

El Lugar Medicalizado del Sujeto con Padecimiento Mental en el Ecuador: Una Continuidad en su Reinserción Social y su Estancamiento

The Place Medicalized Mental Suffering Subject in Ecuador: A Continuity in their Social Insertion and Stagnation

Carlos Tipán Meza, Eliana De Gennaro & Gisela Silva*

Resumen. Entramado en la investigación sobre “Salud mental y entorno social del paciente psiquiátrico en el Ecuador”, surge una interrogante respecto del nivel de confianza al fármaco como medio principal para el tratamiento y de dirección de cura de los sujetos con padecimiento mental. Confianza o recurso recurrente en el discurso del familiar, de los profesionales de la llamada “salud mental” –aún de los psicólogos- relegando a la clínica de la palabra o a la labor psicológica a una función auxiliar, no a un trabajo interdisciplinario. Nos interrogamos si es el “poder psiquiátrico” que Foucault denuncia, o el poder farmacéutico el que se verifica en una política actual de des-internalización del paciente psiquiátrico así como de su nominación formal como discapacitado mental. Tras los resultados de esta investigación de metodología mixta, se busca presentar y sostener lo que pareciera ser el recurso de efectos inmediatos, el fármaco y, cómo éste atenúa el síntoma leído como un signo inamovible pero que pareciera ser imprescindible en un regreso donde el prestigio hospitalario y el escaso entendimiento familiar del malestar del sujeto afectado, no presenta otra vía. También apunta a un paralelismo entre el ser productivo y el bienestar que condiciona al sujeto con padecimiento mental. Realizado en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, el estudio muestra intentos particulares, a veces bien emprendidos, de reinserción social en un escenario falto de estructuración previa de programas y políticas que den asidero a las personas con padecimiento mental.

Palabras claves. Reinserción, padecimiento mental, fármacos, instituciones, des-internalización, discapacidad, percepción.

Abstract. Lattice in research on "Mental health and social environment of the psychiatric patient in Ecuador", a question arises regarding the level of trust in drugs as the principal way of treatment and cure address for individuals with mental disorder. Trust or recurrent resource in familiar speech, of professionals from the called "mental health", even from psychologists, making from the clinical word or psychological labor, an auxiliary function, not an interdisciplinary work. There is a question about if it's the so-called "psychiatric power" from which Foucault complains, or the pharmacist power that seems to be verified in a current policy of de-internalization of the psychiatric patient and its formal nomination as mental disabled. Following the results of this mixed methodology research, this paper tries to present and hold what appears to be the source of immediate effects, drugs, and how it attenuates the symptom, read as an irremovable sign, but gives the impression of being essential; back to where the hospital prestige and the familiar limited understanding of the discomfort from the affected individual, has no other way. It also points out a clear parallelism of being productive and the well-being of conditioned individuals with mental affections. Made in the cities of Quito, Guayaquil and Cuenca, the research shows particular attempts, sometimes well undertaken, of social rehabilitation in a setting with lack of programs and policies that handle individuals with mental disorders.

Keywords. Reinsertion, mental disorder, drugs, institutions, de-internationalization, disability awareness.

Introducción

Hay una historia en occidente en relación a los “alienados, los locos” y su asilamiento. El Ecuador tiene la suya que parece importada, al menos en retribución al desentendimiento del sujeto con problemas mentales. Partiendo de la investigación sobre “Salud mental y entorno social del paciente psiquiátrico en el Ecuador” elaborada en este 2013 por la Facultad de Psicología de la Universidad Internacional SEK de Quito, Ecuador, se reflexiona frente a una política actual de des-internalización del paciente psiquiátrico y una nominación reciente que lo inscribe como “discapacitado mental”. La investigación se la realiza en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, lugares donde se centran en gran parte las instituciones de salud mental.

En el estudio se devela la ausencia de una política instaurada de salud mental y sus efectos que, dependiendo el lineamiento a establecer, podrían reflexionarse. Dicha carencia no predice la resolución de una problemática no investigada, mucho menos, la respuesta frente a una des-internalización cuya novedad - sin serla - pareciera encender solamente luces políticas y, carentes de ideas, apostar el devenir de la reinscripción del sujeto con padecimiento mental alrededor de las políticas establecidas para el discapacitado.

Pareciera ser incluso que un punto fundamental ya identificado por Foucault (2008) como determinante del discurso psiquiátrico es la referencia al fármaco para aplacar, tratar a dichas personas. Este artículo interroga el uso, probablemente inscrito en una respuesta fenomenológica inmediata que el fármaco ofrece para “estabilizar” al sujeto con padecimiento mental, sostenido en el auge farmacológico y en el cientificismo positivista que lo determina como principal, a veces exclusivo, tratamiento y dirección de cura. Tras intentos fallidos con curanderos, homeópatas, incluso psicólogos, tras la institucionalización del saber y por ende el tratamiento y diagnóstico a aplicar a la persona con problemas mentales, práctica y teoría, remiten, aunque no con exclusividad, al saber psiquiátrico, Foucault dice: “Son esas marcas del saber, y no el contenido de una ciencia, las que le permitirán al alienista funcionar como médico en el interior del asilo. Son esas marcas del saber las que le permitirán ejercer en el interior del asilo un ‘súper-poder’ absoluto, e identificarse finalmente con el cuerpo asilar” (2008). Y el fármaco es la vía en que el síntoma es tratado como signo inamovible y verdadero, y donde “en la clínica del signo la palabra del sujeto no es imprescindible» (Sandoval, 2005). Es en esta vertiente donde encontramos que el quehacer del psicólogo se dispone o responde a este

poder psiquiátrico, en términos psicoanalíticos, el saber médico se instala como el Sujeto supuesto saber, estático e inmediatista.

En particular, se elabora la idea de cómo el fármaco no sólo se instala como objeto cotidiano en el común de los mortales sino que, en el retorno del familiar “enfermo”, su ingesta periódica se hace imprescindible. Imprescindible pareciera, para que el sujeto con padecimiento mental sea “útil, productivo”, significantes recurrentes como indicios de cura, recusando su bienestar singular. Es decir, el hecho de ser económicamente productivo relega a la pregunta por el bienestar del sujeto que puede verificarse en otros ámbitos del sujeto.

Finalmente, se aborda aquellos programas o actividades encontradas tanto en el país como fuera de éste que dan cuenta de otro posicionamiento, o esbozos al menos, en respuesta a una desmanicomialización, una reinserción social, familiar, laboral, existencial que plantean un escenario quizá no óptimo pero contingente de reconocimiento y validación social del sujeto con padecimiento mental.

Metodología

La investigación realizada sobre “Salud mental y entorno social del paciente psiquiátrico en el Ecuador” se sostuvo en una metodología mixta, cualitativa y cuantitativa. Para obtener datos relevantes de la percepción sobre la inserción social del sujeto con padecimiento mental, se elaboró y aplicó una encuesta dirigida a la comunidad (1082 encuestas tomadas en las 3 ciudades) que buscaba estimar la percepción sobre los sujetos con padecimiento mental y su inserción social. El resto del estudio versó en entrevistas a profundidad a familiares de pacientes, a profesionales de la llamada salud mental, es decir, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales de las principales instituciones de las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, y así mismo entrevistas de relato de vida o narrativas a pacientes. Se estimó en cada institución entrevistar alrededor de 3 pacientes, 3 familiares de éstos y 3 profesionales. Sin embargo la disposición de colaborar de los participantes incrementó este número, por ejemplo en Guayaquil 9 pacientes fueron entrevistados También se realizaron en dichas ciudades grupos focales con la comunidad, con familiares de pacientes y con profesionales de la salud mental. Es estudio giró alrededor de 3 ejes de información a buscar: la percepción de la situación social del sujeto con padecimiento mental, el ámbito institucional y el estado de la reinserción social, familiar y laboral, ámbitos que tienen correlación.

Finalmente, se analizó esta información junto con el estudio de bibliografía pertinente a la problemática así como se recabó información de programas de

inserción social del sujeto con padecimiento mental de otros países, pudiendo realizar entrevistas a profesionales vía internet.

Resultados

3.1 De la política de salud mental y las instituciones psiquiátricas.

3.1.1 De la política de salud mental

Aunque se ha instaurado políticas en relación a la salud mental, ésta carece de una referencia legal aún en el Ecuador. Dichas resoluciones plantearon en principio una des-internalización del sujeto con padecimiento mental (nominación planteada en la investigación para las personas con problemas mentales superpuesta a la de “paciente psiquiátrico”, “alienado”, “enfermo mental” o simplemente, “loco”) que determinó su retorno al orden familiar en ausencia de un programa o una estructura que sostuviera el nuevo escenario existencial. En esta dinámica, hospitales psiquiátricos públicos como el San Lázaro de la ciudad de Quito, volcó su atención sólo de manera ambulatoria y únicamente el Hospital Psiquiátrico Julio Endara y en poco número y con limitación temporal los hospitales del Seguro Social, acogen algunos pacientes crónicos y agudos en internación. Conocemos que la nominación y el tratamiento institucional y social que se otorga al sujeto con padecimiento mental depende y se sostiene en construcciones históricas e ideológicas que cada cultura acoge y que usualmente en occidente ha respondido a una exclusión aún en una nominación aparentemente positiva o humanista, pero que conlleva la estructura de un síntoma, un síntoma “social”. Es decir, no en la vertiente médica donde se entiende al síntoma como un signo y una verdad a deshacer sino, la institución que apertura un espacio donde el síntoma como un “Fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, constituye no el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente” toma asidero.

Aunque la política del encierro ya fue cuestionada por Foucault en nuestra cultura existen aún «formas coercitivas donde el poder institucional y científico, ha prevalecido sobre el interés humano y social de los pacientes» (Jaramillo, 2010). La coordinadora del programa AdoP de Argentina, Lic. Susana Chames dice (comunicación personal): “todos los dispositivos están atravesados por cuestiones políticas, por las cuestiones ideológicas de cada época”. Es allí entonces donde el poder farmacológico toma fuerza, aún en ausencia de una política de Salud Mental aunque haya un plan de éste versado en 1999 pero que no tuvo la aplicación en todos los ámbitos determinados.

Es importante reflexionar y pensar en que una política, un orden legal, sobre la salud mental, no garantiza ni promete una mejor dirección ni de diagnóstico, tratamiento o inserción social del sujeto con padecimiento mental. ¿Acaso las políticas de “salud mental” son inmunes al discurso capitalista y farmacológico mantenido por el cientificismo? Sandoval (2012) se interroga relacionando los episodios recurrentes en la sociedad estadounidense de matanzas que dice, se han convertido en un “síntoma americano”, en el país donde “el sistema funciona”, ¿carece de leyes y políticas de salud mental? Sabemos que no. Interroga entonces que comunidades pequeñas como el Ecuador pueda contener “al ‘loco de la aldea’ y le dé algún lugar y función [...] Paradójicamente quizás no es tan malo que en pleno siglo XXI, el Ecuador no tenga una ley equivalente de ‘salud mental’ y programas efectivos y extensos derivados de ella. Aún podemos contener a nuestros locos, y darles un lugar importante en algunos casos”.

Una segunda política es la denominación del sujeto con padecimiento mental como “discapacitado mental” e inserto por ende, en las disposiciones dirigidos a éstos. Es tal la ausencia significativa que la otrora Dirección de Salud Mental se diluyó en diferentes instancias legales convergentes a la discapacidad y hoy en día el sujeto con padecimiento mental se inscribe dentro de la Dirección Nacional de Discapacidades y cuidados especiales de la Salud. La implantación de dicha denominación, ha tenido efectos singulares a nivel de la comunidad, de los profesionales de la salud mental, los pacientes y sus familiares y llamativamente hay una aceptación de este nombramiento. Tanto en entrevistas como en los grupos focales, la mayoría de los profesionales que brindaron su palabra, están de acuerdo que se los considere como “discapacitado” a los sujetos con problemas mentales, la contundencia de la opinión de un profesional de uno de los hospitales de Quito, condensa el resto, decía: “Entonces creo que es importantísimo, que sea y que debe, ya por fin está considerado, dentro de los discapacitados el enfermo mental como tal”

Se puede observar el posicionamiento de la comunidad respecto de la nominación como discapacitado del sujeto con padecimiento mental. Hay un 55,45 % de acuerdo como promedio de las 3 ciudades.

Cabe anotar finalmente sobre la discapacidad, que ésta si tiene un asiento legal, es decir, hay una ley que la sostiene y que con el programa “Manuela Espejo” pudo, impulsado por el Vicepresidente del anterior período presidencial Lenin Moreno, tener una repercusión importante en la sociedad ecuatoriana y en especial en los discapacitados en el Ecuador que superan las 300.000 personas. En este punto surge una pregunta pertinente, ¿se puede insertar al sujeto con padecimiento mental dentro de los discapacitados? Pregunta que interroga desde la nominación que se compone

de un prefijo negativo (dis-capacitado) hasta en cuestiones operativas donde tanto la percepción de la comunidad (cuadro 2) como la información recabada en especial en los grupos focales, se prefiere llenar las cuotas de trabajo con discapacitados físicos que mentales (la ley obliga a contratar a discapacitados).

Cuadro 1. ¿Está de acuerdo con que a las personas con trastornos mentales se les considere discapacitadas? (se incluye el número de encuestas)

Ciudades	Número de encuestas
Cuenca	361
Guayaquil	365
Quito	356
Total general	1082

Respuestas	Ciudades			Total general
	Cuenca	Guayaquil	Quito	
Si	57,34%	55,89%	53,09%	55,45%
No	39,61%	38,36%	43,82%	40,57%
Sin Respuesta	3,05%	5,75%	3,09%	3,97%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Cuadro 2. ¿Contrataría o trabajaría con una persona que sufra trastornos mentales?

Respuestas	Ciudades			Total general
	Cuenca	Guayaquil	Quito	
No	51,52%	52,88%	64,33%	56,19%
Si	41,27%	35,07%	31,46%	35,95%
Sin Respuesta	7,20%	12,05%	4,21%	7,86%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

En esta pregunta a la comunidad vemos que el 56,19 % de la población encuestada señala que no contrataría o trabajaría con una persona con “trastornos mentales”.

3.1.2 De la institución psiquiátrica.

Históricamente los hospitales psiquiátricos han sido una suerte de depósito de personas con padecimientos mentales, ejerciendo así, un rechazo social ante lo desconocido, lo diferente, lo que se encuentra fuera de la norma. La exclusión de los enfermos, el trato denigrante hacia ellos, el miedo que genera aquello diverso a lo que se conoce, se pueden interpretar como síntomas de la sociedad.

Ya describía Michel Foucault (1976) las dificultades que fueron atravesando los enfermos mentales en el transcurso de la historia, siendo en el siglo XVII expulsados de la ciudad en barcos, como una medida de expulsión general donde se deshacían de “locos” vagabundos. Pero no todos corrían la misma suerte, otros eran enviados a las prisiones, sin tratamiento alguno, junto con delincuentes, pobres y desocupados.

Elizur y Minuchin (1997) relatan diversos efectos iatrogénicos que se producen luego de la internación. Describen que la primera hospitalización crea una discontinuidad con la vida anterior y que el diagnóstico que se le realiza dentro del hospital crea un rótulo, un etiquetamiento a partir del cual el enfermo asumirá un nuevo rol, una nueva forma de comportarse y de cómo se comportarán con él. Esto implica que a nivel social ya no tenga a futuro las mismas posibilidades, por ejemplo, en la búsqueda de un trabajo, de su inserción en la sociedad, ya que aún dados de alta, nunca pierden la posición de pacientes mentales.

Por otra parte, Goffman (1968) relata que cuando un interno llega a un establecimiento comienza en él una serie de depresiones, humillaciones y profanaciones del yo a las que denomina “mortificación del yo”. La barrera que existe entre el interno y el mundo exterior marca la primera mutilación del yo, éste comienza a aislar los roles del pasado, se despoja de ellos y comienza a asumir un nuevo rol.

Si bien es evidente que se produce un cambio en el rol a partir de una institucionalización, se observó que hay una dicotomía entre la forma de percibirse a sí mismos y al tipo de terapéutica administrada, entre los pacientes que opinaron que el hecho de tener un diagnóstico y un tratamiento farmacológico les brindaba una posición de seguridad, de saber qué es lo que les está pasando y, además, un consuelo por saber que hay un fármaco que lo tranquiliza. Pero, por otro lado, otra parte de los pacientes que se encuentran hospitalizados, no están a gusto con el

recibir un tratamiento farmacológico, lo hacen resignados y con miedos concernientes a los efectos secundarios que éstos producen y a sentir no ser las mismas personas que eran antes. Entonces, el medicamento se oferta como ese objeto de confianza que puede venir a estabilizar e incluso a “curar” a la persona, tantos médicos como psicólogos aceptan esta cuestión, dejando en primer plano y como primer recurso terapéutico la farmacologización de los pacientes psiquiátricos.

Sumado a este cambio de rol y nueva posición en la sociedad, Ramón García señala en la introducción al libro *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial* (Basaglia et al., 1975) que la locura es vista como una desviación de la norma y debe ser normalizada. Siguiendo estos conceptos, Cornaglia (2013) menciona que la comunidad, incluso la comunidad científica tiende a pensar a los enfermos mentales como seres humanos que no se adaptan a las normas instituidas socialmente. Por otra parte, la comunidad tiende a asimilarlo a lo que comúnmente se denomina “loco” y lo ve como a alguien que en lo posible tiene que ser excluido de la familia.

Entonces, los hospitales psiquiátricos han actuado como lugares de hacinamiento, de reclusión y de aislamiento, funcionando como una pastilla, como un medicamento que tranquiliza a la sociedad pero aun así, no están excluidos de ella. Es decir, existen en general en sitios alejados pero siguen formando parte de ella. La comunidad suele calmarse al saber que un enfermo mental se encuentra encerrado, por el miedo, por la falta de conocimiento y de educación de lo que significa tener un trastorno mental. Por otra parte, esto que calma a la comunidad es lo que aliena y deteriora a la persona con un padecimiento mental.

3.2 El poder psiquiátrico y la oferta farmacológica basada en supuestos científicos positivistas. Sociedad y familia.

Desde una lectura psicoanalítica, entendemos que el discurso actual y global está dirigido a recusar la falta en ser del sujeto (creer que podemos completarnos, nada a buscar), en un imperativo de la persona feliz, productiva e ideal, se ofertan objetos que prometan tal confort. En este sentido, psicoanalítico, habría como interrogar al poder psiquiátrico, en el sentido de Foucault, a esa marca que sostiene el saber médico y por ende, al fármaco. El *Pharmakon* griego se lo entiende como remedio, veneno, tintura y placebo, píldora que implica una dinámica simbólica y real, un imaginario de quien prescribe y de una acción química universal pero que tiene efectos en una subjetividad. Pero desmiente lo imprescindible en la existencia, el malestar constitutivo y necesario para el deseo; el adolescente por ejemplo, necesita elaborar un duelo, hacer un rehallazgo del objeto que ya Freud devela en sus *Tres ensayos de teoría sexual* (1999), es decir, una tristeza que como Lerude (2008) apunta, “la depresión del adolescente como la expresión clínica de un tiempo lógico

de mutación subjetiva”, es necesaria. El psiquiatra usualmente va a leer el duelo de un adolescente con la enfermedad (trastorno bipolar por ejemplo). C. Melman, psicoanalista apunta “...los médicos antes de estar al servicio del enfermo, están hoy en día, al servicio del imperativo social” (2005). Aunque es importante en este punto reconocer, como lo recuerda Sandoval (2012) que “la psiquiatría nunca ha llegado a funcionar (En Ecuador) como aquella ‘ciencia política’ auxiliar del control del Estado, de la que hablaba Robert Castel a propósito de la ‘Ley de Alienados’ francesa de 1838.”

Cuadro 3. ¿Entre los tratamientos cuál cree Ud. Que es el más efectivo para quienes sufren de trastornos mentales?

Respuestas	Ciudades			Total general
	Cuenca	Guayaquil	Quito	
Tratamiento con medicinas, psiquiátrico	40,17%	40,82%	49,16%	43,35%
Tratamiento psicológico	29,09%	26,85%	21,63%	25,88%
Sin Respuesta	3,32%	14,79%	4,49%	7,58%
Desconozco	4,43%	5,21%	12,36%	7,30%
Tratamiento en casa	11,63%	5,21%	4,21%	7,02%
Acompañamiento religioso (prácticas de sanación)	6,37%	3,29%	3,93%	4,53%
Medicina tradicional (naturista, ancestral)	2,22%	2,19%	3,09%	2,50%
Otro	2,77%	1,64%	1,12%	1,85%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Eric Laurent (2000), psicoanalista, en su libro *Psicoanálisis y salud mental*, recapitula las distintas clínicas que ha adoptado la psiquiatría, es decir, ciertas orientaciones que influyeron en diferentes tiempos al quehacer psiquiátrico. Clínica dinámica, de la medicación, del sentido social, psicodinámicas, de etiología por modificaciones psicosociales. Finalmente anota, que la psiquiatría retoma la clínica de la medicación como efecto de los avances biológicos y la eficacia de los psicotrópicos. Lo interesante, es justamente el fenómeno percibido ya en los 80’ cuando se prometía que había fármaco para todo y por ende la idea que la emergencia de lo patológico tenía una causalidad bioquímica, Laurent dice (2000), “lo patológico avalando la idea misma de lo normal. Si todo es susceptible de un tratamiento medicamentoso [...] ¿dónde se sitúa, entonces, la frontera entre lo

normal y lo patológico?” Esto determina nuevas normas para lo patológico y en ese afán universalista, el síntoma es signo, es mono-síntoma, es decir, frente a simples rasgos, se determina una serie de clasificaciones patológicas con su remedio correspondiente. Pero la eficacia es sobre lo fenomenológico, Laurent apunta (2000) “Ya no se trata más de curar, se trata de determinar la evaluación de cierta eficacia sobre los modos de lo viviente así definidos”. Entonces, nos preguntamos ¿a qué responde esta dinámica y por qué continúa? ¿Será que ya no es el poder psiquiátrico, su saber, el que sostiene una práctica sino el de la medicina, del fármaco?

El psiquiatra también pareciera situarse cada vez más en la lógica exclusiva del medicamento. Un psiquiatra de uno de los hospitales públicos de Quito, en relación a la psicosis dice (comunicación personal) “¿Quién va a trabajar? El psiquiatra, porque él maneja la farmacología, dará medicamentos hasta estabilizarlo y sacarlo de su trastorno.” Entonces, podríamos pensar que es la industria farmacéutica que impone, sostenida en el cientificismo positivista que se basa en lo fenomenológico y en las estadísticas, la lógica de la salud mental. El incremento de trastornos, de medicamentos por ende y la comercialización de éstos con promesas de una normalidad y de felicidad, ¿no son suficientes argumentos para pensar en un poder farmacológico entonces?

¿Y el psicólogo? (no planteo psicoanalistas pues en las instituciones psiquiátricas ecuatorianas no se sitúa alguno). Asiduamente, el psicólogo participa en la institución y en la sociedad como profesional de la “salud mental”. Revelado como complementario al tratamiento psiquiátrico, medicamentoso, pareciera ser el nuevo “alienado” de la institución psiquiátrica (salvo honrosas excepciones). Un psicólogo de institución psiquiátrica decía en relación a la des-internalización (comunicación personal): “el mismo paciente por sí sólo pide ya, no necesita del familiar, ya ha hecho conciencia el paciente que él necesita la medicación”

Ahora, sin pretender, pues no es el lugar, entrometer en el campo de la política ecuatoriana, es necesario anotar que en distintos sectores funcionales así sus instituciones, la “evidencia” numérica, verificable es demandada y revisada. Esto determina aun cuando los orígenes son velados, que se responda de manera rígida y cuantitativamente evidenciable a las demandas estatales y no es una excepción el campo de la salud mental, ¿cómo medir la psiquis, el bienestar? Es quizá el enfoque conductista de la psicología que se pretende en capacidad de hacer tal medición y de tener por ende, el estatuto de ciencia. Pero como apunta Sandoval (2008), la psicología aún no se puede establecer como una ciencia pues el objeto de estudio varía según el enfoque epistemológico que se plantee.

Respecto de cómo la sociedad percibe al sujeto con padecimiento mental vale subrayar lo que menciona un psicólogo de una institución psiquiátrica (comunicación personal): “el desconocimiento hace que la persona no pueda darle el trato que se merece a la persona con enfermedad mental, otra que el estigma de la sociedad que hasta el presente tenemos, al ver un enfermo mental pues es un elemento de rechazo, aislamiento, de miedo, de terror”. Sin embargo, es evidente que sea algo más tolerado en tanto “discapacitado”. Pero estorba, como molesta un síntoma, Chames (comunicación personal) dice “...no les presta mucha atención a las personas con problemas mentales, así como son una molestia para la sociedad las personas con padecimientos mentales severos...”. En general en el estudio, se repitió la idea de que el sujeto con padecimiento mental aún es estigmatizado en la sociedad aunque se busque mejorar su percepción con su inclusión dentro de las discapacidades y el retorno a la familia.

Pero dicho retorno y su inserción en la nominación de discapacitado se sostiene en la evidencia de una aparente “estabilización” y ésta demandada en su inmediatez para su revisión, sólo puede ser maquillada por el medicamento. Dice un profesional de una de las instituciones colaboradoras en relación del retorno del familiar a casa (comunicación personal): “acuden al proceso terapéutico, cada mes, cada dos meses que es cuando tienen que llevar su medicación [...] la familia ya lo mira hasta de agrado de tener un familiar con discapacidad y ven lo productivo que puede ser en su patología”.

En cambio, los familiares caen en una dinámica ambigua, por un lado, buscan la estabilización del familiar enfermo, que no estorbe y que sea productivo y, es allí donde el medicamento se inserta; por otro lado, en esa dificultad de sostener al familiar, se topan con posibles beneficios económicos en tanto discapacitados; pero muchos lo que piden son instrumentos, información para evaluar un comportamiento y saber qué hacer en determinados casos, una familiar decía (comunicación personal): “nos hace falta como papás un apoyo y conocimiento, conocimiento que nos enseñen ¿por qué las cosas pueden llegar a pasar esto?, ¿qué es lo que nos está haciendo daño? A veces nos encerramos y no sabemos qué hacer y eso peor nos va enfermando, nos va tragando y después cuando ya creo que estemos bien enfermos, entonces nos desesperamos.”

En resumen, los familiares demandan más ayuda pero no sólo económicamente sino buscan inclusión, reconocimiento, orientación. Chames dice “a veces pedirle a la familia que hagan cosas distintas y que ellos no las hacen, no es porque no colaboran o porque son malos, sino porque justamente hay algo de lo que tienen que resolver internamente ellos para que eso sea posible”.

3.3 Sobre el enfermo mental y su productividad

La elaboración, su contexto, demanda abordar una interrogante que surgió en el transcurso de la investigación, ¿por qué en el Ecuador un sujeto con padecimiento mental es percibido como curado, en bienestar, estabilizado, *medicado*, en tanto y cuanto pueda laborar? Lo que determina la labor humana y en particular en los llamados pacientes psiquiátricos, es necesario reflexionarla desde lo que significa insertada en un punto de partida que es la terapia ocupacional y lo que se espera del “discapacitado mental”.

La ocupación humana se considera universal, a pesar de esto viene a tener una connotación individual al tener un significado propio de lo realizado por cada persona. Esto sumado al hecho que, la ocupación humana es vista como el medio de *diálogo* de un individuo con el entorno, ya que une esta actividad propia con las necesidades culturales o los estándares de la cultura como lo dice Iwama, (2008). Es decir, que no es una actividad sin ningún objetivo en concreto, indirectamente se convierte la ocupación en una actividad que une una serie de creencias y valores los cuales forman los estándares de comportamiento de una persona para la vida cotidiana, como lo refiere Dyck, (1998). Considerando a la ocupación como algo inserto e inscrito en la naturaleza humana y hace que un individuo tenga el nexo con su cultura nace la llamada “terapia ocupacional”, Charles Christiansen (1999) considera que la competencia en el desarrollo de las ocupaciones contribuye a la formación de la identidad de la persona al mismo tiempo que le da coherencia y bienestar. Es decir que los terapeutas ocupacionales contribuyen al restablecimiento del equilibrio del sistema cuando notan en qué puntos este ha sido desequilibrado. Ahora, en la actualidad en nuestro país Ecuador, el sistema manejado –como alrededor de la mayoría del mundo- es el capitalista, sin emitir juicios de valor, dicho sistema tiene efectos psíquicos (C. Melman en *El hombre sin gravedad*, trata a profundidad estos puntos, insertando la idea central de una nueva economía psíquica).

Para entender un poco este punto es necesario definir brevemente ¿qué es el capitalismo? Es un modelo económico que pretende obtener beneficios (capital) mediante la producción de bienes y servicios, es decir que se necesita de la coexistencia y dinámica entre la producción y el consumo, los productores y los consumidores, la oferta y la demanda, en otras palabras, el comercio.

Así, la importancia de la productividad para la rehabilitación y reinserción de los pacientes psiquiátricos conlleva la pregunta de si estos no son valorados únicamente como entes del engranaje del sistema económicamente productivo. Dentro de un antiguo hospital de la ciudad de Quito, el cual cambió sus políticas de

internalización para volverse centro ambulatorio, y otros que siguen funcionando como hospitales permanentes, se imparte terapia ocupacional a los pacientes psiquiátricos, considerando que de esta manera la familia podrá entender mejor al individuo que está sufriendo ¿cómo? Como lo refiere un psicólogo de una institución psiquiátrica de Quito (comunicación personal) que dice que al aprovechar las capacidades, habilidades y destrezas del paciente, que así fueren mínimas, pueden resultar actividades útiles y provechosas, incluso productivas como un ingreso económico para la familia.

Dicho esto se forma una de las interrogantes más importantes, recurrentes y polémicas durante la investigación, ¿es acaso que los programas de reinserción social apuntan a que una persona con padecimiento mental completa con éxito su rehabilitación al volverse productiva no solo para la familia, sino también para la sociedad? Continuando con este punto, hay una afirmación por parte de los profesionales de la salud mental, incluso psicólogos, en la cual se hace énfasis específicamente a la esquizofrenia, la afirmación es la siguiente (comunicación personal): “Vemos muchos casos de pacientes que están desarrollando su actividad laboral en empresas, en instituciones, donde demuestran que están capacitados para realizar cualquier actividad, que una persona normal común y corriente posiblemente en seis u ocho horas ya está cansado, el paciente que es un esquizofrénico no demostrará posiblemente cansancio”. El hecho que un paciente esquizofrénico no demuestre cansancio tal vez diga de su productividad, ¿pero inseparablemente de su bienestar?; sin embargo dentro de estas instituciones, al inculcar permanentemente que una de las pocas maneras de poder insertarse en la sociedad y ser visto como un igual frente a la comunidad es siendo útil, siendo productivo. Productividad que se sostiene en una estabilización determinada por el fármaco.

A pesar de ello, el tema del trabajo, parecería ser el tema más importante dentro de la reinserción para los profesionales. El trabajo valdría decir, puede expresar un síntoma que sostiene y que anuda al sujeto con la realidad, puede dar cuenta del lazo social, de una expresión de la función fálica; una u otra puede ser un efecto de una labor terapéutica en un sujeto con padecimiento mental, no necesariamente la “evidencia” inquebrantable de una cuasi cura.

Dentro del Hospital Psiquiátrico “Julio Endara” en Quito, se realiza la terapia ocupacional con un 90% de materiales reciclados, esto para brindar una facilidad de producción con bajo costo e inversión con el objetivo que los pacientes al regresar a sus hogares puedan reproducir lo hecho en este espacio de una manera sencilla para que así, haya una ganancia por su actividad, al mismo tiempo que son materiales con bajo nivel de peligrosidad. En cada actividad participan aproximadamente tres o

cuatro pacientes, desarrollando actividades de acorde al nivel de dificultad fácil, intermedia y difícil en los ámbitos físico, mental y anímico; esto para que cada paciente se sienta participe del proceso.

Esta parece ser una iniciativa adecuada, ya que reforzaría lo aprendido en el hospital, sin embargo se trata de cambiar la terapia ocupacional por taller protegido, es decir que lo recaudado por cada objeto vendido sea en beneficio del paciente y no del hospital, añadiendo el proyecto de “pago a destajo” que es el pago simbólico de 0.10 centavos de dólar por hora de trabajo; esto para fomentar los valores del trabajo: honestidad, puntualidad, respeto, trabajo en grupo, entre otros.

Entonces es notable la importancia de hacer que el paciente se sienta y pueda ser productivo, de hecho dentro del proceso no se ha incluido a la familia, valdría la pena preguntarse ¿por qué? ya que es el entorno inmediato del paciente, sin embargo se pone en un primer plano la necesidad de ganar dinero, inclusive de fomentar valores de trabajo y luchar por derechos laborales del paciente psiquiátrico dejando a un lado a la importancia de la familia dentro del proceso ocupacional. De la misma manera, los profesionales piensan que el estigma del paciente psiquiátrico cambia porque la sociedad en general de esta manera se da cuenta que ellos pueden aportar a la sociedad no solo ser un gasto social. Incluso dentro de la familia y la comunidad es más aceptado porque puede producir, puede ayudar a la familia con aporte económico. Sin embargo los datos recopilados también nos indican que existe discriminación para la contratación de pacientes con discapacidad mental, las empresas prefieren contratar a personas con otro tipo de discapacidad. (Ver cuadro 3) y cuando se los contrata se les asigna tareas simples y del orden de la reproducción.

¿El aporte económico que brinda el paciente psiquiátrico es recibido desde la dignidad de su producción o por su condición de discapacitado? Dentro del Ecuador, se sabe que las políticas del Gobierno para los discapacitados dentro de los últimos años han mejorado, es tanto así que la gente preferiría ser un discapacitado para poder gozar de sus beneficios. Siendo así entonces, ¿cuáles son las políticas para los discapacitados dentro del Ecuador? Existen en el Ecuador más de diez organizaciones formales que apoyan a la causa del trato igual a los discapacitados, entre ellos está el CONADIS la cual es la Institución principal a favor de los derechos de los discapacitados. El CONADIS publicó el 25 de Septiembre del 2012 en el Suplemento del Registro Oficial N°796 la Ley Orgánica de Discapacidades.

La Ley Orgánica de Discapacidades revisa la tónica de la no discriminación y la igualdad a las personas discapacitadas, es así que en los artículos 47 y 48 de la Constitución de la República dispone que el Estado debe garantizar políticas de

prevención y equidad de oportunidades a las personas con discapacidad, así mismo como rehabilitación, atención especializada, asistencia permanente, rebajas en servicios públicos y privados de transporte, espectáculos, exenciones en el régimen tributario, entre otras cosas. En el artículo 5 apartado D, se especifica que las personas quienes se encuentran también amparados por esta Ley, los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad como cónyuge, pareja de unión y/o representante legal. Mientras que en el artículo 6 menciona que se considera como discapacitado a cualquier persona que cuente con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que le restrinjan su capacidad biológica, psicológica y asociativa para realizar actividades esenciales de la vida diaria.

Estos para nombrar unos de los artículos más importantes, en resumen, esta Ley, pone como obligación del Estado brindar medicina gratuita a los discapacitados, derecho a la salud, soporte psicológico, programas de salud, seguros de vida, educación, recreación, beneficios de préstamos, vivienda, etc.

Dicho esto, el sujeto con padecimiento mental está ya inserto formalmente en el lado de la productividad, en adición que brinda a sus parientes y convivientes los beneficios mencionados anteriormente.

Es entonces, cuando resulta “práctico” -en tanto solución y parche- el efecto inmediato del fármaco sobre el sujeto con padecimiento mental para que éste cumpla con la demanda social que C. Melman (2005) subraya al decir que si trabaja, es porque no está enfermo, es decir, bajo el paradigma de la sociedad de consumo: “producir y consumir”.

Habría que reflexionar sobre estos puntos de dirección de una labor sobre el padecimiento mental de un sujeto. Hay esfuerzos importantes e interesantes, tanto a nivel particular en algunas instituciones como en programas encontrados en el extranjero que quizás les asigna un lugar diferente al de productores y consumidores.

3.4 Programas extranjeros (Argentina): AdoP y TIF, de tratamiento e inserción del sujeto con padecimiento mental.

Se ha considerado, de entre la variedad encontrada, exponer dos programas que pueden dar cuenta de otras formas de plantear un trabajo, quizás más humanizante, y que asigna un lugar de reconocimiento subjetivo a los pacientes con padecimiento mental.

Dispositivos como la Actividad de Control Domiciliario Psiquiátrico Psicológico Programada en Situación de Crisis (AdoP) y la Terapia Intensiva Focal (TIF), creados en la República Argentina, marcan una diferencia en cuanto al sistema “tradicional” de salud mental en el cual los pacientes son hospitalizados ya sea por el padecimiento de una crisis o por el hecho de sufrir una enfermedad mental crónica. Son programas desarrollados para la atención domiciliaria del paciente, donde el equipo de trabajo realiza su labor orientada a la ayuda terapéutica primando las necesidades de la persona que padece y siendo los profesionales quienes se adecuan al sujeto y a la mejor forma de tratamiento para cada uno.

Según comenta en una entrevista realizada a Chames, coordinadora del programa AdoP, el mismo se desarrolla bajo una mirada compleja que va más allá de lo monocausal. Es decir, el equipo de trabajo, que está conformado por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, piensa al padecimiento mental como una situación que involucra a la familia, a las redes sociales e incluso a la cotidianidad misma de la persona.

Los equipos de trabajo, en el AdoP, están estructurados de forma horizontalizada, esto significa que, se deja de lado el modelo piramidal que cuenta con una persona que dirige y otras que responden a estas demandas. Así, se trabaja de un modo articulado y consensuado pudiendo realizar cada uno desde su profesión aportes diversos, miradas diferentes sobre un mismo caso brindando una riqueza de estrategias. Esto permite también, que se creen diseños de tratamiento para cada caso en particular, adaptándose el equipo al paciente y no el paciente al equipo de trabajo (S. Chames, comunicación personal).

Es importante destacar que tanto Chames, como Cornaglia (C. Cornaglia, comunicación personal) quien desarrolló el programa de TIF, mencionan la importancia de abordar no sólo la problemática del paciente sino también de brindar una ayuda, una contención o estrategias a las personas que lo rodean, pudiendo intervenir en las familias o redes de apoyo social, sin necesariamente realizar una terapia familiar o grupal. Esto es primordial, ya que, como refiere Chames, no se tiene una mirada singular sino que la misma se amplía abarcando cuestiones que corresponden a una dinámica, a cómo se percibe al paciente en el seno familiar o fuera del mismo, a lo que éste puede hacer, a lo que le pasa y a lo que sería bueno para esa persona.

Lo familiar es muchas veces relegado, no sólo en la hospitalización sino también en los tratamientos ambulatorios individuales, e inclusive como se ha mencionado en las actividades de inserción laboral. Si bien algunos hospitales psiquiátricos cuentan con un servicio de terapia familiar, en principio son pocas las familias que asisten y

en segundo lugar, muchas veces no se responsabilizan por ciertas problemáticas que están en relación con lo que le sucede al miembro que padece de una enfermedad mental.

La TIF es una estrategia que concierne la promoción y la generación de salud, es una terapéutica que se basa en la organización de un programa intensivo, donde se trabaja las 24 horas atendiendo al paciente durante dos a cuatro semanas (Cornaglia, 2010). Se destaca en este programa que el equipo de trabajo supone diversos roles, profesiones y especialidades. Asimismo, se realiza una evaluación minuto a minuto, esto es lo que comprende a lo intensivo, ya que existe una sucesión horaria, proximidad, comunicación, acciones, flexibilidad, cooperación y una sesión extensa. En cuanto a lo focal, está dado por dos tipos de focos, uno virtual y otro real; el primero comprende a la unidad humana, aquello relacionado con las personas que estarán involucradas, y el segundo a lo dialógico, es decir, al diálogo, a la comunicación. (Cornaglia y Fiore, 2012).

Se puede analizar de los programas AdoP y TIF, que comprenden un abordaje original y que promueven la unión familiar y el tratamiento amplio, teniendo en cuenta no sólo al sujeto afectado con una enfermedad mental sino también a su entorno familiar y social. Se vuelve fundamental considerar estos aspectos y prevenir de esta manera internaciones innecesarias donde podrían ser producto de una falta de atención adecuada, del aislamiento y el rechazo y del deterioro que genera el encierro.

Por otra parte, ambos modelos trabajan desde un enfoque integral, donde se desplaza la primordialidad actual de administrar psicofármacos por una terapéutica más orientada a las intervenciones psicológicas que químicas. Se dirigen a utilizar herramientas que tengan un efecto duradero y, de esta manera, que se den menos recaídas. El Dr. Cornaglia menciona que la mayoría de los modelos actuales son iatrogénicos y no son terapéuticos, los cuales están basados en lo "...patogénico y centrado fundamentalmente en la aplicación de fármacos".

Esta aplicación de fármacos, se da muchas veces de forma indiscriminada, incluso en pacientes que se encuentran atravesando procesos normales de duelo. Muchas veces, los pacientes reciben más de diez fármacos en un día, llegando a encontrar personas a las que se les administraban 25 medicamentos distintos. Esta política de farmacologización indiscriminada, no tiene en cuenta los efectos secundarios, los daños que pueden producirse no solo en el cuerpo, a nivel físico, sino también en lo psicológico, recubriendo el síntoma.

Cornaglia (2010) comenta la experiencia de la Licenciada en Psicología Liliana Ingold, quien el 21 de septiembre de 1984 estaba a cargo de la coordinación de una excursión en donde llevarían a los internos del Servicio de Salud Mental de Allen, en Río Negro, Argentina, a conocer la Isla Jordán. En principio, dicha propuesta fue tomada con desaprobación por los propios pacientes, quienes nunca habían realizado tal experiencia y temían que se los burlase. De todas maneras, decidieron hacerla y cuando se encontraban a mitad de camino, los profesionales se percataron de que se habían olvidado los medicamentos, por lo que pusieron en duda si continuar con el paseo o no. Decidieron continuar y descubrieron que la experiencia fue enriquecedora y completa de alegría y disfrute. Ingold, en 1984 escribió sobre esta experiencia y la tituló “El día que nos olvidamos los medicamentos?” en la que concluye “...volviendo a la pregunta que encierra el título, tal vez en el momento de subir al colectivo para emprender nuestro viaje, todos nos tomamos, sin saberlo, el fármaco más importante: El de atrevernos a una experiencia nueva”. En conclusión, el sistema médico farmacológico, hace creer muchas veces que el uso de medicamentos son una prioridad y un requisito para vivir de un modo más saludable, feliz y productivo. Analizamos a partir de este tipo de vivencias que la sociedad se encuentra farmacologizada y muchas veces no pone en tela de juicio lo que podría ser más beneficioso para quienes padecen un trastorno mental. El disfrute, las salidas recreativas, las terapéuticas no farmacológicas son herramientas también válidas para el tratamiento de este tipo de problemáticas y no requieren una ingesta de sustancias que podrían ser tóxicas a corto o largo plazo.

Discusión

Las interrogantes de los puntos tratados estuvieron acompañando a los resultados, pues ineludiblemente convergen sobre la pregunta del bienestar del sujeto con padecimiento mental. Se abre la interrogación sobre la pertinencia de una política de des-internalización del paciente psiquiátrico sin una previa planificación o respuesta frente a los efectos de la misma. Se cuestiona la inclusión del sujeto con padecimiento mental dentro del grupo de discapacitado puesto que tal inclusión no sólo determina un prejuicio sino una inserción indiferenciada sobre sus aspectos y singularidades a tratar. ¿Es la respuesta sumirse en la lógica del fármaco entonces? O mejor dicho de la industria farmacéutica.

Hay incompreensión por otro lado del sujeto con padecimiento mental principalmente en su tratamiento pues, pareciera buscarse que el “loco” aparezca bien gracias al medicamento! ¿acaso, la complejidad de una clínica interdisciplinaria que incluya la palabra es impensable? Se lo indiferencia también en lo laboral, evadiendo las limitaciones y potencialidades distintas que conllevan estas personas con respecto a los afectados físicos, por ejemplo. Hay temor, como

decía un profesional del Ministerio Laboral, “sólo el 30% de los enfermos mentales van a la entrevista de trabajo”; además de confundir la productividad con el bienestar, debiendo ser una señal de cura no un sinónimo de bienestar.

La familia tampoco está preparada para el retorno del familiar “enfermo”. Se maquilla y embellece con bonos y otros beneficios pero falta información e intervención interdisciplinaria en el seno de la familia, que según lo visto, ha sido posible en los programas internacionales mencionados.

Tras la investigación también reposa la idea -a discutir- de que conjuntamente con ese avasallamiento económico y consumista de nuestro tiempo, no sólo la satisfacción inmediata se oferta, hay un condicionamiento paralelo: la imagen. Y es esto lo que opera el fármaco en el sujeto con padecimiento mental, el aparecer como “el ser tranquilo”, angelito durmiente que pareciera sólo tranquilizar la imagen y angustias de otros que deben evidenciar sus funciones ante un amo evaluador, con calculadora en mano.

Recomendaciones

Puntualmente se requieren:

- Unos lineamientos en la política, en especial de lo social, donde sean tomados en cuenta planteamientos e indicadores cualitativos.
- El incremento de investigaciones sociales, interdisciplinarias que sirvan de sustento para una planificación adecuada de políticas sociales así como su implementación y ejecución.
- Una diferenciación del sujeto con padecimiento mental, aún entre los diferentes malestares entre ellos, respecto de su inserción en determinadas políticas y nominación.
- Fomentar la discusión sobre los diagnósticos, tratamientos e inserción del sujeto con padecimiento mental desde un ámbito interdisciplinario.
- Sin desestimar los fármacos, ejercitar direcciones de cura o al menos de estabilización del sujeto con padecimiento mental también desde la clínica de la escucha de su palabra.
- Fomentar una respuesta planificada frente a una política de des-internalización del paciente psiquiátrico con proyectos que sostengan su reinserción familiar, laboral,

social y existencial de manera más adecuada, donde su productividad sea un efecto, no un sinónimo de bienestar.

- Regular las implicaciones de la industria farmacológica en el ámbito vivencial de la comunidad.

- Un reposicionamiento de los profesionales de la llamada salud mental, en particular del psicólogo o psicoanalista para que su palabra y la clínica de la palabra sea considerada en los procesos terapéuticos con los sujetos con padecimiento mental. Sería importante promover la confianza hacia la palabra del paciente, hacia el saber que es capaz de producir deslindando la capacidad de producción del ámbito restringido de las rentas económicas. Un sujeto productivo que se produce un lugar en su hábitat social, en las relaciones y el lazo con sus otros.

Referencias

- Cornaglia, C. 2010. Programas terapéuticos preventivos (prevención primaria, secundaria y terciaria) relacionados con la asimilación humana de diferentes tipos de “drogas”. Fundación IPSA, Santa Rosa.
- Cornaglia, C. y Fiore, G. 2012. Terapia Intensiva Focal. Concepto. Fundación IPSA, Mar del Plata.
- CONADIS, 2012. Ley orgánica de discapacidades. http://www.grupotvcable.com.ec/apps/files/2012-09-25-Ley_Organica_de_Discapacidades.pdf
- Elizur, J., Minuchin, S. 1997. La locura y las instituciones. Familias, terapia y sociedad. Gedisa, Buenos Aires.
- Basaglia, F., Carrino, L., Castel, R., Espinosa, J., Pirella, A. y Casagrande, D. 1975. Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barral Editores, Barcelona.
- Foucault, M. 1976. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica, México.
- Foucault, M. 2008. El poder psiquiátrico. Fondo de cultura económica, Buenos Aires.
- Freud, S. 1999. Obras completas. Amorrortu editores, Argentina.
- Iwana, M. 2008 En busca de una terapia ocupacional culturalmente relevante. <http://www.revistatog.com/num8/maestros.htm>
- Laurent, E. 2000. Psicoanálisis y salud mental. Editorial Tres Haches, Buenos Aires.
- Lerude, M. 2008. La cuestión del Otro en la adolescencia. www.freud-lacan.com
- Melman, C. 2005. El hombre sin gravedad. UNR editora, Rosario.
- Sandoval, I. 2012. American Symptom. Diario el Universo, 1.

*Afiliación:

Investigación sobre “Salud mental y entorno social del paciente psiquiátrico en el Ecuador” realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador.

Domicilio: Calle Einstein 5ta transversal S/N Mail: carlos.tipan@uisek.edu.ec;
giselasilvagonzalez8@gmail.com; eliana@degennaro.com.ar. Teléfonos: 593 2 3974800 ext. 158 /
0998294193