

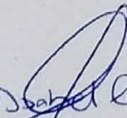
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA ISABEL CALERO PONCE**, con CC. **171698306-7**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"EL TRATAMIENTO AMBULATORIO COMO UNA ALTERNATIVA AL INTERNAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA"**. Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con **10 profesionales de la salud mental**, en la ciudad de **Quito**, en el periodo de **septiembre a diciembre de 2017.**, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2019


MARÍA ISABEL CALERO PONCE
CC. **171698306-7**



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**EL TRATAMIENTO AMBULATORIO COMO UNA ALTERNATIVA AL
INTERNAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con 10 profesionales de la salud mental, en la ciudad de Quito, en el periodo de septiembre a diciembre de 2017

MARÍA ISABEL CALERO PONCE

DIRECTORA

Mtr. GRACIELA RAMIREZ

QUITO, 2018

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN Y PRINCIPIOS TEÓRICOS	3
1.1 La institución psiquiátrica: el internamiento y las instituciones de poder	3
1.1.1 La locura y el internamiento.....	4
1.1.2 El discurso del poder médico	7
1.2 Psiquiatría en el Ecuador: antecedentes y situación actual	8
1.3 Patología: esquizofrenia y psicosis.....	13
1.3.1 Esquizofrenia: qué es y cuál es su tratamiento	14
1.3.1.1 Efectos del internamiento prolongado	18
1.3.2 Nosología psicoanalítica	20
CAPÍTULO II: OTRAS PERSPECTIVAS, DESDE LA SIGNIFICACIÓN	23
2.1 El tratamiento ambulatorio: aplicación y alcances en nuestro país	23
2.2 La propuesta antipsiquiátrica	28
2.3 Perspectiva y vivencias del tratamiento ambulatorio	31
2.3.1 Tratamiento ambulatorio en Latinoamérica	34
2.3.2 Iniciativas y experiencias en el Ecuador	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO	40
3.1 Metodología	40

3.1.1 Población.....	40
3.1.2 Instrumentos	41
3.1.3 Procedimiento.....	41
3.1.4 Resultados y discusión	42
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	1

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Esquizofrenia fases y características de cada una</i>	15
Tabla 2 <i>¿Cómo definiría la salud mental?, Psicólogos</i>	43
Tabla 3 <i>¿Cómo definiría la salud mental?, Psiquiatras</i>	43
Tabla 4 <i>¿Qué tan familiarizado está, o qué conoce del concepto de “salud mental comunitaria” ?, Psicólogos</i>	44
Tabla 5 <i>¿Qué tan familiarizado está, o qué conoce del concepto de “salud mental comunitaria” ?, Psiquiatras</i>	45
Tabla 6 <i>¿Según su conocimiento qué es el tratamiento ambulatorio (TA), cómo se aplica y cuáles son sus alcances en nuestro país? Psicólogos</i>	45
Tabla 7 <i>¿Según su conocimiento qué es el tratamiento ambulatorio (TA), cómo se aplica y cuáles son sus alcances en nuestro país? Psiquiatras</i>	46
Tabla 8 <i>¿De qué manera se aplica el tratamiento ambulatorio (TA) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia? Psicólogos</i>	48

Tabla 9 <i>¿De qué manera se aplica el tratamiento ambulatorio (TA) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia? Psiquiatras</i>	48
Tabla 10 <i>¿Considera que el tratamiento ambulatorio es una alternativa viable ante el internamiento de pacientes con esquizofrenia? Psicólogos</i>	49
Tabla 11 <i>¿Considera que el tratamiento ambulatorio es una alternativa viable ante el internamiento de pacientes con esquizofrenia? Psiquiatras</i>	50
Tabla 12 <i>¿Conoce el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014? participó en la construcción del mismo? Psicólogos</i>	51
Tabla 13 <i>¿Conoce el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014? participó en la construcción del mismo? Psiquiatras</i>	51
Tabla 14 <i>¿Qué aportes permite el PNSM 2014 para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia? Psicólogos</i>	52
Tabla 15 <i>¿Qué aportes permite el PNSM 2014 para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia? Psiquiatras</i>	53
Tabla 16 <i>¿Qué considera como deficiencias del sistema de salud mental (SM) en el Ecuador? Psicólogos</i>	53
Tabla 17 <i>¿Qué considera como deficiencias del sistema de salud mental (SM) en el Ecuador? Psiquiatras</i>	54
Tabla 18 <i>¿Cuáles son las patologías más comunes que usted ha evidenciado en su práctica profesional? Psicólogos</i>	55
Tabla 19 <i>¿Cuáles son las patologías más comunes que usted ha evidenciado en su práctica profesional? Psiquiatras</i>	56
Tabla 20 <i>¿Cómo definiría la esquizofrenia? Psicólogos</i>	57
Tabla 21 <i>¿Cómo definiría la esquizofrenia? Psiquiatras</i>	58

Tabla 22 <i>¿Qué tratamientos conoce, o aplica para la esquizofrenia en su práctica profesional ¿Por qué? Psicólogos</i>	59
Tabla 23 <i>¿Qué tratamientos conoce, o aplica para la esquizofrenia en su práctica profesional ¿Por qué? Psiquiatras</i>	60
Tabla 24 <i>En su práctica profesional, ¿trabaja de manera interdisciplinaria? Psicólogos</i>	62
Tabla 25 <i>En su práctica profesional, ¿trabaja de manera interdisciplinaria? Psiquiatras</i>	62
Tabla 26 <i>Según su conocimiento ¿En qué consiste el tratamiento psiquiátrico que se aplica actualmente en el Ecuador para la esquizofrenia? Psicólogos</i>	63
Tabla 27 <i>Según su conocimiento ¿En qué consiste el tratamiento psiquiátrico que se aplica actualmente en el Ecuador para la esquizofrenia? Psiquiatras</i>	64
Tabla 28 <i>¿Cuál cree usted que fue el impacto del tratamiento medicamentoso en la práctica clínica psiquiátrica? Psicólogos</i>	65
Tabla 29 <i>¿Cuál cree usted que fue el impacto del tratamiento medicamentoso en la práctica clínica psiquiátrica? Psiquiatras</i>	66
Tabla 30 <i>Dentro de la opción interdisciplinaria, le parece posible el trabajo articulado con profesionales psicólogos que se enmarcan en la línea psicoanalítica. Si /no ¿Por qué? Psicólogos</i>	68
Tabla 31 <i>Dentro de la opción interdisciplinaria, le parece posible el trabajo articulado con profesionales psicólogos que se enmarcan en la línea psicoanalítica. Si /no ¿Por qué?, Psiquiatras</i>	69
Tabla 32 <i>Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál sería según usted el aporte de la teoría psicoanalítica en la intervención ambulatoria con pacientes diagnosticados con esquizofrenia? Psicólogos</i>	70

Tabla 33 *Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál sería según usted el aporte de la teoría psicoanalítica en la intervención ambulatoria con pacientes diagnosticados con esquizofrenia? Psiquiatras* 71

RESUMEN

El objetivo de la presente disertación es analizar las características y el alcance del tratamiento ambulatorio, como una alternativa al internamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Según estadísticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), este diagnóstico es el más recurrente entre los pacientes que son internados en los cinco hospitales psiquiátricos públicos que existen en el Ecuador. La alta demanda, la falta de recursos económicos, físicos y humanos, los elevados costos que implica internar a los pacientes, así como la ausencia de evidencia acerca de la efectividad del tratamiento brindado en dichos establecimientos, han generado la necesidad de buscar otras alternativas más efectivas y rentables para el tratamiento de esta población. Con esta intención se han tomado algunas medidas en el sistema público de salud. Así, el tratamiento ambulatorio podría consolidarse como alternativa, partiendo no solo del tratamiento psiquiátrico (farmacológico) sino también de la terapia psicológica como indispensable para la intervención con pacientes esquizofrénicos. Esta disertación de carácter teórico práctico se sustenta en la teoría psicoanalítica, la cual sostiene la clínica desde la palabra y la escucha, y propone un análisis del lenguaje, haciendo del lazo social, una categoría fundamental para el trabajo en pos de la reinscripción social del sujeto. Con base en entrevistas con profesionales de las áreas “*psi*” se encontró que el panorama es prometedor hacia una operativización del tratamiento ambulatorio, sin embargo, es indispensable más atención desde el Estado, así como la implementación de instrumentos normativos. Además, este proceso de transformación del modelo tradicional internista amerita cambios desde la formación académica de los profesionales así como la participación y la intervención activa de los usuarios.

ABSTRACT

The aim of this dissertation is to analyze the characteristics and reach of ambulatory treatment, as an alternative to hospitalization of patients diagnosed with schizophrenia.

According to statistics from the MSP, this diagnosis is the most recurrent among the patients who are admitted to the five public psychiatric hospitals that exist in Ecuador. The high demand, the lack of economic, physical and human resources, the high costs involved in admitting patients, as well as the absence of evidence about the effectiveness of the treatment provided in these establishments, have generated the need to look for other alternatives more effective and profitable for the treatment of this population. With this intention, some measures have been taken in the public health system. The ambulatory treatment could be consolidated as an alternative, starting not only with psychiatric (pharmacological) treatment but also with psychological therapy as indispensable for intervention with schizophrenic patients. This theoretical-practical work is based on psychoanalytic theory, which sustains the talking therapy, and proposes an analysis of language, making the social bond, a fundamental category for work in the pursuit of social reintegration of the subject. Based on interviews with professionals from the "*psy*" areas, it was found that the outlook is promising, however, more attention is essential from the State, as well as the implementation of regulations. In addition, this process of transformation of the traditional internist model deserves changes from the academic formation of the professionals as well as the participation and the active intervention of the users.

INTRODUCCIÓN

En la presente disertación se analiza el tratamiento ambulatorio y sus implicaciones, con el fin de determinar su validez como alternativa frente al internamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. En el Ecuador este es el primer diagnóstico entre aquellos pacientes internados en hospitales psiquiátricos, sin embargo, no existen suficientes

instituciones que atiendan a esta población. A nivel nacional existen cinco hospitales psiquiátricos públicos, los cuales no siempre logran cubrir la demanda. Inclusive, hace algunos años era común que estos pacientes permanezcan internados por un tiempo indeterminado sin presentar ninguna mejora, perdiendo el lazo social y alejándose de toda posibilidad de reintegración a la vida cotidiana.

En la presente investigación no se tomará en cuenta a pacientes con otros trastornos psiquiátricos o enfermedades mentales que no sean la esquizofrenia pese a la comorbilidad que puedan tener con esta; de igual manera, con el presente trabajo no se intenta poner en práctica ningún tratamiento o intervención, sino puramente analizar alternativas frente al internamiento.

En el primer capítulo del presente trabajo, se inicia con la definición de aspectos teóricos referentes a la locura y las instituciones a su cargo a lo largo de la historia de occidente. Se incluyen también, datos de la psiquiatría en nuestro país. También en este apartado se presentan distintas definiciones del término esquizofrenia. Desde la psiquiatría, a la luz de manuales diagnósticos de la OMS (2000) y de la APA (2014). Se indica el tratamiento aplicado, así como sus efectos. Finalmente, se aborda la psicosis desde el psicoanálisis, tomando en cuenta la evolución que este término ha tenido, pasando de Freud a Lacan. Esto permite tener otra visión de lo que, para el psicoanálisis es entendido como estructura en lugar de un trastorno.

Si bien el internamiento puede resultar un problema social, lo que hace falta son tratamientos alternativos que sean efectivos y que sean rentables económicamente para el Estado de tal manera que puedan cubrir las necesidades de toda la población con el mismo o con un menor presupuesto que el invertido en camas hospitalarias de larga estancia. Por esta razón es posible afirmar que el sistema de salud mental amerita considerar otro tipo de intervención, integral y funcional que no demanden el internamiento de estos pacientes pero que sea continuo y accesible. de tal forma que sea posible modificar y superar el modelo centrado en la institución que perdura hasta el día de hoy (OMS, 2017). En consecuencia, según lo indicado por el MSP (2014), se han propuesto algunas alternativas y se han tomado ciertas acciones que se insertan dentro de reformas estatales aplicadas en salud mental como es el caso del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PNSM) (2014).

En el capítulo II se indica qué es el tratamiento ambulatorio y su aplicación, según las prácticas del MSP. La aproximación se hace desde la perspectiva de la actual política de Salud Mental del Ecuador. A continuación, se presenta la propuesta antipsiquiátrica, término

que define un modelo que critica la práctica médica psiquiátrica tradicional (Cooper, 1976). Se incluyen también en este capítulo experiencias del tratamiento ambulatorio en Latinoamérica. Finalmente se hace una aproximación a vivencias que se han producido en nuestro país, las cuales permiten ver o esbozar hacia donde apunta la Salud Mental.

En el capítulo III se hará referencia la parte práctica del estudio y se indican las características del mismo. La finalidad de este apartado es obtener las perspectivas de 10 profesionales de la salud que hablen sobre el tratamiento ambulatorio en nuestro país, así como de la esquizofrenia y de su tratamiento en la actualidad. Se incluye en este apartado una descripción de la muestra escogida y de los procedimientos realizados. El método escogido para la recolección de datos ha sido la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas, las cuales son útiles cuando se desea ampliar la información acerca de un tema determinado (Sampieri, 2016). Posteriormente se tabularán y analizarán los resultados obtenidos para continuar con la discusión de los mismos.

A continuación, se presentan los objetivos que guían esta investigación:

Objetivo General

Analizar las características y limitaciones del tratamiento ambulatorio en pacientes diagnosticados con esquizofrenia como una alternativa frente al internamiento.

Objetivos específicos

1. Describir la situación actual del tratamiento psiquiátrico para pacientes con esquizofrenia en el Ecuador.
2. Describir el modelo de tratamiento ambulatorio, su aplicación y alcances en nuestro país.
3. Fundamentar el aporte, desde la teoría psicoanalítica, en la intervención ambulatoria con pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN Y PRINCIPIOS TEÓRICOS

1.1 La institución psiquiátrica: el internamiento y las instituciones de poder

En este apartado, se propone una revisión histórica de la locura como concepto para la psicología y para la sociedad en general, se busca establecer cuál es y de qué manera se ha construido la relación que existe entre locura e internamiento. Para esto, se toman en cuenta diversas concepciones sobre la misma que se han ido formando y transformando a lo largo de

la historia de la humanidad. La revisión se la hace principalmente a partir de la lectura de autores como Michel Foucault y Mentor Sánchez.

Posteriormente se habla del discurso médico y como ha llegado a la posición de poder en relación a la figura del enfermo mental. En esta sección se toman en cuenta los aportes de Foucault y de Goffman en relación a las instituciones y al poder que estas ejercen sobre los pacientes.

1.1.1 La locura y el internamiento

Pensar en la locura desde los discursos *psi*, es pensar en el internamiento. Involuntariamente este término construye la imagen del loco que se presenta en productos culturales de ficción, tales como: novelas, películas, obras de teatro, etc. Ya sea ese loco incontrolable y violento que se sacude y lucha por liberarse mientras es contenido por una camisa de fuerza; o por otro lado ese loco que está como ido y que parece no pertenecer a este mundo, quieto y ausente en una esquina quizá a causa de la medicación; o más bien el loco delirante que se pasea sin rumbo por los corredores hablando, cuchicheando o vociferando.

Sea cual fuere la figura del loco en la que se piense, este está siempre aislado, ya sea en un hospital psiquiátrico, o en una vida sin resonancia en lo social. El internamiento y la locura están ligados desde hace tanto tiempo que la asociación inmediata nos parece obvia. Pero por qué y de qué manera hemos llegado a naturalizar esta relación que se podría denominar causal: locura internamiento-aislamiento. Para poder entenderlo, es necesario remitirse a los hechos históricos que es donde se encuentran las bases de lo que hoy conocemos y de las prácticas que se producen en torno a la denominada sinrazón.

La locura es un término que coloquialmente, según el diccionario de la RAE (2017), hace referencia a una privación del juicio o de la razón, puede referirse también a un gran desacierto o a una determinada acción que, por su extraña condición, provoca asombro. Asimismo, se la define como una “exaltación del ánimo o de los ánimos, producida por algún afecto u otro incentivo” (RAE, 2017).

Ahora bien, desde el psicoanálisis, la locura es un término que sirve para designar a todo aquello que se muestra como opuesto a la razón. Esta ha sido llamada de distintas formas: manía, alienación, delirio, etcétera, siendo siempre aquello que no es racional. Este "mal" ha existido y ha afectado a los seres humanos desde el principio de los tiempos. Para poder explicar su origen y causa los sujetos han planteado distintas explicaciones que van desde la

magia, la religión, la anatomía, el alma, llegando al pensamiento mismo (Roudinesco & Plon, 2011).

Estas definiciones son aproximaciones a lo que se entiende por locura, sin embargo, ninguna de estas es concreta ni definitiva. Lo que queda claro es que, la locura se opone a la razón, y la razón es un término subjetivo cuyo sentido se puede modificar. Así, las acepciones de ambos términos se han ido transformando/ resignificando dependiendo del momento histórico, social y cultural en el que se lo utiliza. Lo que no ha cambiado, es el vínculo que mantienen con la exclusión hasta la actualidad. Michel Foucault, en su obra *La historia de la locura en la época clásica (1993)*, señala que desde siempre los locos han tratado de ser apartados de la sociedad, la cual les atribuye un carácter de peligrosidad.

Los llamados “alienados” han sido objeto de segregación, reclusión y exclusión, por parte de la sociedad, la cual se ha ingeniado distintas formas para hacerlo. En la época renacentista, Foucault (1993) habla de la *Stultifera Navis* o la *Navec de los locos*, mítica embarcación en la que los locos eran enviados a viajar sin rumbo, por un tiempo indeterminado. La finalidad era apartar al loco del entorno “[...] confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida” (Foucault, 1993, p. 12). De este modo se aparta una realidad que resulta insoportable para la sociedad y con la que no se desea lidiar.

Sin embargo, la figura o la imagen del loco que mantenía la sociedad europea se transforma y la concepción que se tenía en el siglo XV de este, como peligroso y amenazante, se atenúa. La locura se concibe como una rama de la razón que es a la vez misteriosa y atractiva. La literatura hace una aproximación a esta como sátira de la moral. Allí es considerada irónicamente como alusión a un mundo de ilusiones, transformándola en una figura conocida y por lo tanto menos temida. A pesar de este cambio, la locura sigue siendo recluida, pero en otro contexto. Ya no será la nave errante la que retenga a los locos, sino la estructura del hospital. “Hospital de locos”, donde estarán los insensatos incurables, y donde sus locuras serán exhibidas a la sociedad de tal manera que sea útil por el aprendizaje que permitiría este tipo de observación y además como un atractivo de recreación para el pueblo. Así, se forja la experiencia clásica de la locura, ubicada y percibida dentro de la sociedad, dócil y apartada (Foucault, 1993).

En la época clásica la locura será silenciada, sin embargo, para el s.XVII vuelve a ser motivo de reclusión. En un principio el internamiento no será exclusivo para los alienados.

En las instituciones asilares se mezclan vagabundos, mendigos, ociosos, pobres, desocupados y todo aquel que no genere ningún beneficio a la sociedad y que por el contrario pueda representar un peligro para el orden establecido y la economía. Así fue, como se verá posteriormente en este mismo trabajo, no solo en Europa sino también en Latinoamérica y en nuestro país (Sánchez, 2005).

Así surge lo que Foucault (1993) denominará “el Gran Encierro”. En París se crea el Hospital General, que a diferencia de lo que se puede (quiere) pensar, no se relaciona con la medicina o el tratamiento en sí. Al contrario, según el análisis de Sánchez (2005) se trata de una institución de orden monárquico- burgués que juzga y condena a quienes son allí encerrados. Según ambos autores dicha institución se encarga de cuidar y proteger a las clases altas de la pobreza y de los peligros que esta implica. El encierro corresponde a una condena hacia los desocupados y no a la hospitalidad hacia el enfermo.

El encierro de tanta gente provoca el hacinamiento, por lo cual se advierte que es insostenible mantener una institución como esta en donde no se produce nada y donde las personas permanecen sin límite de tiempo. El gasto que un espacio de este tipo genera para la población es demasiado elevado y para el Estado francés no era, ni es admisible. De este modo surge como solución el trabajo de los internos en diversas manufacturas. Además de disimular la miseria, se obtiene un producto de los allí encerrados, impidiendo así que el proceso de producción se vea afectado (Foucault, 1993).

La imagen del loco se transforma nuevamente, ahora relacionada con la inutilidad y el desecho social. El internamiento por otro lado, está ligado a una condena de tipo moral que recae sobre una supuesta falta de ética; condenando por igual a ociosos, locos, criminales y libertinos; dejando al descubierto el carácter represivo que mantienen hasta el día de hoy estas instituciones. Sin embargo, locos y ociosos no responden de la misma manera ante el trabajo forzado dentro de las instituciones, así se produce la separación en el encierro. Sin embargo, locos y libertinos permanecen juntos y al ocupar el mismo espacio los tratos, así como los castigos, serán los mismos (Foucault, 1993).

La locura queda adherida a lo inmoral, lo escandaloso, enmarcada bajo el criterio de animalidad y de pérdida de lo humano. Se ha creado una alianza entre castigo y cura. El tratamiento aplicado es producto de la fusión entre medicina y moral, anticipando al paciente al castigo, supuestamente merecido, ofreciéndole una promesa de mejoría. Aquí se evidencia cómo se construye el discurso de poder médico, donde éste encarna el saber.

Posteriormente, el tratamiento fue cambiando en función de la causa a la que se atribuía la locura. Los médicos pasaron de la lobotomía, a las sanguijuelas, para llegar a las terapias de choque y finalmente al uso de los primeros fármacos a mediados del siglo pasado. Resulta difícil creer que hoy en día las prácticas en torno a la locura conservan mucho de lo que se hiciera hace más de dos siglos.

La historia de la locura, así como los diversos tratamientos aplicados a los locos para devolverlos a la razón es mucho más extensa, sin embargo, lo aquí presentado permite cuestionarse acerca de este intento por normalizar a la población con el cual se deja de lado las distintas formas de entender el mundo y de expresarse de cada sujeto.

1.1.2 El discurso del poder médico

En la historia de la locura existen dos actores principales: el loco (enfermo, paciente) y el médico. En esta sección se expone de qué manera la relación entre medicina y ciencia han llevado el saber médico a un nivel de verdad indiscutible. El tratamiento para lo locura, como se expresó en el apartado anterior, estaba ligado a lo moral y a la religión. Por esta razón los hospicios, en sus inicios, son dirigidos por religiosos, encargados de la dinámica institucional. Sin embargo, a partir del siglo XIX el orden dentro de estos establecimientos pasó a depender de los principios científicos de la medicina. En la actualidad, en el Ecuador, aún se mantiene cierto vínculo entre las entidades religiosas y la locura.

A inicios del siglo XIX la ciencia es tomada como única forma de acceder al saber. Ciencia que, definida por la RAE (2017), es un conjunto de conocimientos al cual se llega por medio de un sistema organizado que parte de la observación y el raciocinio para la verificación de hipótesis por medio del uso de una metodología que es apropiada para el objeto de estudio y que permite sistematizar los conocimientos obtenidos. Hace también referencia al saber, al conocimiento y al dominio de cualquier cosa.

Entre 1800 y 1830, según afirma Foucault (2007) la psiquiatría se instaura en occidente como una práctica del saber médico y queda ligada a la medicina y sus instituciones. En un principio el saber psiquiátrico se relaciona con lo moral, y la curación con la forma en la que se impone el médico como portador de una verdad. Poco a poco este discurso moral se transforma en un discurso clínico acerca de la patología mental, donde sigue siendo el médico quien tiene la última palabra.

Para la ciencia, y por consecuencia para el discurso médico, el saber está en lo medible, lo cuantificable, aquello que es visible y que puede ser nombrado. De este modo el

sujeto, percibido como un conjunto de órganos, vísceras y líquidos es conocido por este saber. El saber ha convertido al enfermo en objeto del conocimiento al cual solo tiene acceso el médico, este decide quién está loco y quién no, quién es dado de alta o quién permanece internado. Así, dentro de las instituciones psiquiátricas “El personal tiende a sentirse superior y justo; los internos a sentirse débiles, censurables y culpables” (Goffman, 2001, p.21). Como resultado de la adquisición del conocimiento coinciden Foucault y Goffman en que el saber ha devenido en poder para la figura del psiquiatra sobre la figura del enfermo. Cuando se empezó a entender al sujeto a partir de su conformación biológica, la palabra como síntoma, quedó en segundo plano. En la actualidad, lo que busca el psiquiatra en el paciente son signos que denoten enfermedad y que permitan emitir un diagnóstico (Goffman, 2001).

Como se puede notar, las relaciones de poder bajo las cuales se produce la práctica médica psiquiátrica son bajo las cuales se crean instituciones, las cuales surgen de este modo de posicionarse frente a la locura en estos espacios Goffman (2001) designa como ‘totales’, en tanto alojan a una gran cantidad de sujetos que están en la misma situación y que encerrados juntos comparten una misma rutina por un periodo de tiempo indefinido. “La tendencia (...) totalizadora (de estas instituciones) está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos” (Goffman, 2001, p.18). Los hospitales psiquiátricos son una de estas instituciones, en donde sus habitantes conviven apartados del resto de la sociedad. Una vez más la función de las instituciones psiquiátricas tiene como objeto mantener bajo custodia a los pacientes, con la finalidad de proteger a aquellos que están en el fuera de sus muros.

De este modo, se pueden vislumbrar los motivos que condujeron a la ciencia a ocupar la posición en la que hoy en día se ubica, donde el médico es dueño de la verdad y el sujeto no existe más que como parte de las estadísticas y las clasificaciones. Resulta entonces necesario cuestionarse quiénes son los beneficiarios de este aparente servicio que supuestamente el paciente ha solicitado y al que se ve obligado a someterse.

1.2 Psiquiatría en el Ecuador: antecedentes y situación actual

Hasta aquí se ha hecho un recorrido general por la historia de la locura y sus “tratamientos”, tal como se han producido en occidente. Lo hasta aquí mencionado guarda cierta relación con la historia de nuestro país, de todas formas, aquí se busca ahondar en los hechos que nos conducen hasta la psiquiatría y sus instituciones en la actualidad. Para

desarrollar este apartado se toma en cuenta la obra histórica de la escritora ecuatoriana Mariana Landázuri (2008) que hace referencia a la aparición del primer hospital psiquiátrico del Ecuador, ‘San Lázaro’. Este trabajo permite conocer los orígenes y el desarrollo de la psiquiatría tomando como referencia a una institución que existe hasta el día de hoy. Con esto se contrasta la situación actual del país tomando en cuenta los datos brindados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) en cuanto a instituciones que trabajan con enfermos mentales, incidencia de la enfermedad, perspectivas y nuevas propuestas.

En 1785 se funda el Hospicio María y José y, tal como señalan Sánchez (2005) y Osorio (2014), espacio donde se alberga a dementes y ancianos. Sin embargo, tal como pasó en Europa, en instituciones como el Hospital General de París, a este establecimiento llegan de manera casi accidental; o más bien son traídos por la fuerza pública o por familiares; reclusos, indigentes y prostitutas. Esto, debido a la falta de control, o de un estatuto claro, como si dicha institución fuera una correccional. De este modo la institución “[...] dejó en claro su propósito excluyente y rectificador del ‘mal’ de aquel entonces: condenar social y religiosamente a aquella población extraviada del camino impuesto por la norma colonial” (Osorio, 2014, p.49). Es decir que a la vez que se aislaba y se recluía al loco, se le daba la oportunidad de rectificar sus valores para poder adaptarse al orden social.

En consecuencia, es evidente la poca claridad que se tiene acerca de las funciones de esta institución en la cual para estos años existen 118 asilados de los cuales 6 eran considerados locos. Por esta razón, se abre en 1891 el área “Manicomio”. En Guayaquil también se ha abierto el Manicomio José Vélez diez años antes, en 1881. Ambos, son más que nada, espacios en donde es posible encerrar a personas que presentan conductas extremas que no pueden ser controladas por otro medio.

A comienzos del siglo XX el Estado logra que monjas de la caridad enviadas desde Francia, se hagan cargo de varias instituciones médicas en el país. Una de estas es el Hospicio. Al parecer a nadie le sorprende que sean extranjeras las que se hagan cargo de lo que para el resto de la población nacional es inadmisibles. Sin embargo, algunas décadas después, como consecuencia de la Revolución liberal, el Estado intenta separar lo civil de lo religioso, pero sucede que, en el ámbito de la salud las religiosas son esenciales no solo por su formación en enfermería y farmacéutica, sino también por las bajas remuneraciones que reciben en relación a los médicos. El Estado está consciente de esta situación razón por la cual, si bien se quita muchas atribuciones al clero, no se la aparta del sistema de salud. Es posible señalar que dicha relación se conserva hasta nuestros días ya que, en nuestro país, muchas instituciones privadas

siguen siendo dirigidas por miembros de comunidades religiosas, un ejemplo es el Instituto Psiquiátrico Sagrados Corazones ubicado en la ciudad de Quito (Landázuri, 2008).

Sánchez (2005) y Landázuri (2008), señalan que los orígenes del internamiento de los pacientes con enfermedades mentales en el Ecuador siguen la misma lógica que en Europa, en la cual se distingue una estrecha relación con la religión, sus instituciones y sus prácticas. Este vínculo tiene como consecuencia la introducción de “[...] rasgos subjetivos en la constitución del sujeto, tales como el mal, el pecado y la culpabilidad, el perdón, el sacrificio, el arrepentimiento y la idea de reparación y salvación individual” (Sánchez, 2005, p.41). Así, los males sociales quedan ubicados en el individuo, además se establece un control del sujeto a través de la religión cuyo severo discurso moral queda internalizado.

Se puede acotar también, en relación al “poder de la figura del médico” del que se habló antes, que no responde solamente al conocimiento al que tienen acceso exclusivo los galenos, sino también a que este saber no está mediado por la religión, aspecto que es esencial para el momento político que atravesaba el país en el cual la ciencia era la única forma de verdad.

Volviendo a la historia, el tema médico en este espacio era solamente para aquellos con lepra. Por esta razón cuando el leprosario es trasladado a otra parte de la ciudad (en 1911), lo poco que tenía de hospital esta institución se desvanece. En ese entonces aún no existía la cátedra de psiquiatría en el Ecuador y el tema de la de la enfermedad mental recién empezaba a ser abordado académicamente a nivel mundial. Como consecuencia del desconocimiento de un tratamiento apropiado para los locos, se hace uso de castigos y de torturas para tratar de controlarlos (Landázuri, 2008).

Si bien, no se tenía claro qué les pasaba a los llamados alienados, existía un conocimiento de los pueblos nativos de los Andes alrededor de este padecimiento ya que desde hace mucho en la cultura popular se hablaba del mal de ojo, mal de viento, el espanto, etc.. Sin embargo, el saber, así como los conocimientos y las prácticas ancestrales alrededor de la locura, fueron suprimidos y apartados de la academia, siendo estos considerados como simple brujería. Como menciona Landázuri (2008) en nuestro país “[...] se sostiene permanentemente la idea de que llevamos un retraso de siglos respecto a (Europa), que es la que lleva la batuta, y de que nos debemos comparar permanentemente con ella porque tiene la razón” (p.61). Este pensamiento errado que repercute hasta la actualidad, suprime la posibilidad de desarrollar nuestros propios conocimientos, a la vez que, niega los saberes de nuestra cultura, en el intento de replicar modelos extranjeros.

Con respecto a esto, en el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (2014) se señala que es posible considerar que, las singularidades sociales, demográficas, culturales y económicas de los ecuatorianos, así como la injusticia y la inequidad social pueden afectar a los sectores más vulnerables llegando inclusive a ser fuente generadora de diversos padecimientos entre ellos los trastornos mentales. De este modo, considerando a la enfermedad mental como el síntoma de esta sociedad desigual, sería posible cuestionarse si el encierro y la exclusión podrían ser una negativa de la sociedad a reconocerse en el enfermo que se aparta y se recluye.

Para continuar con los hechos históricos, a comienzos de la segunda década del s.XX la cátedra de psiquiatría se vuelve obligatoria dentro del pensum académico de la facultad de medicina de UCE con el médico Julio Endara a la cabeza. El desarrollo e importancia que cobra la ciencia positivista y la búsqueda de verdad por medio de la comprobación, provoca que los médicos, y la academia en general, aspiren a normar y a clasificar la enfermedad. Por esta razón, se empiezan a ocupar términos específicos para denominar y describir aquello que les sucede a los internos, algunos de los cuales han sido ya diagnosticados como esquizofrénicos. Para finales de esta década, se enseña psicología en la Facultad de Filosofía y Letras en la UCE (Landázuri, 2008).

Puesto que el psicoanálisis en ese entonces se encontraba en auge en Europa, tiene gran influencia en los estudios de esta época. Como señala Landázuri (2008), algunos médicos han viajado a Francia para conocer mejor sobre estas teorías, lo que se refleja en las historias clínicas y en el análisis de la etiología de la enfermedad. En estas se describen los síntomas así como la historia de cada paciente, de esta manera se establece causas que predisponen a la locura tales como fuertes ideas religiosas ligadas pensamientos eróticos, o la presencia de padres alcohólicos. Sin importar la línea teórica de la psiquiatría de la época, los procedimientos para contener y reprimir a los internos seguían siendo los mismos y la camisa de fuerza prevalecía como la manera más eficaz de controlar a los enfermos.

Con respecto a los tratamientos; si se puede llamar de esta manera a procedimientos que en su mayoría resultaban nocivos para la persona demostrando escasos resultados; Cruz (2003) indica que a mediados de los años 30 aparecen a nivel mundial métodos convulsivos y de shock insulínico que provocan una remisión de los síntomas (alucinaciones, delirios, incoherencias y agresividad) por lo cual resulta comprensible que para los que estaban cerca esto resulte un gran avance. En la actualidad, la medicación es la herramienta que utilizan los

psiquiatras para obtener los mismos resultados que, como se analizará posteriormente, pueden presentar efectos negativos si, se usan a largo plazo y sin un control adecuado.

Una década después, en 1947 se empieza utilizar el aparato de electrochoques, aplicado junto a los procedimientos antes señalados. Posteriormente el shock insulínico quedará abolido debido a que su aplicación era muy compleja para el médico y para el paciente implicaba excesivos riesgos. Ante estos procedimientos se opuso el movimiento antipsiquiátrico al que se hará referencia más adelante. De todos los métodos descubiertos en ese tiempo, el electrochoque es el único que sigue siendo usado hasta ahora (Cruz, 2003).

Desde los inicios del San Lázaro, sus dirigentes pedían atención del Estado debido a la precariedad en temas como higiene, salud, alimentación y sobrepoblación. Se solicitaba la construcción de otro establecimiento mejor adecuado y más grande, que cubra la demanda y mejore las condiciones para los internos y para el personal. El trato dentro del asilo era bastante igualitario sin importar si pagaban por su estadía o no. Así mismo, las diferencias sociales, a fuera tan marcadas allí no se percibían. Después de varias décadas de espera y de un arduo trabajo e insistencia por parte de las autoridades, el 29 de julio de 1953 se inaugura el Hospital Psiquiátrico de Conocoto. A dicho recinto se trasladan los pacientes susceptibles de curación, mientras los crónicos permanecen en el San Lázaro. Un año después, en 1954 el Manicomio Lorenzo Ponce, en Guayaquil, cambiará su nombre a Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, como consecuencia de la integración de los conocimientos provenientes de la psiquiatría y la patología mental que se han hecho durante la última década (MSP, s.f.).

Posteriormente, el Hospital de Conocoto cambia su nombre a “Hospital Psiquiátrico Julio Endara” (HPJE), siendo hoy en día la única institución pública de tercer nivel de atención especializada en Salud Mental del Ecuador, en donde, según datos del MSP (2014), trabajan 149 profesionales de la salud y se atienden a 26.000 pacientes en promedio anual en diversos servicios como: hospitalización y consulta externa de psiquiatría, psicología, neurología, medicina interna y odontología.

Asimismo, el Lorenzo Ponce en el 2011 cambia su denominación a Instituto de Neurociencias (IN), figurando actualmente como la entidad privada más grande del país que oferta servicios en relación a la salud mental. El IN está cargo de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, es decir que recibe financiamiento del Estado por medio del pago de prestaciones. Por otro lado, el San Lázaro funciona, desde el año 2012, como Centro de Atención Ambulatoria Especializado en conformidad con el PNSM (2014).

En el PNSM (2014) se menciona que, el trabajo de las instituciones públicas en el ámbito de la salud mental están enfocadas principalmente en la atención psiquiátrica antes que en la atención psicológica. Se indica también que a nivel nacional existen dos hospitales psiquiátricos que pertenecen al MSP, ambos ubicados en Quito (HPJE y San Lázaro). Además hay tres hospitales psiquiátricos privados que son reconocidos por el MSP: Instituto Psiquiátrico Sagrados Corazones (Quito), Instituto de Neurociencias (Guayaquil) y el Centro de Reposo y Adicciones (Cuenca). En total, entre los hospitales públicos y El HPJE “[...] suman un total de 1484 camas, lo que significa 9.88 camas por cada 100.000 habitantes” (p. 21). Camas que estarían destinadas solamente para estadías cortas.

Esta síntesis sobre los puntos más importantes de la historia de la medicina psiquiátrica en el Ecuador, denotan el nulo espacio que ocupa el loco en la misma, su voz no ha sido escuchada. Se habla de la psiquiatría, de las instituciones, de los tratamientos, de la enfermedad y de la salud mental, sin embargo, no se habla del individuo como tal. Son los usuarios los que deben buscar el cambio y la transformación social.

1.3 Patología: esquizofrenia y psicosis

En este acápite se propone una definición de patología y una aproximación al término esquizofrenia. Se toma en cuenta aquí el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM- V) (2014), y el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) (2010). Ambos son manuales diagnósticos, el primero editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), y el segundo elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además se habla de los tratamientos que se aplican actualmente para lo que la psiquiatría considera una patología. Finalmente, se aborda la esquizofrenia desde la teoría psicoanalítica donde se lo denomina psicosis.

Según el diccionario de la RAE (2017), patología es un término que hace referencia a la rama de la ciencia que estudia las enfermedades o al conjunto de síntomas que conforman una enfermedad determinada. Este denota enfermedad y surge como opuesto a la normalidad, como aquello que debe ser sustraído de los sujetos, de sus cuerpos y de la sociedad. De este modo, la patología y sus síntomas serán determinados y descritos por el médico. En palabras de Osorio (2014), el médico actúa como un juez científico que dictamina si el sujeto es normal o enfermo disponiendo de este modo el futuro del individuo.

Según Cruz (2003) la patología, en este caso la locura, “siempre ha estado aparejado con contextos que se han organizado bajo dimensiones morales, teológicas, legislativas y

sociales, más que en términos médicos” (p.23). Por esta razón es importante mirar siempre con ojo crítico los supuestos teóricos que enmarcan la enfermedad y tener en cuenta la subjetividad partiendo desde el individuo para poder comprender mejor su “locura”.

1.3.1 Esquizofrenia: qué es y cuál es su tratamiento

Esta sección es una aproximación a la definición de esquizofrenia como enfermedad o trastorno mental desde la mirada psiquiátrica. Con esta intención, se inicia por el origen del término en la nomenclatura clínica, posteriormente se describen sus síntomas y criterios diagnósticos, así como datos y cifras importantes sobre esta enfermedad tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Finalmente, se exponen de manera breve los tratamientos más relevantes que se utilizan actualmente, sobre los cuales se hablará más extensamente en el siguiente capítulo de este mismo trabajo.

Las diversas manifestaciones clínicas presentes en el cuadro de lo que actualmente llamamos esquizofrenia, han tenido distintas denominaciones desde que se empezó a clasificar la locura desde finales del s.XIX. Según afirma la guía práctica clínica española (GPC-España) (2009), en Francia las personas afectadas por estos síntomas fueron denominadas “dementes precoces”, y en Alemania “hebefrénicas”, haciendo referencia al estado de demencia en individuos jóvenes, también se la llamó “catatonia” debido a los trastornos motores que se presentaban. Finalmente, Kraepelin, psiquiatra alemán, “[...] reunió todos estos tipos en una sola entidad nosológica que definió como «demencia precoz». Distinguía tres formas clínicas: simple o hebefrénica, catatónica y paranoide, esta última caracterizada por ideas delirantes” (p.35), dichas categorías son las que hasta hoy en día se utilizan para el diagnóstico de lo que hoy en día conocemos como esquizofrenia.

El término esquizofrenia como tal, fue acuñado por Bleuler en 1911, para designar a la disociación o pérdida de unidad de la vida psíquica. Este reconocido psiquiatra suizo afirmaba que las características de esta patología eran producto de un proceso de disociación seguido de un síndrome de producción de ideas, sentimientos y episodios delirantes. Sobre esta base se desarrolló el concepto que se maneja actualmente, caracterizado por la presencia de signos y síntomas que afectan a diversos procesos psicológicos (GPC-España, 2009).

En la actualidad, según la OMS (2018) la esquizofrenia está catalogada como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas a nivel mundial. Siendo su incidencia menor que el de trastornos como la depresión. La esquizofrenia afecta más a

hombres (12 millones) que a mujeres (9 millones), y en hombres suele desarrollarse a edades más tempranas, pudiendo debutar al final de la adolescencia.

Según el DSM- V (2014) y el CIE- 10 (2000), la esquizofrenia está clasificado como un trastorno psicótico que puede ser diagnosticado cuando el paciente cumple con determinados criterios o síntomas del paciente; ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos; la disfunción laboral y/o social que estos presentan en su vida cotidiana y la duración de los síntomas. Lo síntomas pueden ser positivos (delirios y alucinaciones), negativos (alogia abulia o apatía, dificultad para concentrarse, afecto aplanado) o de desorganización (habla y conducta desorganizada, trastornos del pensamiento en general, falta de atención). “Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales” (DSM-IV, 1995 p.299).

Con respecto al curso de la enfermedad, el primer episodio de esta puede presentarse de forma abrupta o paulatina/insidiosa, es decir que los síntomas no son tan evidentes. No obstante, casi todos los pacientes presentan una fase prodrómica de la enfermedad en la cual se evidencian signos y síntomas (falta de interés en las actividades diarias, pérdida del contacto social, deterioro en el cuidado de sí mismo, falta de higiene, enojo e irritabilidad constante) que se van desarrollando de manera gradual, esta fase puede durar semanas o meses antes de que se produzca un síntoma característico que permita dar un diagnóstico. En la mayoría de los pacientes, con tratamiento, el curso clínico de la enfermedad oscila entre episodios psicóticos agudos y periodos de remisión casi total o parcial. En trastornos de tipo crónico se han identificado tres fases que, como se muestran en la Tabla 1, pueden presentarse aunque, no existe un límite claro entre una y otra.

Tabla 1 *Esquizofrenia fases y características de cada una*

Fases	Características
Aguda o de crisis	Presencia de síntomas psicóticos graves: alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado, dificultad para realizar actividades de manera autosuficiente e incapacidad para cuidarse a sí mismo. Es común que en esta etapa los síntomas negativos se intensifiquen.

De estabilización Sintomatología psicótica aguda se reduce. Puede durar o postcrisis aproximadamente 6 meses o inclusive más cuando se produce el inicio de una nueva crisis.

Estable o de mantenimiento	Los síntomas desaparecen o se mantienen parcialmente estables, aun cuando los síntomas persisten, no son tan graves como en la fase aguda. Algunos pacientes presentan síntomas que no son propiamente psicóticos como la depresión, ansiedad o insomnio.
----------------------------	---

Tabla elaborada en base a la GPC de España (2009)

Estas fases, así como su identificación, permiten a los clínicos reconocer en qué estado se encuentra el paciente y de esta manera determinar qué tratamiento se debe aplicar según cada caso. Algunos expertos clasifican también la esquizofrenia según distintas características en la presentación de los síntomas antes mencionados. El CIE -10 (2000) ubica a la esquizofrenia en el capítulo V: Trastornos Mentales y del Comportamiento, en el bloque llamado F20-F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, siendo la esquizofrenia (F20) el trastorno más representativo del grupo. En este mismo manual se indican 9 subtipos (F20.0-F20.9) de este trastorno: E. paranoide, E. hebefrénica, E. catatónica, E. indiferenciada, Depresión postesquizofrénica, E. residual, E. simple, Otra esquizofrenia y E. sin especificación. Este es el manual que se utiliza actualmente en nuestro país para clasificar los trastornos, principalmente en el sistema de salud pública.

La penúltima edición del manual de la APA, DSM-IV (1995), ubica a la esquizofrenia en la sección: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, aduciendo que todos los trastornos allí incluidos presentaban síntomas psicóticos como característica definitoria. Se entiende como psicótico a ideas delirantes con alucinaciones. En este mismo manual se incluyen los subtipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual. Sin embargo, en su última edición DSM-V (2014), la esquizofrenia pasa a una nueva sección: Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La esquizofrenia con código 295.90, equivale al diagnóstico del CIE-10 (2000) F20.9. Cabe resaltar que en este nuevo manual ya no se utilizan los subtipos reconocidos previamente ya que según se señala, no eran válidos ni fiables.

Para determinar el diagnóstico de esquizofrenia es preciso evaluar por completo al paciente, incluyendo exámenes y valoraciones neurológicas, físicas y psicológicas, así como un diagnóstico diferencial con cuadros psíquicos tóxicos u orgánicos. Con un diagnóstico determinado, se puede considerar qué tipo de tratamiento amerita cada caso, tomando en

cuenta el estado clínico del paciente, el curso de la enfermedad, la frecuencia con la cual se presentan los síntomas, su gravedad, los tratamientos y los resultados de episodios pasados. El objetivo de los tratamientos es mejorar el curso clínico del paciente, reducir los episodios y síntomas, así como las consecuencias psicosociales de los mismos (GPC- España, 2009).

Entre los principales tratamientos que se aplican actualmente están el uso de fármacos, la terapia electroconvulsiva y las intervenciones psicosociales. Hay que tener en cuenta que dependiendo del estado en el que se encuentre el paciente se decide el lugar en donde este se llevará a cabo. En algunos casos puede ser necesario el internamiento temporal del paciente, mientras que en otros, la regulación de la medicación puede ser una opción. Es importante indicar que las valoraciones previas al diagnóstico no siempre son evaluadas a fondo, por intentar dar un resultado en el menor tiempo posible. Por otro lado, en cuanto a los tratamientos que se aplican, en especial el farmacológico y la TEC, tienen como fin la supresión de los síntomas y la posibilidad de controlar y manejar al paciente sin que represente un peligro para sí mismo o para el resto.

Tratamiento farmacológico

Se aplica en pacientes que han sido previamente diagnosticados con esquizofrenia o que presentan episodios psicóticos por primera vez. Lo que busca el uso de fármacos es disminuir la presencia de síntomas cuando el episodio es agudo, y prevenir a largo plazo futuros episodios. Los fármacos más usados son los neurolepticos o antipsicóticos, estos fueron introducidos en la práctica psiquiátrica desde mediados del siglo pasado cambiando de forma sustancial el tratamiento de las enfermedades mentales. El efecto de estos medicamentos en un estado de crisis puede resultar impresionante debido a los pronto resultados que evidencia el paciente y quienes lo rodean, el paciente siente alivio pudiendo comunicarse con el resto, evitando ser invadido por alucinaciones o delirios (Tobin, 2006).

Terapia electroconvulsiva (TEC)

También conocida como sismoterapia o electroshock, este tratamiento sería en todos los casos considerado como de segunda elección. La indicación más común es en casos concretos como: esquizofrenia catatónica o casos graves que se presentan con agitación, desorientación, contraindicación de antipsicóticos, depresión secundaria y fuerte tendencia al suicidio. El principio de este tratamiento se basa en la producción artificial de una crisis convulsiva generalizada por medio de la aplicación de una corriente eléctrica que pasa a través del cerebro. El número de sesiones suele variar entre 6 y 15, y su frecuencia es generalmente de tres sesiones semanales.

Este tratamiento, aplicado en pacientes con esquizofrenia por más de 50 años, puede ser considerado como una opción terapéutica al combinarlo con antipsicóticos, en especial cuando se busca una reducción de síntomas rápida. Hoy en día, la aplicación de esta técnica ya no es considerada peligrosa o aversiva, ya que se la realiza bajo anestesia general y siempre en presencia de un reanimador. Sin embargo, por cuestiones de mala práctica médica o de mala indicación puede resultar perjudicial. De todas maneras, como recalca Tobin (2006) es inevitable considerar a esta práctica como invasiva y violenta aun cuando se tomen todas las precauciones necesarias y la intensidad de la corriente no sea muy alta. Por otra parte, con respecto al papel que cumple el TEC en el manejo de la esquizofrenia, aún tiene muchas preguntas por resolver ya que ni siquiera los psiquiatras pueden determinar por qué y de qué manera puede ser eficaz o puede fracasar (GPC- España, 2009).

Intervenciones psicosociales

Este tipo de intervenciones tienen como objetivo dar al paciente herramientas para que sea posible su recuperación. Recuperación en tanto el paciente pueda tener un funcionamiento autónomo, que le permita integrarse en la comunidad. Se busca que el tratamiento sea integral tomando en cuenta diversos ámbitos de la vida de la persona como son los físicos, psíquicos y sociales. Estas intervenciones

[..]engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. (...) pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral. (GPC-España, 2009, p.76)

Entre los tratamientos psicosociales más relevantes, se encuentran las intervenciones psicoterapéuticas, de rehabilitación y aquellas que promueven la integración social. Es necesario mencionar que todo tipo de tratamiento que se aplique, debe ser previamente hablado y decidido conjuntamente con el paciente, reconociéndolo como sujeto. De este modo, se logra una mejor adherencia al tratamiento y es posible obtener mejores resultados.

1.3.1.1 Efectos del internamiento prolongado

Foucault menciona en su obra *El Poder Psiquiátrico* (2007), que el manicomio o las instituciones asilares, desde sus orígenes, y tal como operaron a lo largo del s.XIX, no representaron ningún avance en lo que a comprensión del sujeto se refiere, tampoco en cuanto

a conocimientos científicos o académicos, ya que inclusive la figura del médico, en la cual recaía la responsabilidad del tratamiento, se manejaba según principios morales demostrando un orden ético. De este modo, los psiquiátricos se constituyeron como instituciones dominantes que justificaban en la ciencia, diversos tipos de abusos como los internamientos innecesarios e indefinidos. Esta afirmación resulta drástica, sin embargo, puede ser acertada.

Según se evidencia en el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS), (2008), “[...] El mayor porcentaje de diagnósticos de los pacientes ingresados a los cinco hospitales psiquiátricos es el de esquizofrenia (38%) seguido de los trastornos del estado de ánimo (17%) y el más bajo el de trastornos de la personalidad” (p.17). De estos pacientes se indica que la mayor parte recibió tratamientos tanto farmacológicos como intervenciones psicosociales dentro de los establecimientos hospitalarios.

Con respecto a los datos acerca del promedio de días de estancia de los pacientes, este varía considerablemente dependiendo de cada hospital. De todas maneras, según las cifras de 4 de los 5 hospitales, el promedio es de 141 días. Sin embargo, tal como advierte el IESM-OMS (2008):

Existe una importante población de larga estancia en los hospitales psiquiátricos, la misma ocupa el 53% de las camas disponibles. De esta población, el 64% permanece más de 10 años en el interior de la institución, el 17% entre 5 y 10 años y el 19% entre 1 a 4 años (p.17).

Estos datos, según afirma la OMS (2017) son alarmantes debido a los largos periodos que se evidencian en la mayoría de los casos, además de que el internamiento prolongado de pacientes psiquiátricos no solo que no ha demostrado ser efectivo, sino que además se ha encontrado que resulta nocivo para los sujetos. Algunos de los efectos graves que se pueden encontrar a nivel biológico en esta población son: la degeneración en las facultades físicas del sujeto provocados por el exceso de medicación, hiper-sensibilidad a la luz, debido a la falta de luz solar que perciben, pérdida de la dentadura, efecto también causado por el uso de medicamentos, movimientos estereotipados, entre otros. A su vez, a nivel social y de interacción con el medio, se puede observar: la pérdida de la noción del tiempo y el espacio, afectación y deterioro de las funciones mentales, la capacidad de razonamiento, etc.

Sin embargo, el problema no es el internamiento de por sí, sino la falta de efectividad de los tratamientos que se brindan en los hospitales psiquiátricos, la falta de seguimiento y de tratamientos simultáneos según sean requeridos. Además, como menciona Goffman (2001) “Hay pocas probabilidades de que en los hospitales psiquiátricos se aplique un tratamiento

específico para cada alteración. Se da medicación hasta encontrar la dosis” (p.355), dosis que en muchos mantiene sedado al paciente. El problema está en que no siempre se determina adecuadamente el ámbito de intervención requerido por cada sujeto en ese preciso momento ni se evalúa que los tratamientos estén orientados a la reintegración del paciente a su vida y a su entorno. Menos aún se consideran las preferencias del paciente, ni de su familia al momento de elegir las intervenciones a realizar (GPC-España, 2009).

Finalmente, se puede decir que el encierro y las condiciones precarias en las que muchas veces se mantiene a los pacientes, agravan su condición. Esta es una realidad que sigue vigente en nuestro país. Hay que señalar que muchos de estos pacientes han sido abandonados por sus familias hace mucho tiempo y en estos casos las instituciones psiquiátricas han sido su único refugio. Por esta razón, se debe apuntar a tratamientos que no aislen al sujeto.

1.3.2 Nosología psicoanalítica

Las psicosis son, si quieren —no hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra— lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se continúa llamando así, las locuras.

Lacan, Seminario 3, 1955

Para el psicoanálisis existen varias nociones sobre las psicosis, no como una entidad incuestionable sino como una posición subjetiva, por esta razón, existen diversas posturas y maneras de comprenderla. En este trabajo se intenta describir de manera concisa los aspectos más relevantes de esta estructura, a manera de síntesis, exponiendo los elementos más relevantes, con la intención de argumentarlos con lo antes expuesto en este mismo documento. Además, se resalta la diferencia que existe entre la clínica con pacientes neuróticos y pacientes psicóticos.

Aunque no exista una definición única, lo que han hecho diversos autores es intentar esclarecer los elementos fundamentales que intervienen en el devenir del psicótico. Históricamente, este término fue introducido en 1845 por el psiquiatra de origen austríaco Ernst von Feuchtersleben, con la intención de sustituir el de locura. Así, el término definía las enfermedades que afectan la psiquis desde una concepción propia del saber psiquiátrico y de la medicina tradicional de occidente donde lo que sobresale es la pérdida de razón del individuo (Roudinesco & Plon, 2011).

Posteriormente, este concepto fue retomado por Sigmund Freud en 1894, donde adquiere un carácter más técnico. Es importante mencionar que la atención de Freud se centró

en el estudio de la neurosis, principalmente porque esta última era considerado como curable. Como consecuencia, el único estudio que realizó sobre la psicosis es el comentario del libro autobiográfico de Daniel Paul Schreber: *Memorias de un neurópata*, publicado en 1903. En base a este escrito Freud pudo desarrollar los fundamentos de lo que sería su teoría sobre las psicosis. En un primer momento, el término psicosis es usado para denominar una pérdida de la realidad en la que se da una regresión de la libido sobre el yo, acompañado de la formación de un delirio como intento de curación, sin embargo, posteriormente se incorpora con una estructura que es diferente de la neurosis y de la perversión. De este modo, se concluye que la pérdida de la realidad, o el sustituto de la realidad que ocurre en las psicosis, viene en lugar de algo *rechazado* (*Verwerfung*) (Chemama, 1998).

Como estatuto teórico, la *Verwerfung* desde Freud permanece incierto, en este sentido “[...] designa un mecanismo patógeno generador tan pronto de una confusión alucinatoria, como de un episodio de transferencia negativa o de una breve alucinación, además de participar en un proceso estructurante que está en el origen de la conciencia moral” (Maleval, 2002, p.38). Hasta aquí Freud la concebía como un tipo de defensa que se presentaba en donde la realidad le era intolerable al sujeto, funcionando principalmente en las fobias y las obsesiones. Es en *De la historia de una neurosis infantil (1918 [1914])* (1975), en donde Freud, en referencia al caso de El Hombre de los Lobos, presenta una diferencia entre la *Verwerfung*, caracterizada como rechazo de saber, la cual no debe confundirse con la represión. De este modo, en las primeras conceptualizaciones sobre la psicosis que desarrolla Freud, se indica que la *Verwerfung* es el mecanismo de las psicosis, diferenciándolo de la represión, como mecanismo de la neurosis.

Tal como afirma Maleval (2002), Lacan se aproxima al término *Verwerfung*, en su intento de comprender la relación entre el sujeto y el lenguaje. Sin embargo, Lacan nota que en el abordaje que hace Freud sobre la psicosis, no existe una tesis sólida en cuanto a la definición de la defensa que en esta interviene. Lacan, retoma las tres estructuras freudianas, pero, en un segundo momento habla de la posición que ocupa el sujeto en la estructura, mencionando que no existe una predisposición hacia una estructura determinada. En este sentido, como le define Evans (2007), para Lacan la psicosis es comprendida como una de las tres estructuras clínicas que se caracteriza por la operación que ejerce la forclusión. Por lo tanto, lo que ocurre en la psicosis es que el sujeto no ha sido forcluido por EL-NOMBRE-

DEL-PADRE¹, donde la función paterna se encuentra reducida a la imagen del padre. Es en el Seminario 3 en el cual Lacan (1956) determina al EL-NOMBRE-DEL-PADRE como fuente desde la cual surge la estructura normativa del sujeto. En dicho seminario, Lacan propone traducir la *Verwerfung* como *forclusión* y ya no como rechazo. Desde ese momento la estructura de la psicosis ya no será confundida con la represión primaria (Maleval, 2002).

Como ya se expuso anteriormente, desde la psiquiatría, la enfermedad está comprendida a partir de diversos síntomas que presentan los pacientes, síntomas que para el saber médico hacen referencia a signos de una disfunción orgánica, o manifestaciones que revelan una determinada condición patológica. Empero, para el psicoanálisis el síntoma es entendido como un fenómeno subjetivo que constituye la expresión de un conflicto interno. De esta manera el síntoma es considerado como un elemento valioso, con un sentido propio, que además habla del sujeto y remite a su historia. El síntoma entonces dice algo, y por esta razón debe ser tomado en cuenta. En principio, para Freud (1892), el síntoma es la expresión del cumplimiento de deseo, mientras que Lacan (1975) dirá que es el efecto de lo simbólico en lo real. Lo que significa que es una verdad y que es la expresión en sí de la naturaleza humana. Por esta razón, la cura no puede implicar, desde el psicoanálisis la erradicación del síntoma ya que este tiene un efecto de estructura para el sujeto. Así para Lacan, el *sinthome* constituye un cuarto redondel del nudo borromeo que es capaz de anudar los otros tres redondeles. El síntoma, como metáfora que es, no debe ser suprimido, sin embargo, puede ser modificado para que sea posible la realización del deseo y del goce (Chemama, 1998).

Para el psicoanálisis no existe un tratamiento para la psicosis ya que no está considerada como un trastorno. Sin embargo, la terapia está centrada en la palabra, por lo cual se toma en cuenta los diferentes significados que cada individuo le otorga. A partir de la palabra y del lenguaje se constituye el discurso que, según lo define Chemama (1998): es entendido como organización del lenguaje, y de la comunicación, en función de las relaciones que se producen entre el individuo, sus significantes y el objeto que son determinantes para el sujeto y además regulan el lazo social. Este discurso es en el cual el sujeto se construye, sujeto, no en relación a la subjetividad sino más bien a la sujeción al lenguaje.

Por el contrario, lo que ocurre con el psicótico es que está dentro del lenguaje, pero su discurso se rompe, es un discurso con leyes propias, las cuales responden a ese real tirano que se presenta con fuerza. En el intento de simbolización, que se produce en el habla, es lo

¹ Escrito con mayúsculas y separado con guiones debido a que para Lacan designa una función como tal.

que alivia al sujeto. Es por esta razón, que la intervención con pacientes psicóticos es totalmente distinta a la intervención con pacientes neuróticos. El neurótico trabaja con su discurso inconsciente con la intención de reconstruir la significación que está reprimida, pero, por otro lado, con el paciente psicótico se trabaja la realidad externa de tal manera que se restituya la significación que está ausente. Asimismo, se debe notar la diferencia que existe entre la escucha con pacientes neuróticos y pacientes psicóticos. Si en la neurosis el psicoanálisis busca hacer consciente lo inconsciente, en la psicosis la presencia del analista buscará hacer simbólico lo real (Apud, 1998).

El repaso histórico que se ha realizado hasta aquí, así como el análisis de las estructuras y los discursos que giran en torno a la locura nos permiten ubicarnos y entender lo que ocurre actualmente. Se ha hablado de diagnósticos, de enfermedad y de tratamiento, sin embargo, es necesario dirigir la mirada hacia los seres humanos que son los personajes principales en esta historia. Es necesario partir desde la escucha, tomando en cuenta la subjetividad, empezando desde cada individuo para de esta manera poder comprender mejor las diversas maneras que existen de ver y de entender el mundo y la realidad.

CAPÍTULO II: OTRAS PERSPECTIVAS, DESDE LA SIGNIFICACIÓN

2.1 El tratamiento ambulatorio: aplicación y alcances en nuestro país

Este apartado trata sobre qué es y en qué consiste el tratamiento ambulatorio, sus características y cómo puede aplicarse en pacientes con esquizofrenia. Además, se hace una revisión del sistema de salud mental y de la política pública para evidenciar los alcances del tratamiento ambulatorio en el Ecuador.

Como se señaló anteriormente, en nuestro país, el diagnóstico de esquizofrenia ocupa el primer lugar entre los pacientes internados en hospitales psiquiátricos, 38% según una cifra de los 5 hospitales psiquiátricos que existen a nivel nacional donde no existe capacidad para atender a toda la población. Esto denota la urgencia en que el sistema de salud mental considere la aplicación de otro tipo de tratamientos donde el internamiento no sea indispensable, y que puedan dar soporte al paciente fuera de la institución. No solo por la falta de espacio y el gasto público que esto implica, sino por la falta de evidencia de que el internamiento por periodos extensos tenga resultados positivos (Barreto, 2008).

Con el objetivo de cambiar esta situación, desde hace pocos años en nuestro país se ha incrementado al sistema de salud la modalidad de tratamiento ambulatorio para pacientes

con enfermedades mentales. Según lo que indica la página del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), esta modalidad busca evaluar, diagnosticar y brindar tratamiento a los pacientes de acuerdo a sus necesidades, en base a un diagnóstico previo realizado por un profesional. Cuando los casos son de mayor complejidad, estos son derivados al ambulatorio intensivo. La modalidad ambulatoria intensiva da atención diaria a personas con trastornos mentales graves (MSP, s.f.).

Este nuevo modelo implica un cambio en el tratamiento de enfermedades mentales, y se presenta como alternativa para reducir el número de pacientes que podrían llegar a ser internados. El tratamiento ambulatorio y comunitario, busca involucrar a la familia y a la sociedad en general como parte esencial de la transformación, fomentando la autonomía del sujeto y la inclusión social busca brindar tratamiento farmacológico adecuado al paciente, promover la terapia individual y grupal, y ofertar talleres ocupacionales adecuados a la necesidad de cada sujeto, las cuales se adhieran a la vida diaria. (PNSM, 2014).

Tomando en cuenta los antecedentes de la enfermedad mental y la manera en la que ha sido tratada en nuestro país, la política pública hace un intento por cambiar la perspectiva internista que se tenía anteriormente, enfocándose en la salud mental en lugar de la enfermedad mental. Salud mental, descrita por la OMS (2013), como “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (p.7). Según esta misma perspectiva, es un estado subjetivo de tranquilidad, en el cual la persona está adaptada a su entorno y responde a una realidad que es común a la mayoría de las personas que la rodean.

Se debe tomar en cuenta que la elección del tipo o del ámbito de intervención (ambulatoria u hospitalización total o parcial), dependerá siempre de factores como: la gravedad y la persistencia de los síntomas, el apoyo que tenga el paciente de familiares, y la capacidad de contención que pueda brindarle su entorno. De igual manera, debería considerarse la opinión y la voluntad tanto del paciente como de sus familiares ya que esto influirá directamente en el proceso y en el pronóstico de la enfermedad, sin embargo, para que esto sea factible es necesario que el médico explique de manera clara en qué consiste la intervención que considera necesaria, así como sus efectos. No sobra decir, que siempre que sea posible, cualquier tratamiento que no aisle al sujeto de su entorno o de su comunidad, será menos aversivo y tendrá mejores resultados a largo plazo (GPC-España, 2009).

A continuación, se expondrá de manera más amplia los principales tratamientos que se aplican en esta población comenzando por el tratamiento farmacológico, seguido de las

intervenciones psicosociales. Si bien el tratamiento farmacológico es el primero, y en la mayoría de casos el único, importante mencionar que existen diversos tipos de intervenciones psicosociales que pueden ser aplicados en el ámbito ambulatorio y que son esenciales en el proceso terapéutico del paciente y de sus familiares.

Tratamiento farmacológico

Como se explicó en el capítulo anterior, los fármacos antipsicóticos son usados en la intervención de pacientes esquizofrénicos para tratar de suprimir sus síntomas, los cuales invaden a la persona, produciendo mucha angustia. Su prescripción puede darla solamente un médico psiquiatra después de haber evaluado la condición y las necesidades de cada paciente. Además, se debe señalar que una dosis controlada, así como la participación activa del paciente en el tratamiento, son esenciales para obtener un mejor pronóstico.

Los fármacos antipsicóticos han sido clasificados según se indica en GPC de la APA para el tratamiento de la esquizofrenia (2010), en función de sus características, consecuencias sobre los síntomas psicóticos y efectos adversos que se presentan con su uso. De esta manera, se establecen dos grupos: los de primera generación o convencionales y los de segunda generación o atípicos.

Los de fármacos primera generación actúan principalmente sobre síntomas positivos que se suprimen o disminuyen rápidamente, ejerciendo un efecto casi nulo sobre los síntomas negativos. Para que las dosis de estos medicamentos sean eficaces se debe tomar en cuenta su afinidad con los receptores dopaminérgicos. Estos fármacos pueden ser de alta o de baja potencia. Los de alta potencia suelen tener mayor afinidad y se necesitan dosis menores que con los de baja potencia. por esta razón se prescriben en mayor cantidad los de alta potencia aun cuando sus efectos adversos son mayores. Entre los principales medicamentos convencionales están: clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioproperazina, trifluoperazina y zuclopentixol (GPC-España, 2009).

Al controlar la acción de la dopamina, afectan también otras zonas que dependen de ésta, y cuando están mal controlados son los responsables de que los pacientes abandonen el tratamiento. Entre los principales efectos secundarios están la sedación /efectos neurológicos, parkinson inducido por medicamentos, distonía aguda, acatisia, síndrome neuroléptico maligno y discinesia tardía. Se evidencian además efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos como resequedad en la boca, visión borrosa, taquicardia y estreñimiento. Otros efectos son

las convulsiones, alergias o problemas en la piel, problemas hepáticos, oftalmológicos, hematológicos, cardiovasculares, aumento de peso y disfunción sexual (APA, 2010).

Por otra parte, los antipsicóticos de segunda generación, que aparecieron en los 90's, actúan principalmente en síntomas negativos de la esquizofrenia y al parecer podrían presentar menos efectos adversos. Los medicamentos atípicos más utilizados son: amisulpride, aripiprazol, clozapina, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona y sertindol. Entre los principales efectos secundarios están: aumento de peso, mareos, hipotensión posital, taquicardia, discinesia tardía. Se pueden presentar hipoglucemia y diabetes. Se evidencia también el síndrome metabólico que es el conjunto de obesidad, hiperglucemia e hipertrigliceridemia (GPC- España, 2009).

Intervenciones psicosociales

El tratamiento psicosocial, surge como una necesidad en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia ya que estos presentan múltiples y diversas formas de discapacidad grave en el ámbito psicosocial lo cual les impide desenvolverse de manera satisfactoria en su entorno. Para estas dificultades, que surgen a raíz de la enfermedad mental, no basta el uso de fármacos, ya que estos no surten efecto en cuanto a discapacidades psicosociales. Sin embargo, hay que recalcar que el tratamiento farmacológico es indispensable en ciertos momentos, ya que solamente cuando el paciente está clínicamente estable es posible intervenir a nivel psicosocial y psicoterapéutico (ACP, 2014).

En nuestro país la esquizofrenia está catalogada como una discapacidad de tipo psicosocial, asociada a disfunciones mentales. Se entiende como discapacidad psicosocial a “(...) la limitación de las personas que padecen disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas o para ejercer sus Derechos Humanos” (CONADIS México, 2017). Según las estadísticas presentadas por el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades de Ecuador (CONADIS), en junio de 2017, el 4.56% de la población registrada como discapacitada en nuestro país pertenece a personas con discapacidad psicosocial (CONADIS, 2017).

Según se indica en el Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica (CN y GPC) de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) para el tratamiento de las personas con esquizofrenia (2014) las discapacidades psicosociales que se han identificado en pacientes con esquizofrenia afectan y disminuyen de forma general distintas áreas del funcionamiento del individuo en el ámbito familiar, social y laboral. Todos estos están relacionados e influyen los unos en los otros, es

decir que si una persona por su condición se aísla y tiene dificultades para crear vínculos sociales, el aspecto laboral será muy difícil de sostener o de obtener; lo cual a su vez impide que se generen recursos por lo que la persona dependerá económicamente de su familia, resultando una carga para la misma, generando crisis y malestar en los familiares, pudiendo dar paso a nuevas recaídas del paciente.

El mismo documento, señala que estas discapacidades pueden aparecer en las fases previas al inicio de la enfermedad como tal, sin embargo, se agudizan debido a la presencia de síntomas psicóticos, el deterioro neurocognitivo y los síntomas negativos que están presentes a lo largo del curso de la enfermedad y para los cuales no es eficaz la medicación. Por esta razón la aplicación de intervenciones psicosociales es indispensables con la finalidad de disminuir el riesgo de futuras recaídas, disminuir la discapacidad, la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, favorecer la comunicación, y fortalecer los mecanismos de adaptación y desempeño del sujeto.

Para el tratamiento de esta población existen múltiples tipos de intervenciones psicosociales, a las que cada paciente responde diferente dependiendo de sus gustos, aficiones, intereses, capacidades, etc... Aquí se mencionan aquellas que son aplicadas con mayor frecuencia, según se señala en algunas guías de práctica clínica, las cuales pueden ser de mucha ayuda para el paciente y su entorno.

Psicoterapia (individual o grupal)

Este fue el primer método terapéutico utilizado para el tratamiento de trastornos psicóticos antes de la aparición de los psicofármacos. En la actualidad su eficacia ha sido demostrada tanto en intervenciones individuales, familiares e incluso grupales. En un principio, su aplicación se centra en los síntomas positivos de la enfermedad. Aquí puede ser considerado un apoyo para que el paciente se adhiera de mejor manera al tratamiento farmacológico, previniendo recaídas. En este caso la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser muy efectiva si se desean resultados pronto y visibles. Es importante escoger el tipo de intervención que más se ajuste a las necesidades y capacidades del paciente ya que cada fase de la enfermedad, así como el estado neurocognitivo del paciente varía de sujeto a sujeto. Por otra parte, el entrenamiento en habilidades sociales es un aporte al desarrollo de comportamientos indispensables para que el sujeto pueda mantener relaciones interpersonales satisfactorias siendo capaz de desenvolverse socialmente. De este modo, la terapia grupal puede resultar apropiada ya que el paciente estaría en contacto con sus pares, creando redes de apoyo. En lo que se refiere a terapias familiares, estas resultan eficaces para reducir el

riesgo de recaídas y mejorar el desempeño psicosocial. además, ayudan a los familiares en cuanto a comprender mejor la enfermedad, su desarrollo y a tener expectativas reales de lo que ocurrirá a futuro (CN y GPC de la APM y APAL, 2014).

- Terapia ocupacional: este tipo de intervención se basa en la aplicación y ejecución de distintas tareas con un fin terapéutico. Estas se enfocan en mantener la salud de la persona, fomentar su desarrollo y restaurar funciones que pueden haber sido afectadas. De este modo se busca conseguir que el paciente adquiera mayor independencia pudiendo integrarse, o reintegrarse, en el ámbito laboral y social. Estas actividades se pueden realizar de forma grupal para promover el contacto con otros y desarrollar la comunicación. Esta labor contribuye a la percepción de bienestar que tiene el paciente de sí mismo. Es necesario que la actividad a realizar responda al nivel cognitivo de la persona y que tengan un sentido para esta (ACP, 2014).

- Psicoeducación: alrededor de todas las enfermedades mentales, la falta de información, la desinformación y el desconocimiento de las mismas, por parte del paciente, los familiares y de la sociedad en general, dificultan la búsqueda de atención y en muchos casos impiden que la intervención se dé de manera oportuna. Esto ocasiona que se produzca un mayor deterioro del paciente lo cual implica consecuencias irreversibles debido a la ausencia de un tratamiento adecuado y oportuno. La psicoeducación debe enfocarse en informar y educar no solo al paciente, sino también a los familiares, los cuidadores y a la comunidad en general. Así, enfocado desde diversas áreas de la salud, es posible llegar a comprender mejor este trastorno y lo que implica, lo que a su vez permite un abordaje integral.

La falta de información promueve la discriminación y crea estigmas alrededor del paciente, su familia y la esquizofrenia como tal. Esto, a su vez, genera rechazo y aumenta la dificultad para que la persona pueda reintegrarse a la sociedad, manteniendo a la enfermedad mental como tabú (CN y GPC de la APM y APAL, 2014).

2.2 La propuesta antipsiquiátrica

Antipsiquiatría es el término acuñado por David Cooper en 1967 para definir a un modelo de crítica hacia la lógica manicomial y la psiquiatría de su época, así como a aquellas prácticas que fueron parte de la misma, como: su intento por definir y delimitar qué es la normalidad y la anormalidad, el uso de técnicas aversivas para controlar a los pacientes (entre ellas el uso de la camisa de fuerza y el abuso de medicación), el encierro forzoso, pobres condiciones de vida en los asilos y los lugares destinados para los enfermos mentales, entre

otros. Cooper menciona en su libro *Psiquiatría y antipsiquiatría* (1985): “En cuanto la psiquiatría representa los intereses o pretendidos intereses de los sanos, descubrimos que, en realidad, la violencia en la psiquiatría es la violencia *de* la psiquiatría” (p.27). Violenta en el sentido de que se produce desde aquellos que se consideran “normales”, hacia quienes llevan el rótulo de la locura, discriminando y apartando. Así lo menciona crítica la psiquiatría tradicional, constituida como práctica médica violenta.

Este término surge en los años sesenta, momento histórico que fue el escenario de diversos procesos de crítica, búsqueda y lucha, contexto en el cual se produjeron grandes cambios sociales principalmente en EEUU y Europa. Algunos de los teóricos más importantes en base a los cuales fue posible desarrollar y fundamentar los principios de la propuesta antipsiquiátrica son el sociólogo Erving Goffman y el filósofo Michel Foucault.

Como menciona Pérez (2012) la antipsiquiatría llegó a constituirse como un movimiento político radical de oposición al saber psiquiátrico, no solo en base dichas fuentes teóricas, sino principalmente por la práctica radical que emprendieron psiquiatras en Italia, Inglaterra y EEUU. Este movimiento tuvo como objetivos la reforma del asilo; como representante de la institución total; la supresión de la noción de enfermedad mental como tal y la transformación de las relaciones y la búsqueda de cambio en la jerarquía entre médico-paciente (interno).

La antipsiquiatría fue el comienzo de una evolución a nivel mundial del sistema psiquiátrico. Sus primeros pasos, así como aquellos acontecimientos que marcaron un momento importante de este proceso, se mencionan a continuación a manera de resumen. La intención de esto es conocer su recorrido, así como las transformaciones que se han producido en torno a una práctica psiquiatría basada en distintos modelos de atención y de intervención que divergen mucho de las prácticas clásicas.

En Inglaterra la antipsiquiatría tuvo un gran impacto. Allí, grandes psiquiatras como David Cooper y Ronald Laing encabezaron el movimiento modificando las instituciones hospitalarias creando verdaderas comunidades terapéuticas. Cooper (1985), señala que lo que lo impulsó a formar estas comunidades bajo un nuevo modelo, fue principalmente el reconocimiento de que los establecimientos psiquiátricos tenían como fin la segregación y el confinamiento de los pacientes los cuales vivían “[...] una estéril forma “vacuada” de existencia grupal” (p.85). Notando que el tratamiento brindado hasta ese entonces, no aportaba al bienestar de los pacientes ni buscaba conseguir un desarrollo en ellos, Cooper

decide inaugurar Villa 21 en el año 1962. Experiencia que se ha constituido como una de las más renombradas en el campo de la antipsiquiatría a nivel mundial.

Por otro lado, Laing fue el fundador la Philadelphia Association, entidad benéfica británica que desde sus inicios ha creado más de veinte casas comunitarias que buscan dar apoyo, asilo y cuidados a personas con enfermedades mentales. La primera comunidad terapéutica fue Kingsley Hall, creada en 1965 (Philadelphia Association, s.f.).

Otra de las experiencias europeas más importantes fue la italiana donde, la figura más importante fue Franco Basaglia (1924-1980). Basaglia fue médico psiquiatra, líder de la que fuera considerada una lucha política que revolucionó la psiquiatría en su país, la cual hasta ese entonces respondía al modelo médico tradicional internista. Este, buscó desinstitucionalizar el tratamiento los trastornos mentales por medio de lo que él mismo denominó “psiquiatría democrática”. Se opuso al encierro, el aislamiento y al abuso de medicación. Impulsó el cierre de los manicomios como infraestructura para los pacientes mentales, promoviendo, en su lugar, la creación de centros de acogida y lugares de encuentro social en los que se fomentaba el arte y la cultura.

Basaglia, considerado como activista de la izquierda italiana, impulsó cambios legales concretos. Formando a psiquiatras jóvenes y con el apoyo de todo lo que fuera un movimiento social antipsiquiátrico, consiguió que el parlamento apruebe la histórica Ley 180 a finales de los 70's. Dicha ley “[...] consagra con fuerza jurídica los principios de la “psiquiatría democrática” y establece por primera vez un ámbito de derechos y de deberes correspondientes del Estado, para las personas que viven alteraciones del comportamiento” (Pérez, 2012, p.17). Esta ley muestra sus resultados hasta el día de hoy ubicando a Italia como uno de los países en donde la atención psiquiátrica está descentralizada del Estado y logra cubrir de manera eficaz las necesidades de los usuarios.

Si bien la antipsiquiatría tuvo su auge en los años sesenta y duró como movimiento radical hasta los años ochenta, poco a poco la tendencia opositora mundial fue cambiando y perdió fuerza. Sin embargo, la huella que esta dejó es imborrable y el impacto de esta ideología se propagó por todo el mundo. La intención de hablar sobre la antipsiquiatría es mostrar que existen otras formas de intervención, y que las terapias, doctrinas y prácticas tradicionales pueden ser cuestionadas para adaptarse o evolucionar en función de las necesidades de los usuarios.

2.3 Perspectiva y vivencias del tratamiento ambulatorio

En este acápite, se busca ahondar más a profundidad acerca de las primeras vivencias del tratamiento ambulatorio; sobre las cuales se habló en el apartado anterior; estas fueron el resultado del movimiento antipsiquiátrico y de las transformaciones que este produjo en todo el sistema médico que estaba a cargo de las personas que padecían algún trastorno mental. Es importante mencionarlas ya que de aquellos procesos que empezaron hace más de cincuenta años son producto muchos de los cambios que ha sufrido la psiquiatría a nivel mundial. Por otra parte, las propuestas y las modificaciones que se produjeron en países como Italia e Inglaterra son utilizados aún como modelo para otras naciones, entre ellas el Ecuador.

Primero se hablará de la experiencia inglesa y de los espacios que allí se generaron con la intención de producir una psiquiatría distinta que se maneje desde otras perspectivas en función del beneficio del paciente, utilizando técnicas que favorezcan su desarrollo y que permitan un contacto más humano. Una de las primeras vivencias se produjo en las instalaciones de un hospital psiquiátrico en las afueras de Londres, donde se estableció una comunidad terapéutica liderada por el Dr. Cooper. Como él mismo lo menciona (1985), la creación de este espacio diferenciado del Hospital, responde a tres motivos:

1. El autor nota que la creación de una unidad separada para pacientes jóvenes era indispensable debido a que los pacientes psicóticos crónicos en general estaban muy perturbados. Además, en este nuevo espacio, con una estructuración menos rígida, era posible generar una relación real con los otros y encontrarse con uno mismo. La relación con médicos, enfermeras, cuidadores, etc. también era distinta, se intentaba que el diálogo fuera horizontal y se impulsaba a los usuarios para que tomen parte en actividades que impliquen el cuidado de sí mismos o de su entorno.

2. Cooper vio en esta experiencia la posibilidad de realizar estudios que arrojen datos certeros acerca de esta población, específicamente en cuanto a la interacción familiar y grupal de pacientes con esquizofrenia. Aquí es posible articular con lo que dice Landázuri (2008): “Para ninguna comunidad o familia es fácil aceptar que es ella misma la que crea buena parte de la enfermedad mental encerrada ahí” (p.199). Esta es una de las características claves del nuevo modelo de atención psiquiátrico en las cuales se buscan involucrar a la familia para soporte del paciente y para ayudar a que el grupo en general pueda valorar y modificar ciertas conductas que pueden ser agravantes para la condición del sujeto. Para Cooper muchas veces el paciente es el chivo expiatorio del núcleo familiar.

3. Este espacio fue el prototipo para la creación de otras unidades pequeñas que pudieran funcionar dentro de la comunidad y fuera del contexto hospitalario permitiendo que el paciente cuente con cierta libertad de movilización y de roles. Muchas veces ocurre que, en los hospitales tradicionales, se genera ansiedad en el personal médico debido a la falta de diferenciación entre locos y cuerdos, es decir que, si los roles no están claros puede provocar inseguridad o angustia. A esto, el autor atribuye el uso o abuso de poder sobre los pacientes para asegurar la posición de “sanos”. Es preciso que aquellos que están al servicio de los “locos”, previamente hayan superado sus miedos y reconocido su propia locura, llegando a buscar la salud y el bienestar en lugar de la normalidad, sólo con el acompañamiento de las personas adecuadas, será posible transformar la situación psiquiátrica (Cooper, 1985).

Como parte del cambio en el modelo de intervención para pacientes psiquiátricos, en dichas comunidades terapéuticas se buscó impulsar actividades ocupacionales en las que participen los sujetos con la intención de mantenerlos activos, de que se integren en el ámbito laboral y de que además generen ciertos ingresos propios. Pero, como menciona Cooper (1985), muchos de los proyectos hospitalarios que se consideraron en un principio fueron rechazados debido su naturaleza que resultaba extremadamente trivial. Dichas actividades consistían por ejemplo en montar elementos de equipos médicos de juguete. Sin embargo, los pacientes al ser sujetos jóvenes con una inteligencia al menos promedio, reaccionaban mal ante estas tareas a las que consideraban incongruentes, rehusándose a cumplirlas. Inclusive se buscaron actividades en fábricas que pudieran resultar más realistas sin obtener resultados, finalmente se llegó a la conclusión de que “[...] las únicas tareas realistas para los jóvenes que venían a nosotros estaban fuera del hospital” (p.103). Esta afirmación, permite considerar lo que ocurre en nuestro país con las personas que han sido diagnosticadas con un trastorno mental, las cuales por su condición y por el estigma social que existe alrededor de esta, no logran ubicarse laboralmente, aunque tengan la capacidad para desenvolverse en este ámbito. Más adelante, se tratará este tema con mayor profundidad cuando se aborden las experiencias del tratamiento ambulatorio en nuestro país.

Lacan (1967) se pronuncia en el *Discurso de clausura de las Jornadas sobre la psicosis en el niño*, con respecto a la situación de la antipsiquiatría en Inglaterra; y sobre la intención de los psiquiatras que, mediante nuevos métodos introducidos en esta nueva práctica clínica, se incentivaba a los sujetos a pronunciarse en lo que se consideraba como manifestaciones de la libertad de los pacientes; señalando que en el hecho mismo de crear una institución que relacionada con el campo de la psicosis, promoviendo la libertad, es

posible que se caiga en una trampa ya que la libertad se produce bajo ciertos términos impuestos y prefabricados. Entonces, Lacan señala que no se trata de hacer o no hacer en la institución, sino de situar puntos de referencia que no provoquen exactamente lo que se está buscando erradicar.

Continuando con las experiencias de ambulatorio, también en Inglaterra, en 1965 Laing funda la Philadelphia Association, organización en beneficio de personas con trastornos mentales que, funciona hasta la fecha. Kingsley Hall, es una de las primeras casas comunitarias creadas por esta organización, la cual funciona como casa de encuentro, principalmente para personas con esquizofrenia, siguiendo los lineamientos tal y como el autor los había planteado en sus obras. Laing, que formó parte de uno de los círculos de intelectuales del movimiento hippie en los 60's, propuso tratamientos y terapias basadas en el uso de drogas, especialmente LSD: sustancia que fue utilizada como herramienta para el autoconocimiento. Sin embargo, en los 80's, el mismo Laing, no solo abandona sino también desaconseja la aplicación de esta técnica (Cooper, 1970).

Por otro lado, está la experiencia italiana, liderada por Basaglia. Dos de los momentos más importantes de esta fueron: Gorizia y Trieste, en donde los manicomios se apartaron del esquema médico para convertirse en espacios comunitarios. La transformación de la experiencia psiquiátrica en Italia se centró en cambios producto de procesos sociales que culminaron en la transformación de la legislación del país (Pasquale, 2011).

Una de las más renombrables leyes instauradas fue la histórica Ley 180. Esta, promulgó la prohibición de los hospitales psiquiátricos que hoy en día es una realidad, siendo Italia el país con menos camas hospitalaria por persona, dedicadas a los trastornos mentales y a la vez es el país con más Centros de Salud Mental Comunitarios a nivel mundial. Además, esta Ley fue el modelo para otros países como es el caso del reino Unido, y continúa siendo hasta el día de hoy referencia para todo el mundo (Pérez, 2012).

Sin embargo, como menciona Rotelli (2015) en relación a la experiencia de Trieste, "[...]el cierre de los hospitales y (...) la eliminación de la internación es una consecuencia indirecta de un proceso social más amplio de transformación, que exime de esa necesidad de internación porque transforma las necesidades sociales y las respuestas institucionales" (p.52). Es decir que el cambio es parte de un proceso y por lo tanto necesita evolucionar a diferentes niveles, dichos cambios no se producen de un día para el otro, sino que tardan años para volverse realidades. Lo que queda de estas experiencias es que los actores principales no es el Estado, sino la gente, los usuarios, es el pueblo, el que debe buscar el camino. Esta

experiencia puede ser tomada como ejemplo, pero, es necesario entender que el cambio del sistema social provoca la instauración de leyes que lo sostengan.

2.3.1 Tratamiento ambulatorio en Latinoamérica

En este apartado se busca realizar un corto análisis acerca de la situación general de los países Latinoamericanos con respecto a la salud mental, a partir de sucesos históricos que han marcado a esta población en su búsqueda de nuevos horizontes en el manejo de los tratamientos para sujetos con trastornos mentales.

Si bien los países que constituyen América Latina divergen en cuestiones como el nivel económico y el grado de desarrollo, existen aspectos en los cuales se encuentran. Estos son: el periodo de colonización y post colonización, por lo tanto, rasgos culturales e ideológicos, así como procesos políticos similares entre los que se pueden mencionar las dictaduras vividas durante los 60's y 70's. Estos aspectos, permiten englobar a estas naciones y hacen posible entender el porqué de las acciones tomadas en esta Región. Por este motivo se ha considerado importante realizar esta observación (Larrobla & Botega, 2000).

Como señala Landázuri (2008), la historia del abordaje de enfermedades mentales en los países Latinoamericanos era muy precaria hasta finales de los 70's. Los modelos de "atención" y de reclusión, al ser importados desde Europa, eran prácticamente los mismos. El reparto de los denominados asilos y manicomios, así como de los recursos humanos y profesionales destinados a esta población eran muy desiguales e insuficientes, concentrándose en las principales ciudades de cada país, ubicados siempre en zonas alejadas del área urbana. Ofreciendo un servicio para el resto de la población, mas no para los "locos" que vivían encerrados y aislados en pésimas condiciones.

A partir de la década de los ochentas, tomando más fuerza en los noventas, comienza en América Latina un proceso de reestructuración de la atención y el servicio psiquiátrico. En varios países los movimientos sociales, así como sujetos vinculados a temas políticos y económicos, fueron quienes lograron restablecer las condiciones para que se puedan producir las primeras tentativas de cambio del sistema hospitalario. Hay que destacar el papel importante de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo cuales impulsaron la oficialización de dichos cambios por medios de la Declaración de Caracas (Larrobla & Botega, 2000).

En 1990 en Caracas, dichas organizaciones convocaron a profesionales de la salud y de derecho, así como a usuarios de los sistemas de salud mental de las naciones

latinoamericanas a la Conferencia Regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud. Así surge la Declaración de Caracas, en la cual se proclama que: la atención en salud mental estará ligada a la Atención Primaria en Salud, haciendo posible la promoción de modelos alternativos que estén centrados en la comunidad; es necesario descentralizar el hospital psiquiátrico como eje de los servicios; los tratamientos no deben alejar al sujeto de su entorno, procurando las mejores condiciones, garantizando la defensa de sus derechos humanos (DDHH) y civiles (OPS/OMS, 1990).

En el 2005 las naciones latinoamericanas se vuelven a reunir para la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, esta se produce en Brasil y deja como resultado los Principios de Brasilia. En esta nueva declaración se reconoce que en toda la región se han producido avances en cuanto a la reestructuración de los modelos de atención psiquiátrica y rescatan experiencias que han sido exitosas y que sirven de referencia para organismos internacionales. Aquí se menciona

[...] la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de salud pública (OMS/OPS, 2005, p.2)

Además, se reiteren los principios antes mencionados de la Declaración de Caracas como la necesidad de protección de los DDHH y de crear servicios comunitarios integrados como alternativa a los hospitales psiquiátricos. Se señala que el número de camas en hospitales psiquiátricos es aún excesivo y que, por el contrario, servicios alternativos dentro de la comunidad son escasos. Así, los Estados deben seguir trabajando para alcanzar los objetivos planteados. (OMS/OPS, 2005).

Posteriormente, 25 años después de la Declaración de Caracas, los países latinoamericanos se reúnen una vez más para la Conferencia Regional de Salud Mental. Durante esta, tuvieron lugar sesiones; a cargo de un coordinador de la red de salud mental de Chile y un miembro de la OPS; para elaborar recomendaciones para los países asistentes. Entre estas está la necesidad de garantizar que las legislaciones, así como las políticas de los países respondan a los estándares actuales de DDHH; asegurar que los servicios comunitarios estén disponibles tanto en atención primaria como especializada por fuera de las instituciones psiquiátricas, así como también en hospitales generales (OMS/OPS, 2015).

En esta ponencia se reconoce que varios países han hecho avances representativos en el tema de salud mental. Sin embargo, la mayoría de naciones no han alcanzado los objetivos planteados en Caracas. Esto puede responder a situaciones como la inestabilidad política,

social y económica por lo que estos países atraviesan constantemente dificultando los procesos de cambio. Ante esta circunstancia, se recomienda el desarrollo de líneas de trabajo y de guías para apoyar a aquellas naciones que están emprendiendo el proceso de desinstitucionalización para que de este modo se pueda llegar a cubrir la demanda de la población. Finalmente, se menciona la necesidad de incentivar la capacitación de profesionales en el tema de salud mental, principalmente en el ámbito comunitario, además de solicita apoyo para proyectos de investigación en este campo (OMS/OPS, 2015).

Los documentos mencionados dan cuenta del proceso, por el cual han atravesado los países de la región en datos oficiales. Esto aporta al presente trabajo en su intento de analizar la salud en mental en lo público. De todos modos, como se señala en el PNSM (2014), los modelos de salud de países industrializados evidencian que el gasto en salud mental es elevado, y que en países con medianos y bajos ingresos no sería viable. Por esta razón la alternativa de adherirse al modelo de salud mental comunitaria que como se ha demostrado, genera resultados favorables para la población, los usuarios y sus familias. Por eso la necesidad de generar y buscar modelos que mejor resulten dependiendo de las condiciones y los recursos de cada nación. Los lineamientos generales de las organizaciones internacionales sirven para sentar precedentes, sin embargo, el trabajo es responsabilidad de cada país y la población debe presionar a las autoridades para que los procesos no se pierdan.

2.3.2 Iniciativas y experiencias en el Ecuador

Aquí se indican momentos clave de la psiquiatría en nuestro país que apuntan a un nuevo modelo y a un cambio del sistema tradicional. Como se mencionó al principio de este mismo capítulo, una de las primeras apuestas, Estatales, que reflejan la intención de modificar el modelo de atención de salud mental se produjo en julio del 2014 cuando se presentó el PNSM. Este documento es una herramienta de la cual hace uso el Estado para “[...] organizar la Salud Mental y sus actores, tanto públicos como privados, y proveer de orientaciones que permitan avanzar hacia el logro del acceso equitativo y oportuno a los servicios de Salud Mental” (PNSM, 2014, p.64), que busca abordar la problemática de salud mental respondiendo a la política pública.

Para poder llevar a cabo el PNSM, como se señala en este mismo documento (2014), es necesario crear una Estrategia Pública de Salud Mental basado en un modelo que “[...] reoriente la organización de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental como plantea el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

vigente en el país” (p.17). El MAIS (2012), por su parte pone énfasis en la importancia que tiene el intervenir en esta dimensión de la salud, para lo cual se busca incorporar la salud mental comunitaria (ambulatoria) buscando llegar a toda la población.

En dicho documento se establecen ciertas líneas para el desarrollo de estrategias que permitan alcanzar uno de sus objetivos: la desinstitucionalización. Para esto, es necesario modificar los servicios de salud como tal para que

[...] sean vistos más que como atención curativa e individual, como un proceso continuo e integral (...) Esto implica reorientar el rol de las actuales instituciones de salud mental, hospitales psiquiátricos y todo el sistema de salud, de su carácter asilar transformándose en espacios de tratamiento de corta y mediana estancia para problemas de salud mental que por su gravedad requieren de internación transitoria (pp. 61).

Para alcanzar este fin se plantean varias acciones como: la promoción de la salud mental y la prevención del sufrimiento mental bajo un enfoque comunitario incluyendo e impulsando la participación de la familia y de población en general con la intención de reducir el estigma y la discriminación a la que está expuesta esta población, impulsando su reintegración en lo social; se busca fortalecer los servicios de salud mental, que como establece el MAIS deberían orientarse a la Atención Primaria en Salud generando las condiciones necesarias para que tenga lugar este proceso. Para cumplir este objetivo es indispensable asegurar el presupuesto y el talento humano, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario e interinstitucional en los tres niveles de atención (PNSM, 2014).

Como acciones concretas que se han llevado a cabo a nivel institucional es posible hablar de algunos hechos que fueron abordados brevemente en el Capítulo 1. En Ecuador existen dos hospitales psiquiátricos del MSP: el HPJE y el San Lázaro, el segundo es un Centro de Atención Ambulatoria Especializado. Además, existen tres hospitales privados que destinan sus camas a estadias de corto plazo, respondiendo a la nueva orientación de Salud Pública. A pesar de los esfuerzos, no es posible decir que exista una red coordinada de servicios, el sistema de unidades de salud no está fortalecido en cuanto a salud mental.

Para que la desinstitucionalización se produzca es necesario que el trabajo sea multidisciplinario, integral. Muchas veces se especializan demasiado los servicios de atención de modo que

La intención de liberar la psiquiatría (y su objeto) de la coacción y de la cronicidad que ella producía para restituirle el status terapéutico, se ha resuelto con la construcción de un sistema complejo de prestaciones que, reproduciendo y multiplicando la lógica exclusivamente

negativa de la deshospitalización, seleccionan, rechazan, no toman a cargo y abandonan (Rotelli, 2015, p.29).

Esto se traduce en una nueva forma de rechazo al sujeto y a su familia, derivando en cronicidad debido a la ineficacia del servicio. Como parte del proceso de desinstitucionalización de los pacientes diagnosticados con trastornos mentales en los hospitales psiquiátricos se han tomado ciertas medidas. En este sentido se puede mencionar el caso del Instituto de Neurociencias en Guayaquil en donde se brinda el servicio de hospital (para crisis agudas), consulta externa (área que fue reinaugurada en el 2015) y también existen, como parte de los servicios psicosociales, “Residencias y Hogares Supervisados”. Estas últimas son espacios a manera de hogares, supervisados por profesionales, en los cuales se brinda apoyo para que el sujeto pueda reinsertarse socialmente. Hay que recalcar que este servicio no es público, pero se ofrece también residencia temporal para pacientes dentro del hospital a realizar diversas terapias ocupacionales recreativas y educativas para que puedan regresar a su entorno (Instituto de Neurociencias, 2018).

Por otra parte, es fundamental involucrar a la familia en el proceso terapéutico con la intención de que el paciente no salga de su entorno. Además, es necesario que estos también reciban apoyo por lo cual se brindan charlas de psicoeducación para que puedan comprender mejor lo que le pasa favoreciendo su recuperación. Este es un gran avance ya que anteriormente como aseguraba Landázuri (2008), los pacientes eran abandonados por sus familias, condenados por su condición mental y por ende recluidos de por vida en un “manicomio”.

Como se menciona en un artículo del Diario El Universo (2018), actualmente en el Instituto de Neurociencias, se lleva a cabo un programa para reinsertar a pacientes que llevaban internos, en algunos casos, más de diez años. Algunos de ellos fueron llevados por sus familiares y nunca más volvieron. En nuestro país, como se señaló anteriormente, la esquizofrenia está catalogada como una discapacidad psicosocial, y como estipula el Código Orgánico Integral Penal (COIP) en el art. 153 “La persona que abandone a (...) personas con discapacidad (...), colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.” (2014, p.72). Muchos de estos pacientes actualmente se encuentran estables y se dedican a actividades ocupacionales dentro de la institución. Esta es otra razón para involucrar a las familias desde el inicio del tratamiento (Aguirre, 2018).

Aunque la mayoría de pacientes diagnosticados con esquizofrenia están en capacidad de realizar diversas labores, es muy difícil que consigan un trabajo remunerado después que dejan el hospital. Esto se relaciona también con el hecho de que esté catalogada como discapacidad. Como señaló uno de los 10 profesionales entrevistados, esta medida (incluirlo como discapacidad) fue tomada con la intención de beneficiar a los pacientes, empero, fue contraproducente y en muchos casos hizo más complicada la posibilidad de acceder a oportunidades laborales. Demostrando que el estigma social y la exclusión siguen siendo componentes estrechamente vinculados a este trastorno en nuestra sociedad.

Si bien, algunas de las experiencias mencionadas son el resultado del esfuerzo del sistema público de Salud por modificar la atención psiquiátrica, existen otros proyectos e iniciativas que han surgido desde los propios usuarios y que, sin estar ligados al Estado, han tenido resultados favorables e incluyentes generando espacios terapéuticos.

Este es el caso de Huertomanías, proyecto que nace como idea en 2014 durante una Asamblea con usuarios, familiares y profesionales de la salud en la cual se trataban de buscar soluciones reales a sus necesidades. En este momento, se menciona que una de las mayores dificultades de esta población es la falta de autonomía ya que muchas mantienen una dependencia económica de sus familiares. Esto debido a las dificultades para insertarse en el ámbito laboral ocasionada por discriminación de la que son objeto estas personas (Minga por la Pachamama, 2017).

Así, se crea en 2015 huerto urbano ubicado en la ciudad de Quito, donde se promueve el alcance de la autonomía, a través de un trabajo digno que genere ingresos a través de la obtención y comercialización de productos orgánicos. Esta microempresa está organizada como una cooperativa de trabajo en la cual todos los integrantes son socios iguales que intervienen en la toma de decisiones y dividen equitativamente sus ganancias. Así, todos son responsables y esto, así como el hecho de poder intervenir y de ser escuchados, implica un esfuerzo y un trabajo constante que a fin de cuentas brinda a los participantes la posibilidad de empoderarse no solo de su empleo sino de sus propias vidas y frente a su situación. Tal como lo describe su Directora Aimée DuBois, Huertomanías se ha constituido como un espacio terapéutico, que desafía los modelos típicos de intervención en nuestra sociedad.

Existe otra iniciativa que es un programa radial transmitido por FLACSO, que dirigido por personas que han sido diagnosticadas con trastornos mentales y que tiene como objetivo brindar un espacio en el cual la voz de estas personas sea escuchada y pueda ser tomada en cuenta. de esta manera permite a los sujetos involucrarse en un proyecto y organizarse para

que este tenga éxito. Dicho programa, es transmitido en vivo el último jueves de cada mes, en este se abordan diversos temas que son propuestos por los mismos individuos.

Como se puede observar, en nuestro país se han producido diversas vivencias desde hace algunos años (a casi 25 años más tarde desde la Declaración de Caracas), las cuales buscan modificar la atención y la prestación de servicios de salud mental. Es importante que se siga trabajando para darle continuidad a este proceso. Además, como señala Tosca (2009), es importante que dichas vivencias sean narradas y registradas. De este modo los saberes que se construyen mediante el trabajo conjunto entre profesionales y la sociedad en general permiten crear un archivo en base al cual se pueda seguir investigando. Solo de este modo las vivencias serán transformadas en experiencias.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO

En este capítulo se hace referencia a la parte práctica del estudio especificando sus características. Se incluye una descripción de la muestra escogida, así como los procedimientos realizados. La finalidad de este apartado es obtener las perspectivas de diez profesionales de la salud que hablen sobre el tratamiento ambulatorio en nuestro país, así como de la esquizofrenia y su tratamiento en la actualidad. Esta sección se constituye como el aporte de este trabajo de investigación, mediante el cual se busca articular la teoría y lo anteriormente citado, con la práctica, desde la perspectiva de profesionales del área *psi*.

3.1 Metodología

Se plantea realizar un estudio con metodología cualitativa que, por medio de la aplicación y el análisis de entrevistas, permite obtener información acerca del tratamiento ambulatorio para pacientes que han sido previamente diagnosticados con esquizofrenia en nuestro país. Se busca también conocer qué tipos de tratamiento se pueden desarrollar con esta población desde el ambulatorio, así como su viabilidad de acuerdo a las nuevas perspectivas de salud mental. Para este propósito se realizarán entrevistas semi-estructuradas a 10 profesionales de la salud.

3.1.1 Población

Al ser una investigación de tipo cualitativo, los profesionales participantes en este estudio serán seleccionados de manera intencional, que según Sampieri (2016), son casos

disponibles a los que el investigador tiene acceso. Los criterios de inclusión para los profesionales que serán entrevistados es que sean profesionales de la salud, específicamente que sean titulados en el área *psi*, y que dentro del ámbito laboral estén involucrados con la salud mental y con el tratamiento ambulatorio contando con una experiencia de al menos 5 años con pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Se tomará en cuenta también a aquellos que han estado vinculados o que hayan participado en la elaboración de la nueva política de salud mental, que estén relacionados con prácticas desde otra lógica que la institucional. Los criterios de exclusión son todos aquellos profesionales que no estén en relación con el ámbito de la salud mental y que no han trabajado con pacientes diagnosticados con esquizofrenia o en la modalidad de tratamiento ambulatorio.

3.1.2 Instrumentos

Para poder recolectar la información se hará uso de una entrevista semiestructurada que será aplicada a todos los participantes. La entrevista diseñada por la investigadora y validada por la directora del presente trabajo de disertación, está conformada por 16 preguntas abiertas. Las preguntas abiertas, según indica Sampieri (2016) “[...] proporcionan una información más amplia y son particularmente útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas (...) También sirven (cuando) se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento” (p. 221). La entrevista está pensada para un tiempo promedio de aplicación de 45 minutos. El modelo de entrevista aplicado consta en el Anexo 1 de este mismo documento. Todos los participantes darán su consentimiento para ser grabados, el modelo de dicho consentimiento consta en el Anexo 2.

3.1.3 Procedimiento

Después de desarrollada la entrevista con preguntas abiertas, el modelo diseñado fue validado con la directora del trabajo de titulación. Posteriormente, se procedió a contactar telefónicamente a los participantes que previamente habían sido seleccionados de manera intencional. En dicha llamada se propuso y se concretó una cita personal para poder aplicar la entrevista. Se visitó uno a uno a los participantes para explicarles el tema del presente la trabajo y la intención de aplicar dicha entrevista. Acto seguido se hizo la entrega del consentimiento informado para que fuera firmado por cada participante. En algunos casos, las entrevistas fueron grabadas, pero en otros los participantes prefirieron que el investigador solamente tome notas. Las entrevistas duraron en promedio una hora. Luego las entrevistas

fueron transcritas, tal como se puede ver en digital en el CD anexo. Finalmente, se seleccionó la información de cada participante, considerando las respuestas más relevantes para esta investigación. Dichas respuestas fueron tabuladas en tablas comparativas con la finalidad de poder realizar el análisis y discusión de los datos arrojados tal como se encuentra a continuación.

3.1.4 Resultados y discusión

A continuación, se presenta la tabulación de los datos más relevantes obtenidos de las entrevistas a diez profesionales psicólogos y psiquiatras. Los datos están organizados en tablas comparativas, pregunta por pregunta, divididas de acuerdo a la profesión de cada participante. El análisis de cada pregunta se encuentra inmediatamente después de presentadas las tablas.

Tabla 2 ¿Cómo definiría la salud mental?, Psicólogos

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Me sumo a la definición de la OMS: estado de bienestar social, familiar y personal del sujeto.	Desde el psicoanálisis no se reconoce este concepto. Salud como estado ideal del sujeto al que se quiere llegar o que se busca alcanzar.	Concepto extremadamente cuestionable. Según la OMS existe como un registro de lo consciente y la normalidad. Yo sigo la lógica de la subjetividad y las estructuras psíquicas.	La definición de la OMS es útil como la posibilidad de que profesionales psi se puedan encontrar. Concepto de tendencia homogenizante, que como parte de un plan-agenda globalizadora establece lineamientos donde todos deben converger.	Estado relativo de bienestar emocional, cognitivo, y de la vida misma del sujeto y su comunidad.	Me apego a la definición de la OMS: poder vivir la vida de la mejor forma, para ser productivo y hacer lo que se quiere hacer.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 3 ¿Cómo definiría la salud mental?, Psiquiatras

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Psq. 4
Estado de bienestar físico y mental completo del ser humano. La persona es capaz de reconocer sus propias habilidades, trabajar y contribuir al desarrollo de su comunidad.	Bienestar del individuo cuando alcanza el equilibrio con sus capacidades, sus potencialidades, es consciente por lo cual no se sobrevalora ni se infravalora. Tiene buena relación con su entorno, un trabajo productivo y contribuye a la sociedad.	Estar bien y sentirse bien con uno mismo, tener una buena relación con los demás.	Bienestar físico y psicosocial. Como parámetro se considera la autonomía del sujeto

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Como se puede ver en la Tabla 2 y 3, todos los sujetos conocen el concepto de salud mental y lo relacionan con el de la OMS. En la Tabla 1 se aprecia que aquellos psicólogos de orientación psicoanalítica cuestionan el término debido a la tendencia homogenizante del mismo, en tanto, se propone como igual para todos. Esto se relaciona con lo mencionado en el Capítulo 1 acerca del poder del discurso médico que, tal como lo describe Foucault, se ampara en el conocimiento científico para erigirse como una verdad absoluta, siendo el médico el que determina quien es loco y quién sano. De todos modos, como lo menciona el Psic. 4, este puede servir para que los profesionales psi puedan tener una línea de referencia y sea utilizado como una herramienta para el diálogo, esto se refleja en la 3 en donde los psiquiatras hablan de la salud mental no solo como algo biológico sino como el bienestar general del sujeto como ser social.

Tabla 4 *¿Qué tan familiarizado está, o qué conoce del concepto de “salud mental comunitaria” ?, Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Aquella que es empoderada por la comunidad, no sólo transmitida desde la institución sino generada en la misma comunidad.	Se ubica en el sentido de la normalización y de la salud como algo impuesto desde una entidad pero que no se relaciona con la comunidad en sí. Habría que cuestionarse qué es lo comunitario porque	Entra en la lógica OMS y de la normalización. Hay que empezar por que uno no es el que sabe. No se da una receta, se construye según la necesidad, la demanda, reconociendo la particularidad de cada cual.	Forma de intervención que establece dispositivos institucionalizados y centralizados desde el hospital psiquiátrico; y el debate en la comunidad sobre cuáles son las condiciones de lo que llamamos normalidad, enfermedad mental.	Relacionado con la Salud Pública, usa conceptos de epidemiología, salud, prevención primaria, secundaria y terciaria enfocados en lo comunitario.	Plantea que hay que salir de estos espacios [de salud desde el ámbito médico], hacia la comunidad donde se hace la vida como los espacios educativos, de

en las grandes ciudades
eso se ha perdido.

trabajo, de
vivienda, etc.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 5 ¿Qué tan familiarizado está, o qué conoce del concepto de “salud mental comunitaria” ?, Psiquiatras

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Pqs. 4
Ir y trabajar en la comunidad directamente, responder a sus necesidades, en su entorno sin aislar a la persona. Se trabaja con educación a la población, directo en los barrios.	Nuevo concepto (en relación a nuestro medio) con los que se aborda la terapéutica psiquiátrica, y la evaluación de los pacientes.	Idea de promover la salud mental a nivel comunitario, sobre todo la promoción y la prevención del trastorno mental. En la práctica he visto que no se aplica mucho.	Bienestar de la población, la promoción y prevención.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En la Tabla 4 y 5 se observa que todos conocen el concepto de salud mental comunitaria y lo relacionan con el trabajo fuera de la institución en el entorno del paciente donde se intenta integrar otros aspectos que no sean solo biológicos. Al igual que en la Tabla 2, en la Tabla 4, este concepto es discutible, ya que una vez más se afirma en el saber médico donde la normalidad y la salud están estandarizadas y vienen determinadas desde una institución. Esto es claramente visible en la Tabla 5 en donde todos los participantes hablan de ir a trabajar en la comunidad promocionando la salud, dando charlas, etc. Sin embargo, para los profesionales psicólogos, en la Tabla 4, es importante que cuando se trabaja en la comunidad, se reconozca la demanda, las necesidades y la particularidad de cada grupo. De esta manera, el profesional no es el que dice como se hacen las cosas, sino que es la comunidad la que propone y genera. Así, como señala Rotelli (2015), se generan procesos sociales los cuales sostienen los cambios.

Tabla 6 ¿Según su conocimiento qué es el tratamiento ambulatorio (TA), cómo se aplica y cuáles son sus alcances en nuestro país? Psicólogos

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
T. que se realiza en las condiciones naturales de las personas que tiene algún tipo de alteración mental. Creo que el TA consiste solamente en medicación y el control mensual de los pacientes.	Tratar a los pacientes en lugares abiertos donde el sujeto puede ir y venir. Habría que pensar para qué nos necesita el paciente .El TA debe reinventarse para cada sujeto.	En EC no creo que se aplique mucho. Se puede hacer, no es fácil, es un tema extremadame nte espinoso, pero, es posible.	El T.A. está dentro del modelo comunitario. Permite descentralizar al Hosp. psiq. como eje del T. de “enfermedades mentales”. Según el modelo MSP, puede ser intensivo o no residencial. En EC hay pocos servicios amb., el más evidente: la transformación del H.P. San Lázaro, en Ambulatorio Especializado en Salud Mental.	En pocos casos el TA se aplica de forma oportuna/ integral en salud mental. En temas de esquizofrenia, sé hay una asociación, pero no tengo claro cómo funciona. Aquí las cosas están muy focalizadas dependiendo del diagnóstico, [se desperdician] recursos.	Trabajar con la persona desde su espacio de vida sin que se deslinde del entorno para estar internado. Se ha visto que lo que cronifica y lo que definitivamente no cura al paciente es el aislamiento. El encierro por sí mismo no tiene nada de terapéutico.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 7; *Según su conocimiento qué es el tratamiento ambulatorio (TA), cómo se aplica y cuáles son sus alcances en nuestro país? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
Permite atender al sujeto sin internarlo. Puede ser: ambulatorio normal (consulta	Esquema con el que se trabaja actualmente. La tendencia es la desinstitucionalización, estamos conscientes de que la mayoría de	Es intervenir en algún tipo de trastorno o de condición mental, sin que la persona sea hospitalizada es	No hay internamiento. El PNSM propone la formación de centros

<p>externa 1 al mes) o ambulatorio intensivo (el paciente acude a diario). Es lo que más se promueve actualmente a nivel de salud mental en Ecuador Evita la hospitalización, involucrando a la familia.</p>	<p>pacientes pueden ser atendidos en esta modalidad, siendo integrados y cuidados por su familia y la sociedad. Solo para casos de difícil manejo, se reservan camas en hospitales generales. En un periodo de dos a tres semanas se resuelve y enseguida la persona sale a ser tratado a nivel ambulatorio.</p>	<p>decir que permanezca en casa, o en su entorno. En cuanto a la aplicación, se hace en consulta externa en Hospitales, o en centros de Salud, o en la consulta privada. No es muy común que de la consulta privada se derive a hospitalización.</p>	<p>ambulatorios como el de Calderón (hospital de día). Hay ambulatorios intensivos en Guamaní y Chimbacalle.</p>
--	--	--	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En la Tabla 6 y 7 se evidencia que todos los participantes conocen lo que es y lo que implica el tratamiento ambulatorio tal como está establecido y manejado por el MSP según lo mencionado en este mismo documento. Lo mismo se percibe en cuanto a su aplicación ya que se habla del trabajo en el entorno de la persona, manejado por los profesionales en la modalidad de consulta externa en donde los hospitales psiquiátricos quedan como última opción. Además, coinciden en que con esta intervención se evita que los pacientes sean internados y además, principalmente los psiquiatras de la Tabla 7, reconocen que es el modelo con el cual se busca trabajar actualmente.

Sin embargo, tal como indican los psicólogos 1 y 5, en nuestro país el tratamiento ambulatorio gira en torno al tratamiento farmacológico y no siempre se aplica de forma oportuna e integral. Como se mencionó anteriormente en el Capítulo II, el tratamiento farmacológico es necesario en algunos casos, pero debe ser aplicado a la par de tratamientos psicosociales que sostengan el proceso de cada paciente. De igual manera, es importante diferenciar, como lo dice el psiquiatra 3 en la Tabla 7, la práctica privada de la pública ya que en la práctica privada el tratamiento ambulatorio es lo que prima. Aquí es pertinente señalar que según los datos de la OMS (2018), más de la mitad de las personas con esquizofrenia no reciben un tratamiento adecuado debido a la carencia o a la dificultad para acceder a servicios de salud mental. Esto indica que, menos de la mitad de la población es la privilegiada para obtener atención y de igual manera habría que preguntarse en qué consiste el ambulatorio en la práctica privada y si está realmente constituido como un tratamiento o se limita a consultas con el psiquiatra ocasionalmente.

Tabla 8 *¿De qué manera se aplica el tratamiento ambulatorio (TA) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Si el paciente tiene un brote, suele estar internado máx. 21 días, según indica la nueva reglamentación y después tiene que irse a la casa. Debe acudir una vez al mes a las casas de salud donde recibe medicación, intervención psiquiátrica corta y a veces intervención psicológica. En el hospital San Lázaro, entiendo, hay clínicas del día, y se atiende a pacientes que no son de larga duración.	En otros países existen casas o espacios comunitarios al que el paciente puede acudir sin necesidad del internamiento. Se brinda apoyo en diversos aspectos.	En EC no sé muy bien como funcione, pero, trabajé en Bélgica en dispositivos para personas con psicosis donde había todo un sistema que sostenía esos procesos. No eran hospitales sino casas de acogida	En una crisis aguda el paciente es llevado al Hosp. Psiq. donde es intervenido y sedado como parte del procedimiento general. Hay un diagnóstico, un tratamiento farmacológico y una remisión a consultas ambulatorias para regular la medicación, con ciertos procesos psicoterapéuticos, muy mal propuestos.	Se debería trabajar de forma interdisciplinaria con la familia, la sociedad. Se debería hacer énfasis en el seguimiento.	En EC, según el MAIS debe darse con una red de profesionales que busquen soluciones en conjunto y miren al sujeto de forma integral. Pero, el TA está centrado en el tema "drogas", por ser coyuntural.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 9 *¿De qué manera se aplica el tratamiento ambulatorio (TA) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
--------	--------	--------	-------

El TA puede ser normal o intensivo. Deberían haber sistemas más amplios y completos específicos para pacientes con esquizofrenia para cuando termine la hospitalización.	El TA se da para todos los casos, es la tendencia actual. El hospital se reserva para casos más complejos. Se han hecho varios intentos pero no hay pero no hay apoyo para poder ejecutar proyectos, como se han hecho en otros países, en donde se han hecho residencias en barrios o en ciudadelas en donde los pacientes crónicos puedan compartir con la comunidad, garantizando la atención de la salud, el acompañamiento de personal capacitado y la adecuada medicación.	El TA se da cuando la persona no está en la fase aguda. A penas se regulan los síntomas agudos se busca que vuelva a su entorno natural. Ahí se realizar el seguimiento: ver que tome la medicación, que acuda a consultas de control. En ciertos servicios, no tan frecuentes, hay una trabajadora social.	Los pacientes acuden al hospital del día donde reciben tratamiento psiquiátrico y psicológico. Se brinda terapia ocupacional y hay una trabajadora social. Se trabaja con la familia.
--	--	---	---

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Las Tablas 8 y 9 muestran que la mayoría de profesionales conocen el procedimiento que se realiza o debería realizarse con pacientes esquizofrénicos, es decir en primera instancia aparece el hospital como espacio en donde se regula y se estabiliza al sujeto en las etapas de crisis o agudas, para luego ser derivado al ambulatorio. Sin embargo, en lo referente a la aplicabilidad del tratamiento ambulatorio en el Ecuador y sus alcances, la referencia recurrente a la medicación como uno de los pilares del tratamiento, sumado al criterio de que en Ecuador casi no existe el ambulatorio, es lo más relevante de los resultados de las respuestas de la tabla 9.

Tabla 10 *¿Considera que el tratamiento ambulatorio es una alternativa viable ante el internamiento de pacientes con esquizofrenia? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps.3	Ps.4	Ps. 5	Ps. 6
-------	-------	------	------	-------	-------

Si se aplicara bien, si, pero el problema es que nuestra estructura social y estatal no permite que eso pase.	Sí, pero si se da un apoyo bien estructurado.	Claro que sí.	Totalmente	Sí, pero no para todos. En ningún caso, ningún paciente debería estar más de 3 meses sin probar cómo le va afuera.	Creo que es una obligación. Obligación para los Estados asumir que esto es lo que se necesita. El encierro es vulneratorio. Va contra de los DDHH.
---	---	---------------	------------	--	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 11 *¿Considera que el tratamiento ambulatorio es una alternativa viable ante el internamiento de pacientes con esquizofrenia? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
Sí.	Sí, es lo que más se hace.	Es la idea, debería ser. Es lo que se ha propuesto.	Si es una alternativa. Pero lamentablemente en formación de pregrado se sigue formando en hospitalización.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En las Tablas 10 y 11 coinciden todos los participantes en que el tratamiento ambulatorio es una alternativa viable para el tratamiento de personas con esquizofrenia. Por otro lado, es posible relacionar esta respuesta con lo expresado en las Tablas 8 y 9 en las cuales se advierte que los participantes conocen sobre prácticas ambulatorias efectivas o adecuada que son parte de experiencias de otros países. Esto es importante ya que el ambulatorio aparece como una opción real y de algún modo viable. Como menciona Rotelli (2015), cada experiencia es distinta y depende del contexto en el que se produce, por esta razón no se debe copiar los modelos sino usarlos de referencia adaptándose a las necesidades específicas de cada población. Sin embargo, a pesar de que, como sostiene el psiquiatra 3 en la Tabla 11: “es lo que se ha propuesto”, es importante tomar en cuenta lo que dice el Psi.1 en la Tabla 10 ya que si bien el PNSM plantea este tipo de intervención y según el MAIS se debería ejecutar ciertas acciones que lo apoyen, existen aún ciertas falencias en el sistema que no permiten que los proyectos se lleven a cabo.

Tabla 12 *¿Conoce el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014? participó en la construcción del mismo? Psicólogos*

Ps.1	Ps.2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Si, algo.	Si lo conozco.	Generalmente, no en detalle.	Si, en esa época trabajaba en el MSP en un gran debate interno sobre cómo se construía el PNSM y el MAIS. Es un modelo que trata de romper con lo hospitalocéntrico, incluso como instituciones totales. Pero como proceso social toma más tiempo, eso es lo que no se pudo ver y sobre lo que hay que trabajar ahora.	Lo he leído.	(Trabajó en su construcción, en la parte de redacción del PNSM) Planteaba un cambio de normativa que pueda sostener un cambio en el modelo. Fue planteado en función del tiempo que se tenía para que coincida con el anterior gobierno, entonces realmente no logró constituirse como una política.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 13 *¿Conoce el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014? participó en la construcción del mismo? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
Sí. Lo he leído.	Participé en varias reuniones, lamentablemente no se prestó oídos a nuestras propuestas. Como falencia, se inclina a pacientes alcohólicos y farmacodependientes, descuidando lo que es propiamente la psicosis, la depresión, la bipolaridad, y los trastornos de ansiedad.	Sí, sí lo conozco. Participé, no directamente en la construcción pero estuve en la comisión que revisó el plan.	Sí, si lo conozco.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Lo que se refleja en las respuestas de ambas tablas es que todos lo conocen o lo han leído, además casi la mitad de los entrevistados participaron en su construcción o en su revisión. Como se mencionó en el Capítulo 1, el PNSM fue elaborado en el 2014 con la intención de poner a la salud mental como eje de la atención de Salud Pública y de modificar el modelo de atención tal como estaba vigente hasta la fecha. Además, como lo mencionan los psicólogos 4 y 6; y en relación a las preguntas de las Tablas 12 y 13, con respecto a las deficiencias de sistema de Salud Mental en Ecuador; una de las mayores dificultades del PNSM fue el tiempo que se impuso para presentar el plan y ejecutarlo. Así, nuevamente surge la necesidad de remarcar que el cambio de normativa solo es el comienzo para que se produzca un verdadero cambio del modelo. De donde surge también un cuestionamiento sobre el modo en que se construye la política pública, porque si se habla de procesos participativos y no excluyentes, la implementación de estas políticas no debería ser demasiado difícil o complicada.

Tabla 14 *¿Qué aportes permite el PNSM 2014 para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Es un plan bastante instrumental, aquí salió la ley de salud mental en el 2008-2009 me parece, y esa ley tenía muchas más cosas rescatables, luego todo se desechó y se impulsó un plan que en gran parte es copiado de planes del extranjero.	Es innegable que lo que logró el proyecto es volver la mirada hacia la locura.	No lo sé	La articulación con servicios ambulatorios.	Sé que hay psicoeducación a los familiares. No conozco de un grupo de terapia grupal solo para pacientes con esquizofrenia.	Fue un hito en la salud mental del EC. Plantea superar el modelo hospitalocéntrico, se junta el tema de drogas y trastornos mentales que no son separados. A pesar de sus limitaciones permitió poner sobre la mesa el problema. EL PNSM salió anclado al MAIS, lo que permite ver cómo implementarlo.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 15 *¿Qué aportes permite el PNSM 2014 para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
La no institucionalización. Involucrar a la familia. Educar al entorno. La entrega de fármacos gratuitos para pacientes psiquiátricos. Que el sistema de salud está mejor organizado y se deriva de acuerdo a las necesidades, primero centro de salud, de ahí ambulatorio y de ahí al de especialidad si es necesario.	Específica mente de esquizofrenia no hay un aporte.	En algún punto del plan se menciona la creación de grupos, y de involucrar a las familias. Pero desconozco si ya se está aplicando. Se propone formar equipos de intervención que hasta donde sé, no hay.	Medicación desde atención primaria. Inclusión de personal no solo de salud. Disminuyó los costos de medicamentos. Se promueve el trabajo para la aceptación de la comunidad.

Elaborado por: Calero, 2018, en base a entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En las Tablas 14 y 15 es posible observar, como lo mencionan algunos profesionales, la intención de suprimir el internamiento con el objeto de cambiar el modelo anterior, tratando de incluir a la familia en el proceso. Como se menciona en el Capítulo 1, y tal como afirma la OMS (2017) el internamiento prolongado es perjudicial y provoca efectos adversos en los sujetos, añadiendo lo que dice Goffman (2001) el problema del internamiento es pensar que es terapéutico de por sí. Por otra parte, algunos lo consideran un plan instrumental que además no tiene un aporte específico para pacientes psicóticos. Sin embargo, es innegable la contribución del PNSM en el campo del tratamiento de personas con “trastornos mentales” como lo menciona el Psicólogo 6, quizá el aporte más grande de este Plan, es que expone este tema que por más de 20 años estuvo descuidado, permitiendo repensarlo.

Tabla 16 *¿Qué considera como deficiencias del sistema de salud mental (SM) en el Ecuador? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
El Estado considera un gasto la (SM) y apunta a volver eficientes los servicios. Hay una explotación fuerte a los profesionales y eso no le hace bien a la población. Otro problema es la mala remuneración que se da a los profesionales del área ocupacional o a los auxiliares de enfermería en comparación a la que reciben los médicos psiquiatras.	La falta de recursos es la más importante.	Nuestro sistema es bastante caduco, clásico. A pesar de que se habló del PNSM y de nuevas propuestas, eso no se ve. Permanece la lógica del discurso médico y es difícil que existan espacios donde se escuche o se trabaje desde otro enfoque. Prima el tema farmacológico.	Que aún tenemos un medio hospitalocéntrico, medicalizado que privilegia la palabra del médico psiquiatra como especialista y como centro de la intervención.	Falta de regulación y de planes a largo plazo. Se intentó suprimir los Hosp. Psiq. al igual que se hizo en otros países. Pero resulta desconectado de nuestra realidad, es absurdo. Se podría hacer un plan de reducción de pacientes que están hospitalizados de por vida o de forma permanente, buscando mecanismos para que tengan contacto con el exterior y salgan del hospital.	Hay tantas. La mayor deficiencia: que el sistema no responde a las necesidades de las personas. Los usuarios no están empoderados. El estigma que hay sobre la figura del “loco”. En los servicios primarios no hay suficientes profesionales capacitados para responder ante situaciones críticas.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 17 *¿Qué considera como deficiencias del sistema de salud mental (SM) en el Ecuador? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
--------	--------	--------	-------

Muy pocos especialistas. En el sector público la demanda es muy alta. No se logra responder a las necesidades de la población. No hay constancia en el tratamiento. Falta prevención y promoción de la SM. Dificultad para ubicar a laboralmente a los pacientes.	No hay una política bien definida que se encargue de coordinar todo lo que es SM en EC. Solamente hay un Hos. Psiq. a nivel nacional (Julio Endara) no hay otras alternativas de servicio de SM. La falta de recursos económicos, de personal y de centros especializados en SM impide que se llegue a concretar el proyecto.	Lo que se plantea en el PNSM es demasiado ambicioso. Se requiere mucho recurso económico y humano, y no hay ni uno ni otro.	Falta de recursos económicos y humanos para el Hops. de día. Se sigue reforzando el hosp. Psiquiátrico, no se apoya a atención primaria. Cambio constante de profesionales y falta de seguimiento adecuado.
---	---	---	---

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En la Tabla 16 y 17 se observa que una de las principales falencias para los encuestados es la falta de recursos económicos, humanos (no hay suficientes profesionales; mal remunerados; y no tendrían la formación adecuada), logísticos y físicos. Por esta razón, no se logra abarcar a toda la población. Por otra parte, al igual que en la Tabla 2 y 3, se señala que persiste el modelo del discurso médico farmacológico, donde como menciona el Psiq. 1 prevalece el tema de la verdad del saber médico que es quien sabe que es lo que se debe hacer. Finalmente, esto se corresponde con la falta de empoderamiento de los usuarios que indica el Psic. 6.

Tabla 18 *¿Cuáles son las patologías más comunes que usted ha evidenciado en su práctica profesional? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Dentro de mi práctica y como supervisor de	Hay que diferenciar la práctica privada de la	En EC he trabajado más con neurosis. En	La mayoría se relacionan con violencia y	Como epidemiología:	En el Hosp. Psiq. lo que más

prácticas en el HPJE, lo más evidente es esquizofrenia, bipolaridad, depresión, y abuso de sustancias. En la práctica privada depresión, ansiedad y también psicosis.	institucional. En el Hosp. Psiq. Se ven más psicosis por ejemplo ya que ahí tienen el sistema y la infraestructura para trabajar con ciertas conductas y para ofrecer determinados tratamientos.	niños, hay desbordes, enuresis, encopresis, falta de límites, angustia, ansiedad, depresión, poca tolerancia a la frustración. Mi experiencia con la psicosis fue más amplia en Bélgica.	discriminación. Otro tema es el abuso de sustancias y dependencia. En la consulta privada se ven pocos trastornos mentales graves o en fases agudas, pero en el Hosp. Psiq. Sí, ya que es un lugar de recepción de estas patologías.	pacientes con problemas de personalidad, consumo de sustancias, pacientes de orden psicotico que están relativamente compensados.	se interna es esquizofrenia, diferentes tipos de psicosis. En el hospital se ve lo que no se ve en el ambulatorio.
---	--	--	--	---	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 19 *¿Cuáles son las patologías más comunes que usted ha evidenciado en su práctica profesional? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
Esquizofrenia. Y en esquizofrenia la de tipo paranoide. Trastornos afectivos bipolares. Episodios depresivos	En consulta privada lo que más se es depresión, bipolaridad, cuadros de ansiedad, de demencia, y en	Lo que más hay en hosp. psiq.: esquizofrenia y trastorno bipolar como principales, luego trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, entre otras. En la práctica privada	En las estadísticas se encuentran los cuadros psicóticos en primer lugar, sin embargo, los diagnósticos no siempre son correctos. En Hosp. General lo que más he visto son cuadros adaptativos y afectivos,

graves, leves y moderados.	menor número las esquizofrenias.	casos relacionados con problemas familiares, donde también había ansiedad, depresiones.	además problemas por abuso de alcohol y drogas
----------------------------	----------------------------------	---	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En primer lugar, es necesario, como lo hacen la mayoría de los entrevistados, diferenciar entre consulta privada y práctica pública/institucional. Lo que se analiza en este estudio es el ámbito público de la atención, regulado por normativas estatales. En la consulta privada de los psicólogos, no se ve lo mismo que en la consulta institucional o dentro de un hospital psiquiátrico. Estos espacios están destinados a la recepción de pacientes que presenten trastornos mentales graves y en fases agudas, tal como indica el Psic. 4. En la práctica institucional la mayoría de encuestados refieren casos del orden de las psicosis y además bipolaridad, episodios depresivos, conductas relacionadas al abuso de sustancias y trastornos afectivos. Esto coincide con los datos arrojados en el IESM.OMS (2008), mencionados en el Capítulo 2, en donde el diagnóstico de esquizofrenia se ubica en primer lugar entre las cifras de pacientes internados en los cinco hospitales psiquiátricos de Ecuador. Sobre esto el Psiq. 4 menciona que, si bien la esquizofrenia se ubica como el primer diagnóstico, hay que tomar en cuenta que muchas veces el diagnóstico no es el correcto.

Tabla 20 *¿Cómo definiría la esquizofrenia? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Forma de personalidad. Fragmentación del yo (entendido como personalidad), se	Según la definición textual de Lacan es el	Es una estructura psíquica, no creo que sea	Ruptura o imposibilidad para establecer un lazo social cuando se produce una pérdida de la realidad. Las alucinaciones aparecen como	Fragmentación de la mente, donde el pensamiento	Desorden del pensamiento, tiene mucho que ver con los afectos. Personas

fracciona, se mantienen las funciones pero no pueden integrarse para fines socialmente deseables.	retorno del goce en el cuerpo, donde el delirio surge como una tentativa de cura.	una patología ni un trastorno. Modo de funcionamiento y de posicionamiento en lo social.	posibilidad de dar cuenta de algo. Existe dificultad de integración del pensamiento y de la palabra por lo que la comunicación con los profesionales es difícil. Campo de trabajo muy exigente donde hay un componente de exclusión social.	está desorganizado. No necesariamente hay delirios o alucinaciones.	demasiado sensibles. Con respecto al pensamiento es súper claro cómo se desestructura y es muy evidente porque se refleja en el lenguaje.
---	---	--	---	---	---

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 21 *¿Cómo definiría la esquizofrenia? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Ps. 4
Trastorno mental crónico con síntomas positivos y negativos que deterioran al paciente y que lo limitan en su vida cotidiana, impidiendo que se relacione con su familia y la sociedad. Amerita tratamiento farmacológico y no farmacológico de forma permanente.	Cuadro de psicosis donde el sujeto se desfasa por completo de nuestra realidad. Uno de los trastornos más devastadores de la psiquiatría porque acaba con la integridad, el yo de los pacientes, con su vida personal y familiar.	Trastorno más representativo de la psiquiatría. Transformación brusca, persistente e incapacitante de la personalidad y de las funciones mentales, las cuales están desorganizadas.	Forma clínica del síndrome psicótico que son manejados como esquizofrenia. Necesita tratamientos e intervenciones de diversa índole.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Con respecto a esta pregunta, la inclinación de la respuesta está, obviamente, marcada por la formación académica de cada profesional. En la Tabla 21, es posible ver que la línea teórica que practica cada entrevistado determina su respuesta. Por ejemplo, para los Psic. 2, 3 y 4, debido a su orientación psicoanalítica, la esquizofrenia no es considerada un trastorno sino una estructura, un modo de estar del sujeto, tal como se presentó en el Capítulo 1 en el acápite: nosología psicoanalítica. Por otra parte, para el Psic. 1 es entendida como una forma de personalidad en la que, al igual que afirman los Psics 5 y 6, se produce una fragmentación y un desorden del pensamiento.

Los Psiq., por otro lado, se apegan a la definición de la APA (2014) y la OMS (2000) en sus respectivos manuales, que tal como se mencionó en el Capítulo 1, considera a la esquizofrenia como un trastorno que presenta una serie de síntomas que impiden a la persona estar en la realidad, limitando su vida en los aspectos cotidianos de la misma. Además, como señala el Psiq. 1 en concordancia con la recomendación de la OMS (2018), al ser considerada una patología, amerita tratamiento farmacológico y no farmacológico de forma constante.

Es importante recalcar lo que menciona el Psic. 5 con respecto a que en la esquizofrenia siempre actúa de por medio un componente de exclusión social, lo determina, como señaló Landázuri (2008), la forma en la que es concebida y tratada socialmente.

Tabla 22 *¿Qué tratamientos conoce, o aplica para la esquizofrenia en su práctica profesional ¿Por qué? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
He trabajado desde existencialismo, humanismo, terapéutica comunitaria, terapia social desde la visión	Dentro de mi práctica no es posible hablar de tratamiento tal cual. Cada paciente es particular. Este es	T. significa ver a la psicosis como una enfermedad con cura. El trabajo con la psicosis empieza por entender que esta sociedad funciona	En la práctica privada mi trabajo es psicoanalítico con la particularidad del decir. Pero es otro tipo de intervención y de interpretaciones, de	Técnica llamada reducción de emoción expresada alta, que está comprobado, reduce las recaídas. También programas	Mi práctica clínica se apega mucho al psicoanálisis. He trabajado

de Fromm y Reichmann, psicodrama, teatro comunitario, arte terapia. Estas tienen efectos sumamente deseables porque no tratan de curar. El arte permite integrar funciones que están deterioradas en la psicosis.	un diagnóstico que ayuda a orientarse más que nada en la posición que debe ocupar el terapeuta. Y encontrara cuales son las necesidades del paciente y como se lo puede acompañar de mejor manera en su proceso.	desde una lógica neurótica. Los sujetos deberían de una u otra manera re- posicionarse para que no haya tanto impasse entre lo social y su estructuración. Cuando hay mucho desborde es necesario el medicamento, pero no en todos los casos. Hay que trabajar caso por caso.	manejo de la transferencia y de sostener el trabajo. La manera en la que se genera el espacio, los tiempos, la frecuencia, la lectura de la resistencia. No es la clínica tradicional ortodoxa de la atención individual.	vocacionales o educativos e intervenciones a nivel familiar. Se aplica un estudio para conocer que funciones están buenas, se analiza el entorno familia y se aplican técnicas psicológicas para delirios y alucinaciones.	mucho desde el aspecto comunitario, creando espacios terapéuticos que se desligan de lo institucional.
---	--	---	---	--	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 23 *¿Qué tratamientos conoce, o aplica para la esquizofrenia en su práctica profesional ¿Por qué? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Psq. 4
--------	--------	--------	--------

T. farmacológico con antipsicóticos típicos (aloperidol) y atípicos (risperidona, olanzapina). Cuando amerita se usa antidepresivos y ansiolíticos. Tratamiento no farmacológico: terapia psicológica, grupal, ocupacional (pintura, bordado, actividad física). Hospital del día.	T. integrales, el ser humano es bio, psico, social. Lo biológico: fármacos para intentar regular o compensar el desequilibrio químico de neurotransmisores. En lo psicológico se dan directrices que ayudan a tener una mejor comprensión de la enfermedad para el paciente y para la familia.	La primera línea de intervención es farmacológica, se añade tratamientos como la TEC en casos agudos. Se recurre, cuando es posible, al contacto con un psicólogo clínico.	Lo primero es el tratamiento farmacológico cuando hay crisis. Después descartar enfermedades médicas
--	--	--	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

La diferencia entre las respuestas acerca del tratamiento aplicado, tal como se puede observar en la Tabla 22 y 23 son muy marcadas. Esto corresponde a las respuestas de la pregunta anterior acerca de la definición de esquizofrenia, ya que el tratamiento aplicado es consecuencia de la concepción en la que se tiene o cómo define cada profesional la esquizofrenia. Por un lado, en la Tabla 22 Los profesionales Psic. 1, 2, 3, 4 y 6 no hablan en sí de tratamiento si no de un trabajo con el sujeto de la psicosis con la intención de que este pueda integrar funciones, reposicionándose dentro de sociedad que está estructurada desde otra lógica. En cambio, el Psic. 5 habla de un tratamiento psicológico orientado desde su práctica neurocognitiva, en la cual se trata de modificar las funciones del paciente para reducir los síntomas de la esquizofrenia.

Para los Psiq. El tratamiento de la esquizofrenia, entendida como trastorno tal como se muestra en la Tabla 23, empieza por el ámbito farmacológico y en todos los casos se mencionan intervenciones psicosociales para complementar el tratamiento. Los fármacos son antipsicóticos que ayudan a compensar el desequilibrio químico que se produce en el paciente y en ciertos casos señalan el uso de antidepresivos y ansiolíticos. Para casos agudos se añade la TEC. Todos estos tratamientos son los que recomienda la OMS y diversas guías prácticas tal como se pudo observar en la primera parte del Capítulo 2 de este trabajo. Es importante recalcar que el tratamiento psicológico aconsejado por los Psiq. en la Tabla 23, se enmarca en la lógica biomédica donde se presenta como complemento al uso de fármacos, dirigido y dictado desde el saber del médico que es

quien da directrices al paciente y a su familia. Por otro lado, como lo menciona el Psic. 3 en la Tabla 22, el tratamiento con fármacos se utiliza solo en ciertos casos cuando hay mucho desborde.

Tabla 24 *En su práctica profesional, ¿trabaja de manera interdisciplinaria? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Sí.	Sí. Pero las formas de la institución a veces no lo permiten debido a su orientación biomédica.	Sí. En estos casos hay que trabajar con el psiquiatra, el trabajador social, las enfermeras, los médicos y los familiares.	Sí, con este tipo de problemáticas es posible preguntarse de la acción de otras intervenciones. Me interesa el trabajo transdisciplinario, aquel que trasciende la institución, está por fuera.	Diría que 3 de 10 casos se trabajan de forma interdisciplinaria, los demás solo en teoría, eventualmente se hacen reuniones en equipo.	He trabajado siempre en red para la esquizofrenia. Debe ser siempre multidisciplinaria porque hay muchos aspectos de la vida que están desestructurados.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 25 *En su práctica profesional, ¿trabaja de manera interdisciplinaria? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Psq. 4
--------	--------	--------	--------

Sí, siempre. El tratamiento psicológico y psiquiátrico deben ir de la mano. Ambos son indispensables.	Si con psicólogos, enfermeras, la familia. En el sistema público es poco frecuente debido a la organización del sistema.	Trato de. Psicólogos y psiquiatras no somos enemigos. Hay ventajas de los dos aportes en beneficio del paciente. Además hay que incluir a trabajo social, terapia ocupacional, enfermería y otras áreas.	Si, esto es fundamental. Así se trabaja en el Centro Amb. De Calderón.
---	--	--	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En cuanto al trabajo interdisciplinario, los profesionales Psic. y Psiq., tal como se observa en las Tablas 24 y 25 coinciden en que trabajan de forma interdisciplinaria con psicólogos psiquiatras enfermeros, trabajadores sociales, etc. Además, señalan que ambos son indispensables y beneficiosos para el sujeto. Esta respuesta concuerda con el modelo de trabajo que se propone en el PNSM (2014). Sin embargo, como mencionan el Psic. 5 y el Psiq. 2 desde su práctica hospitalaria, institucional, no es tan común que se produzca este tipo de trabajo en la práctica y señalan que es más complicado en el sistema de Salud Pública.

Tabla 26 *Según su conocimiento ¿En qué consiste el tratamiento psiquiátrico que se aplica actualmente en el Ecuador para la esquizofrenia? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Farmacológico 100% que combate solamente síntomas positivos, no es un	Fármacos. Sirva o no sirva. Se deja de	Básicamente farmacológico.	Como parte del proceso de estabilización, donde el paciente no puede estar más de 3 meses interno, hay intervención con antipsicóticos y estabilizadores de ánimo	El tratamiento psiquiátrico: Fármacos. Trabajo mucho	Netamente medicamentoso. En palabras de I. Sandoval ² , la psiquiatría ha perdido

² Iván Sandoval es un reconocido médico psiquiatra y psicoanalista de la ciudad de Quito.

T. integral de la alteración, si es que se quisiera considerar a la esquizofrenia como enfermedad.	lado lo psicológico.	dependiendo del diagnóstico. El problema es que afuera el paciente no encuentra nada, no hay red social, ni familiar de apoyo, no hay servicios comunitarios a los que referirse. No hay continuidad entre el Hops. Psiq. y los servicios comunitarios.	con psiquiatras, y diría que 3 de 10 saben algo de psicoterapia y trabajan de este modo.	la clínica. Se rige por manuales diagnóstico, el problema no es en medicar, sino, medicar sin criterio. Y el criterio se forma con la clínica.
--	----------------------	---	--	--

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 27 Según su conocimiento ¿En qué consiste el tratamiento psiquiátrico que se aplica actualmente en el Ecuador para la esquizofrenia?
Psiquiatras

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Psq. 4
Tratamiento farmacológico. Hospital del día. Grupos familiares. Psicoeducación. Atención a la familia. Se intenta reinsertar a los pacientes en sus familias, pero este proceso es largo y paulatino. Ahora existe un tiempo límite de	En la práctica privada hay libertad de escoger los fármacos de acuerdo a las condiciones del paciente, la evolución de la enfermedad, etc. Se prefieren tratamientos antipsicóticos de 2da generación (con mejor resultado sobre los síntomas negativos), ahí se tiene una rama muy amplia, que por su costo no son accesibles en el sector público. En el sistema público no hay como elegir, y no todos los medicamentos funcionan en todas las personas. Las	Abordaje predominante mente farmacológico o, se recurre a la TEC cuando es necesario.	Se da tratamiento farmacológico. Se trata de no recurrir al internamiento. Se trabaja en el Hospital del Día y los Centros de

internamiento de 15 días. No es aceptada la institucionalización.	diferencias serían en cuanto a: la rapidez con que llega la respuesta, la efectividad de los efectos terapéuticos, los efectos colaterales.	Atención Ambulatoria.
---	---	-----------------------

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En las Tablas 26 y 27 se evidencia, que lo que predomina en el tratamiento psiquiátrico en nuestro país es el factor farmacológico. Los Psq. 1 y 3 mencionan también otras intervenciones como la TEC, complementadas por el hospital de día y procesos de reinserción de los pacientes en sus grupos familiares. Este tipo de abordaje, así como el tiempo límite de internamiento al que se refiere el Psiq. 1, responden a los cambios que se establecen en el PNSM (2014) enunciados en el MAIS y ejecutados por las instituciones de Salud Pública. Por otra parte, con respecto a los fármacos utilizados en el sistema público, como señala el Psiq. 2, son aquellos con los que cuentan estas instituciones, que no siempre son los que desearía o estimaría mejor recetar el médico psiquiatra. Generalmente el costo de estos otros medicamentos es mucho más elevado; y, tal como se señaló en el Capítulo 2 y como indica la APA (2004), existen diversos fármacos, conocidos como antipsicóticos de 2da generación que producen mejores resultados en cuanto a los síntomas negativos de la esquizofrenia y menos efectos secundarios.

El problema es que, tal como señalan los Psic. 1 y 4 en la Tabla 26, el tratamiento farmacológico de por si no es integral y después de estabilizar al paciente, fuera de la institución, no hay una red de apoyo al que los usuarios puedan referirse. Además, según la experiencia del Psic. 5, muy pocos psiquiatras trabajan desde el ámbito psicoterapéutico, y según el Psic. 6, y en concordancia con el discurso de Foucault (2007) en la psiquiatría se ha perdido la clínica, centrándose esencialmente en dar un diagnóstico con base en los manuales, pudiendo perderse la singularidad del caso a caso.

Tabla 28 *¿Cuál cree usted que fue el impacto del tratamiento medicamentoso en la práctica clínica psiquiátrica? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Rentable económicamente, a pesar de los estudios de sus consecuencias adversas. Si la medicación es aplicada de manera ética y con criterios científicos sin duda co-ayuda mucho y hace posible el trabajo con los pacientes.	Desde una parte benéfica, es pertinente en algunas etapas del tratamiento. El problema es cuando se produce todo un negocio que determina el medicamento que el paciente debe toma.	Centrar el tratamiento únicamente en lo farmacológico no tiene mucho sentido. La medicación viene en primer momento, calma al paciente, pero solo eso, no es un tratamiento de por sí y no apunta a una cura.	Alrededor de las intervenciones farmacológicas hay un plan estratégico que sostiene las investigaciones desde el modelo biomédico y del diagnóstico. Hay detrás intereses transnacionales económicos, introducidos en las agendas de las investigaciones. Esto afecta como se ve, se escucha y se piensa la locura y el enfermo mental.	De todo. Pacientes que mejoran muchísimo y otros que tienen problemas metabólicos por medicamentos. Hay pacientes en los que se disminuyen los delirios, pero por otro lado tienen obesidad 2 o 3.	Ha sido fantástico, avance muy importante en la historia de la psiq. Gracias a los psicofármacos se han trascendido prácticas de contención agresivas. Facilita el trabajo y ayuda a calmar al paciente. La medicación en sí no es el problema es la industria, es la sobremedicación, etc.
---	---	---	---	--	---

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 29 *¿Cuál cree usted que fue el impacto del tratamiento medicamentoso en la práctica clínica psiquiátrica? Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Psq. 4
--------	--------	--------	--------

<p>Antes de los medicamentos los tratamientos eran crueles (encierro, maltrato, celdas, rejas). Los antipsicóticos permiten manejar al paciente. Gran logro en el tratamiento. No se maltrata al paciente, se lo medica. Se debe acompañar con actividad física y apoyo psicológico.</p>	<p>El impacto ha sido enorme, transformación total de lo que era la atención (trato inhumano). Con el advenimiento de la psiquiatría las cadenas físicas fueron sustituidas por cadenas químicas. Se restablecieron los derechos del paciente. El problema es cuando la persona se descompensa o el tratamiento no es adecuado, ya que se resiste a recibir ayuda médica.</p>	<p>El medicamento en general es muy bueno para las fases agudas. Pero cuando ya se han controlado los síntomas activos quedan síntomas como la anhedonia, el aislamiento, la abulia, y sobre estos no actúan los fármacos.</p>	<p>Los medicamentos mejoran la condición del paciente y reducen los síntomas.</p>
--	---	--	---

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tal como se mencionó en el Capítulo I, citando a Tobin (2006), y en concordancia con las respuestas de los profesionales en las Tablas 28 y 29, la introducción del uso de fármacos en la práctica médica psiquiátrica fue un verdadero hito. El tratamiento, así como las prácticas de contención (inhumanas) que eran aplicadas hasta ese entonces se transformaron. De igual manera, se indica que la administración de antipsicóticos favorece y facilita el trabajo con aquellos pacientes considerados enfermos mentales. De todos modos, algunos profesionales principalmente psicólogos, mencionan que la administración de psicofármacos debe producirse bajo ciertos criterios éticos y científicos ya que, si bien en un primer momento pueden regular y calmar al paciente, la medicación no es un tratamiento de por sí.

Incluso algunos psiquiatras en la Tabla 29 coinciden con lo mencionado en el Capítulo II y según lo indicado en la GPC de la APA (2010), que los medicamentos deben ir acompañados de actividad física y de intervenciones psicosociales que sostengan el proceso. Por otro lado, según lo señalado por la misma fuente, la medicación puede tener efectos positivos, principalmente en las fases agudas, suprimiendo síntomas positivos como son los delirios y alucinaciones, aliviando no solo al paciente sino también a su familia y al entorno en general. Sin embargo, se debe tener

en cuenta que hay síntomas negativos como la anhedonia, la abulia o el aislamiento, sobre los cuales, inclusive aquellos antipsicóticos denominados de segunda generación, no tienen mucho efecto, e inclusive es posible que presenten efectos secundarios adversos.

Finalmente, según indican algunos profesionales psic. en la Tabla 28, detrás de la prescripción y el uso de medicamentos por parte de psiquiatras existen ciertos intereses económicos de instituciones y entidades que lucran de la venta y comercialización de estos productos, lo que podría representar un conflicto de intereses entre la salud de los pacientes y ese ánimo de lucro. El problema es entonces la mala administración de los fármacos, debido a una falta de criterio y de ética en su aplicación. Esto determina además la forma en la que se aborda y se comprende médica y socialmente a la figura del “loco”.

Tabla 30 *Dentro de la opción interdisciplinaria, le parece posible el trabajo articulado con profesionales psicólogos que se enmarcan en la línea psicoanalítica. Si /no ¿Por qué? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Sin duda, no tendría problema. Toda intervención hecha adecuadamente es valiosa para la persona. La persona debería tener el derecho de elegir lo que mejor le resulta.	Si, si es que este profesional está consciente de que con cada paciente el psicoanálisis debe ser reinventado	Sí. (Traba ja desde esta línea)	Sí, pero, en nuestro medio hay mucho que trabajar. El problema es que se alíe a un discurso universal como discurso del saber, transmitido de forma ortodoxa, como un canon, entonces deja de ser un proceso analítico. Por eso la clínica debe reinventarse desde cada uno.	Si tienen el conocimiento de causa claro sí. Hay experiencias negativas por profesionales psicoanalistas que incitan al paciente a negarse al medicamento o a tratamientos como el TEC. También hay gente que escucha, y se ve que el paciente está mucho más tranquilo.	Casi solo trabajo con psicoanalistas. Yo misma me enmarco en esa línea.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 31 *Dentro de la opción interdisciplinaria, le parece posible el trabajo articulado con profesionales psicólogos que se enmarcan en la línea psicoanalítica. Si /no ¿Por qué?, Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Psq. 4
Si porque he trabajado con varios profesionales que se enmarcan en esta línea y he visto que los pacientes responden adecuadamente a la terapia. Son un apoyo para el tratamiento.	No. No existe evidencia científica, ni datos que apoyen la integración del psicoanálisis con la psiquiatría.	Trabajé en un Hosp. Psiq. con un grupo de estudiantes interesados en la psicosis que abordaban al psicótico desde la palabra, dándole un sentido a esta. Con cualquier profesional psicólogo se puede trabajar, desde la mirada de cada uno y por el bien del paciente.	Si, en el Centro de calderón habían psicoanalistas antes.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

De los profesionales entrevistados, 9 respondieron que estarían dispuestos a trabajar de manera interdisciplinaria con psicólogos que se enmarcan en la línea psicoanalítica. Aquí, es necesario recalcar que 4 de los 6 psicólogos entrevistados trabajan desde o se adhieren al psicoanálisis en su práctica profesional. Sin embargo, aquellos que no lo hacen, señalan que cualquier intervención que se haga adecuadamente, será beneficiosa para la persona. Igualmente, como mencionan los psiq. 1 y 3 con base en su experiencia interdisciplinaria con profesionales psicoanalistas, han encontrado que los pacientes se benefician de esta práctica y de la escucha que se ofrece. Tal como se menciona en la Tabla 30, lo óptimo sería que los pacientes con sus familias pudieran escoger el tipo de intervención que mejor les resulte. En el Capítulo 2 se mencionó que, dentro del trabajo con pacientes diagnosticados con esquizofrenia, es necesario intervenir en aspectos psicosociales entre los cuales entraría la terapia de enfoque psicoanalítico. Como se analizará en la pregunta siguiente cada profesional encuentra diversos beneficios que la mirada del psicoanalista aporta al trabajo con esta población.

Por otra parte, el psiq. 2, aludió su respuesta negativa a la ausencia de pruebas científicas que respalden la utilidad de hacer esta aproximación desde su rama lo que demuestra lo que se hablaba en el Capítulo 1 acerca de poder del saber médico basado o sostenido en la ciencia y la necesidad de pruebas empíricas para determinar la verdad.

Tabla 32 *Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál sería según usted el aporte de la teoría psicoanalítica en la intervención ambulatoria con pacientes diagnosticados con esquizofrenia? Psicólogos*

Ps. 1	Ps. 2	Ps. 3	Ps. 4	Ps. 5	Ps. 6
Retomo los aportes Kleinianos, conceptos como el de objeto bueno y objeto malo, como se proyectan o se conservan en la persona psicótica. Son grandes aportes a nivel teórico para comprender lo que sucede. Es una línea fundamental para trabajar con la psicosis.	El acompañamiento al sujeto desde otro posicionamiento que no es del saber y la posibilidad de reinventarse en el caso a caso.	Permite reconocer al otro como sujeto, par. Aporta con teorización sobre estructuras psíquicas, su posicionamiento dentro del desarrollo de la personalidad, de la familia y en lo social. La lógica de la metáfora, del nombre del padre, del Edipo, de la forclusión, son pistas inmensas para el trabajo con la esquizofrenia. Se niega la situación de trastorno y de cura y eso ya es un gran aporte.	La posibilidad de diversificar intervenciones y el cuestionamiento sobre lo que otros campos pueden aportar en el trabajo psicoanalítico, las interrogantes, que nosotros podemos dar a otros. Las grandes transformaciones del movimiento antipsiquiátrico tuvieron elementos leídos desde esta teoría.	Son expertos en escuchar. Quizá por el costo sea complicado dar terapia individual. Pero muchas veces vienen escuchan, publican, y el paciente termina siendo el objeto de estudio y no el sujeto.	No soy psicoanalista, pero considero que brinda las mejores herramientas para escuchar al sujeto. Es útil para trabajar en cualquier espacio.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

Tabla 33 Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál sería según usted el aporte de la teoría psicoanalítica en la intervención ambulatoria con pacientes diagnosticados con esquizofrenia? *Psiquiatras*

Psq. 1	Psq. 2	Psq. 3	Psq. 4
Permite al paciente trabajar aspectos psicóticos y no psicóticos de su vida. Ayudan a fortalecer el yo de la persona, la autoestima. Ayudan a resignificar el trastorno. Puede ayudar para integrar al paciente a la familia y a la sociedad. Que se sienta parte del entorno.	NO APLICA	El trabajo en torno a la elaboración de la palabra y de los contenidos. Puede ayudar a que el paciente organice sus ideas y ayude a estructurarlas. Ayuda a tener cierta conciencia del trastorno y de la situación.	No sé exactamente, pero como las otras terapias, ayuda a la integración del paciente al tratamiento y refuerza su autonomía.

Elaborado por: Calero, 2018, con base en entrevistas realizadas a 10 profesionales de la salud mental

En primer lugar, algo que mencionan tanto psicólogos y psiquiatras como aporte de la teoría psicoanalítica en la intervención con pacientes diagnosticados con esquizofrenia es la escucha. Las bases teóricas de esta línea, tal como lo señala el psic. 6 brinda las mejores herramientas para poder escuchar al paciente. A partir de la escucha como mencionan los psiq. 1 y 3, en la Tabla 33, es posible trabajar diversos aspectos de la vida del sujeto permitiendo resignificar y elaborar contenidos dándole un lugar a la palabra. Por otro lado, el posicionamiento del psicoanalista permite reconocer al sujeto como par. Como recalca el psic. 3 en la Tabla 32, desde el psicoanálisis no se reconoce la psicosis como un trastorno que debe ser curado. Sin embargo, aunque; como es posible observar en la Tabla 33; los profesionales psiquiatras si lo tienen en esa concepción es importante reconocer que consideran la posibilidad de trabajar con otros profesionales desde otro

campo totalmente distinto y que valoran o reconocen los aportes que se pueden dar para el trabajo interdisciplinario y por el bienestar del sujeto.

En cuanto a la teorización y los conceptos que se manejan en esta línea y desde distintos autores. En este respecto está lo mencionado por el psic. 1 acerca de lo que el psicoanálisis propone sobre las estructuras psíquicas, su posicionamiento dentro del desarrollo de la personalidad, de la familia y en lo social. Algunos de los términos mencionados por los profesionales, transcritos en las Tablas 32 y 33, fueron revisados en el acápite *Nosología psicoanalítica*, en este mismo trabajo, y tal como allí se señala estos permiten ampliar la concepción sobre lo que ocurre en la psicosis. Esto hace posible que se replanteen las intervenciones con esta población, así como con sus familias y la comunidad en general. Algo importante que se menciona acerca de este tipo de intervención es que es útil para trabajar en cualquier espacio y no solo de manera individual, de esta manera los profesionales pueden generar interrogantes, aportar en otros campos y viceversa.

CONCLUSIONES

En el primer capítulo, se concluye que locura es un término cuyas acepciones varían ya que están sujetas a la época y a los preceptos morales de cada sociedad. Ha sido asociada con lo inmoral, lo obsceno, la enfermedad, la ignorancia, la vagancia, lo peligroso, etc., por esta razón la sociedad se ha ingeniado diversos métodos para alejar al loco y recluirlo en diferentes espacios. La locura ha estado asociada al internamiento y a la exclusión desde hace varios siglos. Actualmente se reconoce que el internamiento prolongado produce un sinnúmero de efectos adversos por lo que no es terapéutico de por sí. Desde el momento en que la locura fue relacionada con lo patológico, entró la figura del médico, la cual, amparada en la ciencia, se ha ubicado como dueña del saber, de la verdad ejerciendo un poder sobre el paciente.

Con respecto al manejo de las personas con enfermedades mentales en el Ecuador, se puede decir que se ha seguido la misma lógica que en Europa. Esta población ha estado descuidada por el Estado desde sus inicios. La baja asignación presupuestaria, así como la ausencia de una legislación de salud mental y la poca participación de la comunidad son algunas de las debilidades del sistema. Se ha intentado modificar el sistema internista con la publicación del PNSM 2014 donde se apunta a lo comunitario. Algunos cambios se han logrado pero el proceso está comenzando.

La esquizofrenia desde la psiquiatría es entendida como un trastorno mental grave, para el cual se han estipulado diversos tratamientos, donde predomina el farmacológico. Este trastorno, ubicado en el primer lugar entre los pacientes ingresados en instituciones psiquiátricas, está vinculado con el estigma y la exclusión. En cuanto a la teoría psicoanalítica, la esquizofrenia está ubicada en el campo de las psicosis, donde es entendida como una determinada organización de la subjetividad en donde delirio cumple una función como intento de cura y en la cual la falla fundamental es la castración. Para el psicoanálisis la psicosis no es un trastorno. El psicótico puede ser reconocido como sujeto, y su palabra ocupa un lugar fundamental en la terapia. Una terapia, que permite al sujeto pueda funcionar y sostenerse en esta sociedad mayoritariamente neurótica.

En el capítulo II, se encuentra que ante la complicada situación del sistema de salud mental en Ecuador se han tomado ciertas medidas para intentar cambiar el modelo clásico internista, tratando de consolidar toda la estructura de salud, incorporando servicios en las unidades de atención primaria que permitan cubrir la demanda de la población. Así surge como alternativa, la modalidad de tratamiento ambulatoria, con la cual se busca evaluar, diagnosticar y evaluar al paciente de forma oportuna. Aquí, se puede decir que, para que este proceso sea efectivo, es necesario involucrar y comprometer a la familia y a la sociedad en general.

Para que el tratamiento ambulatorio sea integral se deben cubrir dos aspectos: tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales. Es posible afirmar que el uso de fármacos puede resultar beneficioso para el paciente si es que hay un control adecuado y se aplican otro tipo de intervenciones a la par. Las intervenciones psicosociales deben ser en la medida de lo posible adecuadas para el sujeto, el cual debería tener la posibilidad de elegir qué le conviene o a qué se adapta mejor.

Así mismo, se pudo ver que las primeras experiencias del tratamiento ambulatorio surgen como resultado del movimiento antipsiquiátrico en Europa. La búsqueda de una alternativa al internamiento de pacientes con trastornos mentales, apoyada en procesos sociales, dio como resultado modificaciones en las legislaciones que permitan implementar redes integrales en función del beneficio, mediante intervenciones que no atenten contra los DDHH, favoreciendo el desarrollo del paciente mientras se mantiene el contacto con la sociedad.

De este modo, dichas experiencias fueron el modelo para países de América Latina incluido el Ecuador en su intento por cambiar el modelo. Sin embargo, debido a varias causas,

como inestabilidad política y económica de la región, después de más de 25 años de intentos para implementar servicios ambulatorios y romper con la lógica institucional, el proceso en muchas naciones, como la nuestra, recién está comenzando. Por otra parte, en países como Brasil, Chile y Argentina se han hecho grandes avances en función de los usuarios. Se encontró también que, si bien este proceso está comenzando en Ecuador, se han producido algunas experiencias positivas en cuanto a la creación de espacios terapéuticos no vinculados al Estado que han sido generados por los propios usuarios, permitiéndoles alcanzar su autonomía, vinculados a la sociedad, siendo reconocidos como sujetos con capacidad para aportar.

En el III tres se encontró que los profesionales conocen el tratamiento ambulatorio y reconocen que a nivel privado es la principal manera de intervenir. No obstante, se reconoce que la mayor parte de las personas diagnosticadas con esquizofrenia no tienen acceso a servicios de salud mental de calidad. Por lo tanto, es indispensable integrar mecanismos en el sistema público que mediante la articulación de servicios pueda ser una alternativa viable ante el internamiento. Sin embargo, existen ciertas condiciones que deben ser garantizadas para que el tratamiento ambulatorio sea efectivo y los pacientes no se vean abandonados cayendo en la cronicidad. Así se encontró la necesidad de incorporar plenamente el trabajo interdisciplinario, de asignar un mayor presupuesto para poder tener los recursos físicos y humanos para poder brindar una atención de calidad y de modificar la lógica centrada en la institución.

Igualmente, se puede notar encontró que los familiares juegan un papel sumamente importante en este proceso. Por esta razón, es de vital importancia que se involucren y sean capaces de sostener al paciente. Esto, es parte de la desestigmatización, ya que, desde el núcleo más pequeño de la sociedad, debe fomentarse la pérdida del miedo hacia esta población. Es decir, reforzar la idea de que, si es posible trabajar, co-habitar y convivir con personas diagnosticadas con esquizofrenia.

En cuanto a la articulación con el psicoanálisis los profesionales reconocieron la posibilidad de integrarlo al tratamiento en función del bienestar del sujeto. Por otro lado, se rescataron sus aportes desde la perspectiva de abordar al sujeto como individuo par, dándole un lugar a su discurso y mencionando la validez, dentro del trabajo terapéutico, de los conceptos y las teorizaciones de esta línea. Finalmente, la contribución del psicoanálisis dentro de la intervención ambulatoria, implica un trabajo en conjunto con la población, en donde el terapeuta no es, ni intenta ser el dueño de la verdad. Al no intentar curar ni alcanzar

una supuesta normalidad, el trabajo y la intervención adquieren otro sentido, buscando el bienestar del sujeto en función de sus necesidades individuales. Sin embargo, en cuanto a la práctica clínica psicoanalítica, se puede concluir, que es preciso que no caiga en lo ortodoxo (lo cual de ningún modo significa que se pierda la teoría) para que se pueda articular con lo comunitario y que sea posible que se integre con otros campos de intervención donde pueda conformar líneas base para la implementación de dispositivos.

Lejos de concluir, es posible afirmar que lo que surgen son preguntas y cuestionamientos como si los profesionales de las áreas *psi* ¿están preparados, o están siendo formados, para trabajar con esta población?; o si por otro lado ¿el intento de abandono del modelo internista está siendo confundido con desintencionalización?; o ¿de qué manera se pueden crear dispositivos que no giren en torno al hospital psiquiátrico y al modelo médico netamente? Es necesario entonces repensar hacia dónde apunta la política pública y cuáles son sus objetivos tomando en cuenta que son los sujetos los que deben involucrarse en este proceso.

RECOMENDACIONES

Se recomienda dar continuidad a los procesos de desinstitucionalización que han comenzado en nuestro país y que se dé el seguimiento adecuado para que se cumplan los objetivos planteados en el PNSM. Es necesario que se creen normativas estatales y que se produzcan reformas en la Legislación ecuatoriana para sostener los cambios.

Las experiencias de otros países pueden servir como referencia para implementar ciertos cambios, pero es necesario que se tomen en cuenta las singularidades de nuestra sociedad, así como sus necesidades específicas. La respuesta no es dar soluciones sino buscar opciones que respondan a diversas problemáticas.

Para que el proceso de cambio del sistema, así como la implementación de nuevos dispositivos de servicios alcancen resultados satisfactorios, es imprescindible que los usuarios se integren de manera más activa en el proceso.

Es necesario, sensibilizar a las autoridades sobre la situación de los pacientes con trastornos mentales para que se incremente la inversión en salud mental con la intención de disminuir la morbilidad y la discapacidad que los trastornos mentales pueden generar en la población.

Se recomienda que la academia integre en su enseñanza una noción acerca de los nuevos lineamientos en Salud Mental, así como sobre las nuevas formas de ejercicio de la práctica clínica adaptadas en función de la nueva política pública.

Se recomienda que los profesionales de la salud puedan acercarse a otras formas de intervención que no partan de la lógica del saber, con la intención de tener un contacto más humano con los individuos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Á. (28 de marzo de 2018). Se busca que usuarios del Instituto de Neurociencias vuelvan con familiares. Diario El universo, sección: Comunidad.
- ACP. Asociación colombiana de psiquiatría. (2014). *Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 44, 75-89. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44s1/v44s1a08.pdf>
- APA. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A.
- APA. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM-5*. Arlington: Asociación. APA
- APA. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2010). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia*. Segunda Edición. EEUU: APA
- Barreto, D. (2008). Informe sobre el sistema de salud mental en Ecuador IESM-OMS. Ecuador: OMS
- Apud, A. (1998). *La dirección de la cura en las psicosis*. Acheronta:Revista de Psicoanálisis y cultura, 8. Recuperado de: <http://www.acheronta.org/acheronta8/psicosis.htm>
- Chemama, R. (1998). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CONADIS. (junio de 2017). Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Obtenido de: <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadistica/index.html>
- CONADIS México. (julio de 2017). Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conadis/articulos/salud-mental-y-discapacidad-psicosocial?idiom=es>
- Cooper, D. (1970). *La dialéctica de la liberación*. México D.F.: Siglo XXI Editores S.A.
- Cooper, D. (1985). *Psiquitría y Antipsiquitría*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Cruz, E. (2003). El loco y la institución mental: Desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XX. Quito: Ediciones Abya- Yala
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio del psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1993). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. Tomo I). México:

- Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Freud, S. (1892). *Un caso de curación por hipnosis*. Tomo 1. Argentina: Amorrortu editores
- Freud, S. (1975). *De la historia de una neurosis infantil (1918 [1914])*. Tomo 17.
Argentina: Amorrortu editores
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores
- GPC- España. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <http://www.aepcp.net/arc/esquizofrenia-completa%202009.pdf>
- Lacan, J. (1955). *Introducción a la cuestión de las psicosis*. Seminario 3: Las psicosis. Editorial: Psicolibro. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/05%20Seminario%203.pdf>
- Lacan, J. (1967). *Discurso de clausura de las Jornadas sobre la psicosis en el niño*. Recuperado de: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2007/11/re-post-jacques-lacan-discurso-de.html>
- Lacan, J. (1975). *Seminario 23: El síntoma*. Editorial: Psicolibro. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/28%20Seminario%2023.pdf>
- Landázuri, M. (2008). *Salir del encierro. Medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*. Quito: Ediciones Banco Central del Ecuador
- Larrobla, C. & N. Botega. (2000). Las políticas de asistencia psiquiátrica y *desinstitucionalización en América del Sur*. Actas Españolas de Psiquiatría, 31. p. 22-30. Obtenido de: http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Act.Esp_.Psiquiatr.2000.Pol%C3%ADtica.Psiqui%C3%A1trica-de-Sudam%C3%A9rica.pdf
- Maleval, J.-Claude. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós
- Minga por la Pachamama. (2017). *Minga por la Pachamama. Una ventanita entre el campo y la ciudad*. Programa de radio virtual. Obtenido de: <http://www.mingaporlapachamama.org/category/temporada-2017/>

- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. Subsecretaría de Desarrollo Normativo. (2014). Código Orgánico Integral Penal (COIP). Quito: Gráficas Ayerve C. A.
- MSP. (2014). Modelo de Atención de Salud Mental en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)- con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Ecuador.
- MSP. (2014). Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PNSM). Ecuador: MSP.
- MSP. (s.f.). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Salud Mental: <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
- Osorio, A. (2014). El juicio final: Contribución para una lectura del nacimiento de la *psiquiatría en Ecuador*. Quito: FLACSO Sede Ecuador.
- OMS. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. España: Panamericana S.A.
- OMS. (2018). *Esquizofrenia*. Nota descriptiva No. 397. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- OMS/OPS. (2005). *Principios de Brasilia*. Obtenido de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
- OMS/OPS. (2015). Actas de la Conferencia Regional de Salud Mental. Obtenido de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Actas-Conferencia-Regional-de-SM-Chile-Oct-2015.pdf>
- OPS/OMS. (1990). *Declaración de Caracas*. Obtenido de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Pérez, C. (2012). Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de *control psiquiátrico*. Santiago: LOM ediciones
- Philadelphia Association. (s.f.). *The Philadelphia Association*. London: PA. Recuperado de: <https://www.philadelphia-association.com/>
- Pasquale, E. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste, Italia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16137>
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario Lengua Española*. Versión digital
- Rotelli, F. (2015). Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste. Buenos Aires: Topía Editorial
- Roudinesco, E & M. Plon. (2011). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial

Paidós

Sampieri, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Education.

Sánchez, M. (2005). *Poder y locura*. Quito: Espín Graf.

Tobin, C. (2006). *Las esquizofrenias*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Tosta, M. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. México: Revista digital Scielo, 32. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001

ANEXOS

Anexo 1. Formato de entrevista semiestructurada aprobada por la directora y aplicada a 10 profesionales de la salud mental

PREGUNTAS ENTREVISTA A PROFESIONALES DE LA SALUD

Aspectos generales, información del profesional

- Haga una pequeña presentación de su formación profesional y experiencia en el campo de la salud mental
- ¿Cómo definiría usted la salud mental?
- ¿Qué tan familiarizado está, o qué conoce del concepto de “salud mental comunitaria”?
- ¿Qué, según su conocimiento es el tratamiento ambulatorio, cómo se aplica y cuáles son sus alcances en nuestro país?
- ¿De qué manera se aplica el tratamiento ambulatorio en pacientes diagnosticados con esquizofrenia?
- ¿Considera que el tratamiento ambulatorio es un alternativa viable ante el internamiento de pacientes con esquizofrenia?
- ¿Conoce el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014? participó en la construcción del mismo?
- ¿Qué aportes permite el PNSM para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia?
- ¿Qué considera como deficiencias del sistema de salud mental en el Ecuador?

Esquizofrenia

- ¿Cuáles son las patologías más comunes que usted ha evidenciado en su práctica profesional?
- ¿Cómo definiría la esquizofrenia?
- ¿Qué tratamientos conoce, o aplica para la esquizofrenia en su práctica profesional ¿por qué?
- En su práctica profesional, ¿trabaja de manera interdisciplinaria?
- Según su conocimiento ¿En qué consiste el tratamiento psiquiátrico que se aplica actualmente en el Ecuador para la esquizofrenia?
- ¿Cuál cree usted que fue el impacto del tratamiento medicamentoso en la práctica clínica psiquiátrica?

- Dentro de la opción interdisciplinaria, le parece posible el trabajo articulado con profesionales psicólogos que se enmarcan en la línea psicoanalítica. Si /no ¿por qué?
- Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál sería según usted el aporte de la teoría psicoanalítica en la intervención ambulatoria con pacientes diagnosticados con esquizofrenia?

Anexo 2. Formulario de Consentimiento Informado

TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: El tratamiento ambulatorio como una alternativa al internamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con 10 profesionales de la salud mental, en la ciudad de Quito, en el periodo de septiembre a diciembre de 2017

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Isabel Calero Ponce

INSTITUCIONES: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología

EN CASO DE PREGUNTAS, CONTACTO: Isabel Calero, Teléfono: 593987635285, correo electrónico: isacp0829@gmail.com. Graciela Ramírez, teléfono: 593995006945, correo electrónico: graciela.ramirezi@gmail.com

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente se le solicita su participación en un estudio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objeto de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: El objetivo del estudio es analizar las características y limitaciones del tratamiento ambulatorio en pacientes diagnosticados con esquizofrenia como una alternativa frente al internamiento.

Para esto se requiere 10 profesionales de la salud del área “psi”.

PROCEDIMIENTOS: Si decide participar, se le realizará una entrevista durante la cual, se le hará preguntas acerca de su experiencia en el campo de la atención ambulatoria y el trabajo terapéutico con pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Antes de la entrevista, se le pedirá información acerca de su formación y experiencia profesional. La entrevista durará aproximadamente 45 min. La entrevista será grabada y transcritas para su posterior análisis. Su nombre no aparecerá en ningún

material de análisis.

BENEFICIOS: Se espera que este estudio permita visualizar cuál es la situación actual de la salud mental en el Ecuador, y de qué manera los profesionales ecuatorianos realizan su labor en el marco de la nueva política de salud mental así como brindar una perspectiva de las expectativas y preocupaciones acerca de la situación actual en cuanto al tratamiento de pacientes con trastornos mentales, específicamente esquizofrenia.

CONFIDENCIALIDAD: La información que se obtenga será estrictamente confidencial y no se utilizará con otros fines que no sea los de esta investigación. Toda la información recolectada durante el estudio no será identificada por nombre, si no por un número.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Su participación es voluntaria y usted puede retirar su consentimiento y negar su participación en el estudio en cualquier momento sin riesgo de ser penalizada/o. Su firma en este documento indicará que Ud. ha leído la información proporcionada, y que ha aceptado de forma voluntaria participar en este estudio. Su firma también indica que en esa fecha se le ha ofrecido una copia de este documento.

Yo (nombre y apellidos completos) _____ confirmo que

he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada El tratamiento ambulatorio como una alternativa al internamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en la investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Investigador/a: _____ Fecha: _____