

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Antropología, Historia y Humanidades

Convocatoria 2019-2021

Tesis para obtener el título de Maestría de Investigación en Antropología

Negligencia y olvido en la salud mental ecuatoriana: falencias generalizadas en las prácticas
psiquiátrica y psicológica como evidencias de discriminación sistemática en la ciudad de
Quito

Gabriela Alejandra Salgado Coronel

Asesor: Fernando García

Lectores: Rubén Muñoz, Alex Rivas

Quito, abril de 2024

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a todas las personas que padecen enfermedades mentales y a diario navegan obstáculos, rechazo y sufrimiento para poder tener lo más cercano a una vida normal. A mis amigos, mi inspiración más grande, personas fuertes y llenas de talento que me han impulsado a buscar formas de visibilizar sus luchas y sus anhelos. Estoy infinitamente agradecida con la vida por tenerlos junto a mí.

Dedico este trabajo también a mi madre, quien me ha apoyado incansablemente en todos mis proyectos; a mi tía, a mi perro Patrick y a todos quienes han estado presentes y me han sostenido durante estos últimos dos años.

Índice de contenidos

Índice de contenidos.....	3
Resumen	7
Agradecimientos.....	8
Introducción	9
Capítulo 1. Discusión teórica sobre la salud mental	13
1.1. Sobre las instituciones	13
1.1.1. Los hospitales psiquiátricos como instituciones totales.....	13
1.1.2. Las características de las instituciones totales	15
1.1.3. El poder en instituciones totales	16
1.2. Sobre la salud mental como problemática social: debates en antropología y sociología	18
1.2.1. El Modelo Médico Hegemónico	20
1.2.2. El paradigma biomédico	22
1.2.3. Signo y síntoma en la salud mental.....	22
1.2.4. El problema de la patologización y la sociología de la enfermedad mental	23
1.2.5. El debate de lo normal y lo patológico	25
La subjetividad de lo patológico	27
La perspectiva fenomenológica.....	29
1.2.6. La antipsiquiatría	29
1.3. Sobre la desinstitucionalización	30

1.4. Sobre la estigmatización	31
1.4.1. La interseccionalidad como marco para entender la discriminación	34
1.4.2. El apoyo emocional.....	35
1.5. Sobre la negligencia.....	36
1.5.1. La negligencia en la salud mental	37
1.5.2. La relación médico-paciente	39
Capítulo 2. La salud mental en el contexto histórico y social ecuatoriano	40
2.1. Historia de la salud mental en Ecuador	40
2.2. La salud mental en la región.....	43
2.3. La salud mental en Ecuador.....	45
2.3.1. La constitución ecuatoriana y el Buen Vivir.....	46
2.3.2. El sistema de salud pública ecuatoriano	47
Plan Estratégico de Salud Mental y Modelo de Atención de Salud Mental.....	49
2.3.3 Los servicios privados de salud mental	51
2.3.4. Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador.....	53
2.4. La pandemia por COVID-19	57
Capítulo 3. Experiencias con el tratamiento de la salud mental en Quito	59
3.1. Introducción.....	59
3.2. Precariedad en la salud pública	60
3.3. Falta de empatía, falta de interés, falta de profesionalismo.....	67

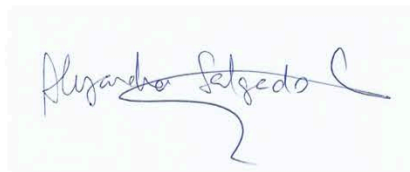
3.3.1. ¿Cómo debe ser un psiquiatra?	71
3.4. La lucha contra la farmacología invasiva y la búsqueda de información.....	76
3.5. La experiencia de institucionalización	85
3.5.1. Los hospitales públicos	86
3.5.2. La institucionalización privada	90
3.6. El consentimiento informado.....	95
Capítulo 4. Aspectos finales a considerar.....	102
4.1. ¿Qué se considera tratamiento adecuado?	102
4.2. La posición de los profesionales de la salud mental.....	105
4.2.1. La calidad humana en la práctica psiquiátrica	105
4.2.2. Lucrarse con pseudociencia: el “negocio” de la psicología.....	109
5. Conclusiones	113
5.1. La estigmatización como factor transversal en los procesos de negligencia.....	113
5.2. Las consecuencias del modelo biomédico	115
5.3. Consideraciones sobre el oficio del psiquiatra y la ética profesional.....	118
5.4. Lo público vs. lo privado: experiencias de institucionalización.....	120
5.5. El consentimiento informado: un mito en la salud mental ecuatoriana.....	123
5.6. Conclusiones finales	128
5.7. Recomendaciones finales	130
Referencias	132

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Gabriela Alejandra Salgado Coronel, autora de la tesis titulada “Negligencia y olvido en la salud mental ecuatoriana: un análisis de las falencias en las prácticas psiquiátrica y psicológica en la ciudad de Quito”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de Maestría en Investigación en Antropología concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

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

Quito, marzo de 2024.

A handwritten signature in black ink on a light blue background. The signature reads "Gabriela Salgado Coronel" in a cursive script. Below the signature is a horizontal line.

Gabriela Alejandra Salgado Coronel

Resumen

El bienestar mental es igual de importante para el ser humano que el físico y, en los últimos años, este tema ha cobrado mayor relevancia en el contexto general de salud. El derecho a la salud mental tiene, como parte del derecho universal a la salud, carácter obligatorio en la constitución ecuatoriana, lo que garantiza atención gratuita a través de las entidades públicas. Sin embargo, este es uno de los sectores más olvidados en materia de políticas públicas e inversión estatal. La atención privada en salud mental, en cambio, tiene un costo restrictivo y, al no tener el mismo tipo de regulaciones que el sector público, está permeada por irregularidades propias de la mercantilización de este sector de la salud.

Este trabajo recopila vivencias e historias de negligencia y olvido en las prácticas psiquiátrica y psicológica en Quito, en los sistemas público y privado. A pesar de que, en la actualidad, la salud mental ha tenido un giro positivo encaminado a disminuir el estigma, todavía sigue siendo un tema tabú en la sociedad ecuatoriana, lo que permite que en la práctica sea negligente de forma generalizada. Esto evidencia cómo la falta de atención a la salud mental es consecuencia de la estigmatización sistemática del individuo patologizado y loco, quien ha sido históricamente invisibilizado y escondido. En esta investigación, propongo que el estado de negligencia y olvido de la salud mental en Quito se debe al estigma de la locura que sostiene prejuicios nocivos contra quienes padecen enfermedades mentales; y que es justamente en los servicios de atención de salud mental, donde el estigma del loco está más presente. Como consecuencia, el sistema les falla a los pacientes y no provee los servicios adecuados para su recuperación.

Agradecimientos

Agradezco a FLACSO Ecuador por proporcionarme las herramientas académicas para realizar este trabajo, especialmente a mi tutor, Fernando García, por el apoyo y la guía.

A mis lectores, Rubén Muñoz y Alex Rivas, por tomar interés en mi trabajo.

A mis sujetos, quienes hicieron posible esta investigación, por su colaboración y ganas de ayudarme.

Introducción

El propósito de esta investigación es demostrar, a través de casos y experiencias de vida, el estado de negligencia y precariedad de los servicios de salud mental en la ciudad de Quito, y así analizar si estas experiencias representan casos aislados o se trata de violencia sistemática contra los pacientes de salud mental, por su condición de personas vulnerables y por la falta de un cuerpo legal específico que los ampare. Como persona que convive con un padecimiento mental y que desde hace alrededor de diez años ha usado servicios privados y públicos de salud mental, he podido experimentar de primera mano las diversas dificultades que los usuarios encuentran en su camino hacia obtener tratamiento adecuado. Una experiencia particular que tuve hace algunos años me motivó a pensar en la negligencia de la que comúnmente son víctimas los pacientes de salud mental, mientras que una entrevista con un sujeto que había tenido una experiencia similar me dio la pauta para empezar a indagar sobre este tema en el contexto de pacientes con trastornos severos y graves que no se encuentran institucionalizados a largo plazo.

Estas personas pueden, en un entorno macro, quizás pasar por personas normales y no encarnar la imagen de obvias víctimas de violencia sistematizada: ni por estrato social, ni por raza o etnia, ni por orientación sexual o género—ya que sí existe un sujeto homosexual y uno no-binario en el estudio; pero que, desde un análisis interseccional, las otras categorías que los representan no se suman para añadir opresión, sino más bien actúan como una especie de protección contra la discriminación por su orientación sexual o identidad de género. Ni siquiera por discapacidad, ya que, en sus casos, esta no es visible para, o reconocida por el mundo. Sin embargo, los enfermos mentales han sido históricamente víctimas de discriminación sistemática y abuso, y generalmente son los representantes más marginados y silenciados en el amplio espectro de la discapacidad. El aporte de este estudio radica en recopilar estas experiencias y traer a debate la situación de muchas personas que, como ellos, sobreviven con una condición imposibilitante, sufren de discriminación y son generalmente ignorados; y analizar las condiciones sociales que los victimizan y mantienen silenciados.

La salud mental es un pilar importante en el bienestar del individuo, definida por la Organización Mundial de la Salud como “tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países” (2001, ix). Sin embargo, en países cuyos sistemas de salud ya tienen falencias graves, la salud mental es una de las áreas más

olvidadas a nivel estatal. En Ecuador, la cantidad de profesionales en salud mental que trabajan en el sistema de salud pública no llega a suplir las necesidades de los usuarios; quienes cuentan con recursos económicos para costear tratamiento privado, acuden a profesionales que a menudo practican fuera de las regulaciones estatales con respecto a salud mental. Tanto en este escenario, como en el ya conocido sistema público institucional, se cometen violaciones a los derechos de los pacientes que, en la mayoría de casos, no son documentadas o reportadas, principalmente debido al estado de vulnerabilidad de las personas y a la estigmatización de la que son víctimas en la vida cotidiana.

Este trabajo pretende documentar falencias graves en todo el proceso de tratamiento de un sujeto. El tratamiento es, en gran parte, fuente de muchas irregularidades y concluye con el paciente buscando otro profesional, con quien, en muchos casos, el ciclo se repite. Ya que el enfermo mental es estigmatizado por su padecimiento, generalmente considerado incapaz de decidir por sí solo, cuidarse y vivir de forma independiente; sus vivencias, especialmente con respecto a su salud, son frecuentemente ignoradas y silenciadas. Esto crea las condiciones para que se sistematice el maltrato contra ellos y no se tomen medidas de reforma de los servicios de salud mental. A través de la recopilación de vivencias y observación participante, haré un análisis de las prácticas de psiquiatría y psicología en Quito, y al evidenciar la negligencia que existe en estas áreas, analizaré si es que estos episodios son una muestra de violencia sistematizada contra los enfermos mentales, que se siguen perpetuando debido a la poca atención que se le da a la salud mental y la subestimación del individuo patologizado y de sus facultades.

Este estudio ha sido realizado en la ciudad de Quito, principalmente con sujetos de clase media-alta que han accedido a servicios de salud privados, pero puede servir para tener una idea del estado de precariedad de la salud mental en Ecuador, ya que al ser Quito la capital, cuenta con una mayor oferta de profesionales, tanto en el sector público como privado, que el resto de provincias del país.

Al investigar cómo opera la negligencia en los sistemas de salud mental en Quito, buscaré responder algunas preguntas. La pregunta principal que busco responder con mi investigación es: ¿se puede considerar a la negligencia en la práctica de salud mental en Quito como un fenómeno sistematizado?

Las preguntas complementarias pueden ser formuladas desde varias ópticas. Primero, desde la estigmatización de la locura. Los enfermos mentales han sido históricamente invisibilizados, sujetos perennes de limpieza social desde tiempos lejanos, ocultados dentro de paredes de por vida, deshumanizados y torturados; y así, relegados a los márgenes más profundos de la sociedad. Esta invisibilización sigue presente en nuestra época, en rezagos de los viejos sistemas manicomiales, en ciertas prácticas psiquiátricas, y en cómo los individuos ‘normales’ perciben la locura. Entonces, planteo: ¿cómo contribuyen los procesos de patologización, estigmatización y olvido de los enfermos mentales a que se generalice la negligencia en salud mental?

Por otro lado, partiendo desde un análisis interseccional, considero a la locura como una categoría de opresión que se suma a otras como la raza, la condición social, el género o la orientación sexual. Sin embargo, la locura, al no ser considerada una discapacidad per se y ser ampliamente desconocida y malentendida, representa una categoría que por sí sola puede oprimir al sujeto, sin importar el resto de categorías a las que este pertenezca. La pregunta que formulo al respecto es: ¿se puede decir que la estigmatización de los enfermos mentales, representada en la negligencia a la que son frecuentemente sometidos, no distingue del contexto social del individuo?, tomando como base la idea de que la negligencia en salud mental existe de forma generalizada tanto en el ámbito público como en el privado; y que, si bien existen claras muestras de la precariedad y el olvido que se espera de los servicios públicos, cuyos usuarios son los más pobres, los servicios privados no ofrecen mejor calidad de servicio ni protegen al individuo de instancias de negligencia y violaciones de derechos.

Finalmente, desde el enfoque en el modelo biomédico para la locura, considero que el tratamiento de la salud mental desde la biología, la farmacología y otros métodos propios de la medicina, bajo una lógica de curar como sinónimo de reparar algo roto, no logra abordar la complejidad del padecimiento mental, cuyas causas pueden ser combinaciones indescifrables de factores genéticos, químicos, psicológicos, neurológicos, entre otros. Se ha instaurado un manejo de la locura basado en un modelo cuya efectividad ha sido ampliamente cuestionada, y cuyas falencias apuntan, justamente, a la naturaleza positivista del modelo biomédico. Por lo tanto, analizaré cómo la prevalencia del modelo occidental biomédico de tratamiento de la locura contribuye a la aparición de estas prácticas de negligencia y violencia contra los

individuos. Así, pregunto: ¿cuál es la relación entre el modelo biomédico de salud mental y la negligencia como práctica sistematizada en el tratamiento de padecimientos mentales?

Para responderlas, usaré algunas categorías. La primera es la de “modelo biomédico” para explicar cómo operan los servicios de salud mental en Quito en la actualidad; “negligencia”, para describir la serie de fallas en el sistema de salud mental a las que los pacientes son sometidos regularmente; y “desinstitucionalización” como un concepto amplio que implica el desmantelamiento de los servicios de salud mental actuales y su reemplazo por nuevas y mejoradas formas de tratamiento de padecimientos mentales basadas en la comunidad. Además, usaré la categoría de “estigmatización” para referirme no solo a la exclusión del individuo patologizado de su comunidad, sino también, en un sentido más amplio, la estigmatización de la salud mental como fenómeno generalizado en nuestra sociedad, lo que causa que los servicios de salud mental sean repetidamente ignorados y olvidados por el estado ecuatoriano.

Capítulo 1. Discusión teórica sobre la salud mental

1.1. Sobre las instituciones

La Enciclopedia Stanford de Filosofía define a las instituciones como formas de orden social en un estado de interdependencia con los individuos que las conforman, con la capacidad de constreñir o empoderar a sus integrantes. Para propósitos de este trabajo, nos enfocaremos en instituciones sociales, haciendo una diferenciación entre la definición de institución que incluye a formas sociales como las convenciones, normas o rituales (formas que definitivamente son parte importante de las instituciones), y ahondando en aquellas que implican un sistema de organización basado en esferas de actividad de diverso tipo. Una institución debe tener una estructura de roles personificados (ser *embodied*) dentro de una estructura física. Estos roles deben ser definidos por un grupo de reglas que determinan el cumplimiento de tareas y las jerarquías de autoridad entre los individuos; y son dispuestos para el cumplimiento de un fin o una función de la institución (Miller 2007).

Richard Scott asevera que las instituciones son sistemas conformados por construcciones cognitivas, normas y procesos que regulan el comportamiento social. Estos tres elementos son clave, ya que dependen el uno del otro para reforzar el sostenimiento de la institución. Sin embargo, esta es una definición básica de instituciones, ya que estas pueden existir en diferentes tipos, de acuerdo al énfasis que se le aplique a cada elemento.

1.1.1. Los hospitales psiquiátricos como instituciones totales

Los hospitales psiquiátricos regulan el comportamiento por medio de reglas, vigilancia y sanciones—bajo el pretexto de cuidar de individuos incapacitados de conciencia; inculcan normas de carácter moral—basándose en la moralidad o inmoralidad de las patologías mentales en el imaginario común; y crean una realidad a través de representaciones simbólicas basadas en la subjetividad—al mantener confinados a los individuos, desarrolla un nuevo mundo a su alrededor. También, se legitiman al responder a una necesidad legal, moral y cognitiva de los miembros “normales” de la sociedad, de mantener a individuos no deseados lejos de su entorno.

Estos aspectos encarnan el término que Erving Goffman acuñó en su trabajo *Internados* (1961): instituciones totales. Se refiere a “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran

número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (1961, 13). Goffman define cinco tipos de instituciones totales de acuerdo a la función que cumplen en la sociedad. Los hospitales psiquiátricos se encuentran dentro del grupo de instituciones que cuidan de aquellos que no pueden cuidarse por sí solos y que, al mismo tiempo, representan una amenaza para la comunidad (1961, 18).

La noción de la ‘cultura’ es una característica que define a una institución. La cultura institucional puede explicarse como un grupo de normas, valores, el *ethos*¹ y actitudes adscritas a los roles.

A system of morals is always the affair of a group and can operate only if the group protects them by its authority. It is made up of rules which govern individuals, which compel them to act in such and such a way, and which impose limits to their inclinations and forbid them to go beyond. Now there is only one moral power—moral, and hence common to all—which stands above the individual and which can legitimately make laws for him, and that is collective power. To the extent the individual is left to his own devices and freed from all social constraint, he is unfettered by all moral constraint. It is not possible for professional ethics to escape this fundamental condition of any system of morals. Since, then, the society as a whole feels no concern in professional ethics, it is imperative that there be special groups in the society, within which these morals may be evolved, and whose business it is to see that they are observed (Durkheim 1957, 6).

En este ejemplo, Émile Durkheim se refiere a un sistema institucional de carácter holístico (que trabaja para el beneficio de instituciones mayores) cimentado en la moral. La moral, como cultura de una institución determinada, funciona para el beneficio de la sociedad en general. La cultura de las instituciones sociales se forma alrededor de la resocialización del recluso. Goffman describió este proceso como la reestructuración completa del sistema de valores sociales, comportamientos y creencias de los individuos internados, para ajustarlos a los de la institución. El interno debe llevar a cabo un proceso de desaprendizaje de sus formas y aprendizaje de las nuevas, lo que da como resultado la destrucción de su sistema de normas

¹*Ethos* significa 'costumbre' o 'carácter' en griego. [...] Denota las prácticas o valores que distinguen a una persona, organización o sociedad de otra (Merriam-Webster.com Dictionary 2020).

sociales, y la prevalencia de aquellas de la institución en la vida del individuo (Goffman 1961). Así, de la misma forma en que Durkheim usa la moral como un sistema de comportamiento dentro de una institución que beneficia a la sociedad, las instituciones totales reconfiguran con su cultura al individuo enfermo para el mejor funcionamiento de la sociedad—una institución mayor. Así mismo, al abandonar la institución total, el individuo debe volver a pasar por el proceso de reaprendizaje las normas de la sociedad a la que debe ingresar, y de desaprendizaje de aquellas de la institución total.

Como conclusión, podemos decir que las instituciones sociales regulan, norman y cambian la realidad de los internos, legitimadas por la necesidad de contener a individuos indeseables. Tienen tres dimensiones: estructura, función y cultura (Miller 2007), que determinan el comportamiento que debe esperarse de los individuos que la conforman. Las instituciones totales representan un tipo de institución holística con una cultura que es impuesta a los internos por medio de métodos coercitivos.

La antropóloga Mary Douglas define a las instituciones como sistemas de reglas que pueden surgir de forma espontánea en situaciones, sin necesariamente ser creadas con un propósito, lo que las diferencia de las organizaciones, cuya existencia responde a un objetivo específico. La autora teoriza que los individuos pensamos en función de ciertas ideas de organización socialmente construidas que determinan cómo nos relacionamos con el resto. Es con base en estas relaciones que las instituciones se construyen, y nos permiten concebir ciertas ideas. Las instituciones, por tanto, no son independientes ni nacen por algún orden natural, sino que son producto de un pensamiento colectivo que las desarrolla (Douglas 1986).

1.1.2. Las características de las instituciones totales

Como característica principal de las instituciones totales, Goffman señala la distorsión del orden regular de las actividades de los individuos. En el entendido que, en una sociedad, las personas duermen, trabajan o se entretienen en espacios distintos, compartiendo estos espacios con otras personas, a discreción. En el orden de las instituciones totales, los individuos realizan todas sus actividades en el mismo lugar y de forma colectiva, lo que elimina las barreras que separan a las diferentes esferas de la vida. Entonces, todas las actividades son realizadas en un solo lugar, junto con otros individuos ocupando este mismo espacio (1961, 13).

Otro aspecto característico de las instituciones totales es la distinción entre los reclusos y las personas a cargo, o el personal supervisor. Esta clara jerarquía de integrantes fomenta estereotipos negativos y hostilidad entre los grupos. La imagen de los supervisores como crueles y prepotentes se refuerza por medio de las tareas de control y vigilancia que ellos desempeñan. La existencia de una rutina fuertemente reglamentada por una clase superior de individuos es también un elemento crucial en las instituciones totales.

El control de los reclusos es llevado a cabo en todas las esferas de la vida. La movilidad social entre los internos es restringida, prescrita y vigilada por el personal; el cumplimiento de tareas y horarios es observado exhaustivamente; así mismo, el incumplimiento de las reglas es castigado por los individuos a cargo. Todas estas tareas de vigilancia y castigo tienen como objetivo alcanzar los planes y las metas oficiales de la institución. Para ello, los supervisores trabajan en un orden burocrático que impide el trato personalizado hacia los pacientes, sino más bien impulsa un tratamiento estándar para todos, lo que ahonda la brecha social entre los supervisores y los supervisados. Bajo la dinámica de vigilancia, control y castigo, los sujetos inferiores en el grupo social desarrollan mecanismos para romper el orden u obtener recompensas de los supervisores, lo que en muchas ocasiones denigra a los primeros y refuerza la idea de superioridad, así como los estereotipos, de los segundos.

1.1.3. El poder en instituciones totales

El estudio del poder en instituciones, con énfasis en instituciones de carácter psiquiátrico, es abordado por Michel Foucault en varios de sus trabajos. Foucault remarca la disimetría en las relaciones entre el grupo subordinado (los internados) y el dominante (el personal) y llega a la conclusión de que las instituciones de este tipo no son gobernadas por reglas, sino por las diferencias de poder, que se reflejan en la imagen del médico para los pacientes (2007, 4). Este sistema de poder representa una distorsión del sistema regular, y se basa en jerarquías que ordenan a los individuos de acuerdo a determinadas funciones, en una organización social que facilita el ejercicio de dicho poder.

La institución debe funcionar en un ambiente cerrado al mundo, independiente y con capacidad de gobernarse, libre de la influencia de factores externos, para poder ejercer poder absoluto. Con este fin, debe crear una realidad alterna para el paciente, con relaciones sociales

similares a las de la sociedad común, con obligaciones, tareas y relaciones entre individuos. El objetivo es que esta realidad sea una réplica creíble a nivel cognitivo de la sociedad externa.

¿Qué pretende inducir el poder intraasilar, tal como funciona dentro de este espacio acondicionado? ¿y en nombre de qué se justifica como poder? En nombre de la realidad misma. De ese modo, encontramos a la vez el principio de que el asilo debe funcionar como un medio cerrado, absolutamente independiente de todas las presiones que pueden provenir de la familia, etc. Un poder absoluto, por lo tanto. Pero este asilo, que está enteramente separado, debe ser en sí mismo una reproducción de la realidad misma. Es preciso que los edificios se parezcan lo más posible a viviendas comunes y corrientes; es preciso que las relaciones entre la gente dentro del asilo se asemejen a las relaciones de los ciudadanos entre sí; es preciso que, en el interior del asilo, esté representada la obligación general del trabajo y se reactive el sistema de las necesidades y la economía. Entonces, duplicación del sistema de la realidad dentro del asilo (Foucault 2007, 202).

De esta forma, el poder se ejerce al crear una realidad basada en sí mismo.

En *Historia de la locura*, Michel Foucault hace un recuento del nacimiento del hospital psiquiátrico como una institución teleológicamente creada para el control de individuos poco ajustados al orden social imperante. El modelo de hospital psiquiátrico que conocemos en la actualidad nació de los principios de razón y humanismo de la Ilustración, bajo los cuales se abogaba por un trato más amable a los enfermos. Philippe Pinel en Francia y William Tuke en Inglaterra fueron algunas de las figuras más importantes en este proceso, quienes con distintos antecedentes y motivaciones (Pinel, médico; Tuke, cuáquero y filántropo), impulsaron la reforma del tratamiento de las enfermedades mentales hacia algo denominado “terapia moral” (Scull 2019). Bajo este concepto, los enfermos debían ser liberados de cadenas y tratos inhumanos, y sus padecimientos debían ser abordados desde enfoques psicológicos. Sin embargo, este tipo de tratamiento estaba impregnado de la moral protestante de la época, que consideraba a la enfermedad mental como la “esclavitud del pecado” (Foucault 2015, 128). Se encerraba a quienes suponían una amenaza al orden de la comunidad y el buen nombre de las familias; se construían sujetos morales a quienes se debía reformar por medio del tratamiento, quienes podían volver a ser individuos correctos a través del trabajo duro, la discreción y el orden, y se mantenía confinados a quienes no fueran capaces de encajar en este panorama moral. Así, se administraba la locura de la misma forma que se administran otros aspectos de la vida, como la economía o el comercio; las instituciones actúan como un tipo de policía

moral que vigila y regula el comportamiento de las personas (Foucault 2015). Esta es la base de los postulados de Foucault sobre el nacimiento de la psiquiatría y el hospital como espacios de control social.

1.2. Sobre la salud mental como problemática social: debates en antropología y sociología

En antropología, el estudio de las experiencias en salud, tanto mental como física de los individuos y las sociedades, le concierne a la rama de la antropología médica. De manera general, la antropología médica se encarga de estudiar los fenómenos sociales que surgen en la experiencia de salud de las personas, en sus determinados contextos culturales. La rama de la antropología médica se desarrolló principalmente en Estados Unidos a finales de los años 50, como el estudio del proceso de salud/enfermedad/atención (Menéndez 2012).

Con respecto a la salud mental, la antropología médica ha producido un cuerpo de investigación robusto, principalmente desde Estados Unidos, sobre diferentes aspectos de la locura, como las instituciones totales, la desviación social, la anomia, el abuso de sustancias y el componente social en los padecimientos mentales (Menéndez 2012). Tal es el caso del llamado “sufrimiento social” (Das, Locke y Kleinman 1997), o la experiencia de sufrimiento personal asociada a fenómenos colectivos como la pobreza, el racismo o la marginalidad.

La antropología médica aplicada a la salud mental puede contextualizar a la enfermedad mental y analizarla desde diversos enfoques. Desde la sociología, abordándola desde el control social y el poder, se puede enfocar en el estigma y la deshumanización del enfermo mental como consecuencia de la institucionalización, el pobre entendimiento de la locura como una característica indeseable de la persona y la invisibilización del loco para fines de limpieza social. Desde la política, se puede analizar el acceso a servicios de salud mental de acuerdo a factores socioeconómicos, la precariedad de la salud pública en este contexto, o la aplicación de políticas públicas para favorecer el acceso indiscriminado a servicios de salud mental (Kleinman 2012).

Tomando a la salud mental como problemática social multidisciplinaria, se puede investigar los fenómenos sociales (la pobreza, la desigualdad o el abandono estatal) que contribuyen a altas tasas de incidencia de patologías como la drogadicción, el alcoholismo, la depresión o el

suicidio; y el contexto en el que estos se desarrollan, como la ruralidad, la marginalidad urbana o la segregación. Desde una perspectiva médica, se pueden analizar los distintos tipos de cuidado y tratamiento que se ofrecen, especialmente con un enfoque de atención comunitaria, cuidado familiar y otros tipos de manejo de la enfermedad mental que se separen de o complementen a la psiquiatría tradicional y sus métodos, comúnmente denominados como el modelo biomédico. Con respecto a este tema, la antropología también puede estudiar la medicalización del cuerpo, la patologización del individuo y la sobreproducción de la enfermedad en contextos contemporáneos, como consecuencia de la hegemonía de dicho modelo, y también como una forma de control social (Scheper-Hughes y Lock 1987).

Dentro de la antropología médica, uno de los temas más ampliamente discutidos es el uso del modelo biomédico de tratamiento de la enfermedad versus otros tipos de medicina tradicional y métodos de curación. En salud mental, este debate cobra mayor importancia debido a su cuestionada efectividad.

El concepto de la enfermedad mental en el modelo biomédico surgió como consecuencia de los acontecimientos históricos anteriormente discutidos, para dar sentido y entender a la locura como un proceso natural del ser humano. Estos conceptos y estas connotaciones morales se han mantenido a lo largo de la época moderna hasta la actualidad como aproximaciones universales al conocimiento científico de la mente humana. En los inicios de la psiquiatría moderna (una rama de la medicina occidental) aún se problematizaba a la locura desde la moral. Johann Christian August Heinroth, médico alemán considerado el primer profesor de psiquiatría de Occidente, catalogaba a todas las enfermedades mentales como ‘desórdenes del alma’, causados por la ‘mala vida’ llevada por el individuo, que dañaban su alma y repercutían en su cuerpo en forma de reacciones somáticas (Steinberg, Herrmann-Lingen y Himmerich 2013). Heinroth fue el primero en usar el término “psicosomático”, para describir a estas manifestaciones físicas de los problemas del alma. Esta inclusión de la dimensión moral del enfermo, si bien proviene de los primeros pasos del hospital psiquiátrico en la época de la Ilustración, también representa una aproximación psicológica y antropológica al tratamiento de la enfermedad mental. Para Heinroth, el individuo consiste de una parte indivisible conformada por el cuerpo (lo material) y el espíritu (lo inmaterial), que dependen el uno del otro (2013, 12).

La psiquiatría se ha dedicado a estudiar la enfermedad mental desde la materialidad, enfocándose en trasladar sus manifestaciones a las bases física y científica de la medicina, tratándolas de la misma forma que un médico trataría a los síntomas biológicos de una patología sintomatológica. Esto implica el desarrollo de una epistemología positivista alrededor de un discurso científico, para abordar problemas que no tienen una base biológica clara. En filosofía foucaultiana, el nacimiento de la medicina psiquiátrica representa una relación entre el saber y el poder en la construcción de la verdad, donde la verdad corresponde a una construcción histórica dentro del poder, y no a una verdad objetiva. “The three major categories of major mental illness are the severe or ‘major’ affective or mood disorder, ‘schizophrenic disorders’ and ‘organic brain syndromes.’ All of these can be treated as aspects of a psychiatric anthropology” (Levy 1993, 214).

La disputa entre la objetividad y la subjetividad se encuentra en el centro de la discusión sobre la locura. La medicina, como ciencia, busca la objetividad y la generalización, tomando al cuerpo como un sistema formado de piezas que deben ser reparadas de acuerdo a procesos biológicos regulares en todos los seres humanos. La psiquiatría, como rama de la ciencia médica, considera que la enfermedad mental tiene bases fisiológicas, químicas y genéticas, y que puede ser tratada a través del modelo médico. Esta afirmación ha dado luz verde al uso medicamentos para alterar la química del cerebro, y la aparente eficacia de algunos de estos tratamientos ha servido para validar el modelo médico, aun cuando la mayoría de las afecciones psiquiátricas no han sido asociadas a ningún síntoma físico evidente (Aneshensel, Phelan y Bierman 2006). Al considerar a la locura como una enfermedad, se reduce la desviación (*deviance*), o lo no normal, a una patología fisiológica que puede ser curada con tratamiento médico, sin tomar en cuenta el componente social de la existencia humana y la naturaleza emocional de las afecciones mentales.

1.2.1. El Modelo Médico Hegemónico

Como ya mencioné, uno de los grandes debates en antropología médica involucra al modelo biomédico occidental como método universal para el tratamiento de enfermedades. La problemática del uso predominante del modelo biomédico de salud como reflejo de la crisis sanitaria, particularmente en el contexto de América Latina, ha sido ampliamente estudiada por el antropólogo Eduardo Menéndez, quien la define como el modelo médico hegemónico o MMH. Según Menéndez, el MMH es

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (1988).

El MMH tiene como características principales su raíz positivista y basada en la biología, la noción de que la enfermedad es individual y aislada de contextos sociales, la asimetría en la relación entre el médico y el paciente, y un vínculo fuerte con el sistema de consumo de servicios médicos y farmacéuticos. Este enfoque biologista, que es la raíz de la cual se desprenden el resto de características del MMH, subordina a todos los otros factores que pueden jugar un rol en la concepción de enfermedad, y se enfoca en la sanación del cuerpo a través de técnicas científicas, dejando a un lado la discusión del impacto de lo social en la enfermedad. Este no es un tema desconocido, ya que se ha discutido extensamente al respecto desde la década del 60. En los años 70 se empezó a prestar particular atención al fracaso del modelo médico en el contexto de salud mental, al analizar las altas cifras de alcoholismo, homicidio, depresión, suicidio, y otros problemas con un fuerte componente social (1988, 8). Para el autor, los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención son en gran parte un reflejo de problemas de índole económica-política e ideológica-cultural (2015).

En el contexto latinoamericano, la individualización de la práctica médica responde a factores que recaen en la dimensión económico-política. En el marco del giro neoliberal que han visto nuestros países desde finales de los años 80, la opción contra la burocratización de los servicios de salud es la mercantilización de todo aspecto de la vida, incluyendo la enfermedad y, por ende, la biomedicina. La expansión de este modelo hegemónico de tratamiento de salud impulsado por el capital ha permeado en la concepción de salud y enfermedad de las distintas identidades y cosmovisiones de los pueblos, actuando, así como un instrumento ideológico que subordina a los modelos tradicionales y ancestrales y los desplaza hacia los márgenes. Por ende, se obvia pensar en las dimensiones sociales de la enfermedad porque es más conveniente abordar la enfermedad por sí sola en países donde la inversión en salud es baja y hay altos intereses en mercantilizar la salud y “mantener situaciones de vida con una baja inversión” (1988, 6). Como resultado, se hace responsables de su propia curación a los grupos menos favorecidos económicamente, deslindando al estado de la responsabilidad de ofrecer servicios adecuados e integrales (Menéndez 1988; 2015).

Los servicios de salud mental en el contexto ecuatoriano recaen principalmente en el modelo corporativo privado, ya que el estado es incapaz de proveer lo necesario para suplir la necesidad desde lo público. El padecimiento mental, debido a su fuerte componente social, es de los más afectados por el uso del MMH y la falta de enfoque en los procesos sociales. Podemos decir, entonces, que las personas con padecimientos mentales son las víctimas más grandes del MMH.

1.2.2. El paradigma biomédico

El paradigma biomédico es una perspectiva en medicina que se centra en los aspectos biológicos de la enfermedad, destacando la importancia de entender y tratar las enfermedades desde un enfoque biológico y genético. El término se deriva de una aproximación teórica desde la antropología médica, y se caracteriza por un énfasis en lo biológico, reduccionismo y tratamiento de síntomas, este paradigma ha sido tradicional en la medicina occidental. Se basa en el dualismo de salud/enfermedad en el cuerpo/mente, y la intervención médica para restaurar la función biológica normal o salud, con un modelo lineal de enfermedad que busca identificar causas y efectos claros. Con este objetivo, se promueve una cultura de antienfermedad que se alimenta de los miedos y prejuicios de las personas para crear espacios donde promover la salud como un servicio (Cabrera 2015, 32). Se ha reconocido cada vez más la necesidad de enfoques más holísticos y centrados en el paciente que consideren aspectos psicosociales, culturales y ambientales de la salud. Este cambio refleja una evolución hacia prácticas médicas más integradoras y centradas en el paciente.

1.2.3. Signo y síntoma en la salud mental

En medicina, los signos son observaciones de carácter mayormente objetivo y medible realizadas por profesionales de la salud, como la fiebre o la presión arterial alta, mientras que los síntomas son experiencias subjetivas percibidas por los pacientes, como dolor de cabeza o fatiga. Ambos son cruciales para el diagnóstico y tratamiento médico.

En el contexto biomédico, el problema con los signos y síntomas radica en que, aunque son fundamentales para la identificación y comprensión de enfermedades, no siempre proporcionan una imagen completa de la condición de un paciente. Los signos y síntomas a menudo son subjetivos, dependen en gran forma del intercambio y la interpretación de

códigos lingüísticos y verbales, mediados por la cultura, que pueden variar entre individuos, lo que complica el proceso de diagnóstico (López 2020). Además, algunos trastornos pueden carecer de signos evidentes en etapas tempranas, lo que dificulta su detección. La interpretación de estos elementos requiere habilidades clínicas y conocimientos profundos, y a veces se necesitan pruebas adicionales para confirmar un diagnóstico preciso. Por lo tanto, el desafío en el contexto biomédico es integrar eficazmente la información de signos y síntomas para llegar a un diagnóstico y tratamiento precisos (Martínez 2010).

En el ámbito de la salud mental, la aplicación del concepto de signos y síntomas también implica desafíos y consideraciones específicas. Aunque los signos y síntomas pueden ser indicadores importantes de trastornos mentales, la naturaleza subjetiva de muchos de ellos y las variaciones individuales pueden complicar el proceso de evaluación. Los signos en la salud mental pueden incluir observaciones objetivas realizadas por un profesional de la salud, como cambios en el comportamiento, expresiones faciales, patrones de sueño o interacciones sociales. Por otro lado, los síntomas suelen ser las experiencias subjetivas reportadas por el individuo, como pensamientos, emociones o sensaciones físicas.

El principal problema radica en la interpretación y comprensión de estos signos y síntomas, ya que la presentación de trastornos mentales puede variar significativamente. Además, algunos problemas de salud mental pueden ser difíciles de identificar debido a la estigmatización, la falta de conciencia o la reticencia de las personas a compartir sus experiencias (Desviat 2010).

La aplicación efectiva de los signos y síntomas implica una evaluación integral que considera tanto los aspectos objetivos como los subjetivos. Los profesionales de la salud mental utilizan entrevistas clínicas, pruebas psicológicas y la colaboración con los pacientes para recopilar información relevante y llegar a un diagnóstico preciso. La comprensión de la salud mental va más allá de los signos evidentes y requiere una consideración cuidadosa de la experiencia individual del paciente.

1.2.4. El problema de la patologización y la sociología de la enfermedad mental

En términos generales, podemos definir a la enfermedad mental como “una discapacidad general de las funciones sanas” (Cockerham 1981, 5). La quinta edición (2014) del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5™ define al desorden mental como

[A] syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above (American Psychiatric Association 2014, 20).

En esta definición se mencionan procesos psicológicos, biológicos y de desarrollo como causas de las perturbaciones en comportamiento, emociones o cognición que corresponden a la patología. Estas características no tienen una relación clara con ninguna experiencia biológica reconocible ni representan cambios físicos en el cuerpo que deban ser experimentados para el diagnóstico. Los críticos del modelo médico indican cuatro criterios de identificación de desórdenes mentales que casi nunca pueden aplicarse: 1) etiología específica, 2) discontinuidad con la normalidad, 3) cambio físico demostrable y 4) un proceso interno que, una vez iniciado, no puede modificarse completamente por influencias del ambiente externo (Spitzer y Wilson 1975, 2).

Para poder abordar esta problemática en términos más adecuados, los médicos Robert Spitzer y Paul Wilson proponen que el modelo médico asume lo siguiente:

(1) [T]here are more or less distinct human conditions associated with suffering and disability with more or less distinct etiologies and natural courses which respond differently to more or less distinct treatments, and (2) the study and treatment of these conditions is at least partly the responsibility of the medical profession (Spitzer y Wilson 1975, 3).

Este camino, que concilia tanto el aspecto material como el inmaterial de la locura, es el que ha guiado la forma de tratar las patologías mentales en las últimas décadas.

Del otro lado del debate está la idea de que la locura tiene una naturaleza socialmente construida, que no existe de forma material, "but only as an abstraction inferred on the basis of subjective and sometimes arbitrary standards." (Aneshensel y Phelan 2006, 6). Desde esta perspectiva, los fenómenos psiquiátricos deben ser analizados en el contexto sociocultural de

la persona, tomando en cuenta la influencia del entorno en la construcción del sujeto. Sociológicamente, la patología mental depende de factores relacionados con la posición social del individuo. De la misma forma, se considera al apoyo social como uno de los ejes principales en la recuperación. Muchos estudios se han realizado sobre la influencia del medio social en la salud mental de las personas. *El suicidio*, la obra trascendental de sociología clásica de Émile Durkheim (1989), analiza el fenómeno del suicidio desde el deterioro de las redes sociales de apoyo del individuo, como la religión, el matrimonio, la salud, la educación o los bienes materiales. El enfoque sociológico del estudio del desorden mental se realiza de forma estructural, desde las categorías sociales que conforman la sociedad.

1.2.5. El debate de lo normal y lo patológico

Si bien la dimensión social constituye una vía de entrada importante para el entendimiento del padecimiento mental desde la inmaterialidad, existe otra de igual importancia, que nos remonta a la base del problema de la locura: ¿qué es considerado patológico? Esta pregunta ha marcado el manejo de la locura desde el inicio de los tiempos, y sigue siendo motivo de debate, ya que no tiene una respuesta concreta. Mencioné antes las connotaciones morales que ha tenido la locura históricamente, que hasta la actualidad se mantienen en gran parte del mundo, debido a la gran influencia de la medicina occidental.

En su análisis de lo que es considerado enfermedad, Georges Canguilhem postula que es equivocado concebir a la salud, o la falta de patología, como normalidad, ya que la categoría de ‘normal’ no puede ser medida por métodos objetivos ni cuenta con una base científica. La medicina usa la normalidad desde la fisiología para determinar, a través de normas, qué componentes del cuerpo necesitan ser sanados, pero esta lógica implica que debería existir un estándar de normalidad objetiva aplicable a todos los seres humanos de forma indistinta, bajo el cual poder juzgar lo que no encaja dentro de él. Esto pone en cuestión la concepción médica de la curación, que busca restaurar la normalidad al cuerpo desde un enfoque positivista donde la normalidad corresponde a un estado determinado estadísticamente, no a través de la experiencia (1971). Para Canguilhem, la salud consiste en la capacidad del cuerpo de tolerar impactos externos, adaptarse a situaciones y recuperarse, pero ninguna de estas experiencias puede ser cuantificada o medida por medio de la fisiología (Murphy 2008, 41). La enfermedad para el autor representa un estado creado desde la necesidad de tranquilizar la mente del afectado a través de la terapéutica (ya que la enfermedad es causa de angustia para

la persona), pero que en realidad es parte de procesos normales del cuerpo: “[l]a enfermedad entra y sale del hombre como a través de una puerta.” (Canguilhem 1971, 17). La enfermedad es una perturbación en el equilibrio entre el cuerpo y la naturaleza que permite el estado de salud (o normalidad) y, por lo general, genera un nuevo equilibrio al intentar regenerar el cuerpo (1971, 20).

En el debate de la dicotomía normal-patológico, es importante definir otro concepto importante: la anomalía. El enfoque médico concibe a lo normal como “un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico” (1971, 102); o sea, el bienestar orgánico. Por otro lado, el concepto de anomalía va más allá de las alteraciones en los datos estadísticos. Toda desviación o particularidad orgánica que difiera es considerada una anomalía (1971, 98). Sin embargo, la anomalía es un término empírico que abarca diferencias de variados niveles de complejidad, y esta complejidad está atravesada por la subjetividad del individuo, lo que la convierte en una categoría subjetiva, percibida en la medida en que esta le afecta, y manifestada a la medicina como patología (de *pathos*, o sufrimiento); o sea, tiene una dimensión psicológica fuerte. El estado de enfermedad responde a una anomalía patologizada a través de la experiencia del individuo, quien se piensa a sí mismo enfermo basándose en la noción de normalidad que promulga un cuerpo ideal en todas sus capacidades, con todos los marcadores en orden dentro de una medida estadísticamente normada.

Aplicando estas ideas a la patología mental, Canguilhem propone que la locura es patologizada porque no es comprendida, ya que la única forma del médico de entenderla es a través de la interpretación del paciente de su experiencia, como ellos mejor puedan transmitirla con los conceptos que poseen. La patologización del individuo se debe a que es anómalo, no solo para la ciencia, sino para los otros hombres. La enfermedad somática, que supone mayor definición y precisión empírica, “no rompe el acuerdo entre semejantes” (1971, 85), mientras que la patología psíquica no pasa por la conciencia de la persona, lo que la convierte en una patología de carácter más individual que la somática. Bajo estas condiciones, lo anómalo se convierte en un juicio de valor creado desde la comparación de una experiencia (propia o ajena) con otra, identificado en primera instancia por el individuo mismo, y atendido por el médico a partir de la necesidad del primero de volver a encontrar la normalidad. El médico, basado en la subjetividad del individuo, aplica tratamiento para los problemas desde la objetividad.

Desde el punto de vista científico, [el médico] se ocupa de los fenómenos vitales. La apreciación de los pacientes y de las ideas dominantes del medio ambiente social, más que el juicio de los médicos, es lo que determina aquello que se llama “enfermedad” [59, 5]. Lo que hay de común entre las diversas significaciones dadas actualmente o antaño al concepto de enfermedad, es el hecho de que se trata de un juicio de valor virtual. “‘Enfermo’ es un concepto general de no valor que comprende a todos los valores negativos posibles” [59, 9]. Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado, etc. Inversamente, lo que es deseado en la salud es desde el punto de vista fisiológico evidente, y este hecho da al concepto de enfermedad física un sentido relativamente estable (Canguilhem 1971, 88).

Por lo tanto, la fisiología y la enfermedad mental son incompatibles. Para la medicina, el interés es el diagnóstico y la cura, y no existe cabida para especulación, empirismos o juicios de valor; elementos característicos de la patología mental.

La subjetividad de lo patológico

Nuestra concepción de la locura es producto de la influencia de la ciencia médica occidental en el mundo y su hegemonización. La locura desde el pensamiento occidental está atravesada por construcciones morales y místicas que históricamente han contribuido a la alienación y el maltrato de los sujetos afectados. Nuestra noción de lo que corresponde a comportamiento normal o patológico es producto de imaginarios, concepciones culturales, ideas morales, y una serie de otros factores que hacen que aquellos individuos cuyo comportamiento no encaje totalmente en la norma, sean patologizados por quienes sí son considerados normales. Un ejemplo de esto es la homosexualidad, que por mucho tiempo fue considerada una patología, y hasta hace poco, estaba clasificada dentro del DSM² como una enfermedad mental (Reiss y Ankeny 2016). El ejemplo de la categorización de la homosexualidad demuestra la naturaleza subjetiva de las enfermedades mentales, ya que sus definiciones y lo que estas representan pueden variar en el tiempo, o cambiar totalmente.

Separarnos de nuestro pensamiento eurocéntrico significa encontrar perspectivas diversas e interesantes sobre el comportamiento que pueden hacernos cuestionar nuestras concepciones

²Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, es el manual que tipifica todos los trastornos y diagnósticos en salud mental.

de lo normal y lo patológico. Para la sociedad occidental, la homosexualidad era concebida como anormal, y el homosexual tratado como un loco. Sin embargo, la actitud cultural con respecto a la homosexualidad ha tenido una amplia gama de matices a lo largo de la historia en las diferentes culturas del mundo. Ruth Benedict contrasta las actitudes negativas que algunas sociedades tienen con respecto a la homosexualidad, con la de las tribus de indios americanos con respecto a los *berdache*, como llamaban los franceses a hombres que desde la pubertad empezaban a vestirse y actuar como mujeres. Los *berdache* no eran excluidos ni vistos como anormales, sino más bien como líderes en ocupaciones de mujeres y buenos organizadores de asuntos sociales (Benedict 1934, 65). Este es uno de varios ejemplos que da la autora, de comportamientos que, si bien en nuestra sociedad son considerados patologías mentales (paranoia, manipulación, megalomanía, violencia), en otras sociedades eran vistos como normales y, en muchos casos, deseados. Esto se debe a que en estas culturas no existían los problemas formados alrededor de ellos que se han desarrollado en las nuestras. La forma en la que nosotros vemos ciertos fenómenos está condicionada por los hábitos de nuestra propia sociedad y lo que en esta es considerado socialmente aprobado.

These illustrations, which it has been possible to indicate only in the briefest manner, force upon us the fact that normality is culturally defined. An adult shaped to the drives and standards of either of these cultures, if he were transported into our civilization, would fall into our categories of abnormality. He would be faced with the psychic dilemmas of the socially unavailable. In his own culture, however, he is the pillar of society, the end result of socially inculcated mores, and the problem of personal instability in his case simply does not arise (1934, 72).

En esta misma línea, Margaret Mead desarrolló ideas similares a las bases de lo normal y lo patológico de Canguilhem, y define a lo normal como tanto lo médicamente sano y lo estadísticamente usual dentro de una cultura específica, pero que desconoce que la normalidad es una construcción culturalmente relativa. Con esto, nos muestra cómo ciertos comportamientos considerados normales pueden ser considerados patologías somáticas una vez que son contrastados con la normalidad en otras culturas, ya que todo comportamiento de las personas ha sido moldeado sistemáticamente por la cultura. Por ende, la normalidad representa las características del individuo mejor elaboradas de acuerdo a la cultura, y no puramente comportamiento biológico (Mead 1947, 60).

La perspectiva fenomenológica

La naturaleza subjetiva de las manifestaciones de la enfermedad mental puede también examinarse desde la fenomenología. Ya que estas experiencias no pueden ser verificadas de otra forma que por la interpretación que los sujetos hacen de ellas, la forma en la que ellos las comunican es parte crucial en el entendimiento de los desórdenes. Estas manifestaciones son la expresión de un cambio de la experiencia vivida, una de las dimensiones del mundo de la vida, o *lebenswelt*—el mundo experimentado subjetivamente (Husserl 1970). El debate, desde esta perspectiva, es si se debe asignar mayor o menor atención a la subjetividad y la experiencia de los síntomas para tratar la enfermedad mental. Un abordaje más filosófico de la experiencia de la enfermedad puede ayudar a entender sus dimensiones sociales y existenciales de mejor forma, ofreciendo una alternativa al tan problemático modelo médico y científico de estudiar la enfermedad mental.

1.2.6. La antipsiquiatría

La discusión sobre la legitimidad de la patología mental y, como consecuencia, de la psiquiatría, dio pie a que en el siglo XX se desarrolle el movimiento de antipsiquiatría, que rechaza la medicalización del comportamiento y su designación de enfermedad, al considerarla una mala apropiación del modelo médico a un ámbito que no le corresponde, para fines de control y vigilancia social. Este movimiento se construyó con las ideas de pensadores como Michel Foucault, R.D. Laing, Thomas Szasz, entre otros. En *The Myth of Mental Illness*, Szasz califica a la psiquiatría como ‘pseudociencia’, ya que el comportamiento humano no se presta para ser entendido en términos médicos, fisiológicos o biológicos (1974, 4), y que en la patología mental no existe la alteración de estructura del cuerpo que caracteriza a la patología somática. Como conclusión, el autor afirma que el comportamiento anormal es patologizado para fines de dominación y control.

La antipsiquiatría ha sido responsable por cambios significativos en los métodos de tratamiento de la locura, y presenta algunos de los argumentos más contundentes para la reestructuración de los hospitales psiquiátricos que actualmente se encuentra en marcha alrededor del mundo. El desarrollo de modelos alternativos basados en el individuo, enfocados en el tratamiento sin encierro y dentro de la misma comunidad del paciente, ha

resultado en altas cifras de hospitales cerrados, y también de programas revolucionarios con enfoques holísticos y alejados de la medicina tradicional.

1.3. Sobre la desinstitucionalización

La desinstitucionalización involucra dos fenómenos distintos: el primero es el proceso de separar a los pacientes mentales del hospital, y el segundo, como consecuencia, el cierre de los hospitales como instituciones de aislamiento prolongado. Esta tendencia ha ido tomando fuerza desde la mitad del siglo XX, en parte gracias al trabajo producido por el movimiento de antipsiquiatría sobre el impacto de la institucionalización en las personas. Como opciones para el tratamiento de las enfermedades mentales, se proponen modelos de salud mental alternativos que le dan mayor énfasis al rol de la comunidad en la recuperación del paciente (Dowdall 2006). “Deinstitutionalization can be defined as the replacement of long-stay psychiatric hospitals with smaller, less isolated community-based alternatives for the care of mentally ill people.” (Lamb y Bachrach 2001, 1039). Este fenómeno representa un cambio radical en el manejo de la salud mental, una visión más idealista y pragmática enfocada en darles una mejor vida a las personas. Desde su inicio, ha resultado en el cierre de una gran cantidad de hospitales psiquiátricos en el mundo y ha impulsado cambios significativos en políticas de salud mental a nivel público y privado.

Los efectos positivos de la desinstitucionalización no han sido probados de forma empírica, ni han podido justificar completamente el cierre total de los hospitales, ya que la descarga de pacientes ya tratados representa solo una parte del proceso, y sigue surgiendo la necesidad de tratar ciertos casos de forma intensiva en las instalaciones de los hospitales, de nuevos pacientes que llegan al sistema de salud mental. Por otro lado, la desinstitucionalización ha acarreado algunas consecuencias inesperadas, como la inhabilidad de algunos pacientes de adaptarse y sostenerse de forma exitosa en la comunidad, o las adicciones a sustancias químicas disponibles libremente. Estos factores contribuyen a que exista una alta incidencia de indigencia y mendicidad en las poblaciones de personas reinsertadas. Estos son algunos de los retos que la desinstitucionalización debe tomar en consideración antes de poder convertirse en el modelo predominante de manejo de salud mental (Lamb y Bachrach 2001).

No obstante, los efectos positivos de la desinstitucionalización son evidentes, y todo apunta a que un modelo de salud mental que combine aspectos específicos de la hospitalización con

formas refinadas de terapia comunitaria, es la clave para desarrollar un modelo efectivo de tratamiento de la enfermedad mental. Por ejemplo, el enfoque comunitario de adaptar los servicios a las necesidades individuales, la relevancia cultural de los servicios, o el desarrollo de tratamientos a largo plazo dentro de la misma comunidad. Todo esto puede lograrse con suficiente apoyo estatal y asignaciones de presupuesto adecuadas para cambiar el sistema desde lo público y dejar a los servicios privados de salud mental en un segundo plano, pero bajo regulación estatal que los obligue a seguir esta misma línea de tratamiento.

1.4. Sobre la estigmatización

El estigma (del griego *stigma*: marca, señal, etiqueta) puede describirse como una marca diferenciadora que ata a la persona que la lleva a características indeseables y causa el rechazo de los otros (Link y Phelan 2006, 482). Erving Goffman describe el estigma como “an attribute that is highly discrediting” (1963, 3); que, en el enfermo mental, aparece por defectos en el carácter individual, y lo define como alguien negativamente diferente, o menos humano. El estigma puede también pensarse como un castigo cuando los enfermos mentales intentan desligarse de su papel de paciente mental (Scheff 1974).

La estigmatización es una de las repercusiones más evidentes en las personas con padecimientos mentales. El estigma es la reacción discriminatoria a los prejuicios y estereotipos que nacen de las ideas equivocadas sobre la enfermedad mental, que lamentablemente tiene efectos negativos en la búsqueda de una vida estable, ya que influye en su acceso a oportunidades laborales, vivienda o un entorno social seguro y abierto a aceptarlos. El prejuicio llega también a apoderarse de la persona misma, habitando en el afectado como una forma de freno en la búsqueda de estas oportunidades por miedo a encontrar rechazo por parte del resto.

Patrick Corrigan y Amy Watson dividen el estigma en tres categorías importantes: estereotipo, prejuicio y discriminación. Estas tres formas de estigmatización se manifiestan tanto en forma pública (otros) o propia (uno mismo). En el estigma público, el estereotipo corresponde a las ideas negativas sobre un grupo específico; el prejuicio, a estar de acuerdo con estas ideas y tener una reacción emocional negativa como respuesta; y la discriminación, a la respuesta en acción a este prejuicio. Por ejemplo: el estereotipo más común sobre los enfermos mentales es la peligrosidad, el prejuicio es el miedo causado por el estereotipo en

personas que lo creen, y la discriminación son las formas en las que las personas evitan la cercanía de los enfermos mentales, como consecuencia del estereotipo y el prejuicio. En el estigma propio, el estereotipo corresponde a una idea negativa sobre uno mismo; el prejuicio, a estar de acuerdo con estas ideas y crear una reacción negativa de uno mismo; y la discriminación, a las acciones de auto sabotaje que suceden al prejuicio. Por ejemplo: la debilidad o incompetencia son el estereotipo; la baja autoestima es el prejuicio, y la falta de motivación para buscar mejores oportunidades, la discriminación (Corrigan y Watson 2002).

Existe otra dimensión en la que se manifiesta el estigma: la sistémica. Esta opera a nivel institucional, a través de políticas públicas o privadas creadas intencionalmente para inhibir las oportunidades de los enfermos mentales, aun si no para directamente discriminar. Ejemplos de estigma sistémico o institucional son la poca disponibilidad de servicios públicos de salud mental, o la falta de fondos para el desarrollo de infraestructura adecuada en hospitales psiquiátricos (Corrigan, Markowitz y Watson 2004).

Corrigan y Watson sostienen que el estigma está presente y es practicado de forma más generalizada en el mundo occidental, no solo en miembros de la sociedad con poco conocimiento de la enfermedad mental, sino también entre profesionales de la misma salud mental, como estudiantes de medicina (Keane 1990) o enfermeras (Scott y Philip 1985). Estas ideas pueden mostrarse en opiniones negativas con respecto a las manifestaciones de la enfermedad mental, nociones erróneas sobre sus causas, y caracterizaciones incorrectas y dañinas de los enfermos como personas peligrosas, y pueden desencadenar en actitudes discriminatorias, como la distancia social, o la creencia de que, por seguridad, los enfermos mentales deben estar lo más alejados posible de uno.

El estigma público puede darse tanto en el círculo social del afectado, como en el círculo familiar. De hecho, es en el círculo familiar donde su peso se siente más y donde emergen las actitudes negativas más representativas que dan paso a la institucionalización. En el entorno familiar, la enfermedad mental es vista como motivo de vergüenza, miedo o culpa, y razón para buscar alejarse o desentenderse del enfermo. La institucionalización es vista como una alternativa viable para terminar la relación con este, y no siempre responde a una necesidad de buscar su bienestar (Cockerham 1981). Estas fuertes actitudes de rechazo, en la mayoría de ocasiones, son un reflejo de las actitudes que la comunidad tiene para con la enfermedad mental; por ende, si una comunidad se caracteriza por ser cerrada a los enfermos mentales, es

probable que, si una familia llegase a tener un caso de enfermedad en un miembro, tomaría una actitud cerrada, aun si tuviese también la voluntad de ayudar a la persona en su recuperación.

Es claro que existen una variedad de prejuicios y estereotipos alrededor de la enfermedad mental que prevalecen en la sociedad occidental hasta la actualidad. Una de las creencias más persistentes es la predisposición a la violencia en enfermos mentales. Existe una variedad de literatura disponible que la desmiente: la tasa de enfermos mentales violentos llega a tan solo el 12% (Monahan 1992, citado en Link y Phelan 2006, 487), los enfermos mentales están más predispuestos a ser víctimas de violencia que a ejercer violencia ellos (Stuart 2003); y se puede notar que la mentalidad general con respecto a este tema está cambiando poco a poco, pero no lo suficiente para eliminar por completo esta y otras ideas similares del imaginario colectivo.

William Cockerham afirma que ha existido un cambio significativo en la percepción de los enfermos mentales en la sociedad estadounidense con respecto a los años 50 y 60, cuando las actitudes negativas y prejuicios eran más frecuentes, según varios estudios y encuestas. La opinión pública sobre la enfermedad mental parece haber empezado a cambiar a partir de este momento, gracias a la información brindada por los medios, programas académicos de educación, mejor legislación y mayor disponibilidad de servicios de salud mental. En la actualidad, el autor sugiere, la actitud con respecto a la enfermedad mental—particularmente con quienes tuvieron una experiencia de institucionalización y regresaron a sus vidas normales—si bien sigue teniendo connotaciones negativas, ya no es tan destructiva. Esto quiere decir que, a pesar de que los prejuicios persisten, las personas no discriminan a los enfermos mentales de forma abierta y la actitud con respecto a ellos se ha vuelto más tolerante (1981, 295). Esto tiene implicaciones positivas en la “*labelling theory*”, o el estancamiento del enfermo mental en el papel de paciente psiquiátrico o discapacitado, que le impide buscar oportunidades de mejorar su vida, adaptarse al mundo exterior, y dejar atrás el estigma propio.

En contraste, otros autores sugieren que el estigma sigue teniendo un carácter eminentemente negativo. Link y Phelan afirman que el tratamiento psiquiátrico tiene efectos positivos, como los beneficios del tratamiento, y negativos, como el estigma. Esta etiqueta, que responde a las concepciones sociales de la enfermedad mental en la comunidad, puede acarrear rechazo, expectativas de rechazo, y la vulnerabilidad a la reglamentación arbitraria y el control social.

Todos estos efectos negativos pueden ser perjudiciales en el proceso de recuperación del individuo y afectarle negativamente (2006, 492).

Otros autores afirman, sin duda, que el estigma existe de forma generalizada en el público, aunque se considera que sí ha mejorado con respecto a épocas pasadas. Existe negatividad alrededor de los enfermos mentales, como consecuencia de varias ideas equivocadas comunes, como que son peligrosos e impredecibles, o sucios, miserables y sin valor. Estos prejuicios son, en parte, producto de las representaciones de la locura en los medios y la ficción y de la falta de información y conocimiento real sobre el tema (Weinberg 1967, 178-180).

1.4.1. La interseccionalidad como marco para entender la discriminación

Entendemos que el padecimiento mental es una característica que genera una percepción negativa del individuo en el resto (estigma) y, como consecuencia, crea las condiciones para que el individuo reciba trato diferenciado, o maltrato. Para explicar mejor cómo operan estos procesos, podemos recurrir a la interseccionalidad, un mecanismo que ha sido usado principalmente en teoría feminista para ilustrar los grados de opresión que pueden sufrir las mujeres.

El término, creado por Kimberlé Crenshaw a finales de los ochenta, se refiere a la forma en la que las diferentes categorías o aspectos que componen la identidad de una persona pueden mezclarse para aumentar la opresión o el privilegio al que estará sometida (Crenshaw 2017). Podemos imaginar un diagrama de Venn en el que cada categoría de una persona está representada por un círculo (sexo, raza, nacionalidad, orientación sexual, etnia, religión, apariencia, discapacidad, estatus económico, etc).. En un análisis interseccional, cada círculo debe ser analizado en conjunto con los demás, y no por separado. Así, la intersección de estas categorías dará como resultado una experiencia única con mayor o menor predisposición a ser sujeto de discriminación.

En salud mental, se puede usar la categoría de discapacidad, ya que en el contexto ecuatoriano, no se piensa todavía en la enfermedad mental como una categoría separada. No obstante, la enfermedad mental, a pesar de compartir similitudes con la discapacidad, tiene características particulares que la distinguen. El hecho de no ser visible y de contar con poca

representación históricamente, además de cargar con connotaciones negativas que no han sido adecuadamente manejadas y de ser poco comprendida, la separan de la discapacidad y complejizan su definición. Pero, de forma ilustrativa, podemos usar la categoría de discapacidad, y juntarla con otros factores que componen la identidad de una persona. Entonces, una persona que ya puede enfrentar opresión por ser mujer, homosexual, racializada (indígena, afroecuatoriana o mestiza con rasgos no asociados a la blanquitud), y de escasos recursos, también se encontrará con otra dimensión de opresión que proviene de la discapacidad. Si a esto, le añadimos las características particulares de la enfermedad mental no consideradas en la categoría de discapacidad, encontramos un panorama nuevo que abre las puertas a tipos de discriminación mucho más amplios, y encarece más las experiencias de las personas.

La interseccionalidad es un marco útil para entender la complejidad de las experiencias de las personas patologizadas como enfermos mentales. En este trabajo, empleo este marco analítico para proponer que la enfermedad mental como una categoría del ser humano es prácticamente invisible, pero que puede ser lo suficientemente poderosa para negar el privilegio proveniente de otras categorías de identidad; que la opresión no solo se remite a aquellos que ya son marginalizados a causa de los otros factores que los componen, pero que, en personas marginalizadas, esta puede ser mucho mayor si se añade la condición de salud mental.

1.4.2. El apoyo emocional

El estigma es un elemento que atraviesa la experiencia de quien padece una enfermedad mental, ya que lo recategoriza como individuo en sociedad y lo revictimiza. Una de las formas más efectivas de combatir los efectos de la estigmatización es a través del apoyo social. El sujeto recibe apoyo de parte de sus conexiones sociales, en forma de información que lo lleva a creer que es amado y querido, valorado y estimado, y que pertenece a un grupo de comunicación y obligación mutua en las conexiones, las redes del individuo y el contacto social significativo. Esto se traduce en asistencia, atención para evitar que recaiga y ayuda para suplir sus necesidades. “[S]ocial support refers to the clarity or certainty with which the individual experiences being loved, valued, and able to count on others should the need arise.” (Cobb 1976, 300 citado en Turner y Turner 2006, 303).

Se conoce que la falta de apoyo social aumenta el riesgo de depresión en los individuos, y cobra mayor relevancia en situaciones de estrés. Según Turner y Turner, la falta de apoyo social está ligada a la angustia psicológica; en cambio, la presencia de relaciones sociales mejora la salud y el bienestar emocional de la persona. Una cantidad notable de estudios afirma que el apoyo social está asociado al estado de salud mental, especialmente en casos de depresión; la disponibilidad de apoyo protege a las personas contra la angustia y la depresión. En especial, el apoyo familiar es crucial para la capacidad del paciente de desarrollar y mantener relaciones de apoyo, y experimentar apoyo (2006, 316). El entorno del enfermo mental tiene, entonces, tanto el potencial de promover los efectos negativos de la estigmatización, como de contribuir a mejorar la experiencia posterior a la institucionalización.

1.5. Sobre la negligencia

La negligencia es un término legal que se usa para describir la mala práctica o falla de un individuo. En el ámbito médico, la negligencia constituye un atentado contra el derecho a la vida e integridad de la persona, además del derecho a la salud, los cuales son derechos universales del ser humano ratificados por varios organismos internacionales.

El Artículo 362 de la Constitución ecuatoriana (2008) declara que los servicios de salud tienen la garantía del estado de ser considerados de carácter público, aun si estos fueran prestados de forma privada. Por lo tanto, el estado ecuatoriano garantiza que los servicios de salud siempre se prestarán bajo los máximos estándares de calidad y el médico actuará bajo todas las normas éticas que le competen. De esta forma, la negligencia en salud es responsabilidad entera y objetiva del estado (Freire 2018).

La responsabilidad médica entra dentro de la rama del derecho civil, lo que implica que el daño debe ser reparado, no sancionado. De la responsabilidad médica deriva la culpa médica, entendiéndose como la instancia en la que el médico actúa de forma opuesta a la conducta esperada o adecuada para evitar el daño del paciente. “[E]sta culpa se manifiesta por imprudencia, negligencia y/o impericia de la práctica médica o por inobservancia de protocolos, reglamentos y/o deberes.” (Freire 2018, 47). Sin embargo, también existe la responsabilidad penal médica, la que se da cuando hay una falla grave al deber en el ejercicio médico, de forma intencional y dolosa.

Con respecto a la responsabilidad médica, de acuerdo a su gravedad en incumplir con el deber objetivo de cuidado, esta puede ser definida como impericia, imprudencia o negligencia. La impericia se refiere a la falta de “aptitudes técnicas, teóricas o prácticas para ejercer la actividad médica” (Freire 2018, 81). Su equivalente sería la ignorancia, ya que no existe una intención de daño evidente. La imprudencia implica una “falta de cuidado, criterio y sano juicio exigidos al profesional de la salud al momento de realizar cualquier procedimiento propio de la especialidad a la que corresponda” (2018, 84). Su equivalente sería la irresponsabilidad, ya que no existe intención de daño, pero es un precursor de este. Finalmente, la negligencia es el “descuido a la omisión o falta de aplicación o diligencia, en la ejecución de un acto médico que debía realizarlo de la mejor manera, aplicando todos los conocimientos y las herramientas que tenga a su alcance para lograr el objetivo.” (2018, 86). Su equivalente es la omisión, ya que sí existe una falla de su parte, al hacer menos de lo requerido, o lo indebido, en su oficio.

En este punto se encuentran muchas posibilidades, entre las que se circunscriben los registros incorrectos de las historias clínicas, el exceso de (sic) confianza en la prosperidad esperada del proceso que hace que el médico descuide la observación pertinente y continua de su paciente, la encomienda o traslado de responsabilidades propias del médico tratante al personal subalterno que no goza de la preparación suficiente o simplemente sin competencia. (Freire 2018, 86)

1.5.1. La negligencia en la salud mental

La psiquiatría es la rama menos exacta de la medicina y en este trabajo ya se ha discutido ampliamente el problema del manejo de la salud mental desde el modelo biomédico. Al no existir axiomas firmes que dirijan la acción del médico psiquiatra, este debe basarse principalmente en su criterio y discreción para designar un diagnóstico y un tratamiento. Esta falta de bases objetivas bajo las cuales juzgar la práctica psiquiátrica la hacen mucho más propensa a ser escenario de negligencia, y también de que esta quede sin resolver, debido a la imprecisión con la que actúa el profesional a la hora de hacer una evaluación del paciente, y de lo difícil que resulta definir, en estas condiciones, qué constituye comportamiento negligente (Margulies 1973-1974). Sin embargo, podemos fijarnos en el Código Internacional de Ética Médica (1994) de la Asociación Médica Mundial (AMM) para determinar en qué

tipo de errores generalmente recaen los profesionales en salud mental. Tomaré tan solo un par de ejemplos que considero más pertinentes para este estudio.

Uno de los deberes del médico es el de informar. Aquí entra la figura del consentimiento informado, o el acto del médico de informar al paciente o a su representante todo lo relacionado con su diagnóstico y tratamiento, así como las consecuencias de estos y las alternativas que existen, con el objetivo de obtener una respuesta positiva para seguir adelante, asegurando por medio del mismo que todo lo indicado se cumplirá a cabalidad y que el médico actúa de forma ética. El consentimiento se obtiene cuando el paciente o su representante ha entendido completamente la información que se le ha brindado, incluyendo los riesgos y las alternativas, y ha aceptado libre y voluntariamente todo lo expuesto por el médico. Esto está estipulado en el artículo 5 de la Ley 77 de Derechos y Amparo del Paciente (2006).

El consentimiento informado es uno de los temas más debatidos en cuanto a mala práctica médica en salud mental, ya que el argumento falaz de que los pacientes mentales no son responsables de sí mismos o capaces de tomar decisiones propias se usa de forma laxa para justificar arbitrariedades alrededor del consentimiento. El obviar información o no informar en lo absoluto constituye una violación de los derechos del paciente, y al ser un acto intencional por parte del profesional de la salud, constituye negligencia.

Otro de los deberes del médico es el de “actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente” (Asociación Mundial Médica 1994, 1). En la práctica privada de salud mental encontramos, por ejemplo, casos de sobremedicación innecesaria de pacientes debido a las afiliaciones del médico con empresas farmacéuticas. En condiciones en las que los intereses de los médicos entran al plano económico, el bienestar físico y mental del paciente pasa a ser secundario.

Finalmente, quiero abordar el tema de la prudencia y discreción médica. El médico tiene como deber “respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes” (1994, 1). En situaciones de institucionalización, es muy común ver cómo los sujetos pierden totalmente sus derechos de pacientes y, en muchos casos, de seres humanos. Las terribles historias de deshumanización

dentro de hospitales psiquiátricos han servido para dar completa fe de la falta ética en la que históricamente han incurrido los profesionales de salud mental.

1.5.2. La relación médico-paciente

En el sistema biomédico, la relación médico-paciente se basa en un enfoque científico y objetivo hacia la atención médica. Los médicos buscan diagnosticar enfermedades objetivamente, comunicarse claramente con los pacientes, respetar la autonomía del paciente, mantener la confidencialidad, enfocarse en la cura y tratamiento basados en evidencia, y establecer una continuidad en la atención. Aunque la objetividad es esencial, se valora la comunicación efectiva y el respeto a las preferencias del paciente. Es importante reconocer que existen otros enfoques en la medicina, como el modelo biopsicosocial, que consideran factores psicológicos y sociales. Esta relación tiene sus bases en “la obligación del médico de aliviar el sufrimiento y respetar las creencias y la autonomía del paciente” (Asociación Médica Mundial 2020), dentro de un marco de consentimiento mutuo. En esta se sostiene el núcleo de la práctica médica.

Resulta pertinente para este estudio analizar el estigma dentro del contexto de este concepto, ya que los varios procesos de estigmatización que pude observar nacieron a partir de brechas la objetividad y ética de la relación médico-paciente, y por ende, se relacionan con el concepto de negligencia antes expuesto. Se podría decir que dichas brechas parten de faltas al trato de confianza tácito que existe en una relación médico-paciente.

Capítulo 2. La salud mental en el contexto histórico y social ecuatoriano

Este estudio se realizó en campo en la ciudad de Quito, capital de Ecuador, durante los meses de abril a julio de 2021. Sin embargo, las vivencias relatadas por los sujetos, que constituyen la base de este estudio, corresponden a meses y años atrás. La experiencia más antigua registrada es de aproximadamente 2012, casi 10 años antes de la realización de mi investigación. Sin embargo, considero que todas encajan en el contexto del manejo de salud mental contemporáneo ya que, desde esta experiencia más antigua hasta la actualidad, no se han visto mayores avances en términos de legislación en salud mental que hayan propiciado un cambio importante. El único cambio por el que estas historias se han visto atravesadas es la pandemia de la COVID-19.

Como parte del contexto histórico y social de esta investigación, analizaré la historia de la salud mental en Ecuador, especialmente en Quito, y los avances que ha habido tanto en la legislación, para proteger los derechos de las personas con padecimientos mentales, como en políticas públicas, para fomentar un cambio positivo en el modelo biomédico de tratamiento de salud mental. Además, trataré de abordar el tema de la salud privada en Ecuador, ya que es la forma en la que la mayoría de sujetos investigados ha podido acceder a servicios de salud mental.

2.1. Historia de la salud mental en Ecuador

Los padecimientos mentales han formado parte de la existencia del hombre desde inicio de los tiempos. En Ecuador, el tratamiento de la salud mental ha atravesado cambios a la par con su historia. Se cree que las prácticas de tratamiento de salud mental en nuestro territorio se daban ya en la época precolombina, por medio de plantas, preparados y rituales propios de la medicina tradicional ancestral. Se concebía que las afecciones emocionales se debían a la presencia de espíritus o energías que se apoderaban del individuo y se manifestaban a través de su estado de ánimo (Zúñiga y Riera 2018, 40).

En la época de la colonia, con Quito como un centro económico importante para la corona, se empezó a ver una gran cantidad de individuos categorizados como indeseables poblando las calles: mendigos, pordioseros, enfermos mentales, entre otros. En 1785, por iniciativa de la iglesia católica, se fundó el hospicio y manicomio Jesús, María y José, el precursor del

conocido Hospital San Lázaro. El objetivo de este centro estaba alineado con la iniciativa de, por medio de la caridad, alejar a los indeseables del espacio público, que desde hace algunos años ya tenía impulso en varios países de Europa.

Por otro lado, en Guayaquil también se empezaron a gestar esfuerzos de manejo de los enfermos mentales. En 1881, también por iniciativa religiosa, se fundó el Manicomio Vélez, en honor a su creador, el Dr. José Vélez. Este hospital era manejado por las Hermanas de la Caridad en conjunto con el Municipio de Guayaquil, y albergaba a una gran cantidad de enfermos mentales que se encontraban en condición de abandono y desposesión en las calles de Guayaquil, así como de enfermos de familias de clase alta, que antes eran confinados en sus hogares y ocultados debido a la vergüenza que representaban para sus familiares. En 1988, el Manicomio Vélez fue entregado a la recién creada Junta de Beneficencia Municipal para su administración. En su inicio, el manicomio contaba con 41 pacientes internados, quienes vivían en condiciones de encierro similares a la de una prisión, todavía en la tradición de los manicomios del siglo XVIII (Boloña 1989).

El siglo XX vio grandes avances en el área de psiquiatría. A principios de siglo, empezaron a formarse los primeros profesionales en la rama—la primera cátedra de Psiquiatría se creó en 1913 en la Universidad Central del Ecuador (Zúñiga and Riera 2018, 41). Así mismo, la década de los cuarenta trajo avances tecnológicos de gran importancia para la práctica psiquiátrica, como la terapia de choque y posteriormente, la terapia electroconvulsiva (TEC). En 1944, estos procedimientos ya se aplicaban en el Hospital San Lázaro. Los avances en materia farmacológica empezaron a tomar fuerza en los cincuenta y marcaron un hito importante en el tratamiento de los padecimientos mentales.

Por otra parte, la psicología empezó a tomar fuerza mucho más tarde, ya que el esquema predominante para las enfermedades mentales en ese entonces era el médico. La primera cátedra de psicología se dictó en 1897 en el Instituto Nacional Mejía, y se enfocaba principalmente en psicoterapia y estudios de hipnotismo. La Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central abrió sus puertas en 1972 y abarcaba diversas áreas, como la psicología clínica, la educación especial, entre otras (2008, 41). La carencia de profesionales psiquiatras (menos del 1% de médicos del país) fomentó, en 1981, la creación del primer posgrado de Psiquiatría en la Universidad Central del Ecuador.

El Dr. Dimitri Barreto, reconocido psiquiatra ecuatoriano, indica que los cambios sociales que ha sufrido el país a lo largo de su historia han contribuido a la proliferación de padecimientos mentales en la población. En su análisis de 1983 titulado “Salud mental en Ecuador”, hace un recuento histórico de la salud mental en el país a la par del desarrollo económico y, posteriormente, de la adopción de modelos económicos alineados con el liberalismo, que favorecen al capital y mantienen al individuo en opresión, como causantes de que gran parte de la población haya empezado a sufrir de diversos padecimientos mentales. Directamente, indica las condiciones de miseria en las que vivían las clases trabajadoras en los centros económicos del país (Guayaquil y Quito) como desencadenante de la crisis de salud mental a inicios del siglo XX. La falta de conciencia social, según Barreto, es uno de los factores más agravantes para la salud mental de los ecuatorianos. También, cataloga a los hospitales psiquiátricos como centros de rehabilitación de los individuos incapaces de producir, donde se los podía convertir en seres productivos de nuevo, o mantenerlos en confinamiento si no era el caso.

Al final de su análisis, Barreto nos deja con dos reflexiones que considero pertinente mencionar, ya que, a pesar de haber sido escritas hace casi 40 años, se mantienen válidas en la actualidad:

La actividad hospitalaria debe tener su complemento con una acción comunitaria, que procure tanto el seguimiento de pacientes como la promoción y prevención de los trastornos mentales. [...] Las acciones de salud mental en el país no mantienen ninguna política coherente; por el contrario la diversidad de instituciones, de criterios, de tendencias, convierten a la atención en salud mental y Psiquiatría en un campo difícil de comprender y de dudoso beneficio (1983, 35).

En materia de salud pública, la salud mental cobró relevancia por primera vez en el marco de la creación del primer organismo público encargado de la salud, en 1945. Con la creación en 1967 del Ministerio de Salud Pública, se entregó el control de la salud mental al estado, pero no fue sino hasta 1980 que se creó la Dirección Nacional de Salud Mental, el primer organismo designado para velar por la salud mental de los ecuatorianos a nivel público.

A lo largo de la historia ecuatoriana, la salud mental ha sufrido abandono. Las primeras instituciones de tratamiento de salud mental se dieron gracias a los esfuerzos de la caridad

religiosa, y tuvieron que pasar muchos años de tratos inhumanos y obsoletos hasta que se empezaran a dar los primeros pasos para reformar el sistema de institucionalización en el país. La enfermedad mental, debido al estigma y exclusión que representa, siempre ha sido un tema que se ha tratado de ocultar o al que no se le ha dado la debida importancia. Los tratamientos aplicados han sido siempre basados en el modelo médico, en el que predominan el uso de TEC y, principalmente, el tratamiento farmacológico como pieza fundamental en la experiencia de encierro. Estas tendencias, si bien han cambiado un poco en los últimos años, se mantienen como pilares en el tratamiento de padecimientos mentales. El estado mismo, que logró consolidar una entidad pública para el manejo de la salud de forma tardía con respecto a otros países de la región, ha mantenido en el olvido a los pacientes psiquiátricos desde el inicio. Eso tampoco ha cambiado significativamente en la actualidad.

La necesidad un cambio radical que desligue al tratamiento de padecimientos mentales del modelo médico y sus métodos es primordial. En la actualidad, se habla mucho sobre la salud mental comunitaria como una alternativa al modelo biomédico de tratamiento, pero, según Danny Zúñiga y Alba Riera, médicos psiquiatras ecuatorianos,

[L]a salud mental comunitaria y de enlace sigue siendo una utopía en el país, pues ni la academia ni la institución pública logran armar una propuesta que mejore la atención a los usuarios que buscan ayuda. Las políticas no trascendieron de ser una serie de experiencias aisladas, algunas importantes, hacia la sustentabilidad, difuminándose con el paso del tiempo. Reviste responsabilidad la carencia de una adecuada respuesta política que sucumbe ante la influencia de intereses particularistas y gremiales y a la tenaz presión de las empresas farmacéuticas (2018, 44).

2.2. La salud mental en la región

En su reporte de 2018 sobre el peso de la salud mental en el continente americano, la Organización Panamericana de la Salud indica que las enfermedades mentales, neurológicas, de consumo de sustancias y suicidio (denominadas en conjunto como TMNS) provocan un tercio del total de años perdidos de vida (APV) y un quinto de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la región. Los trastornos depresivos son reconocidos como los mayores causantes de discapacidad y discapacidad con mortalidad, seguidos por los trastornos de ansiedad. América del Sur en particular tiene mayores proporciones de

discapacidad por enfermedad mental (Organización Panamericana de la Salud 2018, 33) que el resto de regiones del continente.

La mediana del gasto en salud mental a nivel mundial se encuentra en un 2,8% del gasto total de salud, una cifra que resulta insuficiente si consideramos que las enfermedades mentales representan el 35% del total de APD y el 12% de AVAD. En la región, esta cifra varía, pero los países de bajos ingresos le dedican en promedio 0.5% de su presupuesto de salud a la salud mental, y los países de altos ingresos, 5,1% (2018, 28).

Una relación bastante lógica con la que concluye el reporte de la OPS es que, en países con mayores ingresos, existe un mayor gasto del presupuesto de salud en servicios de salud mental, lo que como consecuencia ha dado pie a la implementación de modelos de tratamiento que integran a la salud mental en la atención primaria y en la atención comunitaria. Por el contrario, en los países con menos ingresos, el presupuesto destinado a la salud mental es bajo he invertido en el modelo estándar de tratamiento que incluye a los grandes hospitales neuropsiquiátricos, lo que empeora las condiciones de estos países para manejar la creciente demanda de servicios de salud mental, ante el auge de condiciones como la depresión, y la mortalidad causada por enfermedades mentales graves (2018, 34).

Como ya sabemos, la salud mental tiene la misma importancia que la salud física para el bienestar del ser humano, y es considerada un derecho, además de una prioridad mundial para la salud y el desarrollo económico de los pueblos. Ante esto, la OPS insta a los estados a reconsiderar los ajustes económicos que dejan a la salud mental a un lado y a invertir en servicios de calidad.

En lugar de asignar la mayor parte a los hospitales especializados, los países deben dar prioridad al financiamiento de los servicios de salud mental comunitarios y de atención primaria, conforme a una estrategia equilibrada de atención dirigida a las múltiples fuentes de la carga de enfermedad causada por los trastornos mentales: trastornos del estado de ánimo y suicidio; trastornos debidos al consumo de sustancias y muerte por sobredosis, o accidentes y enfermedades relacionados con el alcohol; y, por último, la mayor mortalidad causada por enfermedades mentales graves debidas a causas tratables que no son atendidas eficazmente debido a la estigmatización y a que los servicios de salud no están suficientemente integrados (Organización Panamericana de la Salud 2018, 34).

2.3. La salud mental en Ecuador

Para 2019, Ecuador contaba con 17,3 millones de habitantes, un producto interno bruto de US \$11,190 y una esperanza de vida de 77 años.

La OPS indica que en Ecuador, “[l]os trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (TMNS, o MNSS en este reporte)³ causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 36% de todos los años vividos con discapacidad (AVD).” (Organización Panamericana de la Salud 2019). Entre un tercio y un cuarto de la carga total de los TMNS se encuentra repartida entre individuos de 10 a 45 años. Los hombres son más propensos a sufrir de trastornos causados por el consumo de alcohol, autolesión y suicidio, mientras que las mujeres sufren más de trastornos depresivos y de ansiedad (Organización Panamericana de la Salud 2019).

En 2012, el presupuesto total de salud en Ecuador fue de 1.881.061.107 millones de dólares, de los cuales, 8.308.210 correspondieron a servicios de salud mental. Esto representa el 0,44% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cifra 98,57% se asignó a instituciones hospitalarias de salud mental (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 29). Esto corrobora lo indicado por la OPS con respecto a países con bajos ingresos invirtiendo pequeñas asignaciones en los tradicionales servicios hospitalarios neuropsiquiátricos, y no en reforzar la atención primaria y comunitaria.

Entre las recomendaciones que hace la OPS para Ecuador, encontramos el apoyo para los servicios de atención primaria en materia de detección y tratamiento de trastornos comunes, así como el apoyo para que estos mismos servicios de atención primaria y las familias puedan acceder a

³En el perfil específico para Ecuador de *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas* de la Organización Panamericana de la Salud, se usa la sigla MNSS para referirse a “trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio” (2020). En el reporte general de 2018, la OPS incluye en su glosario la sigla TMNS con el significado de “trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio” (2018, ix). Ambos representan el mismo grupo de individuos, pero el término no ha sido generalizado en todos los reportes, probablemente por fallas en la consistencia de las traducciones. Para evitar confusiones, me referiré a este grupo de personas como TMNS y emplearé MNSS solo cuando este término sea usado en citas.

Plataformas de referencia y/o supervisión que permiten un tratamiento continuo en la comunidad, incluyendo el uso de tecnología digital para aumentar el acceso a recursos distantes, concentrados geográficamente. Servicios de emergencia, hospitalizados y residenciales para el manejo de situaciones agudas de alto riesgo y pacientes con altas necesidades.

Estos servicios deben estar basados en la comunidad tanto como sea posible, incluso para el manejo de crisis, el tratamiento hospitalario en hospitales generales, viviendas con apoyo y servicios residenciales (Organización Panamericana de la Salud 2019).

Como podemos ver, existe una necesidad imperante de realizar la transición hacia el tratamiento de los padecimientos mentales en la atención primaria y comunitaria, pero para esto, se necesita una inversión alta por parte del estado.

2.3.1. La constitución ecuatoriana y el Buen Vivir

La salud mental está presente en la Constitución ecuatoriana de varias maneras. Por un lado, aparte de garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes del territorio (Art 3), se refiere a la atención prioritaria que deben recibir los grupos en riesgo, entre los cuales se encuentran las personas que sufren de padecimientos mentales y como consecuencia, tienen capacidades especiales (Art 35). Sin embargo, la salud mental está más específicamente mencionada en el Artículo 66, en el que se estipula el derecho de todas las personas a la integridad personal, que incluye la integridad física, psíquica, moral y sexual (Asamblea Nacional de la República del Ecuador 2008).

En 2008, bajo el mandato del presidente Rafael Correa, se reformó la Carta Magna de la República del Ecuador, empleando el concepto del *sumak kawsay* o Buen Vivir como una idea central sobre la cual se debería construir la nueva sociedad ecuatoriana. El *sumak kawsay* es un término proveniente del quechua, que surgió en la década de los 90 como una propuesta política de izquierda que puede explicarse como “la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos, en paz y armonía con la naturaleza, para la prolongación de las culturas humanas y de la biodiversidad” (Ramírez 2012, 21). Esta propuesta nace como una respuesta al neoliberalismo que se instauró en el país en los años 90 y principios de los 2000, y que culminó con la llegada al poder de la izquierda, representada por Correa.

Uno de los ejes principales del buen vivir es la igualdad de derechos para todos los habitantes del territorio ecuatoriano, lo que se debería lograr creando las condiciones para que, en espíritu de solidaridad, todos los individuos puedan desarrollarse de forma próspera y en armonía con el resto y la naturaleza. La salud es garantizada como un derecho universal, descrita como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador 2008, 16). La salud mental está inscrita en el Artículo 3 de la Constitución de 2008 como un derecho fundamental de todo habitante del Ecuador como parte del derecho universal a la salud. Además, existe la Ley Orgánica de Discapacidades para la protección de este grupo de atención prioritaria, que también establece políticas para la promoción de la reinserción familiar y social de personas con discapacidad en calidad de abandono, la creación de centros de acogida, el establecimiento de mecanismos para la integración social y comunitaria de las personas con discapacidad, el apoyo económico en el tratamiento médico adecuado, y la financiación de programas dirigidos a la sostenibilidad (Artículo 87) (Asamblea Nacional de la República del Ecuador 2012, 19). Todas estas políticas están encaminadas a disminuir la discriminación, fomentar la educación e impulsar la reinserción familiar y social de las personas con discapacidad, como parte del buen vivir.

En cifras oficiales de 2014, Ecuador tiene una población de 370.000 personas con algún tipo de discapacidad. De estas, 94.612 personas tienen una discapacidad intelectual o mental, lo que representa un 26% (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 21).

A pesar de esto, es importante mencionar que no existe una ley de protección de los derechos humanos en materia de salud mental. Si bien las personas encuentran protección en la legislación a través de la discapacidad, la calidad de usuarios de servicios de salud o la condición de sujetos de atención prioritaria, no hay legislación específica que proteja a las personas en el contexto de violaciones a derechos humanos en las prácticas psiquiátrica y psicológica.

2.3.2. El sistema de salud pública ecuatoriano

Como ya mencioné anteriormente en este capítulo, la inversión en salud en Ecuador es baja. En 2012, durante el mandato de Rafael Correa, la asignación para salud era del 6,8% del

presupuesto total del estado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2011) y se mantuvo en estos niveles hasta 2017, el año de su salida del poder.

El Sistema Nacional de Salud está conformado por instituciones públicas y privadas. La mayor parte de las asignaciones presupuestarias van a los servicios públicos, representados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), y servicios prestados por los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), municipios y gobiernos provinciales. Por el lado privado, existen diferentes tipos de dispensarios, hospitales, clínicas, medicina prepagada, consultorios y demás establecimientos que ofrecen servicios de salud pagados; además de organizaciones sin fines de lucro y de servicio social que reciben al menos una parte de su financiamiento del sector público (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 19).

La falta de profesionales en salud mental en el sector público es grave. En todo el país, existen 45 psiquiatras y 617 psicólogos trabajando para el estado (Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Pública 2008 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS 2008). La mayoría se encuentran concentrados en las tres ciudades más grandes: Guayaquil, Quito y Cuenca, y existen varias provincias donde no existe ningún profesional disponible. La sobrecarga de trabajo a la que son sometidos los profesionales hace que el servicio sea difícil de obtener y deficiente. Al no existir la cantidad suficiente de profesionales ubicados en todo el territorio, se refieren casos a profesionales con poca o nula preparación en salud mental, como médicos generales o familiares, quienes no cuentan con la capacidad de identificar y manejar problemas de esta índole. Los profesionales que sí cuentan con la preparación, trabajan bajo el modelo biomédico y no tienen la suficiente preparación en salud mental comunitaria.

El enfoque principal de los servicios en Ecuador es atención psiquiátrica. Se ofrece atención psiquiátrica en 21 provincias del territorio, a través de hospitales generales. En la ciudad de Quito existe un hospital especializado y un centro ambulatorio especializado, ambos a cargo del MSP. Adicionalmente, en Quito mismo, dos hospitales de especialidad ofrecen servicios de psiquiatría ambulatoria y psicología. La cantidad de profesionales en salud mental trabajando en el sistema público es bajísima: en el primer nivel de atención, existen 174

psicólogos clínicos en unidades operativas en 23 provincias (Galápagos no cuenta con un psicólogo público). En el segundo y el tercer nivel, se ofrecen servicios de salud mental de algún tipo en 15 provincias: en siete provincias hay atención psicológica y psiquiátrica, en siete hay atención psicológica y en una hay atención psiquiátrica solamente. Existen 1484 camas para atención de salud mental en el sistema público (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 19).

Sin embargo, se debe recalcar que el hospital psiquiátrico más grande y el mayor prestador de servicios de salud mental del Ecuador es el Instituto de Neurociencias, antes llamado Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que funciona en esta ciudad de forma privada, y recibe pequeñas asignaciones presupuestarias del estado.

Plan Estratégico de Salud Mental y Modelo de Atención de Salud Mental

En 2014, la Asamblea Nacional del Ecuador aprobó el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. En este, se establecieron una serie de normativas y lineamientos para el mejoramiento del sistema de salud mental público a nivel nacional. Uno de los ejes más importantes del plan es el de orientar a que los servicios de salud mental se fortalezcan en la atención primaria, lo que iniciaría un proceso de desinstitucionalización en el país. Se enfatiza también la importancia de desarrollar servicios comunitarios y de buscar la reinserción social y familiar de los individuos institucionalizados, culminando en el alta de la mayoría de personas internas en el sistema hospitalario. Este esfuerzo también pone atención a la importancia de la preparación de los profesionales y la investigación con enfoque en salud mental comunitaria, para que estén mejor capacitados para tratar fuera del esquema biomédico. El plan contempla financiación estatal, preparación del componente humano, desarrollo de infraestructura y tiempos de implementación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS 2008).

A la par con el Plan Estratégico Nacional, se desarrolló el Modelo de Atención de Salud Mental, enmarcado en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) propuesto por el MSP en 2014. Este modelo tiene un enfoque familiar, comunitario e intercultural, dirigido a cambiar el sistema de salud mental actual enfocado en la hospitalización, hacia un modelo de atención comunitaria donde la atención primaria juega un papel muy importante.

Algunos de los objetivos estratégicos del Modelo de Atención de Salud Mental son los siguientes:

- Reorientación de la atención hacia la promoción y la prevención con participación social, comunitaria e intersectorialidad
- Organización de una red de servicios de salud mental que sustente el proceso de desinstitucionalización
- Prestación de servicios de salud mental integral en el primer nivel de atención
- Creación de servicios de salud mental en el segundo nivel
- Organización de los servicios de salud mental de tercer nivel (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS 2008).

Además, se evidencian varias fallas estructurales en el sistema actual, como la poca financiación para servicios de salud mental, el uso de un modelo biomédico centrado en la hospitalización, la dificultad de acceso a servicios debido al estigma, la falta de profesionales y la centralización de estos en los polos económicos del país, la falta de articulación entre los niveles de atención, entre otros. Para mejorar el sistema, se propone la creación de unidades de acogida, centros de atención psicosocial (CAPS), unidades de salud mental en todos los hospitales del país capaces de ofrecer atención ambulatoria, y una articulación entre estos servicios y los hospitales para poder manejar casos de internamiento sin recaer en el modelo antiguo de institucionalización.

También se muestra la necesidad de crear legislación para la salud mental, con el objetivo de proteger a los usuarios de violaciones de derechos y establecer una normativa sobre la cual encaminar los servicios a nivel público y privado.

En la actualidad, el Plan Nacional y el Modelo de Atención se encuentran en papel, como planes estructurados en espera de implementación. Si bien podemos notar una voluntad de hacer la transición hacia un esquema de salud mental moderno y con enfoque comunitario, muy poco es lo que se ha hecho a nivel público para empezarla. Este no es un plan pionero en su tipo, ya que en 1999 ya se redactó un plan nacional de salud mental en el cual se insta al desmantelamiento del sistema asilar y hospitalario y la incorporación del individuo a la comunidad. Más de 20 años después, los cambios son palpables: los dos hospitales

psiquiátricos emblemáticos del país, el Lorenzo Ponce de Guayaquil y San Lázaro de Quito, cambiaron sus nombres,⁴ reconstruyeron sus instalaciones, destinaron áreas para tratamiento ambulatorio y hospitalización de corta estancia, y han empleado métodos de terapia familiar y con enfoque comunitario. En efecto, las hospitalizaciones de larga estancia han disminuido considerablemente. Pero falta mucho para poder decir que el sistema está cambiando de forma activa.

En la actualidad, frente a la grave crisis sanitaria que sigue afectando al país por la pandemia de la COVID-19, y ante significativos recortes al presupuesto de salud implementados bajo el mandato de Lenín Moreno, sucesor de Rafael Correa, el panorama para la salud mental se mantiene incierto.

2.3.3 Los servicios privados de salud mental

Ante las ya mencionadas carencias del sistema de salud mental público y la gran demanda de servicios, el sector privado es la opción más optada por personas con algo de recursos para destinar a salud mental. Los servicios privados forman parte de la red complementaria de salud ecuatoriana, e incluyen los consultorios privados de psicólogos, psiquiatras y otro tipo de terapeutas, clínicas privadas, centros de atención comunitaria, centros de atención sin fines de lucro o religiosos, y hasta el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, que como ya mencioné, es el hospital psiquiátrico más grande del país. Además, existen servicios de medicina prepagada (cubren a menos de 3% de la población total), que muy pocas veces cubren servicios de salud mental y, en caso de hacerlo, es a un costo muy elevado. Se calcula que, en todo el territorio ecuatoriano, existen alrededor de 10.000 consultorios médicos privados, ubicados principalmente en las ciudades más grandes del país, con amplios rangos de precios y servicios (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 18). También existen clínicas, hospitales, asilos y clínicas de desintoxicación. Se desconoce la cantidad de

⁴Los hospitales psiquiátricos en Ecuador han cargado con el estigma de la enfermedad mental en la sociedad y lo han llevado impregnado en sus nombres por décadas. Es común escuchar a personas usar la palabra “lorenzo” como sinónimo de “loco” en el diario vivir ecuatoriano. La regeneración de los servicios de salud mental también incluye la lucha contra el estigma, hecho que las instituciones han sabido reconocer y ante el cual han tomado la decisión de cambiar sus reconocidos nombres para eliminar gran parte del estigma asociado a ellos y a la locura. Por ello, el ex Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce ahora tiene el nombre de Instituto de Neurociencias, mientras que el ex Hospital Psiquiátrico San Lázaro, ahora se llama Hospital Especializado Julio Endara. En este último, sin embargo, se ha conservado el nombre tradicional en el nuevo Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro.

establecimientos privados especializados en salud mental que existan en el Ecuador, principalmente porque las actividades de estos no deben ser reportadas ni al MSP ni al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2014, 20). Los rangos de precios en servicios privados de psiquiatría son de \$40 a \$80 por sesión (Monroy 2018) mientras que la estancia en establecimientos de hospitalización puede llegar a costar desde \$58 al mes, a \$160 por día (Arévalo Gross 2016). En cuanto a medicamentos, se calcula que, en dependencias del MSP, el costo de un día de antipsicóticos es de \$0,70, y \$0,42 por un día de antidepresivos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS 2008, 12). Se debe mencionar que el IESS sí ofrece servicios de salud mental a sus afiliados—alrededor del 19% de la población (2008)—y para suplir la alta demanda de servicios y la escasa cantidad de profesionales e infraestructura dentro de su sistema, brinda atención a pacientes en establecimientos privados a través de convenios, especialmente cuando se trata de hospitalización.

La dificultad de acceso a servicios de salud mental públicos empuja a las personas con recursos a buscar atención en el sector privado, lo que representa una carga económica alta si se incluye el tratamiento psiquiátrico, terapia psicológica, medicamentos, tratamientos específicos (TEC, por ejemplo) y en los casos de hospitalización, los gastos de estadía por el tiempo que el médico considere pertinente. Esto convierte a la salud mental en un servicio altamente capitalizable y reservado para los estratos más altos de la sociedad, lo que agrava el problema general del sistema ecuatoriano.

El hecho de que los establecimientos privados no deban rendir cuentas al MSP es un grave problema que compromete la calidad de los servicios que brindan. Si bien existe desde 2012 un Acuerdo Ministerial que ordena la revisión de programas terapéuticos y las condiciones de funcionamiento de dichos establecimientos, además de un esfuerzo por controlar más sus actividades; estos operan generalmente con autonomía. En 2014 se realizaron inspecciones en centros de recuperación que resultaron en el cierre de algunos por incumplimiento de regulaciones. Sin embargo, en este mismo año, no se realizó ninguna inspección a los hospitales psiquiátricos del país, ni se capacitó al personal en materia de derechos humanos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), and Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS

2008, 19). Esto, sumado a la falta de organismos encargados de la protección de pacientes mentales, y la falta de legislación en el tema, vuelven a estas personas extremadamente vulnerables a violaciones de sus derechos como pacientes en establecimientos privados.

Con respecto a esto, un reporte ordenado por la OPS realizado en conjunto con el MSP (2008) para evaluar el estado y las condiciones del sistema de salud mental en el país, concluye que el mismo “no cuenta con una ley de salud mental y, aun cuando existen una serie de disposiciones relacionadas con el tema en otros cuerpos legales, éstas no abordan aspectos importantes como son la reglamentación de las admisiones involuntarias ni el manejo de las capacidades legales en personas con trastorno mental grave” (2008, 28). En sus recomendaciones, insta a “[i]mpulsar la creación de una legislación específica en salud mental que comprenda aspectos tales como la reglamentación de las admisiones involuntarias, las figuras de sustitución de capacidades jurídicas (tutela y curatela) y el manejo de personas con trastorno mental en conflicto con la ley” (2008, 29). También, fomenta la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales, realizando inspecciones y visitas regulares a establecimientos de salud mental, y a través de la capacitación del personal en derechos humanos.

2.3.4. Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador

A principios de 2021, la salud mental y la discapacidad ocuparon un papel protagonista en la coyuntura ecuatoriana gracias al fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador. El caso, llevado al tribunal en 2007 por algunas organizaciones ecuatorianas y la Clínica de Derechos Humanos de la PUCE,⁵ involucra la desaparición en 2004 de Luis Eduardo Guachalá Chimbo, un joven albañil de 23 años con discapacidad de carácter mental causada por epilepsia, cuando se encontraba bajo custodia del estado en el Hospital Luis Endara.

Luis Eduardo Guachalá Chimbo, quien sufría de ataques epilépticos y varios trastornos mentales causados por esta enfermedad, fue ingresado al Hospital Psiquiátrico Luis Endara en dos ocasiones. Su madre, Zoila Chimbo, vendedora ambulante, lo visitaba y le llevaba los medicamentos que solicitaba el hospital para su tratamiento. Al ser una familia de muy

⁵Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

escasos recursos, los medicamentos que dependían de los ingresos de la señora Chimbo no podían serle entregados todos los días al paciente, lo que dificultaba su recuperación. La primera estancia de Luis Eduardo Chimbo en el Hospital Julio Endara empezó el 2 de junio de 2003 y duró alrededor de un mes, después de la cual se le solicitó que regresara para chequeos posteriores, pero por falta de recursos, no pudo.

Su segunda estancia empezó el 10 de enero de 2004, después de haber suspendido sus medicamentos por falta de dinero, lo que le causó un rebrote de un cuadro psicopatológico. En la hoja de ingreso del hospital se indica que el paciente no colaboraba mucho, pero la madre indica en su declaración que él estaba consciente y sabía de y estaba de acuerdo con la decisión de internarse. La señora Chimbo indicó que, la última vez que vio a Luis Eduardo, un enfermero con aliento a alcohol “pinchó a su hijo más de seis veces en un brazo, y luego de ponerle la inyección su hijo ‘quedó como muertito’” (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021, 12). El 12 de enero, se le asignó a la doctora E.Q. la atención de Luis Eduardo, quien le realizó un examen físico y le prescribió medicamentos. Al día siguiente, la misma doctora reportó que, al ver una mejoría en el paciente, le cambió los medicamentos. Ese mismo día, Zoila Chimbo reportó que acudió al hospital y no encontró a su hijo en su cuarto, y al preguntar por su paradero, le indicaron que él se encontraba sedado, por lo que le recomendaron no visitarlo. La señora Chimbo se comunicó con el hospital por vía telefónica durante varios días, y personal del hospital le proporcionó información sobre su hijo.

El 17 de enero de 2004 es el último día que se vio a Luis Eduardo Guachalá en el Hospital Luis Endara; en un informe de cambio de turno se indica que no se le encontraba y se solicitaba su búsqueda. Varios auxiliares indicaron que realizaron la búsqueda repetidas veces y al no encontrarlo, se comunicaron sin éxito con su familia. Al día siguiente, Zoila Chimbo acudió a visitar a su hijo y el mismo enfermero que lo había sedado anteriormente, le indicó que este se había escapado del hospital el día anterior. La señora Chimbo indicó que uno de los internos del hospital le dijo que Luis había muerto de un paro durante una misa. Hasta el momento, Luis Eduardo Guachalá Chimbo se encuentra desaparecido. Hay indicios para creer que falleció en custodia del estado, dentro del hospital, y su muerte no ha sido declarada. Varios peritos indican que los medicamentos que le habían sido prescritos al paciente, en las dosis indicadas, pueden causar paros cardio-respiratorios en pacientes con trastornos neurológicos (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021, 48).

Se señala la responsabilidad directa del del estado ecuatoriano de cuatro diferentes maneras: “1) el derecho al consentimiento informado; 2) si el tratamiento médico recibido por el señor Guachalá Chimbo fue adecuado conforme a los estándares relacionados con el derecho a la salud; 3) la desaparición del señor Guachalá Chimbo, y 4) los alcances de la discriminación en el presente caso.” (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021, 34-35).

Primero, con respecto a la institucionalización de Luis Eduardo Guachalá, una persona con discapacidad mental, se manifestó que el estado es culpable de no respetar sus derechos como paciente ni su personalidad jurídica al no haberle proporcionado la información necesaria para poder brindar consentimiento informado. Se considera que el estado no hizo la gestión de informar, tanto al paciente como a su madre, quien acudió con él al hospital el día de su internamiento, sobre su tratamiento. No se les proporcionó “información sobre las diversas alternativas de tratamiento y sus consecuencias, ni información alguna para obtener su consentimiento informado” (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021, 29). Por ende, no se obtuvo un consentimiento informado válido, lo que las partes aluden a un tipo de discriminación hacia las personas con discapacidad mental sobre la autonomía de sus decisiones de salud. No se justifica ni la indisposición del paciente de consentir, ni que el consentimiento haya sido brindado por la madre, la señora Zoila Guachalá.

La segunda se refiere al estado de vulnerabilidad económica en la que se encontraba la familia Guachalá en el momento de acudir al estado. La falta de recursos económicos de la familia comprometió la calidad de servicio que recibió Luis Guachalá, ya que al no poder costear el tratamiento farmacológico, su condición empeoró. La negligencia que recae en el estado corresponde a no proveer el tratamiento adecuado a una persona en estado de vulnerabilidad, lo que viola su derecho constitucional a la salud.

La tercera, relacionada específicamente con la desaparición de Luis Eduardo Guachalá, responsabiliza al estado de no cuidar y vigilar adecuadamente a una persona con discapacidad y, por ende, de prioridad, en una de sus instituciones a cargo. Además, se indica que el estado falló en proveer servicios de salud de calidad dentro el hospital, ya que en el expediente no constan detalles sobre su condición, no se le dio seguimiento diario a su estado, ni se proporcionó a la familia información verídica sobre su estado.

Finalmente, la cuarta se refiere a la incapacidad del estado de garantizarle a una persona con discapacidad y económicamente vulnerable el derecho a un tratamiento digno, y de proporcionarle a la familia una respuesta adecuada sobre la desaparición del paciente. Toda la situación, aplicada a una familia de muy escasos recursos, constituye una violación al derecho de la salud sin discriminación y al derecho a la igualdad.

Por su parte, el estado alega que el consentimiento fue obtenido como una medida de emergencia ante la condición en la que Luis Eduardo Guachalá ingresó, y que no se violó el derecho del paciente ya que su hospitalización fue solicitada y autorizada por su madre a causa del estado de crisis en el que se encontraba. De la misma forma, el estado indica que no hubo discriminación, que el tratamiento que se aplicó fue adecuado para la situación de Luis Guachalá y que no hubo negligencia de su parte. Con respecto a la desaparición, el estado usa el nuevo modelo de infraestructura hospitalaria (sin las altas paredes características de la institucionalización tradicional que permiten el confinamiento de los internos) como excusa para desligarse de su responsabilidad de cuidar y vigilar a los pacientes; en su declaración, Zoila Guachalá indicó que el hospital, si bien prevé todo tipo de fugas y accidentes, “en caso de que llegase a suceder [una fuga] no se hace responsable de las consecuencias” (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021, 12), como una indicación que le dieron en el momento de ingresar a su hijo.

El fallo de la corte fue a favor de las víctimas, hallando al estado ecuatoriano responsable por la violación de los derechos humanos y de integridad de Luis Eduardo Guachalá Chimbo. La sentencia se emitió el 26 de marzo de 2021 y el estado tiene un año para presentar un informe sobre las medidas adoptadas para cumplir con ella. Esto sienta un precedente para la modificación de la legislación ecuatoriana con respecto a la salud mental. Se solicitó a la Corte como medidas compensatorias que ordene al estado ecuatoriano “reparar integralmente las violaciones de derechos humanos declaradas en el informe tanto en el aspecto material como inmaterial”, teniendo que “disponer las medidas de compensación económica y de satisfacción” (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021, 70). Las medidas materiales contemplan reparaciones económicas para Zoila Chimbo, los hermanos de Luis Eduardo, y las organizaciones que acompañaron a las víctimas durante todo el proceso. Además, se ordena al estado comprometerse a realizar las diligencias necesarias para esclarecer, juzgar y sancionar a los responsables de la desaparición de Luis Guachalá.

Sin embargo, entre las medidas que ordena la Corte IDH al estado ecuatoriano, debemos recalcar la elaboración de un plan integral para revisar la política de internamiento de personas en instituciones de salud mental y dirigirla hacia la desinstitucionalización, así como la incorporación del derecho a la salud mental en las estrategias de salud del estado enfocadas en la atención psicosocial y comunitaria. El estado debe presentar, en un plazo de cinco años, informes de inversión y avances en salud mental. También se debe reconocer que el estado está, por esta sentencia, comprometido a realizar esfuerzos para promover el consentimiento informado en sus instituciones, por medio de protocolos, videos informativos, cartillas de lectura que indiquen los derechos del paciente, y cualquier otra iniciativa que evite que este tipo de situaciones se repitan (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021).

Este caso puede representar un cambio importante en cuestiones de salud mental en el país, ya que es la primera vez que esta tiene el protagonismo en un caso de violación de derechos en el contexto de institucionalización mental.

2.4. La pandemia por COVID-19

El primer caso de SARS-Co-V2, un nuevo virus que afecta a los pulmones y se transmite por contacto con partículas respiratorias, fue detectado en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China. Por ser altamente contagioso y requerir algunos días para su incubación y empezar a mostrar síntomas, en muy poco tiempo se desplazó alrededor del mundo. La enfermedad COVID-19 causada por el virus SARS-Co-V-2 puede ser muy letal en sistemas inmunocomprometidos y personas de edad avanzada, por lo que pronto se convirtió en una epidemia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, n.d).. En Ecuador, el primer caso de la enfermedad fue detectado en febrero de 2020, y un par de semanas después, se declaró emergencia sanitaria y cuarentena total para toda la población. En los meses de marzo, abril y mayo, Ecuador sufrió una emergencia sin precedentes, concentrada en la ciudad de Guayaquil, donde la cantidad de muertes diarias excedía la capacidad de los servicios sanitarios y funerarios de procesar a los cuerpos y muchas familias tuvieron que convivir con los cadáveres de sus seres queridos fallecidos en casa por días (Zibell 2020). A 18 meses de la declaratoria de emergencia, Ecuador no logra sobreponerse de las secuelas que ha dejado, tanto económicas como sociales. A agosto de 2021, se calcula que casi 8 millones de personas ya han sido inoculadas contra la enfermedad y existen signos de recuperación económica

como resultado de retomar las actividades productivas. Sin embargo, las secuelas en la salud mental, particularmente en las personas jóvenes, todavía persisten.

Un estudio de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo (2020) indica que las personas de 21 a 30 y de 31 a 40 años mostraron niveles más altos de estrés y ansiedad durante la pandemia, especialmente mujeres y personas que vivían solas. En general, Ecuador registró niveles altos de ansiedad severa y muy severa, estrés y depresión durante la pandemia (Tusev, Tonon y Capella 2020, 19). Una pandemia de escala global crea las condiciones perfectas para que la población joven, afectada ya por la falta de oportunidades económicas, precarización laboral, problemas ambientales y desigualdad social, sea particularmente golpeada por la situación de incertidumbre y miedo que surge de una emergencia sanitaria. Los duros momentos vistos en la ciudad de Guayaquil al inicio de la pandemia han causado trauma en la población joven, la cual ha tenido que ver a sus seres queridos morir abruptamente. El encierro ha contribuido a que los cuadros de trastorno mental ya sufridos se intensifiquen y la falta de acción efectiva por parte del gobierno de turno ha sido motivo de gran desesperanza y aflicción en los jóvenes, un grupo generalmente menos afectado por el virus, pero más por sus consecuencias generales.

Si bien mi investigación contempla situaciones anteriores a la pandemia, así como contemporáneas, considero relevante mencionarla, ya que definitivamente ha tenido un impacto negativo en el bienestar de todos los sujetos de este estudio, y ha reforzado la negatividad hacia los servicios de salud mental disponibles. Además, la emergencia sanitaria ha sido prioridad para el ya precarizado sistema de salud ecuatoriano desde su inicio, y los pocos recursos con los que cuentan los organismos estatales han sido destinados al manejo de la pandemia, lo que ha desplazado a los otros servicios, incluida la salud mental, a un segundo plano. Esto, combinado con la dificultad de movilidad y el miedo a la infección, ha contribuido a que el acceso a servicios de salud mental se haya dificultado todavía más en los últimos meses.

Capítulo 3. Experiencias con el tratamiento de la salud mental en Quito

3.1. Introducción

En este estudio, trabajé con ocho sujetos (cinco mujeres y tres hombres): Carla, Alicia, Isabel, Fernando, Alberto, Soledad, Patricia y Santiago. Su rango de edad va desde los 27 hasta los 58 años de edad, todos residentes de la ciudad de Quito y usuarios de servicios de salud mental tanto públicos como privados. De ellos, cuatro han tenido experiencias de hospitalización de corta estancia en clínicas privadas y hospitales del sector público; de los mismos, cinco tuvieron experiencias de hospitalización en emergencias debido a crisis—en la mayoría de casos, intentos de suicidio. Un sujeto tuvo una experiencia de hospitalización en el exterior, la cual, debido a los alcances de este estudio, no usaré. Dos personas pertenecen al grupo LGBTI y una de las dos es no-binaria.⁶ Los sujetos pertenecen socioeconómicamente a un estrato medio-alto, ya que tienen los medios para costear tratamiento privado, tanto por su cuenta o por cuenta de sus familiares (cónyuges y padres).

Por medio de la observación participante, entrevistas a profundidad llevadas a cabo desde abril a julio de 2021, pude obtener información sobre sus experiencias con los sistemas de salud mental de Quito y pude capturar sus historias particulares de negligencia y aflicción con respecto a la salud mental, las cuales resultan un ejercicio de memoria para los sujetos, puesto que, en la mayoría de los casos, estas se llevaron a cabo en tiempos anteriores a las entrevistas. Estas entrevistas fueron contrastadas con mis observaciones en centros de atención públicos y privados, y por mi propia experiencia como usuario de servicios de salud mental. Debo también añadir, como parte de la metodología de investigación, que tuve acceso a los perfiles de redes sociales de la mayoría de sujetos, y al blog personal de dos de ellos. Esto me permitió tener acceso a sus reflexiones, sentires y experiencias desde una perspectiva más personal e íntima, y me dio pautas para guiar las entrevistas. Además, este proceso me permitió tener una visión más amplia de lo que implica para ellos convivir con una enfermedad mental, sus luchas diarias, sus frustraciones y sus deseos.

⁶El término ‘no-binario’ se refiere a todo lo que no está restringido a solamente dos partes. En la identidad de género, no-binario se refiere a personas que no se identifican con ninguna de las dos identidades de género tradicionalmente reconocidas (masculina o femenina). Es un término que agrupa varios tipos de identidades transgénero, aunque muchas personas no-binarias pueden no considerarse trans.

Los relatos fueron contruidos para evidenciar los tipos de negligencia a los que son sometidos los pacientes de salud mental en las diferentes instancias del proceso de salud/enfermedad/atención (Menéndez 1988). Finalmente, se analizaron las consecuencias de dichas irregularidades y dicha negligencia en la recuperación de los sujetos, para sacar conclusiones sobre cómo estas situaciones afectan negativamente tanto en la percepción de los sujetos de los profesionales y de la práctica en salud mental, como en su bienestar y mejoría. Debe mencionarse que también se abordaron prácticas no negligentes y éticas que hayan tenido repercusiones positivas en el bienestar de los sujetos, además de las perspectivas de otros profesionales de la salud mental con respecto a los temas más importantes de este estudio.

Los nombres que se han usado son ficticios, para proteger la identidad de los sujetos y demás participantes de este estudio.

3.2. Precariedad en la salud pública

Por casi cuatro años de manera trimestral, Carla acudió a las seis de la mañana a un frío Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el sur de la ciudad, para su cita con la doctora Costa. A pesar de vivir en el sector centro-norte de Quito, debe movilizarse hacia allá—un viaje de 40 minutos en taxi, y más de una hora en transporte público—para recibir atención psiquiátrica por consulta externa. Era el único médico disponible al momento de sacar la primera cita, y aunque quisiera cambiar de profesional, no podía: la disponibilidad de psiquiatras en el IESS es casi nula.

En realidad, no siempre debía acudir a esta hora. En algunas ocasiones, la doctora Costa le podía proporcionar un turno dentro de las horas regulares de atención del dispensario (de 07h00 a 16h00), pero debido al alto número de pacientes que tiene en cola y para evitar que estos no pierdan la regularidad necesaria de sus citas, ha desarrollado un sistema alternativo al institucional: cuando no tiene espacio para agendar más citas en el sistema (durante las horas de atención), entrega turnos adicionales en un pedazo de papel, los cuales solo pueden ser añadidos al sistema minutos antes de que empiece su horario de atención en el día indicado. De esta forma, la doctora Costa puede atender a una mayor cantidad de pacientes, aunque sacrificando algunos minutos de los 20 que tiene por cita, para poder hacer calzar un par de personas más en los intervalos. La doctora Costa es la única psiquiatra que trabaja en este

centro y la mayoría de sus pacientes no son como Carla (de 32 años), sino en su mayoría adultos mayores con problemas de carácter neurológico, como el Alzheimer y la demencia. Carla parecería ser la paciente más joven del consultorio de psiquiatría; cada vez que acudía a consulta, el resto de personas esperando afuera de la oficina eran adultos mayores acompañados de familiares, rara vez se podía ver alguien contemporáneo a ella esperando su turno en la banca.

Para Carla, la doctora Costa es una buena profesional. Después de años de recibir tratamiento de forma privada y ver pocos o nulos resultados, y abrumada por el alto costo de las consultas y los medicamentos, decidió, como afiliada al IESS, intentar con el servicio público. La doctora Costa hizo lo que ningún otro profesional había hecho antes: probó por varios meses con medicamentos y dosis hasta encontrar la fórmula adecuada. Carla sufre de trastorno límite de la personalidad (TLP) y llegó al IESS en un momento de crisis marcado por una depresión grave y pensamientos suicidas. El medicamento ayudó; la doctora Costa, seria pero comprometida con el bienestar de sus pacientes, ayudó. Para Carla, la doctora Costa había demostrado una empatía que no había visto antes en sus casi seis años de pasar por un sinnúmero de médicos psiquiatras. A pesar de atender a tantas personas al día, siempre parecía recordar todo lo que Carla le había dicho en citas anteriores, tomaba notas y modificaba las dosis de medicamentos de acuerdo a cómo veía el progreso de su paciente, y la citaba en periodos cortos, para poder evaluar mejor el tratamiento.

En un sistema de salud que tiene déficit de profesionales en todas las áreas de especialidad, obtener una cita puede tomar meses de llamadas y visitas infructíferas al sitio web. El proceso de obtención de cita con un médico de especialidad empieza con un médico general, familiar o (en este caso) un psicólogo, quien, después de examinar el caso, puede emitir una derivación al especialista. Obtener una cita con uno de estos médicos de atención primaria resulta igual de difícil, ya que tampoco existe disponibilidad inmediata en el sistema para atención con ellos. Después de meses de intentar sacar una cita con un psicólogo, Carla finalmente lo logró. La psicóloga realmente no realizó un diagnóstico, solo se guió por las palabras de la paciente. “Le dije que me habían diagnosticado borderline hace años y que quería una cita con un psiquiatra y me derivó en el sistema con la doctora Costa. No preguntó más, no pidió realizarme exámenes o hacer otra prueba de diagnóstico” (Entrevista a sujeto por la autora, 8 de abril de 2021).

El sistema del IESS, con sus fallas, fue un respiro para la economía de Carla. Su madre la apoyaba con dinero para costear las consultas y los medicamentos, pero la cantidad que gastaba al mes en su salud mental, a pesar de las ayudas, estaba fuera de su alcance. Cada consulta tenía un costo de entre \$40 a \$70 (en algunos casos llegó a pagar hasta \$100) y en ciertos momentos de especial urgencia, debió acudir al médico una vez por semana. A esto se le suma el costo de los medicamentos, que varía de acuerdo a la marca y el tipo de fármaco. Una amiga le recomendó el IESS, ya que Carla, como la mayoría de afiliados, no sabía que la institución prestaba servicios de psiquiatría. Si bien tuvo dificultades para acceder a una cita con su especialista, considera que el servicio en general es bueno. Los medicamentos que le recetaba la doctora podían ser retirados en la farmacia del centro sin costo alguno, lo que era no solo favorable, sino también práctico. La doctora Costa le recetaba medicamentos para tres meses, en algunas ocasiones más, debido a la escasez a la que se enfrenta el IESS cada cierto tiempo. “A la doctora le daba miedo que me quedara sin medicamentos y cuando ya sabía que no habían hecho la compra de alguno que yo tomaba, me enviaba a casa con pastillas para tres o cuatro meses de tratamiento” (Entrevista a sujeto por la autora, 8 de abril de 2021) . Carla cuenta que cada vez que salía del IESS, llegaba al trabajo con una funda enorme de pastillas: “La gente me preguntaba ‘¿en serio estás tan enferma?’” (Entrevista a sujeto por la autora, 8 de abril de 2021). Con estas mismas pastillas, Carla intentaría suicidarse un año después de empezar tratamiento en el IESS, durante un momento de crisis severa. A causa de la sobredosis, estuvo en coma por dos días, internada en el Hospital Eugenio Espejo.

Si bien las acciones de la doctora Costa tienen justificación como una forma de procurar que sus pacientes no se quedaran sin medicamentos esenciales para su tratamiento, sí constituyen negligencia, ya que, al proporcionar una cantidad tan grande de fármacos de uso controlado a una persona en un estado emocional vulnerable, estaría facilitando las herramientas para un intento de suicidio en una situación de crisis. Más aún, ciertos fármacos intensifican los pensamientos suicidas durante los primeros meses de tratamiento, un efecto secundario bastante común de algunos antidepresivos comúnmente recetados. Los médicos están conscientes de esto, pero pocas veces lo comunican a sus pacientes. El hecho de que la doctora no solo haya dotado a una paciente en estado vulnerable de una cantidad excesiva de fármacos, sino también obviado comunicar que estos deben administrarse con cautela debido a sus efectos secundarios, corresponde a comportamiento negligente. El uso controlado de los medicamentos justamente debe prevenir que se den estos casos. Carla no había considerado

esta acción como negligente; ella siempre había tenido una buena imagen de la doctora Costa, a quien hasta hace unos meses seguía viendo de forma privada; a raíz de la pandemia por COVID-19, dejó de trabajar y, por ende, de aportar a la seguridad social. Sin embargo, casos como este dejan en evidencia que, más allá de las acciones particulares de los profesionales, que como la doctora Costa, parecen cuidar el bienestar de los pacientes, la precariedad del sistema de salud ecuatoriano, particularmente en el área de salud mental, propicia casos de negligencia como el mencionado. La indulgencia con la que Carla se refiere a su profesional de salud, y las justificaciones que ofrece para su comportamiento, responden a todo el malestar que por años le causó la búsqueda de un médico adecuado:

He visto a tantos médicos que ni me acuerdo el número. La mayoría no escucha, solo receta medicamentos. Si les dices que no te has sentido mejor, te recetan más medicamentos. Los que escuchan dicen cosas inapropiadas, una vez un médico me dijo que me case y tenga hijos, que con eso me iba a curar. Otro solo le enviaba a mi mamá la receta del Ministerio para el clonazepam⁷ porque estaba interesado en ella. Solo me vio un día por cinco minutos, me preguntó qué tenía y me dio la receta. Los psicólogos son peores, ni siquiera creo que tienen un código de ética. Una psicóloga le contaba a mi novio todo lo que yo le decía en terapia y le aconsejaba que me deje porque estaba muy enferma (Entrevista a sujeto por la autora, 8 de abril de 2021).

Para Carla, el haber encontrado una psiquiatra que demostrara interés en su bienestar, que no medicara en exceso, que fuera empática y que, aparte de todo, trabajara para la seguridad pública, era mucho más de lo que había recibido antes. Por ende, le costaba pensar en las fallas y errores de esta persona, ya que esto implicaría tener que buscar a otro médico y empezar el proceso de nuevo. Carla ya se siente estable y, desde hace algunos meses, ya no toma ningún medicamento, pero está consciente de que debe asistir a consultas con cierta regularidad, ya que su condición se caracteriza por periodos de estabilidad y de crisis

⁷Clonazepam es un medicamento de la familia de las benzodiazepinas que actúa sobre el sistema nervioso central. En psiquiatría, es uno de los fármacos más comunes para tratar la ansiedad. Es un medicamento muy efectivo, pero también altamente adictivo, por lo que se recomienda usarlo solo en casos de urgencia y suspender su uso una vez que se logre estabilizar al paciente. Además, debido a su efecto hipnótico, es también consumido de forma recreativa, lo que puede causar sobredosis y hasta la muerte. Es por esto que, en Ecuador, es uno de los medicamentos sujetos a fiscalización, o de uso controlado, que solo pueden obtenerse con una receta especial del Ministerio de Salud Pública (MSP), la cual es entregada por los médicos psiquiatras al paciente, y en la cual consta la cantidad solicitada y un plazo de tiempo para su compra, además de la firma del profesional. En la

inesperadas. Prefiere entonces seguir con la doctora Costa, a pesar de lo relatado, que buscar otro médico.

Para Isabel, quien también sufre de trastorno límite de personalidad, su único encuentro con el sistema de salud pública fue frustrante. Ella sufre de discapacidad auditiva del 35%, por lo que cuenta con un carnet de discapacidad que le otorga, aparte de un estatus especial de cuidado dentro del estado ecuatoriano, ciertos beneficios como rebajas en impuestos, acceso a créditos, exoneración de ciertas tarifas, entre otros. Cuando recibió el diagnóstico psiquiátrico de TLP, decidió realizar la solicitud de recalificación de discapacidad y someterse al examen de discapacidad psicosocial del CONADIS,⁸ que solo puede llevarse a cabo en establecimientos pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud (MSP, IESS, ISSPOL, ISSFA,) y a la Red Privada Complementaria.

El proceso, como Isabel lo relata, deja mucho que desear: la psicóloga calificadora que le fue asignada no estaba especializada en casos como el de ella, sino que atendía a niños, adultos y adultos mayores de la misma forma. Este proceso le causó incomodidad y desconfianza, y atribuye este error a la falta de presupuesto para profesionales de salud mental en el sistema de salud pública. Si bien no existen reglas que exijan la especialización de los profesionales que realizan la calificación de discapacidad psicosocial, es importante para los pacientes recibir un diagnóstico justo, el cual solo se puede garantizar si el calificador conoce a profundidad los trastornos y las condiciones a los que se enfrenta. Debido al alto grado de subjetividad que existe en el diagnóstico de los padecimientos mentales y al amplio espectro de manifestaciones de estos en niños versus en adultos, sí es importante que estos procesos cuenten con personal especializado para cada categoría. Al final, Isabel pasó el examen, y su calificación de discapacidad ascendió al 64%, pero este no siempre es el caso de los solicitantes. Para todo tipo de discapacidad, los exámenes son ya difíciles y, para muchos, injustos en su calificación. En casos de discapacidad psicosocial, esta dificultad es reforzada

⁸El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) es el organismo encargado de velar por la igualdad de derechos y la no discriminación de personas con discapacidad en Ecuador. El carnet de discapacidad es una medida para garantizar mayor inclusividad de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, a través de una valoración de carácter biopsicosocial que requiere un resultado mínimo de 30% para su emisión.

por la naturaleza subjetiva de la enfermedad mental y la falta de conocimiento y preparación del personal.

Por sugerencia de la psicóloga calificadora y, buscando aliviar su gasto en medicamentos, Isabel agendó una cita con una doctora psiquiatra del sector público. Su experiencia difiere totalmente de la relatada por Carla:

La doctora minimizó la depresión, ella dijo que eso se cura... por ejemplo, que, si yo me iba al mercado y me hacía ortigar, que me iba a hacer bien. Entonces a mí ya me entró la desconfianza porque cómo es posible que una profesional de la salud mental te mande a la ligera [...] a hacer ortigar. [...] Ella me dijo que había tenido depresión hace algunos años y que ella no había tomado medicinas ni nada, simplemente se hacía baños de cajón y que eso le había funcionado muy bien (Entrevista a sujeto por la autora, 29 de abril de 2021).

Que una profesional de la salud mental recomendara tratamientos caseros cuyos efectos no han sido comprobados, en vez de opciones basadas en modelos alternativos de tratamiento, resulta una violación al código de ética médica, en el que el médico tiene como deber el “proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana” (Asociación Mundial Médica 1994). Además, la minimización de la enfermedad de la que el profesional es considerado un especialista tiene repercusiones en el estado emocional de los pacientes, ya que los lleva a sentirse poco comprendidos y desesperanzados. El sentirse juzgados y no escuchados es una de las razones más comunes entre todos los sujetos de este estudio para buscar un nuevo profesional, además de una fuente de angustia y frustración.

Isabel también tuvo una experiencia similar a la de Carla con los medicamentos. Su médico le agendó la siguiente cita para después de 30 días, pero la envió a su casa con medicamentos para 100 días. Este hecho en particular le causó alarma y disuadió de regresar. Isabel sí consideró el riesgo de tener tal cantidad de medicamentos en su casa, ya que uno de sus dos intentos de suicidio fue por sobredosis de fármacos. Isabel no entiende por qué le prescribieron tres veces más medicamentos de los necesarios; quizás la explicación que la doctora Costa le dio a Carla puede aplicarse también en este contexto, pero para Isabel, la cantidad es excesiva y no hay justificación para tal acto.

El hecho de que estas situaciones se repitan entre los usuarios indican que, si bien el profesional puede actuar desde una posición de desventaja contra el sistema y priorizar el tratamiento del paciente, también se trata de un comportamiento generalizado que nació como consecuencia de una situación apremiante (la escasez de medicamentos) pero que no ha sido interiorizado como una instancia de negligencia por los profesionales. En esto, la falta de capacitación también juega un papel importante. Existe una larga tradición de violación de derechos de pacientes en el contexto de salud mental, y así se evidencia que los tiempos están cambiando, se debe capacitar a los profesionales en temas de ética médica para asegurar que el proceso de cambio sea internalizado por quienes ofrecen los servicios de salud, y no quede solamente en la literatura.

En ambos casos expuestos, nos encontramos con un sistema de salud saturado, con pocos profesionales para suplir una alta demanda. Estos pocos profesionales deben atender a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, a pesar de que, para cada uno, el tratamiento debería ser fundamentalmente distinto y específico. La falta de presupuesto a menudo causa escasez de medicamentos, la cual los profesionales tratan de solventar prescribiendo en exceso cuando hay disponibilidad, una práctica que puede resultar muy peligrosa para pacientes con ideación suicida. La falta de capacitación para profesionales en temas de ética se traduce en acciones como las relatadas, que constituyen graves casos de negligencia en la prescripción de sustancias de uso controlado, así como faltas graves de profesionalismo al recomendar tratamientos sin ningún sustento científico ni prueba alguna de validez. Del mismo modo, la falta de información para los pacientes y de capacitación en salud mental para la población hace que existan violaciones a los derechos y que este tipo de casos no reciban la importancia debida. Los pacientes, muchas veces resignados a recibir tratamiento poco ético porque ‘es lo que hay’, subestiman el impacto de estas acciones en su proceso de tratamiento y en su bienestar en general.

Se trata entonces de reacciones en cadena que responden a un sector de la salud sumamente precarizado, que tienen resultados nefastos para las personas más vulnerables del proceso, los pacientes.

3.3. Falta de empatía, falta de interés, falta de profesionalismo

En los relatos de Carla e Isabel hay una realidad de trasfondo muy común para quienes sufren de padecimientos mentales: la falta de empatía de los profesionales de salud. Esta se manifiesta en acciones inapropiadas de todo tipo, como las ya antes descritas, pero no solo se limita a ellas.

Santiago, productor musical de 36 años, no tiene casi experiencia con profesionales de salud mental. Su estado de ánimo y los indicios de una depresión causada por un rompimiento amoroso lo llevaron a buscar apoyo en un psicólogo. Por recomendación de varios amigos, decidió tomar algunas sesiones de terapia con Eduardo Flores, psicólogo clínico que también se dedica a la música. Para Alberto no representó desconfianza que la relación entre su terapeuta y él se haya tornado estrecha. Al poco tiempo, ambos empezaron a trabajar juntos en un proyecto musical, lo que profundizó el vínculo entre los dos. Este proyecto, y toda la cercanía que involucraba, fue el motivo principal por el que la relación de amistad entre Eduardo y Santiago haya terminado. No obstante, la relación se empezó a deteriorar en gran parte cuando Santiago notó que Eduardo divulgaba detalles de su vida que le eran confiados durante las sesiones de terapia, a personas de su mismo círculo y en sus redes sociales personales. En retrospectiva, Santiago dice que debido a la estrecha relación de amistad que entabló con Eduardo, no quiso pensar en esto como una posibilidad, pero sí notó algunas banderas rojas:

Hay este otro man, Alejandro, que igual era amigo de él, que igual trabajaron juntos, trabajábamos juntos entre los tres y él también tenía terapia y luego me contaba las cosas de él de la terapia, entonces era como... obvio si me cuenta a mí, también va a contar mis cosas al otro (Entrevista a sujeto por la autora, 6 de agosto de 2021).

Este tipo de experiencias son comunes debido al poco sentido de la ética que tienen ciertos profesionales. En este caso, se trata de un psicólogo clínico que, desde su posición de terapeuta, entabló una amistad cercana con su paciente. Cuando este vínculo empezó a romperse, guiado por sus propias emociones y dejando a un lado su ética profesional, empezó a maliciosamente divulgar secretos de él a varios de sus amigos cercanos mutuos, con la intención de desacreditar y herirle. Esta situación es parecida a la relatada por Carla

anteriormente, en la que una terapeuta le revelaba a su novio información que ella le daba durante las sesiones de terapia, y le daba a él su opinión parcializada sobre el tema.

Más allá de los problemas éticos que se pueden encontrar, el daño causado por estas acciones en los sujetos tiene varias dimensiones. Por un lado, causa desconfianza en el proceso de atención psicológica, lo que afecta el tratamiento de sus padecimientos. Por otro, el sentirse traicionados por personas en quienes confiaron tiene un tinte emocional fuerte, que puede reactivar ciertos cuadros de depresión en los afectados. En el caso de Santiago, la divulgación de detalles de su vida privada fue intencional y premeditada por Eduardo Flores para dañar su reputación, y le causó inconvenientes con varias personas de su círculo, además de la pérdida de la amistad cercana que tenía con el psicólogo. En el caso de Carla, la divulgación de su información privada era causa de constantes peleas con su novio, quien le reclamaba por las cosas dichas en terapia y le reafirmaba el juicio de la terapeuta de que ella estaba muy enferma y que él debía dejarla. Carla no confía en los psicólogos, piensa que tienen mucha menos ética profesional que los psiquiatras y que, en la mayoría de casos, son personas con poca capacitación, solamente con un título universitario que les permite practicar, pero nulo entendimiento de lo que significa la ética profesional al tratar los padecimientos emocionales de las personas.

Cada vez que se refiere a su salud mental y a los profesionales a quienes ha visto, el rostro de Alicia se llena de frustración, y su discurso, de enojo. A lo largo de sus 28 años de vida, ha llegado a conocer a una gran lista de psicólogos y psiquiatras de salud mental, cada uno con un diagnóstico diferente para sus padecimientos. Inicialmente fue diagnosticada con ansiedad generalizada y depresión clínica; luego, con trastorno esquizoafectivo y bipolaridad, y finalmente, con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En la actualidad, Alicia cree ya no sufrir de depresión, pero la ansiedad y el TOC se mantienen. Al ser su cuadro un poco más complicado, debido a la presencia de varios trastornos juntos y al TOC (un padecimiento que no muchos profesionales saben tratar correctamente), las opiniones de los médicos con respecto a su tratamiento han sido variadas, y el camino que le ha tocado recorrer para sanar le ha representado un esfuerzo enorme.

El primer psiquiatra que la atendió (a los 21 años) es el doctor Andrade, uno de los profesionales de salud mental más reconocidos de Quito, quien, a lo largo de los años, se ha forjado un nombre en la psiquiatría ecuatoriana, y quien actualmente tiene a cargo dos

sucursales de su reconocida clínica privada de tratamiento psiquiátrico. Casualmente, este mismo médico y sus diferentes establecimientos, aparecieron en más de una ocasión durante mis entrevistas para este estudio. Para Alicia, el reconocido médico era alguien que no la escuchaba, a quien no le importaba su bienestar y en quien no podía confiar. Sin embargo, hay un hecho particularmente alarmante con respecto a la forma de tratar de este médico: le dispensaba medicamentos de su farmacia privada—especialmente clonazepam—sin la receta del MSP, la mayoría de veces, en exceso. Alicia es fan del clonazepam, ya que es uno de los pocos medicamentos de acción inmediata que ha tenido un efecto notorio en su tratamiento. No obstante, debido a su fuerte acción, es peligroso y adictivo. Ningún médico le habló de estos efectos secundarios; ella tuvo que enterarse al investigar sobre los fármacos que consumía diariamente, y suspender su uso por cuenta propia.

Isabel y Carla, quienes también fueron pacientes del doctor Andrade, tuvieron experiencias similares. El doctor Andrade fue el primer médico psiquiatra al que asistió Isabel y en las consultas, se encontró con frialdad y falta de atención. Al igual que Alicia, ella sí sintió una diferencia positiva en sus niveles de ansiedad al empezar su tratamiento con clonazepam. Pero el hecho de que el médico se las diera sin ningún tipo de control fue causa de desconfianza. Carla, por el contrario, no pensó que era especialmente sospechoso que el médico le dispensara medicamentos de uso controlado “como si fueran Tic-Tacs” (en palabras de Alicia). Si bien ya conocía la mecánica del tratamiento psiquiátrico, al ya haber sido tratada por dos médicos anteriormente, no tenía suficiente conocimiento sobre los efectos del fármaco, ni sobre la gravedad de los efectos que tiene su uso excesivo. Carla relató la misma dinámica en consultas que Isabel y Alicia: el médico no prestaba atención, usaba su celular mientras ella hablaba, y no parecía tener interés en su estado de salud.

Cada vez que iba, me recetaba algo. En la siguiente cita, me preguntaba cómo me sentía. Yo le decía que mal y le contaba lo que me pasaba, pero él no escuchaba, solo terminaba añadiendo otro medicamento a mi receta. Terminé tomando hasta cinco pastillas distintas, ni siquiera sé por qué (Entrevista a sujeto por la autora, 14 de abril de 2021).

Considero importante recordar que el médico cuenta con una farmacia privada que funciona en las instalaciones de sus clínicas, de donde obtiene la dotación de ciertos medicamentos que receta a sus pacientes. Carla indicó que, en su caso, el médico le daba una receta con algunos

medicamentos, mientras otros (como el clonazepam, la risperidona⁹ y uno más cuyo nombre no recuerda), le eran entregados en la recepción al final de la consulta, en una pequeña funda plástica transparente. Carla no recuerda haber pagado por estos medicamentos; Alicia, tampoco. Isabel, por su parte, dice sí haber pagado por ellos, un precio mucho más elevado que el de las farmacias del país.

En los casos relatados, existe un conflicto de intereses claro para el médico. Al ser él mismo quien comercializa los fármacos que prescribe, tiene sentido que actúe con laxitud al recetarlos y entregarlos. Como estos medicamentos son de uso controlado y sujetos a fiscalización, al darlos libremente, sin un soporte que justifique su uso, el médico está actuando fuera de la ley, en un sistema privado en el que bien puede no existir un control sobre la cantidad de fármacos fabricados y entregados a los pacientes. Sin el recetario del MSP, estos medicamentos caen en un vacío en el que podrían existir o no existir al mismo tiempo.

Podemos considerar la negligencia de esta acción desde dos perspectivas: por un lado, volvemos a encontrarnos con un caso de sobremedicación, en el que personas en estado emocional vulnerable y con riesgo aumentado de suicidio reciben cantidades no controladas de fármacos peligrosos; tanto Isabel como Alicia notaron el mal accionar del médico y les causó desconfianza. Por otro lado, el hecho de que el médico proveyera a sus pacientes de medicamentos altamente peligrosos y con potencial adictivo que él mismo comercializa, crea un dilema ético grave, en el que se puede entender que el médico no entrega la receta del MSP para monopolizar la provisión de medicamentos entre sus pacientes y así, en algún momento, manipular los precios a su antojo. Ninguna de estas historias progresó lo suficiente para permitirme sacar conclusiones más concretas: las tres pacientes suspendieron sus consultas con el doctor Andrade después de encontrarse con varias otras irregularidades en sus citas subsecuentes. Sin embargo, el haber tenido esta experiencia al inicio de su tratamiento influyó

⁹La risperidona es un fármaco con propiedades antipsicóticas usado comúnmente para tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Sus cualidades sedantes lo hacen idóneo para actuar en situaciones de crisis, pero tiene efectos secundarios graves en el sistema nervioso y aumenta el riesgo de suicidio. Se recomienda discontinuar su uso de forma gradual, ya que puede causar síndrome de abstinencia. Al nunca haberse encontrado en una situación de emergencia o crisis ni tener un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o autismo, Carla considera innecesario el uso de este medicamento en su caso particular.

negativamente en su proceso de recuperación. La decepción que las tres sufrieron las hizo sentirse desmotivadas y poco optimistas con respecto a su progreso.

3.3.1. ¿Cómo debe ser un psiquiatra?

Queda claro, a partir de los testimonios de Carla, Isabel y Alicia, que el doctor Andrade era una persona con poca empatía hacia sus pacientes. En ningún momento demostró interés en su bienestar, en los efectos de los medicamentos, o en buscar mejores métodos para tratarlas. Para Alicia, esta ha sido una historia que sigue repitiéndose. Hasta la actualidad, no encuentra una persona capacitada para tratar TOC que parezca estar realmente interesada en ayudarlo. En la lista de profesionales de la salud que ha visitado constan alrededor de 10 personas, la mayoría de las cuales solo han podido ofrecerle tratamiento farmacológico. Ante su voluntad de no continuar con este tratamiento (debido a los efectos secundarios), ha recibido reacciones negativas, enojo y desprecio, de sus médicos.

Carla y Alicia han visto a dos médicos en común. En ambos casos, las opiniones coinciden: el doctor Andrade fue negligente, mientras que el doctor Valencia (el otro médico) no sabía de qué hablaba. A Carla le llegó a diagnosticar y medicar para autismo sin ninguna evidencia ni ningún protocolo más que los resultados de un test gratuito de internet. Además, Carla recuerda haber encontrado información en la que constaba que el doctor Valencia no era un médico psiquiatra, sino psicólogo clínico que fungía como médico¹⁰, motivo por el cual prescribía medicamentos que pueden ser adquiridos sin la receta del MSP, como el Wellbutrin¹¹. Alicia, por su parte, indicó lo siguiente: “Muchos terapeutas piensan... el [doctor Valencia], por ejemplo, pensaba que su opinión era muy importante. Él decía las cosas que él pensaba porque le parecía que, por alguna razón, lo que tú tenías que hacer es creer como él y pensar como él, y eso te iba a ayudar” (Entrevista a sujeto por la autora, 1 de agosto

¹⁰ Esta información no ha sido corroborada. El sujeto indica que no recuerda cómo recibió esta información, ya que su memoria fue comprometida por el uso intensivo de medicamentos y otros tratamientos invasivos durante el periodo en que asistió a consulta con esta persona. Una búsqueda en internet solo arroja un resultado en el que se puede visualizar al supuesto doctor Valencia en una foto, bajo la cual un texto lo describe como médico psiquiatra, pero se trata de una entrevista en radio publicada en un blog informal, así que no representa prueba contundente de las credenciales académicas del profesional.

¹¹ El bupropión, comercializado como Wellbutrin, es un medicamento patentado por la empresa GlaxoSmithKline, usado comúnmente para tratar la depresión y el trastorno bipolar, pero también se emplea para tratar la adicción, especialmente a la nicotina. En Ecuador, este medicamento puede adquirirse en farmacias sin la necesidad de receta, por lo que es empleado por muchos profesionales de la salud mental para tratar casos de depresión severa. Ya que este fármaco aún tiene patente, no existe en forma genérica y su costo es bastante elevado (alrededor de USD \$45 por 30 pastillas en Ecuador).

de 2021), para expresar que no se sentía escuchada ni entendida por este profesional, y que él fallaba en darle retroalimentación adecuada a las cosas que ella le compartía.

El debate de cómo debe ser el comportamiento de un psiquiatra está enraizado en la concepción de la psiquiatría como parte del modelo biomédico (o Modelo Médico Hegemónico), que la ve como una rama de la biomedicina y, por ende, transmite ciertas expectativas de comportamiento de los profesionales de salud. Se piensa que un médico psiquiatra solo debe diagnosticar, medicar y evaluar los efectos de los medicamentos. Sin embargo, en una rama en la que las emociones de los pacientes juegan un papel tan importante, se debe considerar qué tan apropiado o ético es que un profesional de salud mental tenga este modo de tratar.

Por 12 años, Alberto ha vivido con un diagnóstico de bipolaridad que le ha costado oportunidades y agotado física y emocionalmente. Debido al estigma de la enfermedad mental, evitó por mucho tiempo buscar ayuda psiquiátrica, a pesar de que sus síntomas eran cada vez más fuertes y que estos se intensificaron durante una estancia en Argentina. Buscó la solución (fallidamente) en alternativas como la hipnosis, hasta que, de vuelta en Ecuador, sufrió un episodio de crisis que lo llevó al hospital, donde le recomendaron que visitara a un psiquiatra.

Para Alberto, el tratamiento de sus padecimientos con el modelo biomédico no ha sido fácil. Los diferentes efectos secundarios del tratamiento farmacológico le causan malestar al punto de negarse a seguirlo. Alberto marca una clara diferencia entre el método de los psiquiatras y psicólogos, y prefiere a los segundos. Desde su experiencia, considera que, si bien con los psiquiatras, “es más fresco”—como se expresa para indicar que con los psiquiatras no debe realizar el profundo trabajo emocional que con los psicólogos—el resultado no es satisfactorio. “¿Por qué te digo que es más fresco? En el sentido que a los psiquiatras vos llegas y dices ‘me siento así, asado y cocinado’, y ellos te dicen ‘sabe qué, tómese esto’. No te dicen ‘vaya a hacer deporte’, no te dicen nada... directo a la pastilla” (Entrevista a sujeto por la autora, 7 de agosto de 2021).

Alberto encontró ayuda para tratar sus padecimientos en alternativas al modelo biomédico: el deporte, la comida sana y los suplementos naturales (en conjunto con la terapia psicológica). Dice que así ha podido sobrellevar las manifestaciones de la bipolaridad al punto de dejar de

tomar medicamentos totalmente y sentirse bien. La vida sana y la actividad física han podido darle una respuesta a su insatisfacción con el diagnóstico que la medicina psiquiátrica le ha impuesto, ya que no considera sufrir de trastorno bipolar, sino de crisis emocionales. Por ende, todo el tratamiento que ha recibido, desde que empezó a asistir a consulta psiquiátrica, ha sido inadecuado.

Al hablar de su experiencia con psiquiatras, Alberto recalcó la distancia con la que la mayoría lo trataban, lo que, en su opinión, tiene que ver con su calidad de médicos: “son bien distantes, porque son médicos. Se visten de eso y quieren mantener una distancia. No se apersonan mucho, porque son médicos” (Entrevista a sujeto por la autora, 7 de agosto de 2021). Eso va de la mano con la forma de los psiquiatras de abordar los padecimientos mentales desde el modelo biomédico: Alberto considera inadecuado el tratamiento farmacológico que se le aplicó, ya que solamente aplaca los síntomas, no los aborda desde la raíz. Con respecto a los psicólogos, respondió de forma positiva que prefiere a este tipo de profesionales porque “te saca[n] todo lo que tienes [adentro]” (Entrevista a sujeto por la autora, 7 de agosto de 2021), refiriéndose al tratamiento psicológico basado en hablar y abordar los problemas a través del análisis.

Se considera que existe una dicotomía entre el tratamiento psicológico y psiquiátrico que involucra métodos de cierta forma opuestos. Existe la psicología, una forma de analizar los problemas desde las emociones, por medio del diálogo y la autorreflexión. Los terapeutas se reciben con un título en artes liberales y no pueden recetar fármacos, pero hacen uso de ejercicios que incitan a los procesos de autoconocimiento del individuo y le ayudan a desarrollar herramientas para manejar mejor aquellos problemas que le afligen. La psiquiatría, en cambio, corresponde a la medicina y, como ya se ha mencionado en este trabajo, busca una raíz biológica para los padecimientos mentales y los trata con fármacos y métodos propios del modelo biomédico, en una dinámica de enfermedad-curación que, como percibe Alberto, aplaca los síntomas, pero no los elimina por completo. Los psiquiatras estudian una carrera en medicina y se especializan en psiquiatría, lo que implica un mayor grado de preparación académica y un conocimiento especializado del funcionamiento del cuerpo y sus procesos biológicos, pero, a los ojos del público en general, esto no implica necesariamente un conocimiento de las emociones de las personas.

El tratamiento tradicional recomendado para una persona con trastorno mental severo o grave debería involucrar una combinación de tratamiento psiquiátrico y psicológico: el primero para proveer al paciente de herramientas farmacológicas para su estabilización y para darle un empuje inicial; y el segundo, para ayudarlo en el proceso de sanación a largo plazo. Por eso existe la concepción de que el psiquiatra no está en la obligación ni capacidad de dialogar con el paciente o ayudarlo a entender mejor sus emociones, sino que su labor se remite solamente a una examen de síntomas y prescripción de tratamiento farmacológico o de cualquier otro tipo de proceso de carácter biomédico, como la toma de muestras, imágenes del cerebro, exámenes, etc. Aquí también yace la idea de que el psiquiatra es frío y distante, poco empático y despreocupado. Esa concepción se encuentra arraigada entre los profesionales de salud mental de forma general. Así, resulta más fácil comprender por qué el doctor Andrade nunca hizo sentir a sus pacientes de forma cálida, ni intentó siquiera ofrecerles consejos o dialogar con ellas sobre sus emociones.

La práctica de salud mental representa una anomalía en el modelo biomédico, debido a esta mezcla de componentes que pueden, a simple vista, parecer opuestos. El gran error de la psiquiatría ha sido mantenerse dentro de la medicina, obviando el componente más importante en los padecimientos mentales: las emociones. Entonces, ¿cómo debería ser la práctica psiquiátrica? Si para la psiquiatría, la parte del cuerpo enferma o afectada es la psiquis, la práctica de ignorar las emociones está mal encaminada y resulta inadecuada y negligente. Un psiquiatra, como profesional experto en los padecimientos relacionados con las emociones, debería comprender mejor que nadie lo que implica el ejercicio de su profesión. El trato cálido, la apertura al diálogo y los consejos deberían ser igual de importantes que el análisis de síntomas y la prescripción de medicamentos. Para honrar el código de ética médica que obliga al médico a tener el más alto nivel de conducta profesional y a proporcionar un servicio médico competente, compasivo y respetuoso por la dignidad humana, los psiquiatras deben tener un trato más humano y cálido con sus pacientes. Ilustrando lo dicho, podemos recordar cómo Carla habla de la doctora Costa, y lo importante que resulta para ella que su psiquiatra sea capaz de recordar datos sobre ella, escucharle y ofrecerle perspectivas distintas a sus problemas. Estos detalles han hecho que la relación profesional entre ellas se haya podido mantener estable por algunos años, lo que para muchos pacientes de salud mental, no sucede. De la misma forma, las reacciones de las distintas pacientes del doctor Andrade ilustran que

una actitud distante, fría y limitada por el modelo biomédico, dificulta y termina por romper la relación entre doctor y paciente en el contexto de salud mental.

Los avances en salud mental comunitaria ponen un énfasis en la terapia psicológica y disminuyen el rol de los psiquiatras y los métodos asociados con el modelo biomédico, como la farmacología y los tratamientos invasivos como la TEC. Sin embargo, las experiencias de los sujetos de este estudio indican que hay muchas falencias en la práctica de psicología, especialmente asociadas con la falta de capacitación en temas de ética profesional, la falta de experiencia y credenciales suficientes que acrediten a una persona como capacitada para tratar a pacientes. Debido a la informalidad en la que subsiste la psicología en Ecuador, esta representa una opción poco viable para personas que buscan asistencia más focalizada y un tratamiento más riguroso, generalmente personas con diagnósticos graves y severos. Desde la antipsiquiatría se han desarrollado varios argumentos que cuestionan la validez de esta rama de estudio como parte de la medicina, y de su eficacia; las alternativas a la psiquiatría recaen, entonces, en el área de la psicología. En sistemas de salud precarizados como el ecuatoriano, la psicología puede representar una opción más viable tanto económicamente como por accesibilidad (existe mayor cantidad de psicólogos que psiquiatras trabajando de forma pública o privada), pero la falta de control, regulación y capacitación para los profesionales la vuelven una alternativa menos efectiva.

Un psiquiatra debe tener una vocación de servicio basada en la búsqueda del bienestar integral de las personas, el deseo de ayudar y aliviar el sufrimiento de sus pacientes. El tratamiento de la psiquis implica un compromiso mucho más fuerte con el aspecto emocional de los individuos, y los métodos de carácter biomédico no son suficientes para brindar servicios adecuados y éticos de salud mental (Perales et al. 2015). La capacidad del psiquiatra de tratar síntomas biológicos debe ir a la par con su capacidad de entender las complejidades de la psiquis, y su tratamiento debe encaminarse a combinar estos dos factores de forma eficaz. Con el desarrollo y el auge de formas de tratar los padecimientos mentales no centradas en el uso de fármacos, el trabajo de terapia psicológica toma cada vez más importancia. La renuencia de los médicos psiquiatras de involucrarse en el aspecto emocional de la salud mental representa una falla importante que dice mucho sobre su incapacidad de modernizarse y adaptarse a los cambios. La distancia con la que algunos psiquiatras tratan a sus pacientes puede ser consecuencia de la falta de vocación y de compromiso con el bienestar integral de

las personas, lo que representa una falla ética reprochable. Más aún, la formalidad del médico propia de tiempos pasados evita que los pacientes obtengan la ayuda necesaria, lo que influye negativamente en su proceso de recuperación y en muchas ocasiones, es motivo de abandono del tratamiento o de cambio de médico tratante. Esta es una de las frustraciones más grandes de los pacientes de salud mental.

Estas actitudes son consistentes con la marcada desigualdad entre las relaciones personal-internos que describió Erving Goffman en *Internados*, y corresponden a procedimientos ampliamente usados y aceptados en el modelo biomédico y el sistema manicomial para tratar a la locura, desde un marco de control social. Este tema también ha sido abordado por Michel Foucault, en su reflexión sobre el conocimiento científico usado para servir al poder. Aquí, el conocimiento científico del especialista, y en menor grado de los enfermeros y otros profesionales de la institución, representa al poder y se posiciona claramente de esta forma para someter y controlar a los internos.

De acuerdo a su análisis de lo que denomina “arqueología del saber” (Foucault 2009), el saber instituido y diseminado por instituciones académicas, el estado o los medios, es aquel que mantiene y consolida las estructuras de poder que existen en las sociedades. El modelo biomédico representa este tipo de saber, y la falta de alternativas, o la invisibilización de estas si es que llegasen a existir,¹² responde a la necesidad de preservar el saber instituido como la única verdad. Es por esto que el modelo biomédico sigue siendo el método *de facto* para el manejo de la locura y, en la figura del psiquiatra, encuentra su representante máximo.

3.4. La lucha contra la farmacología invasiva y la búsqueda de información

Los medicamentos son probablemente el pilar más importante de la atención psiquiátrica, empleados por los médicos en casos de todo tipo. Los psiquiatras, como médicos, conocen sobre farmacología y tienen la capacidad de prescribir combinaciones de medicamentos de acuerdo a su criterio, lo que les da una ventaja sobre los psicólogos y terapeutas, quienes generalmente no pueden recetar medicamentos. A inicios del siglo XX, el desarrollo de

¹²En *Hay que defender la sociedad* (2003), Foucault menciona cómo, a pesar de que el conocimiento desarrollado desde la corriente de antipsiquiatría tiene fundamentos sólidos, fue eficazmente sepultado e ignorado por la institución de la psiquiatría.

fármacos efectivos a niveles químico y neurológico, revolucionó el ámbito de la salud mental, ya que representó una alternativa económicamente viable y eficaz a las formas tradicionales de tratamiento de los padecimientos mentales, principalmente la institucionalización y los brutales métodos de manejo de los pacientes en encierro. Gracias a los medicamentos, se pudo liberar a una gran cantidad de personas con trastornos graves y severos del sistema hospitalario, y se posibilitó el tratamiento ambulatorio. Esto, aparte de ser un hito en la historia de la medicina psiquiátrica y un factor importante en la reducción del gasto público en salud mental, permitió dar un trato más humano a los pacientes mentales y abrió las puertas a iniciativas como la desinstitucionalización, ya que, al tratar con medicamentos una gran cantidad de padecimientos para los que antes se confinaba indefinidamente a los individuos, los hospitales empezaron a descongestionarse y la necesidad de estas grandes estructuras empezó a cuestionarse.

Los medicamentos de uso psiquiátrico constituyen uno de los aspectos más polarizados y difíciles desde la perspectiva de los pacientes, ya que conllevan una serie de riesgos y efectos secundarios que, en muchos casos, son igual de trascendentales que sus beneficios. Los medicamentos psicotrópicos afectan directamente al sistema nervioso y alteran la composición química del cerebro, lo que puede tener una amplia gama de repercusiones en el resto del organismo. Por ello, no solo es necesario sino también ético, que los médicos psiquiatras, como expertos en farmacología, comuniquen a los pacientes antes de empezar el tratamiento todos los efectos secundarios posibles de cada uno de los medicamentos que prescriben. Dichos efectos pueden llegar a impedir la ejecución de tareas básicas de la vida normal de una persona, como el conducir y operar maquinaria, ingerir alcohol, concentrarse, entre muchas otras; además de causar complicaciones severas que pueden tener consecuencias mortales. No obstante, esta es una de las fallas en las que más incurren la mayoría de médicos psiquiatras en Ecuador, lo cual generalmente tiene resultados negativos para los pacientes, como la suspensión del tratamiento.

En la casa de Fernando, los medicamentos son indispensables para el diario vivir; tanto él como su madre, Patricia, los toman a diario como parte de su tratamiento del trastorno esquizoafectivo y la depresión, respectivamente. Fernando, de 27 años, empezó su tratamiento hace 8 años, inicialmente con un diagnóstico de esquizofrenia producto de un problema afectivo que le causó una crisis fuerte. Hasta 2020, había podido evadir la hospitalización y

manejar su padecimiento de forma ambulatoria principalmente con fármacos. Patricia, por su parte, dice haber sentido síntomas de depresión desde que era una niña. En la actualidad tiene 58 años, pero empezó su tratamiento con un psicólogo a los 42 años, quien le recetó fluoxetina¹³ para tratar un episodio de depresión grave que inició durante su último embarazo. Posteriormente, fue remitida a un médico psiquiatra, ya que el psicólogo no podía prescribir otros medicamentos, y el efecto de la fluoxetina fue notorio pero corto.

Ambos consideran que los medicamentos han sido positivos para su bienestar y parte crucial de su tratamiento; indican que sí sienten mejoría en su salud directamente asociada al consumo de psicotrópicos. En efecto, los médicos les han indicado a los dos que su tratamiento farmacológico es de por vida. Pero ambos tratamientos también han tenido un efecto secundario difícil de obviar: el incremento de peso. Al preguntarle a Patricia si los medicamentos le causan efectos secundarios fuertes, lo primero que respondió fue que el subir de peso ha afectado bastante su autoestima. Fernando, una persona originalmente de contextura muy delgada, también menciona el cambio de peso como uno de los efectos adversos más incómodos de los medicamentos:

Para alguien que ha sido tan flaquito todo el tiempo, cuando empiezas a subir de peso, te pones medio feliz [...] pero después me fui dando cuenta de que había subido bastante y tengo estrías en todo el cuerpo. Si bien el doctor sí dijo “mantente activo, haz ejercicio”, estas cosas, al fin de cuentas no es algo que yo controlé y sí me afectan. Tengo la autoestima bajísima y ver mi cuerpo estirado y remangado sí es algo duro (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de junio de 2021).

Los cambios de peso son de los efectos más comunes de los fármacos psicotrópicos, ya que gran parte de estos actúan en el hipotálamo, la región del cerebro que regula el apetito. Esto es

¹³La fluoxetina, más conocida por su nombre comercial, Prozac, es uno de los medicamentos psiquiátricos más recetados en el mundo. Es del tipo ISRS, o Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina, y es usado para tratar el trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros. Comparados con otras clases de fármacos de uso psiquiátrico, los ISRS tienen efectos secundarios menores, pero entre los más comunes están somnolencia, dificultad motora, visión borrosa, y muchos más. En Ecuador, es un medicamento que se obtiene con receta médica, pero al no ser sujeto a fiscalización, no requiere la receta especial del MSP, por lo que las personas lo pueden adquirir libremente en las farmacias del país, sin necesidad de receta médica alguna en la mayoría de los casos.

especialmente real en el caso de los antipsicóticos como la clozapina,¹⁴ uno de los medicamentos prescritos a Fernando. Este efecto es tan común, que es de conocimiento general hasta entre personas que no sufren de padecimientos mentales, y hasta tiene representaciones en los medios y la ficción.¹⁵

Fernando y Patricia no son los únicos en este estudio que han tenido que lidiar con cambios drásticos de peso. Alberto experimentó un incremento de peso sustancial después de empezar su tratamiento farmacológico, lo que ahondó su cuadro depresivo y desembocó en su primera estancia en un hospital. El aumento de peso es uno de los motivos para que haya abandonado su tratamiento y decidido manejar su padecimiento con ejercicio, alimentación y un estilo de vida sano. Uno de los motivos principales para que Carla tomara la decisión de cesar su tratamiento farmacológico—a pesar de la clara mejoría en sus síntomas—fue el haber ganado 25 libras en menos de un año. Este cambio fue gradual, por lo que no pudo identificarlo de inmediato y, al hacerlo, le causó tal impresión que decidió dejar por completo los medicamentos. El aumento de peso también le afectó la autoestima de forma severa. Ella sí tenía algo de experiencia con cambios de peso causados por fármacos psicotrópicos: cuando empezó su tratamiento con clonazepam bajó tanto peso que llegó a pesar menos de 100 libras, lo que significó un cambio radical en su apariencia. La diferencia es que el aumento, contrario a la pérdida de peso, es sujeto de más críticas a nivel social y, para una mujer, el subir de peso generalmente causa mucho más malestar que el bajar. Lo mismo pasó con Alicia, quien en sus últimos dos años de tratamiento farmacológico ha ganado peso de forma significativa, lo que también le ha causado problemas de autoestima. De igual forma, Isabel indicó que uno de los efectos secundarios más molestos de sus medicamentos es el incremento de peso. Sin duda alguna, el problema del peso no es exclusivo de las mujeres, pero sus efectos negativos, asociados a las concepciones nocivas de la sociedad con respecto al cuerpo, son más visibles en las mujeres.

Fernando sí recibió de su psiquiatra algo de información sobre este efecto secundario, manifestado en su recomendación de que se mantuviera activo e hiciera ejercicio. Sin

¹⁴La clozapina es uno de los fármacos más comunes en el tratamiento de la esquizofrenia. Se debe usar de forma controlada debido a su alta toxicidad y tiene entre sus efectos adversos el aumento de peso y triglicéridos, y la somnolencia.

¹⁵Por ejemplo, en la sexta temporada del popular show de Netflix, *Bojack Horseman*, Diane (uno de los personajes principales) empieza tratamiento con fármacos para la depresión, lo que en el curso de dos meses tiene como consecuencia una subida considerable de peso.

embargo, este es el único caso de todos los antes mencionados en el que el médico abordó este tema dentro de la consulta. En parte, esto puede deberse a que los efectos secundarios de los medicamentos no son generalizados y, así como existen pacientes que experimentan muchos efectos, algunos no experimentan mayores cambios. No obstante, al ser este uno de los efectos secundarios más comunes en pacientes de todo tipo, los médicos deberían discutir las posibilidades de experimentarlos con todos sus pacientes indiscriminadamente, especialmente dado que, en contextos de trastornos emocionales severos, la autoestima juega un papel importante en el estado de ánimo de las personas, y una afectación de este tipo puede tener consecuencias negativas y hasta fatales. Más aún, el aumento de peso y la afectación emocional que este conlleva, pueden ser causales para que los pacientes abandonen el tratamiento de golpe, lo que también implica riesgos para su salud, además de un retroceso en su recuperación que puede culminar en episodios de crisis o rebrote de síntomas. El dejar de tomar medicamentos abruptamente puede causar síndrome de abstinencia, daño neurológico, mayor propensión al suicidio, entre otros. A largo plazo, el no manejar ciertos trastornos farmacológicamente puede agravar los síntomas, causar crisis severas y, en general, afectar negativamente a la persona.

La gravedad de la falta de información en estos temas puede entenderse de mejor forma si consideramos efectos secundarios más serios, pero igual de comunes. Primero, podemos analizar la alta incidencia de suicidio que se da en personas que consumen medicamentos psicotrópicos, como mencioné anteriormente en los relatos de Carla e Isabel. En efecto, el primer intento de suicidio de Isabel se dio con medicamentos, según ella por la falta de sueño, un efecto común de muchas condiciones de salud mental. Los psicotrópicos, en muchas ocasiones, favorecen al sueño, ya que algunos tienen efectos sedantes e hipnóticos. Pero, al inducir al sueño de forma artificial, la dependencia que desarrolla el cuerpo a ellos puede volverlos insuficientes a mediano plazo, lo que los médicos generalmente solucionan aumentando dosis o complementando con otros medicamentos para favorecer el sueño. En esta ocasión, Isabel no había podido dormir por varios días, a pesar de haber tomado sus medicamentos. En su búsqueda de descanso, ingirió una cantidad exagerada de pastillas, lo que le indujo el sueño por más de 24 horas. Fue llevada a emergencias por su familia, donde le hicieron algunas preguntas para determinar que el evento había sido un intento de suicidio. Ella difiere, y sostiene que lo único que buscaba era dormir. Sin embargo, los efectos nocivos de los medicamentos quedan en evidencia de mejor forma en su segundo intento de suicidio.

De este, Isabel no tiene recuerdos muy claros. Lo único que recuerda es que había tomado sus medicamentos antes de dormir y que su esposo se encontraba en la sala viendo televisión, después de dejarla dormida en su cama. Lo siguiente que recuerda, muy borrosamente, es estar en el área de emergencias del hospital, donde ingresó por haberse cortado las venas. De nuevo, las motivaciones de Isabel no están claras ni para ella misma, ya que no estaba consciente en el momento de haber llevado a cabo el acto, ni recuerda nada de lo que su familia le cuenta que había sucedido ese día: “Hasta ahora es algo que me da vergüenza un montón porque no lo puedo explicar” (Entrevista a sujeto por la autora, 29 de abril de 2021).

Isabel atribuye este doloroso evento a un cambio en su medicación que se había llevado a cabo algunos días atrás; sostiene que, si bien no se encontraba en un momento particularmente bueno, tampoco puede entender conscientemente qué la motivó a intentar acabar con su vida. Lo que sí recuerda es que su estado de ánimo había empeorado a causa del cambio de receta, ya que en esa ocasión había dejado de tomar algunos medicamentos de golpe y estaba empezando un nuevo tratamiento. Gran parte de medicamentos psicotrópicos empiezan a tener efecto después de alrededor de dos semanas desde el inicio del tratamiento, y esas dos semanas son cruciales, ya que aumentan la predisponibilidad de las personas a crisis depresivas e incluso el suicidio, como en este caso.

Como consecuencia de estos dos incidentes, Isabel no puede manipular los medicamentos libremente, sino que debe depender de que su esposo, quien los mantiene en un lugar fuera de su alcance, se los dispense todos los días. Esto, a más de ser un golpe a su independencia y autosuficiencia, la revictimiza y coloca en una posición de indefensión en la que no es tratada como un adulto capaz de actuar responsablemente, sino como una persona desvalida que requiere de cuidado especial y no puede manejarse sola.

Fernando también ha experimentado los efectos adversos de los psicotrópicos de varias formas. Desde el año pasado, para controlar una crisis de ansiedad fuerte y síntomas de TOC, su médico le prescribió Anafranil,¹⁶ un fármaco que no había tomado antes. Uno de los efectos que este medicamento ha tenido en Fernando es la aparición de espasmos y movimientos involuntarios que evolucionaron a convulsiones. Inmediatamente después de

¹⁶La clomipramina, conocida en el mercado como Anafranil, es un antidepresivo tricíclico que se usa para el control del TOC, los pensamientos obsesivos y las acciones repetitivas. Uno de sus efectos secundarios severos más comunes son las convulsiones y el aumento de la ideación suicida.

este evento, Fernando alertó a su médico y este le realizó un cambio en su receta, añadiendo el fármaco carbamazepina.¹⁷ Después, se le recetó risperidona como reemplazo de la clozapina que había tomado por un periodo prolongado y que había tenido resultados favorables en su salud. La risperidona le causaba somnolencia extrema, al punto de no poderse mantener despierto durante el día y no poder hablar en ocasiones, y fue el detonador de una crisis con ideación suicida que, sumada al resto de efectos mencionados, significó un retroceso en su tratamiento: “Ahí me regresaron muchos de los problemas que tuve... un trastorno esquizoide que es como esquizoafectivo, porque tienes un medicamento que controla el trastorno base y en mi caso esa era la clozapina, y al cambiarlo por la risperidona arruinaron todo” (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de junio de 2021).

En la actualidad, los temblores no se han disipado y Fernando debe tomar un medicamento para controlarlos. Hasta la fecha de la última entrevista con él, estaba en proceso de agendar una cita con un neurólogo, ya que los espasmos y temblores se estaban haciendo cada vez más difíciles de controlar. Todavía falta el diagnóstico oficial de un médico especialista en este tema, pero dado que los temblores y espasmos fuertes iniciaron a raíz del cambio de medicación, y que este tipo de reacciones son comunes a los psicotrópicos, es claro que este es un efecto secundario de los medicamentos. Fernando sostiene que, en este último año, los espasmos se han vuelto mucho más difíciles de manejar, y le dificultan tareas comunes del diario como escribir, agarrar objetos o firmar. Cuando le pregunté si su médico le había informado sobre los efectos secundarios o tomado medidas para manejar esta situación, Fernando indica que, al avisarle sobre la gravedad de los espasmos, su médico se había disculpado con él y que está pendiente una visita en la que discutirían reemplazos para el fármaco (risperidona) que le estaba causando estos problemas. Fernando siente que, con eso, su médico ha actuado bien y está satisfecho, a pesar de que los temblores y espasmos cada vez empeoran.

Podemos imaginar la dificultad de manejar ciertos trastornos sin la ayuda de los medicamentos. Está claro que los medicamentos sí proveen una necesaria ayuda para controlar las manifestaciones de los padecimientos mentales. Sin embargo, el enfoque biomédico predominante en salud mental hace que los medicamentos, en vez de ser usados

¹⁷La carbamazepina es un medicamento anticonvulsivo usado para el tratamiento de la epilepsia y el dolor neuropático. Al igual que la clomipramina, sus efectos secundarios más comunes son el aumento de los pensamientos suicidas, afectaciones en la coordinación motora, entre otros.

como soporte en un proceso integral de recuperación del individuo, sean usados como la pieza primordial del tratamiento. Es así como nos encontramos con excesos de medicamentos, o como lo ocurrido con Fernando, casos en los que se trata de arreglar los efectos adversos de un medicamento con varios otros, lo que puede producir una reacción en cadena que mantenga al paciente sobremedicado y acarree una serie de problemas ya no relacionados con el padecimiento en sí. Para controlar una crisis de pensamientos obsesivos, se le recetó a Fernando un medicamento que tuvo efectos neurológicos graves en su organismo. Al ver esto, el médico le recetó dos medicamentos más, ambos con el riesgo de ocasionar los mismos tipos de efectos secundarios que el anterior. Actualmente, Fernando no ha podido recuperarse de los efectos secundarios de los medicamentos pero, a pesar del daño neurológico que estos le están causando, su médico no considera suspenderlos, sino cambiar un fármaco por otro. Tampoco considera tratamientos alternativos que manejen el síntoma inicial, o sea, los pensamientos obsesivos, como la terapia conductual o cognitiva.

El problema de sobremedicación afecta a casi todos los pacientes de salud mental. Al hablar de los medicamentos y su futuro, Isabel muestra frustración y desesperanza en su rostro. Dice sentirse cansada de los medicamentos, pesada y somnolienta. Cada cierto tiempo, su médico debe ajustar su receta, ya que su cuerpo desarrolla resistencia a los fármacos y el efecto deja de ser el deseado. Cuando le pregunté si había hablado con su médico sobre cesar el tratamiento farmacológico, dijo que no lo ha hecho porque no considera que sea una opción a la que el médico estaría abierto, pero que ha considerado algunas cosas por su cuenta, con efectos poco alentadores, como el THC.¹⁸

Alicia ha cesado su tratamiento debido a los efectos secundarios que le han causado (entre los cuales recuerda temblores y entumecimiento de algunas partes del cuerpo) en varias ocasiones, y aunque en la actualidad sí los toma, espera algún día dejar de hacerlo. Considera que los médicos deberían hablarles a sus pacientes sobre los riesgos de los medicamentos y sobre la posibilidad de no medicarse. En su experiencia, ningún médico le ha ofrecido información sobre los fármacos ni sobre sus opciones, y su búsqueda de un profesional que le

¹⁸El tetrahidrocannabinol es el componente psicoactivo encontrado en el cannabis, o la marihuana. En la actualidad, se está estudiando su uso como analgésico y relajante—especialmente en enfermedades mentales, pero su uso no se encuentra regulado y aún no existe evidencia científica para su uso en tratamiento médico.

proporcione esta información es una de las razones por las que ha sido atendida por una gran cantidad de médicos.

Yo quería un psiquiatra que le importe de verdad lo que yo opino, porque yo soy la persona que tiene que tomar estos medicamentos y yo quiero elegir si los tomo o no, porque la final si es que yo no los quiero tomar, yo soy la que tiene que pagar las consecuencias. Pero igual, si los tomo, yo también soy la que tiene que pagar las consecuencias y para mí es importante decir “no quiero tomar este medicamento, quiero otra opción”, y que esas cosas sean escuchadas (Entrevista a sujeto por la autora, 1 de agosto de 2021).

El verdadero problema de fondo es que el tratamiento psiquiátrico, con enfoque principalmente farmacológico, funciona para aplacar ciertos síntomas, pero las condiciones subyacentes del padecimiento siguen existiendo y la calidad de vida de las personas no parece mejorar mucho gracias a ellos. Todos los sujetos de este estudio han afirmado que los medicamentos (algunos más frecuentemente que otros) han sido de ayuda para el manejo de ciertos síntomas y que, como parte del tratamiento, cumplen su función. Sin embargo, los efectos secundarios que causan tienden a ser igual de poderosos que sus efectos positivos y, en muchos casos, han sido más fuertes que los medicamentos, al punto de influir en el tratamiento y ser causa de su suspensión. La falta de comunicación de los médicos con respecto a estos temas y de opciones para tratar los trastornos mentales encierra a los pacientes en un solo curso de tratamiento que no cuenta ha tenido efectos notables en su salud. Esto, sumado a la actitud poco abierta y fría que toman los profesionales, y su incapacidad de involucrarse con los individuos a un nivel más cercano, hace que la comunicación sea pobre y que no aborde un tema crucial en términos de derechos de los pacientes: el derecho a la información. De esta forma, los efectos secundarios, sean estos leves o severos, son experimentados por los pacientes sin ellos saber lo que les pasa o qué los está causando, lo que afecta negativamente su salud de forma tanto biológica como emocional. Más allá de la efectividad de los medicamentos, el hecho de que no se comuniquen en detalle sus efectos y las reacciones adversas a ellos y, especialmente, que no se exploren alternativas a los fármacos para el tratamiento de los padecimientos mentales, son fallas en las que incurren los especialistas de salud mental con mucha frecuencia. Según Alicia, esto tiene que ver con la forma desapegada de los psiquiatras de tratar a sus pacientes:

Creo que en general a los psiquiatras no les interesa educarte. Tampoco creo que ellos saben, creo que no se toman la molestia de cachar cuáles son los efectos secundarios del medicamento porque no creo que les interese, o sea, no les pasa a ellos, ellos no los están tomando [...] (Entrevista a sujeto por la autora, 1 de agosto de 2021).

En este punto, podemos decir que el analizar los efectos secundarios, advertir sobre ellos y dar recomendaciones de alternativas al paciente (entre las que se deberían incluir formas de tratamiento sin medicación o con una cantidad mínima de medicamentos) es labor de los médicos, pero esto casi nunca pasa. En todos los casos expuestos, los médicos han indicado a sus pacientes que el tratamiento farmacológico debe durar toda la vida y no han discutido alternativas o la posibilidad de cesarlo en algún punto. Esto incide negativamente en la recuperación de los sujetos, ya que introduce nuevas manifestaciones y nuevos problemas que, en general, se intentan resolver con más medicamentos. Los sujetos eventualmente se sienten cansados de estar medicados, su cuerpo ya no reacciona a los fármacos de la misma forma, lo que hace que se deban aumentar las dosis; los efectos secundarios a veces son debilitantes y alteran negativamente la calidad de vida de las personas. Además, con el tiempo, el tratamiento pierde el efecto de mejoría experimentado al inicio. Pero al no tener alternativas y no recibir la información necesaria sobre su tratamiento por parte de los médicos, los pacientes se encuentran acorralados en un modelo poco efectivo, que tiene una fuerte carga sobre el organismo y que puede tener efectos negativos duraderos, pero que actualmente es la única forma de encontrar un tipo de solución a sus padecimientos.

3.5. La experiencia de institucionalización

Las instituciones mentales han sido escenario de algunas de las violaciones de derechos humanos más crueles en la historia de la psiquiatría. En ellas, se puede evidenciar de forma más clara la situación de olvido y desposesión que apaña a la salud mental, especialmente en países como Ecuador, donde los sistemas de salud se encuentran en condiciones perpetuas de precariedad y donde la salud mental no es una prioridad para el estado. En Ecuador, existen pocos establecimientos públicos de hospitalización psiquiátrica, y estos generalmente se encuentran sobrepoblados por personas en situación de abandono y con pocas posibilidades de salir. Existen, entonces, varios establecimientos privados (algunos tienen convenios con la salud pública) que ofrecen servicios de hospitalización con una duración de hasta seis meses, de acuerdo a las indicaciones del médico tratante. Para las personas en situaciones de

emergencia que cuentan con recursos para costear una estancia en una clínica privada, estas son una opción ante la falta de atención del estado a la infraestructura de salud mental del país. No obstante, la mayoría de ecuatorianos no cuentan con seguridad social¹⁹ ni los medios para costear este tipo de tratamiento de forma privada, por lo que deben acudir a los servicios públicos de hospitalización.

3.5.1. Los hospitales públicos

Como profesional de la psicología, Soledad tiene muchas historias que contar sobre la práctica de salud mental en Quito. Realizó varias visitas al antiguo Hospital San Lázaro de Quito durante sus estudios de pregrado, como parte de sus prácticas preprofesionales. Motivada por una profesora (la única en la facultad) que tenía una postura de antipsiquiatría y desinstitucionalización, empezó a estudiar la situación de los internos del hospital y a tratar de mejorar un poco su calidad de vida, la mayoría de veces escabulléndose de manera secreta dentro del hospital para poder llevar a cabo ciertas actividades lúdicas con ellos. De esta forma, Soledad pudo corroborar el argumento principal de su profesora: que, en los hospitales psiquiátricos, las personas no tienen derechos. Una de las primeras cosas que el paciente pierde al entrar por las puertas del hospital es su derecho a la privacidad y autonomía, y con ellos se va diluyendo la humanidad de las personas poco a poco: “[E]s un área donde el argumento del paciente no es tomado como argumento, sino como síntoma. Todo está en [su] contra” (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de mayo de 2021).

La vida dentro del hospital, como la describe Soledad, corrobora los estudios realizados por Erving Goffman, en los que la institucionalización es representada como un régimen que reglamenta y controla todo aspecto de la existencia de los pacientes, donde no existe la privacidad ni la individualidad, y donde las personas no pueden ejercer sus derechos fundamentales de pacientes, como el derecho a la información y al consentimiento informado. Pero esta descripción también nos remonta a ciertos pasajes de *Historia de la locura* de Foucault, en los que se describe a las instituciones como lugares de tortura y encierro permanente para todos aquellos individuos que no encajasen dentro de la sociedad. No existe

¹⁹El IESS es el único seguro del país que cubre salud mental, tanto en consulta externa como en hospitalización; algunos de los hospitales de la red del IESS en Guayaquil y Quito cuentan con áreas para hospitalización psiquiátrica y, por medio de convenios, pueden también dar atención de este tipo en clínicas privadas.

un plan de reinserción para los internos, el hospital actúa como un espacio de contención de indeseables, aun si estos tuvieran altas expectativas de recuperación. De hecho, cuando el Hospital San Lázaro se desmanteló y se mudó a las instalaciones del nuevo Hospital Julio Endara, y para dar la idea de que en esta nueva infraestructura no había problemas de hacinamiento, Soledad indica que se expulsó a muchos pacientes a la calle, sin proporcionarles las herramientas para reinsertarse ni brindarles asistencia de ningún tipo para desenvolverse fuera del hospital.

En la estructura hospitalaria, no existe división de acuerdo a trastornos, lo que significa que pacientes con rasgos violentos, daño neurológico o problemas de socialización conviven junto a personas con trastornos menos severos, y con personas judicializadas.²⁰ Esto no solo entorpece los procesos de recuperación de las personas, sino que también las expone a peligros y otras situaciones no deseadas. Las rutinas a las que son sometidos los pacientes son crueles y consistentes con los métodos antiguos (o medievales, como los llama Soledad) de tratamiento de la locura, como la de obligarlos a despertar a las 5 de la mañana todos los días y tomar duchas de agua fría, o la de mantener a los pacientes “en el piso con la mierda” (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de mayo de 2021), sin realizar actividad alguna, para que pasen el día en el sol. Lo último, Soledad cuenta, después tuvo que reducirse a solamente 15 minutos al día, debido a las graves quemaduras y otros problemas de piel que presentaban los internos como consecuencia de pasar el día “como iguanas” (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de mayo de 2021) bajo el inclemente sol quiteño. No hay actividades de recreación, los pacientes no tienen formas de distraerse ya que no existen actividades artísticas u ocupacionales,²¹ no hay ejercicios ni movimiento. El único momento del día en el que sucede algo y, según Soledad, la única actividad alrededor de la cual se desenvuelven los días en la

²⁰En los hospitales psiquiátricos del estado, también se encuentran recluidas personas que, dentro del sistema judicial ecuatoriano, han sido declaradas como culpables de crímenes—como violación o asesinato—debido a afectaciones mentales. En el antiguo Hospital San Lázaro, según testimonio de Soledad, las personas judicializadas (la mayoría, hombres) sí tienen una sala separada para dormir, pero en sus actividades diarias conviven con el resto de internos de forma indistinta.

²¹El sujeto indica que, en algún momento, sí existieron talleres ocupacionales en el antiguo Hospital San Lázaro, pero que, en los últimos años, estos se eliminaron debido a varios cortes presupuestarios. En el actual Hospital Luis Endara, existen algunos programas de terapia física, ocupacional, psicológica y de arte, dirigidos a la reinserción de los pacientes.

institución, es la hora de comer. Esto mantiene a las personas en una dinámica monótona y deshumanizada que facilita el seguimiento de reglas y, por ende, su control.

Esta reglamentación de todo aspecto de la vida de las personas se da por la infantilización que sufren cuando entran al hospital, al ser considerados como incapaces de tomar decisiones propias.

No hay un acompañamiento, la mirada es totalmente del siglo XIX. No entienden la medicina sin la psicología y los profesionales que están ahí son los típicos que te miran desde una mirada de... como si uno fuera un pequeño niño malcriado que se lanzó donde el vecino a robar la pelota (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de mayo de 2021).

Esta infantilización abre paso a una serie de humillaciones a las que son expuestos los internos en el diario vivir, las que Soledad pudo ejemplificar en el trato que se da a las personas indígenas o de provincia. No existen intérpretes del kichwa en el hospital y las personas que no hablan español son humilladas por no poder expresarse en esta lengua; nadie les explica cómo funcionan los servicios y cuando ellos acuden, generalmente movilizándose desde el campo, son maltratados por no haber comprendido las instrucciones o las fechas.

Soledad pudo experimentar a fondo estas vivencias cuando en 2018 fue internada en el nuevo Hospital Luis Endara por un intento de suicidio relacionado con su diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Hasta la actualidad, son recuerdos que prefiere no tener, el hablar de ellos durante la entrevista le hizo notar que su esfuerzo por eliminarlos de su memoria había funcionado y que algunos de los detalles más fuertes ya se le escapaban. No obstante, Soledad considera que su posición de mujer blancomestiza de clase media y con educación universitaria, el no tener un trastorno que comprometiese su conciencia, y el hecho de haber conocido al personal durante sus visitas años atrás, le evitaron ciertos maltratos a los que el resto de internos eran sometidos regularmente. Recuerda que el trato hacia ella era distinto al trato que se daba, por ejemplo, a las personas indígenas: “a mí no me tratan mal porque yo me puedo expresar porque además trataba de ir lo mejor presentable y tal” (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de mayo de 2021).

Como profesional de la salud mental, como creyente de que el modelo biomédico no surte efectos positivos en las personas, y como paciente que ha experimentado la institucionalización de primera mano, Soledad pudo expresar claramente los efectos de este

tipo de tratamiento en las personas. Primero, la sobremedicación que no tiene ningún objetivo a largo plazo más que el de mantener a las personas en un estado de sedación continua; la desidia y frialdad con la que el personal, especialmente las enfermeras y los médicos, tratan a los internos, y la constante revictimización de los internos a través de la infantilización a la que son sometidos, al no ser considerados como seres autónomos y capaces de decidir por sí mismos. Esto se puede ilustrar en una de sus primeras experiencias en la institución, un intercambio entre una de las enfermeras del pabellón y ella:

Nadie sabía que yo estaba realmente recién interna [...] Como yo estaba [...] simplemente era una nota de [decirme] “loca, come” y yo no podía caminar y no me creían que no podía caminar. ¿Cómo voy a poder caminar si tenía tantas pastillas para dormir? Yo me levanto a las 5 de la mañana y no me desmayé, pero creo que mi cuerpo simplemente no podía moverse y me caigo. Entonces le digo [a la enfermera] ‘no, no puedo levantarme’. Encima ni siquiera podía hablar bien. Y me dice “¡No, tienes que levantarte!” O sea, era una nota que no entiendo, no estoy en un colegio militar, entré por un intento de suicidio. ¿Me tienes que tratar mal para que a mí se me quede de experiencia no volverlo a hacer? La cuestión es que ya porque me vio suplicándole en el piso llorando que no puedo levantarme, ni siquiera sé dónde estoy porque creo que a mí me internaron de noche y a las 5 de la mañana ya [me tocó] levantarme y yo realmente no sabía dónde estaba. Solo sabía que no podía moverme, que una *man* me estaba gritando y [pensaba]: ‘esto se siente muy real, esto parece que sí es verdad, pero no me puedo mover’. Ya de la pena [me dice]: “Ya, ya, acuéstate. Pero acuéstate tú misma”. Tuve que irme arrastrando a la cama a botarme. Pero como son unas malditas [...] por cualquier cosa es “ay, así has de estar de vaga en la casa, ¿no?” [...]

Yo me acuerdo que no sé por qué, yo cogí el mecanismo de defensa de ‘ay, mejor tiendo la cama’ y no me correspondía tender la cama, pero fue como instinto porque claro, como la *man* me trataba mal, yo dije, ‘capaz, si le agrado me va a tratar mejor’. Así de sedada estaba, porque en otro mundo habría dicho ‘no loca, hay derechos’. De hecho, yo sabía que tenía derechos, pero en ese momento me olvidé. Entonces, voy tendiendo la cama y me empieza a insultar: “¡Mamarracha, así has de tender la cama en tu casa!” Y era obligación de ella llegar y tender la cama de toda la habitación porque tiene que cambiar las sábanas... (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de mayo de 2021).

Este es uno de los relatos de la experiencia de Soledad que describen de mejor forma la negligencia sistemática que se da en las instituciones psiquiátricas públicas. La falta de presupuesto para invertir en salud mental hace que no exista capacitación para el personal en

materia de derechos humanos o actualización de sus prácticas. Esto, sumado a factores propios del oficio, como el cansancio, la mala remuneración y la falta de rotación del personal (debido a la poca cantidad de profesionales especializados en salud mental que existe en el país), hace que el personal se vuelva duro y grosero con los pacientes. Si a esto se le añade el despojo de derechos que sufren los internos, las acciones del personal existen con un tipo de impunidad en la que nunca pensarían que existen repercusiones a estos maltratos. Justamente, la desinstitucionalización y la salud mental con enfoque comunitario intentan combatir este tipo de situaciones y, desde el estado, la comunicación indica que se hacen esfuerzos para llegar a este punto, pero la práctica difiere totalmente con este relato.

3.5.2. La institucionalización privada

Debido a la mala calidad de los servicios públicos de hospitalización psiquiátrica y al estigma alrededor de ellos y de la enfermedad mental, las clínicas privadas son una opción para las personas que cuentan con medios para costear el tratamiento de sus padecimientos de forma más discreta y especializada. Generalmente, las personas que son hospitalizadas en clínicas privadas ya llevan tratamiento con algún especialista privado, quien las deriva a hospitalización por periodos determinados, para contrarrestar crisis o para dar seguimiento a síntomas que se mantienen a pesar de los fármacos. El criterio del psiquiatra y las posibilidades económicas son los factores más importantes en la decisión de hospitalizar a alguien de forma privada, sin los trámites burocráticos o los problemas de disponibilidad de espacios que existen en los hospitales públicos. La mayoría de personas que buscan hospitalización psiquiátrica privada lo hacen esperando mejor calidad y cuidado, seguimiento individualizado y una experiencia menos traumatizante que lo que imaginan que representa una estancia en un hospital psiquiátrico público. Efectivamente, las experiencias sí son distintas, pero no por ello dejan de ser problemáticas.

Durante el último tercio de su vida adulta, Alberto ha experimentado los abates de su padecimiento (bipolaridad). En dos ocasiones, se encontró hospitalizado. La primera vez, fue hospitalizado por tres semanas en una de las clínicas psiquiátricas privadas más reconocidas de Quito, el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de las Hermanas Hospitalarias. La segunda vez, estuvo internado por un mes en el área psiquiátrica del Hospital Carlos Andrade Marín, del IESS. Lo que más recuerda de estas experiencias es el sentirse aislado: “[E]s triste

estar ahí metido. Es feo porque te sientes hecho pedazos, como que no perteneces... que no eres normal, que eres anormal” (Entrevista a sujeto por la autora, 7 de agosto de 2021).

El aislar a las personas y alejarlas de su comunidad es uno de los argumentos con más peso contra el modelo hospitalario psiquiátrico. Al no estar en su entorno, cerca de sus allegados, y entrar a un mundo de encierro y control, las personas muchas veces desarrollan cuadros de depresión y ansiedad como respuesta, lo que tiene el efecto contrario a la recuperación que se supone deben experimentar. Para Alberto, el encierro representa alienación, lo que solo refuerza las emociones negativas propias de su trastorno.

Es como hacerte sentir que vos no eres normal, que no formas parte de la Tierra, del mundo, es horrible. El ser humano por sí desde sus orígenes es sociable, necesita estar socializando con las personas, así no quieras. Es normal para un ser humano, así tengamos nuestras creencias, seamos lo que sea, es normal que una persona sienta la necesidad de socializar con otras personas... ¿Y qué te cataloguen como que no vales la pena? No pues, tampoco así (Entrevista a sujeto por la autora, 7 de agosto de 2021).

Las clínicas privadas, por tener menos regulación y, por ende, no necesitar adherirse a los estándares médicos de la salud pública, podrían ser los espacios donde se brinde tratamiento con enfoque distinto al biomédico. Este, lamentablemente, no es el caso. La mayoría de clínicas siguen el mismo modelo de tratamiento basado en la medicación y la hospitalización. Debido al factor económico que las rige, las clínicas privadas normalmente ofrecen mejor infraestructura, servicios de recreación, más personal y, en teoría, atención integral e individualizada; características destinadas a hacer que la experiencia parezca mucho más amena y menos violenta de lo que se cree—como un tipo de spa para vacacionar, pero con médicos y salas de electroshock.

Como mencioné, en el sector privado, la hospitalización de un o una paciente queda casi enteramente a discreción del médico. Este decide, casi siempre unilateralmente, que un paciente debe ser internado, y si el paciente cuenta con los medios para costear la estancia, puede ingresar a las instalaciones el mismo día.

Contrario a la mayoría de personas que participaron de este estudio, Fernando tiene una relación de confianza con su psiquiatra. El haber pasado por algunos doctores que tuvieron formas poco amigables de tratar, hace que el haber encontrado a su actual médico le parezca

una fortuna en un entorno en el que la mayoría de personas en su misma situación no tiene tanta suerte. El médico de Fernando es relativamente joven, con estudios recientes realizados en Europa y años de experiencia como parte de una familia de profesionales de salud mental muy reconocida en Quito: es el hijo del doctor Andrade que trató a Carla, Isabel y Alicia. Fernando comenta que su médico ha sido comunicativo y cuidadoso con su tratamiento, a pesar de en estos momentos encontrarse batallando contra los efectos adversos de los medicamentos que él le recetó.

Como Fernando es afiliado al IESS, su médico le sugirió internarse para obtener medicamentos de forma gratuita, gracias a un convenio que cubre la hospitalización y permite a los pacientes recibir medicamentos hasta después de esta. Fernando toma varios medicamentos de forma continua, algunos de estos no cuentan con versiones genéricas y su precio puede llegar a ser muy alto; sumado este rubro al de la consulta, el gasto por el tratamiento de su salud mental mensual es bastante elevado y hasta la actualidad sigue siendo costado por sus padres. Por esta razón, y debido a la fragilidad de su estado emocional como consecuencia, entre otros factores, de la muerte de su tía por COVID en diciembre del año pasado, Fernando accedió a la sugerencia de su médico de internarse por un mes. Fue derivado a la clínica del doctor Andrade (padre), la cual mantiene un convenio con el IESS desde hace varios años.

La forma en la que las clínicas privadas se promocionan es dando a conocer las facilidades con las que cuentan y la capacidad de brindar un servicio premium que, de cierta forma, oculta el estigma de la hospitalización. La clínica del doctor Andrade (que en la actualidad tiene una sucursal) cuenta con habitaciones privadas, gimnasio, espacios de recreación, talleres, y otros servicios de bienestar físico y mental que justifican el alto costo de la estadía. Hasta hace poco, el doctor Andrade mantenía a su clínica como un negocio familiar en el que involucraba a sus hijos y hasta su esposa, lo que aparentemente funcionaba bien. La misma Patricia, madre de Fernando, estuvo hospitalizada en la clínica original en 2014 y su experiencia parece haber sido favorable, en el sentido que no tuvo mayores inconvenientes con la experiencia en sí, aunque los efectos de este tratamiento en su recuperación todavía no están muy claros. Patricia no tiene comentarios negativos sobre su estancia en la clínica, y más bien recalca el trato amable que recibía de la esposa del doctor Andrade, quien en ese entonces se ocupaba de la administración del lugar. A ella también se le sugirió hospitalizarse

por un mes a través del convenio con el IESS, aunque, a diferencia de Fernando—quien se internó para tomar ventaja de un mecanismo—Patricia sí se encontraba en un estado de depresión crónica en el que la hospitalización fue una opción lógica para ella. La experiencia de Patricia fue uno de los factores que influyó en la decisión de Fernando de seguir con el plan e internarse.

Fernando ingresó a la recién inaugurada sucursal de la clínica del doctor Andrade a principios de 2021, durante la emergencia por COVID-19 en Ecuador. Inmediatamente, se le despojó de sus pertenencias, los cordones de sus zapatos y su celular, el único medio que tenía para comunicarse con el mundo exterior. No existe razón para que se le haya quitado el celular, Fernando no era una persona privada de libertad, sino un paciente que ingresó voluntariamente a la clínica; además, esta no es una política del establecimiento (Patricia sí tuvo acceso a su celular durante su estancia). Tampoco le permitieron comunicarse con su familia por otros medios, lo que, dentro del contexto de la emergencia sanitaria, implicó que Fernando estuviera incomunicado por 15 días (el tiempo que dura el aislamiento por cuarentena). La comunicación con seres queridos es importante para la adaptación en situaciones como esta, donde la persona es removida de su entorno social y llevada a un espacio totalmente desconocido, sometida a una rutina nueva e impedida de moverse con total libertad. No solamente estuvo aislado de su familia, sino también del resto de personas, encerrado en su habitación por dos semanas, “dando vueltas” (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de junio de 2021) solo, ya que no tenía nada que hacer y tampoco se le permitía hacer uso de los servicios de la clínica.

Con respecto al acompañamiento psiquiátrico, Fernando expresó mucho malestar correspondiente al abandono del que siente que fue víctima. Durante toda su estancia, que no duró el mes entero, indica que solo vio a una psiquiatra un par de veces, a una psicóloga unas cuantas veces más, y que, la mayoría de veces, quien hacía los chequeos regulares era un practicante de psicología que, aparte de no brindar atención, usaba el tiempo de consulta con Fernando para hablarle de una relación clandestina que mantenía con un interno. Durante este tiempo, ni la psiquiatra, ni los psicólogos que lo trataron, le dieron mayor atención a su frágil estado emocional, el que se había ido deteriorando gravemente a raíz del encierro, la soledad y la falta de medios para comunicarse con sus padres. Un error en la medicación también le causó estragos físicos y emocionales, pero esto tampoco fue motivo de atención para el

personal de la clínica. A esto se le suman una serie de irregularidades dentro de la clínica que llegaron a aumentar su ansiedad y afectarle seriamente: la relación entre el practicante y el interno había sido descubierta, lo que causó caos en la comunidad (se hablaba de que querían demandar a la clínica y que el doctor Andrade iba a despedir a todo el personal); una fuga de pacientes había causado que, después de que se le haya devuelto su celular para comunicarse con sus padres, se lo volvieran a quitar como medida de seguridad; y algunas imágenes del trato hacia otros pacientes, como haberle aplicado TEC a un supuesto narcotraficante²² “para que se olvide de una riña con otro interno” (Entrevista a sujeto por la autora, 27 de junio de 2021), le causaron una fuerte impresión.

Estas son cosas que pueden suceder dentro de una sociedad cerrada como la de una institución psiquiátrica. Lo alarmante es que ninguno de los profesionales de la clínica haya podido dar tratamiento al malestar de los pacientes, y solo hayan dejado pasar el claro deterioro emocional que Fernando, y el resto de internos, atravesaban. Todas estas experiencias, además del abandono médico en el que se encontraba, sumieron a Fernando en la desesperación y, tan pronto como pudo comunicarse con sus padres, les pidió que lo sacasen de ahí a la brevedad posible.

Meses después de su hospitalización, Fernando cree que todavía sigue experimentando los estragos de esta experiencia: dice haber ingresado a la clínica con dos traumas (su depresión y la muerte de su tía) y haber salido con tres. Su estado no ha mejorado mayormente, aunque considera que, a pesar de los efectos secundarios, los medicamentos sí le están surtiendo un efecto. A Patricia le sorprendió que la experiencia de su hijo haya sido tan distinta a la suya, y atribuye esto al rompimiento de la relación familiar del doctor Andrade en el manejo de su clínica. Patricia afirma que ella siempre notó que el doctor era bastante rígido y autoritario, pero que esto era contrarrestado con la calidez que demostraban los otros miembros de su familia (como su hijo y su esposa). Hace poco tiempo, la esposa del doctor Andrade dejó de trabajar en el hospital, y su hijo también se separó para abrir su propio establecimiento. Según Patricia, esto dejó al doctor con total libertad de manejar la clínica a su manera, lo que ha

²²De acuerdo con el testimonio de Fernando, en esta clínica también se encontraban personas judicializadas. En el caso de la persona en cuestión, Fernando dice que estaba en este lugar porque había comprado a la justicia para poder ir a una clínica privada en vez de a prisión. Las personas judicializadas aquí sí estaban mezcladas con el resto de pacientes, a diferencia de en el hospital público, donde solo se mezclaban en las actividades diarias.

influido en la calidad de los servicios que brinda. Como se estableció en las otras historias de sus ex pacientes, el doctor Andrade no demuestra interés en los casos que atiende y emplea un tratamiento principalmente farmacológico, no facilita información sobre los efectos de los medicamentos y, en general, no actúa con el mejor sentido de la ética profesional.

Uno de los aspectos que considero más alarmantes de esta experiencia (tanto la de Fernando como la de Patricia), es la forma en la que la hospitalización es usada por los médicos. Existe un fuerte interés económico por parte de los médicos para hospitalizar a los pacientes. El convenio con el IESS facilita la asequibilidad de estos servicios a un amplio segmento de la población, lo que aumenta las posibilidades de los médicos de generar ganancias. La hospitalización siempre debe ser el último recurso, aplicado en casos en los que la vida del individuo se encuentre en peligro y no se cuente con otros métodos de tratarlo de forma ambulatoria. Sin embargo, la soltura con la que estos médicos la prescriben a pacientes cuya conciencia no se encuentra comprometida y cuya vida no se encuentra amenazada de forma activa, demuestra que existe una motivación económica importante detrás de la práctica médica. Patricia indica que, inicialmente, el médico había recomendado tres meses de hospitalización para Fernando, lo cual tanto ella como el mismo paciente refutaron, por lo que se acordó una estancia de un mes. A Patricia le pareció excesivo e innecesario internar a su hijo por tres meses, especialmente cuando el procedimiento no tenía justificación médica alguna, sino se trataba de una maniobra para poder obtener medicamentos del IESS de forma gratuita. Pero, si vemos esto puramente como un intercambio comercial, es claro por qué el médico buscaría hospitalizar por un tiempo prolongado: tres meses de hospitalización representa una factura para la clínica mucho más alta que un mes, y como el IESS está en la obligación de pagar por la totalidad de este tratamiento debido al convenio, el médico tiene la oportunidad de intentar obtener el mayor beneficio económico posible de cada caso, aun si es a costa del bienestar de sus pacientes.

3.6. El consentimiento informado

La negligencia en el contexto psiquiátrico es quizás mejor ilustrada en la violación del derecho al consentimiento informado que tienen todas las personas que reciben atención en salud. En términos generales, la violación al consentimiento informado es una falla muy estrechamente asociada al tratamiento de la locura y las instituciones, como consecuencia de la pérdida de derechos a la que han sido históricamente sometidos los enfermos mentales y los

individuos patologizados e institucionalizados. En la actualidad, el consentimiento informado es un derecho reconocido de las personas, y la negligencia de este tipo acarrea castigos legales para los profesionales de la salud que incurran en ella. No obstante, el estado de olvido en el que se posiciona la salud mental en la agenda de salud ecuatoriana, y la dificultad que tienen las personas de hablar de estos temas—debido a la estigmatización de la salud mental—hacen que los casos de negligencia por violación del consentimiento informado no sean reportados o, si es que llegan a serlo, sean desestimados. Como ya mencioné anteriormente, el veredicto contra el estado ecuatoriano en el caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador de la Corte IDH, dictado en marzo de 2021, sienta un precedente para que se tomen medidas de mejoramiento de los servicios de salud mental en el país y, también, para que exista mayor visibilidad de estos temas y se les pueda dar la atención debida.

Las consecuencias de la violación al consentimiento informado en psiquiatría pueden ser variadas, pero llegan a tener un gran alcance en el bienestar de las personas y en su integridad física y mental.

Isabel llegó por primera vez a la clínica del doctor Andrade por recomendación de un conocido. Se trata, después de todo, de una de las clínicas de este tipo más reconocidas en Quito, por la que pasan decenas de pacientes a diario; cuenta con su propia farmacia, área de hospitalización y consulta externa. Nunca estuvo contenta con la forma del médico de tratar, desde el principio este se mostró de una forma que Isabel considera negativa y no le infundió confianza, pero al ser esta su primera experiencia con un profesional de la salud mental, el temor y el recelo a este mundo desconocido hicieron que siguiera asistiendo a las consultas. Esto acabó abruptamente después de una consulta en la que ella se puso a llorar. Había estado teniendo unos días malos y buscaba algo de consuelo de su médico, pero no lo recibió: “más que humano, fue médico” (Entrevista a sujeto por la autora, 6 de mayo de 2021). Al final de la sesión, el doctor Andrade llevó a Isabel a la parte trasera del área de consulta externa, donde se ubican algunas camillas separadas entre sí por cortinas, y la hizo recostarse en una. Volvió con una jeringuilla llena de un líquido desconocido y se acercó a ella. Isabel, angustiada, preguntó qué era lo que tenía la inyección, pero el doctor solo respondió que era algo para que se relajara. “Yo pensé que era en efecto para que me relaje y seguir conversando o algo, pero me puso la inyección y ya no me acuerdo nada más” (Entrevista a sujeto por la autora, 6 de mayo de 2021). El esposo de Isabel, quien se encontraba en la sala de espera, nunca fue

notificado de que ella había sido llevada a la parte posterior de la clínica; él pensaba que ella seguía en el consultorio. Preocupado por la demora, se acercó a preguntar a la enfermera en recepción sobre el estado de su esposa, y en ese momento se enteró de que estaba en una camilla. Isabel despertó horas después, desorientada y sin saber qué había sucedido; intentó preguntar a las enfermeras, pero nadie le dio información, con su esposo trataron de acercarse a hablar con el doctor Andrade, pero no se lo permitieron, ya que, según las enfermeras, estaba atendiendo a otros pacientes. Isabel nunca supo qué le inyectaron, ni exactamente qué sucedió durante el tiempo que estuvo sedada, pero esa experiencia fue decisiva para que cambiara de especialista. Ni ella ni su esposo volvieron a la clínica. Meses después, Isabel se contactó con el doctor Andrade vía correo electrónico preguntando sobre este procedimiento, pero nunca recibió respuesta. Cuando le pregunté si había considerado hacer un tipo de denuncia, contestó que simplemente lo dejó pasar porque no sabía bien qué hacer, pero que cada vez que vuelven a mencionarle el nombre del doctor Andrade o se lo recomiendan como especialista, “sale corriendo”.

Carla, en cambio, tiene una historia más extensa con el doctor Andrade. Lamentablemente, lo que para Isabel marcó el final de la relación con este especialista, para Carla marcó solo el principio del fin. Al igual que Isabel, ella fue referida a la clínica por alguien cercano, quien recibía tratamiento en este lugar. Después de algunas semanas con tratamiento farmacológico, modificaciones y adiciones de medicamentos, el poco éxito de este era evidente. Un día, con exactamente el mismo modus operandi relatado por Isabel, el doctor Andrade sedó a Carla sin su consentimiento. Ella no recuerda si en esta ocasión específica lloró, pero recuerda haberlo hecho algunas veces durante los casi seis meses de tratamiento en este establecimiento. Ese día, como era costumbre, ella se trasladó en su vehículo a la clínica sola, después de su jornada de trabajo, y despertó desorientada a altas horas de la noche. La experiencia le resultó confusa e inapropiada, pero confió en el criterio del médico ya que, después de todo, el ser un profesional de la salud implica que sus procedimientos son regidos por un código ético. No le contó a nadie lo ocurrido. Esta situación se repitió al menos una vez más, lo que hizo a Carla pensar que era parte del procedimiento.

Tras meses de sobremedicación y poco progreso en su estado de ánimo, Carla le expresó al médico que tuvo la idea de intentar suicidarse mientras manejaba hacia la clínica, lanzando su vehículo al carril contrario. El doctor respondió que era necesario internarla. Ella se negó,

aludiendo que tenía que trabajar, y el médico entonces le dijo que podían aplicarle el mismo tratamiento de forma ambulatoria sin problema. Le pidió que asistiera a la clínica el siguiente sábado a las 9 de la mañana sin desayunar. Como siempre, Carla se dirigió a la clínica sola en su vehículo. Al llegar, el doctor Andrade la recibió en su oficina, le preguntó si había desayunado (no lo había hecho) y luego la hizo pasar a la parte posterior, donde se ubican las camillas que ella ya conocía. Una enfermera le empezó a colocar una vía intravenosa en el brazo mientras esperaba y luego la hizo recostarse en una camilla. En este punto, la situación empezó a tornarse preocupante; el médico nunca le dijo de qué se trataba el tratamiento y en el poco tiempo que se reunió con él, no pensó que había algo nuevo que consultarle. Finalmente, llegó el doctor y empezó a preparar unos equipos ubicados a los lados de la camilla. En ese momento, Carla entendió que se trataba de terapia electroconvulsiva. Al ver cómo el doctor maniobraba las perillas del aparato, solo pudo preguntarle cuál era el precio de este procedimiento. El doctor respondió: “A ti, te cobraré \$70” (Entrevista a sujeto por la autora, 19 de junio de 2021).

Carla despertó horas después con un fuerte dolor de cabeza y completamente desorientada, junto a otros pacientes en las camillas de la sala. Recordar cómo había llegado a esa situación y entender qué estaba sucediendo le tomó varios minutos. Cuando pudo levantarse, se dirigió donde la enfermera, quien le indicó que el doctor Andrade ya no estaba y que cuando se sintiera mejor, podía llamar a su acompañante para que la fuera a retirar. Carla le indicó que había llegado sola manejando. La enfermera solo la miró con preocupación, le dijo que se tomara su tiempo y le dio una pastilla para el dolor de cabeza. Esto hizo, y al subirse al carro, media hora después, se dio cuenta de que no recordaba cómo conducir, y entender el funcionamiento de su carro le tomó otros varios minutos. Muy lentamente, recuerda haber manejado a su casa y llegado a dormir por el resto del fin de semana.

La terapia electroconvulsiva es un procedimiento por medio del cual se pasan corrientes eléctricas al cerebro, lo que provoca pequeñas convulsiones que, en ocasiones, mejoran las manifestaciones de trastornos como la depresión severa o la manía (Hermida et al. 2018). Una forma sencilla de explicar lo que sucede en el cerebro durante una sesión de TEC, es pensar en la cabeza como una funda de papas fritas que, al ser agitada, mueve todo su contenido y, así como pueden estas ordenarse o acomodarse mejor, pueden también desordenarse más. La convulsión, producto de la aplicación de corriente eléctrica, causa confusión y amnesia

momentánea, lo que explica la incapacidad de Carla de conducir su vehículo después del procedimiento. El tratamiento recomendado es de al menos 10 sesiones, repartidas en el curso de un mes. El paciente puede estar hospitalizado o recibir el tratamiento y descansar en su casa, siempre acompañado de un adulto que se encargue del traslado.

Asustada, Carla se contactó con su mamá, le contó lo que había sucedido y le pidió que la acompañase a la siguiente cita. En esta ocasión, al verla acompañada por primera vez desde que empezó a visitar la clínica, el doctor las hizo pasar a su oficina. Según Carla, el médico dio a entender que le había explicado el procedimiento en la sesión anterior (lo cual no pasó), pero que, como esta vez estaba con su madre, iba a repetir la explicación. En ningún momento recuerda haberlo escuchado referirse al TEC por su nombre, sino de forma imprecisa y general. Tampoco les indicó los efectos secundarios o aspectos a tener en cuenta. Lo que sí les indicó es que el procedimiento podía llevarse a cabo dos veces por semana en las mañanas y que Carla podía seguir con sus actividades laborales en las tardes. Las palabras del médico convencieron a la madre y, a pesar de sus dudas y miedos al respecto, Carla siguió con el tratamiento. Nunca hubo ningún consentimiento firmado ni evidencia alguna de que el procedimiento les había sido explicado de forma clara y en su totalidad. Sin embargo, la madre de Carla quería que ella mejorara, y las palabras del médico, junto con sus credenciales y su trayectoria—representada en la clínica—hicieron que le diera una aprobación dudosa al plan de aplicarle TEC a su hija dos veces por semana, por un mes. Para Carla, lo único importante en ese momento era no perder su empleo y, de acuerdo a lo que el doctor Andrade planteó, el tratamiento se podía llevar a cabo en paralelo con sus actividades laborales sin ningún problema.

Carla no tiene muchos recuerdos claros del mes que estuvo en tratamiento. La pérdida de memoria es uno de los efectos secundarios de la TEC más conocidos. Sí recuerda que su depresión no mejoró, que más bien, el no mejorar y estar sometida a un tratamiento tan invasivo y con tantos efectos adversos le hacían sentirse peor. Naturalmente, en su trabajo tampoco le iba bien, ya que los problemas de memoria propios de la TEC le impedían desempeñarse con normalidad en sus labores. En su trabajo nadie realmente sabía el tipo de tratamiento que se le aplicaba, solamente sabían que tenía un permiso médico (obtenido gracias al convenio de la clínica con el IESS) para ausentarse dos veces por semana para recibir tratamiento psiquiátrico. Esto causaba malos entendidos y juicios negativos con

respecto a su carácter y el tipo de trabajadora que era ella: hablaban a sus espaldas sobre su bajo rendimiento y la mala calidad de su trabajo, tachándola de vaga y despreocupada.

En retrospectiva, Carla considera esta la etapa más oscura de su vida. Cuestiona mucho la decisión del médico de aplicarle TEC, ya que cree no haberla necesitado. La efectividad del tratamiento también es un tema polémico para ella. Es sabido que no existen garantías de la efectividad de la TEC, pero para ella, este tratamiento influyó negativamente en su estado. Nunca se había sentido más triste o desesperanzada, la ausencia de su memoria—se consideraba una persona con buena memoria hasta antes de la TEC—no solo le causó problemas en el aspecto laboral (que terminaron costándole el empleo), sino también en su vida personal; no recuerda muchas de las situaciones en las que se encontraba en ese momento y en varias ocasiones, estas terminaban en comportamiento errático e impredecible de su parte. De hecho, Carla suspendió su tratamiento en la octava sesión, ya que la situación se había vuelto demasiado difícil y los efectos del tratamiento no eran positivos. El doctor le indicó que, con esas ocho sesiones, debería ser capaz de experimentar un cambio positivo, pero en realidad, el cambio fue para mal.

La TEC causa mucha impresión y tiene una mala reputación debido a lo que representa en el imaginario de las personas, especialmente gracias a sus apariciones en los medios, en películas y televisión. En la actualidad, se considera que el procedimiento ha mejorado considerablemente y que es seguro, aunque algunos de los efectos secundarios más conocidos, como la pérdida de memoria y la confusión, se mantienen. Para Carla, la decisión de aplicarle un tratamiento tan invasivo comunica un nivel de gravedad de su trastorno exagerado. La incapacidad del médico de brindarle atención adecuada y basar su tratamiento en medicamentos que no tenían el efecto deseado, lo llevaron a acudir a esta última instancia, que debe aplicarse durante una estancia de hospitalización o en reposo. Sin embargo, el médico decidió, ante la negativa de la paciente de hospitalizarse, aplicar el tratamiento de forma ambulatoria, indicando falsamente que este no afectaría a la realización de sus labores diarias. Si bien la decisión de aplicar TEC en este caso particular puede ser cuestionada, no es totalmente negligente en sí, ya que se trata de un procedimiento avalado por la práctica psiquiátrica, a pesar de no ser del agrado de las personas. Sin embargo, la ausencia de un consentimiento informado válido y las repercusiones de este evento en la vida de Carla son actos completamente negligentes. Por ejemplo, al no haberle indicado de qué se trataba y en

cambio solo instruirle que debía acudir a la clínica en ayunas, la puso en riesgo de sufrir un accidente en su regreso a casa. El nunca haber hablado claramente de la TEC ni haberla siquiera nombrado, el no haber mencionado los riesgos y efectos de este tipo de procedimiento, implicó que Carla no haya podido decidir plenamente si quería o no recibir el tratamiento; y sus consecuencias negativas, como la fuerte afectación a nivel mental y emocional que continúa sufriendo, son resultado de este acto negligente. Esta experiencia, así como los efectos duraderos de las ocho sesiones de TEC a las que fue sometida la paciente—una afectación a su memoria que se mantiene hasta la actualidad—son una fuente de malestar que se remite a esta etapa de su vida y que influye negativamente en su forma de percibir a los psiquiatras y a la salud mental en general.

Al igual que Isabel, ella prefiere solamente dejar todo esto atrás, ya que dice no saber bien cómo realizar una denuncia de este tipo, o si la van a tomar en serio; y que, en el mejor de los casos, si la denuncia llegase a progresar, sería su palabra contra la de uno de los médicos psiquiatras más prestigiosos de la ciudad. Además, los altos costos legales y el tiempo también tienen peso en esta decisión.

Capítulo 4. Aspectos finales a considerar

4.1. ¿Qué se considera tratamiento adecuado?

Todas las personas que formaron parte de este estudio lo hicieron con la intención de visibilizar los diferentes problemas que han encontrado recurrentemente a lo largo de su historia con los servicios de salud mental ecuatorianos. De ellos, la mayoría pudo encontrar un especialista que satisfaga sus necesidades y que, aunque con fallas, les brinde un tratamiento beneficioso y ajustado a sus necesidades específicas. Algunas personas decidieron suspender su tratamiento de forma permanente, al no encontrar en el modelo psiquiátrico la ayuda necesaria para sobrellevar sus problemas, y manejan sus padecimientos sin ayuda de medicamentos o la opinión de un médico psiquiatra. Se puede decir que la mayoría de personas han podido encontrar cierta estabilidad en el tipo de tratamiento que han decidido llevar, implique este o no la presencia de un psiquiatra.

Alicia todavía se mantiene en la búsqueda de un médico que pueda darle la atención que considera adecuada. Inteligente y crítica de la práctica psiquiátrica, ella sostiene que no quiere ser subestimada como una loca sin la capacidad de pensar por sí misma o decidir qué le conviene. La última persona con quien empezó tratamiento, durante las entrevistas para este estudio, no llegó a cumplir sus expectativas. A pesar de que, desde la primera cita, Alicia tuvo una opinión ambigua con respecto a esta persona, accedió seguir adelante porque le demostró que le importaba el bienestar de sus pacientes: esta persona le expresó claramente que no tenía experiencia con casos de TOC, pero que iba a instruirse en el tema para poder atenderla mejor. Sin embargo, la atención no tuvo el impacto que Alicia buscaba y la suspendió.

Para ella, es más sencillo identificar lo que busca en un especialista después de haber tenido más de dos años de terapia con Joseph, un psicólogo de origen inglés con excelentes cualificaciones académicas (varias maestrías, un doctorado y certificaciones como terapeuta) y un extenso currículum. Supo de él por recomendación de su hermana y después lo buscó en Facebook; las publicaciones de su muro (especialmente su postura de antipsiquiatría y sus posts sobre las desventajas de la institucionalización en los pacientes) le dieron mucha confianza desde el inicio. Antes de conocerlo, Alicia tenía el plan de no volver a buscar un especialista y suicidarse, dado el alto nivel de desesperanza que había alcanzado con respecto a su mejoría y la atención que recibía. Los medicamentos y sus efectos son particularmente

problemáticos para ella, y uno de sus anhelos más grandes es en algún momento dejar de tomarlos por completo. La idea de vivir consumiendo medicamentos le hacía sentir frustrada y la falta de opciones agotó sus ganas de seguir intentando mejorar. Acudió a una cita de prueba con Joseph y, sorprendentemente, salió contenta y esperanzada del consultorio: “Decidí tener una entrevista con él y la entrevista no costaba nada, entonces eso me hizo pensar que era muy compasivo, como que le importaba de verdad” (Entrevista a sujeto por la autora, 1 de agosto de 2021).

La relación que Alicia llegó a tener con Joseph fue de gran ayuda para su proceso de recuperación. Durante esos dos años, logró controlar su depresión hasta casi eliminarla (lo que se mantiene hasta la actualidad). A pesar de que volvió a medicarse, que en 2019 tuvo un episodio de psicosis y una hospitalización fuera del país, y que su terapia con Joseph tuvo que cesar hace más de un año debido a su regreso a Inglaterra, Alicia sostiene que en este momento se siente mejor que en los últimos 12 años de su vida, que no ha tenido ideas suicidas desde hace más de un año, y que se mantiene positiva sobre su evolución. Está consciente de que los episodios de psicosis pueden volver a presentarse y que siempre tendrá una relación con los medicamentos, aun si es de forma intermitente, pero está dispuesta a seguir trabajando en su mejoría y, por ahora, se siente bastante estable.

El haber podido encontrar un terapeuta con una forma de tratar distinta a la biomédica, que demostrara empatía y que no empleara tratamientos farmacológicos con graves efectos secundarios marcó la diferencia entre Joseph y todo el resto de especialistas que Alicia ha conocido, y resalta en este trabajo debido al impacto positivo que ha tenido en su paciente. Según ella, lo que lo hacía diferente era, principalmente, su empatía:

Joseph es muy bueno en su trabajo. Comprende lo que conlleva ser un terapeuta, que es ser una fuente de apoyo, una fuente de contención, no un lugar para dar tus opiniones [...] Yo creo que lo que más le diferenciaba era que a Joseph realmente le importaba, o sea, realmente le importaba mi bienestar de una manera también desapegada. Realmente entendía que el terapeuta es como una parte de tu red de apoyo, no es simplemente alguien que te está proveyendo un servicio y ya. Es una persona de la que de la cual tú vas a necesitar y yo podía... yo le llamaba a veces a Facebook en la noche porque cuando tuve el primer episodio

de psicosis, a veces me *triguereaba*,²³ como que empezaba a tener pensamientos obsesivos, y me daba mucho miedo y le llamaba al Joseph y él hablaba conmigo por teléfono y me calmaba y me recordaba los ejercicios útiles que hacíamos en terapia (Entrevista a sujeto por la autora, 1 de agosto de 2021).

La empatía, que es escasa entre los médicos, fue muy importante para que Alicia se sintiera apoyada y empezara a ver cambios positivos en su tratamiento. Sin embargo, ella cree que hay otros factores que hacían a Joseph distinto, como su capacitación:

Creo que Joseph tenía muy buena educación. Él había sido investigador, tenía conocimiento y experiencias acerca de cómo tratar enfermedades mentales con métodos que sean efectivos. Y también era una persona muy inteligente y leía mucho y se informaba [...] Cuando tuvimos nuestra entrevista la primera vez que le vi, me hizo contarle con qué tipo de cosas estaba lidiando y él dijo: “okay, yo tengo experiencia en eso y sí te puedo ayudar”. De ahí, cuando se dio cuenta de que tenía autismo, empezó a investigar porque decía “yo no soy experto en autismo, no he tratado a personas con autismo realmente, pero voy a leer al respecto”. Y leyó e investigó y preguntaba a sus colegas. Era bueno en su trabajo, era un muy buen terapeuta (Entrevista a sujeto por la autora, 1 de agosto de 2021).

Lo que se puede analizar de este relato es que la empatía juega un papel muy importante en la forma de los especialistas de brindar apoyo a pacientes de salud mental. El demostrar que les importa el paciente, el brindar apoyo en momentos de crisis, el escuchar y no restar importancia a los problemas de las personas, así estos no parezcan importantes, son prácticas que tienen un impacto positivo notable en la recuperación. Bajo esta misma lógica, tiene sentido pensar que la insatisfacción de las personas con los servicios de salud mental, especialmente con el trato que reciben por parte de los especialistas, influye negativamente en su recuperación. La capacitación y el aprendizaje continuo también son importantes, pero el aprendizaje y la preparación académica deben ir de la mano con la empatía, y guiar la práctica en una dirección más humana, enfocada en dar un trato de calidad a personas vulnerables. Sin empatía, el aprendizaje queda en la esfera de lo académico y no en la práctica, donde realmente importa.

²³El sujeto usa la palabra ‘triguerear’ como un préstamo castellanizado de la palabra anglosajona *trigger*, que significa, en el contexto de salud mental, que algo desencadena una reacción extrema de miedo, malestar o enojo en una persona porque le trae recuerdos traumáticos.

4.2. La posición de los profesionales de la salud mental

Este trabajo fue realizado desde la perspectiva de los pacientes, o usuarios de servicios de salud mental, y problematiza varias situaciones que, hasta cierto punto, son normalizadas en la atención psiquiátrica y psicológica. Con el objetivo de contrastar y ofrecer otro punto de vista sobre estos temas, realicé entrevistas a profesionales en salud mental, para discutir los aspectos más relevantes de esta investigación. Conté con la participación de una médico psiquiatra y catedrática de la especialidad de Psiquiatría de la Universidad San Francisco de Quito, con 13 años de experiencia; y una psicóloga clínica con tres años de experiencia. Ambas atienden de forma privada en la ciudad de Quito, y están familiarizadas con el medio y los problemas que aquejan a la salud mental en Ecuador. Quise entrevistar a personas cuyas especialidades, experiencias y años de trabajo difiriesen, ya que quería tener una idea de cómo (si es que) ha cambiado el panorama de la salud mental ecuatoriana en los últimos años, para poder entender si algunos de los temas aquí abordados corresponden a métodos anticuados o no actualizados de tratamiento.

Hice contacto con algunos de los profesionales involucrados en mi investigación y logré establecer varias fechas para entrevistar a Joseph, pero debido a la diferencia horaria entre el Reino Unido y Ecuador, además de sus ocupaciones, no pude concretar una entrevista. Sin embargo, la suya fue la única respuesta positiva que obtuve a mi acercamiento; el resto, no contestaron nunca mis correos, ni atendieron mis llamadas.

Los nombres de las profesionales también son ficticios, para proteger sus identidades.

4.2.1. La calidad humana en la práctica psiquiátrica

Beatriz Silva es oriunda de Guayaquil, pero tiene un consultorio privado en el área de Cumbayá, Quito, desde hace más de 10 años. Como médico psiquiatra y especialista en medicina legal, Beatriz se considera muy cuidadosa con el consentimiento informado de sus pacientes. Se asegura de que, tanto el paciente como sus familiares, formen parte de la toma de decisiones con respecto al tratamiento. De esta forma, si alguno de sus pacientes (o sus familiares) decide suspender el tratamiento y optar por un método cuyo resultado ella no puede garantizar, obligatoriamente explica su posición como médico, y si el paciente sigue firme en su decisión, ella deja de tratarlo. Esto no quiere decir que las decisiones de

tratamiento solo pueden provenir de ella. Beatriz habla con sus pacientes sobre todos los detalles del tratamiento para que ellos puedan decidir si es lo que quieren y, en caso de no acceder, puedan discutir alternativas, teniendo en cuenta que los resultados pueden no ser los esperados. Todo esto es parte del proceso de comunicación que ella tiene con cada persona que atiende, el que finalmente queda plasmado en un documento de consentimiento informado al tratamiento prescrito.

Somos corresponsables en la decisión de qué medicación, somos corresponsables en la administración. La familia se debe comprometer, si es un caso en que el paciente no... como psicosis, por ejemplo, donde el paciente no está claro con su enfermedad. O el compromiso del paciente de hacer constante en el tratamiento psicofarmacológico psicoterapéutico. Entonces, decidimos la medicación de acuerdo primero de si es necesario o no. Y si es que es necesario, conversamos de lo que esperamos con esa medicación, cuáles son los efectos adversos, por cuánto tiempo la va a tomar, el riesgo en embarazo.... Bueno, todo eso siempre lo converso (Entrevista a sujeto por la autora, 10 de febrero de 2022).

Beatriz inicia el proceso de comunicación con sus pacientes desde la primera cita, con su diagnóstico preliminar basado en los síntomas. Esta es la evidencia más cercana que tiene para hacer un diagnóstico, ya que no existe forma de determinar los trastornos de carácter mental por medio de un examen. En este proceso, la comunicación médico-paciente es de vital importancia, por lo que siempre trata de hablar con claridad y explicar todo lo que ella puede observar. Una de las ventajas de los psiquiatras es que, gracias a su formación en ciencias médicas, conocen el funcionamiento del cuerpo y pueden identificar de forma más precisa aquellas manifestaciones biológicas de los trastornos mentales, como los problemas en el sistema gastrointestinal que se dan a causa de la ansiedad generalizada; y las pueden asociar, por ejemplo, a anomalías en la regulación de los neurotransmisores. Esto, explicado de esta forma, puede devolverle la tranquilidad a una persona que desconoce totalmente la raíz de su padecimiento y, naturalmente, acude al psiquiatra llena de temor y susto. Sin embargo, este conocimiento que tienen los psiquiatras, por su calidad de médicos, rara vez es compartido a los pacientes. Generalmente, el médico hace sus observaciones y diagnósticos preliminares sin participarle al paciente de sus conclusiones, y todo el proceso se lleva a cabo dentro de su cabeza o en su cuaderno de apuntes.

La práctica de Beatriz se enfoca en proveer tratamiento con mínima medicación. Lo más complejo de los trastornos mentales es poder determinar un estándar de tratamiento, ya que ningún caso es igual. Por ello, no es capaz de garantizar ningún tipo de tratamiento sin antes conocer a profundidad el caso al que se enfrenta. Los medicamentos son un pilar de su práctica, pero no el más importante ni el único. Por eso, puede libremente promocionar sus servicios como tratamientos con mínima medicación. Así, nos da un ejemplo: un paciente con depresión severa puede no requerir medicamentos en absoluto, sino solamente psicoterapia, si es que no se deben tomar acciones emergentes para controlar sus síntomas y su nivel de afectación. Si la intensidad de la afectación es un poco más alta, el tratamiento farmacológico podría durar de uno a tres meses. Si bien es muy difícil poner en cifras un tratamiento que nunca es igual, un indicador general del nivel de afectación del individuo, que influye en gran parte de la decisión de tratamiento del médico, es qué tan en riesgo están la vida del paciente y de otras personas a causa del padecimiento. El tratamiento farmacológico, para Beatriz, siempre debe ser pensado como una solución temporal que debe suspenderse después de un periodo de tiempo, y debe ir a la par con acompañamiento psicológico, un estilo de vida saludable y el apoyo de la familia y el círculo social.

A pesar de que los medicamentos no son la pieza fundamental en su método, Beatriz sí considera que son necesarios y útiles en muchos casos. Conoce las formulaciones químicas de los psicotrópicos que receta y considera que no son más o menos seguros que el resto de fármacos (de hecho, indica que es más fácil sufrir una sobredosis con aspirina que con la mayoría de psicotrópicos). Lo que causa su inseguridad es la dosis y su interacción con otros fármacos o sustancias. Un método de suicidio muy común es la ingesta de grandes cantidades de psicotrópicos con alcohol. En este caso, el alcohol juega un papel mucho más dañino que la dosis del fármaco. Aunque cada fármaco tiene sus propias contraindicaciones y algunos tienen particularidades que los hacen más riesgosos que otros, la mayoría de psicotrópicos recetados en la actualidad son relativamente seguros en caso de ingesta en grandes cantidades. Lo que los hace letales es la interacción con el alcohol u otras sustancias. Por ello, Beatriz no considera que los fármacos en sí sean malos. Más bien, lo que causa malestar y problemas a largo plazo, como los descritos en esta investigación, son las interacciones mal calculadas y los periodos prolongados de medicación. Indica que, de manera general, en la mayoría de los casos (excepto bipolaridad y esquizofrenia en sus formas más graves), el tratamiento farmacológico no necesita ser permanente.

Esta misma lógica se replica en su postura con respecto a los procedimientos como la TEC y la hospitalización. Si bien es difícil decir, a ciencia cierta, que nunca son necesarios, en la mayoría de los casos resultan innecesarios. Otra vez, un factor importante para determinar la necesidad de un tratamiento con TEC o una estancia corta en hospitalización es si la vida del paciente o de otros está en riesgo. Personalmente, la especialista cree que la TEC en sí no es mala como última instancia para tratar casos graves y de emergencia²⁴ si se siguen los protocolos establecidos y métodos actualizados para minimizar el dolor y las secuelas, pero es particularmente violenta y sujeto de mucho estigma. Además, cree que en Ecuador es muy mal usada (aplicando niveles de electricidad incorrectos o usando equipos obsoletos) y empleada en casos donde no resulta necesaria. Asimismo, cree que la hospitalización en Quito, y en Ecuador, termina haciendo más daño al paciente, debido a las irregularidades, el maltrato y la poca atención que se le da a la recuperación de la salud mental en este tipo de establecimientos cuya razón de origen siempre fue contener y esconder a las personas. En ambos casos, el consentimiento informado es primordial, ya que no se puede someter a una persona a ninguna de estas experiencias sin su aprobación consciente de todo lo que implican, y un compromiso de cuidado por parte de la persona o sus familiares.

La práctica de la doctora Silva está guiada por la comunicación y la apertura con sus pacientes. Sostiene que su labor es escuchar y ser un soporte, por lo que también brinda apoyo psicoterapéutico como parte de su trabajo. Ella está consciente de que muchos de sus pacientes han suspendido tratamientos con otros especialistas porque no muestran un interés real en su bienestar, ni están dispuestos a escucharlos, y considera que en la psiquiatría, como en toda rama médica, hay profesionales que se han desensibilizado y deshumanizado después de años de práctica.

Las consultas son cada hora siempre, no me demoro menos de una hora. Yo hago cierto abordaje psicoterapéutico, sí, me parece fundamental. Yo me entrené para eso y, ojo, esto es importante: si no han hecho entrenamiento en psicoterapia, no pueden hacer psicoterapia, pero aunque no lo hayas hecho, tal vez no tanto psicoterapia, pero sí dar otra pautas. O sea, no

²⁴Beatriz Silva considera que la TEC es una opción cuando el resto de líneas de tratamiento no pueden ser administradas o no surten efecto. Usa el ejemplo de una mujer embarazada que no puede consumir antipsicóticos estabilizadores por el riesgo que representan para el bebé, y que está experimentando síntomas de crisis grave que pueden poner en riesgo su vida o la de otros, como escuchar voces persistentes que le dicen que se suicide, conducir con exceso de velocidad o bajo la influencia del alcohol, o tener relaciones sexuales sin protección con muchas parejas.

engañar al paciente haciendo pensar que lo único que sirve es la medicación, porque ese es el gran problema. Llegan a la consulta conmigo y han venido tomando tres cosas distintas desde hace 10 años, entonces le piden al psiquiatra: “doctor, ¿será que ya puedo bajar, ya puedo quitar?” y “no, tiene que seguir tomando tiene que seguir”... Lamentablemente, hay mucho de eso. Supongo que para no perder al paciente, claro. Otra cosa de la que se me quejan bastante es del tiempo: “Me atienden 10 minutos, 15 minutos y me saca. No me pregunta cómo estoy o cómo estoy durmiendo, como tal cosa, sino que todo es *tu-tu-tu* y ya (Entrevista a sujeto por la autora, 10 de febrero de 2022).

4.2.2. Lucrarse con pseudociencia: el “negocio” de la psicología

Cecilia Suárez es una mujer joven y llena de amor por su profesión. Hace más o menos tres años, se graduó como psicóloga clínica y empezó su práctica de forma privada casi de inmediato en la ciudad de Quito. Su única experiencia con el sistema de salud pública fue durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, en un hospital pequeño del IESS. Se encontró con un panorama de abandono estatal y de sobrecarga para los psicólogos, quienes, afirma, tenían la voluntad de y hacían lo imposible por tratar a todos quienes lo requerían, pero esto nunca era suficiente. Aparte de tratar a los pacientes, (ya de por sí una cantidad excedida de ellos debido a la coyuntura) debía tratar al cuerpo médico, enfermeras y personal administrativo del hospital, quienes estaban sometidos a niveles extraordinarios de afectación psicológica debido a la emergencia sanitaria. La cantidad de personas en línea para atención de salud mental era abrumadora para los pocos profesionales disponibles (apenas dos psicólogos y ningún psiquiatra).

Cecilia comenta que esta experiencia le permitió constatar el caos y la falta de recursos de los que adolece el sistema de salud pública. Las condiciones eran terribles, los psicólogos (en su mayoría, practicantes) disponían de aproximadamente 20 minutos para atender a cada paciente con cita en consulta externa; además, en el poco tiempo libre (horas de almuerzo, breaks y después de horarios de consulta), debían hacer rondas en las salas de hospitalización, para brindar apoyo y contención a los enfermos y sus familiares. En estas rondas, indica que no existía privacidad, que cada psicólogo debía tomarse minutos contados para atender a la mayor cantidad de personas, ahí, en frente de todo el mundo, con llantos y gritos desgarradores alrededor, con doctores y enfermeros corriendo de un lado al otro tratando de salvar vidas, y con la presencia permanente de la muerte en la cercanía. Es lo que demandaba

una emergencia de tal magnitud, pero, al mismo tiempo, son las míseras condiciones que el hospital, y el sistema de salud, les daba para hacer su trabajo. La cantidad de profesionales de salud mental no abarcaba para nada las necesidades en un momento tan delicado como este. Esta es la realidad con la que los profesionales de salud mental se encuentran cuando entran al sistema de salud pública: largas horas de trabajo en las que están expuestos a altos niveles de estrés y una gran cantidad de casos, salarios bajos y condiciones paupérrimas para cumplir sus labores. En una emergencia como la experimentada en Ecuador en 2020, estas falencias solo se agravaron, dejando en evidencia la falta de atención del estado a temas de salud mental.

Cecilia prefiere trabajar en el sector privado, ya que es mejor remunerado y le permite manejar su horario de forma más conveniente. Para ella, uno de los problemas más grandes para su profesión es que existe más confianza en la medicación y los métodos de la psiquiatría, que en los procedimientos de los psicólogos clínicos. Como consecuencia, una gran cantidad de psicólogos clínicos se toman atribuciones que no les corresponden. Con el afán de mantener a sus pacientes, medican de forma empírica, usualmente fármacos que se pueden conseguir sin receta del MSP (a la que solo tienen acceso los médicos psiquiatras registrados), como algunos ISRS y Wellbutrin.

Esto no solo es peligroso sino también poco ético, ya que los psicólogos clínicos no reciben la formación en farmacología requerida para poder medicar a las personas o contrarrestar los efectos adversos que podrían surgir. Tampoco reciben la formación para poder hablarles en detalle de lo que implica un tratamiento de este tipo, como lo hace Beatriz con sus pacientes. En el sector privado, especialmente en la rama de psicología, no existe mayor regulación sobre los protocolos y las normas a seguir para tratar a las personas. Generalmente, un psicólogo debe derivar a sus pacientes a un psiquiatra si considera que requieren un tratamiento más especializado. Sin embargo, la falta de atención a este sector y la ausencia de una normativa legal que ampare a los pacientes de salud mental, permiten que estas situaciones existan con libertad y sean bien sabidas pero poco sancionadas.

La psicología en el sector privado es un negocio que tiene la reputación de lucrarse de los padecimientos de las personas a punta de charlatanería y pseudociencia. Cecilia considera que uno de los estereotipos más prevalentes en su área es la idea de que la gente que quiere “llamar la atención” va al psicólogo solamente a hablar, mientras que quienes realmente quieren tratar sus problemas van al psiquiatra; y que estas ideas nocivas se arraigan más en el

pensamiento colectivo debido a las prácticas poco éticas de profesionales que buscan lucrar a como dé lugar. En este grupo, entran aquellos psicólogos que medican, por ejemplo, o aquellos que ofrecen diagnósticos de patologías sin estar capacitados para hacerlo; aquellos que no tratan desde corrientes psicológicas, sino que ofrecen “alternativas” sin ningún aval científico o académico; o aquellos que anteponen sus creencias personales (por falta de conocimiento o preparación) sobre su deber ético y ofrecen juicios de valor a los pacientes. Estos últimos, cree, son del tipo más común. Muchos psicólogos permiten que sus propias creencias morales interfieran en su rol de profesionales de la salud mental, lo que acarrea graves problemas éticos en la práctica, como la divulgación de información brindada en confidencialidad, las opiniones negativas (y juicios) sobre temas como la homosexualidad o el aborto, o el uso de recursos de carácter religioso (como la oración) o espiritual como pilares del tratamiento.

Se está queriendo maquillar y ofrecer la consulta psicológica o el tratamiento psicológico como que te va a solucionar la vida, como que ya no vas a tener problemas económicos o ya no te vas a sentir mal con respecto al salario que ganas, etcétera, cuando no es así. No vamos a cambiar la realidad del paciente, la realidad física, sus diferentes ámbitos de la vida, sino que más bien atacamos la percepción de la persona, cómo se relaciona con otras personas, cuáles son las expectativas propias y cuáles en verdad eran expectativas del mundo externo que lo agobiaban... (Entrevista a sujeto por la autora, 11 de febrero de 2022)

La psicología es una rama del conocimiento que va estrechamente ligada a la psiquiatría, de tal forma que los efectos de cada una potencian a la otra y, asimismo, la ausencia de la una cancela el efecto de la otra. No existe una garantía de que el diagnóstico y el tratamiento de carácter biomédico sean certeros, así como no hay garantías de que la psicoterapia funcione de forma infalible. Son diferentes ángulos desde donde atacar un mismo problema: los medicamentos y tratamientos de la psiquiatría sirven para estabilizar, de forma rápida, desde la composición química del cerebro; mientras que la terapia psicológica provee a la persona, a largo plazo, de herramientas para tener un mejor entendimiento y manejo de sus problemas.

Esto es lo que, para Cecilia, significa la salud mental: una colaboración entre la biología y el comportamiento. Como psicóloga clínica de formación tradicional, confía en los métodos de la psiquiatría para tratar los padecimientos mentales. Considera que los medicamentos sí son importantes y en algunos casos, necesarios; y que la hospitalización es útil en emergencias

donde se necesita monitorear de forma cercana al paciente, o separar al individuo de un entorno que le enferma, o en casos de hospitalización voluntaria: “¿por qué [...] negar esa posibilidad a los pacientes?” (Entrevista a sujeto por la autora, 11 de febrero de 2022). Desde su posición de especialista de las emociones, defiende la necesidad de que el médico psiquiatra se mantenga en su rol de especialista del cuerpo, aunque sí cree que un psiquiatra debe tener entrenamiento en psicoterapia, para poder entender mejor y dar un trato más adecuado a sus pacientes.

Cecilia es una joven profesional con conocimientos amplios y un acertado sentido de la ética profesional. Tiene claros sus objetivos y los límites de su profesión, y tiene mucha voluntad de usar su conocimiento para ayudar. Pienso que la motivación para seguir una carrera de este tipo debe, al menos en un principio, ser justamente esta, pero que con la experiencia, esta motivación se empieza a distorsionar. La exposición a una rama de salud abandonada y precarizada, poco entendida y estigmatizada, donde la ayuda que se brinda nunca es suficiente, genera en algunos profesionales un tipo de resistencia, lo que, a la larga, se transforma en una adaptación al medio y una internalización de las prácticas no éticas que parecen ser la norma en esta área. Al mismo tiempo, creo que la experiencia construye un mejor profesional, ya que el conocimiento académico solo puede ser verificado y contrastado cuando se lo puede trasladar a situaciones reales, a personas vivas y la infinidad de matices de la experiencia humana. Entonces, el mantener el sentido del deber, a pesar de las dificultades, también corresponde a una práctica ética que, dentro de un sistema que discrimina y profundiza escenarios de estigmatización en los individuos, cada vez se vuelve más difícil de sostener.

5. Conclusiones

5.1. La estigmatización como factor transversal en los procesos de negligencia

Las diferentes historias que componen este estudio relatan una realidad bastante conocida de forma general pero poco profundizada: la poca importancia que tiene la salud mental no solo en el sistema de salud del país, sino también en la mente de los ciudadanos. Quienes deben convivir con un padecimiento mental conocen esta realidad y la experimentan a diario, pero al no conocer sus derechos y al ser un grupo estigmatizado, no tienen muchos mecanismos para levantar sus reclamos contra los atropellos de los que son víctimas. La estigmatización es un tema que atraviesa este estudio y se presenta en una variedad de contextos. Por ejemplo, las personas que sufren de enfermedades mentales también se enfrentan con el estigma en sus propias familias, en sus lugares de trabajo y con gran parte de la sociedad común que todavía ve a las enfermedades mentales como símbolo de degeneración, amoralidad o peligrosidad. El vivir en una sociedad que les estigmatiza y les impide encajar, hace que las personas sufran de estigmatización propia, es decir, que internalicen la negatividad que los rodea, la practiquen sobre sí mismos y se empiecen a ver de la forma en que el resto de las personas los ve. Cuando una persona ya se encuentra inmersa en este proceso, es muy fácil que sea víctima del olvido y la negligencia, que deje pasar todo tipo de atropellos y que, en caso de intentar hacer una queja, su voz no sea escuchada.

Así, se mantiene un ciclo de maltrato hacia las personas en el que la estigmatización está presente de varias formas. La estigmatización es parte fundamental del ciclo de negligencia en los servicios de salud mental en el país y es uno de los efectos que, con inversión en capacitación y campañas de visibilización, podría empezar a cambiar, pero no se encuentra dentro de las prioridades para la salud ecuatoriana. El desconocimiento de la salud mental, especialmente de cómo se manifiestan los trastornos, fomenta una idea altamente negativa de la enfermedad mental en el imaginario de las personas, lo que solo perpetúa creencias de carácter supersticioso, moral o religioso. Este es el inicio de un proceso en el que se reproducen estos imaginarios y se mantienen ideas erróneas sobre las personas, quienes, en muchas ocasiones, están aisladas de sus familias y no cuentan con el apoyo para luchar contra estas ideas.

La realidad de quienes sufren de enfermedades mentales está manchada por el estigma, el cual se manifiesta de todo tipo de formas. Isabel no tiene contacto con su familia, ya que su diagnóstico y su tratamiento psiquiátrico no eran bien vistos por su madre, sus tías y otros miembros conservadores de la familia. Su apoyo son su esposo y sus hijos y, aunque dice que de ellos obtiene todo el soporte emocional que necesita, es evidente que el no tener contacto con su familia es motivo de tristeza para ella. Le pregunté si le gustaría volver a establecer contacto con ellos y me dijo que sí, pero que después de los desprecios que ha recibido de su parte, cree que no tiene sentido hacerlo.

La madre de Carla siempre se opuso a que ella acudiera al psiquiatra, motivo por el cual ella siempre acudía a las citas sola. Cuando finalmente se dio cuenta de la gravedad de lo que sucedía, el día en que su hija le llamó a contar que necesitaba que la acompañara a la siguiente cita, empezó a aceptar su condición y a apoyarla en su tratamiento. Este proceso sigue en evolución, pero ideas estigmatizantes se mantienen en el imaginario de la madre de Carla; por ejemplo, la creencia de que el consumir medicamentos psicotrópicos es equivalente a consumir drogas ilegales y que la persona que lo hace está en condiciones similares a las de un adicto.

El proceso de tratamiento en salud mental genera una cadena de estigmatización que combina los tres tipos de estigmatización: la pública, la propia y la sistémica. Cuando existe estigmatización desde todos los frentes en un círculo vicioso, resulta sencillo no respetar los derechos de los pacientes, no brindar tratamiento adecuado, y actuar con impunidad. Después de todo, para el sistema siguen siendo personas invisibilizadas, sin capacidad de decidir por sí solas y con casi nula credibilidad debido a sus afectaciones mentales (las cuales, en gran parte de los casos, no llegan a comprometer la conciencia). La forma en la que el sistema funciona afecta a las personas al punto en que ellos olvidan que tienen derechos y permiten los abusos que son cometidos hacia ellos, o desconocen totalmente que merecen un trato digno. Por ejemplo, Soledad, quien es psicóloga clínica, conocía el funcionamiento en el interior de las instituciones y estaba completamente consciente de que el trato es, por lo mínimo, inadecuado, se vio en el papel de víctima de maltratos cuando tuvo su experiencia de institucionalización. A pesar de que ella conocía sus derechos plenamente y sabía que estos estaban siendo violados, el encontrarse hospitalizada y en contacto con el personal de salud que actuaba de forma hostil y deshumanizante hacia ella y el resto de pacientes, más el estado

de desconcierto de encontrarse en ese lugar, hicieron que aceptara los malos tratos sin quejarse y hasta intentara adaptarse para obtener un mejor trato (al tender la cama porque pensaba que las enfermeras le tratarían mejor si lo hacía). Encontramos otro ejemplo en los casos de negligencia al consentimiento informado que sufrieron Isabel y Carla, quienes sí lograron entender que lo que les había sucedido era incorrecto y que el médico actuó mal, pero no conocían los mecanismos a su disposición para realizar una denuncia y no confían en que el sistema de justicia vaya a tomar en serio sus denuncias. Lo que ambas han escogido hacer por cuenta propia es hablar al respecto con sus allegados y así evitar que otra persona tenga esta experiencia.

5.2. Las consecuencias del modelo biomédico

El tratamiento de los padecimientos mentales en Ecuador está basado en el modelo biomédico, como sucede en la mayoría de países occidentales y occidentalizados. Uno de los objetivos de este trabajo es demostrar las diferentes falencias e incompatibilidades que se dan como resultado de usar esta aproximación para la salud mental. En esta parte, quisiera analizar la efectividad de este tipo de tratamiento en los sujetos que formaron parte de mi investigación, y si ha influido positivamente en su bienestar.

Mencioné ya que la mayoría de los sujetos han encontrado el tipo de tratamiento que les funciona mejor, a pesar de las dificultades que han experimentado. Para Isabel, su médico actual—a quien encontró después de la mala experiencia con el doctor Andrade y otra muy breve e incómoda con un especialista distinto—cumple su función de forma adecuada: se muestra empático y se ha preocupado en encontrar los medicamentos y las dosis correctas para ella. Lo mismo sucede con el médico de Patricia y Fernando (la misma persona), quienes, en general, se sienten satisfechos con su especialista.

Alberto decidió dejar su tratamiento de golpe durante la pandemia por COVID-19 en 2020 y en la actualidad se siente estable y positivo con respecto a su recuperación, la cual ha sido fuertemente influenciada por su transición hacia un estilo de vida saludable, la actividad física y la buena alimentación. Hasta la finalización de este trabajo, indicó que no requería el uso de medicamentos y que se mantenía solamente en terapia psicológica. Santiago no volvió a buscar asistencia en salud mental después del incidente que tuvo con su psicólogo, aunque manifiesta que debería buscar un profesional para darle atención a algunos comportamientos y

emociones que ha tenido desde hace algún tiempo. Soledad abandonó su carrera en psicología debido al trauma que le causaron los atropellos que sufrió en el Hospital Luis Endara, y ahora se dedica al arte. Maneja sus padecimientos con la ayuda de la terapia artística y de la confección de muñecas, aretes y otros tipos de artesanías para un pequeño emprendimiento que ha levantado junto a su hermana.

Finalmente, Alicia se mantiene en la búsqueda de un psiquiatra que pueda atender su caso particular, se medica de forma semi-independiente (es decir, toma los mismos medicamentos que le han recetado en ocasiones anteriores y puede conseguir sin prescripción) y tiene citas regulares con un psicólogo (el reemplazo de Joseph). A pesar de todos los inconvenientes que ha tenido con la práctica psiquiátrica y su deseo de dejar de medicarse, sí encuentra una mejoría en algunos de sus síntomas como respuesta a los medicamentos. Carla, por otra parte, suspendió indefinidamente el tratamiento con su médico (con quien tenía una relación bastante buena y a quien le tenía respeto y estima) debido a los efectos secundarios de los medicamentos, pero su recuperación se ha mantenido de forma positiva. Si bien durante este año tuvo un par de episodios de depresión y ansiedad—incluido un intento de suicidio que no tuvo mayores consecuencias—dice que su estado de ánimo general y su vida han mejorado mucho desde que dejó el tratamiento y, actualmente, no expresa interés en retomarlo.

De estas experiencias, podemos extraer algunas conclusiones. Las personas se mantienen fieles a un especialista que les demuestra un interés básico y un poco de empatía. Quienes han encontrado especialistas, digamos, adecuados, han expresado ciertas objeciones con su forma de tratar, pero en general, aprueban sus métodos y les llegan a desarrollar bastante aprecio. Esto se debe al contraste entre las malas experiencias y las buenas: después de conocer lo malas que pueden llegar a ser las experiencias con profesionales de salud mental, una experiencia buena, que quizás no califica como excelente, puede convertirse en esto mismo si se la compara con las demás.

Algunas de las objeciones más notorias de los sujetos con respecto a sus especialistas tienen raíz en los tratamientos farmacológicos que se les aplica y a la dependencia a ellos. Al hablar sobre los medicamentos, Isabel se muestra cansada y derrotada, expresa que su cuerpo desarrolla resistencia a los fármacos y cada vez siente sus efectos positivos con menor intensidad. Más aún, siente a su cuerpo pesado, letárgico y sobrecargado de químicos, lo que le causa malestar. Desearía poder dejar de tomar medicamentos y encontrar otras formas de

controlar síntomas como la ansiedad, pero su médico no se lo ha planteado y ella no le ha consultado por incomodidad.

Por otro lado, Fernando tiene inconvenientes serios con los medicamentos, incluyendo efectos secundarios que han llegado a afectar su capacidad motora. También expresa el anhelo de dejar de medicarse y dejar de experimentar los efectos adversos de los fármacos, pero ha llegado a aceptar que estos son parte de su vida y que debe hacer de ellos un hábito permanente. Patricia, su madre, se muestra mucho más resignada a la idea de medicarse y a su tratamiento, pero su estado denota mucho más sufrimiento que el de Fernando. Al hablar de su padecimiento y de su proceso de tratamiento, varias veces estuvo a punto de romper en llanto y, aunque habló de forma favorable de su médico, no cree que este contribuye mayormente a su bienestar. Más bien, habla de su depresión como un castigo al cual ya se ha adaptado y que se ha resignado a experimentar por el resto de su vida. En algún momento, al inicio de su camino en la farmacología, encontró bienestar en los medicamentos, pero este rápidamente desapareció y los efectos dejaron de ser los mismos. Claramente, Patricia no está bien y hasta parecería que el tratamiento ha empeorado su estado emocional.

Carla acepta que el tratamiento psiquiátrico y farmacológico que tuvo con la doctora Costa sirvió para darle cierta estabilidad y, específicamente después de su primer²⁵ intento de suicidio, le ayudó a mejorar de forma considerable. Sin embargo, los efectos secundarios tuvieron un gran peso sobre su cuerpo y decidió dejarlos de golpe. Comparando su vida actual con su etapa de consumo diario de medicamentos, dice sentirse mejor en la actualidad, aunque todavía convive con la falta de sueño, un efecto secundario causado por la dependencia de su cuerpo a altas dosis de sedantes por un tiempo prolongado.²⁶ Finalmente, Alicia sí reconoce que los medicamentos mejoran su calidad de vida, pero lucha a diario con los efectos secundarios. El tratamiento más valioso que tuvo se lo dio un terapeuta que apoyaba su idea

²⁵Primer intento de suicidio en la narrativa de este relato. En la vida real, este fue su tercer intento de suicidio.

²⁶Según Carla, un efecto permanente del tratamiento farmacológico de la doctora Costa es la incapacidad de conciliar el sueño de forma natural, después de años de haber tomado altas dosis (hasta 250 mg al día) de quetiapina, un fármaco antipsicótico con propiedades hipnóticas. Otro efecto comúnmente asociado con este medicamento es el incremento de peso, que ya se mencionó en otros relatos del sujeto. Para poder dormir, Carla ahora toma 3 g al día de eszopiclona, un sedante de la familia de las benzodiazepinas. En los últimos meses, ha tenido efectos positivos con tabletas de melatonina (un suplemento sintético que emula la hormona del sueño) y aceite de CBD (un cannabinoide con efectos sedantes extraído de la planta de marihuana).

de no volver a medicarse, y los años de terapia que tuvo con él aportaron mucho a su bienestar.

Por otro lado, dejar el tratamiento farmacológico y psiquiátrico sí ha representado un progreso importante para Alberto y para Carla. Ambos expresan más satisfacción con sus vidas después de haber dejado de tomar medicamentos y frecuentar psiquiatras, que el tipo de satisfacción expresada por el resto de sujetos con su tratamiento actual. Tanto Carla como Alberto indican que han aprendido a manejar mejor los síntomas de sus padecimientos y que, sin la presencia de los fármacos, sienten que tienen mayor control de sus cuerpos y que están más contentos. Los contratiempos propios de sus trastornos surgen ocasionalmente y ambos reconocen que probablemente se mantengan presentes de una u otra forma en sus vidas, pero se sienten más capacitados para manejarlos de formas alternativas, como enfocándose en actividades académicas y profesionales (en el caso de Carla) o físicas y de recreación (en el caso de Alberto).

Si consideramos la experiencia de Alicia, quien pudo experimentar más estabilidad con un profesional empático, preparado y dispuesto a ayudar, que con años de tratamiento psiquiátrico farmacológico, podemos concluir, en general, que ninguno de los pacientes que se mantiene en tratamiento psiquiátrico/biomédico han mejorado mucho. Los medicamentos sirven como contención de síntomas, pero a la larga, como el factor principal en un tratamiento, no tienen efectos considerables en el bienestar de las personas. Quienes han dejado sus respectivos tratamientos sí son más susceptibles a tener recaídas pero, el no consumir fármacos, ha mejorado su calidad de vida y también sus expectativas y actitudes frente a su bienestar. Esto nos da buenos indicadores sobre la ineficacia del modelo biomédico en el tratamiento de padecimientos mentales y las limitaciones de la farmacología.

5.3. Consideraciones sobre el oficio del psiquiatra y la ética profesional

Si bien los medicamentos son piezas fundamentales en el tratamiento psiquiátrico, el especialista juega un papel de igual importancia. De las experiencias que han tenido los sujetos de esta investigación, podemos inferir que la práctica psiquiátrica sufre falencias a niveles macro y micro. Por un lado—a nivel macro—la psiquiatría es una de las especialidades menos atendidas en materia de políticas de salud pública e inversión. Los servicios públicos no abastecen la necesidad del país y esto es especialmente notorio en

ciudades alejadas de las tres principales urbes del país. Los servicios concentrados en Quito, Guayaquil y Cuenca (que deben recibir a pacientes de todo el país) no cuentan con presupuestos que les permitan implementar mejoras o proporcionar capacitación al personal, lo que se traduce en un servicio pobre, mediocre y enfocado en solventar emergencias bajo métodos tradicionales, ahora anticuados, mas no en realmente atacar los problemas de forma integral usando nuevos métodos.

Por otro lado, regular la práctica psiquiátrica privada resulta complicado, ya que no se cuenta con los recursos ni se le da a esta rama de la salud la importancia necesaria, lo que desemboca en la existencia de prestadores de salud que trabajan en paralelo con la salud pública ecuatoriana, pero sin la regulación para hacerlo de forma óptima. Sin reglas que garanticen la calidad de servicios de salud mental, estos corren el riesgo de convertirse en simples negocios donde la salud y el bienestar de los pacientes quedan relegados ante el provecho económico de quienes manejan estos establecimientos. La clínica del doctor Andrade es una clara muestra de la mercantilización de la salud mental y cómo esta puede llegar a pisotear los derechos básicos de los pacientes con tal de generar ganancias económicas.

A un nivel micro, podemos también inferir que la práctica de los médicos se ve influenciada también por esta especie de vacío en el que existe la psiquiatría en el contexto ecuatoriano de salud. La mayoría de médicos no dan un servicio adecuado o satisfactorio, por lo que los pacientes siempre se encuentran en una búsqueda de especialistas. Los pacientes no buscan rigurosidad en tratamientos ni tecnología de punta, sino empatía y comprensión por parte de su especialista, que se salgan del acartonado rol de médicos y traten los padecimientos mentales teniendo en cuenta su raíz emocional. En general, los médicos parecen tener un tipo de fórmula para tratar y medicar de acuerdo a su diagnóstico de una persona. Rara vez se enfocan en modificar estas fórmulas para que tengan un mejor efecto en las personas. Por ello, quienes han podido experimentar esta dinámica con sus especialistas la aprecian mucho y tienen mucha mayor confianza en ellos. Sin embargo, el modelo biomédico presenta una práctica psiquiátrica que es incompatible con la enfermedad mental, ya que no trata los padecimientos desde sus manifestaciones emocionales más visibles sino desde el problema biológico más rebuscado.

El comportamiento de los psiquiatras, influenciado por el modelo biomédico, no contribuye al bienestar de las personas o a su mejoría, ya que no brinda calidez o herramientas que sirvan

para manejar estos problemas a largo plazo. Existe la práctica psicológica para el tratamiento de los padecimientos desde este enfoque pero, en Ecuador al menos, esta es una rama aún menos regulada que la psiquiatría, donde prolifera una gran cantidad de profesionales sin experiencia o sentido de ética. Más aún, el costo de un tratamiento psiquiátrico y uno psicológico a la par es restrictivo, lo que impone un obstáculo en el proceso de recuperación que depende enteramente de la capacidad económica de las familias, lo que va en contra de los preceptos universales de la salud. Finalmente, la práctica psiquiátrica no excluye tratamiento de carácter terapéutico-psicológico, y se considera que un psiquiatra debe poder tratar a un paciente desde ambas áreas. Recae en la ética médica de cada profesional el brindar el servicio que mejor considere; en el caso de la psiquiatría, en parte debido a que no existen manifestaciones físicas visibles que evidencian el buen o mal accionar de los médicos, es muy común que estos no tomen un interés real en sus pacientes y solo se limiten a tratar con medicamentos los síntomas que ellos presentan.

La empatía y el buen trato, y cómo estos influyen positivamente en la recuperación de las personas, son claves para entender por qué es necesario cambiar el sistema de tratamiento de enfermedades mentales, de un modelo biomédico a uno con perspectiva social, comunitaria y de antipsiquiatría. De la misma forma, el desmantelamiento de este modelo constituye el primer paso para abordar un sistema de discriminación de y violencia contra los enfermos mentales, ya que es la pieza principal desde la cual se desprende la noción del padecimiento mental como un impedimento de la conciencia del individuo y, por tanto, una causa de estigma; y es en sus prácticas, en este ambiente invadido por la falta de ética, donde subsisten estas concepciones dañinas.

5.4. Lo público vs. lo privado: experiencias de institucionalización

La institucionalización es una experiencia traumatizante y dolorosa para los pacientes, sea en establecimientos de salud pública o privada. Existen diferencias muy claras entre una experiencia y la otra, principalmente relacionadas con la precariedad material y la escasez de recursos en el sistema público, pero, en términos generales, se trata de una misma modalidad de tratamiento basada en la hospitalización tradicional a largo plazo.

Soledad, Fernando, Patricia y Alberto tuvieron experiencias de hospitalización psiquiátrica de corta estancia—es decir, estuvieron internados en un establecimiento para tratamiento

psiquiátrico por más tiempo del que representa una estancia por emergencias, como intentos de suicidio o crisis. Ninguno estuvo hospitalizado por más de un mes, por lo que podemos notar que la lógica de institucionalización ya no es la misma que hace algunos años. Sin embargo, los motivos por los cuales se empleó el recurso para estos casos particulares, son cuestionables.

Alberto y Soledad sí ingresaron por emergencias relacionadas con sus trastornos correspondientes (bipolaridad y personalidad limítrofe), pero su conciencia no estuvo comprometida en ningún momento ni representaban un peligro para el resto (aunque sí representaban un peligro para sí mismos, después de su estabilización, podían haber sido dados de alta sin ningún problema). El periodo extendido de institucionalización solo sirvió para, en ambos casos, crear experiencias negativas relacionadas con el encierro y aumentar la sensación de exclusión y rechazo que ya sentían antes de ingresar. Patricia y Fernando, en cambio, fueron hospitalizados a pedido de su médico; en el primer caso, por un quiebre de salud; y en el segundo, con el fin de cumplir con un requisito que el seguro social exige para proveer tratamiento farmacológico sin costo. En ambos casos, la estancia de hospitalización no tuvo justificación médica (la depresión por sí sola ya no se considera un motivo para hospitalización) y fue planteada como un arreglo que beneficia al paciente (quien recibe descanso y medicamentos gratuitos) y al médico privado (quien recibe el pago por la hospitalización y demás servicios prestados), gracias a un convenio entre ciertas clínicas privadas y el IESS. Sin fundamento alguno, la experiencia de hospitalización para Fernando fue traumatizante, negligente y negativa. Para Patricia, esta no fue negativa pero la decisión de hospitalizarla, de acuerdo a su cuadro de depresión, no es justificada.

A primera instancia, la diferencia más lógica entre los establecimientos de salud mental públicos y los privados es la comodidad que uno podría esperar de una experiencia de hospitalización por la que está pagando, versus la gratuidad de lo público. En efecto, no son servicios accesibles para el bolsillo de la mayoría de ecuatorianos, razón por la cual existe una saturación de los servicios públicos de salud mental. La experiencia de Soledad (quien fue internada en un hospital público) está atravesada por esta precariedad material, especialmente cuando menciona la falta de terapias psicosociales, ocupacionales o de recreación, por falta de presupuesto estatal.

La precariedad material también se hace notar en la forma en la que describe el trato de los médicos, enfermeras y demás personal hacia los pacientes. El maltrato al que son sometidos los internos tiene raíz en la estigmatización de la salud mental, pero también en la falta de capacitación en temas de derechos humanos y métodos actualizados de tratamiento de padecimientos mentales. Podemos también considerar que este tipo de trabajo es física y mentalmente demandante, lo que requiere que existan protocolos de descanso y remuneraciones adecuadas para los trabajadores de esta área. Sin embargo, al ser la psiquiatría una de las especialidades menos promocionadas y con pocos profesionales disponibles en el medio, este tipo de beneficios no están siempre disponibles y el oficio se torna mucho más difícil, lo que repercute fuertemente en el trato que se da a los pacientes. La prioridad del estado es invertir en servicios de salud mucho más apremiantes, lo que precariza a la salud mental y empobrece la calidad de estos servicios.

La hospitalización psiquiátrica privada tiene otro tipo de connotaciones que no están presentes en la pública. Se puede pensar que en la hospitalización privada (un servicio), generalmente costosa, no habría cabida para prácticas negligentes, y que los procedimientos se llevarían a cabo con todo el rigor que la medicina requiere; pero este no es el caso. La estigmatización sistémica a los enfermos mentales está presente en todo el aparataje de salud mental, y aun cuando el alto precio de la hospitalización privada demanda un servicio de primera, el trato hacia los internos siempre será negligente, por su calidad de individuos estigmatizados dentro de este sistema.

Ya que se trata de un servicio que implica un intercambio comercial, existe una mercantilización de la salud mental por parte de los especialistas. Los médicos prescriben la hospitalización no siempre con el objetivo de tratar, sino de generar ganancias para sus establecimientos. Este es el caso de Fernando y de Patricia, quienes fueron hospitalizados por una recomendación del médico, mas no porque la hospitalización respondiera a una emergencia que solo podía gestionarse de esa forma. El factor económico convierte a la salud en un producto y, en este contexto, la calidad de los servicios y el bienestar de los pacientes quedan relegados a un segundo plano.

Debo mencionar que pude encontrar dos argumentos recurrentes en las cuatro experiencias de hospitalización. Primero, la falta de humanidad de las enfermeras, médicos y psicólogos es común tanto en establecimientos públicos como privados—en los establecimientos privados,

debido a su naturaleza de servicio, el trato es mejor, pero sigue siendo rudo y despersonalizado. Sin embargo, este patrón no se replica en los auxiliares de enfermería. Según Soledad, esto se debe a que ellos tienen más contacto con las personas a un nivel íntimo, ya que son los encargados de las duras tareas de limpieza, alimentación y vestimenta de los pacientes. Al estar más expuestos a las personas, los auxiliares de enfermería llegan a empatizar con los pacientes y a verlos como seres humanos, lo que no sucede con el resto del personal.

Asimismo, los sujetos expresaron que tuvieron que mentir a sus médicos sobre su progreso para poder salir. La experiencia de encierro es extremadamente fuerte y violenta y el verse en esa situación activa sensaciones de paranoia y desamparo, o la idea (quizás bastante influenciada por los medios y la ficción) de que el encierro será permanente y que nunca más podrán ser libres. Las personas indicaron haber temido no volver a salir y haber pensado que, si fingían mejoría, podrían hacerlo en el tiempo indicado o antes. Esto solo deja claro que la experiencia de institucionalización crea traumas en las personas y el “progreso”, tan subjetivo como la enfermedad mental misma, se da, en gran medida, en función al miedo y la necesidad de escapar.

En general, la experiencia fue en extremo negativa para tres de los sujetos, y neutral para uno. Las secuelas de esta experiencia se mantienen y representan un retroceso en su recuperación: Fernando sostiene que lidia con estrés postraumático a raíz de su hospitalización, Soledad tiene una percepción muy negativa de la psiquiatría, en parte causada por su estancia en el hospital; y Alberto abandonó su tratamiento por completo después de esta. Para Patricia, la experiencia no fue en esencia negativa y representó una especie de descanso para ella. Sin embargo, su estado de salud no mejoró después de la hospitalización y actualmente se encuentra bastante deteriorado. Esto nos indica que la institucionalización no tuvo ningún efecto positivo en el proceso de tratamiento de estas personas y, por ende, no contribuyó en nada a su bienestar. Más aún, ha contribuido a que los sujetos desarrollen cuadros de trauma relacionados con la experiencia.

5.5. El consentimiento informado: un mito en la salud mental ecuatoriana

En toda relación médico-paciente, existe un código de ética que previene que los médicos actúen de forma negligente. Los médicos tienen que regirse a este código en su práctica

profesional, y los pacientes de salud están protegidos por leyes que garantizan el buen accionar de los médicos. En Ecuador, el tema del consentimiento informado está presente en la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, específicamente en el Art. 5, que se refiere al derecho a la información,²⁷ pero podemos decir que, en general, este derecho no es reconocido con la necesidad debida, excepto cuando ocurren casos de negligencia extraordinarios. En el contexto de salud mental, una rama muchas veces olvidada de la salud, el derecho al consentimiento informado es frecuentemente violado. La representación social de la psiquiatría que existe en el imaginario colectivo fomenta la idea de que en la práctica psiquiátrica no existen derechos que defender y las personas son sistemáticamente sometidas a tortura. En 2021, como consecuencia de una demanda al estado ecuatoriano por parte de la Corte IDH (el caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador), se pudo llegar a constatar el estado de deterioro en el que se encuentra la salud mental en el país, y el tema del consentimiento informado, uno de los argumentos principales de la demanda, fue llevado a debate público. Este caso representa una muestra del tipo de negligencia que puede ocurrir en el contexto de salud mental en Ecuador, que lamentablemente los pacientes conocen bastante bien.

La estigmatización a la que son sometidos los pacientes de salud mental se reproduce también en la forma en que el sistema los priva del derecho de decidir por sí mismos y conocer a fondo el tipo de tratamiento que se les aplica. Ya que las personas con padecimientos mentales son vistas hasta por sus propios médicos como seres sin capacidad de decidir por sí mismos, el consentimiento informado es totalmente olvidado, y esto generalmente se justifica con el argumento de que las personas no estaban en capacidad de dar su aprobación en su estado (sea cual sea este). No obstante, el consentimiento informado propiamente ejecutado implica mucho más que simplemente decir un sí o no en una situación apremiante. Todo paciente tiene el derecho de conocer no solo su diagnóstico y pronóstico, sino también todo lo que conlleva el tratamiento que el médico le ha designado, además de sus consecuencias, efectos

²⁷El Art. 5 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente dice: DERECHO A LA INFORMACIÓN.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia. (Congreso Nacional del Ecuador 2006)

secundarios y alternativas. De esta forma, el paciente puede rehusarse a seguirlo si así lo considerase. En el caso de que la persona se encontrara totalmente imposibilitada de dar consentimiento, este se traslada a la persona más cercana con quien haya acudido a recibir tratamiento.

El argumento de muchos psiquiatras es que los pacientes no pueden dar consentimiento en circunstancias de crisis, pero el consentimiento informado aplica en cualquier tipo de tratamiento, incluyendo el farmacológico que, en la mayoría de los casos, se administra a pacientes cuya conciencia no se encuentra comprometida. Es evidente, entonces, que el consentimiento informado no está interiorizado de forma correcta por los médicos mismos, quienes tienen la responsabilidad de ejercerlo a diario en su práctica médica. La idea de que los enfermos mentales no pueden consentir está ya tan asimilada en la práctica de salud mental que ni siquiera existe un debate al respecto. Los pacientes, quienes desconocen sus derechos y quienes ya sufren de estigmatización en su esfera social, debido a sus padecimientos mentales, no tienen formas de llevar estos temas a conocimiento público y muchas veces, al ser víctimas de estas situaciones, prefieren no hablar de ellas. Son temas incómodos de tratar y no existe comunicación sobre el consentimiento informado ni en la comunidad ni en los centros médicos mismos, por lo que, aun en el caso de querer recurrir a la justicia, no saben realmente cómo hacerlo. Esto refuerza sus percepciones negativas sobre la salud mental y es una fuente de mayor angustia para ellos, lo que empeora su estado y repercute negativamente en su proceso de recuperación.

Los casos de violación al consentimiento informado más notorios y más violentos en esta investigación son los de Carla e Isabel, quienes casualmente fueron víctimas de un mismo médico; la primera en 2016 y la segunda, en 2018. Estas experiencias muestran un abuso sistemático de los derechos de los pacientes cometido por un reconocido establecimiento privado de salud mental de Quito. Ninguna supo cómo llevar estas experiencias al plano legal, pero tienen claro que hubo negligencia. Desde su posición de desconocimiento de sus derechos, y de sujetos estigmatizados, lo único que pueden hacer es contar sus vivencias a personas de sus círculos cercanos, con el fin de evitar que otros sufran lo mismo que ellas. Años después, estos eventos siguen teniendo repercusiones en sus psiquis, sus vidas y sus procesos de recuperación: ninguna ha podido totalmente sobrellevar el trauma que les causó recibir este tipo de tratamiento y, en el caso de Carla, las secuelas perduran.

Sin embargo, debo enfatizar que el consentimiento informado va mucho más allá que lo que estos dos casos ilustran: todo paciente tiene derecho a conocer qué tipos de fármacos se le están prescribiendo, qué efectos tienen estos, qué resultados se esperan de ellos y, principalmente, qué alternativas tienen en caso de no acceder a lo informado. En toda instancia del tratamiento, desde el primer momento en el que las personas ingresan a un centro a recibir atención médica, sea este público o privado, deben ser informadas del tipo de tratamiento que se les plantea aplicar. Recalco la importancia del consentimiento informado en materia farmacológica porque los efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos pueden ser severos y prolongados, y casi nunca los pacientes tienen el poder de decidir si quieren arriesgarse a tenerlos, o no. Esto es evidente (en mayor o menor grado) en todos los casos que formaron parte de esta investigación.

Los fármacos son quizás el elemento más problemático del tratamiento, ya que sus efectos son reconocidos, pero poco duraderos a largo plazo, y los efectos secundarios pueden llegar a ser devastadores. El hecho de que todos expresen un deseo de dejar de tomar medicamentos a futuro, pero que casi nadie haya tenido una charla sobre alternativas por parte de su médico, dice mucho sobre el estado del consentimiento informado en el tratamiento farmacológico. Los médicos no tienen intención de ahondar en el consentimiento informado porque eso implicaría que muchos de sus pacientes se podrían rehusar a seguir un tratamiento de este tipo, y ya que usan el modelo biomédico, no son capaces de brindar alternativas que no impliquen fármacos. El hecho de que, contra todo pronóstico, dos sujetos hayan abandonado su tratamiento farmacológico y puedan afirmar que su calidad de vida es mejor, y que sí han visto una mejoría en sus respectivos trastornos, indica que el tratamiento farmacológico no es la única alternativa, pero es la más fácil en la práctica psiquiátrica. Esto solo refuerza la necesidad de crear mecanismos de información sobre el derecho al consentimiento informado en salud mental para el bienestar de los pacientes, tanto como la necesidad de dejar atrás al modelo biomédico.

La estigmatización se intensifica en los servicios de salud mental, donde se encuentran con abusos y violencia. La falta de denuncias formales y la internalización de su condición las hacen vulnerables a abusos silenciosos. La relación médico-paciente se ve afectada, ya que los pacientes confían en los profesionales para aliviar su sufrimiento, pero se enfrentan a prácticas negligentes y poco éticas. La incidencia de prácticas negligentes refleja una

estigmatización sistémica, perpetuando la invisibilidad de los enfermos mentales en la sociedad ecuatoriana.

En respuesta a las preguntas planteadas:

De acuerdo con los resultados de mi estudio, propongo que la negligencia en la práctica de salud mental en Quito puede considerarse un fenómeno sistematizado, ya que se observa como una práctica generalizada en los servicios especializados de salud mental. Sin embargo, se requiere más investigación para poder analizar si dicha negligencia es el resultado de estigmatización internalizada y consciente, o un efecto secundario accidental de la precariedad del sistema.

Los procesos de patologización, estigmatización y olvido contribuyen a la generalización de la negligencia en salud mental al perpetuar la invisibilidad y falta de prioridad de los enfermos mentales en la sociedad y en las políticas públicas. Dicha estigmatización contribuye a alimentar imaginarios de peligrosidad, falta de conciencia e insensatez de los enfermos mentales, lo que termina siendo asimilado por los médicos tratantes, en un ciclo en el que no se puede definir un claro inicio del proceso. Al no existir una legislación que proteja los derechos de los enfermos mentales como individuos de prioridad para el estado, seguirá existiendo un vacío en la representación pública de la enfermedad mental, lo que continuará contribuyendo al estigma y por ende, al maltrato.

La relación entre el modelo biomédico de salud mental y la negligencia como práctica sistematizada radica en la concepción de la enfermedad mental como un mal de carácter biomédico, ignorando sus particularidades, como sus distintas causas ajenas a la biología humana. Mientras se siga tratando a la enfermedad mental como tal, seguirán proliferando las mismas dinámicas de salud-curación que han mantenido a la locura como un tema tabú escondido de la sociedad, ya que se la seguirá considerando como un mal incurable. Esto continuará contribuyendo al estigma de los enfermos mentales como personas poco creíbles e incapaces, lo que lleva a una falta de consideración de sus derechos y necesidades en el sistema de salud.

5.6. Conclusiones finales

En este trabajo, se ha expuesto la realidad de las personas que viven con padecimientos mentales severos, y los obstáculos que encuentran en los servicios de salud mental en la ciudad de Quito. Ninguna de estas personas puede considerarse particularmente vulnerable por su estatus económico, étnico o de género. Se trata de personas cuyas condiciones les permiten gozar de cierta normalidad y de privilegio dentro de la sociedad quiteña, y participar de esta como ciudadanos libres y en pleno uso de sus facultades. Sin embargo, esto no ha impedido que sean víctimas de malas prácticas recurrentes en el campo de la salud mental y violaciones a sus derechos.

Esto me lleva a concluir que los padecimientos mentales, por sí solos, constituyen una categoría de opresión que no distingue de las otras condiciones y categorías del sujeto para discriminar, y se encuentra mucho menos visibilizada que otros tipos de discriminación. Además, esta invisibilización se amplifica debido a la falta de evidencia visible de la enfermedad mental como una afectación del cuerpo. Estas personas no representan el estereotipo del loco que existe en el imaginario de las personas: no han perdido su conciencia, no deambulan las calles sucios, hambrientos y olvidados; no muestran signos de deterioro mental ni enfermedad física, no hablan solos ni se encuentran aislados del resto del mundo. A simple vista, lucen como se espera que cualquier persona normal luzca, y tienen vidas consideradas normales, con relaciones afectivas duraderas (matrimonios, hijos, amistades), carreras profesionales y empleos bien remunerados, perfiles activos en redes sociales, y otros indicadores de normalidad. Sin embargo, la lucha contra sus padecimientos ha sido larga y silenciosa, y ha tenido repercusiones negativas en los ámbitos familiar, laboral y social.

La estigmatización de la que han sido víctimas no es obvia, ya que al no personificar la imagen del loco empobrecido y abandonado, se sostienen como miembros ordinarios de la sociedad quiteña (blancomestizos, de clase media, con estudios y los medios para ser considerados valiosos para la comunidad. No obstante, en la esfera de lo privado, donde su condición es conocida, la estigmatización es persistente. Algunos sujetos no mantienen relaciones con familiares extendidos debido a su falta de entendimiento de los padecimientos mentales, las relaciones con amistades sufren los embates de críticas, comentarios fuera de lugar y falta de apoyo o interés; y en el entorno laboral, muchas veces los síntomas de sus padecimientos son vistos como fallas de carácter y no como los estragos de una enfermedad.

Esta estigmatización se torna más evidente cuando buscan tratar sus padecimientos en el sistema de salud. Los eventos descritos en este trabajo son muestras de las vivencias generalizadas de quienes padecen de enfermedades mentales, como colectivo. Es en el sistema de salud, particularmente en los servicios especializados de salud mental, donde encuentran la mayor cantidad de abusos y violencia. Ya que al buscar tratamiento en salud mental están aceptando su locura y su calidad de individuos patologizados, las personas entran a un sistema que está diseñado para concebirlas como incapaces de decidir o de distinguir realidades y de ser tomadas en serio. Los profesionales mismos no cumplen su trabajo de forma ética y violan los derechos de consentimiento y de información de los pacientes de manera reiterativa, además de someterlos a maltratos constantes que refuerzan su calidad de individuos invisibilizados.

Estos abusos han sido normalizados por los pacientes, y sus quejas se remiten solamente a la frustración de no encontrar un especialista adecuado. Aun en casos donde la violencia es evidente y es identificada como anómala, no son capaces de presentar una denuncia formal, o de hacer pública su experiencia en redes sociales, ya que la internalización de su condición de locos, históricamente invisibilizados, les impide hacerlo. A esto se suma el alto nivel de afectación emocional en el que se encuentran al momento de recurrir a un profesional de salud mental. Debido a su estado de fragilidad emocional, son vulnerables a abusos de forma silenciosa. La figura del médico universalmente concebida es aquella del salvador de vidas, de un profesional que actúa con el sentido de ética más riguroso, y que usa todo su conocimiento para curar. En él, estas personas vulnerables ven una esperanza para deshacerse del sufrimiento, no para amplificarlo. Confían en los tratamientos, los fármacos y los métodos de los profesionales, ya que de eso se trata la relación médico-paciente, y no esperan ser víctimas de negligencia o discriminación por parte de ellos.

Considero que la incidencia de una práctica en salud mental negligente y poco ética, es parte de un sistema que concibe a los enfermos mentales como individuos poco creíbles, incapaces de discernir, y cuya conciencia se encuentra impedida. Esto constituye estigmatización sistémica o institucionalizada, ya que se trata de una práctica generalizada que impide a las personas el acceso a un servicio digno debido a su condición. Como resultado, los individuos experimentan estigmatización propia, al considerar que sus vivencias no van a ser tomadas con seriedad si es que las comunican, y que el maltrato en salud mental es normal. Esto

perpetúa el ciclo de estigmatización a la salud mental, los sujetos se mantienen invisibilizados y la negligencia se normaliza. El que no exista una legislación específica para proteger los derechos de los pacientes de salud mental es prueba de esta invisibilización: si desde el sistema de salud y de políticas públicas no se puede definir a los enfermos mentales como sujetos vulnerables y de prioridad para el estado, no hay forma de que la sociedad ecuatoriana los llegue a considerar como tal. La realidad es que la sociedad ecuatoriana prefiere ignorar la existencia de la locura, a pesar de ser un problema muy presente y hasta común, y mantenerlo en la esfera de lo privado, fuera de vista. Esto es consecuencia de la estigmatización.

5.7. Recomendaciones finales

Este estudio es una pequeña muestra de la serie de falencias en la práctica de salud mental en la ciudad de Quito, e ilustra la negligencia generalizada a la que son sometidos los usuarios, lo que nos indica la existencia de un fenómeno de estigmatización institucional o sistemática en la salud mental ecuatoriana. La investigación social en salud mental en el país es escasa pero necesaria, y considero que estudios relacionados con el estado de los servicios públicos y privados sería de gran utilidad para el futuro. Con respecto a este estudio, se plantea una extensión relacionada con las experiencias de institucionalización, ya que esta es probablemente la forma más representativa y consistentemente negativa del tratamiento de enfermedades mentales, y creo importante investigar sobre ella para poder encontrar formas de mejorar la práctica en general y contribuir a un trato más humano y ético para los pacientes.

Originalmente, mi investigación se enfocaba en experiencias de reinserción social en la ciudad de Guayaquil, pero debido a la pandemia por COVID-19 y las consecuentes cuarentenas que se declararon a lo largo de 2020 y 2021, no se me dio acceso al sitio original de campo, por lo que tuve que cambiar el enfoque de este estudio. Si bien la reinserción no está mencionada en esta investigación, considero que es un aspecto fundamental de la experiencia de institucionalización y de la salud mental en general y, dada la escasa investigación social en estos temas, la encuentro pertinente e importante para el mejoramiento de los servicios y para el fomento a la investigación en salud mental, tanto desde un enfoque médico-psicosocial como antropológico.

Como investigadora, busco evidenciar las condiciones de las personas que conviven con una enfermedad mental, ya que son un grupo generalmente olvidado, abandonado y tabú en la sociedad ecuatoriana. Desde mis capacidades, espero contribuir a que estas condiciones mejoren y a darles la representación que merecen y que, por largo tiempo, se les ha negado.

Referencias

- American Psychiatric Association. 2014. DSM-5™: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, Carol, Jo Phelan, y Alex Bierman. 2006. "The Sociology of Mental Health: Surveying the Field." En Handbook of the Sociology of Mental Health. Handbooks of Sociology and Social Research, 1-19. Dordrecht: Springer.
- Arévalo Gross, Lisette. 2016. "El dilema público-privado sobre la salud mental en el Ecuador." GK, noviembre 7, 2016. <https://gk.city/2016/11/07/salud-mental-en-el-ecuador/>.
- Asociación Mundial Médica. 1994. Código Internacional de Ética Médica, Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia, agosto 1968 la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 57ª Asamblea General de la AMM.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. 2008. Constitución de la República del Ecuador. N.p.: Quito: Ediciones Legales. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. 2012. Ley Orgánica de Discapacidades. N.p.: Asamblea Nacional de la República del Ecuador. Asociación Médica Mundial. 2020. "Declaración de Córdoba de la AMM sobre la Relación Médico-Paciente." 71ª Asamblea General de la AMM. Córdoba: Asociación Médica Mundial.
- Barreto, Dimitri. 2017. "Salud mental en el Ecuador." Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) 8 (1-2): 17-37.
- Benedict, Ruth. 1934. "Anthropology and the Abnormal." The Journal of General Psychology 10 (1): 59-82.
- Boloña, Enrique. 1989. Origen y actualidad de la Junta de Beneficencia. Guayaquil: Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- Cabrera, Laura Y. 2015. "The Biomedical Paradigm." Rethinking Human Enhancement. 31-55. Palgrave Macmillan, London.
- Canguilhem, Georges. 1971. Lo normal y lo patológico. Argentina: Siglo XXI.
- Cockerham, William. 1981. Sociology of Mental Disorder. N.p.: Routledge.
- Congreso Nacional del Ecuador. 2006. Ley 77 de Derechos y Amparo del Paciente.
- Corrigan, Patrick, Fred Markowitz, y Amy Watson. 2004. "Structural levels of mental illness stigma and discrimination." Schizophrenia Bulletin 30 (3): 481-491.
- Corrigan, Patrick, and Amy Watson. 2002. "Understanding the impact of stigma on people with mental illness." World Psychiatry 1 (1): 16-20.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. 2021. Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, Sentencia de 26 de marzo de 2021 (Fondo, Reparaciones y Costas). N.p.: Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- Crenshaw, Kimberlé. 2017. On Intersectionality: Essential Writings. N.p.: New Press.
- Das, Veena, Margaret Lock, y Arthur Kleinman, eds. 1997. Social Suffering. N.p.: University of California Press.

- Desviat, Manuel. 2010. Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 30(1): 125-133.
- Douglas, Mary. 1986. *How Institutions Think*. Edited by Syracuse University Press. N.p.: Syracuse University Press.
- Dowdall, George. 2006. "Mental Hospitals and Deinstitutionalization." En *Handbook of the Sociology of Mental Health* 519-537: Springer.
- Durkheim, Émile. 1957. *Professional Ethics and Civil Morals*. N.p.: Routledge.
- Durkheim, Émile. 1989. *El suicidio*. N.p.: Akal.
- Foucault, Michel. 2003. *Hay que defender la sociedad*. N.p.: Ediciones Akal.
- Foucault, Michel. 2007. *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2009. *La arqueología del saber*. Traducido por Aurelio Garzón del Camino. N.p.: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Foucault, Michel. 2015. *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freire, Christian. 2008. *Imprudencia, impericia y negligencia. Responsabilidad penal, civil y administrativa del profesional médico, Disertación previa a la obtención del título de abogado*. N.p.: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Goffman, Erving. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, New York: Anchor Books.
- Goffman, Erving. 1963. *Notes on the Management of Spoiled Identity*. N.p.: Simon & Schuster.
- Hermida, Adriana, Oliver Glass, Hadia Shafi, y William McDonald. 2018. "Electroconvulsive Therapy in Depression: Current Practice and Future Direction." *The Psychiatric Clinics of North America* 41 (3): 341-353.
- Husserl, Edmund. 1970. *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy*. N.p.: Northwestern University Press.
- Keane, Mary. 1990. "Contemporary Beliefs About Mental Illness Among Medical Students: Implications for Education and Practice." *Academic Psychiatry* 14 (3): 172-177.
- Kleinman, Arthur. 2012. "Medical Anthropology and Mental Health: Five Questions for the Next Fifty Years." In *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*, editado por Marcia C. Inhorn y Emily A. Wentzell. N.p.: Duke University Press.
- Lamb, Richard, y Leona Bachrach. n.d. "Some Perspectives on Deinstitutionalization." *Psychiatric Services* 52 (8): 1039-1045.
- Levy, Robert. 1993. "A prologue to a psychiatric anthropology." In *New Directions in Psychological Anthropology*, 206-220. N.p.: Cambridge University Press.
- Link, Bruce, y Jo Phelan. 2006. "Labeling and Stigma." En *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 481-494. N.p.: Springer.

- López Rodríguez, Clara Inés. 2020. Marcos predicativos asociados al concepto signo y síntoma en textos sobre medicina en español. *Revista Signos* 53(103): 392-418.
- Margulies, Richard. 1973-1974. "Psychiatric Negligence." *Drake Law Review* 23:640-652.
- Martínez-Hernández, Ángel. 2014. El signo de los cinco: Las semióticas del síntoma y sus olvidos. *Intersecciones en antropología* 15(2): 353-362.
- Mead, Margaret. 1947. "The Concept of Culture and the Psychosomatic Approach." *Psychiatry* 10 (1): 57-76.
- Menéndez, Eduardo. 1988. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria, Ponencia en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: n.p.
- Menéndez, Eduardo. 1998. "Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural." *Natura Medicatrix* 51 (Octubre): 17-22.
- Menéndez, Eduardo. 2008. "Los otros y nosotros: La parte negada de la cultura." In *Salud mental, diversidad y cultura*, 29-46. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Menéndez, Eduardo. 2012. "Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica." *Gazeta de Antropología* 28 (3): 1-7.
- Menéndez, Eduardo. 2012. "Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina." *Trabalho, Educação e Saúde* 10, no. 2 (Octubre): 335-345.
- Menéndez, Eduardo. 2015. "Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: Biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder." *Salud Colectiva* 11 (3): 301-330.
- Menéndez, Eduardo. 2018. "Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional." *Salud Colectiva* 14 (3): 461-481.
- Merriam-Webster.com Dictionary. n.d. "ethos." Merriam-Webster.com Dictionary. Accessed agosto 23, 2021. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/ethos>.
- Miller, Seumas. 2007. "Social Institutions." En *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford, California: Stanford University.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2006. Ley 77. Ley de derechos y amparo del paciente.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2011. "Gobierno Nacional invierte 6.8% del presupuesto del Estado en Salud." Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/gobierno-nacional-invierte-6-8-del-presupuesto-del-estado-en-salud/>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014. Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. N.p.: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. n.d. "Coronavirus COVID-19." Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid-19/>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS. 2008. Informe de la evaluación de los sistemas de salud mental del Ecuador basado en el instrumento IESM-OMS. N.p.: Organización Panamericana de la Salud.

- Monroy, Alejandra. 2018. "¿Cuál es el estado de la salud mental en Ecuador?" *El Telégrafo*, abril 8, 2018. <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/estado-salud-mental-ecuatorianos>.
- Murphy, Dominic. 2008. "Concepts of Disease and Health." En *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. N.p.: Stanford University.
- Organización Mundial de la Salud. 2001. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. N.p.: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 2018. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 2019. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, perfil del país: Ecuador. N.p.: Organización Panamericana de la Salud.
- Perales, Alberto, Alfonso Mendoza, Elard Sánchez, Eric Bravo, Lorenzo Barahona, y William Aguilar. 2015. "Vocación psiquiátrica." *Anales de la Facultad de Medicina* 76, no. 2 (Junio): 167-180.
- Ramírez, René. 2012. Socialismo del sumak kawsay o biosocialismo republicano. Ecuador: Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación.
- Reiss, Julian, y Rachel Ankeny. 2016. "Philosophy of Medicine." In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. N.p.: Stanford University.
- Scheff, T.J. 1974. "The Labelling Theory of Mental Illness." *American Sociological Review* 39 (June): 444-52.
- Scheper-Hughes, Nancy, y Margaret M. Lock. 1987. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 1, no. 1 (Marzo): 6-41.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1982. "Anthropologists and the 'crazies.'" *Medical Anthropology Newsletter* 13, no. 5 (Mayo): 1-11.
- Scott, D.J., y A.E. Philip. 1985. "Attitudes of psychiatric nurses to treatment and patients." *British Journal of Medical Psychology* 59:169-173.
- Scott, Richard. 1995. *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Scull, Andrew. 2019. *Locura y civilización: Una historia cultural de la demencia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Spitzer, Robert, y Paul Wilson. 1975. "Nosology and the Official Psychiatric Nomenclature." En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. N.p.: The Williams & Wilkins Company.
- Steinberg, Holger, Christoph Hermann-Lingen, y Hubertus Himmerich. 2013. "Johann Christian August Heinroth: Psychosomatic Medicine Eighty Years Before Freud." *Psychiatria Danubina* 25 (1): 11-16.
- Stuart, Heather. 2003. "Violence and mental illness: an overview." *World Psychiatry* 2 (2): 121-124.

- Szasz, Thomas. 1974. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. N.p.: Harper & Row.
- Turner, Jay, y Blake Turner. 2006. "Social Integration and Support." In *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 301-319. N.p.: Springer.
- Tusev, Aleksandar, Luis Tonon, y Manuel Capella. 2020. "Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de Covid-19 en algunas Provincias de Ecuador." *Investigatio* 15:11-24.
- Weinberg, Samuel Kirson. 1967. *The Sociology of Mental Disorders: Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*. N.p.: Gruyter.
- Zibell, Matías. 2020. "Coronavirus en Ecuador: el drama de Guayaquil, que tiene más muertos por covid-19 que países enteros y lucha a contrarreloj para darles un entierro digno." *BBC News*, abril 1, 2020. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52116100>.
- Zúñiga, Danny, y Alba Riera. 2018. "Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada." *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)* 43 (1): 39-45.