torre más alta) pueda llegar de puntillas sin ser escuchado por nadie, ni los enfermos, ni los guardianes, ni los vigilantes y comprobar lo que pasa de un solo vistazo. Las habitaciones debían tener una ventana hacia el pabellón y otra hacia el jardín para facilitar el control.

A la institución quiteña no se le han escapado estas recomendaciones de espacio, el ingreso se da por una puerta pequeña que transporta a un espacio que divide el pabellón de consulta externa y el espacio de internamiento. Ya en el espacio de internamiento hay un largo corredor rodeado por jardines que nos conducen a las distintas secciones, donde se puede acceder solamente con una llave maestra que abre las puertas por dentro y por fuera. Los internos están deambulando por los corredores durante el día y a las 11 de la mañana se les permite la salida a los jardines.

Los corredores están llenos de ventanas que permiten ver lo que ocurre en cada habitación, hay múltiples salas y su distribución fácilmente aturde a los recién llegados. La sensación dentro de este espacio es de una completa falta de intimidad y poco respeto al espacio individual. Normalmente las habitaciones son compartidas y hay poca distancia entre los bienes personales de cada interno.

La misma estructura física del espacio hospitalario propone al sujeto enfermo como un rechazo de la sociedad. Los pabellones son amplios, los corredores silenciosos y los jardines casi todo el tiempo están vacíos. La primera sección del hospital al que el

visitante puede acceder es denominada “media estancia”, esto quiere decir que aquí se encuentran pacientes que han superado el internamiento previo de dos o tres meses que se les prescribe a las enfermedades leves y que deberán pasar internados en el hospital unos seis meses en promedio. Sin embargo, en la media estancia del hospital psiquiátrico, la mayoría de pacientes han superado los diez años de internamiento y algunos se acercan a cumplir treinta años de permanencia.

El espacio de media estancia no le hace fe a su nombre, no hay una verdadera media estancia, es una forma de diferenciar a los hombres de las mujeres. La idea del hospital es claramente mantener separados a los hombres y mujeres para evitar encuentros sexuales entre ellos.

Esta radiografía de la institución hospitalaria me permitió ubicar claramente esta idea de que la mujer, al ser un sujeto más ligado a la naturaleza, no está en capacidad de controlar sus impulsos sexuales y por tanto otros tienen que hacerlo por ellas. En este caso, los encargados son los muros del hospital, los fármacos e incluso las prácticas de intervenciones quirúrgicas para que no puedan procrear, aspecto que será profundizaré en el capítulo próximo cuando se analice estas características institucionales con un referente basado en el discurso de género.

La segunda sección es denominada “E”. Esta sección la ocupan las mujeres y están compartiendo el patio con la sección “C” crónicos y “G” geriátricos. Los crónicos y geriátricos saben que nunca van a salir de ese espacio, todos lo sabemos.

Lo interesante de esta descripción es que los practicantes de psicología, los terapeutas ocupacionales, las trabajadoras sociales, los voluntarios y todos los visitantes además de ser transitorios y sin incidencia en los diagnósticos y tratamientos, se quedan siempre en la sección de media estancia, que está compuesta por hombres que en general no tienen derecho a pasar de los primeros pabellones para encontrarse con las internas mujeres, geriátricos y crónicos. Muchas veces no es que los visitantes no quieran pasar, más bien se trata de que el mismo edificio invisibiliza los pabellones posteriores.

Durante todo el día podemos observar a las hermanas hospitalarias que dirigen el cuerpo de enfermeras. Ellas son las que tienen las llaves de paso entre pabellones, las que cuidan a los pacientes, los bañan, les dan su medicación, les dan de comer etc. Los médicos psiquiatras permanecen apenas una o dos horas en la institución, pasan revista a

primera hora, chequean la guardia de los residentes y se dirigen a atender sus consultas privadas en otros hospitales de la ciudad de Quito; los psiquiatras casi no tienen contacto con los pacientes a su cargo y se comunican con las enfermeras en gran parte por las anotaciones en la historia clínica.

Hasta el año 2008 estaba permitido fumar en ciertos espacios del hospital y a todas horas, pero después de la introducción de la política denominada espacio libre de humo, se restringió los cigarrillos y las horas de consumo. Esta situación provocó que se den intercambios de cigarrillos por favores sexuales debido a que una de las contraindicaciones de la ingesta prolongada de psico-fármacos produce ansiedad generalizada y por eso los paciente psiquiátricos fuman permanentemente, esto más una sexualidad inhibida dio como resultado el fracaso de una política que no era aplicable en este espacio y que requería mayor análisis.

En cuanto a la temporalidad, muchos de los habitantes del hospital están temporo-espacialmente perdidos, no han salido en muchos años y han sido abandonados por sus familias y por tanto no reciben visitas. He tenido la oportunidad de escuchar a muchas personas que siguen hablando de las implicaciones de las dictaduras del comunismo en el Ecuador o de su primer día de clases en la escuela primaria o de los viajes en la juventud o del amor de sus familias desaparecidas, dejando oír una suerte de nostalgia de un tiempo pasado más el anclaje temporal que ha producido la farmacología y el encierro.

2.6. Economía del poder en la institución mental

El saber psiquiátrico se inscribe dentro del campo médico en 1917 con el “Traité du delir” de Francois Fodéré, donde se explica las que serian las características necesarias para poder ser un tratante dentro de la institución asilar: era necesario tener un hermoso físico, es decir, un físico noble y varonil, era indispensable poder imponerse a los locos. Era imperativo tener cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativo de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva. Es interesante que la figura de exclusiva refleje los rasgos más comunes de lo que hoy conocemos como masculinidad dominante.

Nuevamente Foucault introduce la idea del poder, en este caso reposa sobre la figura de un individuo:

A mi juicio, el problema que está en juego es el siguiente: en el fondo, ¿no son justamente los dispositivos de poder, con lo que la palabra “poder” aun tiene de enigmático y será preciso explorar, el punto a partir del cual debemos poder asignar la formación de las prácticas discursivas? ¿Cómo puede ese ordenamiento del poder, esas tácticas y estrategias del poder, dar origen a afirmaciones, negaciones, experiencias, teorías, en suma, a todo un juego de la verdad? (Foucault,1973:30).

La investidura del médico posibilita la agencia del saber psiquiátrico, la presencia del médico y su mirada inscriben los saberes sobre la enfermedad y se vuelven los portadores estandarizados del poder asilar, depositando algo de ese poder en los otros operarios como enfermeras y terapeutas cuando estos no están presentes. Existe una cadena de autoridad donde el llamado enfermo mental es el último escalón.

Se podría pensar a la institución psiquiátrica como un espacio donde se evidencian distintas formas distributivas del poder continuas en las instituciones de nuestros días. Actualmente, se sostiene dicha economía del poder en herramientas más tecnificadas en la lucha por obtener la victoria sobre la locura. ¿Contra qué se está luchando? ¿Contra la erradicación de una forma de enfermedad o contra la subjetividad y el deseo?

La estancia prolongada en un hospital psiquiátrico produce en los operarios de salud la sensación de que el tiempo pasa de una manera diferente, Durante los años que voy asistiendo a esta casa de salud he podido experimentar la sensación de aletargamiento propia de la lógica hospitalaria. Yo misma he podido sentir que al salir de ese espacio el tiempo pareciera recuperar un ritmo más ágil. Los pacientes notan que en el exterior hay actividad y tratan de salir todo el tiempo, lastimosamente los fármacos son más fuertes que sus intentos. Los pacientes se aburren en los espacios de terapia ocupacional porque consideran que los terapeutas son personas que solamente van a entretenerlos. No es mi intención cuestionar esta labor, yo misma me encargué de un taller de escritura con pacientes psicóticos alrededor de un año en el 2005, la cuestión es que los pacientes saben que no van salir y por eso ven innecesario aprender a coser, leer, escribir, etc. Están claros en que el aletargamiento va a ser permanente.

En las primeras horas de la mañana se da la reunión del staff médico donde se analizan los casos de mayor complejidad y se distribuyen las responsabilidades a los médicos tratantes, los mismos que son jóvenes, con poca experiencia y por tanto susceptibles de repetir las mismas prácticas médicas si no contrastan su saber con otros saberes como el que les puede ofrecer una entrada desde las ciencias sociales.

Siempre me llamó mucho la atención las reuniones que sostenían los médicos, si uno no estaba al día en la terminología que usaban era como que no estuviera ahí. Cada paciente les concierne unos pocos segundos, pasan visita y se van. Los diagnósticos cada vez son más especializados y se han convertido en insignias para los que los portan, siempre tuve la sensación de que algo ahí estaba estancado. Los estudiantes que no éramos médicos poco teníamos que opinar sobre nuestros pacientes, sobre esos a los que acompañábamos todos los días. Existen médicos que se encargan de la consulta externa y otros que pasarán la guardia a los distintos pabellones.

Durante el recorrido de los distintos espacios del hospital podemos notar que en la sección de media estancia la mayoría de internos son hombres, pero si pasamos a la sección G y C. (geriátricos y crónicos) podemos notar claramente como la población se compone en una mayoría muy notoria por mujeres. La situación se puede explicar de la siguiente manera: en primer lugar los diagnósticos que muchas mujeres han recibido se consideran crónicos y degenerativos, en segundo lugar, las familias que tienen un pariente anciano que requiere cuidados especiales los abandonan en este tipo de instituciones, la gran mayoría de abandonos son de pacientes mujeres.

Es claro que los hombres, tanto los médicos como los pacientes, están representando roles tradicionales en el hospital psiquiátrico, mientras que las mujeres, tanto las pacientes como el personal de salud, están sobre situadas en roles maternales, de cuidados, de silencio y de sumisión al poder médico. Esta afirmación se puede sostener estadísticamente, en todo el hospital trabaja sólo una medica residente, es decir uno de cada 10 médicos es mujer, mientras que al contrario, sólo uno de cada diez del personal de enfermería son hombres. El director médico es el gran padre que ha de velar por sus internos, y la jefa de enfermeras es la madre que ha de ofrecer sus cuidados. El director médico tiene el status más alto y a la vez es el personaje más ausente en la institución, imposible de encontrar, de entrevistar y por supuesto, de cuestionar.

2.7. El silencio y la falta de organización, dos formas de violencia contemporáneas visibles en la institución psiquiátrica

El hecho de que un sujeto sea internado en un hospital sin su autorización alegando que a causa de la enfermedad mental ha perdido toda responsabilidad y capacidad de operar de manera autónoma en la cotidianidad, puede ser leído como una forma de violencia que se relaciona directamente con el concepto de violencia estructural:

“La violencia estructural se refiere a la organización económico-política de la sociedad que impone condiciones de sufrimiento físico y/o emocional, desde los altos índices de morbilidad y mortalidad hasta la pobreza y condiciones de trabajo abusivas y precarias” (Burgeois, 2005:13) .

A partir de varios años de trabajo de campo, el autor profundiza sobre las clasificaciones posibles de la violencia en un intento por evidenciar condiciones violentas prácticamente asimiladas como naturales. La violencia política directa, que es infligida de manera represiva por parte de las autoridades oficiales hacia la población o viceversa. La violencia estructural que tiene que ver con la opresión que está enraizada históricamente, es decir aquellas condiciones abusivas que el estado u otro tipo de institución puede ejercer sobre un grupo humano. La violencia simbólica, la misma en la que los sujetos hacen un pacto a nivel inconsciente en el que acceden a ser las víctimas de humillaciones legitimadas. Finalmente, la violencia cotidiana, que no es más que la suma de las tres anteriores, donde se reproducen las condiciones previas y la violencia que se encarna en la vida diaria de los sujetos.

Desde hace más de medio siglo la violencia impartida sobre los “anormales” ha sido una condición continua en diversas sociedades. Las instituciones totales son el ejemplo claro de una trayectoria estructuralmente violenta.

Los médicos tratantes de la institución psiquiátrica generan escenas de violencia claramente estructural. En ocasiones, pude presenciar cómo los médicos decidían que una interna debía recibir un electro shock porque andaba muy “alborotada” por su psicóloga y decía que quería salir. Para los médicos el hecho de que hubiera una psicóloga que en su

trabajo apuntaba a la reinserción social de la paciente era un problema porque la paciente ya no acataba sus recomendaciones sin cuestionar. Para algunos médicos el deseo de retornar a la vida social era leído como un alboroto que había que silenciar.

Si pasamos a explorar la violencia simbólica impartida en las instituciones totales podemos comenzar por describir el silencio al que se someten día a día los internos de los hospitales psiquiátricos. Ahí hay claramente un pacto inconsciente basado en la transferencia atribuida a la figura del médico por parte del paciente y de su familia. Todos estos actores, incluido el médico, han asumido que el enfermo mental es una víctima de la contingencia de la enfermedad y que las humillaciones que recibe en el espacio hospitalario son legítimas.

Tuve la oportunidad de entrevistar a varios familiares de internos e internas y en ningún caso pude escuchar que conocían otras opciones de tratamiento o que recibían algún tipo de capacitación por parte de los operarios de salud. La enfermedad mental tiene un efecto social en las familias de pacientes con internamientos prolongados de su padre. Este internamiento ha provocado que toda una familia viva muchos años tratando de ocultar que tiene un familiar con una patología mental.

La enfermedad mental produce miedo, miedo por desconocimiento, miedo de contagio y miedo de herencia. La mayoría de familias casi no hablan de que tienen un miembro diagnosticado con una enfermedad mental y si se les consulta, poco saben del tratamiento que están recibiendo. Existe un estigma claro no sólo para los llamados enfermos sino también para sus familias. La enfermedad mental produce miedo tanto para los que las atraviesan como para los que no. Escuchar a un miembro de la familia reproducir discursos delirantes asusta de tal manera a los familiares que la primera opción es silenciar estos discursos con encierro y medicamentos. La ciencia se ha olvidado que estos discursos son una forma en la que el sujeto tramita el malestar que está atravesando y reorganiza su mundo. El enfermo mental sufre un encuentro con el real extremadamente brutal y en nada le ayudamos si le impedimos la posibilidad de decir que está pasando por su cabeza. El silenciar y encerrar a los llamados enfermos es claramente una forma de borrar el deseo, claramente una forma de violencia.

Cuando inicié esta investigación fui recibida por el médico director de la institución que frecuentaba, se dirigió hacia mí poco interesado sobre mi relato y mis

intenciones y me envió con el director administrativo, quien a su vez me dirigió a la jefa de enfermeras, quien tampoco estuvo interesada en recibirme y me dio un horario muy poco accesible para que pudiera revisar las historias clínicas de las mujeres internadas. Todos estos actos son violentos, los médicos consideran que la visita de una investigadora social es de poco interés, sin embargo al indicar que no venía en la labor de psicóloga tratante me dejaron ingresar, decían que no estaba permitido el ingreso de ningún otro psicólogo porque tenían muchos problemas con este personal. Veremos más adelante que el problema de contar con un equipo interdisciplinario de servidores de la salud es que el poder se equipara y que la observación médica pierde protagonismo. Sin embargo, quiero aproximarme al final de esta sección presentando un extracto de la entrevista a un médico psiquiatra que afortunadamente trabaja bajo otras perspectivas:

Los hospitales psiquiátricos son estructuras cerradas tanto por dentro como por fuera, se necesita una apertura hacia la comunidad para que disminuya el abandono de los pacientes. Como las enfermedades tienden a complicarse y a presentar cuadros que aumentan en cronicidad, los familiares desaparecen y como no se cuenta con un departamento de psicología ni de trabajo social fortalecido no hay la posibilidad de sensibilizar a las familias sobre la responsabilidad de cuidados que requieren los enfermos, ni realizar búsquedas de referentes familiares.¹¹

Incluyo este relato porque quiero presentar al lector una mirada esperanzadora sobre el hecho de que algunos médicos quiteños están trabajando desde perspectivas comunitarias que no repiten la lógica médica tradicional y que merecen reconocimiento y apoyo.

Históricamente, los enfermos mentales han recibido tratos no acordes con la declaración internacional de los derechos humanos y el nuevo enfoque que la misma Organización Panamericana de la Salud propone:

A partir de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1990) y muy especialmente en base a su documento más referido, la Declaración de Caracas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha venido empleando los tratados sobre derechos humanos del Sistema Interamericano y de Naciones Unidas como herramientas vinculantes para llevar a cabo la reforma de la salud mental de acuerdo a los

¹¹ Información extraída de una entrevista realizada en Quito el 17 de Mayo de 2010, con un psiquiatra que trabajó en el Instituto Sagrado Corazón durante los periodos 1991-1996 y 2003-2008.

términos consensuados aquel año en Caracas y reforzados con subsiguientes documentos, declaraciones y estándares sobre salud y derechos humanos. Pero según expertos de la OPS íntimamente vinculados al desarrollo de estos programas, los esfuerzos parecen haber alcanzado un escaso o tímido nivel de implantación práctica y real al interior de los países de la Región. (http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_008.htm).

El encierro indefinido y la escasez de tratamientos integrales parten del no reconocimiento de los derechos que por ley ostenta cualquier ciudadano ecuatoriano. La violencia se vuelve endémica en el momento en que un sujeto tiene más de una etiqueta ex-cluyente. Según la misma OPS:

Existe un problema fundamental aún no resuelto con relación a los procedimientos de internación en hospitales psiquiátricos, y es que todavía en la región -excepto en Estados Unidos y Canadá- no existen, por lo general, normas específicas con relación al debido proceso para salvaguardar y garantizar los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales, afirmó en Washington, D.C. el Dr. Javier Vásquez, especialista en Derechos Humanos, de la OPS. (http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_008.htm).

Dentro de los hospitales psiquiátricos hay hombres y mujeres que además de ser violentados por su “discapacidad mental” reciben formas muy particulares de violencia por su condición femenina. Violencias como tratamientos caducos y anticipados a un diagnóstico adecuado, (electro shock y psicofármacos a plazo indeterminado) diagnósticos improvisados por la observación poco detenida de su sintomatología, diagnósticos que parten desde la moral y que están relacionados con sus prácticas sexuales mal vistas por los ojos inquisidores de algunos de sus familiares y finalmente, la violencia más grande de todas que es negar las características propias de la feminidad, la masculinidad y la sexualidad cuando se le retiran todas las cosas que los representan como sujetos deseantes bajo el justificativo de que ciertos objetos pueden excitarlos.

No encuentro evidencia de una violencia más extrema que aquella que parte de negarle a un sujeto el acceso a una vida privada y la inhibición total y permanente de su sexualidad, inhibición que no parte solamente del encierro, sino del exceso de psicofármacos, los mismos que tienen un efecto devastador en la libido y demás particularidades de la sexualidad humana.

CAPÍTULO III

HISTORIAS DE MUJERES EN LA INSTITUCION PSIQUIATRICA: MÁS ALLÁ DE LOS CUERPOS SEXUADOS, LOS SUJETOS DE DESEO

Los capítulos anteriores nos han proporcionado conceptos que ponen en cuestión a la institución psiquiátrica y la ubican históricamente como un espacio creado para la exclusión y el encierro de los locos y las locas más que para el alivio de enfermedades. Sabemos hasta el momento que estas instituciones reproducen relaciones de poder donde está claramente identificado donde este reposa y se estanca. Me refiero a que en este tipo de instituciones totales el poder se encripta en la imagen de la figura masculina del médico, portador de las insignias de la ciencia y representante del discurso del amo. Partiendo de esta afirmación, en este capítulo busco utilizar los conceptos desarrollados en el marco teórico y en las puntualizaciones histórico-descriptivas de la institución psiquiátrica en el análisis de testimonios de las personas que habitan actualmente estos espacios. La intención es proponer al lector la visualización de los rostros dentro de los muros y de las palabras detrás de los silencios que el encierro fomenta. Este capítulo es propiamente el que sostiene la idea de que la institución psiquiátrica invisibiliza la condición particular propia del sujeto a través de una masificación inexplicable de tratamientos homogéneos para hombres y mujeres, sin reparar en que cada sujeto es protagonista de una historia única y experimentador de un malestar único.

Los diagnósticos se crearon para “homogenizar” a los sujetos pero ni a ellos se les escapa una marcada diferenciación basada en estereotipos de género que ubican a las mujeres en patologías diferentes a las de los hombres. Sólo habría una situación peor a la de ser un “loco” y es la de ser una “loca”. En este capítulo veremos como se sostienen estos estereotipos a pesar de la masificación indiscriminada de tratamientos. Para cumplir con el objetivo de este capítulo es necesario iniciar leyendo a la gente que ha recorrido estas instituciones y saber que nos pueden decir de las mismas y de la locura en sí, para posteriormente pasar a la problematización del término “diagnóstico” y la descripción de algunas características de los tratamientos dentro de la institución psiquiátrica analizándolos con conceptos extraídos de las relaciones tejidas entre la teoría

psicoanalítica y los discursos de género que posicionan de manera distinta a lo femenino y lo masculino. Finalmente, se presentan testimonios gráficos de dos internas donde se puede evidenciar el efecto de borramiento de sujeto que tienen las instituciones que venimos cuestionando.

Inicio con un extracto de entrevista que regresa la mirada de la ciencia hacia el sujeto y no hacia el objeto enfermedad con el fin de dar la bienvenida al lector a un espacio lógico desconocido por muchos. La institución psiquiátrica se puede pensar como un espacio lógico debido a todas las relaciones que se generan entre sus miembros, siendo el reflejo de relaciones sociales más amplias:

“Aquí hay problemáticas que parecen únicas, no muchas personas se hacen cargo de investigar el método psiquiátrico. La normativización y la normalidad tienen una implicación política y social que las masas no detectan. Nos piden ser adaptados y normales y quiénes son los que nos piden eso, son sólo medios de control.”¹² La implicación que pudiera despertar la institucionalidad del hospital psiquiátrico a un investigador definitivamente parte de la posibilidad de posicionarse desde una mirada que va más allá de la idea clásica del loco inoperante y que rescata lo contestatario de la locura. El loco es un síntoma y un producto de un sistema que incluye a algunos y deja de lado a otros. El hospital psiquiátrico me ha permitido conocer gente con problemáticas que ponen en cuestión lo que se da por llamar enfermedad mental. La locura es una forma de sabiduría, es poder estar libre de las limitaciones de la normalidad. Es una forma de realidad paralela, una forma de exploración subjetiva. Un paciente psicótico es un privilegiado en eso. Los hospitales se convierten en lugares de exclusión donde se pone a la gente que es producto de un sistema económico y político, es una verdad científica que tratamos de denegar y ocultar con diagnósticos y protocolos y medicaciones.

La normalidad es un concepto muy complejo de definir en términos psicológicos, pero siendo francos es una herencia del concepto estadístico de “norma”, ser normal no es otra cosa que hacer lo que hace la mayoría. Pensar y sentir de otra manera puede ser interpretado como un indicio de locura.

¹² Entrevista a psicólogo, ex tratante del Hospital Sagrado Corazón, Quito, 7 de Abril de 2010

Ahora bien internándonos en el tema que nos remite este apartado hay que empezar señalando que el instituto psiquiátrico donde se ha realizado la observación tiene capacidad para albergar a 200 pacientes. La cantidad de pacientes nunca disminuye de 180-190 internos entre hombres y mujeres. El 60% de hombres en el hospital son diagnosticados con psicosis comunes, el 20% con trastornos bipolares y el 20 % restante con depresiones varias. En el caso de las mujeres el 90% de diagnósticos tiene un componente sexual o afectivo.¹³

En este sentido, la clasificación coadyuva a desconocer la singularidad psico-histórica, el proceso de “sujetación” por el cual se particulariza la relación del individuo con el sistema de referencias simbólicas, con la Ley, lugar de su inclusión en tanto sujeto. Los diagnósticos podrían leerse como eventos performativos ya que determinarán una gran parte de los síntomas futuros de un sujeto.

No es lo mismo decirle a una persona “usted está travesando una etapa de malestar y próximamente, si usted así lo decide, pasará a otro momento más organizado, ¿le gustaría hablar al respecto?” A decirle: “usted está enfermo, tiene un desorden maniaco.-depresivo, que incluye crisis de ansiedad y ataques de pánico, junto con alucinaciones, etc.”. En el caso número uno hay la posibilidad de que el mismo sujeto se pregunte sobre lo que le genera malestar y en el caso número dos, simplemente se asirá al diagnóstico como única posibilidad de representación.

Al revisar las historias clínicas pude notar que desde los años ochentas se utiliza principalmente el haloperidol que es uno de los primeros fármacos antipsicóticos típicos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia. Es usado para estados psicóticos agudos como manías, estados de pánico y hasta ansiedad. Otro fármaco muy en la actualidad es el clonazepam de tipo benzodiazepínico, con acción depresora del sistema nervioso central, y propiedades ansiolíticas y anticonvulsivantes. Este medicamento es utilizado para el tratamiento de crisis convulsivas, adicciones, trastornos de pánico y hasta trastornos del sueño, con contraindicaciones que van desde somnolencia, mareos, dificultades psicomotoras (ataxia) deterioro en las funciones cognitivas, depresión,

¹³ Los porcentajes presentados en esta apartado corresponden a una muestra de alrededor de 20 pacientes que tuve la oportunidad de entrevistar en una Institución Psiquiátrica de la Ciudad de Quito y cuyas historias clínicas se analizó en los periodos 2004-2008 y 2009-2010.

nerviosismo, alteraciones del comportamiento, cansancio y debilidad no habituales, pérdida del equilibrio y amnesia.

En la gran mayoría de historias consultadas, las prescripciones son de fármacos como estos, las cuales sumadas a la internación prolongada, les ha generado a los internos efectos secundarios asociados al bloqueo de los receptores de dopamina como trastornos motores, temblor en reposo, movimientos anormales de las manos y la boca, convulsiones y fotosensibilidad. Estos efectos secundarios transforman a seres humanos en seres terriblemente deteriorados física y mentalmente.

Puedo afirmar también que en los años noventa hay una considerable alza de diagnósticos de depresión por encima de las esquizofrenias debido al apareamiento de la Fluoxetina en 1986 y que en la última década el diagnóstico de moda es el de trastorno bipolar producido por la reciente utilización en el Ecuador de valproato y carbamazepina. Ahora bien, que efecto social tiene estos fármacos más allá del efecto clínico? A continuación presento el testimonio de un joven cuyo padre ha estado interno o medicado en muchas ocasiones a lo largo de toda su vida:

No se si es mi prejuicio pero son muchas pastillas, en el hospital la gente está drogada. Si no hay un verdadero trabajo, el encierro pasa en la casa también. La separación de un familiar es muy difícil, mi padre me acompañaba a la escuela, una vez gané un premio deportivo, un profesor me lo entregó porque mi padre no estaba en la premiación, mi padre estaba hospitalizado... Tengo miedo de reproducir las relaciones y la forma de vivir de mi padre. Asumo que nadie me explicó que le pasaba. Hubiera sido mejor que me expliquen. La enfermedad mental para mí es angustia, es desconcertante, el delirio es inmovilizador porque aparentemente vos estás bien. Depende del tipo de acompañamiento y sostenimiento de otras personas el que un paciente viva fuera del hospital. Tiene que haber un mecanismo humano, son seres humanos.¹⁴

Hay que señalar el valor simbólico de los fármacos que reciben los pacientes y como los diagnósticos se ven determinados por las casas farmacéuticas más que por la sintomatología observable, debido a que esta tiene un valor de juicio subjetivo del médico tratante. Los fármacos no hablan, los pacientes sí, sin embargo se han inventado toda clase de pastillas silenciadoras para no escuchar los delirios de los internos. El problema

¹⁴ Testimonio de un joven asistente a consulta externa de la Institución Psiquiátrica debido al internamiento de su padre, entrevista realizada el 26 de Abril de 2010

es que se silencian los síntomas, pero no el efecto de miedo y parálisis que dejan en pacientes, familiares y la sociedad en sí.

Cuando uno lee las historias encuentra dos o tres diagnósticos diferentes, varios tipos mezclados de medicación, o en algunos casos textos exactamente iguales a los anteriores porque no se tomaron el tiempo de editarlos. Los diagnósticos tienen una utilidad pero también tienen una jurisdicción, es decir poseen límites de aplicación e interpretación. La legitimidad de los mismos depende, justamente, de la mirada del que sabe sobre ellos. Una cosa es que el psiquiatra sepa algo de la generalidad de lo que le pasa a su paciente y pueda buscar alguna referencia en los manuales diagnósticos y otra cosa es que la interpretación que este haga determine permanentemente las condiciones de vida para un sujeto. Detrás de toda esta parafernalia están ocultas las lógicas clásicas del control de la sexualidad. Como dice Braunshtein al respecto: “Será lícito preguntarse cómo es que llegó a pensarse que el psiquiatra debía intervenir en la regulación del modo en que un adulto sano encuentra placer sexual.” (Braunstein, 1980: 27).

Las historias delirantes de los pacientes son verdaderas, son las reconstrucciones de los recuerdos a los que pueden acceder. Sería innecesario y una causa perdida tratar de convencer a un sujeto que la historia que cuentan es verdadera en la realidad efectiva, pero es verdadera para ellos.

Algo del orden de la verdad estaría en la palabra del sujeto, algo de la verdad que no es verificable con datos de archivo o monumentos. Las historias que otros han escrito sobre los pacientes psicóticos estarían marcadas por las ficciones. Los diagnósticos que encontramos en las historias clínicas de los pacientes están pasados por la mirada del observador. No se puede hablar de diagnósticos que no estén sesgados por los referentes propios del médico. Los médicos leen a los internos como un número dentro de las categorías que ofrecen los manuales. Cabe recalcar que cada vez hay categorías más específicas, más precisas y casi es imposible para cualquier sujeto escapar a alguna de ellas.

El efecto social que tiene esta suerte clasificadora es que se generan brechas irreconciliables entre los llamados sanos y los enfermos, es una lucha permanente de poder entre quienes son los que deberían estar adentro y los que deberían estar fuera de

las instituciones. La enfermedad puede ser leída como una posibilidad para excluir a ciertos sujetos que suponen un peligro para la sociedad.

El hospital psiquiátrico es una de las figuras más representativas del discurso del amo, un discurso donde no hay intercambio, si no una suerte de imposición de verdades y genera mucha confusión en los que tienen que vivir en relación a este.

Para finalizar esta sección quisiera comentar que en los últimos momentos de corrección de este trabajo he tenido el gusto de encontrarme con el texto de un médico español titulado *El autoritarismo científico*. En el Javier Peteiro señala:

La ontologización de la enfermedad y un pensamiento ingenuo que reduce al sujeto a un fenotipo medible en escalas normativizadas (antropométricas, analíticas de imagen o psicométricas) del que son responsables principalmente sus genes va mucho más allá de la mera reducción metodológica incurriendo en una visión reduccionista del paciente (Peteiro, 2010: 69).

Ese individuo sano del que habla la medicina no existe, no se puede reducir al sujeto a una enfermedad mental. Los sujetos dentro de las instituciones son mucho más que las nominaciones de sus enfermedades que se han transformado en nombres propios para ellas. Peteiro es claro, no se puede reducir al sujeto a las escalas como DSM4 o CIE10, este no es más que un pensamiento ingenuo.

Las enfermedades son leídas por algunos médicos como *naturales*, pero la verdad es que no estaban antes de que existieran los criterios diagnósticos. Son estos los que las fundan y les dan un lugar. Un diagnóstico es útil en tanto abre la posibilidad de interrogación sobre la realidad psíquica de un sujeto y la contingencia de direccionar la cura.

Sin embargo, muchas veces lo que hacen estos criterios es cerrar la emergencia del trabajo de un sujeto sobre sus problemáticas. Las enfermedades mentales son conceptos abstractos, existen en tanto producen un efecto en aquellos a los que son atribuidas y sobre aquellos que las atribuyen. La cuestión es que los médicos, los llamados a incluir a un sujeto dentro de una categorización de las enfermedades mentales, están cargados del poder que el mismo saber médico les ofrece y les autoriza. Los médicos ejercen dicho poder sobre los pacientes que definitivamente no pueden cuestionar el lugar que se les imputa como enfermos mentales.

Es una lástima que en el momento de recibir a los nuevos usuarios de los servicios de la institución psiquiátrica no se cuente con un equipo completo de trabajadores sociales, psicólogos, antropólogo, sociólogos que puedan aportar con análisis más exhaustivos sobre la procedencia de los pacientes y que el análisis de los síntomas de los mismos parta puramente del discurso psiquiátrico. Personalmente me sumo a la posición de Braunstein cuando afirma que:

En psiquiatría no hay conocimiento de la causas. Sólo descripciones y alusión a las características constitucionales e influencias hereditarias cuando no se trata de encefalopatías” (Braunstein, 1980:18).

Para el discurso psiquiátrico el sujeto es puramente cuerpo biológico, real ineludible e inapalabrable. El sujeto es más que la herencia, que los neurotransmisores, que las funciones corporales puras. El sujeto es fruto de la palabra, de la cultura y de la relación que puede sostener con los otros.

Si bien es cierto que la perspectiva médica es muy importante, no podemos desconocer que muchos de los malestares que presentan los sujetos no tienen una etiología (un inicio o un origen) y se crearon con fines de discriminación que se puede leer solamente si nos apartamos de la determinación biológica y la herencia genética:

Los enfermos que estaban asimilados en los criterios psiquiátricos, pasan a ser parte ahora de una especie de simulación de las enfermedades orgánicas: las parálisis, la epilepsia...por parte de la histeria, que derivó en una búsqueda de discriminar y también descubrir a los pacientes que atravesaban por esta sintomatología. Se abre el camino que se establece por la investigación neuroanatómica y también la dificultad de establecer las diferencias de las enfermedades que tendrán una causa orgánica, biológica y las que tendrán como principio el discurso (Silva, 2009:131).

Las categorías diagnosticas le restan particularidad al malestar. Se leen como cuerpos homogéneos, como conjuntos de síntomas que no pueden ser excluidos y que son equivalentes entre sí. Un síntoma lleva a otro y a fin de cuentas el sujeto termina calzando en alguna clasificación por proximidad, e incluso, de ser necesario, se creará una nueva categoría con tal de que el enfermo mental entre de lleno en el manual.

3.1 Del devenir hombre o mujer: un recorrido desde lo particular del deseo hacia el lazo social y la necesidad de entender a la feminidad y a la masculinidad como dos posiciones distintas, no opuestas, no complementarias y no patológicas.

En esta última sección quiero presentar una reflexión desde el psicoanálisis que deja ver la articulación necesaria de este con los discursos de género en el momento de hablar de la construcción de las posiciones sexuales para que las mismas se lean como un indicio de particularidad y no de homogenización.

Las diferencias en el recorrido del devenir hombre o mujer no implican en sí mismas una inequitativa distribución de roles en la esfera pública. Es decir, estamos claros en que hay diferencias entre la posición femenina y la masculina, pero estas diferencias no necesariamente deberían traducirse en prácticas que no permitan un igualitario ejercicio de derechos del hombre y de la mujer. Una cosa es el plano de lo psíquico y otra el plano del derecho. Esta diferenciación necesaria en este plano, que yo llamo psíquico, ha servido de justificación para que el poder repose de manera concentrada sobre la posición masculina, en la esfera pública, de manera que ha invisibilizado ciertos ejercicios constituyentes de la posición femenina.” Irigaray pone en evidencia que a la mujer si le incumbe participar en el discurso de lo social:

El misterio que es la mujer constituirá, pues, el objetivo, el objeto y el envite de un discurso masculino, de un debate entre hombres, que no le interpelará, no le incumbirá. Del que ella en última instancia, no tendría que saber nada”. (Irigaray, 2007:7).

Sí tomamos a los significantes masculino y femenino en la rigurosidad de su condición de significantes, podemos reparar en la necesidad de marcar diferencias entre los mismos, diferencias que no ubican al uno encima del otro o con una mayor valía. Estas diferencias necesarias de señalar son más bien estructurales y no parten puramente de la condición de los sexos biológicos, sino de que todos los sujetos se ven concernidos por lo masculino y por lo femenino en su construcción como sujetos de deseo. La diferencia no es una cuestión de oposición ni de anulación, como dice Derrida:

El otro sentido de diferir es el más común y el más identificable: no ser idéntico, ser otro, discernible, etc. Tratándose de diferen (te)/(cias), palabra que se puede escribir como se quiera con una d o una t al final, ya sea cuestión de alteridad, de desemejanza o de alteridad, de alergia y de polémica, es preciso que entre los elementos otros se produzca activamente, dinámicamente y común a cierta perseverancia en la repetición, intervalo, distancia, espaciamento. (espacement). (Derrida, 1968 :5).

El ingreso del sujeto al plano de lo social pasa necesariamente por el campo del lenguaje, nada que tenga que ver con el sujeto está por fuera de este campo, la representación simbólica de los órganos sexuales, la construcción de un género tiene necesariamente que ver con el lenguaje. No se podría pensar en un nivel pre-discursivo del género, ya que si nos quedáramos en el nivel de lo pre-discursivo, estaríamos hablando de ese cuerpo biológico que relaciona directamente a los órganos genitales con la sexuación sin pasar por el lenguaje.

En el diccionario de Psicoanálisis de Chemama y Vandermresch se define la a la sexuación como una cuestión relacional: "La sexuación en la teoría psicoanalítica, es la manera en que los hombres y mujeres se relacionan con su sexo propio, así como con las cuestiones de la castración y la diferencia de los sexos" (Chemama y Vandremersch, 2004: 615).

La unidad en la cuestión subjetiva es un imposible, el sujeto está en permanente construcción, por lo tanto la cuestión no es buscar cual es el sexo uno y cuál es el sexo otro. La sexualidad es una condición propia del ser humano desde el mismo momento de su concepción, en cambio la sexuación es la posibilidad de construir una posición a ocupar frente al cuerpo mismo y frente al otro. La necesidad de proponer diferencias entre los sexos le da al sujeto la posibilidad de definirse y constituirse como un ser diferenciado, como un sujeto único, más que uno o completo. La mujer es un producto de posicionamiento frente a la sexuación. Al respecto Butler afirma:

En un movimiento que complica aún más la discusión, Luce Irigaray alega que las mujeres constituyen una paradoja, sino una contradicción dentro de un discurso mismo de la identidad, las mujeres son el "sexo" que no es "uno". Dentro de un lenguaje masculinista, falocéntrico, las mujeres constituyen lo no representable. (Butler, 1990: 42)

Por otro lado el psicoanálisis entiende a la sexualidad como: “la sexualidad humana se define de entrada subvertida por el lenguaje” (Chemama y Vandremersch, 2004: 615). El psicoanálisis ha escogido como termino particular para la representación del significante sobre el sujeto al significante fálico, mismo que por sus propiedades eréctiles y detumescentes representa la manera en que el deseo se ordena a partir de la castración. Este término no tiene en sí mismo un valor masculino o femenino. El significante fálico del psicoanálisis no es el pene masculino. Lacan afirma que:

“El Falo aquí se esclarece por su función. El Falo en la doctrina freudiana no es una fantasía, si hay que entender por ello un efecto imaginario. No es tampoco como tal un objeto, en la medida en que este término tiende a apreciar la realidad interesada en una relación. Menos aún es el órgano, pene o clítoris que simboliza” (Lacan, 1966 :669).

El Falo es la libido puesta en el lenguaje y tiene igual efecto en los dos sexos, el Falo da cuenta de la pérdida de la sexualidad frente al lenguaje. En términos más simples hay cuestiones de la sexualidad que no se pueden decir en palabras, estas no alcanzan, el Falo representa esta imposibilidad. El Falo no es el rechazo de la feminidad, en un intento por dar predominancia al órgano masculino, como lo afirma Butler: “¿Si este órgano inoibrado, presumiblemente el pene, es un fetiche, ¿cómo se puede explicar que lo olvidemos tan fácilmente como supone el mismo Lacan?¿y cuál es la parte esencial de su feminidad que debe ser rechazada?” (Butler, 1990: 82)

El rechazo que hace la mujer, es el de ser toda para otro. Me explico, el sujeto entra en la escena sexual no solamente en condición de sujeto, sino también en la de objeto de deseo de Otro. Y es este constante movimiento de posiciones lo que de entrada y para siempre le acarreará al sujeto la sensación de incompletud frente a otro. La mujer jamás puede considerarse como eso ajeno que le daría completad al hombre y viceversa, la mujer es un lugar a construirse y a sostenerse. Es una identidad que no es completa, no es La mujer¹⁵, sino la mujer, una mujer, unas mujeres. Cada una única y representada en lo que dice de sí misma.

¹⁵Lacan utiliza el articulo La con mayúscula para representar a esa mujer completa, en la que muchos hombres sostienen su fantasías, esa mujer que está al servicio del goce del hombre. Esa mujer es una imposibilidad. En su lugar está “una mujer”, una mujer que desea y se relaciona a través de la palabra con los otros

Es necesario que el Fallo esté velado por el lenguaje, esto es lo que permite la relación entre los seres hablantes y la ilusión de que existe la relación sexual. Ni el hombre tiene el Fallo, ni la mujer tiene que serlo o aparentar tenerlo. Es puramente un significante puesto en juego en la escena sexual. Al hombre se le ha supuesto tener ese órgano y saber hacer con el mismo. La experiencia nos muestra que no en todos los casos es así. A la mujer se le ha supuesto la labor de representar un goce que se puede conseguir por efectos de ese significante, no del órgano.

La mujer al igual que el hombre se dirigen, apuntan al Fallo, no es una cuestión de posesión, es más bien de transitar por la palabra, por el deseo y por el cuerpo. Una de construcción de este significante como aquel que no representa una posición u otra, sino más bien la falta en sí le da la posibilidad al pensador o pensadora feminista de darle a una tal o cual posición sexual la misma validez dentro de un estructura de discurso, dejando de lado usos peyorativos y morales de las mismas.

La cuestión de la diferencia de los sexos no es una cuestión ontológica porque está atravesada por el lenguaje. Es una cuestión discursiva y simbólica en continua construcción. Ese sujeto completo está perdido para siempre, se puede saber del sujeto solamente a través de lo que dice de su ser. Ese es el sujeto de deseo.

La falta es la característica de cualquier sujeto hablante, no se puede decir todo, no se puede gozar todo, existe algo que no se puede alcanzar, como el poder, ya que es una imposibilidad. Lo que podemos es aproximarnos hacer algo con ese poder, distribuirlo, circularlo.

La economía significante es “falocéntrica” en el sentido de que este significante da cuenta de la falta para cualquier sujeto, no representa a la posición masculina, se escogió este significante por la detumescencia¹⁶ que representa. Detumescencia que se escapa, función de la que se puede dar cuenta solamente a ratos y que a pesar de todo está ahí. Es decir, el psicoanálisis utiliza esta etapa de la erección para de alguna manera representar el fallo como significante, no como órgano, no es sinónimo de poder absoluto; el poder circula, al igual que la palabra, entre los dos sexos.

¹⁶Detumescencia significa De-tumescer. es decir desinflamase. Es la etapa final de la erección del pene, cuando este no está más erecto.

Podemos concluir esta sección afirmando que se puede alardear de que el poder está en el hombre por la función del pene, por eso se hace relucir el concepto de detumescencia. Se ha intentado desmontar la idea imaginaria de la superioridad de lo masculino sobre lo femenino, lastimosamente en la institución psiquiátrica no se ha hecho esta reflexión y hay mujeres subordinadas al deseo de los médicos, de sus esposos, de sus familiares que han sido reducidas a la condición de desecho de la sociedad. En el próximo acápite conoceremos a dos de ellas.

3.2 Diagnósticos atribuidos a mujeres: un intento por la masificación imposible del deseo.

La relación de “salud mental” - feminidad está asociada al adecuado desenvolvimiento en la vida sexual y la consiguiente clasificación de las que serían las prácticas sexuales inadecuadas. El bienestar de las mujeres está leído aquí como amasijo de factores poco claros que dejan a un lado las características subjetivas de cada una y que requieren un análisis detallado de lo que llamarían desde la psiquiatría el estado de bienestar.

De acuerdo al DSM4¹⁷ existen tantos grupos de trastornos asociados a la sexualidad que sería imposible nombrarlos todos, aquí sólo unos cuantos: trastornos sexuales, parafilias y trastornos de la identidad sexual. Podemos inferir que se lee a la sexualidad puramente desde una posición preconcebida y sostenida en el puro nivel del comportamiento, que ni remotamente se acerca a la relacionalidad que esta acarrea. Esta reducción produce que la sexualidad se enmarque en las prácticas tradicionales direccionadas por un discurso donde muchas mujeres se verían afectadas por una patología, por el hecho de no responder a los cánones sexuales que dictan los manuales diagnósticos.

El discurso psiquiátrico avala justamente cánones tradicionales de comportamiento sexual y social que se ven reflejados en sus instituciones y que producen un maltrato estructural hacia la mujer, que se ve silenciada en su deseo e impedida de sus derechos. Por ejemplo, cuando una mujer es internada contra su voluntad, se le impide

¹⁷ Manual de diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales

tener relaciones no solamente sexuales sino sociales con el resto del mundo, no solamente por el tiempo en que duraría su tratamiento, sino de manera indefinida en muchos casos.

Durante los años que asistí a la institución psiquiátrica tuve la oportunidad de escuchar a muchos pacientes, hombres y mujeres. Como indiqué al inicio de este trabajo, participé de espacios de escritura para las internas durante el año 2005 y he escogido las producciones gráficas de dos de ellas que continúan internas en Abril de 2010 y cito algunos puntos de sus historias para analizar como la institucionalización ha afectado sus vidas.

Fany, la primera interna sobre la que reflexionaremos, cuenta con muchos diagnósticos en su historia clínica, ¿Cuál es el correcto? ¿Se ha enfermado varias veces? Los diagnósticos de Fany han dependido de los médicos que la han observado por cinco minutos cada mañana ¿Son diagnósticos fiables? No he querido reparar en cual es el acertado, pero me interesé en detallar uno de los síntomas descritos que me llamó la atención: deseo sexual hipoactivo.

Este trastorno que le señalan a Fany supone una disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal. Los médicos de Fany aun no deciden que categoría diagnóstica le queda mejor, pero si le han generado la pérdida total de su autonomía y su libertad. Sin embargo, ella esperaba pacientemente asistir a los espacios de palabra y escritura que yo le proponía. Es una mujer de aproximadamente 40 años, que lucía mucho mayor que eso, con hijos que no veía, con familia que la había olvidado y que esperaba que los días pasen pronto para regresar a su vida habitual, eso probablemente no va a pasar porque son pocos las internas que se quedan si no hay un familiar pagando su estancia, pronto será derivada a alguna institución estatal. Realmente puedo afirmar que no pude observar ningún rastro de “enfermedad mental” que justifique que una persona esté interna por 10 años consecutivos. Lo que si se observaba a simple vista eran los efectos secundarios que le traía la medicación como son temblor en las manos y poca capacidad de concentración.

Es importante entender que las internas en los hospitales psiquiátricos no son un grupo fácil de entusiasmar o movilizar porque la medicación no les permite estar muy conectadas con sus afectos. Es necesario que haya personal que proponga estos

movimientos en las internas a manera de invitación para reintegrarse a la esfera social. Fany me mostraba cada semana que en ella había una huella de deseo, de interés por el mundo, de atención para el otro y que era una muy buena candidata para la comunidad terapéutica o para la hospitalización de día. Lastimosamente, en la institución donde realicé mi observación no se cuenta con esos servicios. Fany escribe:

“La huella es un rastro que uno deja de alegría o de pesar, la huella puede ser un sinónimo de pensar en mis hijos, un sinónimo de despedida la huella y legado muy profundo, me gusta el color amarillo preferiblemente en las flores”.

El objetivo de presentar este material no es conmover al lector o generar donaciones para los locos necesitados. Al contrario, esta mujer nos habla de una huella de deseo, de interés por el mundo exterior, de retomar sus actividades diarias. Constantemente le dicen que está enferma, ella ha optado por creerlo, sin embargo, se le podría proporcionar otro tipo de tratamientos que no la terminen por convencer de que se sentirá mal para el resto de su vida. En relación a Fany, yo me pregunto: ¿Cómo se puede medir la disminución y ausencias de las fantasías y deseos de actividad sexual que anotan en su historia? ¿Qué herramientas tiene el médico para esta medición? O ¿Cómo ha conseguido llegar a este dato? La mayoría de los diagnósticos de las mujeres vienen acompañados de alguna apreciación subjetiva del médico validando o no sus prácticas sexuales. La forma de valorar se basa puramente en la descripción que la familia de la paciente ha hecho de las mismas. En la hoja de ingresos el que figura como responsable es el marido de Fany, sin embargo las pocas visitas que recibe son de su madre; por eso se angustia de manera permanente debido a que poco puede saber de sus hijos. La población hospitalaria femenina es rápidamente abandonada por sus familias, debido al miedo que genera en ellos el estigma de tener una pariente “loca”. Pero, ¿Qué pasa con los hijos de estas mujeres? Pasa que no podrán omitir que los significantes “locura” y “abandono” los acompañen y posiblemente les generen malestar en un futuro, futuro que sería diferente si se fomentara prácticas de acompañamiento terapéutico, de hospital de día o de comunidad terapéutica. Si se fomentara estas prácticas en la institución quiteña los médicos tendrían menos trabajo, el poder se distribuiría de manera diferente debido a que se requeriría otro perfil de profesionales de la salud y claro eso genera problemas.

la huella



la huella es un rastro que uno deja de alegría o de pesar, la huella puede ser un recuerdo de pensar en mis hijos un sinonimo de despedida la huella y legado muy profundo me gusta el color amarillo preferible en las flores

Fanny Vasquez

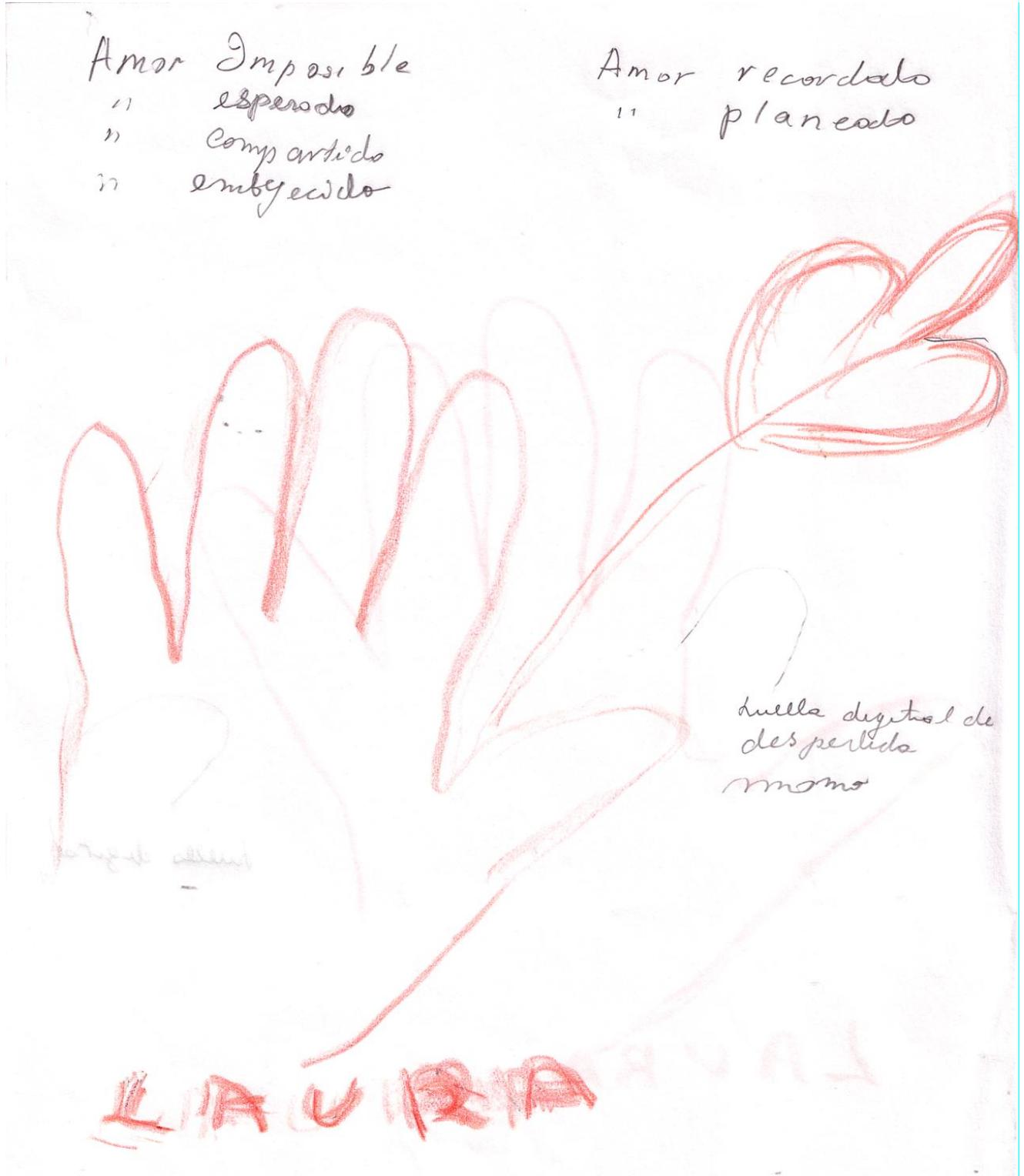
¹⁸ Este trabajo corresponde a una paciente con la que he podido trabajar varios años nótese en el texto la nostalgia por el encierro

Dejemos a Fany por un momento para pasar a Laura, una mujer de 25 años, internada hace cinco años por primera vez por un consumo de sustancias en la sección especializada para esto, sin embargo en este segundo internamiento se le coloca un diagnóstico de esquizofrenia que la ubica en la sección de ingresos. Ella está bastante afectada por la medicación ya que le cuesta mucho estar despierta y ha perdido el apetito por continuas infecciones estomacales. Laura a su corta edad ha entendido rápidamente que su nombre no es lo que la representa frente a los otros dentro de la institución. Cuando hablo con ella recurre una y otra vez a autonombrarse “esquizofrénica”. Además de su diagnóstico se anota también en su historia a manera de pie de página varias veces “sexualidad exacerbada” debido a que al ser consumidora de sustancias psicotrópicas estuvo relacionada con varios hombres poco antes de su ingreso en Marzo de 2010. Quiero hacer notar como se puede cambiar muy sutilmente el sentido de la palabra “loca” en este caso ya no sólo significa “enferma mental” sino también “puta”, lo cual no pasa con el significante “loco”. Dentro del imaginario social el “loco” es un enfermo mental y no hay conexión directa de sentido con la idea de una sexualidad reprochable.

Laura me comenta que sus padres tienen miedo de que se embarace y están más tranquilos de que ella este interna en este momento. Es muy importante anotar que cada vez que repaso esta historia realmente no entiendo como se puede decir que una mujer como Laura tiene una sexualidad “exacerbada”, Laura es claramente una consumidora de sustancias que ha entrado en una forma de intercambio a través de su cuerpo para continuar con el consumo. Los síntomas de Laura no muestran manifestaciones extraordinarias de esquizofrenia, esta es simplemente una denominación arbitraria que la justifica en la institución. Laura esta definitivamente en el lugar equivocado, ella requiere otro tipo de tratamiento que no necesariamente implica encierro, pero está ahí simplemente para que su sexualidad pueda ser regulada. Laura ha tenido varios internamientos desde el año 2006 y en cada uno de ellos se hace anotaciones sobre su sexualidad a pesar de que en la historia no figura que esta joven mujer tenga una pareja estable. En el DSM4 ¹⁹no existe un trastorno que describa con tanto detalle la sexualidad masculina, sin embargo hay varios diagnósticos que detallan un “sano” comportamiento sexual femenino. Es claro que a los hombres y mujeres se les atribuye como una patología el hecho de vivenciar su sexualidad de manera que se alejan de los

¹⁹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

manuales diagnósticos, pero solamente a las mujeres esta llamada patología les cuesta su libertad, su familia, su trabajo y su deseo.



Me pareció interesante anotar los datos de una mujer internada por alrededor de diez años sin interrupciones (Fany) y los datos historia de varios internamientos de pocos meses (Laura). En el primer caso la familia directa o sea la pareja ya está desentendida del tratamiento, pero en el segundo caso la familia visita constantemente a Laura. Lastimosamente las familias no reciben ninguna guía de otras opciones de tratamiento y por tanto en poco tiempo se desentienden de los tratamientos. En los dos casos hay opciones de tratamiento que proponer de tal manera que estas mujeres sigan sintiéndose mujeres, ciudadanas, hijas, hermanas y no un desecho de la sociedad.

Ahora que tenemos en mente a estas dos testigas de la exclusión psiquiátrica quiero finalizar esta sección pensando en otra definición de lo que sería la salud mental según la Organización Mundial de la Salud y que se convertiría en el ideal de la institución cuando oferta sus servicios:

La salud mental es la condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio. (<http://www.msp.gov.ec>)

Las definiciones de salud mental que hemos extraído tanto de la OMS como del MSP son simplemente inalcanzables para ningún sujeto. Parecería que la ciencia no puede cumplir su promesa de bienestar, la institución psiquiátrica no fomenta el bienestar, fomenta el deterioro intelectual, confusión e interrupción en el lazo social. Sabemos que el sujeto es por estructura un ser incompleto, dividido. Existe realmente ese individuo sano que ha logrado todo eso que dicen estos conceptos? Parece que ni Laura ni Fany lo han logrado. ¿Será que alguno de nosotros lo logra?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este texto me ha permitido pensar que el trabajo desde afuera hacia adentro de la institución psiquiátrica no es un trabajo sencillo. La institución no es muy acogedora con los investigadores, sin embargo, no es un trabajo infructuoso ya que genera movimientos en la dinámica institucional, la cuestión es que la misma institución termina por opacar cualquier intento de marcar otra forma de relación con el mundo externo. Las conclusiones de este trabajo presentadas a continuación son afirmaciones que parten de la observación continuada y la lectura de historias clínicas, y que encuentran su sustento en el trabajo teórico y empírico de este escrito. La realización de este trabajo responde al interés personal de analizar a la locura desde la perspectiva de lo social, interés que considero producto de una investigación previa que en su momento denominé “La función estabilizadora de la letra en las psicosis” (Ramírez, 2007), la misma que asumo como una aproximación a la locura desde el campo de lo particular que propone el discurso psicoanalítico.

Es imposible pensar en el sujeto del lenguaje sin tomar en cuenta el lazo que se teje entre este y la cultura, es por eso que consideré necesario para este recorrido investigativo dialogar de manera permanente con el discurso de las ciencias sociales y más específicamente con el discurso del género, debido a que era necesario incluir el análisis comparativo y relacional a estos espacios, para inferir como la exclusión psiquiátrica afecta a hombres y mujeres.

La mirada del género en la institución mental

Los diagnósticos de las mujeres y hombres son afectados directamente por el sistema de sexo-género en el que se enmarca la sociedad y generan una brecha diferencial de diagnóstico y una eliminación de las características femeninas de las internas, debido a que son obligadas a renunciar definitivamente a todos los instrumentos y prácticas que les recuerde algo de su deseo como mujeres, pensando al deseo como un aspecto integral, más allá de la pura sexualidad humana.

Las mujeres reciben un trato poco especializado, debido a que los tratamientos no contemplan como una característica necesaria el promover que las madres sigan

siendo partícipes de la vida de sus hijos, el encierro fomenta el abandono y el bochorno de las familias al tener un familiar llamado enfermo mental.

La sexualidad es el meollo del asunto y es tomada como pretexto para normar el comportamiento no solo de los internos de la institución psiquiátrica sino también de los que no queremos ser futuros internos de la misma. Desde esta perspectiva la institución psiquiátrica se vuelve un mecanismo, como tantos otros de control para el “adecuado” comportamiento sexual. Detrás del encierro de la mujer está un juicio moral que parte de esa necesidad de pensar a la mujer desde el “deber ser”; se espera que las mujeres personificaran la pureza y carecieran de deseo sexual.

Se ha considerado históricamente que la feminidad condiciona el padecimiento de determinadas patologías cargando a las mujeres con el estigma de la llamada locura dependiendo de que asuman o rechacen los papeles que la organización social les impone. Las intervenciones que para las mujeres ha generado el saber psiquiátrico legitiman la invisibilidad dentro de lo que sería una política de dominación y control, pero también de complicidad desde los estándares morales, revelando la necesidad del análisis de la llamada locura femenina para revelar las contradicciones y las paradojas presentes en el inexistente concepto de salud mental de la OMS, del que parten todos los tratamientos en el Ecuador.

El encierro y la exclusión; su impacto diferencial en hombre y mujeres

El encierro y la exclusión son la primera alternativa de tratamiento para hombres y mujeres dentro de la institución psiquiátrica, pero dicha exclusión genera resultados notoriamente distintos en hombres y mujeres. Es importante anotar la tensión existente en esta paradoja. A pesar de que los tratamientos dirigidos a los enfermos mentales se diseñan homogéneos para hombres y mujeres, las consecuencias de estos tratamientos pueden leerse de manera diferencial en cada caso y cada familia.

Muchos de los pacientes son separados definitivamente del núcleo familiar. En el caso de las mujeres en su mayoría tienen hijos y familia que no vuelven a ver porque con el paso de tiempo disminuyen las visitas y con el poco impacto del área de trabajo social se pierden los contactos familiares. En el caso de los hombres un gran porcentaje son solteros y siguen recibiendo visita de sus familiares, solamente aquellos cuya edad es muy avanzada son abandonados en la institución. A la mujer una vez más se le supone un rol de cuidado del desvalido, en las familias de los pacientes son las mujeres

las que conservan los lazos con los internos. La cuestión es que para romper con este rol la institución debe generar procesos que garanticen que los internos conserven su autonomía (en los casos que los cuadros clínicos lo permitan) y que involucren a todos los miembros de la familia en el cuidado y tratamiento de los mismos. Todo esto se puede dar a través de procesos de capacitación y sensibilización a las familias de los enfermos mentales como un requerimiento al internamiento.

Muchos de los internamientos de las mujeres son autorizados por sus mismas parejas o por sus padres porque su vida sexual se considera “reprobable”. En todos los años que vengo trabajando en el hospital psiquiátrico no he podido conocer ningún caso donde un hombre haya sido internado por sus prácticas sexuales “reprobables”. Si bien es cierto que las enfermedades mentales traen consecuencias en el ámbito de la sexualidad, en el caso de los hombres se toma en cuenta el factor sexualidad desde lo clínico, en el caso de la mujer tiene un componente moral.

Está socialmente aceptado que aquellos sujetos que presenten comportamientos amenazantes para la estabilidad del colectivo ciudadano, deber ser retirados del espacio de lo público, no puedan administrar sus bienes ni contribuir con su voz a la sociedad. La cuestión interesante es que, de igual manera que a los ciudadanos que presentan comportamientos delictivos, se excluye a los ciudadanos que sufren enfermedades mentales, a las personas que viven en situación de calle, entre otras. Las sociedades hemos creado un sin número de procesos e instituciones que mantienen encerrados y excluidos a estos sujetos en vez de buscar mecanismos que fomenten el reintegro de los mismos a las lógicas colectivas.

Los testimonios de mujeres de este trabajo posicionan a las historias clínicas como descripciones someras, confusas y poco legibles en un lenguaje casi indescifrable. Son testimonios no autorizados y no siempre se ajustan a la realidad de las personas de las que hablan. Pudimos conocer a mujeres que podrían ser partícipes de otro tipo de tratamientos que no necesariamente se basen en los manuales diagnósticos que, como pudimos constatar, están descritos en un discurso tradicional y moral que norma la sexualidad.

Habíamos dicho en un inicio del trabajo que el alta médica es un indicador de éxito en los tratamientos sobre la llamada salud mental. ¿Cómo podemos afirmar que el encierro es un tratamiento con éxito para el paciente si se vuelve indefinido y si este se deteriora más cada día? No es un tratamiento exitoso ni siquiera dentro de los parámetros del mismo concepto de salud mental que tanto he cuestionado porque el

encierro genera poca participación en el ámbito de lo social, afectivo y laboral. Los internamientos continuos y la población psiquiátrica creciente nos muestran que algo está fallando en el diseño de los tratamientos. Los mismos que deberían apuntar a la reinserción de los internados.

Las lógicas de la institución total no son irreversibles.

En la historia de la institución psiquiátrica encontramos las evidencias de que este tipo de instituciones no fueron pensadas con fines terapéuticos sino con fines de encierro y aislamiento. No se puede desconocer las bases en las que fueron creadas ya que su herencia se manifiesta hasta nuestros días.

Nuestro país no es la excepción, pudimos ver como una naciente psiquiatría se asentó en el Ecuador sin mucha discusión y como la institución psiquiátrica actual es una muestra de que hay instituciones que sobreviven como incuestionables. El acceso a la institución psiquiátrica bajo la figura de investigador es definitivamente muy difícil, tiene que estar abalado por un profesional médico y la información que a partir del acceso se puede extraer, circula de manera lenta e imprecisa. Se le pone al investigador muchas trabas para acceder a ella. Afortunadamente, en su momento conté con el apoyo de un médico psiquiatra que despertó el interés de los jóvenes investigadores de implicarse en una temática que no muchos quieren revisar, se propició el acceso de psicólogos clínicos a la institución psiquiátrica bajo la denominación de grupo de investigación, grupo que sostenía su práctica desde la lectura del seminario III de Jacques Lacan denominado “Las psicosis”. Han pasado siete años desde la constitución de este grupo y algunos de nosotros continuamos dedicados a dialogar con la institución psiquiátrica desde distintas perspectivas.

La perspectiva que se mostró a lo largo de este trabajo pretende regresar la mirada al sujeto que se encuentra dentro de la institución psiquiátrica y pretende sensibilizar a operarios de salud sobre las formas alternativas de tratamiento para los llamados enfermos mentales que no involucran a la anulación subjetiva que producen los tratamientos tradicionales. El pensar estructuralmente y posicionalmente se ha convertido en una herramienta necesaria para el abordaje de las distintas patologías que se presentan en la clínica a través de una intervención desde la palabra una mirada necesaria para las futuras políticas de salud mental. Una mirada que parte del análisis social y no solamente de las ciencias médicas. El remitirse a la idea de estructura de

sujeto sostiene una lógica propia que permite trabajar haciendo hincapié en lo que se puede oír de las personas acerca de sus síntomas, en vez del intento ingenuo de la eliminación de dichos síntomas. Este modo de abordaje introduce una práctica que apunta a que el sujeto pueda circular y haga algo diferente con lo que aqueja.

La transformación de estas instituciones se basa en cambios radicales que generen desde más allá de la misma. La fragmentación del lazo social junto con el temor permanente conlleva a la resignación y al aislamiento, junto con la desaparición del pensamiento crítico. Estas operaciones cobran un valor de naturalidad para quienes componen el sistema institucional generando así condiciones propicias para la generación de un estigma social hacia el llamado enfermo mental. La institución cambia en muchos casos del rol fundamental para el cual ha sido creada: asistir, atender, acompañar y se convierte en una herramienta de la exclusión social.

No hay programas sostenidos y continuos de terapia ocupacional que sobrepasen la idea de entretener al paciente a enseñarle un oficio y generar resultados terapéuticos de estas intervenciones. En los años de observación he visto llegar y marchar a muchos practicantes, voluntarios y terapeutas ocupacionales debido a la expulsión disimulada y silenciosa que produce la estructura institucional. Uno tras otro salen de la institución al no encontrar acogida a las propuestas alternativas. No hay encuadres clínicos alternativos, ni la posibilidad de generar en el hospital psiquiátrico la idea de comunidad terapéutica²⁰. Muchos internos de la institución psiquiátrica no han salido de la misma por lapsos muy extendidos ni a espacios de recreación ni a convivencias familiares. Es decir estos pacientes se han institucionalizado definitivamente en sintonía con una institución total que no tiene miramientos hacia lo particular del ser humano sino hacia la masificación del malestar.

No hay reinserción familiar ni preparación para que las familias asuman de manera adecuada a sus familiares con diagnósticos psiquiátricos. No se fomenta que el paciente se quede en la casa al cuidado de su familia y supervisado por los profesionales de la salud bajo el auspicio del estado.

²⁰ Término tomado de la Terapia Psicológica Sistémica donde los pacientes ocupan el rol de participantes y las jerarquías medicas se aterrizan en la idea que todos los miembros de la comunidad tienen igual valor e importancia sin importar los roles diferenciaos que ejerzan dentro de la misma.

Mientras leía los textos de Goffman permanentemente visualizaba las instituciones psiquiátricas quiteñas como una muestra viva de lo que presentaban estos textos. Durante la realización de este trabajo y al momento de reiniciar mis visitas a la institución mental siempre estuvo presente la idea de que el encierro es una forma de anulación subjetiva y que la institución psiquiátrica es un claro ejemplo de cómo la institucionalidad puede ponerse al servicio de lógicas perversas avalando formas de violencia aceptadas socialmente. Al inicio de la investigación tuve el reparo de considerar que en mi ausencia en la institución psiquiátrica en los periodos 2008-2009, había la posibilidad remota de que se hubieran generado cambios que permitan pensar al enfermo mental como un sujeto de derechos. Ahora bien, al final de esta investigación puedo responder con absoluta firmeza que no es así.

Una corriente crítica a nivel mundial apoyada en las experiencias de Trieste ha generado movimientos de transformación de la atención de la “salud mental” apuntando a la introducción de toda una estructura comunitaria en la atención. Los puntales más fuertes de este proceso se centraron en la instauración de la modalidad de internaciones breves, a las que se apela como recurso de última instancia, y en la puesta en marcha de diversos dispositivos de integración.

No se está hablando del cierre de los hospitales, ni en dejar a los internos en la calle o a los trabajadores de la salud pública sin sus puestos de trabajo. La cuestión es pensar en dejar a un lado el excesivo uso de fármacos y el encierro. De esta manera fomentamos la integración de los y las internas así como contribuimos a la disminución de una forma más de violencia que ha sido naturalizada.

¿La salud mental existe?

Como pudimos ver a lo largo del trabajo, la llamada salud mental no es un problema llevado a la discusión permanente en el Ecuador, es una máxima a cumplir. Es un concepto vago e inconsistente en el que los sujetos no podemos identificarnos. La OMS y sus filiales consideran al “sano mental” como un sujeto libre conflicto, libre de malestar y libre de cambios, al contrario los que nos dedicamos a escuchar el malestar que les aqueja a otros consideramos que parte de ser sujeto es saber hacer algo con el

malestar, algo que va más allá que desconocerlo con un ideal de sanidad mental inexistente.

La llamada salud mental es un concepto poco sostenible teóricamente, ya que los parámetros en los que se evalúa son muy generales. Si bien se busca sostener un concepto de bienestar para el sujeto, no se puede desconocer que esta completud de bienestar que ofrece el concepto de salud mental está basado en un autoritarismo de la ciencia y es en sí mismo problemático.

Trabajando el tema por varios años de si existe o no la salud mental hemos presenciado cómo se reduce el debate y la producción interdisciplinaria sobre las llamadas enfermedades mentales. La psiquiatría ha sido por muchos años la única autorizada a teorizar sobre los pacientes, sus tratamientos y sobre todo su destino, y los diagnósticos que se observan en la institución parten de la lógica y observación puramente diagnóstica, poco se puede leer de propuestas preventivas y planes especializados.

En el Ecuador existen distintos sistemas de inclusión social dirigido a grupos prioritarios de atención, pero en estos los llamados enfermos mentales son nombrados y tratados de manera muy escueta, debido a que se considera más útil invertir en aquellos sujetos que representen de alguna manera una inversión social a futuro y lastimosamente los locos no ingresan en esta categoría. Las enfermedades mentales son asumidas de manera fatalista por el Estado que invierte muy poco en el desarrollo de nuevos modelos de intervención frente a las mismas.

En el Ecuador es necesario diseñar o replicar políticas de intervención en la llamada salud mental desde una nueva mirada que fomente la paulatina restitución de derechos de los sujetos y ofrezcan tratamientos alternativos que fomenten la reinserción social, familiar y laboral de este grupo prioritario de atención.

En la historia de la anti psiquiatría se mencionan distintas experiencias útiles que se puede tomar en cuenta para una futura construcción de un modelo de intervención en salud óptimo y aterrizado para el Ecuador, entre ellas tenemos a la propuesta de Franco Basaglia del modelo italiano de la desinstitutionalización psiquiátrica plasmada en la experiencia de Trieste:

Este modelo está basado en redes sociales se entretejían en la experiencia: el trabajo interdisciplinario de médicos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, artistas, y muchas otras profesiones que convencionalmente no se asocian al trabajo con la locura. Diversas instituciones gubernamentales, municipales, privadas, tanto educacionales, gastronómicas, como asistenciales,

entre otras, buscaban mancomunar sus esfuerzos para poner en práctica una ideología desmanicomializante. Sesiones terapéuticas sin y con el marco referencial del consultorio, podían desarrollarse en plazas, cafeterías, paseos a la vera del Adriático. Talleres de teatro, costura, escultura, pintura, cocina, una peluquería, un restaurante y cafetería, un centro de salud mental, un jardín de infantes y un gran parque, se encuentran tras los muros del ex hospicio de San Giovanni en el centro de Trieste. Muros que aún se conservan como evidencia de que alguna vez allí existió un manicomio. Idea que en la actualidad debe ser explicada a las nuevas generaciones de niños y adolescentes como un mito o una antigua leyenda. Muros, a los que aludía Basaglia diciendo que las paredes de la segregación se levantaban en la sociedad en tres lugares: las cárceles, los manicomios y los cementerios (Ceberio, 1988: 31).

Partiendo del análisis del texto citado anteriormente, uno de los datos importantes que arroja la presente investigación es la falta de un verdadero equipo interdisciplinario en la institución psiquiátrica. En el espacio donde realicé mi investigación se cuenta con un solo equipo de profesionales para más de 200 pacientes, y sus familias. A pesar de la excelente formación que pude constatar en estos profesionales y de la voluntad que le ponen a su labor diaria, el modelo de atención termina por impedir que se les brinde a los y las pacientes una adecuada intervención psicológica e investigación social. Los casos más complejos de esquizofrenia, paranoia, depresiones, etc. son atendidos puramente por el personal médico desbaratando el modelo de atención integral en la llamada salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerknecht, Edwin (1993) "Breve historia de la psiquiatría" Buenos Aires, Guada litografía
2. Barrig, Maruja (1998) "Mujer y desarrollo: nosotras no éramos todas," en Eliana Largo (ed.) *Género en el Estado, Estado de Género*, Santiago: Isis Internacional.
3. Bourgois, Philippe (2005) "Más allá de una pornografía de la violencia. Lecciones desde El Salvador". En Ferrándiz, Francisco y Carles Feixa (eds.) *Jóvenes sin tregua. Culturas y políticas de la violencia*. Barcelona: Anthropos.
4. Braunstein, Néstor (2008), "Memoria la inventora", México: Siglo XXI.
5. Butler, Judith (1996) "Sujeto de Género/Cuerpo/deseo". En *El Género en Disputa*. México: PUEG.
6. Butler, Judith (1996), "Lacan, Riviere y las estrategias de la mascarada". En *El Género en Disputa*. México: PUEG.
7. Burgois, Philippe (2005) "Más allá de una pornografía de la violencia. Lecciones desde El Salvador". En Ferrándiz, Francisco y Carles Feixa (eds.) *Jóvenes sin tregua. Culturas y políticas de la violencia*. Barcelona: Anthropos.
8. Carballo, Paola (2003) *Mujer: "Género y psicoanálisis"*. - El Alto; La Paz: Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza : Libertalia.
9. Chemama, Roland y Vandremersch Bernard (2004), "Diccionario de psicoanálisis", Argentina: Amorrortu editores.
10. Derrida, Jacques (1968) "La Différance", Conferencia pronunciada en la Sociedad Francesa de Filosofía, publicada simultáneamente en el Bulletin de la Societé française de philosophie (julio-septiembre, 1968) y en *Theorie Paidós* (col. Quel, Ed. De Seuil, 1968); en DERRIDA, J., *Márgenes de la*

filosofía, traducción de Carmen González Marín (modificada; Horacio Potel), Cátedra, Madrid, 31998. Edición digital de Derrida en castellano.

11. Derrida, Jacques (2006) “La hospitalidad”, Buenos Aires: Ediciones de la flor
12. Foucault, Michel (1973) “Historia de la locura en la época clásica I y II”, México: Fondo de cultura Económica.
13. Foucault, Michel (1974), “El poder Psiquiátrico”, Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
14. Foucault, Michel (1992), “Microfísica del poder”, Madrid: Las ediciones de la Piqueta.
15. Freud, Sigmund (1915), “Lo inconsciente” en *Obras completas tomo XLV*, Bracelona: Amorrortu editores.
16. Freud, Sigmund (1921) “Psicología de las masas y análisis del yo” en *Obras completas tomo XVIII*, Barcelona: Amorrortu.
17. Goffman, Erving (1972) “Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
18. Haraway, Donna (1991) “Ciencia, cyborg y mujeres, la reinención de la naturaleza”, Barcelona, Cátedra Feminismos.
19. Irigaray, Luce (2010) “El espejo de la otra mujer”, Madrid: Akal.
20. Kaplan, Harold SADOCK, Benjamin. “Compendio de psiquiatría”. Editorial Salvat. 2ª edición. Barcelona España. 1994. p. 205.
21. Lacan, Jacques (2001) *Seminario 3 Las Psicosis (1956-1957)*, ed. Paidós, Barcelona.
22. Lacan, Jacques (2003), “Función y Campo de la Palabra y del Lenguaje en Psicoanálisis”, Escritos 1, Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

23. Landázuri, Mariana (2008), "Salir del encierro, medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro", Quito: Editores del Banco Central del Ecuador.
24. Lagarde, Marcela (1990), "Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas y locas", México: Universidad Nacional Autónoma.
25. Levi-strauss, Claude (2008), "Antropología estructural, mito, sociedad, humanidades", México: Editores Siglo XXI.
26. López Cifuentes, Hugo (2007) "Relato de los tratamientos que se han utilizado en el hospital "San Lázaro" desde su fundación".Febrero-2007 <http://www.hpsl.gov.ec/index2.asp?id=202>
27. Parcayacu (1994) "Revista del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, número 17 Septiembre", Quito: Edición del hospital.
28. Peteiro, Javier (2010) "El autoritarismo científico", Imagraf, Málaga
29. Ramírez, Graciela (2007) "La función estabilizadora de la letra en las Psicosis", Quito, PUCE.
30. Rubin, Gayle (1996) El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. En: Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México.
31. Sagot, Monserrat (2006) "La paz comienza en casa: Las luchas de las mujeres contra la violencia y acción estatal en Costa Rica en DE LO PRIVADO A LO PÚBLICO: 30 años de lucha ciudadana en América Latin"^a. México: editores siglo XXI y UNIFEM.
32. Sánchez, Mentor (1997), "Poder y Locura", Ediciones Quito: Abya Yala,.
33. Silva, Raúl (2009) "Algunas relaciones entre las psicosis y la transferencia en la obra de Freud y Lacan", Quito, PUCE
34. Scott, Joan (1996) "El género: una categoría útil para el análisis histórico"

Páginas Web consultadas

1. <http://www.redsistemica.com.ar/articulo94-5.htm>
2. www.msp.gov.ec
3. <http://www.hpsl.gov.ec/index2.asp?id=202>
4. www.asambleanacional.gov.ec/.../Constitucion-2008.pdf
5. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_008.htm