

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL**



**LA COMUNICACIÓN ESQUIZOFRENIZANTE EN LA  
INSTITUCIÓN DEL SABER: historia de las prácticas  
discursivas del hospital psiquiátrico San Lázaro**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
COMUNICACIÓN SOCIAL**

**MARLON FABRICIO HIDALGO MÉNDEZ**

**DIRECTOR: DR. BENIGNO RAFAEL POLO BONILLA**

**Quito – Ecuador  
2013**

## **DEDICATORIA**

A mi familia materna. A Marcia Villalba y Karla Hidalgo. A Margarita Méndez mi vida y mi razón de ser. A Daniel Hidalgo por su incansable generosidad. A Adriana Garrido por escucharme pacientemente balbucear. A Nelson Reascos, porque sus clases tocaron mi vida y cambiaron su rumbo. A Karol Chávez por su amor extremo. A los cientos de internos de cada una de los Hospitales Psiquiátricos del país, a los que habitan aún allí y los que murieron allí.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Cesar, Darío, Paúl, Homero, Vanesa, Amalia, Pancho, Paulo, Lucía, Mary, Daga, Yayu, y a todos los amigos y amigas cuya confianza en mí motiva mis proyectos de vida. A los que llegaron, a los que se quedaron, a los que se fueron, a los que no podré ver nunca más.

Agradecimientos especiales y enfáticos a Rafael Polo, director de esta tesis, por confiar en mi proyecto, por su tiempo, por su paciencia para explicar, por su rigurosidad académica y por haberme mostrado una herramienta teórica que es lo más cercano a una máquina del tiempo en Ciencias Sociales.

## AUTORIZACIÓN DE AUTORIA INTELECTUAL

Yo, Marlon Fabricio Hidalgo Méndez en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre “La comunicación esquizofrenizante en la institución del saber: historia de las prácticas discursivas del Hospital Psiquiátrico San Lázaro”, por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de que parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

Quito, a 15 de abril 2013

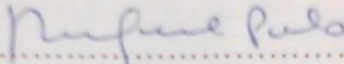


CC: 1711718930

**fabriciohidalgom@gmail.com**

## **CERTIFICADO**

En mi condición de Director (Tutor), certifico que el Señor Marlon Fabricio Hidalgo Méndez, ha desarrollado la tesis de grado titulada “La comunicación esquizofrenizante en la institución del saber: historia de las prácticas discursivas del Hospital Psiquiátrico San Lázaro”, observando las disposiciones Institucionales que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo para que el mencionado señor reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la Carrera de Comunicación Social y proceda a la exposición de su contenido bajo mi dirección.



-----  
Dr. Rafael Polo Bonilla  
Director

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	iv
HOJA DE APROVACIÓN DEL TUTOR O DIRECTOR DE TESIS	v
INDICE DE CONTENIDOS	vi
INDICE DE ANEXOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	5
<b>CAPITULO I</b>	
DEL LEPROSORIO AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: LAS EXPERIENCIAS DE LA LOCURA EN EUROPA Y SU INFLUENCIA EN EL HOSPICIO DE QUITO	
1.1 Comunión, Salvación y Exclusión: La herencia del Leprosorio y la locura en la Edad Media	7
1.2 La locura a finales de la Edad Media y el Renacimiento	8
1.2.1 La nave de los locos y la herencia de la lepra	8
1.2.2 Escisión sobre las locuras	12
1.3 El ‘Gran encierro’, la concepción de Alienación Mental y la Enfermedad Mental como catapulta de la locura	17
1.4 Los orígenes de la clínica psiquiátrica y la consolidación del Hospital Psiquiátrico	22
1.5 San Lázaro: Del Hospicio al Manicomio	27
1.6 La Esquizofrenia en San Lázaro tras el desarrollo de la Psiquiatría en Ecuador	33

1.6.1 El triunfo del Liberalismo y los primeros cambios en la vida del Hospicio Manicomio	33
1.6.2 La vida del Hospicio Manicomio tras el “arribo” del conocimiento psiquiátrico europeo	34
1.6.3 La esquizofrenia tras la introducción de la Historia clínica y el diagnóstico en el Hospicio Manicomio: detectarla, estudiarla, tratarla	38
1.6.4 El electroshock en el Hospicio Manicomio y la continuación de los debates acerca de la etiología de la esquizofrenia	41

## **CAPÍTULO II**

### **SAN LÁZARO COMO INSTITUCIÓN DEL SABER PSIQUIÁTRICO**

2.1 Cómo el Alienismo pasa a ser una Institución del saber	45
2.2 Cómo es una Institución del saber psiquiátrico	50
2.2.1 El encuentro con el otro: Relato de la locura o producción de la locura como objeto pensable en un campo de visibilidad	50
2.2.2 La verdad en juego y la lucha por la representación: Institución del saber psiquiátrico, objetos del saber y la cuestión del lugar	53
2.2.2.1 Verdad y poder	53
2.2.2.2 La verdad Médica	56
2.2.2.3 Verdad y lucha por la representación	58
2.2.2.4 Importancia del nacimiento de la mirada médico-clínica para la	





La comunicación esquizofrenizante en la Institución del Saber: historia de las prácticas discursivas del Hospital Psiquiátrico San Lázaro

Schizophrenic communication in the Institution of Knowledge: a history of discursive practices in the San Lázaro Psychiatric Hospital

## **RESUMEN**

Desde la perspectiva de la historia conceptual, se estudia el nacimiento de la institución psiquiátrica en Quito. Descripción de las particularidades de distintos momentos históricos de la institución en torno a la definición de la categoría de esquizofrenia en Europa y el modo en que ese saber psiquiátrico pasa a ser una práctica psiquiátrica que atraviesa la cotidianidad de ésta Institución total. Se estudia su nacimiento anudado con el proyecto civilizatorio de Modernidad, pues el saber psiquiátrico, contenido en un ideal de hombre universal, ingresa a San Lázaro en medio de una mundialización del modelo de Pinel. Se concluye por ello que debido a que Ecuador importa el saber psiquiátrico en este contexto, es imperativo abordar la eclosión de la institución psiquiátrica en el marco de la formación de la modernidad capitalista y no sólo del de Estado-nación ecuatoriano. Este recorrido aporta a la investigación en comunicación elementos procedimentales y conceptuales para pensar la comunicación en las instituciones como un proceso histórico, como un problema político y una cuestión de poder.

**PALABRAS CLAVE:** COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL / ESQUIZOFRENIA / SABER PSIQUIÁTRICO / INSTITUCIÓN TOTAL / HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

## **ABSTRACT**

From the perspective of conceptual history, this study investigates the birth of a psychiatric institution in Quito. It provides a description of the details of different historic moments in the institution revolving around the definition of the “schizophrenic” category in Europe, and the way in which psychiatric knowledge becomes psychiatric practice integrated into the daily life of the Total Institution. The birth of the institution is studied in conjunction with the civilizing project embodied in Modernity, where psychiatric knowledge, contained in the ideal model of universal man, enters San Lázaro amid globalization of the Pinel model. For this reason, it is concluded that in the context of the import of psychiatric knowledge to Ecuador, it is essential to address the emergence of the psychological institution within the framework of modern capitalist development and not solely within the context of the Ecuadorian Nation-State. This work contributes to research on procedural and conceptual elements of communication in an effort to address institutional communication as a historical process, a political issue and a question of power.

KEYWORDS: INSTITUTIONAL COMMUNICATION / SCHIZOPRENIA / PSYCHIATRIC KNOWLEDGE / TOTAL INSTITUTION / PSYCHIATRIC HOSPITAL

## INTRODUCCIÓN

La comunicación es un tema de poder, un tema político. Solemos pensar, de un modo considerablemente erróneo, que la comunicación es un tema de transmisión de información, cuyos códigos, canales, contextos que componen el mensaje son acuerdos sociales posibles de ser codificados y decodificados por unos emisores y unos perceptores. La comunicación, así entendida es horizontal, pues permite una relación de reciprocidad entre emisores y receptores en un modelo comunicativo que garantiza el diálogo. Al acercarnos a una institución como lo es la institución psiquiátrica San Lázaro, encontramos que el entorno comunicacional no ofrece tal dialógica. Encontramos, más bien, que la institución y quienes la componen no negocian. Encontramos que la comunicación tiene un carácter político que define su composición jerárquico-impositiva.

Estas concepciones se apartan y desconocen que la comunicación de una institución, sea cual fuere el momento en el que se la estudie, es un producto histórico de carácter político. No se estudia el trayecto de formación, consolidación y reconocimiento de la institución, de los personajes que la componen ni de las propiedades socio-lingüísticas de sus discursos. Ello conduce las reflexiones teóricas a la argumentación respecto de una especie de autonomía del saber de institución y por ende de sus discursos, desconociendo el carácter histórico de los privilegios concedidos a un lenguaje y apartando el estudio de las condiciones sociales de su uso. En el caso de la institución psiquiátrica, se olvida tanto las condiciones sociales de su producción y de la aprobación de su saber, como el nexo existente entre la comunicación y la formación de su saber y sus prácticas. El carácter político y de poder de la comunicación se expresa en el anudamiento y contribución de esta institución a la formación, reconocimiento, reproducción y actualización de los ideales de universalización de los estados en la Modernidad.

Pensar una institución en tal marco implica pensar la atadura de la institución psiquiátrica al proyecto político de la Modernidad marca de principio a fin el su entorno comunicacional. Pues la legitimidad y la jerarquía que adquieren tanto el Psiquiatra como el Psiquiatra obedece a un proceso de lucha por la representación del objeto locura, que al volverse inteligible en la estructura de enunciación que compone la clínica, adquiere un estatuto de verdad que le otorga el monopolio sobre la representación del objeto. De allí que el Emisor (Psiquiatra) sea la voz autorizada para hablar de la locura. Es un Emisor locutor legítimo y reconocido institucional y socialmente de una lengua legítima y de un saber legitimado. Su saber, compuesto por un habitus lingüístico, domina con su estatus de verdad en la circulación lingüística de un mercado lingüístico de tal modo que puede definir el sentido objetivo de la circulación del saber. Esto quiere decir que la producción histórica de su carácter político-comunicacional es la fuente de su producción lingüística. Producción que le permite enunciar y producir existencias produciendo representaciones.

Este trasfondo de formación y legitimación de la comunicación en la institución psiquiátrica nos conduce por un camino epistemológico diferente, que requiere mirar, mediante el estudio historiográfico aquello que recubre la formación de su discurso. En las páginas que siguen a continuación, principalmente en base a Sánchez, Foucault, Bourdieu y De Certeau, se describe a la institución psiquiátrica San Lázaro en torno a las propiedades de su discurso, a las propiedades de quien pronuncia y a las propiedades de la institución, para pensar, desde un abordaje histórico-conceptual el nacimiento de la Psiquiatría en Quito y, describir, a través de ello, las particularidades de distintos momentos históricos de la institución en torno a la definición de la categoría de Esquizofrenia en Europa y el modo en que ese saber psiquiátrico pasa a ser una práctica psiquiátrica que atraviesa la cotidianidad de ésta Institución Total.

Para efectuar tal abordaje, se procederá a dividir la investigación en tres partes:

a) En la primera etapa de la Investigación se procede a ubicar San Lázaro en su relación con lo que acaece en la política Ecuatoriana y lo que se produce en cuanto al saber psiquiátrico y a la objetivación del concepto de Esquizofrenia en el entorno político y académico de Europa. Investigación que se realizará en base a lo narrado por Michel Foucault, Montserrat Puig, Jorge Sosa, Mariana Landázuri, Menthor Sánchez, entre otros. Ya sea para referirse a la Historia de la Locura desde el siglo XV hasta el siglo XVIII, como al desarrollo de la Psiquiatría a finales del siglo XVIII y la Clínica a mediados del siglo XIX en Europa e inicios del XX en Quito Ecuador. Por tanto, se tratará de comprender, en base al rastreo de ésta evolución el momento histórico europeo principalmente en el que un grupo de médicos se montan y desarrollan la Psiquiatría en Ecuador. A su vez, o a través de ello, se mostraría el momento teórico en el que se piensa la Esquizofrenia en éste país. No como análisis de los enunciados de la Psiquiatría que se aplican en Ecuador, sino más bien de una narración breve de lo que Michel Foucault entiende por *Experiencia* y posteriormente de lo que Rafael Polo denomina *Horizonte de visibilidad e inteligibilidad*.

b) Estudio el devenir de San Lázaro conexas a los fines a los que se orienta en el viejo continente a las Instituciones del Saber Psiquiátrico en las postrimerías del siglo XVIII y XIX. Para pensar este tramo, es imperativo voltear brevemente la mirada a los siglos antecesores, con el fin de abordar los sentidos variables que, según Foucault, la locura adquiere a lo largo de estos siglos antes de ser sitiada y objetivada. Se discutirá principalmente con Foucault y Castel la proscripción, el encierro, el dominio, la administración de la locura y la posterior posibilidad de categorizarla. Para ampliar dicha categorización, se la estudia con Polo y De Certeau a partir del concepto de ‘Institución del saber’ y Horizonte de visibilidad e inteligibilidad, pero empleados a lo psiquiátrico. Para el concepto de Institución del saber psiquiátrico se abordaría la formación de un lenguaje clínico-psiquiátrico, la consolidación de prácticas psiquiátricas y el nacimiento de la institución del saber psiquiátrico. Para la aplicación del concepto de Horizonte de visibilidad, se abordará, en el marco de lo que Bourdieu denomina las ‘luchas por la representación’, lo que acaece, se produce y forma a partir de la importación del concepto de esquizofrenia en el marco de la Revolución Liberal y en adelante en el contexto Quiteño.

c) Finalmente, mediante el seguimiento de formación institucional, se abordará el modo en que tal formación se concreta, se solidifica, se legitima como aquello que Michel de Certeau denomina ‘Institución del Saber’. Y como esta apertura de un ‘campo de visibilidad’, además de organizar un cuerpo conceptual/categorial/teórico, es decir un horizonte epistemológico, organizarían, según Bourdieu, un mundo de prácticas y ritos, regidas por lo que Irving Goffman llama ‘razón formal’ al interior de una ‘Institución total’. Prácticas que para Bourdieu, logran mantenerse y aplicarse gracias a la fuerza que la institución adquiere por el dominio de la *representación* y los *actos de comunicación* que significan e imponen una identidad a quienes *legítima* como médicos psiquiatras y sobre quienes *deslegítima* como pacientes esquizofrénicos. El estudio de la Institución del saber psiquiátrico en base a la construcción de la categoría de Esquizofrenia permite aquí establecer una doble entrada epistemológica, una mirada que desdobla. A la vez que permite pensar la construcción del saber institucional, admite confrontar su propio saber con su saber y en ese trayecto hallar los elementos de comunicación que componen la Institución psiquiátrica. La producción del concepto de Esquizofrenia, su importación y aplicación en el Ecuador para nombrar y actuar sobre varios comportamientos, puede ofrecer una mirada capaz de desdoblar al saber psiquiátrico. Con esta mirada que desdobla, se busca comprender qué tipo de comunicación producen y reproducen, hasta antes de su cierre, las prácticas y el saber psiquiátrico en la cotidianidad de San Lázaro.

## JUSTIFICACIÓN

La pertinencia teórica y profesional de la presente investigación para la Comunicación es el aporte de elementos procedimentales y conceptuales para pensar la comunicación en las instituciones como un proceso histórico.

Hacer preguntas que me permitían ubicar de mejor modo el objeto, condujeron esta tesis a un territorio absolutamente desconocido pero de gran riqueza conceptual para la investigación en comunicación. Preguntas tales como: ¿Cómo y de qué forma se produce un concepto? ¿Qué hace de la Esquizofrenia un concepto tan resbaladizo para la Psiquiatría? ¿Cómo se vincula la creación de un concepto con el nacimiento de una institución? ¿Qué vínculos podemos encontrar, si existen, entre la institución psiquiátrica, la política, la producción del saber, la escabrosidad de la Esquizofrenia y la formación y concreción de contextos de comunicación? ¿Hay algo que escape al orden político? ¿Cómo una categoría como la de Esquizofrenia puede ser aplicada a un contexto como el ecuatoriano? ¿Cómo pudo acontecer y extenderse el encierro en una sociedad con un epicentro tan cimentado en la colectividad?

Bien podrían estas preguntas resumir los intereses que motivan esta investigación y que la alimentaron durante los años de Facultad. Si bien quizá no se logre responder estas preguntas por completo, lo que se pretende con la presente investigación es impulsar otra entrada para el estudio de la comunicación en las instituciones.

Sumado a mi interés desde pequeño por la Locura (particularmente la Esquizofrenia) y por la Psiquiatría, en mis años de Facultad, las lecturas de Nietzsche, Freud, Marx, Watzlawick, Foucault, Freire, Bolívar Echeverría, Menchú Sánchez, Austin y las clases de Nelson Reasco, me condujeron a la idea y necesidad de pensar la comunicación en términos de más totalidad. En el caso de las instituciones, pensar la comunicación no como un acto de transmisión de la información, no como un problema de cercanía y espacios adecuados o no para el diálogo entre públicos internos y externos, o entre jefes y empleados, o entre doctores y pacientes, sino

pensar el porqué del límite entre lo externo y lo interno (el porqué de la pertenencia a la institución) y el porqué de la jerarquía.

En esta investigación e asentado aún más la seguridad respecto de la necesidad de pensar las instituciones, el encierro, el saber y la Esquizofrenia en torno a la comunicación. La poquedad en lo que respecta a la producción intelectual sobre estos temas en el país es preocupante. La Institución Psiquiátrica es un territorio considerablemente intocado y estudiarla, como fácilmente podrán notarlo quienes lean esta investigación, puede abrir un sin número de temáticas para comprender ya sea aspectos explorados como inexplorados en nuestro país.

La producción del saber, la institucionalidad, el poder, la modernidad, la construcción del sujeto mestizo, el racismo, el androcentrismo, el patriarcado, la construcción del Estado, la universalidad, la Democracia, son temas que abordados desde una perspectiva histórico-conceptual y amalgamados a la comunicación pueden ser pensados en formas considerablemente inéditas en este país.

Este trabajo despliega tal aporte, no como respuesta epistemológica única para pensar tales temas, sino como un trabajo-bisagra que permita asomar la mirada a un nuevo territorio de investigación, una mirada a la comunicación como hecho histórico, como un problema político y una cuestión de poder.



## CAPÍTULO I

### Del Leprosorio al Hospital Psiquiátrico: Las experiencias<sup>1</sup> de la Locura en Europa y su influencia en el Hospicio de Quito

#### 1.1 Comunión, Salvación y Exclusión: La herencia del Leprosorio y la locura en la Edad Media

En los albores de la Edad Media, Europa ya tenía una relación especial con algo que se denominaba vaga y confusamente locura, demencia, enajenación. A partir de allí, poco a poco, se configura a su vez una correlación Razón-Demencia que constituye una constante preocupación, una amenaza: un abismo en la constitución del otro de la razón. Este abismo representa para la cultura occidental moderna en constitución aquello que denomina *Lo Ajeno*. Su remedio próximo se ubicará en el *ocultamiento* de aquella *no-pertenencia*, de esa no-identificación, o de la negación de aquel segmento de su identidad. Tal negación es de relevante importancia para cuando el *sentido de exclusión* que hereda la sociedad europea, demande el encierro de aquellas existencias que tanto malestar le producen.

Los leprosos son separados del colectivo mediante un ritual que permite que no sean apartados de la gracia de Dios. La salvación, llegaba mediante la exclusión, no sólo para el leproso, sino para quien colabore con la exclusión. Así, la exclusión pasa a ser una forma distinta de comunión entre enfermos leprosos, colectividad y Deidad. Esta dinámica de exclusión para la inclusión o reintegración espiritual –según Foucault- permanecerá de forma similar dos o tres siglos.

En el ocaso de la Edad Media la lepra es ya solo un espectro, un fantasma para Europa. Estas ciudades deshabitadas que fueron los leprosorios “[por mucho pertenecieron] *a lo inhumano*, [desde el] *siglo*

---

<sup>1</sup> Después del recorrido por las páginas de la Historia de la Locura en la Época Clásica, se entiende por *experiencia* la relación de distintos aspectos y registros ya sean sociales, económicos, políticos, religiosos, ideológicos o culturales, que ponen de manifiesto los cambios y transformaciones que afectan al conjunto de las formas del decir y de la observación; es decir, las transformaciones que delimitan lo que es posible decir y observar en una época determinada.

*XIV al XVII, van a esperar y a solicitar por medio de extraños encantamientos una nueva encarnación del mal, una mueca distinta del miedo, una magia renovada de purificación y de exclusión*” (Foucault, 2010: 13). Las enfermedades venéreas, en un primer momento serán las que ocupen éste espacio, pero a diferencia de la lepra, pronto serán un asunto de médicos. Para ellos, existen entonces, tratamientos que intentan sanarlos. Pese a la carga de los juicios morales a los que es sujeta, su captación médica no es modificada del todo, sólo se traslada parte de la ocupación de la enfermedad venérea en el contexto médico al de la exclusión, al lado de la locura. Por ello, las enfermedades venéreas no tendrán tanta centralidad en la Edad Clásica como la lepra la tuvo en la Edad Media.

Lo trascendente es que este modo de juntar a todo aquello que implica una amenaza a la comunidad bajo una misma figura aún difusa en la Edad Media es lo que constituye la herencia de la lepra para Occidente de los próximos siglos. Esta figura a la que se le endosa gran parte de los males sociales que deben ser solucionados por medio del encierro, es la locura. Pero, no es sino hasta casi dos siglos después que la locura es dominada por unos revividos (para la causa) ritos de exclusión. *“Antes de que la locura sea dominada, a mediados del siglo XVII (...), había estado aunada, obstinadamente, a todas las grandes experiencias del renacimiento<sup>2</sup>”* (Foucault, 2010: 20).

## **1.2 La locura a finales de la Edad Media y el Renacimiento**

### **1.2.1 La nave de los locos y la herencia de la lepra**

Son varias las figuras que aparecen en el imaginario del Renacimiento en torno compleja relación razón-locura. La más simbólica y sencilla, es *Nef des Fous* (nave de los locos) *“extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos”*. (Foucault, 2010: 21). Foucault ofrece varias interpretaciones sobre el contenido simbólico y ritual del destierro de los locos en el mar. Colocarlos en un barco para remediar en algo las incertidumbres que su presencia provoca en los pueblos y ciudades tiene varias acepciones. Refirámonos a dos:

---

<sup>2</sup> Tomando en cuenta los límites de éste estudio, es evidente que resulta imposible referirse a todos los análisis que el Foucault de 1964 despliega en tan extenso estudio como es *La historia de la Locura en la Época Clásica*, se tomará por tanto, únicamente los que resultan pertinentes para comparar ciertas prácticas en San Lázaro y otros que son de relevancia para pensar el encierro y la exclusión.

a) En primer lugar se expresa la incomodidad que con su presencia provocan. Si en un lugar ya no es posible hacerse cargo de estos personajes difícilmente definibles para el saber de la época, puede que el viaje los conduzca hacia el puerto de una ciudad que los entienda, que los sume y acoja dentro de las costumbres de aquel sitio. Por supuesto esto no ocurre. Los barqueros y demás tripulantes fastidiados se desasen apenas pueden, en el primer puerto que encuentran de estos incómodos pasajeros.

b) Otra interpretación proviene de una asociación de lo infinito con el viaje por mar abierto. Consignarlos a un navío y al mar es consignarlos a viajar sin destino cierto. En este viaje no hay camino definido, hay mil posibilidades y cada una les ofrece la oportunidad de encontrar su propia razón o reencontrarse con la razón común. Inspirada en el antiguo ciclo de los Argonautas, el *Narrenschiff*, es una composición literaria que cobra nueva vida al interior de los temas de la mitología y que se institucionaliza en los Estados de la Borgoña. La práctica radica en embarcar en estas naves a una “*tripulación de héroes imaginarios, de modelos éticos o de tipos sociales se embarca para un gran viaje simbólico, que les proporciona, si no la fortuna, al menos la forma de su destino o de su verdad*”. (Foucault, 2010: 21).

Al menos, según este autor, la locura hasta el renacimiento dialoga con la razón y está manifiesta o presente para la razón de dos formas: como objeto de fascinación y como figura trágica. Sin embargo, con el devenir de los nuevos discursos que se organizan a partir de su encierro, la locura bajo la mirada del discurso de la conciencia crítica desembocará en la conciencia médica, y la otra, la de la figura trágica se sumirá en el silencio y no hallará ya vías de diálogo cuando la invención de la categoría de la enfermedad mental surja en el siglo XIX.

Considera Foucault que el siglo XVI fue el último que ve en sus líneas literarias la presencia de esta *locura trágica*. Poco después, la locura tiene siempre un retorno a la razón. En adelante, se pierde la dimensión de lo trágico y la locura no es más que error. Todo esto contribuye para que en la experiencia clásica de la locura, ésta sea declarada irreductible y estrictamente ilusión, y con ello los vientos de la razón que soplan con vehemencia empujarán la barca de los locos hasta el hospital.

A partir de la figura de la nave de los locos se puede ver como el agua y la locura están amalgamadas en el imaginario<sup>3</sup>, y como esta unión inscribe, perfila y trasciende el sentido de la exclusión y la cura.

---

<sup>3</sup> Con el fin de ampliar esta idea, se recomienda la lectura de los múltiples ejemplos de los cuales da cuenta Foucault en “*Stultifera Navis*”, primer capítulo de la parte primera de *La historia de la locura en la Época Clásica*, primer tomo. Allí, se encontrarán ejemplos de cómo agua-locura-viaje-barca se concatenan en un simbolismo que copa el imaginario social del siglo XV, ya sea que estos se plasman en la literatura (como Tristán), en la religiosidad (los místicos que piensan en el viaje y la locura como motivo del alma abandonada a un mar infinito

Al dejar al loco a su suerte para que navegase por alguno de los millares de caminos que el Mar le podía ofrecer, se pretendía, entonces, que gracias al azar hallen un puente que los conduzca hacia una tierra donde su locura y su verdad sean bienvenidas; o que se reencontrase con la verdad compartida por los habitantes que componen las ciudades europeas que los expulsan usando parte de su presupuesto. Mientras tanto, el loco es prisionero en el barco, prisionero en la libertad de la multiplicidad de las rutas que se pueden escoger, o en las que se puede terminar. Además, el viaje, específicamente en barca, representa “*toda una inquietud, surgida repentinamente en el horizonte de la cultura europea a finales de la Edad Media. La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres.*” (Foucault, 2010: 28).

Los posibles orígenes de estas concepciones son lejanos, están dispersos, y sobrepasan los límites de este estudio. Por ello, aquí, tan sólo, se remite a lo suscitado ya en la postrimería de la Edad Media. Vale decir, que en esta etapa todos estos rituales y simbolismos entran ya en rigor como una extensa variedad de *locuras* que se desligan de la creencia religiosa. Es decir, la locura como un descuido de valores cristianos que conducen a vicios y defectos, pasando a ser el componente de una gran *sinrazón*. Puesto que hay un paso que lleva la figura del loco a constituirse en la gran *categoría* de las “locuras”, se convierte de apoco, a su vez en una forma general de la crítica.

En las farsas y soties, el personaje del loco, del Necio, del Bobo, adquiere mucha importancia. No está ya simplemente al margen, silueta ridícula y familiar: ocupa el centro del teatro, como poseedor de la verdad, representando el papel complementario e inverso del que representa la locura en los cuentos y en las sátiras. Si la locura arrastra a los hombres a una ceguera que los pierde, el loco, al contrario, recuerda a cada uno su verdad [...]. (Foucault, 2010: 28).

Que este paso de la indeterminada figura del loco a la locura, coloque en el centro de la crítica a esta gran categoría, permite además, otra amalgama. Así como el agua se conecta con la locura, la barca, el viaje, la incertidumbre, lo demoniaco, construcción de la figura del loco como un personaje *otro*, retorno posible a la razón, exclusión, purificación, verdad, búsqueda de la razón y sanación; la locura se conecta, en este tramo de la historia con la muerte.

---

de deseos, de falso saber y de sinrazón mundana, aguardando que la bondad de Dios se manifieste en una corriente de viento que los conduzca de nuevo a buen puerto; o la representación del mar como una manifestación demoniaca), en la conducta y estado de ánimo (los ingleses explicando la melancolía y la predisposición a la locura a partir del clima marino), etc.

En el crepúsculo del Siglo XV, la muerte ya no es el tema que ocupa las constantes cavilaciones, ahora, la locura pasa a contener en el imaginario a la muerte.

“Hasta la segunda mitad del siglo XV, o un poco más, reina solo el tema de la muerte. El fin del hombre y el fin de los tiempos aparecen bajo los rasgos de la peste y de las guerras. [Este es el orden del que] ninguno escapa. (...) Pero en los últimos años del siglo, esta gran inquietud, gira sobre sí misma; burlarse de la locura, en vez de ocuparse de la muerte sería. Del descubrimiento de esta necesidad que reducía fatalmente el hombre a nada, se pasa a la contemplación despectiva de esa nada que es la existencia misma”. (Foucault, 2010, 31).

Y dado que la vida es fatuidad, burlesca mueca fugaz que inevitablemente nos transborda al fin de nuestra existencia, la locura contiene ya a la muerte. La muerte desenmascara lo que a leguas se intuye: el fin de la vida humana no solo como vida racional sino como presencia en el mundo. “*Pero lo que hay en la risa del loco es que se ríe por adelantado de la risa de la muerte; y el insensato, al presagiar lo macabro, lo ha desenmascarado.*” (ibid).

Pero la locura como centro de preocupación reflexiva no modifica la inquietud, sino más bien compone una suerte de doblez de una misma inquietud. La locura que pasa en el imaginario a contener a la muerte, lo hace porque se encuentra en sintonía con la lepra. En consecuencia a esta sintonía, forma una mixtura en el imaginario: como la lepra es también secuela de una vida sin virtud y sin apego acorde a valores imperantes en el siglo en cuestión, en las primeras llagas de la piel del leproso resuena la cercanía de la muerte, y la caída de cada tajo provoca un eco que retumba rimbombante, advirtiendo la caída de algo más: la caída de la razón<sup>4</sup>. Así como en ésta caída se advierte el *desprendimiento* de la piel, en la locura se puede advertir esta caída como un *desprendimiento* de la razón. Caída y desprendimiento a partir, ya no de las laceraciones a la piel, sino de las laceraciones a la norma, codificada, por ejemplo, en valores

---

<sup>4</sup> No se sugiere aquí que el leproso enloquece, sino más bien que la lepra es considerada el desenlace del uso erróneo del juicio. A la vez, es manifestación de la furia de Dios ante tal accionar. Además, nos referimos aquí con la palabra *razón* a una categoría y una concepción de la vida humana que desde hace mucho estuvo latente como referente de explicación de aquello que conforman los rasgos particulares del *ser*, del humano, pero que en esta época se enrumba hacia una etapa que la conducirá hasta el lugar privilegiado que ocupará en el Iluminismo, la Época Clásica y mediados del Siglo XIX, y que la dotarán de ese carácter que rige su singularidad y que la instala por sobre los otros rasgos que podrían describir al *ser* al punto de opacarlos: ese carácter es su universalidad.

como la medida, o el pudor, o en esa forma de entender el lenguaje en una sintaxis y morfología ordenada, de sujeto/ verbo/ predicado, o en una correcta dicción de las palabras.

Cuerpos desnudos, impúdicos, corriendo desaforados por las calles de las ciudades; harapientos ropajes, cabellos enmarañados cerca de las iglesias y demás Instituciones Burguesas; estruendosos y balbuceante relatos afectando los tímpanos y las creencias de los nobles, representan un hachazo profundo en el cuerpo de la norma, al código, a la conducta aceptada. Y es esta mixtura, la que forjará la herencia respecto del sentido de exclusión y encierro de la Época Clásica al Siglo XIX; siglos en los que la insensatez empieza a medirse en función de una determinada desviación respecto a la norma médico-política.

### **1.2.2 Escisión<sup>5</sup> sobre las locuras**

En el Renacimiento existe ya un movimiento de escisión sobre dos formas de locura: Una trágica y una irrisoria. La primera se expresa amenazante en los cuadros del Bosco<sup>6</sup> o de Durero<sup>7</sup>; parece anunciar la revelación de un perturbante secreto en el que el mundo halla su fin. Aquí, la locura se mezcla con las fuerzas oscuras del mal y, por ello, se asemeja al temido triunfo de Satanás. En la otra mitad de la escisión, la locura reina sobre todo lo bueno y lo malo en el hombre. En esta binariedad, la razón entabla un diálogo poco amistoso con la locura, y tiene siempre sus reservas y reparos con ésta. La razón la evoca, pero para valerse de ella en el momento en que quiere aplacar lo que denomina como ilusiones humanas.

---

<sup>5</sup> Entiéndase por escisión no solo una división, pues la escisión opera en el orden de lo sensible. En el transcurso de esta tesis se expone que la escisión, desde este momento y en el transcurso del tiempo cronológico e histórico, delimita y marca en el mundo humano la distribución y repartición entre lo que se puede decir, lo que se puede pensar y lo que se puede hacer. Ésta es, como se verá principalmente con Bourdieu, Sánchez, De Certeau y Foucault, una distribución de la práctica y del discurso que actúan como mecanismos de subjetivación. Se verá, pues, que la escisión se produce en el orden y distribución de lo sensible que inaugura la Modernidad.

<sup>6</sup> Los cuadros del Bosco: Una obra pictórica del pintor holandés conocido como Bosco. Su existencia data de 1450 a 1516. En particular, sobre el tema de la locura, sus cuadros suelen estar impregnados de un tono burlesco que pretende la crítica frente a quienes creen tener la verdad y el saber. “La piedra de la locura” es el cuadro al que se hace referencia en este párrafo.

<sup>7</sup> Alberto Durero (1471-1528), pintor y escritor alemán. Su influencia predominó en los artistas del siglo XVI de su propio país y de los Países Bajos.

## GRÁFICO N° 1



**(Dürer, 1513)**

La forma trágica de la locura en el universo pictórico se muestra indomable, pero en esta mitad de la escisión, se ve a la locura en proceso de domesticación bajo la mirada y el verbo mordaz, irónico y un tanto peyorativo del filósofo humanista. Es aquí -señala Foucault- donde surge la brecha que cercena más sentenciosamente en el decurso de los siglos a ambas locuras. Para este filósofo, es aquí donde se palpa los rastros que solventan la separación, línea y punto de demarcación de la locura en dos vías: la locura bajo la mirada del discurso de la conciencia crítica que desemboca en la conciencia médica, y la otra, la de la figura trágica que se sume en el silencio y que no halla ya vías de diálogo cuando la invención de la categoría de la Enfermedad mental surja en el siglo XIX; pero que, a pesar de todo vuelve en la desmesura de obras como las de Artaud<sup>8</sup>, Goya<sup>9</sup>, Van Gogh<sup>10</sup> o Nietzsche<sup>11</sup>.

Poeta negro

Poeta negro, un seno de doncella  
te obsesiona

---

<sup>8</sup> Poeta, dramaturgo, ensayista, novelista, director escénico y actor francés del siglo XX.

<sup>9</sup> Pintor y grabador español (1746-1828).

<sup>10</sup> Pintor, nació en 1853 en Zundert, países bajos, y muere en Francia en 1890.

<sup>11</sup> Filósofo, poeta, músico y filólogo alemán, calificado como uno de los pensadores modernos más influyentes del siglo XIX.

poeta amargo, la vida bulle  
y la ciudad arde,  
y el cielo se resuelve en lluvia,  
y tu pluma araña el corazón de la vida.  
Selva, selva, hormigean ojos  
en los pináculos multiplicados;  
cabellera de tormenta, los poetas  
montan sobre caballos, perros.  
Los ojos se enfurecen, las lenguas giran  
el cielo afluye a las narices  
como azul leche nutricia;  
estoy pendiente de vuestras bocas  
mujeres, duros corazones de vinagre. (Ataud, 1925: 31).

La locura en el Renacimiento ocupa un lugar privilegiado, que la convierte en el referente predilecto a la hora de nombrar debilidades humanas como la pereza o el aturdimiento. Para ejemplificarlo, Foucault recuerda que en el *Elogio a la locura* de Erasmo<sup>12</sup>, la locura las califica, las guía y arrastra hacia las debilidades humanas. Pero así como gobierna lo malo en el hombre, también lo hace por sobre lo bueno, como por ejemplo la curiosidad que impulsa a sabios y filósofos. Sin embargo, este beneficio aparece no como potencialidad, sino más bien como inocencia casi boba. Se muestra sin la magia de la fascinación. Aparece tan sólo atractiva, como un especial y ligero estado de regocijo y júbilo desaforado. La locura guarda alguna relación con el saber, pero no como una llave maestra que abre el sarcófago en donde se han ocultado sus oscuros, espléndidos y anhelados secretos, sino como el “*castigo de una ciencia inútil y desordenada (...) como el castigo cómico del saber y de su presunción ignorante*” (Foucault, 2010: 43, 44).

---

<sup>12</sup> Erasmo de Rotterdam (1466-1536), humanista, filósofo, filólogo y teólogo holandés.



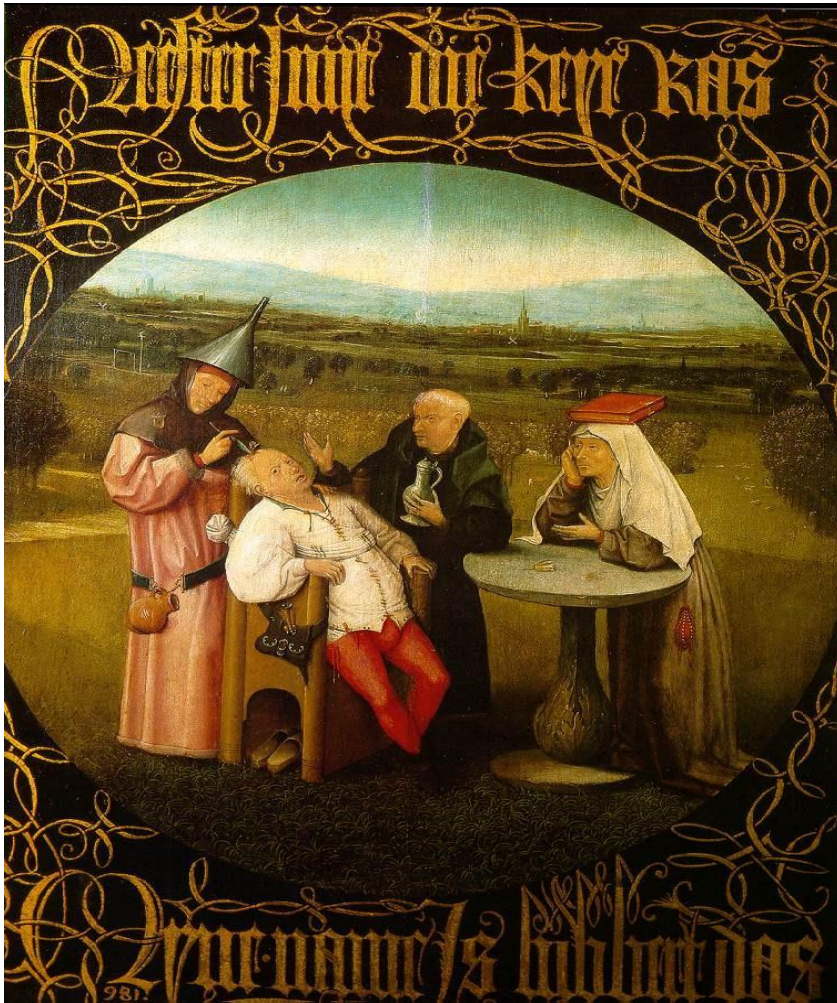
## GRÁFICO N° 2



(Brueghel, 1562)

La locura, en esta perspectiva, ya no se manifiesta como la oscuridad que acecha al hombre, como el fin mismo que está a la vuelta de la esquina; se muestra como unidad del hombre, pero en sus formas débiles e ilusorias. Ya no pertenece al mundo, a sus misterios y terrores, sino al hombre; está en él, en sí mismo. La locura es ahora una relación que cada ser tiene consigo mismo. No hay locura para Erasmo, hay locuras, formas y formas muy humanas de ésta. La mirada se vuelca hacia el hombre, el saber se ocupa en delante de la figura humana. Al presentarse como un accionar errante, como falta o irregularidad de la conducta, la locura ingresa en un universo moral. En la versión humanista se la mira de lejos, ya no aparece como una amenaza que acecha, sino como un estado de relajamiento frente a los grandes y verdaderos problemas de la vida; de ilusión y torpeza fáciles de poseer y controlar para el sabio que la mira desde lo alto.

GRÁFICO N° 3



(El Bosco, 1475-1480)

Es posible ver cómo pese a este distanciamiento que el sabio toma ante la locura, ésta, en su forma trágica aún se posa sobre la punta de la pluma y el pincel renacentistas, como puede apreciarse -según Foucault- en los poemas de Brant<sup>13</sup>, los cuadros Breughel<sup>14</sup>, Durero o del Bosco que deja plasmada para la posteridad, representaciones irónicas y satíricas de “*figuras retóricas de la moral*” (Foucault, 2010: 47). Sin embargo, pese a que estas manifestaciones aún persisten, la separación de ambas

<sup>13</sup> Sebastian Brant (1458-1521), humanista francés y escritor de obras satíricas.

<sup>14</sup> Pintor y grabador holandés, uno de los más importantes e influyentes del siglo XVI.

experiencias de la locura en la cultura europea ya está hecha; y conforme transcurra el tiempo, a partir de esta época, el distanciamiento se tornará infranqueable.

### 1.3 El ‘Gran encierro’, la concepción de Alienación Mental y la Enfermedad Mental como catapulta de la locura

La particularidad del siglo XVII radica en que, en éste momento de la historia la locura es rechazada y proscrita (o encerrada); y ello constituye el momento clave para que pueda ser dominada. A la par permite que la Psiquiatría positivista del siglo XIX, haga de la locura su objeto de estudio. Pero ese encierro se produce, además, como una respuesta a un gran debacle económico occidental producido por una crisis de la economía española y a un paro en la producción minera americana. (Foucault, 2010: 105, 542).

Se trata de lo que Foucault denomina ‘acontecimiento clásico’ compuesto principalmente de dos aspectos:

1) La locura es rechazada por un movimiento de la razón que la recusa condenándola al silencio. Descarta a la locura y halla fundamentos para una duda posible respecto de las verdades que el pensamiento percibe (o al menos cree hacerlo) con evidencia. Foucault detecta lo dicho en las Meditaciones de Descartes<sup>15</sup>, principalmente en su fórmula “y *qué, se trata de locos*”, pero es posible hallarla en otros escritos, como en su Discurso sobre el método. En Descartes, la *duda metódica*<sup>16</sup> marca pautas que de ser seguidas permiten que la razón no se extravíe<sup>17</sup> en la búsqueda de la verdad.

---

<sup>15</sup> René Descartes, filósofo, matemático y físico francés del siglo XVI.

<sup>16</sup> Descartes plantea que es metódica porque es un camino que nos conduce a la verdad. Es un diálogo fragmentario (por partes) con el objeto investigado, para buscar la verdad que este guarda. Este método se compone de cuatro partes: 1.-Dudar para no admitir como verdadero “*lo que con toda evidencia no reconociese como tal*” (Descartes, 1999, 31); dudar de todo menos de uno mismo; 2.- Dividir el objeto en partes mínimas; 3.- Ir de lo simple a lo complejo; 4.- Enumerar todo para omitir lo no necesario.

<sup>17</sup> En Descartes la razón se salvaguarda de cualquier amenaza procedente de la locura. Este movimiento se une al lugar que este filósofo le da al alma. Poseer cuerpo y alma nos vuelve seres imperfectos, a diferencia de Dios que no está compuesto por dos naturalezas. El alma que la ubica en la mente y que por tanto es para él, la razón, la “*inteligencia, [es nuestro vínculo con Dios]. (...) La causa de que muchos crean que hay dificultades para conocer a Dios está en que no saben que no saben elevar su pensamiento más allá de las cosas sensibles, y como están acostumbrados a no conocer más que lo que puedan imaginarse les parece que lo que no es imaginable no es inteligible. Enseñan los filósofos una máxima que es de perniciosas consecuencias. Nada hay en el entendimiento que no haya impresionado antes a los sentidos. Las ideas de Dios y del alma nunca han pasado por los sentidos; y los que quieren usar la imaginación para comprenderlas obtendrán los mismos resultados*”

Esta marcha puede resumirse de éste modo: hay que cuestionar todo lo que se conoce, dudar de lo evidente, con el fin de encontrar la verdad irrefutable, si es que ésta existe. Seguramente existen y existirán opiniones, ideas, sentimientos, pero no se les debe otorgar a éstos ninguna certidumbre. Solo la duda misma es cierta, la existencia de la duda es cierta, porque dudar es un acto del pensar, de la inteligencia, y por tanto dudar es pensar, y por eso se le debe otorgar existencia verdadera al pensar, porque es irrefutable que todos piensan. Para proteger a la razón, la duda busca “*tierra firme, base sólida en qué fundar las afirmaciones de [la] fe científica*” (Descartes, 1999: 39).

Pero hay un problema, en la duda uno corre el riesgo de ser insensato: “*Lo mismo despiertos que dormidos nunca debemos persuadirnos más que por la evidencia de nuestra razón (...) y no de nuestra imaginación ni de nuestros sentidos.*” (Descartes, 1999: 47). Para no caer en insensatez, no hay más que hacer caso omiso a aquello que no provenga de la razón, porque lo demás es ilusión. Así el sujeto se protege de dar demasiada importancia a lo irrisorio, y con ello protege a la razón. Al no dar crédito a la ilusión, al onirismo o al delirio, no se acepta por verdad lo falso, ni tampoco se pierde el sujeto planteando la disyuntiva de si la razón es otra ilusión<sup>18</sup>.

En nombre de la ‘duda’, que es la única ‘certeza’ que demuestra que el ser piensa -según Foucault-Descartes abre una brecha entre razón y locura. Su fórmula “Dudo, luego existo” o “Pienso, luego existo” no deja lugar al desvarío; quien duda ya no puede desvariar, ni dejar de pensar, ni dejar de ser; y por el contrario, quien cree que su abdomen alberga un millar de seres diminutos en perpetua guerra, y que estos viven sobre una nube de acero ovejuno, es decir, quien desvaría, ha perdido la guía de la luz de lo que es verdadero. Quien duda piensa, quien piensa existe. Quien desvaría no piensa, quien desvaría no existe como ser pensante, como ser racional, no ingresa en su mundo. Existe como un ser al que se puede ver, es un ser físico, pero sin mente; porque se ha extraviado de la razón; porque se sumerge en ese camino incierto de las sombras, en ese territorio falaz en el cual nada confiable hay, porque nada hay que sea verdadero y cierto allí.

---

*que si se sirven de los ojos para oír o para oler.*” (Descartes, 1999: 45, 46). Se nota que sugiere servirse de éste vínculo llamado alma que es al mismo tiempo la razón. [Las negrillas aparecen en el texto original].

<sup>18</sup> Se libera así una forma de concebir la verdad que no incluye la sinrazón o a lo que se piensa que ésta contiene. La imaginación, los sentidos, el onirismo no pueden decir nada del sujeto y su mundo. Se trata aquí de descartar un lenguaje que será silenciado en los dos siguientes siglos posteriores al XVII. No será sino hasta que Freud describe la sinrazón al nivel de lenguaje que se abren líneas de diálogo con ésta. Según Mariana Landázuri, el momento en que el Psicoanálisis está desarrollando, forma parte del momento en que la Psiquiatría en Ecuador se abre enteramente al mundo de las ideas adoptando y trabajando acorde a los postulados que se desarrollan tanto con Freud como con el Positivismo. De allí la importancia de nombrar este momento. (Landázuri, 2008: 111, 112, 134, 140). Es necesario señalar que nos referimos aquí a una apreciación de esta autora, en cuya descripción no se halla explicación detallada sobre las características del Positivismo de la época.

La duda en Descartes libera al mundo de ilusiones, de menguas, encantamientos y delirios. La locura por el contrario solo se queda en sí misma, es su falacia. Esta brecha abierta por Descartes, para Foucault marca el momento clave para la diferenciación entre la época clásica y siglos anteriores. Es decir, el clasicismo hereda la concepción de Descartes y la aplica en el marco moral, ético y político del siglo. Pero la escisión entre razón y locura no solo tiene que ver con un predominio del racionalismo moderno, para Foucault, hay otro signo que habla de esta separación: el internamiento.

2) La locura es internada. Los motivos religiosos, económicos, políticos y morales tienen una importancia significativa en lo que Foucault llama el ‘gran encierro’, que está presente en todo el siglo XVII, en el que los pobres, vagabundos, ociosos, disolutos, mendigos, pervertidos sexuales, homosexuales, libertinos son encerrados junto con los dementes en el Hospital General. Este encierro contiene dos aspectos. Por un lado, el hecho de que se destine un solo lugar como destino común de los rostros de la recusa (la locura) y de los rostros de la condena moral y ética (la sinrazón), causa que la locura pase a ser Insensatez<sup>19</sup>. La locura ya no es más la voz del fin de los tiempos, no dialoga con la razón ni tampoco merodea entre las sombras los espacios en los que antaño casi resultaba familiar. Pierde aquí su grado de particularidad, y al fundirse con los reclusos, se funde con el grupo de los que deben ser corregidos. Por otro lado, lo que se origina en el internamiento es la sanción y el castigo (más no la medicalización) para todos quienes son enviados hasta allí.

Sin embargo, el gran encierro no permite únicamente definir el rostro de lo que se debe condenar mediante la proscripción social, también diseña todo un campo de experimentación, al otorgar una patria común a tantos personajes, también se reúne valores, y ambos aspectos se amalgaman en un solo cuerpo: el de la insensatez. Algo que para las culturas predecesoras no es concebible, en este tramo de la historia ocurre. Para Foucault, esta amalgama organiza el modo en el que el siglo XX experimenta la locura. Experimentación que se distingue por el hecho de que este nuevo cuerpo de la locura (de esos personajes y esos valores amalgamados) se encuentran, para este siglo, integrados en el campo de lo que se nombra como alienación mental, que da origen a la Enfermedad Mental, la gran categoría de este siglo, y a su vez a la Clasificación Mental.

---

<sup>19</sup> Si bien es cierto que los siglos precedentes nombraban ya la insensatez, la experiencia aquí es diferente. La insensatez permite en este momento de la historia, familiarizar rostros en el mundo del internamiento a través de una moralización de la locura; y al unísono ubicar su origen en la mala voluntad y por ende en la capacidad de cada individuo de elegir entre lo correcto y lo que no lo es. Se puede decir, entonces, que la insensatez es una categoría que sirve para designar varias formas de locura percibidas en esta época y que no son autónomas porque están conectadas con el orden moral que las mira, observa y muestra como perturbación.



Además, el momento en que los insensatos, esos personajes que desvarían (suicidas, magos, homosexuales, libertinos, derrochadores, depravados) son confinados a una patria común, son ante todo, localizados, y al serlo son percibidos y así pasan a convertirse en ‘objetos de percepción’ y en ‘objetos de conocimiento’. Es decir, al adquirir una dimensión empírico-positiva el objeto percibido se vuelve pensable. En base a la percepción del objeto (de su observación e información), éste se convierte en objetos el conocimiento. Ya que la insensatez tiene el rostro de aquello que la sociedad rechaza, empieza a ser medida a partir de una determinada desviación de las normas sociales y surge la necesidad de convertirlos en objetos de la norma social; y esa sociedad, ahora tiene un lugar específico en donde puede reconocerla y a donde puede destinarla y controlarla. Para Foucault, este momento es crucial, indica que la insensatez solo pudo ser objeto de estudio una vez que es proscrita y dominada<sup>20</sup>.

Sin embargo, la locura poco a poco, en un desplazamiento epistemológico de mayor racionalización del “objeto-locura” (que pasará a ser propio del campo de la Psiquiatría), se aparta de la gran categoría que es la insensatez y vuelve a ocupar un lugar único una vez que se vuelva a plantear la cuestión del valor del internamiento en una perspectiva económica. Visto desde allí, se piensa que es preferible reintegrar en el mundo laboral a quienes pueden ser útiles para ello. En este momento, la locura es separada de esos rostros que coexisten juntos a ella en el contorno de la insensatez, quedándose sola en el espacio del encierro que compartió con aquellos rostros. Los locos, los dementes se quedan cara a cara con los médicos que están a su cuidado. De allí surgen el Manicomio que funda Pinel, la medicalización y las condiciones adecuadas para la constitución de la locura como enfermedad mental.

En adelante, predomina el positivismo, y antes de que llegue el Psicoanálisis freudiano, todo se ve bajo su lupa. Los locos ahora son alienados mentales. Gracias a esta categorización de

---

<sup>20</sup> Si ello sucede es porque el miserable deja de ser el representante invisible de Dios en la Tierra (aquel que despertaba esas hospitalidades guiadas por la Gracia Divina). La locura –cuanta Foucault- era considerada por la caridad medieval parte de ese mundo oscuro de la miseria, que permitía que se la sacralice, puesto que tiene los mismos derechos que el resto de miserables. Es decir, en el siglo XVII, la locura es desacralizada porque la miseria también pasa por esa desacralización que la ubica ahora en la mira del mundo moral. Por ello cae en el círculo del poder del Hospital General. Ya no se remite más a la caridad, al milagro o a la bondad de Dios. Locura y pobreza se ubican en los terrenos de la moral. La hospitalidad se hace presente ahora sólo en el Hospital General, y de ello deriva el surgimiento de una sensibilidad social que ya no es religiosa, sino policial. Y una vez despojada de esos derechos que le eran propios a la miseria por mandato Divino, el loco pasa a ser discriminado por ocupar un lugar con los miserables y por ser y pertenecer al mismo lugar. Pero, el encierro permitirá algo más que el dominio de la miseria y la locura, inaugura una práctica de ‘policia’ a cargo del Estado y las instituciones encargadas del encierro: “*De policia en el sentido muy preciso que se le atribuye en la época clásica, es decir, el conjunto de las medidas que hacen el trabajo a la vez posible y necesario para todos aquellos que no podrían vivir sin él [...]*” (Foucault, 2010: 101).

locos como Alienados, se crea las condiciones para la invención de la Enfermedad Mental; y gracias a la incursión de la supuesta “liberación” en Tuke<sup>21</sup> y Pinel<sup>22</sup>, los alienados se ven “libres” de sus cadenas. “Liberación”, entre comillas, porque según nos lo cuenta Foucault, la positividad canta con alevosía y exagerado sentido de mérito los logros y virtudes de esta liberación. El paso del encierro, el internado y la correccional al manicomio<sup>23</sup>, que es a su vez el paso de la locura a la enfermedad mental, apaga por completo la voz del loco encerrándolo en su propia locura a través de la etiología y la nosología, sus vertientes teóricas<sup>24</sup>.

Para Foucault, el manicomio fundado por Pinel, no es solo un territorio amplio y abierto para la observación, el diagnóstico o la terapéutica; es también un espacio judicial de acusación y condena; y del cual, al parecer, los enfermos mentales se liberan mediante el arrepentimiento.

---

<sup>21</sup> Samuel Tuke, comparte las ideas de Pinel respecto de que las enfermedades mentales son curables, que los enfermos mentales pueden autocontrolarse. Pero para ello se les debía iniciar en varias ocupaciones y distracciones. Ya que populariza las ideas contenidas en el denominado ‘tratamiento moral’ (que consiste básicamente en lo que se acaba de describir), se ubica su pensamiento en varias páginas de internet como el origen concreto de la terapia ocupacional (que aquí no es descrita, pues excede los límites de este estudio, pero se sugiere su lectura).

<sup>22</sup> Philippe Pinel (1745-1826), médico francés dedicado al estudio y tratamiento de lo que denominó enfermedades mentales.

<sup>23</sup> El encierro como fenómeno de la época clásica que se fundamenta en una ética; el internado como lugar de homogenización de las diferencias; correccional como dinámica institucional de reinserción laboral; y manicomio –como Foucault lo señala en *El Poder Psiquiátrico*- como institución cuyas prácticas buscan imponer una verdad (la del médico) e intensificar la realidad percibida por este en el loco mediante su dominio, he aquí la aplicación de lo que este autor denomina ‘cura clásica’. (Foucault, 2005: 154, 155).

<sup>24</sup> Gladys Swain, en el texto *El sujeto de la locura* del libro *Pensar la locura* compilado por E. Roundinesco, citada por Efrén Cruz en *El Loco y la Institución Mental*, sostiene que “la psiquiatría no nació de un acto de liberación de los locos. Ella considera que este es un hecho necesariamente mítico, un suceso que fue atribuido a Pinel, en el cual aparentemente se lo muestra como el gran luchador, el que logro que se quiten las cadenas a los locos. Swain, basada en investigaciones, afirma que esta situación no se dio en la realidad, que más bien fue Pussin, el enfermo encargado del control del asilo, el que trabajó duramente para lograr que se de una progresiva liberación de los locos. La institución manicomial, como tal, surge en función de la instauración de la psiquiatría. El psiquiatra, a más del conocimiento médico, del saber científico sobre la locura, resulta ser heredero de los filósofos, de los grandes alienistas, del poder que ejercían los enfermeros y los médicos de los asilos. Sin embargo, la institución creada por la psiquiatría no ha podido desligarse de la función que tuvo el asilo medieval, el hospicio, del sentido que tiene la dinámica punitiva de la prisión, es de ser un instrumento que no sólo está para la curación del enfermo o por lo menos para intentar hacerlo, sino para mantener irrestrictamente el orden social y la represión que este exige.” (Cruz, 2003: 139).

Además, en el manicomio, la locura es castigada<sup>25</sup>, puesto que continúa aprisionada en un mundo moral.

Se cree entonces que Pinel y Tuke disponen al manicomio al conocimiento médico. Pero Foucault piensa que no introducen una ciencia, sino a sí mismos como personajes (como voces autorizadas de un saber en construcción), cuyos poderes emanan de un saber que se justifica a sí mismo. Y si es el médico, quien tiene la posibilidad de demarcar y describir la locura, no se debe a que esté al tanto de lo que es. Es decir, no se debe a que la conozca a profundidad; se debe más bien, (y Foucault no cesa de repetirlo) a que la domina. No es sino hasta que el ‘gran encierro’ acontece que el médico puede ser un ente primordial, cuya función deja de ser insignificante y pasa a ser fundamental y privilegiada respecto de quien habla de la locura y enuncia al loco. Lo que el positivismo, entonces, denomina su objetividad, no es sino consecuencia de esta dominación de la locura o de su encuadramiento en unas leyes positivas de la subjetividad.

#### **1.4 Los orígenes de la clínica psiquiátrica y la consolidación del Hospital Psiquiátrico**

Los orígenes de la clínica psiquiátrica se encuentran en los escritos de Pinel, quien inicia el estudio sistemático de los reclusos en aquellas instituciones fundadas, como se ha visto, en el siglo XVII como medida económica y precaución social. Estas instituciones, para cuando llega Pinel, se encuentran operando como alternativa para poner orden al mundo de la miseria. Es una institución que ayuda a administrar la pobreza y como precaución para apartar a los inadaptados sociales del resto de ciudadanos. A partir de Pinel el asilo adquiere forma, y ya no

---

<sup>25</sup> Y posteriormente, en la segunda mitad del siglo XX, en la denominada Institución Mental u Hospital Psiquiátrico, Erving Goffman, sostiene que esta institución forma parte de un conjunto que nombra como ‘Instituciones Totales’ que son administradas bajo un régimen formal, y que el internamiento, entre otros aspectos, actúa como proceso de ‘mortificación del yo’, que a su vez actúa como medio para asegurar la ‘desprogramación de los roles del yo en la vida civil’. Lo cual sostendría de algún modo la tesis de Foucault de que el ‘Gesto liberador’ de Pinel, para el siguiente siglo, no resulta ser más que una especie de mitología positivista. (Foucault, 2010: 529). Este tema se aborda en el tercer capítulo de esta tesis.



es sólo un sitio para el encierro y la exclusión, sino también, un lugar, un sitio para el conocimiento, que termina por cimentar el camino al saber científico de la Psiquiatría, para que esta ciencia pase a ser la gran interlocutora de una nueva forma histórica de la relación Razón-Locura: El tratamiento.

Es aquí, donde surge esta nueva relación histórica entre Razón-Locura cimentada en los fines prácticos que encausa el tratamiento donde hace su arribo el método terapéutico como emergencia y necesidad del saber psiquiátrico en vías de consolidación. Es posible pensar un método terapéutico gracias a que en la postrimería del siglo XVIII, la medicina concentra su interés en el estudio de las bases orgánicas en torno a los logros alcanzados por los estudios anatomopatológicos de un gran número de enfermedades que poco antes se piensa que están relacionadas con flujos o humores que no podían ser descritos con base fisiológica; lo que permite, además, que el tratamiento se conciba en base a la causa de lo que les ocurre a los sujetos afectados.

Pero, como se dijo anteriormente, adecuar un tratamiento en casos particulares supone:

- a) La observación empírica de los casos;
  
- b) La agrupación de enfermedades por diferencias y similitudes sintomáticas y evolución de sus estados;
  
- c) Construcción de clases géneros y especies de enfermedades;

d) La categorización como resultante de los tres puntos anteriores.

Este trabajo, es sistematizado por Pinel y además da un siguiente paso que es de suma importancia para la tradición médica de su tiempo: organiza un lenguaje. La observación delimita un objeto de estudio que, a su vez adquiere una estructura de enunciación. Con ello, Pinel pretende introducir enteramente la locura en el campo de la ciencia como enfermedad mental, apartándose de las anteriores concepciones sobre ésta y sustituyéndola por la idea de alienación mental como una enfermedad orgánica que no permite el buen funcionamiento del Sistema Nervioso. *“La sustitución de la denominación de locura por la de alienación mental propuesta por Pinel abre el camino para la consideración de ésta como enfermedad orgánica que afecta a las funciones superiores del cerebro. Las afecciones del sistema nervioso [...] son ubicadas por Pinel en la clase de las ‘neurosis’.”* (Puig y Sosa, 2004:7).

Además de originar un método de estudio y una estructura que enuncie un determinado objeto de saber, el tratamiento constituye el motor que impulsa dos momentos: 1) La paulatina separación de los alienados de los demás confinados en estas instituciones; 2) La noción de la locura como alienación mental y esta como enfermedad orgánica, y posteriormente la clasificación mental en base a las causas, ya sean físicas (como golpes, mal formaciones), herencia o sobre causas morales (como excesos en costumbres y formas de vida o pasiones que permanecen contrariadas largo tiempo); le llevan a pensar que esta última tiene una importancia relevante. En su experiencia con alienados nota que la mitad de los casos que encuentra en el camino están directamente relacionados con esta causa. Pinel piensa que las causas morales tienen tal grado de importancia en el normal funcionamiento de los órganos y sobretodo del cerebro, que pueden llegar a afectarlos al grado de alienarlo.

El ‘tratamiento moral’ como Pinel denomina a su terapéutica, pasa a ser una práctica metódica que puede devolver a los alienados su razón y la dignidad que han perdido a causa de la enfermedad. Para ello, es necesario aislarlo en esta institución especial que él idea, con el fin

de apartarlo de los pensamientos que lo enferman para después controlar y modificar su situación.

En el asilo el paciente será sometido a una disciplina severa y paternal, en un mundo completamente regulado por la ley médica. Las estrategias serán el juego dosificado de las amenazas, las recompensas y los consuelos y un gran cuidado acompañado de una gran firmeza que irán sometiendo al paciente a la ley colectiva, "al trabajo mecánico" y a la "policía interior" que la regula. Para ello es preciso, y de ahí la necesidad de romper cadenas, no emplear nunca la violencia ni los métodos degradantes: (...) la dulzura y la comprensión bastarán. Por ello a los agitados y los furiosos no se los encadenará sino que se los dejará "divagar" por el asilo únicamente con la camisa de fuerza si fuera necesario. **Encontramos pues en la sumisión el primer paso hacia la curación.** (Puig y Sosa, 2004:8). [Las negrillas son del texto original].

A partir de este momento, finales del siglo XVIII y hasta mediados del XIX, los debates respecto de la causa afloran permitiendo que la clínica psiquiátrica avance velozmente<sup>26</sup> y poco a poco adquiriera su propio estatuto, puesto que hasta el momento es considerada una rama de la neurología, porque emerge y se nutre de las investigaciones neurológicas de las localizaciones de las diferentes funciones en el Sistema Nervioso Central; Esquirol, Gall, Georget, Griesinger, Bayle y Falret, son los personajes más destacados en esta escabrosa y compleja discusión. Para la segunda mitad del siglo XIX se logran aislar entidades clínicas.

Entidades clínicas que todavía persisten en la actualidad, según el modelo médico de poder determinar no sólo la descripción de los síntomas sino también su evolución y su pronóstico. En 1854, **Baillarger** presentó la descripción de la locura circular, lo que sería posteriormente, con Kraepelin, la Psicosis maníaco depresiva; **Lasegue** describió el delirio de persecución; **Magnan**, el delirio crónico sistematizado; **Serieux** y **Capgras**, el delirio de reivindicación; y **Kaulbaum** fue el primero en utilizar el término de paranoia para designar a los delirios crónicos sistematizados e hizo la descripción de la catatonía. El desarrollo de la nosografía psiquiátrica continuó los primeros años del siglo XX a partir de las nuevas ideas surgidas de la fenomenología y de la psicología dinámica, completando el cuerpo de la psiquiatría clásica con entidades como la esquizofrenia de Bleuler, la parafrenia o la paranoia. (Puig y Sosa, 2004:16).

Es posible notar en esta cita que una vez que la locura pasa a ser objetivada como Enfermedad mental en este siglo, ello permite a su vez la construcción y consolidación de un campo de mayor especialización en torno a la Enfermedad mental. Este es el siglo en el que se conforma ya un cuerpo

---

<sup>26</sup> Pero no se describe esa evolución en este escrito porque excede sus límites.

conceptual para pensar la esquizofrenia, para diagnosticarla acorde a la detección de los síntomas, medicalizarla y tratarla conforme las nuevas terapéuticas que surgen y que unos años más tarde (como se puede ver en los siguientes puntos) son aplicadas en el Hospicio-Manicomio San Lázaro. Las dos primeras décadas del siglo XX los aportes de Kraepelin, Jaspers, Blondel, Bleuler y Janet son decisivos para la Psiquiatría y son claves para que Freud desarrolle varias de sus posturas.

Todo este camino recorrido por el saber en formación y auge que es el saber psiquiátrico en Europa, tiene una incidencia en el modo en el que en Ecuador se organiza y cimenta la Institución San Lázaro. La cientifización de la locura, su percepción y consecuente objetivación, en el caso ecuatoriano no termina aislada en la institución, o por decirlo de otro modo, no se desarrolla al margen de los eventos políticos del país. Su anexamiento a la vida política es notable en el desarrollo de toda esta tesis, pues la vida política y la producción teórica se unen y marcan como rieles de tren el camino hacia la producción de la categoría de Esquizofrenia que para inicios del Siglo XX es absolutamente posible; pues como se explicó anteriormente, con Pinel, hasta el momento surge un objeto, un método y surge una institución que produce la categoría de Enfermedad mental y a partir de ella se desprende y despliega su calcificación.

Recordemos pues que en 1911 la Junta Central de Asistencia Pública ejecuta una de sus primeras obras, trasladando, desde el Hospicio de Quito, a los pacientes hansenianos (leprosos) hasta Pifo, otro antiguo noviciado de los expulsados Jesuitas, con el fin de poner en aislamiento a una enfermedad que lo requería con suma urgencia. Ese mismo año Freud ya produce el texto acerca del caso Schreber, “*Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente escrito*” y Bleuler un trabajo sobre esquizofrenia.

Dieciséis años antes, en 1895, en Ecuador acontece la Revolución Liberal, y la política que se instaura desde entonces, condiciona todos los aspectos de la vida nacional y de sus instituciones, y hace mella por supuesto en la Medicina, permitiendo de una forma muy particular, que la Psiquiatría ingrese en el Hospicio San Lázaro, que hasta el momento es gobernado por un Poder Colonial, conformado por la articulación de lo político-religioso (Sánchez, 2005, 61). La Revolución Liberal halla en la psiquiatría una clave para combatir, contrarrestar y alejarse del dominio eclesiástico. Este paso, constituye, quizá,

uno de los cambios más importantes en la existencia de esta institución, del desarrollo académico y científico y de ciertas creencias sociales en el País.

Mariana Landázuri sugiere que la Revolución Liberal permite que la Psiquiatría adquiera la responsabilidad y control de la institución asilar de Quito y de sus internos. Contribuye a su desarrollo una vez que se inserta en el mundo de las ideas de la mano del Positivismo, y dicha inserción –señala la autora citando el estudio introductorio de Pensamiento Positivista Ecuatoriano de Samuel Guerra Bravo- motiva una desvalorización de la capacidad de crear pensamiento propio y cimienta el complejo de inferioridad frente a lo extranjero. (Landázuri, 2008, 140).

No descuidemos que el arribo del modelo de Pinel a Ecuador ocurre por dos factores. Entra por la puerta que le abre la Revolución Liberal y “llega”, digamos, por un proceso de mundialización de este modelo. Modelo que ingresa al país en el momento en que Freud busca propagar una nueva forma de relación razón-locura, y en el momento en que la Revolución Liberal está construyendo la nueva Nación y el nuevo ciudadano de la Nación. Dentro de este marco de discusión teórica, en pleno desarrollo del Psicoanálisis y auge del Positivismo, Ecuador ya se introduce en el campo de las ideas, poniéndose al tanto de lo que produce Europa y **aplicándolo**. Este aspecto de fuerte tensión político-teórica, es revisado a continuación, no sin antes sondear sus antecedentes.

### **1.5 San Lázaro: Del Hospicio al Manicomio**

En 1587 les es donado a los jesuitas un terreno al pie del Panecillo, entre las hoy conocidas calle Ambato y Bahía. Ahí levantan un tejero y ladrillero que usaban para la construcción de sus edificios en el centro de Quito. En 1738 pasa a ser una casa de ejercicios espirituales. Para 1751, el obispo Juan Nieto Polo del Águila pretende perennizar esta práctica en la institución y dispone la construcción de otra casa adjunta a la de los jesuitas. Dos años más tarde, estando ya en construcción la capilla, el obispo solicita a la Corona su aprobación para abrirla al culto, pero se niega la petición, pues la Corona considera que los jesuitas ya cuentan con casas de

ejercicios espirituales. Pero, luego del terremoto de 1755, el colegio y noviciado jesuita en Latacunga queda destruido, el obispo Polo de Águila decide ceder el terreno a los novicios para sus ejercicios. Tras su muerte en 1759 y la expulsión de los jesuitas en 1767, deja la construcción a disposición de la autoridad real que decide sirva para hospicio de pobres y establecimiento de caridad, y que el noviciado pase a ser el cuartel de milicias, las cuales se instalan en 1771.

Poco después se advierte del peligro que representan para la vecindad los personajes que habitan el hospicio y se opta por cambiar los roles y finalmente, el 15 de marzo de 1785, el presidente de la Audiencia, Juan José de Villalengua y el obispo de Quito, Blas Sobrino y Minayo, suscriben el acta de creación del hospicio de “Jesús, José y María”. El 7 de enero de 1786, tras la salida del cuartel de las instalaciones, el hospicio abre sus puertas para atender a mendigos, niños, expósitos y leprosos. (Consejería de Obras Públicas y Transportes: 2004, 151).

Inicialmente en el ingreso se reconoce, con una suerte de clasificación, a niños huérfanos, mendigos y leprosos. Poco después, ya no hay diferenciación alguna, al punto que el ingreso de los locos es imperceptible y no deja rastro en los registros del hospicio. La ola de vagabundos que llegan hasta allí, opaca el ingreso de otros grupos. La población de vagabundos crece debido a que la crisis económica mundial tiene su efecto negativo en la producción textil de la Sierra Ecuatoriana y por ende en la minería, la principal fuente de la economía colonial, dado que surte de tejidos a esta actividad, y el número de pobres aumenta notablemente. La respuesta que se da en el país es la misma que Europa le da al mundo de la miseria a mediados del siglo XVII: la proscripción.

Como se ve, el momento en que la concepción europea de enfermedad mental surge y toma cuerpo coincide con el momento en el que la Psiquiatría en Ecuador despegua, y el ‘gran encierro’, es el momento en el que el hospicio en Quito cobra vida. El encierro en Quito

arranca para 1800, e intenta controlar el “*desorden social y la inobservancia religiosa* [es imperativo] *ocupar a esa mano de obra haragana para que se haga agradable a Dios, hay que corregir los vicios morales con la doctrina cristiana, hay que albergar a los huérfanos, hay que resguardar a la población del contagio de las pestes, hay que adecentar los templos de gente que los afea pidiendo limosna incluso en medio de los oficios.*” (Landázuri, 2008: 24).

La población que en este momento es destinada a ser proscrita, ahora es localizada en un mismo sitio. Pese a que la población entera que habita el hospicio “Jesús, José y María” es comprimida en el rostro de la pobreza<sup>27</sup>, deben existir motivos para que en su interior se creen salas distintas para locos, otra para leprosos, otra para vagabundos, otra para mujeres. Si el encierro actúa como un modo de control y alternativa sobre el “desorden social y la inobservancia religiosa<sup>28</sup>”, es decir como intervención ante un problema moral<sup>29</sup>, socio-económico y sobre un sector crítico respecto de los valores religiosos, es posible pensar que la creación de alas al interior del hospicio permite controlar la actividad sexual<sup>30</sup> y por ende la

---

<sup>27</sup> Destinar una patria común a varios seres humanos, termina por conformar al hospicio como cárcel para pobres, y ello da lugar a que el pobre sea reconocido en el rostro de locos, leprosos, alcohólicos, ladrones, prostitutas, asesinos, infieles, mujeres que han abandonado a su esposos, jóvenes desobedientes, celosos; y al unísono, se piensa que mediante el encierro se puede purificar y reintegrar cuerpos a la sociedad y al mundo laboral y espiritual, es una tesis en la que coinciden Efrén Cruz Cuesta en *el Loco y la Institución Mental* (Cruz, 2003: 27), Mariana Landázuri en *Salir del Encierro* (Landázuri, 2008: 24), y Ménthor Sánchez en *Poder y locura* (Sánchez, 2005:23) lo que incluso para este autor conlleva una ‘dominación e ideologización de la pobreza’, lo que significa seleccionarla, estigmatizarla, clasificarla, excluirla, descalificarla, reprimirla y condenarla, (ibid. pp. 36, 37).

<sup>28</sup> El reglamento de 1786 para el hospicio, estipula que dentro de las actividades diarias deben constar las religiosas. Cuatro horas y media se dedica al adoctrinamiento cristiano, que incluye actos de fe y caridad, rezos, bendiciones, etc. La presencia e influencia de lo religioso en el reglamento de una institución como esta, destinada a la opresión de libertades de marginales y locos, instaura un aparato jurídico religioso que permite el libre andar de una maquinaria socio-política o aparato de captura instituido por la Iglesia en la sociedad colonial para la imposición de costumbres y normatividad de comportamientos de los indígenas y la obligatoriedad de la confesión, que actúa como su desmovilizador social y físico. (Sánchez, 2005: 46-49).

<sup>29</sup> Recordemos que a finales de la Edad Media la locura está ya asociada por la creencia religiosa como un descuido de valores cristianos que conducen a vicios y defectos. De allí se desprende la asociación de la locura a los problemas de tipo moral.

<sup>30</sup> El encierro y la coartación de la actividad sexual no sólo previene la reproducción de este grupo de indeseables, permite precautelar una moral social que se alimenta aún en el siglo XIX de nociones de teólogos medievales e inquisidores que señalan que las mujeres son fuente de lujuria y pecado. Hasta el hospicio son llevadas las mujeres que se han separado de sus maridos o que los han abandonado. Coartando su libertad se previene que

reproducción de este grupo de miserables. Prevenir los problemas que se pueden suscitar entre locos y demás internos; advertir entre débiles ancianos y vagabundos más jóvenes quién puede realizar aún algún trabajo; evitar la propagación de la lepra por el contagio.

Para 1816, hay ya 118 asilados (Cruz, 2003: 65), entre los cuales se encuentran 6 locos (Landázuri, 2008: 27). Su presencia es tan inquietante que resulta necesario crear un servicio especial a su cuidado. Es así que, en 1891, empieza a funcionar el área llamada Manicomio en el ala oriental de Hospicio a donde son llevados los enfermos extremos. La sala Santa Magdalena en la planta baja es para mujeres, y la planta alta, destinada para hombres se llama San Lázaro. Si bien los locos alarman, no angustian tanto al siglo XIX como la lepra. *“Para hacerle frente es para lo que se ha fundado un año después del hospicio y anexado a éste, el Hospital de San Lázaro. Rara vez se lo denomina hospital, quizás porque hay muy poco que justifique su nombre. El término que se maneja administrativamente es el de Hospicio y Manicomio San Lázaro”* (Landázuri, 2008: 29).

Lllamarlo Hospicio Manicomio y no hospital, no sólo se debe a que allí no se consolida una terapéutica médica y metódica específica, se debe a que el Hospicio Manicomio es un lugar para el desecho social al que se le da la espalda. No hay presupuesto<sup>31</sup> destinado a la cura, ni el bienestar de quienes conforman la institución (Director, Mayordomo, Sacerdote o Capellán, internos, monjas de la Caridad, médicos, empleados), existe una coartación de la libertad y no de cura en donde se espera que la purificación y el buen juicio vuelvan a los internos mediante el castigo.

---

pequen por esa necesidad que se piensa es exclusiva e intrínseca a su esencia y que se puede acrecentar con el ocio que puede traer la separación con sus esposos. (Cruz, 2003: 64).

<sup>31</sup> El tema del presupuesto, desde que fue fundado el hospicio es muy conflictivo y fue planteado desde la caridad y la beneficencia principalmente. Desde 1682 los betlemitas crean padrones para registrar quienes contribuyen con los hospitales que están a su cargo. La contribución es obligatoria para los indios y voluntaria para los dueños de haciendas (Cruz, 2003: 28). La obligatoriedad del pago para la mantención del hospicio no es una excepción, y ya que el sistema religioso se instauró en sus actividades diarias a través de un aparato jurídico religioso que permite la imposición de creencias y por ende la aculturización de los Indios, este hecho permite ver como los Indios han tenido que pagar para que sigan existiendo las instituciones que sirven para su opresión. (Sánchez, 2005: 54).



Pese a que es la lepra la que ocupa la atención médica, administrativa, social y política durante todo el siglo XIX, los locos tienen un fuerte grado de importancia a estos cuatro niveles, son enviados al Hospicio Manicomio y quiénes “*por ley hacían los pedidos para conseguir las internaciones en el hospicio eran las autoridades, la familia<sup>32</sup>, los religiosos. Lo que generalmente se penaba eran cosas como huidas de la casa paterna, engaños conyugales, pequeños robos, la desobediencia de los jóvenes que no querían acatar los mandados paternos*” (Cruz, 2003, 63). Pero, además de esta población de marginales, un documento de 1816, muestra que el ingreso de locos es muy significativo. (Cruz, 2003, 65).

A finales del siglo XIX, en 1882 las monjas de la Caridad, traídas por García Moreno, se hacen cargo de la administración del Hospicio Manicomio, lo cual no sorprende, ya que en la Colonia –como lo sostiene Ménthor Sánchez- se afianza una alianza político-religiosa que busca el control social e institucional. El dominio que se logra es absolutamente amplio, y no hay disposición alguna de abandonarlo. Tras la Revolución Francesa, muchas amenazas se dibujan para la Iglesia, como que ésta pueda ejercer algún tipo de influencia en América Latina. Es por ello que a través de las monjas de la Caridad, la “*Conferencia de San Vicente de Paúl [...] toma las riendas de la dirección. Ésta, también una organización de origen francés, es impulsada desde el Vaticano para contrarrestar las ideas laicas que han tenido tanto impulso con la Revolución Francesa*” (Landázuri, 2008: 31).

Los intereses político-religiosos que tocan al Hospicio Manicomio lo atraviesan desde su fundación, y Ménthor Sánchez sostiene que es posible encontrar expresada esta alianza en la articulación de un poder y de un proceso de ideologización cristiana para el control, dominio y sometimiento de la pobreza, que aparece en el rostro de herejes, desempleados, leprosos, mujeres libertinas, jóvenes desobedientes, Indios, ancianos, huérfanos, ladrones, Afros, locos.

---

<sup>32</sup> La participación de autoridades, familia e incluso vecinos para el encierro, se mantiene hasta finales del siglo XX. (Sánchez, 2005: 85)

De allí deriva, además, que el Hospicio Manicomio funcione como un lugar para el adoctrinamiento religioso y la conversión al cristianismo, así como solución económica, hecho que se ve en la implantación de la producción artesanal y agrícola como parte de una rutina que obliga al trabajo (Sánchez, 2005: 50-52). La sociedad Colonial, a través del Hospicio Manicomio, ha querido corregir sus propios errores “*transformando al ser pobre, hereje, desempleado y enfermo, en un ser productivo, cristiano y sano*” (Sánchez, 2005: 64).

Además, esta transformación marca una diferencia con el ‘Gran encierro’ de Europa explicado por Foucault<sup>33</sup>, esta institución actúa sobre el cuerpo y la psique de un pobre que lo es, generalmente porque previamente le han expropiado sus tierras, y dentro de esta institución le ha sido extirpada su cultura imponiéndole otra a través de un régimen que lo normativiza y que gobierna su subjetividad. Además, la pobreza no está contenida en el rostro de la locura como en Europa, por el contrario, la locura aparece contenida en el rostro de la pobreza (Pueblos originarios, Afros, herejes, desempleados, mendigos, enfermos). Pobrerieo del que la sociedad se desentiende y desecha esperando que otros se ocupen de ella. Así transcurren los agobiantes días y las tormentosas noches en el Hospicio Manicomio, desde su fundación en 1785 y durante todo el siglo XIX.

---

<sup>33</sup> En la medida en que el encierro del pobre no es sólo una solución para la crisis económica, ni tampoco sirve sólo para la recusa y el encierro de la locura, que deviene en su dominio y en la apertura a un campo de experimentación que permite el advenimiento de la locura como enfermedad mental.

## **1.6 La Esquizofrenia en San Lázaro tras el desarrollo de la Psiquiatría en Ecuador**

### **1.6.1 El triunfo del Liberalismo y los primeros cambios en la vida del Hospicio Manicomio**

En base a lo relatado por Mariana Landázuri se resalta aquí los cambios más importantes que trae el triunfo del Liberalismo, el 5 de junio de 1895, para la vida del Hospicio Manicomio en la década comprendida entre 1901 a 1910.

a) Lo político evidentemente condiciona los cambios, las ‘experiencias’ y ‘los campos de visibilidad’ e inteligibilidad.

b) La separación de lo civil y lo religioso caldea el ambiente político, pero poco de lo que sucede afuera logra permear al interior del Hospicio Manicomio, al que no se lo nombra y del que no hay que preocuparse, precisamente porque sus habitantes representan aquello que se quiere y se debe ocultar. Este ambiente político es sólo rastreable en la tensión existente entre las monjas de la Caridad y la Junta Central de Asistencia Pública creada en Quito desde el triunfo del Liberalismo.

c) A diferencia de la Lepra, los enfermos mentales aún no son un tema médico, la psiquiatría no existe como materia en la Facultad de Medicina porque aún no emprende el vuelo que en las siguientes dos décadas le otorgará el estatuto que mantiene hasta hoy. Por ello, el Estado laico, depende mucho de las monjas de la Caridad (y lo sigue haciendo durante más de medio siglo). Ellas son el personal que sabe cómo lidiar con los internos y que le resulta barato al

Estado, cobran un sueldo de apenas diez sucres al igual que los ayudantes de guardias de locos y a diferencia de un ayudante de medicina que recibe cien sucres.

d) Se empieza a usar los abscesos de fijación<sup>34</sup> que es uno de los primeros que se usan en este siglo en el Mundo para controlar a los enfermos excitados.

e) Los médicos entran enteramente en escena y adquieren una responsabilidad mayúscula, lo cual acarrea un conflicto académico, de género y de autoridad: los médicos son los delegados del Liberalismo en el Hospicio Manicomio San Lázaro, son universitarios y entran con su título en la mano, recién para este siglo, las mujeres son admitidas en la Universidad y son de las primeras graduadas en la Universidad Central del Ecuador principalmente en Farmacia y una década después en Enfermería<sup>35</sup>.

### **1.6.2 La vida del Hospicio Manicomio tras el “arribo” del conocimiento psiquiátrico europeo**

Para la segunda década de este siglo, los locos tienen otra relación con los médicos, pues la salida de los leprosos del Hospicio Manicomio, deja a los locos cara a cara con una psiquiatría que extrae sus conocimientos de los avances en Europa y del cual aprende que la locura es una enfermedad mental, una enfermedad orgánica para la cual hay una clasificación mental por particularidades sintomáticas, unos procesos médicos para ubicarla en las distintas categorías

---

<sup>34</sup> Es una inyección con solución de trementina que se les coloca a los pacientes en el muslo para provocarles un absceso muy doloroso, tanto que el paciente queda anulado por la fiebre y por la inmovilidad de varios días que les provoca la dolencia.

<sup>35</sup> Pero, esta secularización de la práctica de la salud, indica además que la presión del Liberalismo para que se instauren prácticas científicas, obliga a que se pase de la práctica caritativa, creyente y empírica a una práctica técnica desde 1915, según un documento que muestra que se detecta desde entonces la necesidad de que incluso la monjas de la Caridad se capaciten en Farmacia y Enfermería. (Sánchez, 2005: 93).

de enfermedad y un grupo de tratamientos para estas. La separación permite que San Lázaro adquiriera sentido como Manicomio: como lugar de destino de enfermos mentales, en donde hallan una terapéutica para su enfermedad, y en el que los médicos encuentran un territorio presto para la experimentación con su *objeto de saber*.

Esta relación comienza a reflejarse muy claramente desde 1916 cuando Carlos Alberto Arteta García (una de la figuras de la Psiquiatría de mayor relevancia para la historia de la institución en estudio, nombrado Director del ahora Manicomio San Lázaro) realiza un pedido a la Junta Central de Asistencia Pública, en el que solicita que se le permita realizar la autopsia de los cadáveres de los internos que fallecen ahí<sup>36</sup>. La preocupación sobre los cadáveres de los internos tiene dos intenciones: Una política y otra médica. En cuanto a lo médico la preocupación se concentra en dos aspectos: lo sanitario (los cadáveres enterrados en el recinto son focos infecciosos) y científico experimental (por influencia del positivismo el examen de los cerebros preocupa a la Psiquiatría mundial, se piensa que el cerebro es el epicentro enigmático originario de los desórdenes del comportamiento humano).

En cuanto a lo político que no es conjunto ni parte, sino que determina y se determina por lo médico y viceversa, el interés gira en torno a la búsqueda del dominio laico de los cementerios. Ello permite en primera instancia que los internos que fallecen sean enterrados en algún cementerio cercano y ya no en su propio recinto. En segundo lugar, la autoridad que el Estado le otorgase al Director del Manicomio, daría lugar a que sea él quien ordene la salida de los cadáveres. Pese a que la petición es negada, se puede notar que los intereses de la experimentación de la Psiquiatría mundial ya hacen eco en Ecuador; pues, el positivismo “*en la ciencia [...] centra su interés en lo verificable. La premisa es que los desórdenes de la conducta se deben a alguna falla cerebral que la ciencia aún desconoce. Si se establece la etiología de esa falla, entonces se podrá encontrar cómo arreglarla.*” (Landázuri, 2008: 111).

---

<sup>36</sup> La muerte de muchos al interior de la institución se debe a las pésimas condiciones en las que viven, ya sea por carencia de medicinas, comida, espacio para dormir abrigado las frías madrugadas quiteñas, falta de ropa caliente o cuidados adecuados, o a la vejez. El interno encuentra en el encierro una carrera que muchas veces termina con la muerte.

Además, es imperativo apuntar que Arteta y los más destacados médicos de su tiempo rebasan ampliamente la función médica con proximidad en los asuntos intelectuales y políticos.

Seguramente desde la llegada del liberalismo, los médicos se ubican en la delantera de la élite intelectual y son como los mediadores del discurso oficial del Estado, si su ideología es afín a la de éste. Su preeminencia se basa en que poseen un conocimiento científico que los demás seres humanos desconocen y que, más importante para los liberales, no es un conocimiento mediado por la religión. Con éste se van a poder abrir todas las puertas, se van a contestar todas las preguntas y se va a abolir el dominio de la Iglesia en la sociedad. (ibid. pp. 112).

Esta relación Positivismo-Psiquiatría-Liberalismo en el Ecuador, permite que la psiquiatría desarrolle y organice sus actividades y prácticas. Tal es así que en 1913, de la mano de Arteta, aparecen ya boletas de reconocimiento médico, lo cual deja ver que el lenguaje psiquiátrico empieza a emplearse para nombrar a la enfermedad mental. Se puede, a partir de entonces, detectar y registrar los casos de esquizofrenia<sup>37</sup> y las voces de los locos, al menos esporádicamente, pues para la Psiquiatría positivista la enfermedad mental se expresa en los daños orgánicos que pueden ser detectados; noción que Freud voltea, marcando un hito en la historia, al pensar que el tratamiento puede basarse en la escucha de lo que el inconsciente expresa. Los cuestionarios para la interdicción que aparecen en este siglo, permiten registrar el modo particular que tiene la Esquizofrenia para comunicarse<sup>38</sup>. Leamos atentos, en el caso

---

<sup>37</sup> Antes de esta posibilidad, los médicos tienen que vérselas con casos de Psicosis, como aquel que estremece a la ciudad de Cuenca en 1859 y con el que le fue difícil lidiar debido a que la Psiquiatría aún no toma cuerpo. El Dr. Remigio Astudillo, diputado por la ciudad, asesina a su esposa Manuela Chica, por creer que armó un complot con otro grupo de personas (entre éstos, familiares), para matarlo y robarle. Antes del asesinato, el Dr. Vivanco de Quito intenta curarlo, y piensa que lo hizo. Pero luego se lo declara demente y se ordena prisión. Muy probablemente hubiese sido trasladado a Quito, hasta San Lázaro, pero le ayudan a escapar, y puede hacerlo porque las autoridades poco hacen por mantenerlo vigilado y por atraparlo cuando huye; hecho que no sorprende del todo, pues el Dr. Astudillo, pertenece a una clase social, económica y política dominante. (Cruz, 2003, 77-85). O el caso de Zoila palacios, una mujer que es recluida en 1894 bajo la autoridad de las 'rondas en la noche' por caminar por la ciudad de noche, en pleno contexto político de la Venta de la bandera que daría origen a la Revolución Liberal. Permanece varios años en el Manicomio, y en este lapso de tiempo termina por deslizarse hacia la locura y asesina a una niña que le fue encargada por otra interna. Este constituye el primer caso de delirio del que tiene que ocuparse la Revolución Liberal. (Cruz, 2003, 93-98).

<sup>38</sup> El caso de Emilio Gallegos, para Cruz se caracteriza porque éste se comunica a través de actos lingüísticos vacíos. Caso que resalta, además, porque deja ver que para 1909 ya se usa cuestionarios para la interdicción que en este asunto particular, registra uno de los primeros casos de Esquizofrenia en el siglo XX en San Lázaro aunque aún sea difícil dar ese diagnóstico, puesto que para el año no hay suficiente conocimiento del tema.

citado por Efrén Cruz Cuesta, las respuestas de Emiliano Gallegos un interdicto en 1909 evaluado –basado en los datos- como psicótico por Cruz:

**Cuestionario de interdicción**

Las preguntas que incluyen en este cuestionario fueron las siguientes:

1) ¿Cómo se llama usted?

Con Una Llave de cofre no hubiera sacado cuarenta fanegas de maíz.

2) ¿Qué ocupación tiene?

La de un impresor que me diera alguno y hemos de gravar en el presunto.

3) ¿En qué edad se encuentra?

Alguna casualidad. Le asiento demasiado.

4) ¿De qué vivía hace veinte años?

Me lo ha preguntado el gigante de Medusa.

5) ¿Es usted casado o soltero?

Más por una casualidad intumeica se me volcó.

6) ¿Viven sus padres?

Ninguno de los dos, ni Rivera, ni hemos hecho algo.

7) ¿Ha sido usted militar?

Difícil con uno que acaba de entrar y salir.

8) ¿En qué cuerpos ha servido?

La agricultura seduce mucho.

9) ¿Bajo qué administración ha prestado usted sus servicios?

A Don Carlos no lo conocí a Don Pepe tampoco, pero una ramificación casi semicircular no recuerdo” (Cruz, 2003: 100-101).

En 1923 es posible hallar informes médicos individualizados, en los que por vez primera aparece la voz de un paciente y –según Arteta en un comunicado al Presidente de la Junta- la idea de que la dura y vergonzosa situación del Manicomio de Quito, puede empujar a una paciente de una excitación maniaco crónica producto de un temperamento histérico, a un delirio sistematizado (Landázuri, 2008, 134).

Según Landázuri, los avances del Psicoanálisis ingresan al Ecuador por Perú. Arteta y sus discípulos están al tanto de lo que esta ciencia que no trabaja con órganos, sino con sensibilidades dice. Hay un interés considerable por la ciencia que se concentra en la escucha y no en los resultados de las investigaciones del funcionamiento de los órganos, pero es muy difícil encontrar los rastros de la influencia del Psicoanálisis en este país. Además, hay algo que acentúa la expansión del Positivismo.

España la antigua conquistadora ha quedado tan rezagada en desarrollo médico que recién a finales de [1950] aprueba la obligatoriedad de la cátedra de Psiquiatría en el pènsum de medicina. Independizados de la desvalorizada matriz, tampoco la raíz nativa [aquello que en un momento los médicos llaman Psiquiatría Aborigen y que tratan de recuperar] le sirve de nada al Ecuador en materia de pensamiento psiquiátrico. Huérfanos y sin referentes, no hay más que entregarse a los que marcan el paso (Landázuri, 2008: 203, 204).

### **1.6.3 La esquizofrenia tras la introducción de la Historia clínica y el diagnóstico en el Hospicio Manicomio: detectarla, estudiarla, tratarla**

Para la década de 1921-1930, la psiquiatría ya es obligatoria. A su cargo está el más grande discípulo de Arteta y el heredero de un Positivismo que se afianza gracias al Liberalismo. Se trata de Julio Endara Moreano, quien se convierte en personaje clave en la historia de la Psiquiatría ecuatoriana. Él, junto con Julio Calderón (otro médico de renombre), para 1927 se encargan de llenar e incorporar un instrumento clave para el diagnóstico: La historia clínica. Lo que quiere decir que ahora hay informes genealógicos y detallados de los pacientes, gracias a que se los observa, se conversa con ellos de su pasado y sus relaciones familiares. En estas hojas clínicas constan casos como los de una mujer, con padre alcohólico, que piensa que a causa de sus pecados le han crecido cuernos y rabo de diablo, o de pacientes que se comunican a través de su mutismo, o mediante palabras y frases sueltas, o de pacientes que creen haber vivido dos siglos, o de una paciente que no duerme acostada, sino sentada sobre una cama que se rehúsa a desempaquetar. (Landázuri, 2008: 146-149).

Con la historia clínica como mecanismo de racionalización del cuerpo y la psiquis, aparecen informes con la descripción de tratamientos según la enfermedad. Para el Delirium Tremens, por ejemplo, se aplica durante el periodo de excitación, calmantes, después, desintoxicación de organismo por medio de purgantes, diuréticos y medicina tónica. Para la Psicosis por alcoholismo crónico, se aplica calmantes, desintoxicación con purgantes, diuréticos, medicamentos antitóxicos. A la implementación de la historia clínica, los informes con descripción de tratamientos, la obligatoriedad del estudio de la Psiquiatría en La Facultad de Medicina, y el apoyo que la psiquiatría recibe por parte del Estado para su desarrollo (se les



otorga becas para que estudien en el exterior y quien lleva la posta de la formación psiquiátrica en Ecuador, Julio Endara, pasa a ser también funcionario del Estado), se suma el interés agudo de los psiquiatras por formarse y por aplicar lo que aprenden en otros países. Ya se han puesto al tanto de lo que pasa en la psiquiatría en Europa, y para 1936 ya les es más sencillo usar las clasificaciones y tipologías para diagnosticar la esquizofrenia. (Landázuri, 2008: 204).

Por su representatividad política y académica, Julio Endara mantiene un constante diálogo que le permite actualizarse constantemente en conocimientos. Dialoga, conversa y se actualiza con eminencias de la psiquiatría en sus países de origen. Es así que Honorio Delgado, psiquiatra peruano, en 1937 le sugiere se informe, estudie y aplique dos procedimientos terapéuticos descubiertos casi simultáneamente y que abren la posibilidad de cura real para la esquizofrenia: los ataques convulsivos provocados por Cardiazol y el llamado del shock insulínico. (Landázuri, 2008: 214).

Un año después –según Efrén Cruz-, Julio Endara en un artículo publicado en los Archivos de Criminología y Neuropsiquiatría, describe un compendio de los principales tratamientos y nociones de lo que es la Esquizofrenia y como se la debe tratar. En el artículo cita a varios autores, como Honorio Delgado, quien expone sobre la dificultad de situar a la Esquizofrenia en un cuadro típico y que más bien se inserta en diversos cuadros clínicos. La Esquizofrenia para la época resulta desconcertante y se llevan a cabo muchas investigaciones para comprenderla, Endara en este ensayo, expone varios de esos trabajos como por ejemplo: Los estudios comparativos entre grupos de esquizofrénicos de Pelaz; los estudios de sangre y el líquido cerebro espinal en veinte enfermos de Katzenelbogen; el análisis del líquido céfalo raquídeo de noventa dementes precoces de G. Muyle, e investigaciones radiológicas con encefalogramas; los estudios a través del Psicoanálisis para tratar la esquizofrenia son rápidamente descartados<sup>39</sup>. (Cruz, 2003: 126, 127).

---

<sup>39</sup> Con el uso del Psicoanálisis (la ciencia que habla con la locura) descartado, la Esquizofrenia en San Lázaro no encuentra vías de diálogo con sus médicos. Se puede decir que la entrada de la psicología implica esa vía de diálogo, pero si el ingreso de la psicología en los 60' al aún Manicomio logra establecer estos puentes es tema de otro estudio, y de ello no hay muchos registros, como bien lo señala Mariana Landázuri, ni siquiera el

En el ensayo de Julio Endara, que Cruz cita, ya se nombra un grupo de síntomas característicos para la detección de la esquizofrenia, como por ejemplo los pensamientos bizarros, el robo del pensamiento, la extrañeza de la realidad o del mundo de la percepción<sup>40</sup>, entre otros. Se describe también una evolución de los síntomas, y se detalla el debate acerca de los procedimientos terapéuticos; un debate, que por cierto, continúa hasta la actualidad y que como se verá poco más adelante, gira en torno a la etiología de la psicosis.

Entre las terapias más usadas en la época, se hallan las convulsivantes. Una de ellas, quizá la más famosa, la desarrolla Ladislaus Von Meduna, basado en una hipótesis que considera que la Epilepsia es antagónica de la Esquizofrenia. Steiner y Strauss en 1932, realizan una investigación con 6000 esquizofrénicos, y afirman que la frecuencia de ataques epilépticos en esquizofrénicos es considerablemente baja, solo veinte de ellos había sufrido alguna vez algún ataque. Von Meduna piensa entonces que al producirse los ataques en los esquizofrénicos, éstos pueden suscitar en su organismo cambios químicos y humorales, entre otros que pueden parar el avance de la Esquizofrenia<sup>41</sup>. Para producir el ataque epiléptico, se inyecta en la vena cardiazol. (Cruz, 2003: 128).

Otra de las terapias convulsivantes que tiene éxito en ésta época<sup>42</sup>, en la que se está pensando en los beneficios que trae a la esquizofrenia los ataques convulsivos, es la insulino terapia, que consiste en aplicar insulina para provocar shock insulínico. Si el shock termina antes el

---

voluntariado, en 1961, con pacientes psicóticos de la mujer que trae el Zoto Zen al Ecuador se encuentra registrado, se trata de Vera Schiller de Kohn, que además es la primera doctora en Psicología Clínica graduada en la Universidad Central del Ecuador. (Landázuri, 2008: 258, 259).

<sup>40</sup> Cruz no detalla en que consiste o como se manifiesta y detectan estos síntomas según Julio Endara.

<sup>41</sup> La tesis fue bastante debatida en ese tiempo, pero eso no detuvo su progreso y utilización; no hay más alternativas y algo se debe hacer para tratar una enfermedad que a la Psiquiatría, hasta hoy, le resulta muy resbalosa.

<sup>42</sup> Hay otras terapias convulsivantes para tratar la Esquizofrenia que no tiene tanto éxito, pero vale la pena nombrarlas: La inyección de sangre de personas con malaria (malarioterapia); las inyecciones de autosangre en diversas zonas de la sustancia blanca de los lóbulos prefrontales realizadas por Mariotti y Sciutti; y la vacunoterapia específica de Buscaino, que es un preparado que tiene microorganismos para producir inmunidad frente a una enfermedad. (Cruz, 2003: 130)

tratamiento queda incompleto, si se prolonga demasiado el paciente puede morir. Sakel es quien perfecciona el método, y lo expone frente al Congreso de París en 1950. (Cruz, 2003: 130).

En la década de 1941-1950, ya se aplican ambas terapias pero por el nivel de peligrosidad y riesgo de muerte del paciente, más tarde la insulino terapia entra en desuso. Sin embargo, la enorme dedicación que requiere hace que en Ecuador casi no se la use en el momento en el que ésta está en plena vigencia, siendo el tratamiento con cardiazol o metrazol el más frecuente. En los Archivos de Criminología que Endara idea, funda y organiza, consta en 1943 un informe sobre los resultados de estos tratamientos, titulado *Tres años de tratamiento de las enfermedades mentales mediante la terapia convulsivante e insulínica*. En el mismo número, es publicado un estudio a cargo de Jorge Escudero Moscoso, el único Psiquiatra con formación psicoanalítica del grupo de psiquiatras serranos, se forma en París, e incluso estudia con Ana Freud. El artículo se titula 'Consideraciones clínicas y psicopatológicas sobre la esquizofrenia'. (Landázuri, 2008: 248). Lo que muestra que para esta década la esquizofrenia tiene un interés elevado para la Psiquiatría en el País y además ya forma parte del lenguaje psiquiátrico.

#### **1.6.4 El electroshock en el Hospicio Manicomio y la continuación de los debates acerca de la etiología de la esquizofrenia**

Hay una terapia para tratar la Esquizofrenia que se idea en este siglo y que marca un antes y un después para la Psiquiatría mundial, se trata del electrochoque. Poco tiempo antes de que Endara escriba el artículo sobre las terapias convulsivantes para tratar la Esquizofrenia, en Italia se perfecciona un método que se considera revolucionario. En 1938, Ugo Cerletti, basado en lo que ve en un matadero para cerdos<sup>43</sup>, desarrolla el electroshock, que es para la

---

<sup>43</sup> La Psiquiatría está pensando que las convulsiones pueden sanar la Esquizofrenia, en este marco Cerletti, busca una terapia eficaz y rápida. Empieza experimentando con perros, a los que administra voltajes bajos para que no

década de 1960 y 1970, una de las terapias más cuestionadas<sup>44</sup> por movimientos filosóficos y antipsiquiátricos. En 1945, año en el que Estados Unidos, saca el mejor partido al final de la II Guerra Mundial, y empieza a tomar la posta en materia psiquiátrica, es el año en el que la primera máquina para electroshock ingresa al Ecuador. Landázuri cree que es Fernando Casares, otra figura importante de la Psiquiatría en Ecuador, que viaja bastante E.E.U.U., quien la envía desde ese país hasta Quito. (Landázuri, 2008: 260).

El electroshock, método que sigue siendo utilizado hasta este siglo (XXI), no llega a suplantar ningún método que se aplica en San Lázaro, ya sea los abscesos de fijación, insulino terapia, cardiazol, sangre malárica, sino a ser combinados<sup>45</sup>. Estos ‘tratamientos mixtos’, como se los denomina para 1955 en Quito, año en el que ya ha entrado en funcionamiento el Hospital de Conocoto que en algo aliviana el hacinamiento de San Lázaro<sup>46</sup> (Cruz, 2003: 137), son una respuesta al problema económico que representa el uso de solo uno de los tratamientos.

---

mueran pero que les provoque convulsiones. Un colega le cuenta que en Roma se usa corriente eléctrica para eliminar a los cerdos, el dato llama su atención, viaja y presencia el modo en el que se les administra electricidad, 125 voltios, cantidad superior a la que él aplica, así, nota que los cerdos quedan en estado inconsciente y no mueren. Procede a hacer lo propio con sus perros y observa que no mueren y que los 125 voltios son suficientes para provocarles convulsiones. Se convence entonces de que debe funcionar con humanos, para probarlo, sin permiso de ninguna autoridad ni de su familia, experimenta sobre un hombre de 39 años que es apresado por querer viajar sin boleto, el comisario advierte que está alterado mentalmente y lo envía al Psiquiátrico en el que se le diagnostica Esquizofrenia. Cerletti nota que la aplicación de 110 v durante 2 segundos eran suficientes para que un hombre que empleaba neologismos al hablar, les pidiese a él y sus ayudantes, que no volvieran a repetir la descarga porque ‘es terrible’. Al parecer, la preocupación por las reacciones de sus pacientes le llevaron a pensar que el método debe ser abolido, pero su reflexión se queda en la esfera privada y no es expresada públicamente ni por él ni por los defensores del método. (Cruz, 2003: 132).

<sup>44</sup> Para Ménthor Sánchez esta técnica permite ver la relación que existe entre “gobierno institucional y represión corporal o entre tecnologías de dominación y el orden interno”, así como la constitución de un aparato represivo mediante instrumentos represivos. (Sánchez, 2003: 115-117).

<sup>45</sup> Para 1970 en el Hospital Julio Endara, es combinado con anti psicóticos sedación y relajaciones previas, suprimiendo la insulino terapia. Esta técnica es traída desde Inglaterra al País por Cornejo Gaette. (Jaramillo, 2010:30).

<sup>46</sup> Si bien el Hospital de Conocoto, fundado en 1953 y que más tarde se conoce como Hospital Psiquiátrico Julio Endara, surge como un proyecto de modernización de la Psiquiatría en Ecuador, Francisco Jaramillo Tejada cuenta que su nacimiento da origen a una articulación entre “lo joven y lo viejo que no termina de extinguirse entre estas dos instituciones que hasta la fecha mantienen lazos sociales y que resultan ser puntos de anclaje en nuestra historia y reflexión de la psiquiatría ecuatoriana” (Jaramillo, 2010: 28). Nótese, que para este autor incluso se puede pensar esta relación como una particularidad de lo que puede denominarse ‘psiquiatría ecuatoriana’; pues, el traslado de los pacientes del Manicomio San Lázaro, que en 1972 se convierte en Hospital Psiquiátrico San Lázaro, hasta el Hospital de Conocoto que inicia en el año de su fundación tiene una peculiaridad: son trasladados “*solamente los pacientes susceptibles de curación, los pacientes crónicos se quedan*

Los psiquiatras en el país, saben que en Brasil, el Dr. Enrique Roxo ha desarrollado un tratamiento en base a la mejora de las condiciones de nutrición del enfermo (Cruz, 2003: 135), pero la realidad económica de la Salud Pública en Ecuador y pero aún de la Salud Mental que parece importar menos, no da ni para alimentarlos mal, peor aún para mejorar su dieta. No queda sino usar las terapias más accesibles. A los pacientes no les queda de otra que ser considerados curables para ser llevados a Conocoto, y a los que se quedan iniciar una carrera al interior de la Institución que termina con la muerte, o ser diagnosticado esquizofrénico y luego de un mes ser hallado fisiológica y psíquicamente estable<sup>47</sup> (Sánchez, 2005: 109).

Como se ha visto, varios son los estudios que intentan explicar la Esquizofrenia. Desde inicios del siglo XX hasta fechas recientes –según lo cuenta Efrén Cruz- giran en torno a la búsqueda de la etiología de la Psicosis que aún resulta un enigma. Se investiga sobre causas orgánicas y bioquímicas, se hacen investigaciones genéticas para descubrir el gen de la Esquizofrenia; se cuenta con estudios sobre la herencia para detectarla en cambios producidos en las sustancias químicas cerebrales, en su presencia, o ausencia o alteración; se halla también estudios enzimáticos para hallar la presencia o ausencia de minerales; se estudia los neurotransmisores; se investiga el sistema nervioso. (Cruz, 2003: 128). No se analiza aquí estos estudios, hacerlo resulta casi imposible, ya que el universo lingüístico que se ha creado para hablar de la Esquizofrenia a estos niveles son especializados y por tanto poco accesibles; sólo cabe mencionarlos en este recorrido, para tomar en cuenta desde donde se habla de la Esquizofrenia.

---

*en San Lázaro*” (Landázuri, 2008: 293). Guiado por esta peculiaridad, Jaramillo piensa que “se podrá decir que San Lázaro se lo ubica desde la concepción custodial en donde se guarda “lo viejo”, lo crónico, lo difícil de tratar mientras que en el Hospital de Conocoto vendría “lo nuevo”, lo innovador, lo curable”. (Jaramillo: 2010, 27, 28).

<sup>47</sup> Sánchez se refiere a una paciente que es ingresada en 1948 y permanece allí hasta 1972. Para este autor este caso contiene varias características del discurso psiquiátrico como: la ambigüedad y la contradicción que se expresan en su forma, y la inversión de la realidad a través de la institución de un saber y una verdad que se impone a otro y que en su contenido aparece como si fuera lo real, despojándolo, así, de su identidad y formándole otra, una identidad clínica. (Sánchez, 2005, 109-115).

Sin embargo, se puede notar que la Esquizofrenia es para la misma Psiquiatría una enfermedad paradigmática y el modelo de enferme mental, una especie de hiper-locura que aparece silenciada igual que las otras; y quizá doblemente silenciada, debido a que resultan no ser seres parlantes ideales, pues se sabe que no pueden crear enunciados. Foucault piensa que el lenguaje de la Psiquiatría sólo se pudo integrar en el silencio de la locura, no intenta rescatar la historia de ese lenguaje, sino de ese silencio; y para ello ha historiado en más de mil páginas el silencio en el que se sume a la locura a finales del XVIII.

La esquizofrenia que es la que convoca este estudio, parecería que a vista de la Psiquiatría, está atrapada en un doble silencio: El silencio al que es sometida la locura a finales del siglo XVIII; y el silencio al que un ideal de ser parlante lo sumerge. Cruz, en la página 126 de *El Loco en la Institución Mental*, expone a través de una cita de Henry Ey citado por Bermann, que en el siglo XX se “*da ese tendencia ingenua a reducir todas las enfermedades mentales a un solo mecanismo patológico, a una sola enfermedad. La esquizofrenia sería esta psicosis.*” El hecho de que en las tres primeras décadas del siglo XX se tome, como señala Cruz, en varios países a la Esquizofrenia como enfermedad modelo que engloba toda la Psiquiatría, da cuenta de la importancia que ésta tiene para el saber psiquiátrico como motor de su evolución conceptual en el avance de la historia. La Esquizofrenia tensiona tanto el saber psiquiátrico que éste la empuja a un doble silencio, y termina por caracterizarla como una especie de hiper-locura. La Esquizofrenia es para el saber psiquiátrico su eslabón y su abismo.

## San Lázaro como Institución del saber<sup>48</sup> psiquiátrico

### 2.1 Cómo el Alienismo pasa a ser una Institución del saber

El sistema de las particiones propuesto por Foucault, permite comprender el modo en que la oposición Razón y Locura desemboca a mediados del siglo XVII en lo que este mismo autor denomina como el gran encierro. Éste sistema de particiones muestra como la locura en cada época y en cada sociedad jamás es una certeza, sino más bien, una creación histórica del campo del saber de la época. Es por ello que la compleja exposición, muy difícil de seguir en varios momentos de su Historia de la locura, opone dos momentos fundamentales de la locura o, a criterio de Claude Quétel dos locuras:

La primera es rastreada en la experiencia humanista que la ‘edad clásica’ hace de la ‘sin razón’. La otra locura habría sido la de una nueva partición realizada en el siglo XVIII, una locura medicalizada, amputada del lenguaje de la sinrazón, captada por el saber positivista y abismada en el asilo del siglo XIX tal como lo formularon Tuke y Pinel. Una segunda parte de la tesis de Michel Foucault consiste en una larga reflexión epistemológica sobre el conocimiento de la locura en la edad clásica; esta segunda parte conduce a la tercera y última: el apresamiento epistemológico de la locura, su confiscación en la enfermedad (pero una enfermedad entregada a la “angustia cerrada de la culpabilidad”) y su traducción concreta en el asilo emplazado en los albores del siglo XIX (un lugar, dice Foucault, que está casi por esencia entre la locura y la internación<sup>49</sup>. (Quétel, 1996:85).

---

<sup>48</sup> “la palabra ‘saber’ indica todos los procedimientos y todos los efectos de conocimiento que un campo específico está dispuesto a aceptar en un momento dado [...] en efecto, no puede configurarse un elemento de saber si, por un lado, no está conforme a un conjunto de reglas y de constricciones propias de un cierto tipo de discurso científico en una época dada y si, por otro, no está dotado de los efectos de coerción típicos de lo que está validado como científico, o simplemente racional o comúnmente admitido” (Foucault 1994, III: 54-55, citado en Agamben, 2009:14).

<sup>49</sup> Se toma esta cita de Quétel únicamente como una ayuda para resumir una de las tesis principales de Foucault. La cita proviene de una conferencia pronunciada en el marco de un Coloquio dedicado a la publicación de la *Historia de la locura* y que fue recopilada por Élisabeth Roudinesco en el libro titulado *Pensar la locura Ensayos sobre Michel Foucault*. Es imperativo mencionar aquí que la tesis del *sistema de las particiones* foucaultiano que son la base de la argumentación del *gran encierro*, son para Quétel objeto de duras críticas. Según este historiador de la Psiquiatría, el *gran encierro* es un *artefacto*, pues el encierro de los insensatos fue fortuito y estaba sobretodo direccionado a los mendigos no inválidos. Quétel, además, piensa que lo médico habría presidido constantemente la instauración del asilo y que por tanto el *tratamiento moral* de Pinel corresponde a lo médico y no a lo moral. A las críticas sobre el *gran encierro* se suman Marcel Gaucher junto a Gladys Swain, Mary Lindemann. No se amplía aquí las críticas a la *Historia de la locura* porque la intención de este trabajo tiene otro fin, pero se recomienda la consulta de estos autores.

Quétel cuestiona duramente la veracidad cronológica y reflexiva de esta tesis, planteando, entre otros cuestionamientos, que la captura asilar de la locura que permitiría la imposición del estatuto de objeto a todo individuo reconocido como alienado y encerrado por ello no ocurrió como tal, más bien habría acontecido todo lo contrario, es decir, no hubo tal advenimiento de un loco-objeto, sino de un loco-sujeto. Pero en su argumentación Quétel, no niega que este encuentro del loco y el alienista en un espacio definido como lo es el asilo da lugar a la consolidación de un saber, que permite el advenimiento, según Robert Castel, de la edad de oro del alienismo que terminaría por configurar un poder psiquiátrico. Pues, si como asegura Quétel la locura, en el espacio asilar no pasa a subyugarse al dominio de la gran categoría de la enfermedad mental porque no es un fenómeno que cambió tan radicalmente como piensa Foucault, Castel expone que al menos sí se metamorfosea.

En una etapa comprendida entre 1790 y 1838, Castel habla de metamorfosis para referirse al devenir del asilo como una coherencia que tras cuarenta años de pugnas jurídicas y acuerdos políticos, sociales e institucionales, amalgama cada una de sus partes y las funcionaliza haciéndolas trabajar para todas las demás a partir de la matriz común del internamiento<sup>50</sup>.

En contraposición a los cambios seriados, llamo metamorfosis a la transformación del conjunto de los elementos del sistema. Una metamorfosis señala el paso a otra coherencia, es la expresión de otra política. Ya no se la puede interpretar a partir de la reestructuración interna del dispositivo médico. Es el producto de una renegociación global de los repartos de poder con las otras instancias afectadas por una política de control: la justicia, la administración central, las comunidades locales, la escuela, las familias, etc. (Castel, 2009: 10).

Entre 1790 (año en el que se condena la arbitrariedad política haciendo desaparecer las *lettres de cachet*<sup>51</sup>) y 1838 (año en el que se regula el régimen de los alienados), el espacio asilar pasa a ser una síntesis de la dinámica dialéctica médico-enfermo, en la que el loco, tras los replanteamientos de la Revolución francesa, surge como un problema de médicos y por ende

---

<sup>50</sup> Como veremos más adelante, es también una matriz comunicacional. Es decir, esta *coherencia-síntesis asilar*, se configura como un espacio en el que se funda un tipo de comunicación para la significación y nominación tanto para internos como para médicos psiquiatras.

<sup>51</sup> Cartas con el sello del Rey que exigía el encarcelamiento o liberación de una persona. Esta, es una orden que esquivaba cualquier proceso que pase por el sistema judicial.



como una categoría clínica, ubicándolo plenamente en el estatuto de alienado. Ello permite que los alienistas conquisten y asuman, según Castel, su tratamiento legítimo, pero también, en términos de Bourdieu, su representación legítima, pues a partir de este momento, el saber del Psiquiatra será la voz autorizada para hablar de la locura, dirá que es, cómo es, cómo se la ve, cómo huele, cómo se manifiesta, cómo habla, etc. Será, en fin quien construya la memoria de la locura, será su memoria. Eh ahí la institución del saber psiquiátrico.

Este concepto de metamorfosis en Castel, coincide y sostiene la categoría foucaultiana del gran encierro; pues como se expone en el primer capítulo de esta tesis, el gran encierro no forma parte de una exposición lineal que detecta el día y año en el que acontece la proscripción-internación, sino el momento en el que una experiencia que conjuga a una sociedad entera, a sus instituciones, sus políticas, su cultura, sus creencias. Este acontecimiento, para Castel y Foucault permite definir el rostro de lo que se debe condenar mediante la proscripción social y la regulación del régimen de alienados también, y diseña así todo un campo de experimentación, al otorgar una patria común a tantos personajes.

Castel encuentra que la medicina, tanto en su formación como institución como en la concreción de su saber, coincide con los principios de la Ilustración. Dicho de forma muy general y completando a Castel, Foucault sostiene que el concepto de Individuo y el de derechos universales, dos de las construcciones centrales de la Ilustración, permiten, en 1789 a finales del siglo XVIII, dos actos: por un lado, afinar la aplicación de las penas, es decir con la concepción del individuo se concibe a la par una mejor aplicación de las penas individuales o singulares; y por otro, en materia de derechos, aparece el hombre medida y la humanidad como concepto del ejercicio del derecho. El primero aparece como el límite que los ilustrados anteponen al ejercicio vengativo del poder a través de las lettres de cachet, y también como límite de derecho para dar un paso de la venganza al castigo. El segundo, emerge como una tecnopolítica del castigo para la economía y cálculos minuciosos que apuntan no a la humanidad que posee muy en el fondo un individuo, sino a la regulación necesaria de los efectos del poder. (Foucault, 2008: 106).

Este hombre límite y esta tecnopolítica, para 1831, despliegan la posibilidad (necesidad) de pensar la arquitectura, es decir un espacio, una física del poder. Nace el edificio carcelario en los planes de los reformadores, nace *“una gran arquitectura cerrada, compleja y jerarquizada que se integra en el cuerpo mismo del aparato estatal. Una materialidad completamente distinta, una física del poder completamente distinta, una manera de dominar el cuerpo de los hombres completamente distinta.”* (Foucault, 2008: 135).

Con el nacimiento de esta física del poder, se consolida el poder de castigar y sobre todo el encierro en un espacio definido y jerarquizado, en el que hay alguien que mira y a través de la mirada construye un saber sobre aquel a quien mira. Como dice Foucault en la primera línea del prefacio de *El nacimiento de la clínica*: *“se trata del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada.”* (Foucault, 2008: 09).

Este dominio, esta sujeción de un sujeto, a través de la mirada y de una práctica de saber jerarquizada que se repite y actualiza en la cotidianidad, en este caso, de la institución psiquiátrica, permite la transformación de un individuo y su cuerpo. Mediante el trabajo sobre su alma, las nuevas prácticas institucionales sobre las que escribe Foucault en vigilar y castigar dan lugar a la modificación del espíritu del interno permitiendo que la institución se constituya como un aparato de saber de los individuos. Para que exista tal transformación, es menester organizar un saber sobre quien se va a transformar, un lenguaje, un método, un cuerpo teórico, una epistemología;

es que este control y esta transformación del comportamiento van acompañados –a la vez condición de consecuencia- de la formación de un saber respecto de los individuos [...] organiza todo un saber individualista que toma como marco de referencia no tanto el crimen cometido (al menos en estado aislado), sino la virtualidad de peligros que encierra un individuo y que se manifiesta en la conducta observada cotidianamente. (Foucault, 2008: 147-148).

En el caso de la prisión se trabaja con el sujeto virtual, y en el caso del Psiquiátrico, a través de las historias cénicas, con el pasado del sujeto, su presente en tanto que actualidad patológica, y su futuro como evolución sintomática. La estadía permanente y obligada de un sujeto en estas instituciones, permite que se los observe con conceptos, se los objetive y se organice un

lenguaje que dé cuenta de lo que son, y son lo que son en la mirada que los objetiva, en la institución que los nombra. Posterior a este proceso pasan a ser en sociedad lo que la institución les asigna como identidad.

La concepción de las entidades clínicas y la consolidación del Psiquiátrico como aparato del saber y su dominio sobre los internos, permiten construir un saber sobre la locura, saber que permite posteriormente la clasificación mental (con la etiología y la nosografía), la cual, y con el apareamiento y desarrollo del concepto de Demencia precoz, como se ha visto en el primer capítulo, puede en esta época dar cuenta de un saber sobre la esquizofrenia.

Por supuesto, la formación de una institución se relaciona directamente con lo que acontece en el “cuerpo” social y ello origina sus prácticas. (De Certeau, 1993: 74). Una institución no se produce sola, de la nada; se produce produciendo a una sociedad que le ofrece su lógica. Al producir la sociedad en esta relación con la sociedad organiza un saber sobre ella y lo expresa a través de un relato. En otras palabras, al producir un objeto volviéndolo pensable se construye una realidad que es descrita a través de un “*género literario propio: el relato*”. (De Certeau, 1993: 51). La relación del desarrollo del alienismo y su vinculación a las reformas de los ilustrados y a las nuevas políticas respecto del encierro que surgen de esta vinculación, permiten producir un saber sobre la locura al construir la categoría de enfermedad mental, que a su vez permite efectuar la clasificación mental que admite el surgimiento del concepto de demencia precoz y posteriormente el de esquizofrenia.

Se puede decir que todo proyecto político tiene su discurso científico, y como se estudia en el primer capítulo, el de la Revolución Liberal y posteriormente el de la Revolución Juliana, es el positivismo. Los médicos, que son también funcionarios del gobierno, completan sus estudios de psiquiatría en Francia (ulteriormente en E.E.U.U), y lo que aprenden a inicios del siglo XX en este país que es la producción consolidada del relato alienista sobre la locura y el relato ilustrado sobre el encierro, es lo que determina sus prácticas como institución en San Lázaro. Es por ello que a continuación se puede hacer referencia plenamente a la categoría de

Institución del saber de Michel De Certeau, para referirse a la institución psiquiátrica tanto en Francia como en Ecuador<sup>52</sup>.

## 2.2 Cómo es una Institución del saber psiquiátrico

### 2.2.1 El encuentro con el otro: Relato de la locura o producción de la locura como objeto pensable en un campo de visibilidad

El proceso científico, según Michel De Certeau, es un encuentro con el otro, motivo por el cual aparecen los objetos pensables. (De Certeau, 1993: 55). Este otro, para el caso del saber histórico, es un pasado, lo muerto (que revive en el trabajo historiador) y una naturaleza<sup>53</sup> (que es la historia en su conjunto). Este encuentro con el otro, es un encuentro también con un límite (que son las posibilidades de conocimiento respecto del pasado y la historia).

Pase lo que pase con las posiciones propias del autor, su obra describe y precipita el movimiento que lleva a la historia a convertirse en un trabajo sobre el límite: a situarse en relación con otros discursos, a plantear la discursividad en su relación con un eliminado, a medir los resultados en función de objetos que se le escapan; pero también a establecer continuidades al aislar las series, a precisar métodos al distinguir los distintos objetos que se captan en un mismo hecho, a revisar y a comparar las periodizaciones diferentes que hacen parecer diversos tipos de análisis, etcétera. (De Certeau, 1993: 56).

---

<sup>52</sup> Por supuesto, como se ve en el primer capítulo, con sus respectivas particularidades. Como bien lo señala Francisco Jaramillo Tejada, la creación del Hospital Julio Endara da lugar a lo “joviejo” en la psiquiatría ecuatoriana y sobretodo quiteña. Este neologismo del autor explica la articulación entre lo joven y lo viejo que se suscita constantemente en la relación que se mantiene entre Julio Endara (que fue construido para aplicar lo moderno en cuanto a Psiquiatría, para salir del encierro asilo-colonial según Mariana Landázuri) y San Lázaro (que conserva su herencia colonial). Para Lorena Lucioparedes, asesora de tesis de Jaramillo (a la que se hace referencia en estas líneas), esta articulación da cuenta de una *hibridación* producto de la herencia colonial y de corrientes sociales nuevas. (Jaramillo, 2010: 28).

<sup>53</sup> Para De Certeau la articulación naturaleza-cultura se da en la materialización de la obra histórica. El historiador tiene al *tiempo* como su *materia de análisis* y su *objeto específico*, y los trata según sus métodos y los transforma en historia. “Una obra “histórica” participa del movimiento por el cual una sociedad modifica su relación con la naturaleza, convirtiendo lo “natural” en utilitario [...] haciendo pasar una institución social de una condición a otra (por ejemplo, la iglesia convertida en museo). [...] El historiador logra la metamorfosis del ambiente a través de una serie de transformaciones que desplazan las fronteras de la topografía interna de la cultura. “Civiliza” la naturaleza –lo que siempre ha querido decir que la “coloniza” y la cambia. [...] Es “científica”, en historia y en otras partes, la operación que cambia el “medio” –o que hace de una organización [...] la condición y el lugar de una transformación. Se mueve, pues, en una sociedad, y en uno de sus puntos estratégicos: la articulación de la cultura con la naturaleza. En historia, establece un “gobierno de la naturaleza” sobre un modo que concierne a la relación del presente con el pasado y en tanto que el pasado no es un “dato”, sino un producto.” (De Certeau, 1993: 84,85).

El límite, entonces, se da por las condiciones planteadas por lo que Rafael Polo denomina campo de visibilidad (que, según este mismo autor, en Bourdieu se encuentra como campo intelectual). Este campo de visibilidad <sup>54</sup>no es un campo óptico, sino social y conceptual, en el que la palabra-concepto opera como un posibilitador de visibilidad y aprehensión de un objeto para hacerlo conocible, puesto que esta visibilidad “*abre un mundo de percepciones y contribuye a construir la estructura del mundo que nombran.*” (Polo, 2010: 28).

El campo es por tanto un campo epistemológico, y el límite se da por las condiciones que presenta este campo epistemológico desde el cual se problematizan los conceptos que se hace surgir. En otras palabras, el campo esboza las posibilidades para pensar los objetos, dependiendo de la actualidad respecto del grado de desarrollo teórico-técnico del saber. Por tanto, la posibilidad de pensar un objeto depende de este campo epistemológico que tiene, porque los plantea, sus propias reglas de constitución, inteligibilidad y aprehensión de los objetos que puede pensar y delimitar según estas reglas y, a la par, excluye otros.

Foucault, al voltear a ver a la psiquiatría, se encuentra con un territorio escabroso, nebuloso, y se pregunta si en el relato que la institución psiquiátrica hace de la locura y que la convierte en un objeto pensable, desde sus reglas epistemológicas, hay algo que se pierde en esa oscuridad, y es allí que su encuentro con el pasado, con el otro, es un encuentro con un ausente, una exclusión y un silencio<sup>55</sup>. Esta operación permite pensar dos aspectos: el silencio de la locura o el momento en que se silenció y lo que se dice o relata sobre ella desde una institución, y eso es lo que se sabe de ella.

---

<sup>54</sup> U horizonte de visibilidad: Se formula, entonces, a partir de la identificación de ‘objetos de conocimiento’ que a su vez surgen al interior de un régimen de pensamiento y de identificación que permiten dotar de sentido las prácticas sociales. Se deduce por ello que los enunciados ‘objetivan lo visible y lo enunciable’ y no hay, por tanto, ‘mundo histórico fuera de éstos enunciados que lo hacen visible’. Un objeto de saber requiere salir a flote, dado que se encuentra en disputa la legitimidad en éste ‘campo de lo visible’. Estos objetos de saber, al emerger desde dentro de ésta disputa, surgen como ruptura con un ‘campo de visibilidad hegemónico’ que se encuentra operando. Ello permite que un objeto de estudio sea nombrado, visto y hecho a través de un objeto de saber nuevo que ahora toma la posta del ‘campo de visibilidad’. (Polo, 2010:18-19).

<sup>55</sup> La Historia de la locura no es una historia sobre un lenguaje de la locura. Se mencionó ya que no se trata de esa historia, si así fuera, el libro sería un absoluto fracaso. Su relato, más bien, es la historia de un silencio o de un silenciamiento. El loco no está, no habla, se encuentra sitiado y sujetado por un saber institucional que al excluirlo habla por él, al relatar su ser como ser de la enfermedad, construye su memoria.

En el primer aspecto se puede pensar como un saber produce su institución y viceversa, lo que conduce a esta institución a confrontarse nuevamente con la locura, la lleva allí donde se había ausentado, la coloca frente a la institución del saber psiquiátrico para pedirle cuentas sobre la elección de su racionalidad al mirarla para después narrarla. *“La ‘razón’ científica está indisolublemente unida a la realidad que encuentra a su sombra y a su otro en el momento en que los excluye.”* (De Certeau, 1993: 56).

El segundo aspecto nos lleva a comprender la fórmula de Foucault: “Locos hubo siempre pero no siempre hubo locura.” Es decir, como categoría clínica la locura existe solo desde la consolidación del alienismo<sup>56</sup>. Para develar como es que la locura pasa a ser un objeto de saber, Foucault realiza esta operación de doble incisión, movimiento en el que se encuentra con el límite, con lo que se ha eliminado<sup>57</sup>. Para mostrar cómo se hizo pensable la locura, cómo se hizo categoría, hace pensable el modo en el que la locura se convirtió en objeto de saber para la psiquiatría. Habla con lo muerto y pregunta al pasado sobre las elecciones de su razón y la exclusión a la locura que se suscitó en esta elección, y con ello opone al saber psiquiátrico la tesis de que la locura es un hecho de civilización, más no de naturaleza, pues si he comprendido bien a Michel De Certeau y Rafael Polo, los objetos del saber están ligados a los modos de construcción civilizatoria de cada sociedad.

---

<sup>56</sup> Entre 1790-1838 según Castel, la locura es cognoscible como objeto pensable de la clínica al interior de lo que Castel llama tecnología pineliana, que se impone en el siglo XIX.

<sup>57</sup> Pero, siendo consecuente con De Certeau, hay que tener presente que Foucault no sólo encuentra lo que la Psiquiatría excluye, en su encuentro con el límite él también eliminará algo (como por ejemplo el reconocimiento de la voz autorizada, en este caso, del saber psiquiátrico, cuestión que sí será estudiada por Pierre Bourdieu).

## 2.2.2 La verdad en juego y la lucha por la representación<sup>58</sup>: Institución del saber psiquiátrico, objetos del saber y la cuestión del lugar

### 2.2.2.1 Verdad y poder

La lucha por la representación no solo tiene como telón de fondo la pugna lingüística por poseer el saber autorizado de la locura y su clasificación, al interior del Asilo se libra una batalla por la verdad entre el loco y el médico. Pues para ser la voz autorizada de un discurso autorizado, el médico psiquiatra debe a la par que conforma su saber, subyugar<sup>59</sup> a su objeto del saber.

Para 1818, -dice Foucault- año en el que el saber psiquiátrico se inscribe dentro del campo médico y conquista su autonomía como especialidad, la verdad es central en el despliegue del poder psiquiátrico en el espacio asilar. La consolidación del saber psiquiátrico no se relaciona solo con el advenimiento de un discurso clínico, que, para Foucault, en oposición a lo planteado por Quérel, es posterior a una lucha por la verdad. Tiene que ver, entonces, en primera instancia con el ejercicio de un poder que constituye al Asilo -dice Foucault- en un campo de batalla en el que se impone una verdad a través del tratamiento moral cuyo proceder no es médico en términos de diagnóstico (nosológico-etiológico) de una patología, más bien, por una suerte de ensambladura con las prácticas institucionales asciende a la nominalidad de lo médico. Es así que la curación tiene que ver más con el modo en que se impone la verdad: la del médico psiquiatra.

---

<sup>58</sup> Las luchas por la representación son luchas por el dominio del campo de visibilidad, por el “*monopolio respecto al poder de hacer ver y hacer creer, hacer conocer y hacer reconocer, imponer una visión legítima de las divisiones del mundo social a través de principios de división que, cuando se imponen al conjunto de un grupo, constituyen el sentido y el consenso sobre el sentido y, en particular, sobre la identidad y unidad que hace efectiva la realidad de la unidad e identidad de ese grupo.*” (Bourdieu, 2001: 88).

<sup>59</sup> En una cita de Pinel en la página 24 de El orden psiquiátrico la definición de tratamiento aparece de la siguiente manera: “el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas.”

Para que la instancia médica que se despliega en el día a día del Psiquiátrico funcione como un poder antes que como un saber, una regularidad disciplinaria debe inscribirse en el cuerpo de los profesionales médicos y de sus aliados los vigilantes de los locos, que según Fodéré, estratégicamente deben poseer características tales como: Médicos.-

Un hermoso físico, es decir, un físico noble y varonil, [...que] es indispensable, [...] frente a los locos, para imponerles. Cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativos de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva” [...]. Vigilantes.- “contextura corporal bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido cuando llegue el caso, una voz cuyo tono, de ser necesario, sea fulminante, [...] de una propiedad severa, de costumbres puras, [...] y de una docilidad absoluta a las órdenes del médico. (Fodéré, 1973: 230-231, citado en Foucault, 2005:19-20).

Regularidad que se inscribe en médicos y vigilantes para imponerse en los alienados. Sin esta regularidad corporeizada y su despliegue como disciplina para la imposición de una verdad que permite el ejercicio del poder en el espacio asilar, no es posible la construcción misma del saber médico psiquiátrico. Además, esta regularidad y este despliegue son indispensables para administrar el uso y movilidad en el espacio y la distribución y programación de las actividades en el tiempo de los internados.

Para Foucault, esta relación de orden disciplinario organiza un esquema perceptivo de regularidades, permite realizar observaciones exactas, condiciona la mirada médica, potencia su acceso al objeto (el alienado), etc. Y sin este orden disciplinario, que es para Pinel la condición para la observación exacta, no puede darse la condición de curación y de terapéutica;

esa transformación sobre cuya base alguien considerado como enfermo deja de estarlo solo puede llevarse a cabo dentro de la distribución reglada del poder. La condición, entonces, de la relación con el objeto y de la objetividad del conocimiento médico, y la condición de la operación terapéutica, son iguales: el orden disciplinario. Pero esta especie de orden inmanente [...] está en realidad atravesado [...] por una disimetría que lo lleva a asociarse a una instancia única [...] a partir del cual se efectúan el reparto y la dispersión disciplinaria de los tiempos, los



cuerpos, los gestos, los comportamientos, etc. Esa instancia [...] de un poder ilimitado [...] es la instancia médica que [...] funciona como un poder antes que como saber. (Foucault, 2005: 17-18).

De allí que el médico pasa a ser un sujeto de saber y poder en el que confluye y se corporeiza “*un campo polarizado por una disimetría esencial del poder*”. (Foucault, 2005: 19); y su función es la de proporcionar la cura y la terapéutica que son, a su vez, parte de la disposición táctica del poder que permite el ejercicio de ese poder que se encarna en varios individuos y sobre todo en el médico, pero cuya dispersión conduce su ejecución en una multiplicidad de actos efectuados por distintos individuos que cumplen distintas funciones. (Foucault, 2005: 21).

Encontramos aquí al *homo medicus*<sup>60</sup>, al médico alienista que se impone como monarca al ingresar a la institución asilar, esforzándose por cumplir una doble función: la de traumaturgo en un dominio incierto de la locura y la de hombre de ciencia que quiere introducir a la locura en una ciencia incierta (Postel y Bing, 1999, 37-45), cuya organización y legitimación depende de si puede o no subyugarla con la imposición de su verdad.

Por ello, el espacio asilar pasa a ser un campo de batalla (Foucault, 2005: 22), en el que una fuerza, el poder amenazante e imparable que emana del loco debe ser contenido y controlado por el poder disperso del médico. De allí para que la terapéutica pase a ser, en palabras de Pinel, “*el arte de subyugar y domesticar al alienado*” y el tratamiento moral sea, en palabras de Foucault, una “*escena de enfrentamiento*”.

---

<sup>60</sup> En el trabajo citado de Postel y Bing en “Pensar la locura”, se toma la noción de *homo medicus* de la Historia de la locura de Foucault. Cabe aclararlo ya que en este subcapítulo se hace referencia en todo el cuerpo del texto a el libro El poder psiquiátrico de Foucault, y se hace coincidir el advenimiento de esta monarquía médica consciente de que estos autores discrepan con la fecha en la que lo ubica el Foucault de la Historia de la locura en 1962, pero para 1973 Foucault propone a 1818 como fecha en el que el campo médico gana su autonomía de especialidad, y Postel y Bing observarán su consolidación en 1820, la discrepancia entre estos autores después de 11 años de estudios posteriores a la publicación de la Historia de la locura ya no tiene un cuarto de siglo de por medio.

Es esta disciplina, este orden el que permite la terapéutica que es un dominio, una subyugación de un objeto para su observación exacta que deviene en el discurso médico (nosografía y etiología). En ese orden, lo médico en la psiquiatría no antecede la terapéutica que es una práctica disciplinaria (según Foucault). Esta verdad que se impone ante el loco es, a criterio de los alienistas de la época, el momento de la cura<sup>61</sup>. Además, esa imposición de verdad que es una subyugación y control del sujeto-objeto, representa en el discurso médico a su objeto de saber como alienado, enfermo mental, y es la verdad autorizada y legítima que circula en el espacio social.

### 2.2.2.2 La verdad Médica

El ‘Poder psiquiátrico’ –según Foucault- está marcado por dos momentos. El primero se ubica en el Siglo XVII hasta principios del XIX. En este prima el ejercicio de lo que llama curación clásica. Toma como referentes de este ejercicio a Pinel y Mason Cox, quienes consideran que si

---

<sup>61</sup> Si entendemos la cura como un beneficio producto de la relación entre un enfermo y un médico ya sea porque el primero se reconoce como enfermo o porque la sociedad, el Estado o la familia lo hacen, la cura no es algo que se obtiene de esta relación médico y paciente, pues no acontece como resultado de un diálogo equitativo en el que lo expresado por uno y por otro, alcance, a consideración de ambas partes, su dignidad de lengua. Georges Canguilhem piensa que sucede al contrario, el médico, al pensar que su ciencia es una lengua bien construida y que el enfermo se expresa en jerga, le niega así su dignidad de lengua. Olvida –o más bien desconoce- todo lo que toma de ésta en su formación a lo largo de su historia y desvaloriza la jerga a mediados del siglo XIX. En el nacimiento de la clínica, Foucault recuerda que para 1750, al referirse al sistema nervioso de una histérica a la que atendió, Pomme ve “*porciones membranosas parecidas a fragmentos de pergamino empapado*” y nota en el proceso que unos intestinos se despojan de su “*túnica interna*”; para 1850 al describir una lesión encefálica Bayle recurre a una metáfora tal como la de “*tela de araña*”. (Foucault, 2008: 9-10). Pese a la gran evolución que acontece en cien años en la medicina, en este ejemplo se puede notar la recurrencia del lenguaje médico a la jerga y la metáfora. Guiada por una objetividad a la que se atribuye el sustento del saber, la medicina emplea la terapéutica como una aplicación de tratamientos fruto de recuentos estadísticos de resultados verificables, y la cura es por tanto una respuesta orgánica al tratamiento, es el fin de una perturbación, una reversibilidad de fenómenos y no una satisfacción ni adquisición de elementos de defensa de un ser humano para combatir su enfermedad. (Canguilhem, 2004: 74). Hay que reconocer la importancia del medicamento en el tratamiento, pero no se debe olvidar que el conocimiento médico no parece ser lo único que guía la curación, el reconocimiento social al estatus de ciencia ayuda mucho, Canguilhem tiene muy en cuenta el efecto placebo al cuestionar a la cura como resultado de la relación medicina-paciente. Si a todo esto agregamos la cura como imposición de verdad, coincidimos con Canguilhem al plantear que la cura es la deuda que la medicina occidental tiene con la humanidad.

[...] “el núcleo de la locura es una falsa creencia, una falsa ilusión o un error”, la ‘curación clásica’ consistirá en [...] “reducir ese error para que la enfermedad desaparezca.” (Foucault, 2005:153). El segundo momento, se ubica a inicios del Siglo XX, se caracteriza por el paso de la ‘Curación clásica’ -que tiene como centro la verdad del loco- a su subyugación por la verdad del Psiquiatra, lo cual marca un punto de inflexión en la práctica psiquiátrica en el que el médico pasa a ser un ‘Agente de la realidad’. Como tal dibuja la realidad, se apodera de ella y de la verdad del enfermo, [...] “y en ese aspecto no es como el sabio o el maestro; sin embargo, es quien irrealiza la realidad para actuar sobre el juicio erróneo emitido por el enfermo. (Foucault, 2005: 155).

Foucault considera que el psiquiatra en este punto ya no es un ‘agente de la realidad’ ni un ‘amo ambiguo’, sino el único y total amo de la realidad y, por tanto, de la verdad; lo cual le permite legitimarse como único sujeto del saber de su objeto del saber. Sumado a ello, la dispersión táctica del poder a la que se refiere Foucault respecto de la práctica y ejercicio psiquiátrico, por fuerza y poder, el médico psiquiatra adquiere el dominio de la locura, puede tomarla, absorberla, sustraerla a la realidad y representarla. El dominio de la verdad, en el espacio de disputa por la verdad que es ahora el psiquiátrico, pasa a ser el ente rector de la práctica terapéutica.

Como señala Foucault, la ‘verdad’ como tema se sitúa dentro de la psiquiatría, en su centro, en sí misma y dentro de sí misma; más no como un problema a considerar en la relación entre médico y paciente. La cuestión misma de la verdad pronunciada por el loco ya no está al interior de la locura como en la consideración de la ‘curación clásica’ de Pinel y Mason Cox a quienes Foucault se remite, sino más bien, la centralidad se desplaza a la ‘verdad científica’ de la psiquiatría, aspecto sustancial para la conformación de su ‘poder’ y su saber.

Hablamos aquí de verdad científica puesto que el tratamiento moral al alcanzar el estatus de terapéutica –o ejercicio médico- abre su posibilidad de ensamblaje con dos discursos más que la determinarían como ‘ciencia’ en el siglo XIX: Un discurso clínico o clasificatorio nosológico y un discurso ‘anatomopatológico’ a partir de 1819. El primero como una descripción de la locura como una serie de enfermedades urgentes de intervención psiquiátrica y la segunda como una ligazón o “*correlato orgánico de la locura*” (Foucault, 2005:158).

En este punto, la Psiquiatría se constituirá en una ciencia fáctica, hará de la demostración la cura y su criterio de verdad, y por tanto el delirio pasará a ser aquel pensamiento que no se sujeta a la demostración. Por ello, para entender estos dos momentos de la Psiquiatría, se puede tomar como definición de ‘Poder psiquiátrico’ un concepto que Foucault en su momento lo consideró provisorio, puesto que se refiere a rasgos ya mencionados que en buena medida son generales. Entonces, se entiende por poder psiquiátrico a aquel “*complemento de poder en virtud del cual lo real se impuso a la locura en nombre de una verdad poseída de una vez por todas por ese poder con el nombre de ciencia médica, psiquiatría.*” (Foucault, 2005:157).

### **2.2.2.3 Verdad y lucha por la representación**

La institución del saber aparece cuando aparece un lenguaje, una práctica y una institución que las contiene.

El lugar dejado en blanco u oculto por el análisis que exageraba la relación de un sujeto individual con su objeto, es nada menos que una institución del saber. Esta institución señala el origen de las “ciencias” modernas [...] El nacimiento de las “disciplinas” está siempre ligado a la creación de grupos [...] Esta institución se inscribe en un complejo que le permite solamente un tipo de producciones y le prohíbe otras. Así procede la doble función del lugar. Vuelve posibles algunas investigaciones [pero] otras las vuelve imposibles. (De Certeau, 1993: 71-81).

Sin desmerecer el intelecto y el trabajo de Bleuler, la esquizofrenia no es descubierta gracias a que su genialidad se adelanta a su época, por el contrario, se debe a que, en palabras de Castel, la locura devino administrable, gracias a la respuesta (vínculo y relación) de la medicina con un problema de carácter político, moral, jurídico, laboral y económico. El Dr. Julio Endara, considerado padre de la psiquiatría ecuatoriana al igual que varios médicos, no saben mirar la existencia de la esquizofrenia en San Lázaro únicamente porque han aprendido a detectarla mediante la utilización de los parámetros del diagnóstico clínico tras sus estudios en Francia, lo hacen porque su formación obedece a un problema de gobierno: la abolición del poder eclesiástico mediante la imposición de un discurso político (el de la Revolución Liberal) y uno científico (el del positivismo) y la instauración de la medicina colectiva en la Revolución Juliana. Es allí, como manifiesta De Certeau, donde se organiza y toma sentido y fuerza su

saber, donde se originan su disciplina, sus prácticas, sus técnicas, sus métodos, y se crea y legitima su grupo, sus características discursivas, su conocimiento, sus relatos sobre la patología, su campo epistemológico y por ende su campo de visibilidad.

El saber produce una verdad y esa verdad es el saber mismo que se expresa en un modo discursivo, en un lenguaje legitimado. La verdad respecto de la esquizofrenia y de la enfermedad mental, no es ni puede ser pensada en cualquier lenguaje. Al relacionarse y responder a un problema político, jurídico, moral y económico, la psiquiatría ayuda a definir los criterios de la internación y a través de ello organiza su saber: la verdad.

En Europa, principalmente en Francia, al interior del Asilo y fuera de este, el alienismo pelea la autoría por la legitimidad del saber sobre el objeto (la locura). Al Interior, disputa con el loco la verdad. En el exterior disputa su estatus como ciencia médica y lo hace en medio y a la par de una disputa política por determinar los parámetros del encierro bajo los criterios de la Ilustración en oposición a la arbitrariedad para determinar la proscripción en el Antiguo Régimen que precede a la Revolución francesa. Para 1818, el alienista conquista, por así decirlo, a la locura y abre así sus posibilidades de producción de investigación sobre su objeto de saber, y aun cuando le prohíbe<sup>62</sup> otras, circunscribe y conecta el lugar no sólo a un horizonte de visibilidad, sino también de un horizonte de expectativas que amplían sus posibilidades teórico-conceptuales y de ampliación-intervención en el cuerpo social.

Si seguimos a Koselleck podemos deducir que el horizonte de visibilidad que abre a su vez el horizonte de expectativas halla su apertura en la medida en que el lenguaje de la institución del saber se organiza como una teoría y modelo de explicación de lo real. La teoría se especializa en la medida en que articula el caos fenoménico de un problema que aborda. Al articular lo

---

<sup>62</sup> Como se ve en la primera Psiquiatría del alienismo, esta es una fenomenología del desorden social, ese es su campo de visibilidad. Los Asilos están para ocuparse del mundo de la miseria que se acrecenta con la crisis económica europea y que al afectar al Ecuador reproduce ese objetivo en este país. Es por tanto una medicina pública que se encarga del disciplinamiento y tratamiento de lo público o que está en el espacio público. Esta condición no les permite ocuparse de otro tipo de sujetos provenientes de una burguesía en formación y auge. Este sector es el que ocupa a Freud a finales del siglo XIX y el que permitirá la formación del Psicoanálisis. De aquí para que la teoría del inconsciente no tenga mayor peso en San Lázaro. Tomando en cuenta lo expuesto, cabe preguntarse: ¿tendrá que ver este hecho con el triunfo del positivismo (hasta la actualidad) en la Universidad pública y el relativo triunfo del Psicoanálisis en universidades privadas en Quito?

real entra en debate con su tiempo. Al hacerlo, como lo señala Polo, no es mero reflejo; lo real es construcción, y la teoría ayuda a nombrar esa construcción del mundo en la medida que lo nombra y produce. La teoría, en tanto que no es intuición ni se desconecta de lo real, procura, mediante el lenguaje teoría dialogar con lo real. De allí, para Koselleck, la importancia que tiene el concepto para la teoría y la historia, pues, esta ampliación de expectativas se debe a dos particularidades de la producción de conceptos:

1) El concepto es un hecho y un indicador de algo que se sitúa más allá de la lengua, permite pensar una realidad histórica y efectuar acciones concretas sobre ésta, instaura formas de comportamiento y actuación junto con reglas jurídicas y condiciones económicas que pueden ser pensadas a partir de la existencia del concepto que se relaciona con la realidad que quiere comprender (Koselleck, 2009: 77); 2) las palabras-concepto

adquieren significación y poder por [lo que Bourdieu llama] ritos de institución, [que son un] mecanismo social de regulación de los discursos, en los que son pronunciados y al interior de los cuales adquieren legitimidad. Los ritos de institución son mecanismos de objetivación y de invención, como de naturalización, de la repartición de lo sensible, [...] producen y afirman las divisiones del mundo social. (Polo, 2010: 28).

En 1790, tal como muestra el artículo 9<sup>63</sup> de la ley pronunciada por la Asamblea contra las Lettres de cachet, la locura ya es pensada como un problema político, y su internamiento por tanto es asunto de la justicia (fiscales y jueces), administradores locales (“directores de distrito) y médicos (Castel, 2009: 8). En la ley de 1838, ya no solo es pieza clave en el internamiento, es reconocido como autoridad única dentro del Asilo y su criterio es decisivo para el internamiento. Las posibilidades de su ejercicio de intervención-poder-acción-jurisdicción-alcance-control tiene ciertos límites para la internación de oficio (no voluntario),

---

<sup>63</sup> “Las personas detenidas por causa de demencia serán, por espacio de tres meses a contar desde el día de la publicación del presente decreto, y a instancia de nuestros fiscales, interrogadas por los jueces en las formas acostumbradas y, en virtud de sus ordenanzas, visitadas por los médicos que, bajo la supervisión de los directores de distrito, explicarán la verdadera situación de los enfermos para que, según la sentencia que hayan pronunciado sobre su estado, sean puestos en libertad o entendidos en los hospitales que serán indicados a tal efecto.” (Ministère de l’intérieur et des cultes, 1880: 1, citado en Castel, 2009: 7).

pues en la *“discusión misma de la ley de 1838 se hace referencia a manifestaciones patológicas que no pueden ser subsumidas por esta concepción de alienación legal [y varios] trastornos psíquicos ya reconocidos [como histerias y delirios] corren el riesgo de caer fuera del campo de una medicina mental cuya acción reconocida comienza y termina con el internamiento.”* (Castel, 2009: 196).

Pero el médico ya es reconocido en el presente y la posteridad como un agente legítimo que posee el saber sobre la alienación mental. La conquista de la verdad al interior del Asilo, permite conquistar la verdad sobre la locura y expresarla en un código teórico (la nosografía clásica) producto de esa especie de triángulo disciplinario que es el tratamiento moral (esa tecnología de intervención), pone en relación al médico, al enfermo y a la institución (Castel, 2009: 217).

Depurada relación de poder que define un código teórico, una tecnología de intervención, un dispositivo institucional, un cuerpo de profesionales y un estatuto de usuario —es el alienado en la ley de 1838—. (Castel, 2009: 10). Y esta definición dota de herramientas para que el organicismo triunfe a inicios del siglo XX. G. Ballet, pese a las críticas que haga a la primera psiquiatría social de Pinel e inclinándose por la superioridad de la nosología y etiología de Morel, voltea siempre a ellos para darle continuidad a la construcción del saber de la enfermedad mental. Es decir, reconoce en ellos el saber válido sobre la enfermedad mental, y al darle continuidad evolutiva construye un saber cada vez más sólido que dota su palabra de una autoridad legítima y consagra las diferencias de la institución, del lugar, del grupo que avala su autoría.

Triunfo de la representación organicista de la locura como enfermedad orgánica, de una *“concepción “teórica” de la enfermedad mental [que] ya no está estrechamente conectada con la fenomenología social del desorden. A la inversa tiende a aproximarse al tronco común*

*de la medicina*” (Castel, 2009: 216). Pero, dicho triunfo resulta de conformar a la muerte, la vida y la enfermedad como una trinidad técnica y conceptual que abre de forma ilimitada la mirada clínica-médica y psiquiátrica. Ese saber psiquiátrico-organicista aprehendido y adoptado como discurso científico de Gobierno por los socialistas de la Juliana, es el que entra en disputa por la representación de la enfermedad mental con el poder de Iglesia y de los antiguos “malos gobiernos”, que ve en la esquizofrenia un tema de posesión diabólica y olvido, y no una lesión orgánica especial y constitutiva digna de preocupación médica y política. De asilados a pacientes psiquiátricos: en este modo de enunciarlos se revela una lucha lingüística por la representación.

#### **2.2.2.4 Importancia del nacimiento de la mirada médico-clínica para la formación de la institución del saber psiquiátrico**

Para que la mirada médica se amplíe, para que su lenguaje se extienda y propague, para que la capacidad de su código teórico lea sin mayor percance la sintomatología de la enfermedad en el cuerpo, en fin, para que logre reorganizarse como práctica y ciencia con la aparición de la anatomía patológica en las postrimerías del siglo XVIII e inicios del XX, son varias las transformaciones que deben suscitarse sobre las posibilidades del decir y del ver. Reorganización del ámbito hospitalario, desavenencias, acuerdos, conmoción de las enseñanzas médicas, de las teorías y prácticas científicas; preocupaciones económicas, salubres, sociales y políticas; todo concurre y cimienta un camino para que la medicina y el saber sobre el hombre se transforme. Aquel giro se produce cuando la necesidad de disecar los cadáveres modifica las prácticas y el saber del campo de visibilidad de la medicina en general<sup>64</sup>, pues, para que la «mirada» del médico pueda descifrar los síntomas en toda su

---

<sup>64</sup> En este subcapítulo se recurre por completo al libro de Michel Foucault *El nacimiento de la clínica*. En éste se estudia la formación de la institución médico clínica, lo que significa que es un estudio sobre la formación de las problematizaciones y los conceptos que de ello resultan en la medicina en general y ya no específicamente a la medicina mental como en la *Historia de la locura*. Es importante destacar que tal extensa referencia a la obra mencionada sirve aquí para perfilar una comprensión sobre lo que Foucault piensa es el primer discurso universal sobre el individuo en Occidente y que tiene un efecto directo sobre la medicina mental.



amplitud y organice un lenguaje para referirse a ellos, tiene que ir a investigar la fuente en el interior de los cuerpos.

La Revolución Francesa pinta nuevos horizontes políticos. Su Estado en expansión requiere de varias reorganizaciones institucionales y sociales para la solución pronta de problemas económicos y políticos. Esta expansión y reorganización conlleva varios requerimientos para destrabar su cauce, dos de ellas provienen de la necesidad por solucionar el contagio de las epidemias y de la urgencia por ocuparse de una gran ‘masa’ de población cuya morada en Asilos y Hospitales no favorece en nada a las demandas de producción fabril, laboral y económica capitalistas. La respuesta a tal conflicto son políticas para la intervención-solución sobre una población enferma e improductiva.

En este marco la mirada tiene nuevas exigencia: constituir la experiencia médica en un espacio enteramente libre, e incrementar su apertura para que fuera suficientemente presente en su totalidad y recorrido en su contenido para que pudiera formarse un conocimiento fiel, exhaustivo y permanente de la salud de una población. El momento en que este espacio médico es restituido a su verdad de origen la ideología política y la tecnología médica convergen, pues la mirada que recorre este espacio libre sin obstáculos ni alteración colinda con el espacio social que la Revolución idea en sus inicios: configuraciones homogéneas, equivalencias, totalidad de relaciones constantes: espacio de libre circulación, reversible y susceptible de trasposición resultante de la relación de las partes con el todo. Espacio libre para el juego de una experiencia sin limitación, que accede por sí misma a lo universal, libertad o fuerza viva y jamás entorpecida de la verdad: mirada libre de obstáculos, sometida a lo verdadero y sujeta a la verdad, mirada que domina la verdad y si sabe sortear su sometimiento a ella, domina también a sus amos. (Foucault, 2011: 65, 66).

El momento en que se instaura el imperio de la mirada sin límites, de la mirada política pues alimenta la fuerza de su coincidencia con los requerimientos ideológico-políticos de la Revolución francesa. Es el momento de una transformación en el que los horizontes epistémicos y por tanto de prácticas y expectativas del decir y del ver social-teórico-institucional que permite a Bichat formular la siguiente declaración: “*Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer enseguida la oscuridad que la observación sola no había podido disipar*”, declaración a la que Foucault le profiere esta contestación en son de una fórmula que contiene el esplendor del cambio más profundo que alcanza la medicina moderna: “*La noche viva se disipa con la claridad de la muerte*<sup>65</sup>.” (Foucault, 2011: 198).

Conjunto con este nuevo momento de la mirada, se lleva a cabo otra metamorfosis, esta vez a nivel del lenguaje y tiene un efecto directo con la medicina mental; pues Foucault halla en los textos de Pinel la proclamada voluntad de conseguir una descripción exacta y exhaustiva de las enfermedades y de los cuerpos que las albergan. La semiología pasa de ser una lectura a ser “*un conjunto de técnicas que permite construir una anatomía patológica proyectiva.*” Direccionar de tal modo la mirada al cuerpo y desde esta fuente fecunda que es la muerte permite la formulación de una nueva semiología fundada en una triangulación sensorial: vista-oído-tacto, son juntas, una técnica para la legibilidad del signo anátomo-patológico, son una interrogación al cuerpo en el espesor orgánico. (Foucault, 2011: 216, 217).

Con este doble movimiento, no sólo se trata de una transformación de las tecnologías médicas, sino de una reorganización de la totalidad de la medicina que está más allá, de una percepción de la vida y de la muerte y de los mismos fundamentos del saber, pues este doble movimiento en el que se articulan el espacio, el lenguaje y la muerte, que a fin de cuentas permite la

---

<sup>65</sup> “*La vida, la enfermedad y la muerte constituyen ahora una trinidad técnica y conceptual. La vieja continuidad de las obsesiones milenarias que colocaban en la vida la amenaza de la enfermedad, y en la enfermedad la presencia aproximada de la muerte, está rota: en su lugar, se articula una figura triangular, cuya cumbre superior está definida por la muerte. Desde lo alto de la muerte se pueden ver y analizar las dependencias orgánicas y las secuencias patológicas*” (Foucault, 2011: 195).

formación del método anatómico-clínico, representa la condición histórica de una medicina que se muestra para el presente y la posteridad como positiva.

Pero este saber que eclosiona de este doble movimiento es también una verdad universal sobre el individuo. Para Foucault, lo que ha hecho Bichat es volver a tomar el tema de la especificación de lo vivo para desplazar la vida hasta un nivel “*ontológico más profundo y enterrado*”<sup>66</sup>. (Foucault, 2011: 206).

La declaración de Bichat es un indicador de la superación del vitalismo marcado por el dominio de la mirada que atraviesa al campo del saber de la medicina anátomo-patológica y orienta así la posibilidad de elaborar el primer discurso universal sobre el individuo. Discurso que es necesidad “*porque es la única manera de la mirada de no renunciar a sí misma, de no abolirse en las figuras de experimentos donde estaría desarmada. El principio de la visibilidad tiene por correlativo el de la lectura diferencial*”<sup>67</sup> de los casos.” (Foucault, 2011: 223).

---

<sup>66</sup> Superando la filosofía en la que se apoya la percepción vitalista. Ahora vida-enfermedad-muerte en su relación con la nueva percepción médica que permite la organización de la anatomía patológica halla en la muerte la fuente para constituir el saber en dos ejes: 1) La muerte como punto de vista absoluto sobre la vida y apertura sobre su verdad; 2) Muerte como: a.- aquello contra lo que la vida choca y en lo que lo vivo se resuelve naturalmente, b.- la enfermedad pierde su estatuto de accidente y entra en la relación móvil vida-muerte (el hombre no muere porque enferma, enferma porque puede morir, c.- vida-muerte liberan los signos de la enfermedad (la muerte aparece aquí como fuente de enfermedad misma, es posibilidad interior a la vida misma pero más fuerte que ella, la desgasta, la desvía, la muele, la desaparece, “*es la enfermedad hecha posible en la vida.*” (Foucault, 2011: 207, 208).

<sup>67</sup> Foucault menciona mucho que la anatomo patología es el resultado de una superación de lo universal, dice por ejemplo: “[...] *la percepción de la muerte en la vida no tiene la misma función en el siglo XIX que en el Renacimiento. Tenía entonces significaciones reductoras: la diferencia de destino, de fortuna, de condiciones, estaba borrada por su gesto universal [...] Ahora es constitutiva, por el contrario de singularidad [...]*” (Foucault, 2011: 228). Superar, en este sentido, significa diversificar tipologías médicas y diferenciar los síntomas entre una enfermedad y otra. Antes de la anatomo patología, no era posible –o al menos no ampliamente- diferenciar un síntoma de otro, un significante de otro, y esa universalidad no permitía diferenciar los casos, no se lograba individualizarlos, clasificarlos. Esa es la universalidad que se supera; pero al hacerlo mediante la yuxtaposición de una nueva ontología del individuo, se la corrige con otra homologación, otra universalidad, la de la Ilustración. Se aborda esto en los siguientes subcapítulos.

Se pone de manifiesto, cómo se instauró la posibilidad de un conocimiento del individuo. Y permanecerá sin duda como algo decisivo

para nuestra cultura que el primer discurso científico tenido por ella sobre el individuo haya debido pasar por este momento de la muerte. Es que el hombre occidental no ha podido constituirse a su propios ojos como objeto de ciencia, no se ha tomado en el interior de su lenguaje y no se ha dado, en él y por él, una existencia discursiva sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración de la muerte en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo. (Foucault, 2011: 257).

Este desplazamiento hacia una ontología del individuo, basada en una anatomo-patología que se expande al colocar a la muerte en el vértice de una trinidad técnica y conceptual que al pasar por la supresión, o destrucción de ese hombre al que enuncia, produce una discursividad sobre el individuo que pasa a ser el fundamento sobre el que todas las ciencias humanas van a prosperar. Abre la posibilidad misma para el hombre de ser el sujeto y el objeto a la vez de su propio conocimiento<sup>68</sup>. El momento en el que la muerte ilumina la verdad sobre el hombre, éste halla en la enfermedad la ineludible manifestación de su finitud. *“Las enfermedades son los instrumentos de la vida mediante los cuales el viviente, tratándose del hombre, se ve obligado a confesarse mortal.”* (Canguilhem, 2004: 47).

---

<sup>68</sup> Pero no hay que descontar que el nacimiento de la medicina positiva, de sus características de saber científico y del progreso de sus prácticas, este devenir de un conocimiento nuevo es colindante, contemporáneo y solidario de un movimiento, que en toda la cultura contemporánea, coloca a la muerte en el centro del individuo: “[...] *la experiencia de la individualidad, en la cultura moderna, está vinculada a la de la muerte: desde el Empedocles de Hólderlin al Zarathustra de Nietzsche, y luego al hombre freudiano, una relación obstinada con la muerte prescribe a lo universal su rostro singular y presta a la palabra de cada uno el poder ser indefinidamente oída; el individuo le debe un sentido que no se detiene en él. [...] De una manera que puede parecer extraña a la primera mirada, el movimiento que sostiene el lirismo del siglo XIX forma una unidad con éste por el cual el hombre ha tomado un conocimiento positivo de sí mismo; ¿pero es preciso asombrarse de que las figuras del saber y del lenguaje obedezcan a la misma ley profunda, que la irrupción de la finitud pese, de la misma manera, sobre esta relación del hombre con la muerte que, aquí, permite un discurso científico bajo una forma racional y, allá, abre la fuente de un lenguaje que se despliega indefinidamente en el vacío dejado por la ausencia de los dioses?*” (Foucault, 2011: 257-259).

Pero en esta confesión, la clínica halla la verdad sobre el individuo que construye. El temor a la muerte atraviesa la historia de la humanidad hace siglos. Miedo que es concomitante con la idea de Dios, y con la del Poder (Deidad y subordinación). Ahora nace una ciencia del individuo que al centrar en la muerte la producción del conocimiento abre una cavidad que irriga su saber y que podría hacer proliferar su lenguaje ilimitadamente. Desplazamiento de la Deidad y prolongación de una nueva autoridad médica que tiene la verdad y el saber universal sobre el individuo. De aquí provendría su poder de nominar, de enunciar al ser de la salud y la enfermedad. De este triunfo en el que obtiene la verdad del ser, proviene –en términos de Bourdieu- su capacidad -reconocida institucional y socialmente- de representar, de naturalizar, de consagrar diferencias, de instituir<sup>69</sup>; pues quien enuncia (el médico) que adquiere este saber y es autorizado por éste y la institución clínica para enunciar, pasa a ser un sujeto de saber cuyo conocimiento es la verdad universal del individuo que proveniente de una muerte que refleja su finitud.

En la muerte, la clínica, encuentra y organiza un saber que es el principio y el fin de la verdad del individuo universal, pues de su homologación provendrán todas las esencias y las normativas sobre el deber de ser del cuerpo de los sujetos. La muerte extiende al infinito un lenguaje que construye un individuo enunciable a través de una diversificación<sup>70</sup> (clasificación

---

<sup>69</sup> *“Instituir, asignar una esencia, una competencia, es imponer un derecho de ser que es un deber ser (o un deber de ser). Es significar a alguien a lo que es y significarle que tiene que conducirse consecuentemente a cómo se le ha significado. El indicativo es en este caso un imperativo [...] Instituir, dar una definición social, una identidad, es también imponer límites”* (Bourdieu, 2001:81).

<sup>70</sup> La importancia de la clasificación atraviesa la formación de todas las instituciones de Estado para 1780 (cárceles, asilos, hospitales, juzgados). Es que lo que ocupa a la política en este momento es la creación de un aparato autosuficiente que permita diferenciar comportamientos y aplicar tratamientos y correcciones. Es allí donde radica uno de los aspectos de mayor trascendencia respecto de la creación de un individuo, en la posibilidad de proporcionar de forma directa y homologada derechos, deberes, sanciones y tratamientos sin equívocos, sin arbitrariedad y con especificidad para cada caso. Acontece por tanto, la creación de un individuo que -como se ha planteado anteriormente- es o pasa a ser un objeto de saber y de una individualización que permite una aplicación mejor proporcionada de derechos y reglas. Pero esta adecuación-repartición dependerá mucho del modo en que entre una institución, entre un saber y otro se prestan conocimientos sobre el individuo que se construye en este tramo de la historia: la idea del préstamo para Rancière –según Rafael Polo- es de suma importancia en su obra. Como se revisó, la medicina en su trayecto de formación –aun cuando actualmente no lo reconozca como dice Canguilhem- toma del lenguaje ordinario palabras prestadas y mediante el trabajo teórico y por la imposición de un saber que se encuentra en disputa (pues el objeto de saber también es un objeto litigioso para Rancière), las transforma en conceptos que al entrar en circulación alimentan en su despliegue operativo la construcción, consolidación, visibilidad e intervención de un objeto de saber (Polo, 2010: 26-27), y las practicas

clínica) que accede a lo universal gracias al impulso que le otorgan la nosografía y la etiología. Pero esta eclosión hace combustión en un marco político. La clínica en su nacimiento no esquiva el orden político que la rodea, por el contrario responde a éste, en lo referente a la homologación, su buena voluntad se ancla a la Ilustración y a la modernidad. Los ideales construidos en estas esferas como la misma idea de individuo y de universalidad pasan a regular lo normal, lo patológico, lo sano, lo enfermo, lo productivo y lo disciplinado.

La muerte permite una ontología de la enfermedad, y esta una ontología del individuo, el pensamiento médico le otorga un estatuto filosófico a su objeto de saber.

Los gestos, las palabras, las miradas médicas tomaron, desde ese momento, una densidad filosófica que antes había tenido el pensamiento matemático. La importancia de Bichat, de Jackson, de Freud en la cultura europea no prueba que ellos eran tan filósofos como médicos, sino que, en esa cultura, el pensamiento médico está comprometido por derecho propio en el estatuto filosófico del hombre. (Foucault, 2011: 258).

---

institucionales que van a la par de estas construcciones y que a su vez son replicadas, enunciadas en el *lenguaje hablado, vivo* e inscrito en un régimen ideológico, pues el lenguaje no es un cúmulo de reglas gramaticales producto de la abstracción, por el contrario, éste se encuentra “saturado ideológicamente, como una concepción del mundo, e, incluso como una opinión concreta que asegura un máximo de comprensión recíproca en todas las esferas de la vida ideológica” (Bajtín, 1991:88-89 citado por Polo, 2010:26). En la individualización se puede ver como la palabra hecha concepto permite que el préstamo –ahora a nivel institucional- operativise prácticas: en relación a los crímenes por ejemplo se “*ve apuntar, a la vez que a la necesidad de una clasificación paralela de los crímenes y de los castigos, a la de una individualización de las penas conforme a los caracteres singulares de cada delincuente. [...] La individualización aparece como el objetivo último de un código adaptado en forma exacta [...] Pero lo que comienza a esbozarse ahora es una modulación que se refiere al propio infractor, a su índole, a su modo de vida y de pensamiento, a su pasado, a la “calidad” y no ya a la intención de su voluntad. Se percibe, pero como un lugar que queda todavía vacío, el lugar en el que, en la práctica penal, el saber psicológico sustituirá la jurisprudencia casuística. [...] El vínculo código-individualización se busca en los modelos científicos de la época [...] [pues los] procesos de objetivación nacen en las tácticas mismas del poder y en la ordenación de su ejercicio.*” (Foucault, 2010:114-115-117).

### 2.3 La conciencia política en la mirada médica

Como se ha reiterado constantemente, la Psiquiatría ecuatoriana, principalmente quiteña, define su conciencia política en su anexamiento a los principios ideológicos de la Revolución Liberal que al considerar “*que frente a los conflictos de la salud el Estado debía asumir el rol específico de atender a los enfermos para curarlos oportuna y adecuadamente*” (Rodas, 2011:107) abre así la posibilidad de que la Psiquiatría se desarrolle al embarcarse en el pensamiento moderno, y aunque le tome cincuenta años, logra materializar esta adherencia en la fundación del Hospital de Conocoto. Asume, entonces, su primer rol como un acto-respuesta político en un marco político. Aun cuando, según Mariana Landázuri, éste no sea el único proyecto político al que se adhiera, ya sea por afinidad ideológica o por ‘efecto’, ‘respuesta’, o ‘coherencia’ político-institucional (pues hasta finales del 2012 -año de su cierre definitivo- es una institución pública), la Revolución Liberal<sup>71</sup> es el momento, el espacio y el tiempo histórico en que la salud mental es provista de los elementos necesarios para formar y expandir su horizonte de expectativas y visibilidad en Ecuador<sup>72</sup>.

---

<sup>71</sup> A criterio de Rafael Polo, director de esta tesis, la Revolución Liberal constituye, además, el momento de despliegue de un proyecto de modernidad periférico capitalista.

<sup>72</sup> Quedará pendiente revisar el modo en que la Institución psiquiátrica actúa en cada momento político del país, tarea ardua y nada fácil. Por el momento cabe recordar los impulsos políticos a la salud mental y a la medicina en general en la Revolución Juliana. Pues si la Revolución Liberal abre las puertas para el desarrollo de nuevas concepciones sobre la salud, la Revolución de 1925 acelera como nunca el desarrollo de su crecimiento: la tarea política, respecto de la salud, es extender los beneficios de la medicina a toda la sociedad. Este nacimiento de la salud colectiva o social estará relacionado de cabo a rabo con la formación socialista de varias de las figuras políticas más emblemáticas de este periodo, como Isidro Ayora, Luis N. Dillon y Ricardo Paredes. Para éste último, su formación marxista define su adherencia al movimiento del 9 de julio de 1925, permitiéndole valorar “*como médico graduado, los contenidos de cambio que en materia de salud pública imprimió la Revolución Juliana. Pero no solamente estimó este nuevo contexto médico social, sino que se nutrió de él para su actividad posterior como precursor en la investigación de la salud social, asunto que se expresaría en la comprensión de las relaciones socioestructurales con la salud.*” (Rodas, 2011: 109). Además en este contexto político se produce una revolución “silenciosa” al interior de San Lázaro: en 1926 aparecen las historias clínicas, hecho que permite la implantación absoluta en San Lázaro del saber psiquiátrico. Aparición que seguramente nace, con Julio Endara a la cabeza del “*empuje que quiere imprimir la joven intelectualidad que ha tomado las riendas del Estado, una de sus tareas es organizar a los desorganizados hospitales públicos. Gracias a estos nuevos bríos y a que el Estado ya forma profesionales capaces de hablar el lenguaje psiquiátrico, las historias clínicas empiezan a aparecer.*” También habrá que develar lo que la formación de esta institución le debe a los precedentes de un periodo tan poco abordado o quizá prejuiciado como lo es el de García Moreno, pues hasta este año, 1926, las Hermanas de la Caridad traídas por García Moreno desde Francia a San Lázaro, siguen formando parte del personal que se ocupa de los internos en esta institución. (Landázuri, 2008: 144-146).

Pero los conceptos con los que operan desde ese momento de la historia provienen de una conciencia política que al parecer –según lo desarrollado en el Nacimiento de la clínica de Foucault- proceden de dos grandes y significativas creencias que preceden y siguen inmediatamente a los primeros años de la Revolución Francesa: a) el mito de la profesión médica nacionalizada (que resulta en una fusión de clero y salud o de un clero de la terapéutica llamado de manera positiva a la medicalización rigurosa, militante y dogmática de la sociedad; es decir, se organiza a la manera del clero porque se enviste de la misión, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes similares a los que el clero ejerce sobre las almas) y b) el mito de la desaparición social de la enfermedad (resultante del sueño sobre la desaparición social de la enfermedad que es llamado a esta misma medicalización, pero de modo triunfante y negativo, para la volatilización de la enfermedad en un ambiente reformado, sin pasiones, a base de una medicalización, corrección, organización y vigilancia incesante que permitiría que la medicina desaparezca con su objeto y razón de ser, pues su existencia no sería ya necesaria). (Foucault, 2011: 58).

Gracias al sueño de la nacionalización de la profesión médica, a aquella misión a manera de clero con la que se enviste la medicina para expandir la salud de mente y cuerpo por toda la Nación francesa y Europa, el médico es concebido como sacerdote del cuerpo: al heredar la vocación de la iglesia que pretende mitigar los males de la miseria, ahora ya no sólo vela por la salud de las almas (ello, como podrá advertirse, le corresponderá en mayor medida a la Psiquiatría), en esta fusión del clero con la medicina se pretende velar por la salud de los cuerpos. Por su parte, la expectación de una sociedad sin enfermedades es el resultado de una reflexión histórica extralimitada en la que versa la creencia de que vinculadas a las condiciones de existencia y formas de vida de los individuos, las enfermedades varían con las épocas y lugares en las que acontecen. Por ende una nación sin pasiones, guerras, violencia, u ocios no conocería estos males que a su vez son acareados por la tiranía.



Ambos momentos, muestran como la primera tarea del médico pasa a ser meramente política: la lucha contra la enfermedad debe comenzar por una guerra contra los “malos gobiernos”, contra su arbitrariedad, arrogancia y despotismo: *“el hombre no puede estar total y definitivamente curado más que si primeramente es liberado”* (Foucault, 2011: 61) de esta abdicación. Por ejemplificar -y para no desapegarnos de lo planteado sobre el encierro-, recordemos una vez más las lettres de cachet mencionadas por Castel, un gran indicador de la arbitrariedad ejercida por Rey y admitida –dice Foucault- por el sobre poder monárquico que se enraíza en él y *“que identifica el derecho de castigar con el poder personal del soberano”*. Pero, hay que recordar además que esta lucha y la crítica al sobre poder de los malos gobiernos es una crítica a la parálisis de la justicia efecto de una distribución mal ordenada del poder, a su concentración en un número determinado de puntos, a los conflictos que de ello deriva y a las discontinuidades resultantes, pero es una crítica, además –dice Foucault- en pro del establecimiento de “una nueva “economía política” del poder de castigar”.

Esta economía jurídica de la penalidad como nueva economía política del poder de castigar a finales del siglo XVIII, está sujeta a la reforma de la Revolución Francesa, es decir a la prolongación filosófico-política de esta estrategia de la nueva economía del poder de castigar:

la “reforma” propiamente dicha, tal como se la formula en las teorías del derecho o tal como se esquematiza en los proyectos, es la prolongación política o filosófica de esta estrategia, cuyos objetivos centrales eran hacer del castigo y de la represión de los ilegalismos una función regular, coextensiva a la sociedad; no castigar menos, sino mejor; castigar con severidad atenuada, quizá, pero para castigar con más universalidad y necesidad; introducir el poder de castigar más profundamente en el cuerpo social.” (Foucault, 2010: 95). [El énfasis es mío].

Como se ve, hay una preocupación por la universalidad que moldea cada proyecto, cada política, cada institución...cada saber. Según Foucault, en medicina, en el siglo de las Luces (XVIII-XIX, Francia) –preocupado por la universalidad- la noción restringida de la vida patológica, en la que los fenómenos mórbidos se comprenden a partir del texto mismo de la vida y no de una esencia nosológica es sustituida por la de una técnica y una conceptualización

consentidas por una muerte que provee claridad y se convierte para el espíritu filosófico en objeto y fuente de su saber, permitiendo que la enfermedad pase a ser la forma patológica de la vida y, el método anátomo-clínico integre, por primera vez, en la estructura de la enfermedad la constante posibilidad de una modulación individual. Pese al cambio, el método anátomo-clínico no deja de estar atravesado por esta conciencia política que alinea el sendero por el que transita el progreso de su saber – y el de todas las ciencias del hombre- respecto de lo normal y lo patológico.

Ambos sueños (profesión médica nacionalizada y desaparición social de la enfermedad) tienen un efecto directo sobre la significación positiva (virtud felicidad) de la medicina en tanto a su relación con los fines del Estado:

La medicina no debe ser sólo el “corpus” de las técnicas de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del hombre saludable, es decir, a la vez una experiencia del hombre no enfermo y una definición del hombre modelo. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de la vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive. Se sitúa en esta zona marginal pero, el hombre moderno, soberana, en la cual una cierta felicidad orgánica, lisa, sin pasión y musculosa comunica en pleno derecho con el orden de una nación, el vigor de sus ejércitos, la fecundidad de su pueblo y la marcha paciente de su trabajo. (Foucault, 2011: 62-63).

Este hombre modelo u hombre ideal pasa a ser un ideal regulatorio, en la medida que canaliza ambos onirismos en una conciencia-intención-acción política que por un lado, acoge la tarea de impartir en la vida de los hombres las figuras positivas (o valores) de salud y virtud para la felicidad y armonía social e individual, y por otro, gestiona la existencia humana al regir las relaciones físicas y morales del individuo y la sociedad; y lo hace al tatuar en el cuerpo una norma bipolar de salud-enfermedad, normal-patológico. Tal es la tarea de la medicina, que no se resume a una atención o asistencia en caso de malestar físico o mental, pues su actividad implica, como se ve con Foucault principalmente, acoger la tarea de regular, gestionar y administrar la vida.

Hasta fines del siglo XVIII, lo normal permanecería implícito en el pensamiento médico, y sin gran contenido [...] Se convierte para el siglo XIX en una figura en pleno relieve. [...] Hay más: el prestigio de las ciencias de la vida en el siglo XIX, [...] no está vinculado primitivamente al carácter comprensivo y transferible de los conceptos biológicos, sino más bien el hecho de que estos conceptos estaban dispuestos en un espacio cuya estructura profunda respondería a la oposición entre lo sano y lo mórbido. Cuando se habla de la vida de los grupos y de las sociedades [...] o incluso de la “vida psicológica”, no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino en la bipolaridad médica de lo normal y lo patológico. (Foucault, 2011: 63).

Es por ello que la construcción en medicina de la anatomo-patología y de la anatomo-clínica implica, lo que podría nombrarse aquí como anatomo-política, pues, las enfermedades son *“también crisis en el esfuerzo emprendido para igualar a un modelo en el plano de las actividades elegidas o impuestas, y, en el mejor de los casos defender valores o razones para vivir.”* (Canguilhem, 2004: 46). La construcción de un individuo universal o universalizable inscrito en un régimen político, en un ideal regulatorio, no solo permite una anatomo-política que devela los secretos del cuerpo enfermo en contraposición del cuerpo sano, también permite el disciplinarlo a través del perfeccionamiento del castigo y de la disciplina calculada de las potencias del cuerpo. El paso de una semiotecnia punitiva<sup>73</sup> hacia una política del cuerpo disciplinado y una ontología anatomo-política que defina esencias universales sobre lo normal y lo patológico, además, permite también colocar a ese individuo que inventa –en el caso de la delincuencia- en la dicotomía de lo natural y contranatural.

El individuo es por tanto en la clínica la apertura y posibilidad de clasificación y diversificación de tipologías nosológicas y etiológicas basadas en una bipolaridad de lo normal

---

<sup>73</sup> Concepto de Foucault que hace referencia a un ejercicio punitivo ideado y abandonado o suplantado a principios del siglo XIX por una política del cuerpo. La semiotecnia es un signo punitivo que calcula la penalidad *“de acuerdo con sus propios efectos, el ejemplo [es decir el castigo público y pedagógico] debe remitir al crimen, pero de la manera más discreta posible, indicar la intervención del poder pero con la mayor economía, y en el caso ideal impedir toda reaparición ulterior de uno y otro. El ejemplo no es ya un ritual que manifiesta, es un signo que obstaculiza. A través de esta técnica de los signos punitivos, que tiende a invertir todo el campo temporal de la acción penal, los reformadores piensan dotar el poder de castigar de un instrumento económico, eficaz, generalizable a través de todo el cuerpo social, susceptible de cifrar todos los comportamientos, y por consiguiente, de reducir todo el campo difuso de los ilegalismos.”* (Foucault, 2010: 108).

y lo patológico que al construir un cuerpo enfermo contrapuesto al sano permite a su vez concebir un cuerpo disciplinado “*a través de una economía calculada de los castigos*”, fruto de la “*sustitución de ese semiotecnia punitiva por una nueva política del cuerpo.*” (Foucault, 2010: 119).

## 2.4 Cuerpo, lenguaje, Ideal regulatorio y esquizofrenia

La Ilustración se preocupa por la universalidad porque está buscando implantar un modelo generalizable al cuerpo para descifrar comportamientos e intervenir sobre ellos sin opacidad. De allí las políticas para homologar al cuerpo construyendo categorías que lo definan y lo controlen bajo un “*pragmática del discurso, [que] lejos de proteger la vida de la comunidad, deja todo en manos de la crueldad de quien impone esa pragmática unilateralmente*”<sup>74</sup>.” (Hopenhayn, 2001: 34). La inaccesibilidad del interno al tiempo, la administración de su rutina son dos fuentes centrales para esta imposición que lleva como objetivo la reinserción moral y práctica en el mundo laboral.

Todos los presos se levantan al despuntar el día, de manera que después de haber hecho sus camas, de haberse aseado, lavado y haberse ocupado de otras necesidades, comienzan generalmente su trabajo al salir el sol. A partir de este momento, nadie puede ir a las salas u otros lugares a no ser a los talleres y sitios fijados para sus trabajos [...]. Al caer la tarde, suena una campana que les avisa que dejen el trabajo [...]. Se les da media hora para arreglar sus camas, tras de lo cual no se les permite ya conversar en voz alta ni hacer el menor ruido. (De La Rochefoucault-Liancourt, 1796: 9, citado en Foucault, 2010: 145).

---

<sup>74</sup> Hopenhayn se refiere aquí a la sospecha que introduce Sade en sus obras al plantear como el saber y la institucionalidad contribuyen a la racionalización del cuerpo, a la justificación científica del encierro y el disciplinamiento del cuerpo y al control de su voluntad de deseo en el auge de la modernidad. El personaje del pornógrafo en Sade se manifiesta como “*la expresión más dura de la lógica productiva moderna: combustión de los cuerpos, serialización y disciplinamiento. Sade pone esa lógica final en el principio de la modernidad: extremo y extroversión del cuerpo en combustión aparecen sintomáticamente cuando la Revolución Industrial está dando sus primeros pasos, y cuando la lógica de la libertad se está metamorfoseando en administración del terror.*” Terror que Sade encuentra en los primeros pasos del accionar político de Estado en la Revolución Francesa “*-se calculan unos 40.000 guillotinos en un solo año de Terror jacobino-*.” (Hopenhayn, 2001: 46-63).

A finales del siglo XVIII, cuando el aparato administrativo de la institución coercitiva que se ocupa de dejar impresa una huella de la disciplina en el cuerpo se impone a los modelos de ejercicio del poder como el Derecho monárquico y la Ciudad punitiva, ya se puede hallar los orígenes en perfeccionamiento de lo que en el siglo XX Erving Goffman encuentra como una razón formal que rige y se impone en el sujeto desde el momento que es apresado hasta el momento en que es sitiado en una Institución total. (Tema que es abordado en detalle más adelante). *“En fin, en el proyecto de la institución carcelaria que se elabora, el castigo es una técnica de coerción de los individuos; pone en acción procedimientos de sometimiento del cuerpo –no signos-, con las huellas que deja en forma de hábitos, en el comportamiento; y supone la instalación de un poder específico de la gestión de la pena.”* (Foucault, 2010: 153).

Este gestionar la pena, esta racionalización deriva de la posibilidad que tienen las Instituciones del Saber a partir de la construcción homologada de cuerpos universales inscritos en el ideal regulatorio que es una construcción teórica que genera prácticas. Entonces tenemos un cuerpo sano; un cuerpo disciplinado, un cuerpo productivo y un cuerpo estético.

El cuerpo productivo debe ser hábil para el trabajo y por ello debe ser un cuerpo sano. Por eso la enfermedad debe ser aplacada (la cura, como se dijo anteriormente, es la deuda de la medicina con occidente), no estrictamente para que el cuerpo sane, sino para que esté presto para el trabajo. Recordemos que para Foucault *“el encierro tenía el propósito de inculcar por la fuerza los comportamientos deseables y la ética laboral burguesa.”* (Lindemann, 2001: 26-28, citado en Landázuri, 2008: 131). Por ello, podemos decir que la salud se constituye como una práctica que deviene de un sistema ideológico cuyo fin es la rehabilitación de la fuerza laboral.

En caso del cuerpo disciplinado, o en palabras de Pinel “subyugado”, se requiere de su subordinación, como se vio, a una pragmática unilateral, a una racionalización o control de sus deseos, su sexualidad (los internos no pueden tener relaciones sexuales), su tiempo y su rutina.

Y debe ser un cuerpo estético no solo para que consuma lo que el cuerpo sano y el productivo producen, sino para implantar el diseño de la belleza en él. La belleza define dentro de esta bipolaridad que opera en todas la ciencia, según Foucault, su lado opuesto que es lo no bello.

La no belleza ayuda a definir los parámetros de la normalidad. Recordemos que las ideas del Antropólogo positivista italiano Cesare Lombroso que sostiene la existencia de un factor biológico de degeneración en la criminalidad y que es aplicado en San Lázaro para 1937 definió los rasgos innatos sobre la criminalidad que porta el cuerpo no estético de la población negra en Ecuador e influirá notablemente en Chile y Argentina. De hecho esta teoría en manos de Julio Endara y sus discípulos los lleva a realizar las primeras investigaciones en Psiquiatría forense cuyos resultados aparecen publicados un año más tarde en los “*Archivos de criminología, neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas.*” Para mediados de 1937 (junio-julio) José Cruz Cueva tiene ya preparado un archivo al que titula “*Estudio constitucional en el delincuente ecuatoriano*”<sup>75</sup>. (Landázuri, 2008: 200-201-202).

Este es el cuerpo del ideal regulatorio para la sociedad occidental. La clínica al construir un cuerpo a partir de una ontología que define esencias universales lo subordina construyendo enfermedades a partir de los significantes sintomatológicos que definen sus significados históricos. Encontramos aquí, siguiendo a Foucault, el control del cuerpo como la antesala del control político. Hallamos la anatomo-política o la política del control de la anatomía del cuerpo, y de la producción del saber sobre éste y las prácticas que derivan de la producción de ese saber. Prácticas, muchas de ellas, dirigidas a codificar el cuerpo, inclusive (como se verá en el siguiente capítulo), ya en el siglo XX, el ingreso al Psiquiátrico y la cotidianidad (definición de horarios para la rutina y terapias para la enfermedad) llevan implícita la intención del dominio corporal. Por tal motivo, Bourdieu halla en cada gesto, en cada movimiento, en cada palabra, en cada entonación la instalación de una hexis corporal, de una “*mitología política realizada, incorporada, vuelta disposición permanente, manera*

---

<sup>75</sup> En las fotos que Mariana Landázuri escoge de este archivo, se puede ver cómo curiosamente los indios y negros salen desnudos y en el caso de los mestizos se ocultan sus genitales con vestimenta interior.

*perdurable de estar, de hablar, de caminar, y, por ende, de sentir y de pensar.*” (Bourdieu, 1991: 113).

No se pretende plantear una lectura de la hexis corporal de la esquizofrenia (quizá ni siquiera sea posible), sino más bien de rastrear el modo en que se anexa a las prácticas del saber que la objetiva y a través de ello homogeniza el cuerpo. Por ello se insiste tanto en el disciplinamiento, pues con la regularidad del cuerpo se puede controlar todo, por ello (desde la invención misma del tratamiento moral de Tuke) el trabajo es la cura a la locura, y el trabajo en el capitalismo en auge permite la tecnificación del cuerpo, lo vuelve útil, práctico y ayuda a adherirlo a una ética que alimenta un espíritu que moviliza el capitalismo<sup>76</sup>.

Entonces, una de las funciones de la clínica es la rehabilitación de los cuerpos enfermos para el trabajo. Pero ese cuerpo debe estar acompañado de una mente disciplinada, es allí donde la Psiquiatría contribuye a la solidificación y propagación del hombre ideal. Por ende, en el establecimiento de esa bipolaridad de lo normal y lo patológico, la clínica hospitalaria subordina el cuerpo y la clínica psiquiátrica subyuga la mente, asegurando así dos ejes del disciplinamiento del individuo universal: su cuerpo y su mente.

El ideal regulatorio define lo normal, es en sí la normalidad, lo permitido, lo opcional y opcional, lo legitimo, lo verdadero, lo apto, lo repetible y reproducible: lo disciplinable eso es lo normal. Lo que disiente, contradice, diverge o incluso rechaza, eso es lo patológico. La ciencia del individuo diversifica nichos tipológicos (nosográficos-etiológicos) en base a esta

---

<sup>76</sup> Véase en “La ética protestante y el espíritu del capitalismo” de Max Weber el modo en que la concepción ética del trabajo acompaña y coincide en el desarrollo del capitalismo a la tecnificación del cuerpo en este momento de la historia, pues el protestantismo encuentra en el trabajo el vínculo-acto más sublime y primordial para glorificar a Dios, de ello provendrán valores como el ahorro y la previsión. Tomando en cuenta lo mencionado, recordemos que Tuke es un Quakero y que los quakeros son asiduos guardianes de la fe protestante, fe que atraviesa la invención del primer tratamiento moral (el de Pinel se asemeja en este aspecto). Recordemos también que Tuke proviene de Inglaterra y que –como lo menciona Foucault reiteradamente en la Historia de la locura- en ese país uno de los primeros sitios –patria común de los miserables- que absorbe a los desocupados, lleva como nombre *Wordhause* (casa de trabajo).

definición anátomo-política de lo ideal regulatorio para definir lo normal y lo patológico<sup>77</sup>. Y lo hace y lo propaga -como mencionamos ya- a través de un lenguaje que al conjugar una trinidad técnica y conceptual con la muerte-vida-enfermedad adquiere su estatus de ciencia, de verdad ontológico-universal sobre el individuo y, por tanto, su legitimidad lingüística para nombrar el mundo, para representarlo y de obtener el reconocimiento de su legitimidad proveniente del poder simbólico que adquiere en su formación histórica.

La Psiquiatría no puede ser lo que es, ni puede nombrar la esquizofrenia sin un lenguaje universal o standard que nombra la salud y la enfermedad. Es decir, la Psiquiatría es un lenguaje que articula en torno a significantes unos significados que son -como hemos rastreado- históricamente contruidos. Sin embargo, esa historicidad es desconocida, y ese desconocimiento establece una veracidad ontológica de la patología. Y allí, -digamos- donde más ontologizado está un lenguaje menos se lo aprecia como lenguaje y aparece más como verdad universal que describe realidades universales socialmente reconocidas, aceptadas y reproducidas.

Hay que pensar, además, y no olvidar, que este hombre ideal, que ayuda a establecer un ideal regulatorio que se perenniza y propaga en un lenguaje standard, es también un parlante ideal. El mundo y su verdad, ya lo hemos dicho, no son nombradas en cualquier lenguaje, si no sólo en uno que es legítimo para nombrar la realidad que produce. Ello no sólo se aplica a la fuerza de nominación proveniente del poder simbólico y reconocido institucional y socialmente de la

---

<sup>77</sup> No se puede establecer un disciplinamiento ni dominio individual, de allí la homologación para definir la regularidad de lo normal y lo patológico. Una fiebre o un constipado, es anormal, quien la padece no es redituable para el trabajo ni tiene el mejor de sus ánimos, pues el dolor lo agobia y puede querer sanar. Pero ¿qué pasa cuando el establecimiento de lo normal define el comportamiento entorno al placer? Por ejemplo, las obras de Sade, ya que lo mencionamos, pareciera contener una crítica al Estado Jacobino solo desde la lectura de las Ciencias Sociales, pero en la Psiquiatría ha servido para construir un nicho tipológico que permiten describir una sexopatía: el sado masoquismo ¿Si el castigo es un medio de disciplinamiento, se puede castigar a quien goza del castigo? No es muy probable, el efecto del castigo en esa persona no tiene garantía, de allí su patologización. Por ello, para Hopenhayn, la obra de Sade es irónica, hace latente el totalitarismo de lo republicano con la *razón libertina*, la “*racionalización de la libertad por el terror (en Robespierre) queda reflejada en el terror como racionalización del placer (en los libertinos da Sade)*.” (Hopenhayn, 2001: 46).



verdad científica, sino, también, al habla cotidiana, a la del diario vivir: se debe hablar correctamente, con gramaticalidad y sintaxis, y se debe escribir aún mejor, en ello las personas se juegan su estatus social.

Es allí, donde se percibe la imposibilidad de enunciación (síntoma-significante) como esencia de la esquizofrenia (enfermedad-significado). La esquizofrenia no se ajusta al hombre ideal ni a este ideal de parlante universal<sup>78</sup>, a veces ni siquiera enuncia mal, balbucea y otras veces ni siquiera reconoce el orden anatómico-político de los órganos y sus funciones en el cuerpo: creen que respiran con el corazón, que tienen el hígado junto al fémur, que se mastica con las uñas; otras veces no piensan bien, bajo la mirada médico-psiquiátrica se presupone que deliran, piensan que tienen un abdomen compuesto de una tela fina que fue usada por Atahualpa y Don Omar (el cantante de regaeton), creen que su padre celestial es Papá Noel y que vive en una nube cerca de Chillogallo, o a veces aseveran que todas las noches hacen el amor con Dios, con Pablo Palacios y con su Psiquiatra; algunos tampoco son muy estéticos, andan sucios, harapientos o tienden a disfrazarse de lo que se les ocurre y pareciera además que sus descuidos e incoherencias los hacen poco productivos<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> “**Alteraciones del lenguaje y la comunicación:** El esquizofrénico piensa y razona según reglas privadas, y a menudo idiosincrásicas, de lógica. Su forma de pensamiento es desordenada (trastorno del pensamiento formal) y no puede conservar una cadena sostenida de pensamientos y su comunicación ésta gravemente alterada (es el llamado **descarrilamiento** o **laxitud de asociaciones**). Puede ocurrir también **circunstancialidad** (desviaciones del lenguaje sin importancia), o **tangencialidad** (disgresión sostenida del lenguaje, de modo que la conversación no llega a la finalidad perseguida). También puede haber **pobreza del contenido del lenguaje**, puesto que es muy poca la información que se comunica porque muchas palabras son vagas, hiperabstractas, sobreconcretas, iterativas o estereotipadas. Un síntoma más grave es la formación de **neologismo**; el lenguaje del sujeto esquizofrénico está lleno de “nuevas palabras” formadas por condensación y combinación de varias palabras conocidas de una manera nueva para el individuo, quien a menudo es capaz de brindar una definición precisa que puede tener propiedades mágicas o satisfactoras de deseos personales. También es posible la incoherencia total del lenguaje (**ensalada de palabras**), con una mezcla de términos que carecen de significado y coherencia lógica.” (Africa y Schwartz, 1994: 257-258). [Las negrillas corresponden al texto original]

<sup>79</sup> Ejemplos no arbitrarios los mencionados, quien escribe estas líneas ha visitado con mucha frecuencia y por más de cuatro años el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, se extrae estos ejemplos de varias conversaciones con quienes están internos allí.

De este parlante ideal habla Bourdieu al plantear que “*lengua oficial se ha constituido vinculada al Estado*” al eliminar jergas que carecen del contenido político que se quiere universalizar (es en este momento en donde aparecen los diccionarios de uso obligatorio y correcto en el sistema escolar, que sirve de mucho en el proceso de elaboración, legitimación e imposición de una lengua oficial). La construcción e instauración de esta lengua oficial en la Revolución Francesa es posible a través de un proceso político de unificación lingüística y de construcción del Estado en medio de un conflicto por el poder simbólico, en el que se ventila la formación y reformación de las estructuras mentales y en la que se produce y reproduce – Dice Bourdieu- un hombre nuevo...ideal universal.

La teoría de Condillac que convierte a la lengua en un método, permite identificar la lengua revolucionaria con el pensamiento revolucionario: reformar la lengua, liberarla de los usos vinculados a la antigua sociedad e imponerla así purificada, es imponer un pensamiento él mismo depurado y purificado. (...) En suma, no se trata solo de de comunicar, sino de hacer reconocer un nuevo discurso de autoridad, un nuevo discurso con un nuevo vocabulario político, con sus términos de identificación y referencia [...] y la representación del mundo social que vehicula. Por estar vinculados a los nuevos intereses de los nuevos grupos, resulta indecible para las hablas locales modeladas por usos ligados a los intereses específicos de los grupos campesinos<sup>80</sup>. (Bourdieu, 2001:22).

Pero la imposición de esta dominación simbólica va de la mano de una complicidad que no es ni sumisión pasiva ni adherencia voluntaria a valores. El proceso de aprendizaje de la lengua legítima es lento e imperceptible, y depende, en gran medida, de la contribución de la institución política y de todas las instituciones sociales para su unificación en el mercado lingüístico en el que circula. (Bourdieu, 2001: 26, 27).

Mercado en el que se desvaloriza y se valora otro al valorar las constantes lingüísticamente pertinentes (por ello implica el borramiento de las jergas). Es así que, la capacidad lingüística de hablar se mide en función de una competencia lingüística legítima. No obstante, una

---

<sup>80</sup> Tendremos algún día que revisar si el Asilo y después la institución psiquiátrica y por ende su saber estuvo vinculado a la imposición del Español como lengua oficial y también si su saber estuvo vinculado a la formación del pensamiento e identidad blanco mestizo.

competencia suficiente para producir frases susceptibles de ser comprendidas puede ser completamente insuficiente para producir frases susceptibles de ser escuchadas, frases propias para ser reconocidas como de recibo en todas las situaciones donde se hable. Una vez más, la aceptabilidad social no se reduce en este caso únicamente a la gramaticalidad. De hecho, los locutores desprovistos de la competencia legítima quedan excluidos de los universos sociales en que ésta se exige o condenados al silencio.” (Bourdieu, 2001: 29).

Puede ser que el esquizofrénico enuncie en orden correcto (con gramaticalidad), sin embargo, lo que dice no tiene valor de verdad, por ello no es aceptado socialmente, puesto que para la racionalidad social y psiquiátrica, que hace uso de una lengua legítima, que además, nombra representando la realidad a medida que la construye, el delirio no tiene un valor fuera de lo patológico, pues pese a expresarse con legitimidad gramatical, no se refieren a la realidad en torno a un sentido objetivo reconocido en la circulación lingüística del espacio social ni del mercado lingüístico<sup>81</sup>. Además, el reconocimiento al status legítimo del habla psiquiátrica tiene incorporado el reconocimiento del status científico de su lenguaje que socialmente, lo eleva aún más pues su lenguaje contiene una verdad universal. *“La competencia legítima es la capacidad estatutariamente reconocida a una persona autorizada, a una <<autoridad>>, para emplear en las ocasiones oficiales la lengua legítima, es decir, oficial (formal), lengua autorizada que crea autoridad, palabra acreditada y digna de crédito o Performativa, que pretende (con las mayores posibilidades de éxito) producir efecto.”* (Bourdieu, 2001: 43).

Por ello, el capital simbólico que posee el Psiquiatra y la Psiquiatría proviene del reconocimiento de su poder, mismo, que le permite establecer la distinción entre alguien que enuncia incorrectamente de alguien cuya forma de enunciar es patológica. Además, en esta distinción, su habla puede actuar como un enunciado performativo, que es la capacidad que tiene una persona para lograr que su palabra tenga el efecto que debe tener. Capacidad que le

---

<sup>81</sup> A no ser, quizá, que adquieran valor poético. Pensemos en compilatorios publicados por la Casa de la Cultura ecuatoriana Benjamín Carrión, que al reconocer u otorgar valor literario a los escritos de pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil recogidos por el Doctor Psiquiatra Ernesto Carrión, decide publicarlos en el 2008 en un libro titulado “identidades a plazo”. Por supuesto, el reconocimiento lleva el añadido de la aceptación institucional de quien nomina lo que es artístico, poético o no.

es otorgada por su capital simbólico o reconocimiento institucional que obtiene de un grupo, y que se da por una imposición simbólica ligada a una eficacia mágica derivada de un discurso ritual y de actos de institución, cuya eficacia mágica *“es inseparable de la existencia de una institución que define las condiciones (en materia de agente, de lugar o de momento, etc.) que deben reunirse para que la magia de las palabras pueda actuar”*. (Bourdieu, 2001:46). Además, estas competencias, este poder simbólico viene acompañado de una hexis corporal<sup>82</sup> que permite anexar los comportamientos y los significantes manifiestos corporalmente a las palabras.

A través sobre todo de las disciplinas y de las censuras corporales y lingüísticas que suelen implicar una regla temporal, los grupos inculcan esas virtudes que constituyen la forma transfigurada de su necesidad e incorporan las elecciones constitutivas de una relación con el mundo económico y social en forma de constantes montajes parcialmente sustraídos al control de la conciencia y de la voluntad. De ahí, la estrecha correspondencia entre las utilidades del cuerpo, de la lengua y seguramente también del tiempo. (Bourdieu, 2001: 62).

No es casual que la Esquizofrenia sea diagnosticada (pues los signos que la delatan van unidos a ello) a partir de la sintomatización y caracterización de rasgos lingüísticos (de uso por parte del esquizofrénico) y rasgos corporales (descuido de la apariencia personal manifiesta en suciedad y mal olor). De allí las relaciones de la terapéutica con el trabajo, la productividad, la salud y la estética, pues un cuerpo bello, estético, es un cuerpo sano, normal.

Canguilhem, Foucault, Castel, Sánchez, Cruz, Jaramillo, Landázuri, coinciden en que la enfermedad es un producto histórico, pero esta historicidad se volvió ontología, se vuelve, como plantea Bourdieu, esencia, deber de ser. Es allí donde los hechos de civilización se convierten en hechos de naturaleza, es allí, en el saber que produce realidades y prácticas

---

<sup>82</sup> *“No es casual que la distinción burguesa ponga en su relación con el lenguaje la misma intención que anima su relación con el cuerpo. El sentido de la aceptabilidad que orienta las prácticas lingüísticas se inscribe en lo más profundo de las disposiciones corporales: es todo el cuerpo lo que responde con su postura pero también con sus reacciones internas o, más específicamente, articulatorias, a la tensión del trato. El lenguaje es una técnica corporal y la competencia propiamente lingüística, y muy especialmente fonológica, es una dimensión de la hexis corporal donde se expresan toda la relación del mundo social y toda la relación socialmente instruida con el mundo.”* (Bourdieu, 2001: 59-60).

institucionales en donde se puede reconocer sus hábitos psiquiátricos al interior de una Institución total.

## San Lázaro una Institución Total

### 3.1 Habitus Psiquiátrico: Institucionalidad, prácticas, voces autorizadas y ritos de institución

Lugar incomparable lleno de casa de hormiguitas que comen y se deslizan en su respectiva casita. Creo que hay mucho por hacer aquí [...]

**HOSPITAL**  
**Nelly Orbea**

Una cama en la oscuridad  
es algo que no se ve aunque esta sirva  
para el beneficio de algún enfermo  
DEL HOSPITAL LORENZO PONCE  
**José Betancourt**<sup>83</sup>

Con De Certeau, Bourdieu y Foucault, principalmente, se ve como la Institución del saber psiquiátrico prohíbe y permite. Lo que prohíbe y permita son los principios epistemológicos e institucionales. En lo epistemológico se encuentra el problema de producción de la verdad, y en lo institucional hallamos el problema del reconocimiento y de la legitimidad, la función y el orden del saber.

Al ser creado y organizado, un lenguaje se institucionaliza adquiriendo así legitimidad y reconocimiento social respecto de su estatuto de verdad. Es decir, pasa a ser un lenguaje “sólido”: colectivo, aceptado, reconocido, repetido, reiterado y que se acomoda como realidad y ya no sólo como lenguaje. Es así que nombrar la realidad y contribuir a crearla al nombrarla. Esto significa que al percibir y definir los objetos de su razón, la teoría articula un modelo, lo que es un conjunto de principios (leyes) que dinamizan los conceptos con los cuales se puede ver, describir, investigar y conocer. Estos principios que dinamizan y ayudan a crear los

---

<sup>83</sup> Escritos de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil recogidos por el Doctor Psiquiatra Ernesto Carrión, publicados en el 2008 por la Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión en un libro titulado “identidades a plazo”.

conceptos con los cuales, a su vez, acoyuntan estos mismo principios permiten forjar un modelo-teoría que puede ser repetido, y cuando puede ser repetido en base a principios nace la Institución. Pero es el estatuto de verdad que adquiere en el reconocimiento social e interinstitucional lo que le otorga su estatuto de realidad y no sólo de lenguaje que ayuda a crear la realidad en la medida que lo nombra.

Esta institucionalización depende también de emisores que son profesionales o voces autorizadas portadores de un lenguaje autorizado y legítimo que propaga el saber que construye este lenguaje institucionalizado y reconocido. Además, surge también la institución física. Tenemos entonces, el saber, el lenguaje, el especialista y la institución psiquiátrica como capital simbólico y como espacio físico. Son estos elementos de institucionalización los que le dan fuerza, legitimidad y visibilidad a un saber para que pueda nominar la patología a través de un lenguaje de autoridad y un portavoz autorizado. Es allí donde su fuerza y capacidad de nominación encuentra su asentamiento y su morada, en la capacidad que adquiriera para clasificar o nominar patologías. Este acto de nominar es

ese poder de nombrar y de hacer el mundo nombrándolo”, “el lenguaje y en general las representaciones, [tienen] una eficacia propiamente simbólica de construcción de la realidad [...y lo hace] al estructurar la percepción que los agentes sociales tienen del mundo social, la nominación contribuye a construir la estructura de ese mundo, tanto más profundamente cuanto más ampliamente sea reconocida, es decir, autorizada. (Bourdieu, 2001: 65).

Por decirlo de algún modo, este poder de nombrar con palabras y contribuir así a crear el mundo al representarlo implica lo que Boudieu llama *magia performativa*, que es una especie de “abracadabra” que se vuelve ontológico, puesto que, como se ha visto, no es percibido como un lenguaje, sino como realidad. En la lucha simbólica por la representación de la locura, que permite la producción de la esquizofrenia a finales del siglo XVIII, la Psiquiatría impone un discurso anatómico-político de la enfermedad y es allí donde define su realidad. Es este poder el que permite la visión legítima de construir un relato alrededor del comportamiento humano, que en el caso de la Psiquiatría es el comportamiento del cuerpo biológico (y también sano, productivo, estético y buen parlante), a ese cuerpo apuntan, los desciframientos sintomáticos, los tratamientos y la medicalización.

De ahí que este discurso reconocido tenga una posibilidad de acción propiamente política ya que actúa sobre el mundo a partir del conocimiento que de éste se tiene. Es así que –dice Bourdieu- puede producir e imponer representaciones (mentales, verbales, gráficas o teatrales) del mundo social al producirlo, reproducirlo, o al opacar (patologizando) las representaciones que otros producen y las hacen visibles pero en sus códigos psiquiátricos.

Es allí donde encontramos el *efecto de teoría*, en ese favorecimiento del acaecimiento de lo que una *lengua autorizada*, con sus palabras descriptivas y perceptivas, nombra, pronostica, nomina y produce. Es en la producción de ese mundo y en el reconocimiento de esa nominalidad donde dota su lengua de autoridad, en la diagramación racionalizadora de su teoría: si el primer discurso universal y reconocido sobre el individuo encierra un discurso anatomo-político de hombre ideal, y es ese el discurso más aceptado que se tiene sobre la enfermedad, entonces el único modo de acceder al conocimiento de la esquizofrenia es poseyendo el lenguaje psiquiátrico.

Las categorías de percepción del mundo social y de los grupos construidos según esas categorías se construyen a su vez en las luchas que constituyen la historia del mundo social. La descripción científica más estrictamente mostrativa está siempre expuesta a funcionar como prescripción capaz de contribuir a su propia verificación ejerciendo un efecto de teoría apto para favorecer el acaecimiento de lo que pronostica. [...] cuanto mayor sea el grado en que las *propiedades clasificatorias* a través de las cuales se caracteriza explícitamente un grupo y en las cuales se *reconoce* encubran las propiedades con que los agentes constitutivos del grupo están dotados (y que definen su posición en la distribución de los instrumentos de apropiación del producto social acumulado), mayor es la fuerza potencial movilizadora por la constitución simbólica. (Bourdieu, 2001: 102-103).

Pero este poder de la palabra nominal para adquirir tal efecto requiere de un rito de institución que marca a su vez un límite y una división, es decir le da una función social al ritual y una significación social a la línea de demarcación que establece entre lo lícito y la transgresión, y de este modo transparenta los efectos esenciales del rito (como separar a quienes han sufrido el rito de quienes no lo harán nunca) e instituye de este modo diferencias permanentes y constantes entre aquellos a quienes concierne el rito y a quienes no. El rito de institución se caracteriza por: consagra y legitima, desestima o reconoce un límite arbitrario que es social y lo vuelve natural al marcar una línea que separa e instituye y así ejerce un efecto de consagración que al ser naturalizado, pasa desapercibido, y este, es su mayor efecto. (Bourdieu, 2001: 78-79).



Si con Bourdieu partimos de la tesis de que el rito de institución crea y recrea clasificaciones sociales, demarcando, limitando, dividiendo, pues tenemos también, que legitima a alguien para efectuar el ritual sobre otro a quien corresponde el ritual, es decir autoriza y consagra su voz<sup>84</sup>. Ese ritual para el que lo legitima es la internación (y la estadía, que para algunos es más de media vida). Es al Psiquiatra a quien corresponde efectuar el ritual y al loco a quien corresponde el ritual de institución, que como veremos más adelante con Goffman, es un ritual de mortificación del ‘yo’. Ritual que permite otorgarle una identidad social y a través del diagnóstico una caracterización noseográfica y etiológica que lo nomina como esquizofrénico. Pero la capacidad operativa y simbólica de esta voz autorizada y de este lenguaje de autoridad se relaciona directamente con el saber y las prácticas, pues como se estudió, el saber produce sus prácticas, es allí donde se vuelve explícito el *habitus* psiquiátrico.

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente

---

<sup>84</sup> El rito designa roles y esencias (universales como hemos visto). Pensemos, por ejemplo en la defensa de tesis, no es este un rito que designa y reconoce a alguien la capacidad y la legitimidad para hablar y hacerlo como debe conforme a su estatus académico (Bachiller –poca cosa-, Licenciado –hay que pagarle más-, Doctor –hay que escucharlo se merece respeto-). Después de doce años de estudio (al menos eso dura la preparación de un Psiquiatra en la Universidad pública de este país), de la presentación y defensa de una tesis, la Universidad y la Patria (tal y como consta en el juramento que se le toma), le confieren en su grado el título de Médico Psiquiatra, le otorga después de trece largos años de preparación la autoridad para hablar de la enfermedad mental, para ritualizarla, para clasificarla, para internarla. Y sobre su larga preparación al parecer –según Bourdieu-, no se la puede pensar solo como un requerimiento y una exigencia académica propias de la complejidad de la profesión, sino también con su carácter social como beneficio de distinción, pues ‘quien estudia tanto sabe mucho y por ende su palabra tiene autoridad y confiabilidad puesto que su capacidad lingüística es elevada’. “*El costo de formación no es una noción simple y socialmente neutra. Incluye [...] gastos que pueden sobrepasar ampliamente el mínimo <<técnicamente>> exigible para asegurar la transmisión de la competencia propiamente dicha [...] Así, por ejemplo, la duración de los estudios [...] tiende a valorarse por sí misma con independencia del resultado que produce [...]. Este consumo ostentoso de aprendizaje (es decir de tiempo), aparente derroche técnico que cumple las funciones sociales de legitimación, se incluye en el valor socialmente atribuido a una competencia socialmente garantizada (es decir, hoy <<certificada>> por el sistema escolar).*” (Bourdieu, 2001: 29, 30). A esta larga preparación, por supuesto, hay que agregarle la dotación de discurso universal que adquirió tras dos siglos y medio. Pensemos además, tomando en cuenta la asignación de esencias del rito de institución, en la inscripción–como rito- de alguien en el registro civil, a quien se lo califica con sexo masculino y preguntémosnos, si alguna vez podrá dejar de ser hombre, si, además, al nacer la institución médica lo reconoce como niño, su familia de igual modo y la iglesia (en caso de que provenga de hogar Católico) en el bautizarlo y después la escuela en la que se lo inscribe. ¿No es una esencia lo que asigna la institución?

orquestradas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta. (Bourdieu, 1991: 86).

El habitus –según Bourdieu- es una disposición duradera, pero que se mantiene por que se transmite por medio de enseñanzas. Son regularidades porque están prescritas, y si son estructuras estructuradas y estructuras estructurantes, es porque tienen orden coherencia y sentido y porque son principios organizadores de prácticas. Es un conjunto de principios que un sujeto introyecta, pero que objetiva permanentemente y encuentra sentido en cada hacer, en cada decir, en cada gesto corporal –como hemos visto con la hexis corporal<sup>85</sup>-.

La historia misma, entonces –siguiendo a Bourdieu-, se objetiva en forma de cuerpo y de institución, pues es o se manifiesta en estructuras mentales, institucionales y prácticas y todo aquello se corporiza, se objetiva en alguien. “*Producto de la historia, el habitus origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados por la historia [...] esquemas de percepción, de pensamiento y de acción [...]*”. (Bourdieu, 1991: 88). Son por tanto, mecanismos de la subjetividad gobernados por instituciones. De allí podemos deducir que el habitus se expresa en forma de cuerpo y en forma de institución<sup>86</sup>, generando así percepciones, apropiaciones de lo real, pensamientos y acciones.

---

<sup>85</sup> La hexis corporal, sirve –como se dijo- no para ejercerla, sino más bien para construir el problema del cuerpo en la esquizofrenia al no haber referencia estructural sobre las funciones y el orden orgánico del cuerpo (piensa que come con las uñas). La escisión de la conciencia en la esquizofrenia más que ser un fenómeno real, es un fenómeno que surge en la noción que la psiquiatría construye sobre la manifestación de los síntomas que mira. La noción de la esquizofrenia intenta capturar a través de códigos médicos el fenómeno de la esquizofrenia, a partir de un referente de Hombre ideal.

<sup>86</sup> Como cuerpo porque éste guarda códigos que exponen lo social, funcionan como “*depósitos de pensamientos diferentes, que podrán ser detonados a distancia y con efecto retardado, por el solo hecho de volver a colocar en una postura global apropiada para evocar los sentimientos y los pensamientos que le están asociados, en uno de esos estados inductores del cuerpo que, [...] hacen surgir estados del alma.*” De allí que con la búsqueda de la regularidad del cuerpo a través del trabajo sea la cura a la locura. Y como institución “*porque el habitus, como todo arte de la invención, es lo que permite producir prácticas en un número infinito, y relativamente imprevisibles [...], pero limitadas no obstante en su diversidad. En una palabra, siendo el producto de una determinada clase de regularidades objetivas, el habitus tiende a engendrar todas las conductas “razonablea”, y de “sentido común”, que son posibles en los límites de esas regularidades y únicamente ésas [...]*”. (Bourdieu, 1991: 89-91).

El habitus, entonces, opera en el proceso formativo tanto del Psiquiatra, que aprehende un saber y unas prácticas institucionales, como de la institución psiquiátrica y sus reglas explícitas que definen las prácticas (terapéutica, “cura”, vigilancia, rehabilitación, control, disciplinamiento, técnicas, entrevista clínica, diagnóstico, etc.) y la rutina en una institución psiquiátrica (como definición de horarios para levantarse, asearse, comer, etc. Es algo que sólo y simplemente se hacen, son reglas tácitas de control del cuerpo que se afirma en base a una reproducción de la costumbre, pues el habitus se forma con la adquisición de un saber hacer que no es necesario pensar<sup>87</sup>).

### 3.2 Cómo es la institución total

**Martes 15**

Hermoso vibrar de un nuevo día. Luz blanca. Pajarillos como cantantes; más luego tengo que luchar con los enfermeros porque me obligan a tender las camas y a ayudar en sus tareas.

**Nelly Orbea**

Como se estudió ya, la internación no es un fenómeno que acontece sólo en los asilos y se hereda a los psiquiátricos, aislado de lo que ocurre en el resto de instituciones que eclosionan a finales del siglo XIX. La cárcel, el hospital, el psiquiátrico (la escuela, el Estado, el panóptico –que no son estudiadas aquí-), se crean en torno a un ideal regulatorio de hombre-individuo universal, que además, ayudará a definir su saber, su lenguaje, sus prácticas, su estatuto, su autoridad, su legitimidad, su institucionalidad y su reconocimiento<sup>88</sup>.

Como es un fenómeno global que consolidó a nivel macro las prácticas a futuro de una sociedad y sus instituciones, Goffman, a mediados del siglo XX encuentra varias características replicadas en diversas instituciones, características que en unos casos las aproximan por sus semejanzas y en otras los distancian parcialmente, pero que están sujetas siempre, todas ellas, a un régimen sostenido por una *razón formal*. De allí su totalidad y la necesidad para Goffman de mirarlas a todas juntas para hablar de una en particular. Los

---

<sup>87</sup> Pues es “espontaneidad sin conciencia ni voluntad”. (Bourdieu, 1991:92).

<sup>88</sup> Al respecto se recomienda Vigilar y castigar de Michel Foucault.

psiquiátricos se encuentran inmersos en este conjunto de Instituciones totales que se apegan al encierro y al castigo en diferentes grados. “Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, **administrada formalmente**.” (Goffman, 2001: 13). [Las negrillas son mías].

A esta definición –según Goffman- se ajustan varios tipos de instituciones que, respecto del encierro, confluyen con sus diferencias y particularidades:

- Instituciones destinadas a cuidar a las personas consideradas débiles e indefensas, como hogares para ciegos, ancianos, huérfanos o indigentes.
- Instituciones que son creadas para encerrar a las personas que constituyen, o cuyos actos están considerados peligros intencionales para los civiles. Aquí podemos hallar a las cárceles<sup>89</sup> y a los campos de concentración entre los más representativos.
- Instituciones que se relacionan con lo laboral y que se justifican por sus fines o proyectos futuros y actividades que el interno puede o debiera hacer. Tenemos por ejemplo los internados y los cuarteles.
- Instituciones que son refugio del mundo para la formación religiosa. Hallamos aquí a las abadías, conventos, claustros.

---

<sup>89</sup> En toda la “Historia de la Locura” y varios pasajes de “Vigilar y Castigar” Foucault relata como el loco y el criminal son a veces dos caras de la misma moneda. Al parecer desde el siglo XVII hasta hoy la frontera entre la cárcel y el psiquiátrico es casi disoluta, no siempre está claro lo que se debe hacer con el criminal que presenta rasgos de perturbación psíquica así como no se sabe qué hacer con los locos que presentan conductas criminales, despojarlos de sus derechos civiles –el loco no es sujeto de derecho- no es algo que siempre está claramente tipificado –a no ser que se use como alternativa política para destituir a un presidente como en el caso de Abdala-. Tal es el grado de conflicto que tras el descuartizamiento de un joven en Guayaquil efectuado por parte de la banda los “Uñas negras” el 20 de diciembre del 2011, al no poder determinar la sanidad mental de los implicados en el tal acto y saber si debían ser recluidos en un psiquiátrico o en una cárcel, Antonio Gagliardo, fiscal del Guayas, en enero del 2012, propuso construir la “cárcel psiquiátrica”, fusión que resolvería de algún modo esta confusión jurídico-psiquiátrica y permitiría intervenir tales conflictos de mejor manera. Parte de la propuesta de Gagliardo, fue el arduo debate con neurocirujanos y neuropsiquiatras para la aplicación de una novedosa terapia denominada “cirugía estereotáxica” que se realiza con rayos gama, sin necesidad del corte quirúrgico y sirve para extirpar y bajar la “agresividad” en los criminales. Véase anexos 5 y 6

- Por último, tenemos a las instituciones que trabajan con personas que se considera que no pueden cuidarse por sí mismas y que a su vez, al no ser enteramente responsables de sus actos, son una amenaza involuntaria para sociedad. Tenemos pues a los leproarios y a los hospitales psiquiátricos. (Goffman, 2001: 18,19).

Las instituciones totales –lo cual suele ser notorio a primera vista en San Lázaro aunque sea una edificación colonial<sup>90</sup>- mantienen una tendencia absorbente y totalizadora, simbolizada en “*obstáculos que se oponen a la interacción social [...] y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques y pantanos.*” (Goffman, 2001: 18). Además, están regidos –como lo advertimos- por un plan racional, que es una organización de tipo burocrática de conglomerados humanos que funcionan y se efectivizan con la vigilancia constante de los internos y una separación básica entre los internos y el personal superior (médicos más que enfermeros o personal de aseo). Esta escisión, definidora de las jerarquías, consolida aún más el límite, la nominalidad y la delimitación del rito – de la que habla Bourdieu- que corresponde a la entrada, a la cotidianidad y –dado que suceda- la salida del interno-paciente psiquiátrico. Es una *regere fines*, una frontera entre un *rex*, un médico, un sujeto del saber (un personaje investido de autoridad máxima, encargado de *regere sacra*, es decir que puede fijar reglas produciendo la existencia de lo que esas reglas decretan) y el paciente que es su objeto del saber. Frontera que “*es sólo el producto de una división de la que posteriormente se dirá que está más o menos fundada en la <<realidad>> según las equivalencias más o menos numerosas y más o menos fuertes de los elementos que esa frontera congrega [...]*”. (Bourdieu, 2001: 88, 89).

Pero esta frontera es doble, además de precisar jerarquías, separa la vida social al definir una vida de la internación con cuatro aspectos fundamentales:

---

<sup>90</sup> A criterio de Rafael Polo, director de esta tesis, la importancia de la estructura arquitectónica de San Lázaro no radica en que ésta se asemeje al modelo del Panóptico que Foucault piensa a partir del diseño de Jeremy Bentham, sino más bien, a que la Institución Total forma parte interna del proceso de Modernidad, y la Colonia fue la primera Colonia de la Modernidad capitalista en Occidente.

- a) Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única.
- b) Cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere hagan juntos las mismas cosas.
- c) Todas las etapas de las actividades diarias que están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios.
- d) Las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución. (Goffman, 2001: 19-20).

Revisemos entonces por ejemplo un cuadro sobre la distribución de actividades diarias para 1786 y 1995 en San Lázaro:

#### DISTRIBUCION DE LA ACTIVIDADES DIARIAS

HORARIO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
5:30 am.	Levantarse	Capellán
5:30 a 6:00 am.	Aseo	
6:00 a 6:30 am.	Lectura sobre un devoto meditar, orar y confesar	
6:30 a 7:00 am.	Misa	Capellán
7:00 a 7:30 am.	Ejercicios corporales	Mayordomo
7:30 a 10:00 am.	Refectorio-comedor lectura, bendición e imploración a la misericordia. Hombres a la derecha, mujeres a la izquierda. Comida	Capellán Mayordomo

11:00 a 12:00 pm.	Reposo	
12:00 a 13:00 pm.	Capilla. Lectura de catecismo romano	Capellán
13:00 a 14:00 pm.	Regreso al cuarto	
14:00 a 17:00 pm.	Trabajo Artesanal	Mayordomo
17:00 a 18:00 pm.	Refritorio-comedor lectura, bendición e imploración a la misericordia. Comida	Capellán Mayordomo
18:00 a 19:00 pm.	Capilla, rezos a coros, actos de fe y caridad. Cánticos salve devota	Capellán
19:00 a 20:00 pm.	Retiro, conversación honrosa y acostarse	Mayordomo

*Fuente: Reglamento de 1786. Quito.  
Biblioteca de la PUCE.  
Elaboración: Ménthor Sanchez Gambóa*

#### CONTIDIANIDAD DEL ENCIERRO

Hora	Actividad	Responsable
7:00 am.	Aseo personal	Auxiliadores de enfermería
7:30 am.	Desayuno	Enfermeras
8:00 am.	Medicación	Enfermeras
13:30 pm.	Almuerzo	Enfermeras
14:00 pm.	Medicación	Enfermeras
19:00 pm.	Merienda	Cocineras
20:00 pm.	Medicación	Enfermeras

*Fuente: Entrevista a Sor Lozada y a la Lda. Elvia Peñafiel  
Enfermeras principales. 7-XI-1995  
Historia clínica. Sala Celso Jarrín. Hospital psiquiátrico San Lázaro.  
Elaboración: Menthor Sánchez Gambóa*

Estas actividades y trabajos suelen tener una gratificación emocional o material (como un salario) en la vida civil, afuera del psiquiátrico. Al interior de la institución no hay gratificación constante para el paciente que es obligado a realizar una actividad, y si existiese una gratificación simbólica o monetaria es mínima inconstante y no hay mucho que hacer con ella. Las gratificaciones tiene alguna utilidad –digamos- a futuro, porque quien las adquiere se dispone o predispone a hacer algo con ellas<sup>91</sup> (comprar ropa, comida, bebida, etc.). El ritmo de trabajo de la institución total, radicalmente diferente del que hay “afuera”, tiende –como dice Goffman- a desmoralizar al interno.

Es común, al poco tiempo de ingresada una persona, ver que cada vez que alguien que visita a algún familiar o que va por diversas causas a San Lázaro es objeto del ofrecimiento de algún servicio por parte de los recién internados. Pero a medida que avanza el tiempo, los internos ya no ofrecen su trabajo, pues están desmoralizados. Pero también apabullados, el interés mediano o escaso que le prestan los enfermeros (y con los médicos no hablan a diario, sino quizá una vez por mes para el control sobre su evolución), la medicina e incluso el electro shock<sup>92</sup> en algunos casos, y demás prácticas aumentan su decaimiento, pues son parte de un proceso que día a día racionaliza instituyendo y transforma<sup>93</sup> su ‘yo’. San Lázaro, institución

---

<sup>91</sup> Y en el caso del salario, quien pasa por un rito de institución, la obtención del título universitario por ejemplo, consagra su status, y por ello demanda una remuneración acorde a su posición social, notemos aquí el beneficio que otorga el rito según Bourdieu. Un interno es desposeído de este beneficio al ser procesado y diagnosticado al interior de la institución, pues no puede exigir remuneración justa –es un enfermo mental degradado a una de las últimas escalas sociales-. Y al salir probablemente le ocurra que su paso por la institución justifique su reducción salarial o incluso que no se lo contrate –pensemos por ejemplo en la función social del record policial-. “En este momento, puede servir el enlace que Goffman hace sobre el tema de Estigma como una marca que condena al sujeto desde una forma discriminatoria. La idea que menciona el autor sobre “la supuesta normalidad en el ser humano” podría tener origen en el enfoque médico de la humanidad o en las tendencias burocráticas de gran escala, tales como “el concepto del estado nacional”, para tratar a su miembros como iguales (Goffman, 1963: 17, citado en Jaramillo, 2010: 46). El rito de institución –como plantea Bourdieu- marca, asigna esencias que pueden durar por siempre.

<sup>92</sup> Práctica terapéutica que hasta el 2012 se usó.

<sup>93</sup> Transformación que no solo se relaciona, como se ha mencionado, a este despojamiento de una identidad forjada en los años como civiles, sino una rehabilitación que busca devolverlos una vez más útiles. Las



total, invernadero de modificación del ‘yo’, que administra la rutina, la formaliza, la racionaliza, que aísla a los individuos de la sociedad a la vez que los desmoraliza y los transforma.

Es lo que encontramos en San Lázaro al revisarla –brevemente- influidos por el concepto de institución total: un habitus, que, como vimos, produce historia mientras que es parte de ella, y se efectiviza en unas relaciones sociales concretas en las que podemos ver objetivadas las prácticas que de ello devienen en cuerpos e instituciones –porque como vimos, es al cuerpo al que se dirigen-. Es esto lo que encontramos en el modo en el que es y se produce y reproduce la institución psiquiátrica San Lázaro, un saber legítimo que enviste una voz para autorizarla; un saber que produce una realidad a la par de su desciframiento basado en un ideal universal; unas prácticas que reproducen y reactualizan la existencia de sí mismas y ponen de manifiesto ese saber nominal sobre unos objetos de saber a los que otorga estatus esenciales, ontológicos.

### **3.2.1 Internación y construcción del enfermo mental: Mortificación del ‘yo’, desidentificación e investidura**

#### **Miércoles 16**

Amanecer bueno para el ajetreo de un nuevo día. Me bañé, me vestí, y a luchar como todos los días. No sé cuando termine esto. Llevo una vida incierta. No hay con quien conversar. Pienso que voy a perder el lenguaje; pero esto es más porque mis compañeros de sala (pacientes) me delatan ante la Doctora. Y ella (la Doctora) me excede el # de pastillas diarias. Es decir, me castigan por mis palabras.

**Nelly Orbea**

Mi padre no escribe en la arena.

Me mira sin una marca. (Me mintió este mundo.)

Y me vuelve a mirar. (Me asustó el doctor.) Y me vuelve a mirar.

El pan de Dios está otra vez en escena.

**Francisco Albarado**

---

instituciones de disciplinamiento (incluidas las supuestas clínicas de desintoxicación y deshomosexualización), son concebidas por la sociedad como lugares de transformación. Nadie lleva ahí a sus familiares, ni nadie va por su voluntad para salir igual, por el contrario, esperan un cambio que la institución total y de saber le puede conceder.

La internación en San Lázaro –según la tesis de Francisco Jaramillo- ancla a la exclusión y la construcción del enfermo mental al que interna y excluye<sup>94</sup>. Lo construye en la medida que agrega, dota, reviste, confiere a su identidad social e individual una identidad que socialmente es apreciada como estigma.

Estos nombramientos también invisten<sup>95</sup> de identidades al paciente [refiriéndose a las palabras peyorativas que el personal usa para referirse o dirigirse a ellos], lo que en determinados momentos puede beneficiarlos y/o perjudicarlos. Los calificativos mencionados en la institución psiquiátrica desde una concepción médico-psicológica o los utilizados a través de la jerga coloquial por las personas que laboran o transitan dentro o fuera del hospital, vendrían a ser estigmas que generan identidades deterioradas para los pacientes que habitan o frecuentan un hospital que promueve la salud mental. (Jaramillo, 2010:39).

Pero este otorgamiento en Jaramillo, no es un habitus psiquiátrico ni nominalidad ni una *investidura* producto de un rito de institución que asigna esencias al *instituir instituyendo* mediante un *lenguaje autorizado* portador de una *lengua autorizada* propia de una institución legítima, sino más bien es casi un *agregado* que se da en las formas peyorativas que tiene el personal al referirse a los pacientes y a la percepción estigmatizante y estigmatizada (no necesariamente positiva ni negativa) que se tiene socialmente de un interno o ex interno de la institución mental.

Al seguir a Bourdieu vemos que el rito de institución crea y recrea clasificaciones sociales. Legitima a alguien, a su voz y la dota de autoridad y status científico y social. El rito es un relato en actos ya que objetiva y produce subjetividades reguladas, controladas e instituidas por la institución –psiquiátrica en este caso-, y ello provoca un *límite*, una división que produce y delimita jerarquías (no toda palabra puede representar la realidad al nombrarla ni

---

<sup>94</sup> En la época colonial los indios y los locos son excluidos por que su existencia provoca miedo. Los indios no son excluidos del trabajo como a los locos de los que se espera su rehabilitación laboral tras el encierro, pero pasan a ser explotados al interior del asilo, pues tiene que laborar ahí, y coincide con Sánchez, al decir que no solo no reciben salario, tienen que pagar por ser explotados. Los locos son excluidos de la palabra y los indios relegados de ella –no totalmente excluidos-, a diferencia de los locos los indios no son excluidos de sus familias, más bien estas, y el visión que se tenía de ellas se relacionaba con la creación de clases sociales superiores e inferiores. Para el loco, estos cuatro sistemas de exclusión perduran con el agregado de uno más: el juego (Jaramillo, 2010: 17-18-57), las fiestas también son programadas por el personal superior y se designa un espacio en especial para ello que los internos no pueden escoger.

<sup>95</sup> No se refiere aquí al concepto de investidura de Bourdieu que veremos aquí, este autor ni siquiera forma parte de su bibliografía de consulta, su abordaje se conecta más a la perspectiva psicológica, psicoanalítica y antropológica.

toda palabra es aceptada como contenedora de saberes y realidades sociales, a no ser que, como se ha visto con Koselleck y Rancière, sea tomada en préstamo del habla cotidiana y pase por un filtro de teorización). Tal es la fuerza del rito de institución, que podemos notar que lo que no está legitimado por éste no tiene autoridad social, pues *instituir* es *consagrar* y recrear lo social designando identidades y naturalezas de grupo<sup>96</sup> –dice Bourdieu-, lo que nos lleva a pensar que no hay sociedad sin rito.

Pero el rito de institución, consagra, dota y designa invistiendo, es decir, proporciona reconocimientos lingüísticos (en palabras y voces autorizadas por lenguas autorizadas por instituciones legítimas y reconocidas) de lo que alguien es o deja de ser después de la investidura y el reconocimiento institucional. La investidura, en el acto de institución

consiste en sancionar y santificar haciendo *conocer* y *reconocer* una diferencia (preexistente o no), haciendo existir en tanto que diferencia social, conocida y reconocida por el agente investido y por los demás. (...) la eficacia simbólica de los ritos de institución [es el] poder de actuar sobre lo real actuando sobre la representación de lo real. (...) porque al mismo tiempo transforma la representación que la persona se hace de ella misma y los comportamientos que se cree obligada a adoptar para ajustarse a esa representación. (...) La institución es un acto de magia social que puede crear la diferencia *ex nihilo*<sup>97</sup>, lo que es el caso más frecuente, explotar en alguna medida diferencias preexistentes [...] es un <<delirio fundado>>, un acto de fuerza simbólica pero *cun fundamento in re*. Las distinciones socialmente más eficaces son las que aparentan fundarse en diferencias objetivas (pienso, por ejemplo, en la noción de <<frontera natural>>). Instituir [-recordemos una vez más- es], asignar una esencia, una competencia, es imponer un derecho de ser que es un deber ser (o un deber de ser). Es *significar* a alguien a lo que es y significarle que tiene que conducirse consecuentemente a cómo se le ha significado. El indicativo es en este caso un imperativo.” (Bourdieu, 2001:80-81).

Instituir es entonces asignar esencias a través de la magia performativa de unos actos de institución capaces de producir, propagar, mantener y repetir mediante la mantención del habitus lingüístico, el sentido objetivo que domina en la circulación lingüística del espacio social. Pero este acto de institución, que es un acto de comunicación, no actúa únicamente por y a través de la investidura impuesta por la nominación de la voz autorizada del Psiquiatra, debe, para adquirir fuerza y prolongación sobre quien actúa y subjetiva, obligarlo a atravesar un proceso de internación que implica la desmoralización del sujeto, la programación de su vida y la mortificación del yo. Se ampliará lo dicho en el siguiente subcapítulo.

---

<sup>96</sup> Instituye instituyendo “*al mismo tiempo al hombre [por ejemplo] en tanto que hombre, es decir, en circunciso, y a la mujer en tanto que mujer, es decir, no apta para esta operación ritual.*” (Bourdieu, 2001: 79).

<sup>97</sup> De la nada.

Se dirá pues, desde una perspectiva psicoanalista e incluso foucaultiana<sup>98</sup>, que en la locura, los internados hallan sus mecanismos de resistencia a las prácticas y al discurso racionalizador del encierro, no es mi objeto abordar aquí si lo que se plantea es verificable o forma parte de un corolario romántico sobre la locura; lo que aquí se plantea sobre la internación es que ésta es un acto de institución que naturaliza y que marca unas prácticas ligadas a un habitus psiquiátrico que inducen a creer sin pensar, que persuade sin discurso, pues el proceso al que se sujeta una persona desde su internación, hasta que es sitiado, es un proceso que –según Goffman- está atravesado por una *razón formal* y por una *mortificación del 'yo'*, que –en términos de Bourdieu- permite invertir. Es decir, no sucede en un instante, esta magia social del acto de institución, este “*abracadabra*” ontológico se instaura mediante un proceso largo, arduo y rígido.

La mortificación del yo forma parte inseparable e intrínseca del internamiento y su cotidianidad. Goffman menciona varios tipos de desidentificación y desprogramación del yo, mencionemos varios, casi a manera de resumen y listado<sup>99</sup>:

El internamiento, al crear una escisión entre el exterior y el internado (individuo) asegura la desprogramación del “yo” y sus roles introyectados en la habitualidad y la planificación de su existencia en la vida civil, mediante una mortificación y una mutilación de yo. El despojo del rol es posible gracias a que en las instituciones totales el ingreso mismo rompe inmediatamente con la programación del rol ya que la separación entre el basto mundo exterior y el interno “dura todo el día”, e incluso se puede prolongar por años. Hay datos de casos en San Lázaro de personas que pasaron recluidas más de cuarenta años. Esta ruptura no

---

<sup>98</sup> Recordemos por ejemplo el caso de las histéricas aliados al personal de servicio y en contra de los médicos al que Foucault hace referencia en el “Poder Psiquiátrico” para hablar de la posibilidad de una despsiquiatrización. Véase Foucault, Michel, Clase del 12 de diciembre de 1973, en El poder psiquiátrico, Buenos Aires, Fondo de cultura económica, 2005, pág 162-163.

<sup>99</sup> Cabe aclarar que este no es un estudio etnográfico, se trabaja con teoría fundamentada, sin embargo, como ya se ha mencionado, son varios los años -que quien escribe estas líneas- lleva de visita constantemente a San Lázaro hasta antes de su cierre, de estas visitas se extrae los ejemplos que saltan a la vista y a los cuales se hace referencia y que se acoplan a los planteamientos de Goffman; de allí también que no se hable de todos los mecanismos de mortificación del yo sobre los que el autor trabaja, pues como no se estudia aquí con una observación de campo rigurosa, sino más bien parcial, no se puede dar fe de que aquello suceda en San Lázaro; finalmente, para otros ejemplos se recurre a la bibliografía consultada.

solo se figa al paciente en el presente, si no al pasado del individuo y los roles que construyó en aquel entonces. La mortificación es –digamos- sistemática en la instituciones totales y ayudan a salvaguardar a estas instituciones de las “*yo civiles de sus miembros*”. (Goffman, 2001: 27).

La admisión puede funcionar como un rito que se encarga de desposeer al individuo de objetos que coincidiera como suyos y que forman un sentimiento directo del yo. Estos objetos pueden ser: ropa, el cabello, el nombre propio (no es objeto pero modela al yo), y algunos de ellos les son despojados durante toda la vida de internación. Se reemplaza estos objetos con otros, a veces, llevan alguna marca que indica que pertenece a la institución. Además los objetos entregados les son retirados en no mucho tiempo para que no se identifiquen con ellos. Todo con la intención de mantener el ritmo del desposeimiento y reforzar este sentimiento de despojo. (Goffman, 2001: 31). Por ejemplo:

El cabello tiene tal dimensión de importancia que fácilmente expresa lo social y a una sociedad, un pensamiento-elección individual y político, expresa una época<sup>100</sup>. Puede llegar a ser tan mágico que a voluntad se lo puede formar, deformar y no importa pues continúa saliendo del interior del cuerpo. No es el caso de los internos del San Lázaro. Desde su ingreso y durante su estadía el tamaño y la forma del cabello es decisión de la institución y no suya, incluso cierta academia de belleza –hasta antes de su cierre- hace sus prácticas allí, con personas que no pueden quejarse si algo sale mal, ni alegrarse por que el corte quedó como esperaban.

Las profanaciones del yo que aseguran una “*exposición contaminadora*” de este ante las reglas e imposiciones de una institución total, es decir las profanaciones que lo dejan indefenso y vulnerable a todo lo que venga de fuera, de su entorno en la institución total, empiezan en la violación de la intimidad en el ingreso, y continúan durante su estadía. (Goffman, 2001: 35). Veamos dos ejemplos en San Lázaro:

---

<sup>100</sup> Es tal la importancia que se le da al cabello en occidente, que en el 2013 se funda en París el museo del pelo.

La exposición como vemos es también una contaminación del yo. En el área de lavandería la ropa se mezcla para su lavado, no lleva etiquetas de a quién pertenece, lo que significa que será después repartida al azar entre los pacientes, que no pueden decidir que ponerse y deben vestir lo que les toca (Jaramillo, 2010: 40), que es ante todo algo de otros: diferentes sudores, otros olores, otros cuerpos, otros fluidos, no puede existir aquí una construcción de identidad individual o de apego a un grupo mediante la ropa. Pensemos también además, que después de asearse, los internos están obligados a arreglar su cabello con el mismo peine, lo cual también es contaminador para el yo<sup>101</sup>. Otro ejemplo de exposición del yo en San Lázaro, es la pérdida de intimidad a la hora del aseo. Los internos deben bañarse o en grupo, o a la vista de alguien del personal y bajo el control del tiempo y la supervisión de ese alguien del personal.

La contaminación física es un acto en el que se somete al “yo” del individuo a una exposición de su cuerpo al control y la vigilancia de sus necesidades fisiológicas como comer o asearse. Además de exponer su cuerpo e interrumpir de este modo la intimidad, también se “*mancha o salpica, [...] otros objetos íntimamente identificados con el yo*” como peines, zapatos y ropa, o contaminación forzosa por alimentación forzada o medicación forzada”. (Goffman, 2001: 36-39). Recordemos aquí, que para mediados de la década de 1900 –como vimos en el cuadro citado de Sánchez-, la medicalización es parte de la rutina cotidiana en San Lázaro, no es algo que los internos pueden negociar, es algo a lo que se deben sujetar.

La exhibición de la vida íntima se obliga para impedir se establezcan relaciones íntimas: Es muy conocida la relación entre Juan y Rosa (dos internos de San Lázaro) que deben esconderse del personal (que los reprende si los ven juntos) para vivir su amorío. Pero también se exhibe el castigo para advertir lo que les puede suceder a los demás y para mortificar al yo por no intervenir, ni haber hecho nada para evitarlo, aún más, si quien es castigado es un tanto íntimo de quien observa. (Goffman, 2001: 44). Veamos un par de ejemplos:

---

<sup>101</sup> Se puede decir que en la cultura andina compartir no es un problema, pero para alguien que es despojado de todas sus pertenencias, el peine puede significar lo único que hace referencia a su yo individual.

El electro shock –al que se hizo largas referencias- cumple esa función. Es una mortificación del yo a través del cuerpo que genera profundas angustias a la vez que disciplina y provoca la impresión (en el interno) de encontrarse en un lugar que no garantiza su seguridad física. La terapia de shock es parte también de una exhibición del castigo. Hay internos que ayudan (obligados o no) a efectuar la terapia, contribuyen a amarrarlos o a sostenerlos. Además, la terapia se lleva a cabo –digamos- en un lugar bastante accesible a la vista y al oído de los internos –no olvidemos que San Lázaro es una casa colonial y el eco permite que se escuche todo, es fácil que miren como se los llevan al cuarto del shock y que escuchen lo que sucede ahí dentro. La exposición aquí puede tomarse no solo como una pedagogía visual, sino también auditiva.

Tenemos, entonces, que las instituciones totales mediante la modificación del “yo” desbaratan el dominio del propio mundo del individuo, su autonomía y su libertad de acción. En un contexto de internamiento<sup>102</sup>, la autodeterminación no es tomada como tal, es desbaratado y abolida. Obligarlos a ciertos actos, es anularlos como actantes independientes. Esta anulación de la autonomía se disuelve aún más “*si el margen de comportamiento en que se funda [o su contexto] se utiliza como testimonio del estado de conciencia psiquiátrica*”. (Goffman, 2001: 54). Todo lo que haga el interno o deje de hacer es parte de la razón por la cual está allí: su patología. Así es que, la mayoría de practicantes en el Julio Endara evitan dar la mano a algunos de los internos, pues se sabe que se masturban (en público o en privado), acción que si es descubierta, es reprimida de inmediato.

Todo este proceso de mortificación origina una cultura del interno que la clasificaremos y resumiremos aquí del siguiente modo:

- Egoísmo: La compasión por sí mismo producto de su desacreditación.

---

<sup>102</sup> Hay también que mencionar que en el proceso de internamiento, como parte de la sobrevivencia que los sitiados desarrollan, algunos terminan por adherirse a la institución, es lo que Goffman llama la *conversión*, situación en la que el interno pasa a ser funcionario de las actividades de disciplina de la institución (Goffman, 2001: 72). El portero desde hace ya varios años, el más estricto y lúcido de la sala de varones es un paciente no un enfermero ni un doctor.

- Tiempo: La sensación de lo no vivido, la melancolía profunda por lo que se cree se pierde en la vida.
- Privación de las satisfacciones del interno para privilegiar las razones de la institución<sup>103</sup>.

Revisemos con un poco de detenimiento lo que tal proceso de *mortificación del yo*, junto con la *investidura*, el *ideal regulatorio* y el *rito de institución* significan o pueden significar para el interno diagnosticado como esquizofrénico y el anexamiento de este proceso a la comunicación.

### 3.3 El acto de comunicación en el rito de institución: Magia performativa y esquizofrenización en la institución del saber psiquiátrico

**Jueves 17**

Me levanto, me baño, me aseo pero no estoy en paz. Hay un algo que no puedo mencionar. Es muy duro para mi comprender a todos los de mi sala. Mi destino es incierto; pensar que soy un burro de trabajo. Me haría falta un trabajo que me diera algún dinerito. Y que no me dirigieran la palabra solo para decir: “Te amarro”.

**Nelly Orbea**

Citemos tres nociones básicas sobre esquizofrenia y refirámonos a continuación al rito de institución y a la mortificación del yo en la institución psiquiátrica:

[1] La esquizofrenia es un trastorno que presenta muchos síntomas distintos en cada uno de los diversos pacientes y durante la evolución de la enfermedad. Las observaciones realizadas con los análisis longitudinales y transversales más recientes han llevado a la conceptualización de dos ámbitos psicopatológicos de síntomas reproducibles: el de los síntomas negativos y el de los positivos. El neurólogo Hughlings Jackson (1887-1888) utilizó por primera vez los términos *síntomas pasivos* y *síntomas negativos* a la hora de establecer el concepto de enfermedad cerebral orgánica neurológica. Los síntomas positivos son alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desordenado, comportamiento y síntomas catatónicos, mientras que los síntomas

---

<sup>103</sup> Además, acontecen procesos que ocurren cuando se les da de alta: a) Estatus proactivos: condiciones que se asume y se lleva a futuro. b) Estatus proactivo favorable: se recuerda con orgullo a la institución. c) Estatus proactivo desfavorable: se oculta y se intenta superar el paso por la institución. d) Ansiedad ante la idea de ser liberado: son presas de la desculturación y estigmatización. e) La liberación: como traslado o la indignidad en la escala social de la vida civil. (Goffman, 2001: 81). Pensemos de nuevo en el record policial.



negativos son embotamiento afectivo, pobreza de lenguaje, anhedonia y abulia (Andreasen y cols., 1995). (Lindenmayer y Khan: 2010: 187).

[2] El término “esquizofrenia” denota una perturbación mental grave y prolongada que se manifiesta como una conducta alterada de amplio rango. A pesar de que se le ha analizado como enfermedad, la esquizofrenia se considera más apropiadamente como un grupo de trastornos de causa incierta con cuadros clínicos similares, que incluyen de manera invariable perturbaciones de pensamiento en un sensorio claro y con frecuencia con síntomas característicos como alucinaciones, delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general de funcionamiento. Por esta razón el encabezado del DSM-III-R, así como el título de este capítulo, es el de **trastornos esquizofrénicos** aunque se usen ambos términos a lo largo del capítulo. En el mundo industrializado, aproximadamente una de cada 100 personas desarrolla esquizofrenia. (Africa y Schwartz, 1994: 255).

[3] (Del gr. Esquizo, escindir, y frenia, inteligencia). Trastorno psicótico caracterizado por la disociación intrapsíquica, que afecta fundamentalmente a los mecanismos y al contenido de la manera de pensar del enfermo de tal forma que éste pierde la capacidad de distinguir lo real de lo imaginario. La investigación a fondo de los rasgos psicológicos positivos de la enfermedad fue realizada por BLEULER, en 1911. La denomino esquizofrenia. (Diccionario de pedagogía y Psicología, 2000:108).

Ménthor Sánchez cita un curioso caso suscitado en San Lázaro sobre una paciente que vivió en la institución por 48 años, sujeta por 24 años a un oscilante proceso de diagnóstico clínico. Su ingreso data de 1948 permaneciendo en la Sala Celso Jarrín. Sin embargo, su historia clínica se registra desde 1972, 24 años después. Clínicamente no se sabe de ella en todo ese tiempo. El primer diagnóstico que se puede encontrar de ella en 1972, plantea que tiene “*conciencia lúcida*” y se procede a diagnosticarla con “*esquizofrenia forma simple. Fase cronicidad*” (Historia clínica No. 02671, 1972: 1, citado en Sánchez, 1997: 107-108). Tomando los conceptos básicos citados ¿Es posible tener conciencia lúcida y esquizofrenia a la vez? Recordemos con la segunda cita sobre el concepto de esquizofrenia que: “*El término “esquizofrenia” denota una perturbación mental grave y prolongada que se manifiesta como una conducta alterada de amplio rango*”. Un mes después del diagnóstico, mediados de mayo, el examen somático, otro procedimiento médico, los resultados diagnósticos plantean un: “*Estado General: Regular*”, “*Conciencia lúcida*”, “*órganos de los sentidos sin patología*”, “*Sistema Nervioso: Motilidad y reflectividad normal*” (Historia clínica No. 02671, 1972: 2, 3, citado en Sánchez, 1997: 109). Resulta –según Sánchez- que un mes después una paciente

diagnosticada con esquizofrenia se encuentra en perfecto estado fisiológico y psicológico. ¿Qué hay detrás de un diagnóstico que oscila con extrañeza?

El rito de institución que es además de mortificación del yo, obliga a ser y naturaliza prácticas que no requieren desdoblarse y pensarse para ser ejecutadas. La esencia social del porta voz autorizado por la institución del saber psiquiátrico que ganó el monopolio de la representación de la locura, consiste en la tendencia a producir lo que designa. “*Así, el acto de institución, es un acto de comunicación, pero de un tipo particular: significa a alguien su identidad, pero a la vez en el sentido de que la expresa y la impone expresándola frente a todos (Kategoresthai, es decir, acusar públicamente) notificándole así con autoridad lo que él es y lo que él tiene que ser.*” (Bourdieu, 2001, 81).

El ritual produce realidades, las asignaciones lingüísticas –ese diagnóstico oscilante en este caso- son su fuerza comunicativa. El diagnóstico, es parte de un rito que mediante la investidura y la mortificación a quien es sitiado asigna un deber ser o un deber de ser –según Bourdieu-, lo que quiere decir, que la fuerza lingüística del acto de comunicación de la voz autorizada, no negocia. La investidura en el diagnóstico caracteriza y al hacerlo sujeta sujetos y los subjetiva al asignarles esencias sociales cuyo sentido objetivo domina en la circulación lingüística del espacio social. De allí para que, aun cuando un sujeto no se identifique con la nominación que lo caracteriza a través del diagnóstico, esta nominación, este deber de ser puede, pese a su voluntad, acompañarlo largo tiempo o el resto de su vida. Ello, explica Bourdieu, acontece a causa de la jerarquización resultante de la pugna lingüística entre diferentes mercados lingüísticos por el dominio del valor simbólico contenido en la lengua legítima.

<<Conviértete en lo que eres>>. Tal es la fórmula contenida en la magia performativa de todos los actos de institución. La esencia asignada por el nombramiento o la investidura, en el más verdadero sentido de la palabra es un fatun [...] Todos los destinos sociales, positivos o negativos, consagración o estigma, son igualmente *fatales* –quiero decir mortales- puesto que encierran a quienes distinguen en los límites que se les asigna y que se les hace reconocer. (...)

tal es la función de todas las fronteras mágicas [...] impedir que los que están dentro [...] puedan [...] salir [...] [de allí que] Todos los grupos confían al cuerpo, tratado como una memoria, sus más precisos depósitos. (Bourdieu, 2001, 82-83).

Lo que es al cuerpo es al yo y no deja de ser, lo que se aprende con el cuerpo no se olvida. En los tres conceptos citados podemos hallar complemento a una idea que ronda en ellos: la “disociación intrapsíquica”, la “perturbación” mental, la gravedad en el yo, sea por factores biológicos, orgánicos o psíquicos (emocionales). Según lo descifra la psiquiatría en su aprehensión del objeto de saber (el fenómeno esquizofrénico), notamos que de por sí –el yo esquizofrénico- es un yo escindido y perturbado.

Vemos con Canguilhem, Foucault, con Sánchez y principalmente con Goffman y Bourdieu en este capítulo, que el *rito de institución* conlleva un proceso de internamiento en el psiquiátrico que apunta a la rehabilitación de la productividad, al disciplinamiento, a la tecnificación, a la racionalización y *administración* de la cotidianidad, a la obligatoriedad de la *investidura* o *acto de marcación* y de la *magia performativa* que funciona como comunicación para la imposición de una identidad. Y finalmente –aunque no en ese orden- tenemos la *mortificación del yo* o el desposeimiento, la desidentificación para la imposición de identidad. Esta lógica, me coloca frente al largo proceso de internación como un proceso de escisión del yo escindido, es decir, a la esquizofrenización de la esquizofrenia.

El ideal regulatorio (anatomo-político), el *habitus* y el *rito de institución*, como un *sentido práctico* –que se hace sin necesidad de pensar- opera en la reactivación de un sentido objetivado en las instituciones (cuerpos, comportamientos, prácticas, historia, investiduras) y bajo disposiciones duraderas y ajustadas bajo una lógica propia, y por medio de la cual los agentes participan de la historia objetivada de las instituciones, las cuales permiten así habitarlas, permite apropiarse de ellas y mantenerlas. La institución se realiza así gracias a la incorporación del cuerpo mediante la *magia performativa* social y la *investidura* que es a su vez es un *acto de marcación* que instituye y dota una identidad (Bourdieu, 1991: 93), que en el

caso de las instituciones totales está mediada por una *mortificación del yo*, lo que significa que despoja a partir del dominio, la disciplina y la mortificación de un sujeto que de por sí se encuentra escindido y mortificado por sus síntomas –según el mismo otorgamiento teórico conceptual que le da la Psiquiatría al fenómeno nombrado como esquizofrenia-.

Si la institución psiquiátrica escinde, desposee, desidentifica para investir la escisión esquizofrénica y otorga nueva identidad, podemos decir más bien, que el proceso ritual de *la institución psiquiátrica esquizofreniza al esquizofrénico instituyéndolo*. El saber, sus prácticas, el proceso de internación y la administración formal de la cotidianidad del sujeto diagnosticado con esquizofrenia en la institución encargada de tratarlo o “sanarlo” es por el contrario esquizofrenizante.

Seguir los pasos de formación de la institución total del saber psiquiátrico permite entre-ver que la comunicación tiene un carácter político. En lugar de hallar un receptor o perceptor (dependiendo de las preferencias teóricas de quien mire), nos colocamos frente a un sujeto sujetado por la nominalidad, la investidura, los actos de marcación, los juegos de poder (terapéuticos), los ritos de institución, las mortificaciones; en fin lo encontramos racionalizado por prácticas de saber institucional e institucionalizado (léase el receptor y mensaje), homologado, cuantificado, politizado por la administración formal de su cuerpo y su cotidianidad.

Parafraseando –y quizá deformando un tanto- a Bourdieu, podemos decir que no hay realidad sin juego institucional<sup>104</sup> (Bourdieu, 2001: 85), y se infiere de ello que la comunicación es el resultado de ese juego de institución. La comunicación es un acto de institución e instituir es un acto de comunicación. Es largo –según Foucault- el camino recorrido hasta que el carácter

---

<sup>104</sup> No olvidemos, además, que la investidura –para Bourdieu- también implica privilegios. Pensemos en todos los movimientos que puede realizar al margen de la ley –incluso inventar la ley- alguien con una investidura reconocida que eleva su estatus social al nivel de catedrático, Magistrado, Procurador, Comandante en jefe, etc.

político de la comunicación pase de aleccionar con terror y sangre pura para asegurar la obediencia a aleccionar con el cuerpo para asegurar el recuerdo. Encontramos aquí el carácter comunicacional del ideal regulatorio antomo-político: la homologación. Consolidar un saber psiquiátrico en el marco de la búsqueda de la universalidad que asegure la acción política, significa crear un lenguaje que pueda crear categorías para todo<sup>105</sup>.

El carácter político de la comunicación es el carácter comunicacional de la institución total del saber psiquiátrico (que instituye instituyendo). Instituir, desidentificar, nominar, representar, universalizar, homologar, investir, disciplinar, es –al interior del Hospital Psiquiátrico San Lázaro- comunicar; y la comunicación aquí tiene un carácter político **no dialógico**, por el contrario, la comunicación, en la institución total del saber psiquiátrico, es comunicación esquizofrenizante.

Para el 2010 “*los diagnósticos realizados en las casas de salud mental, el de mayor prevalencia es el cuadro de esquizofrenia [...]*”, (Jaramillo, 2010: 63) no me pronunciaré largamente sobre el dato, será mejor seguir pensando –en el marco de la noción de esquizofrenización aquí propuesta o en el que fuere- y mucho más ahora que todos los pacientes de San Lázaro fueron trasladados hasta el Hospital moderno e híbrido Julio Endara, al que se supone se trasladaban desde San Lázaro solo a los pacientes curables. Veremos que resulta de esta política de recuperación del Centro Histórico de Quito que pretende convertir esta casa colonial, patrimonio de la psiquiatría latinoamericana, en una cede de la Universidad de las Américas (UDLA).

---

<sup>105</sup> Se podrá considerar aquí una proximidad con la tesis de Thomas S. Szasz que plantea que la enfermedad mental –su reproducción y concepción- actúa como una ideología encaminada –no es claro en su argumento si es consciente o inconscientemente- a convertir todos los problemas y asuntos de la vida en un problema psiquiátrico, lo cual implica un dominio político puesto que sería el único referente de explicación del comportamiento y pensamiento humano. Szasz, ubicado por muchos hasta hoy como parte del movimiento antipsiquiátrico, es de los que más se aproximan a pensar el saber psiquiátrico como un saber político, pero no se pudo hallar aquí elementos suficientes para estudiar en torno a la formación de ese saber previo a la consolidación de su poder de propagación ideológico. Por eso en el estudio aquí propuesto, se aborda el estatuto filosófico de formación del saber clínico y clínico-psiquiátrico, lo que nos coloca en un punto un tanto alejado –o quizá complementario- del planteamiento de Szasz.

## Conclusiones

Al usar, el sistema de las particiones propuesto por Foucault como base para el estudio comprendemos en una primera etapa el modo en que la oposición Razón y Locura desemboca a mediados del siglo XVII en lo que este mismo autor denomina como el gran encierro. Este sistema de particiones muestra como la locura en cada época y en cada sociedad jamás es una certeza, sino más bien, una creación histórica del campo del saber de la época. De allí para que la locura fuera asociada a lo demoníaco, al fin de los tiempos, al conocimiento, a la inquietud, e incluso a lo pecaminoso e inhumano. Por largo tiempo en Europa los leprosarios mismo y sus habitantes no se anclan a lo humano. El caso Ecuatoriano no es distante. Prueba de ello es que hasta el siglo XIX los internos no sean enterrados en los mismos cementerios que el resto de habitantes de Quito, sino al interior de San Lázaro. No pasan por los mismos rituales y ceremonias de entierro o luto.

No es sino hasta que la Revolución Liberal y la Revolución Juliana acontecen que se generan las condiciones que posibilitan una nueva creación histórica del campo del saber sobre la Locura ingresa al país y, con ello, se abre la posibilidad de instauración de la Institución Psiquiátrica, de su lenguaje, saberes y prácticas institucionales, que forman parte no solo de un arribo, sino de una experiencia nueva respecto de las formas del decir, del ver, del hacer y del pensar. Experiencia que marca en adelante la trayectoria científica, política, económica de una de las instituciones de mayor relevancia en la historia Ecuatoriana hasta su cierre definitivo a finales del 2012 para pasar a ser una sede de la Universidad de la Américas (UDLA).

Es en este marco que se puede concluir los logros alcanzados en este estudio en los siguientes puntos:

- 1) Posterior a la experiencia humanista que la ‘edad clásica’ hace de la ‘sin razón’, la locura ingresa en una nueva partición en el siglo XVIII. Partición que se posibilita gracias a que la locura pasa a ser sitiada y dominada en el Asilo que hereda la práctica del encierro del

leproso. Aquí pasa a ser medicalizada, desposeída del lenguaje de la sinrazón, objetivada por el saber positivista y abismada en el Asilo de Tuke y Pinel en siglo XIX. Ello permite el apareamiento epistemológico de la locura, su conceptualización como enfermedad mental y su clasificación mediante el correlato de la nosología y la etiología en base a los avances y descubrimientos de la anatomopatología. En esta etapa, aproximadamente tras cuarenta años de pugnas jurídicas y acuerdos políticos, sociales e institucionales, el *Asilo* pasa a ser una coherencia que amalgama cada una de sus partes y las funcionaliza para ponerlas a trabajar para todas las demás a partir de la matriz común del internamiento.

2) La matriz del internamiento permite que el Médico se encuentre con la locura en un campo de disputa por la verdad. A través del dominio de la locura y de la imposición de la verdad del médico, la locura puede ser percibida de tal modo que su percepción la vuelve inteligible. Si la locura puede ser contenida en la categoría de Enfermedad Mental es porque en la matriz del internamiento pasa a ser un objeto pensable, un objeto del saber bajo la mirada de un sujeto del saber que es el Médico Psiquiatra. Es esto lo que introduce y lega Pinel, es eso lo que lo ubica en el origen de la Psiquiatría y lo que convierte a este discurso médico-científico en el principal interlocutor de la nueva forma histórica de la relación Razón-Locura: El estudio sistemático de la locura en su forma orgánica que lo condujo hasta la formulación del método terapéutico para su tratamiento. Método que supondrá:

a) La observación empírica de los casos;

b) La agrupación de enfermedades por diferencias y similitudes sintomáticas y evolución de sus estados;

c) Construcción de clases géneros y especies de enfermedades;

d) La categorización como resultante de los tres puntos anteriores.

3) Esta captura del objeto de saber permite dar un paso de suma importancia para el nacimiento de una institución del saber: la formación y consolidación de una estructura de enunciación. La formación de un lenguaje de Institución psiquiátrica, le permite, en el marco de la lucha por la representación de un objeto, adquirir la legitimidad institucional y social sobre su representación. La estructura de enunciación, desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del XIX permite que la clínica psiquiátrica deje de ser una rama de la neurología, avance velozmente, adquiera su propio estatuto y admite la ampliación de los debates respecto de la causa de la Enfermedad Mental.

Este avance y ampliación del debate dan lugar a la Clasificación Mental, que es su diferenciación entre grupos de enfermedades y la caracterización de cada una de ellas a partir de nichos etiológicos y nosográficos que permiten, en los primeros años del siglo XX, completar el cuerpo de la psiquiatría clásica con entidades como la Esquizofrenia de Bleuler. A partir de entonces encontramos a la Esquizofrenia nombrada y clasificada por el lenguaje de la Institución del saber psiquiátrico que contiene la verdad de la Esquizofrenia y la representa en su verdad científico positiva, y de esta manera introduce, además, al Médico Psiquiatra como sujeto del saber psiquiátrico y como la voz autorizada y legítima para hablar de Esquizofrenia.

4) La legitimidad de la representación no es lograda únicamente por el avance científico y la consolidación de su lenguaje, sino por su adherencia al discurso de Estado que busca la homologación y la propagación de un ideal de hombre universal sostenido y promulgado en y por la Ilustración. Cuando acontece la Revolución Liberal y, posteriormente, la Revolución Juliana, la racionalidad positivista es el discurso estándar y legítimo del Estado francés, de sus instituciones y por ende de la academia francesa en la que el Estado ecuatoriano en construcción manda a formar a sus médicos. Pero esto implica, además, que a la par de la adquisición del modelo de saber francés sobre la locura, se adquiere el modelo francés de administración institucional de la locura, pues la adquisición del saber implica la adquisición de las prácticas de institución. Esta formación-adquisición-aplicación, además, no sólo servirá de ayuda para la introducción del saber positivista de la modernidad en San Lázaro que termina por efectuar su paso de Hospicio a Manicomio y posteriormente a Hospital Psiquiátrico, sino



que toma el positivismo como discurso político para arremeter contra el dominio de la Iglesia sobre los intereses del país.

El ideal de hombre universal se teje con el proyecto civilizatorio de Modernidad. Por ello, el saber psiquiátrico, contenido en el ideal de hombre universal, ingresa a San Lázaro en medio de una mundialización del modelo de Pinel. Debido a que Ecuador importa el saber psiquiátrico en el contexto de esta mundialización, ello interpela a pensar la formación de la Institución del saber psiquiátrico San Lázaro en el marco de la formación de la modernidad capitalista y no sólo del de Estado-nación ecuatoriano.

5) La modernidad en San Lázaro se compone como hibridación entre la colonialidad del poder y lo Moderno. El fin de la creación del Hospital Psiquiátrico de Conocoto Julio Endara es salir del encierro en el que lo sumió la colonialidad. Sin embargo, hasta el siglo XXI es posible encontrar coexistiendo allí lo viejo y lo nuevo, la Colonia y lo Moderno. Lo político-religioso aparece acoyuntado en el Hospicio Manicomio desde su fundación. La alianza se encauza en la articulación de un poder y de un proceso de ideologización cristiana para el control, dominio y sometimiento de la pobreza, que aparece en el rostro de herejes, desempleados, leprosos, mujeres libertinas, jóvenes desobedientes, Pueblos originarios, ancianos, infieles, mujeres que abandonan a sus esposos, huérfanos, ladrones, afros, locos.

De allí deriva que el Hospicio Manicomio hasta finales del siglo XVIII funcione como un lugar para el adoctrinamiento religioso y la conversión al cristianismo, así como solución para los problemas económicos, hecho que se ve en la implantación de la producción artesanal y agrícola como parte de una rutina que se obliga en el trabajo. Ello muestra que la sociedad Colonial, con ayuda del Hospicio Manicomio, pretendió corregir sus propios errores al buscar transformar al ser pobre, hereje, desempleado, libertino y enfermo, en un ser productivo, cristiano y sano.

Además, esta transformación marca una diferencia con el ‘Gran encierro’ de Europa criticado por Foucault. En Ecuador esta institución actúa sobre el cuerpo y la psique de un pobre que lo es, generalmente porque previamente le expropiaron sus tierras, y dentro de esta institución le es extirpada su cultura imponiéndole otra a través de un régimen que lo normativiza gobernando su subjetividad. Ello implica que la pobreza, a diferencia de Europa, no está contenida en el rostro de la locura, por el contrario, *la locura aparece contenida en el rostro de la pobreza*. Pobreza del que la sociedad se desentiende y desecha esperando que otros se ocupen de ella. Pese a que la fundación del Hospital Psiquiátrico de Conocoto pretende enraizar y expandir la Modernidad en el saber psiquiátrico, vemos como la colonialidad continúa latente en varios de sus ejes neurales hasta el siglo XXI:

**a)** Se importa el saber y las prácticas Europeas y se abandona pronto todo proyecto e intención de convivencia entre el saber subyugado de la medicina ancestral y el saber legítimo de la medicina psiquiátrica europea.

**b)** San Lázaro existe aún como lugar para la permanencia del desecho social y no precisamente para la cura. Pese a que es un Hospital Psiquiátrico, no se encuentra ahí solo a pacientes psiquiátricos, también se encuentra a ancianos, epilépticos o vagabundos que son abandonados allí ya sea por algún agente de la autoridad o por familiares.

**c)** Al no ser un espacio para la cura sino para la estadía, a los pacientes esquizofrénicos no les queda más que ser diagnosticado como paciente curable para ser trasladado y tratado modernamente en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, o iniciar una carrera larga al interior de la institución del saber psiquiátrico, misma que puede terminar con la muerte, pues permanecen allí por décadas hasta su fallecimiento.

6) El saber es una práctica. No hay saber sin práctica. El saber produce sus prácticas. Una vez que la Psiquiatría produce y organiza una estructura de enunciación y unas prácticas institucionales, la Psiquiatría eclosiona por completo, pues ahora tiene una institución, un lenguaje y una práctica que producen y legitiman voces autorizadas, objetos del saber y sujetos del saber, pues el saber y la práctica no solo genera actividad científica, genera, además una coherencia institucional de jerarquías. Tras la mundialización del modelo de Pinel que ingresa al país a través de la Revolución Liberal y la Revolución Juliana, para la segunda década del siglo XX, los médicos quiteños ya tienen la capacidad de comprender y por tanto de representar la Esquizofrenia mediante el lenguaje psiquiátrico. Además para 1913 la enseñanza de la cátedra de psiquiatría en la Universidad ya es obligatoria, lo que les permite ampliar sus horizontes de expectativas a través de estudios cada vez más sistemáticos y vastos.

Al adquirir ese saber instituido adquieren sus prácticas. De modo que una vez que el encierro adquiere coherencia y se transforma en una práctica científica y una jerarquía, la práctica del encierro permite articular otras prácticas para comprender y tratar la Esquizofrenia, tales como: Autopsias, obsesos de fijación, experimentación, cuestionarios de interdicción, boletas de reconocimiento médico, informes médicos individualizados, descripciones detalladas de tratamiento, historias clínicas. La adquisición de prácticas y el manejo correspondiente del lenguaje psiquiátrico los inserta y contacta con sus semejantes en un campo del saber. De allí que participen activamente del diálogo y debate respecto del saber psiquiátrico sobre la Esquizofrenia con médicos de otros países de América Latina (Perú principalmente). Insertan en el campo del saber psiquiátrico sus aportes sobre la Esquizofrenia a la vez que discuten y aplican los tratamientos más modernos para la Esquizofrenia como las terapias convulsivantes, el shock insulínico, malarío terapia, electrochoque hasta llegar a aplicar para la cuarta década del siglo XX el tratamiento mixto, que es la fusión calculada de estos tratamientos.

7) La adherencia de la Psiquiatría al proyecto político de construcción y propagación de un ideal de hombre universal en la Ilustración, los mitos de nacionalización de la medicina y el de la desaparición social de la enfermedad, hacen de la anatomopatología, su máxima fuente de saber sobre el individuo-

objeto y el cuerpo enfermo, una anatomo-política. El hombre universal actúa como un ideal regulatorio cuya base discursivo-científica es el método anatomo-clínico adherido a una conciencia política en busca del perfeccionamiento de la disciplina, no para castigar más, sino mejor. Por tal razón, la anatomopatología es una anatomo-política. Es decir, una disciplina calculada sobre las potencias del cuerpo, pues la búsqueda del perfeccionamiento disciplinario conduce tal conciencia política a comprender que la clave de tal perfeccionamiento es hacer del cuerpo la antesala del control político.

Entonces, la construcción de un individuo universal o universalizable inscrito en un régimen político, en un ideal regulatorio, no solo permite una anatomopatología que devela los secretos del cuerpo enfermo en contraposición del cuerpo sano, también permite una anatomo-política para el disciplinarlo a través del perfeccionamiento del castigo. De allí para que el horizonte epistemológico desde el cual se objetiva el fenómeno denominado Esquizofrenia tenga la mirada atravesada por cuatro tipos de cuerpo desde los cuales hacen inteligible dicho fenómeno. La construcción teórica de la Esquizofrenia versa entonces en el camino epistemológico marcado por el ideal regulatorio anatomo-político que homologa y universaliza a través de nichos tipológicos tales como: un cuerpo productivo, un cuerpo disciplinado, un cuerpo sano y un cuerpo estético.

8) El ideal de hombre universal ayuda a establecer un ideal regulatorio que se perenniza y propaga en un lenguaje standard. Por ello, el hombre universal es también un parlante ideal de una lengua oficial que se ha constituido vinculada al Estado. El mundo y su verdad no son nombradas en cualquier lenguaje, si no sólo en uno que es legítimo para nombrar la realidad que produce al nombrarla. Ello no sólo se aplica a la fuerza de nominación proveniente del poder simbólico y reconocido institucional y socialmente de la verdad científica, sino también, al habla cotidiana, a la del diario vivir: se debe hablar correctamente, con gramaticalidad y sintaxis, y se debe escribir aún mejor, en ello las personas se juegan su estatus social.

Es allí, donde se percibe la imposibilidad de enunciación (síntoma-significante) como esencia de la esquizofrenia (enfermedad-significado). La esquizofrenia no se ajusta al hombre ideal ni a este ideal de parlante universal. De allí que la Esquizofrenia aparezca sintomatizada en base

a Alteraciones del lenguaje y la comunicación tales como: descarrilamiento o laxitud de asociaciones; desviaciones del lenguaje; tangencialidad; disgresión sostenida del lenguaje; pobreza del contenido del lenguaje por uso de palabras hiperabstractas, sobreconcretas, iterativas o estereotipadas; neologismo; incoherencia total del lenguaje (ensalada de palabras).

9) Institución, lenguaje, práctica; propiedades legitimadas e instituidas de quien pronuncia, de la institución y el discurso; vinculación a un proyecto político regulatorio; reconocimiento de un saber y un lenguaje que nombra la realidad a la vez que la crea sosteniendo así el monopolio sobre la representación de la Esquizofrenia; son estos los elementos de institución que componen la capacidad comunicativa de la Institución psiquiátrica San Lázaro. El epicentro de la comunicación en la institución del saber psiquiátrico radica en que la formación de su lenguaje aparece, dado su estatuto de verdad, como realidad y no como lenguaje. En tal epicentro la Enfermedad Mental, y más puntualmente la Esquizofrenia, que es un producto histórico, *se vuelve ontología, permitiendo que los hechos de civilización aparezcan como hechos de naturaleza*. Su capacidad comunicativa reside en su poder de nombrar con palabras y contribuir así a crear el mundo al representarlo.

La comunicación así entendida en la institución psiquiátrica San Lázaro implica un acto comunicativo de *magia performativa*, que es una especie de “abracadabra” que ontologiza. Al instituir asigna esencias sociales que son un deber ser y un deber de ser. Pero este poder comunicacional de la palabra nominal, para adquirir tal efecto requiere de *un rito de institución* que marca a su vez un límite y una división. Es decir le da una función social al ritual y una significación social a la línea de demarcación que establece entre lo lícito y la transgresión. De este modo transparenta los efectos esenciales del rito (como dividir a quienes han de pasar por el rito de quienes no) e instituye de este modo diferencias permanentes y constantes entre aquellos a quienes concierne el rito y a quienes no. Por ello, el rito de institución se caracteriza porque: consagra y legitima; desestima o reconoce un límite arbitrario que es social y lo vuelve natural al marcar una línea que separa e instituye, y así

ejerce un efecto de consagración que al ser naturalizado, pasa desapercibido, haciendo de ello su mayor efecto.

10) El rito de institución psiquiátrico es un acto ritual de comunicación de carácter político programado para mortificar el yo, des-identificar, investir, asignar e imponer identidades clínicas como nuevas identidades a los internos. El rito de institución, es un rito de mortificación del yo cuyo carácter político se expresa en su carácter comunicacional no dialógico, sino más bien, impositivo y jerárquico.

El rito de institución que es un acto de comunicación, a la vez que produce lo que designa significándole a alguien su identidad en el sentido que la expresa y la impone al hacerlo, notificándole así con autoridad lo que es y lo que debe ser, este acto de comunicación mortifica el yo y administra formalmente o bajo un plan racional su cotidianidad. Lo mortifica para desposeerlo de su yo e imponerle otro; y lo administra gobernando su yo y rutina, anulándolo como actante, confiándole al cuerpo o direccionando el acto de comunicación al cuerpo, entendido este como una memoria imborrable en la que el acto de comunicación deposita toda su fuerza. La internación es un acto de comunicación que naturaliza y que marca unas prácticas ligadas a un habitus psiquiátrico que inducen al hacer, que persuade sin discurso. De allí que la comunicación sea eficaz cuando se cumple el mandato tácito de gobernabilidad de la rutina de los internos, eficacia sobre la administración formal de su cotidianidad. Ese mandato tácito es la homologación de las diferencias, pues sin esa homologación no es posible la gobernabilidad de la cotidianidad de los internos.

Por tal razón, el proceso al que se sujeta una persona desde su internación, hasta el momento en que es sitiado, es un proceso atravesado por una *razón formal* y por una *mortificación del 'yo'*, que permite investir. Pero tal investidura no sucede en un instante, esta magia social del acto de comunicación, este "*abracadabra*" ontológico, esta asignación de esencias se instaura mediante un proceso largo, arduo y rígido. De allí para que la mortificación del yo forme parte

inseparable e intrínseca del internamiento y su cotidianidad en la Institución total del saber psiquiátrico San Lázaro.

11) La institución psiquiátrica desposee un yo para imponer otro que es el yo clínico. Por tanto, la Institución Total del saber psiquiátrico San Lázaro escinde, desposee, des-identifica para investir la escisión esquizofrénica y le otorga nueva identidad. Al escindir la escisión, el acto de comunicación y el proceso ritual de la institución psiquiátrica esquizofreniza al esquizofrénico instituyéndolo. El saber, sus prácticas, el proceso de internación y la administración formal de la cotidianidad del sujeto diagnosticado con esquizofrenia en la institución encargada de tratarlo o “sanarlo”, es, por el contrario, esquizofrenizante. Es este su carácter político-comunicacional. El carácter político de la comunicación es el carácter comunicacional de la institución total del saber psiquiátrico (que instituye instituyendo). Instituir, desidentificar, nominar, representar, universalizar, homologar, investir, desposeer, escindir, gobernar la rutina, disciplinar, es, al interior del Hospital Psiquiátrico San Lázaro, comunicar. De allí que la comunicación aquí tenga un carácter político no dialógico, que no negocia. Y ese carácter político hace de la comunicación en la institución total del saber psiquiátrico, una comunicación esquizofrenizante.

12) El recorrido sobre la formación de la Institución del saber psiquiátrico San Lázaro en el marco de la formación de la modernidad capitalista, del de Estado-nación ecuatoriano, amplía el horizonte conceptual para hallar los caminos procedimentales y conceptuales que den paso a la descripción de los elementos de institución psiquiátrica. Elementos que a su vez permiten pensar la comunicación en las instituciones como un proceso histórico, como un problema político y una cuestión de poder. La importancia de hallar y describir elementos de institución tales como: las propiedades de su discurso, las propiedades de quien pronuncia y las propiedades de la institución, permite describir los elementos de comunicación; pues los elementos de institución son los elementos de comunicación. De allí, para que en este trabajo se muestre a la comunicación como un proceso productor de sentido cuyo espacio de legitimidad, reconocimiento, prohibición y permisividad, donde se afianza, sostiene, produce y reproduce el sentido, es la institución, en este caso la institucionalidad psiquiátrica.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 AFRICA, Bruce, y SCHWARTZ, Stuart R. Trastornos esquizofrénicos. En: GOLDMAN Howard (1994). Psiquiatría general. México: Manual Moderno, p. 255-275.
- 2 AGAMBEN, Giorgio, ¿Qué es un paradigma? En: Hidalgo, Adriana, Signatura rerum. Sobre el método: 2009. p. 13-44.
- 3 BOURDIEU, Pierre (2001). ¿Qué significa hablar? Madrid: Akal 160 p.
- 4 BOURDIEU, Pierre. Estructura, habitus, prácticas. La creencia y el cuerpo. En su: El sentido práctico. España: Taurus Humanidades, 1991. p. 86-128.
- 5 CANGUILHEM, Georges (2004). Escritos sobre la medicina. Buenos Aires: Amorrortu. 122 p.
- 6 CARRIÓN, Ernesto (2008). Identidades a plazo: recopilación de textos de pacientes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión. 127 p.
- 7 CASTEL, Robert (2009). El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo. Buenos Aires: Nueva Visión, 254 p.
- 8 CONSEJERÍA de Obras Públicas y Transportes (2004). Guía de arquitectura de la ciudad de Quito. Quito: Junta de Andalucía,. 151 p.
- 9 CRUZ CUESTA, Efrén (2003). El Loco en la institución mental desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XX. Quito: Abya-Yala. 176 p.
- 10 DE CERTEAU, Michel. Producciones del lugar: hacer historia, La operación historiográfica. En: La escritura de la historia. Ediciones y Producciones. de C.V. : Universidad Iberoamericana Departamento de Historia. La Galera. 1993. p 11-118.
- 11 DESCARTES, Renato (1999). Discurso sobre el método: investigación de la verdad. Bogotá: Ediciones Universales. 105 p.
- 13 DICCIONARIO de pedagogía y Psicología (2000). Madrid: Cultural. p 108.
- 14 FOUCAULT, Michel (2005). Clase del 12 de diciembre de 1973, En: El poder psiquiátrico Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. p 145-165.
- 15 FOUCAULT, Michel (2005). Clase del 7 de noviembre de 1973, En: El poder psiquiátrico Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. p 15-34.



- 16 FOUCAULT, Michel (2006). La historia de la locura en la época clásica, México: Fondo de cultura económica tomos II. 411 p.
- 17 FOUCAULT, Michel (2010). La historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica tomos I. 575 p.
- 18 FOUCAULT, Michel (2011). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo XXI editores. 272 p.
- 19 FOUCAULT, Michel. El castigo generalizado. Benignidad de las penas. En: Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2010. p. 83-154.
- 20 GOFFMAN, Erving (2001). Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu. 379 p.
- 21 HOPENHAYN, Martín (2001). Crítica de la razón irónica: de Sade a Jim Morrison. Buenos Aires: 220 p.
- 22 JARAMILLO TEJADA, Hernán (2010). La construcción del enfermo mental en una institución psiquiátrica de Quito. Tesis previa a la obtención de la maestría en Ciencias Sociales con mención en Antropología Social: FLACSO- Sede Ecuador. 88 p.
- 23 KOSELLECK, Reinhart. Para una historia de los conceptos: problemas teóricos y prácticos, Discurso Crítico y Modernidad. Revista Contrahistorias, la otra mirada del Clío. (11): 75-88, 2008-2009
- 24 LANDÁZURI CAMACHO, Mariana (2008). Salir del encierro: medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Quito: Banco Central del Ecuador. 452 p.
- 25 LINDENMAYER, J.P.; ANZALEE, Khan. Psicopatología: elaboración del concepto de síndrome de esquizofrenia. En: LIEBERMAN, Jeffrey A. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: Lexus, 2010. p. 185-219.
- 26 POLO, Rafael (2006-2010). Campo de visibilidad y producción de narrativas, en, Debates contemporáneos desde Ecuador, Mónica Mancero Rafael Polo compiladores cuadernos de trabajo, FLACSO-CONESUP, Quito Ecuador. p. 17-45.
- 27 PUIG, Monserrat; SOSA, Jorge (2004). De la psiquiatría clásica a la clínica contemporánea. , España: I.A.E.U. 150 p.
- 28 RODAS Germán (2011). Ricardo Paredes: El médico que se formó bajo la huella de la Revolución juliana. Quito: Colección popular 15 de noviembre. 155 p.
- 29 ROUDINESCO, Elisabeth et.al. (1999). Pensar la locura: ensayos sobre Michel Foucault, Buenos Aires: Editorial Paidós. 173 p.
- 30 SÁNCHEZ GAMBOA, Méthor (2005). Poder y locura: una investigación y estudio sociológico de la locura en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, Quito: Espín Graf. 168 p.
- 31 Szasz, Thomas (2000). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu. 253 p.

32 WEBER, Max (2001). La ética protestante y el <<espíritu>> del capitalismo. Madrid: Alianza. 259 p.

## BIBLIOGRAFÍA EN LÍNEA

1 ARTAUD, Antonin "Poeta negro" [En línea]: De "L'Ombilic des limbes", 1925. Disponible en <http://lobogrisdelothlorien.blogspot.com/2005/06/poeta-negro-antonin-artaud.html>

2 BRUEGHEL, P. (1562). La caída de los ángeles rebeldes [pintura en óleo]. Recuperado de [http://es.wikipedia.org/wiki/Ca%C3%ADda\\_de\\_los\\_%C3%A1ngeles\\_rebeldes](http://es.wikipedia.org/wiki/Ca%C3%ADda_de_los_%C3%A1ngeles_rebeldes)

3 DURERO, A. (1513). El caballero, la muerte y el diablo [GRABADO]. Recuperado de <http://personal.telefonica.terra.es/web/auladefilosofia/arte/durero.htm>.

4 EL BOSCO. (1475-1480). La Extracción de la piedra de la locura [óleo sobre tabla]. [En línea]: <http://esunmomento.es/contenido.php?recordID=185>

5 EL COMERCIO.com, Sección Sociedad, La salud mental en transición por más de 10 años, [11 de junio 2012]. Disponible en: [http://www.elcomercio.com/sociedad/salud-mental-transicion-anos-Hospital-San-Lazaro\\_0\\_716328411.html](http://www.elcomercio.com/sociedad/salud-mental-transicion-anos-Hospital-San-Lazaro_0_716328411.html).

6 EL HOY. com, Sección Ciudad, Pacientes del Psiquiátrico San Lázaro irán a Conocoto, [29 de octubre 2012]. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/pacientes-del-psiquiatrico-san-lazaro-iran-a-conocoto-565214.html>

7 EXTRA.com, Sección Crónica, Misa negra antes de descuartizar a sus víctimas, [10 de enero del 2012]. Disponible en: <http://www.extra.ec/ediciones/2012/01/10/cronica/misa-negra-antes--de-descuartizar--a-sus-victimas/>

8 EXTRA.com, Sección Crónica, Con rayos gama se trata a los agresivos, [26 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.extra.ec/ediciones/2012/01/26/cronica/con-rayos-gamma-se-trata-a-los-agresivos/>

9 EXTRA.com, Sección Crónica, Fiscal propone cárcel psiquiátrica, [27 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.extra.ec/ediciones/2012/01/27/cronica/fiscal-propone--carcel-psiquiatrica/>

10 MI SALUD, Periódico del Ministerio de Salud pública del Ecuador, Hospital Psiquiátrico San Lázaro de Quito tendrá nueva casa, [15 de septiembre 2011]. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com\\_content&view=article&id=156:hospita-l-psiquiatrico-san-lazaro-de-quito-tendra-nueva-casa-&catid=57:atencion-en-salud&Itemid=245](http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=156:hospita-l-psiquiatrico-san-lazaro-de-quito-tendra-nueva-casa-&catid=57:atencion-en-salud&Itemid=245)

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### **La salud mental en transición por más de 10 años**

El sistema de salud mental vive un proceso de transición desde hace más de una década y hasta ahora no se vislumbra algo claro. El paso de un modelo clásico de atención centrado en los hospitales psiquiátricos hacia una de red de servicios integrales y comunitarios se viene haciendo desde hace 20 años en países como Brasil. Las primeras acciones que se conocen es que la unidad de salud mental del Ministerio de Salud, que funcionaba desde 1980, se eliminó en marzo pasado. El psiquiatra Enrique Aguilar, quien estuvo al frente los últimos cinco años, fue removido y tras su salida se archivó el proyecto Salud mental 2011-2015, cuya elaboración tomó dos años. Este plan que iba a empezar con la creación de centros comunitarios en tres zonas del país (Quito, Azuay y Guayaquil), en donde hay 30 distritos, fue aprobado por la Senplades con un presupuesto de USD 12,7 millones. Incluso, Aguilar señala que tuvo el visto bueno de la ministra Carina Vance, cuando era subsecretaria de Planificación en el 2011. Según Fadya Orozco, subsecretaria de Promoción y Prevención de la Salud, esta área ahora “tendrá un mejor posicionamiento a través de dos viceministerios” y “por primera vez será fortalecida al ser una política de Estado”. Para esto se aprobó un estatuto, vía Decreto en que se especifican funciones sobre la salud mental en varias áreas (promoción y prevención, tabaco, servicios, discapacidad...). Pero Aguilar aclara que esta forma de trabajar transversal ya había e incluso pese a ser un programa tenía autonomía presupuestaria y funcionalidad. Está previsto que hoy se presente el nuevo plan para ser aprobado, pero su ejecución debió arrancar en el 2011, año en el que también se firmó un convenio de cooperación con Brasil y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este organismo espera que el país defina sus políticas para empezar la asistencia. Aguilar refiere que las políticas quedaron listas y se hicieron en tres años. Sobre la construcción de la red comunitaria, Orozco dice que “no es de su competencia, pero que es un tema de agenda”. Aimé Dugois, coordinadora del eje de salud mental, añade: “Estamos en transición y no podemos hacer magia”. El nuevo plan, la creación de centros, la capacitación del personal de las actuales unidades de primer nivel para que tengan más capacidad resolutive y evitar que los pacientes acudan directo a hospitales requiere de tiempo. 110 000 personas fueron atendidas en las unidades de salud mental de hospitales generales y centros de salud

del Ministerio, durante el 2009. 4 centros de salud mental comunitarios hay actualmente en el país, en Calderón, Esmeraldas, Cuenca y Machala. El de Cuenca es el más antiguo. 3 hospitales más hay aparte del Julio Endara (Quito). Estos son: Sagrado Corazón (Quito), Lorenzo Ponce (Guayaquil) y CRA (Cuenca). El futuro de los psiquiátricos Desde hace 25 años ha habido el proyecto de integrar los dos hospitales de Quito (San Lázaro y Julio Endara), con el fin de fortalecer la atención ambulatoria. Actualmente, el San Lázaro cerró el área de hospitalización por el mal estado de sus instalaciones y porque debe ser entregado al Municipio. Esto hizo que transfiera 55 pacientes al Julio Endara (35) y al Centro del Adulto Mayor (20), pero con algunos problemas a costas. Rommel Artieda, director del Julio Endara por 12 años, explicó a este Diario justo el día de su salida del cargo, que no se cumplió con el convenio firmado en el 2010. Esto fue entre el Municipio, el Ministerio del Salud, el Instituto de Patrimonio del Municipio y la Universidad Central. El documento estableció que los pacientes debían ser trasladados en octubre próximo, una vez que la Alcaldía concluya todas las obras de ampliación y remodelación del Julio Endara, con lo que pasaría de 123 camas a 238, para atender a pacientes del país. Además, debía estar listo el equipamiento, casa de máquinas para la energía eléctrica y el personal tendría un proceso de inducción. También se solicitaron 15 profesionales más. El 28 de mayo pasado, sin que se cumplieran estas cláusulas, se transfirieron a los pacientes y a 30 auxiliares de enfermería y de servicios básicos. Para Dugois, los actores involucrados no vieron inadecuado que se transfiera de forma anticipada. Reconoce que la falta de una casa de máquinas y haber puesto calefones para llenar esta carencia no fue conveniente, pero “es la respuesta que se ha dado”. Los estudios para esta casa de máquinas están listos y falta que el Ministerio asigne el presupuesto y defina quién va a construir la obra, que se prevé cueste USD 1 millón. Este Diario solicitó el pronunciamiento al Instituto de Patrimonio y a la Secretaría de Salud del Municipio, pero no contestaron. Se conoce que aún faltan detalles de la ampliación de un área, en donde van 92 camas; y otra ala de 23 camas ya fue terminada y copada por los pacientes del San Lázaro. El área de lavandería que antes solo funcionaba para pacientes en abandono ahora es utilizado para todo el hospital. El paso de los pacientes fue inevitable, reconoce Artieda, pero enfatiza que al ser personas sin un vínculo familiar y en estado de abandono deberían ser asumidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). “Los hospitales no son para que la gente se quede a vivir, es para pacientes agudos que requieren de internación temporal”. La norma internacional fija que la hospitalización sea máximo de 21 días. De las 238 camas que estarían disponibles, 92 ya están ocupadas con pacientes crónicos, limitando el ingreso de nuevos. Con este hecho la historia se repite: cuando el Julio Endara se creó en 1953 lo hizo con 100 pacientes del San Lázaro. Más demanda y pocas camas Al menos dos pacientes diarios requieren de una cama en el hospital Julio Endara a diario, pero por falta de capacidad tienen que esperar días o semanas. Los pedidos llegan, principalmente, de las unidades psiquiátricas de los hospitales, como el Eugenio

Espejo, Enrique Garcés o Pablo Arturo. Son casos agudos que por su gravedad se recomienda la hospitalización. En el caso del Eugenio Espejo hay un proyecto presentado para que se abra seis camas, para el servicio de psiquiatría. Pero todavía no ha tenido respuesta. Al tratarse de una unidad ambulatoria, la norma internacional determina que el paciente solo podrá estar hospitalizado hasta 11 días e incluye terapia de rehabilitación. Esta demanda de camas se vuelve necesaria, principalmente, para pacientes con intentos de suicidio. La semana anterior, por ejemplo, se solicitó hospitalización para un paciente que quiso matarse con un arma de fuego. Hay un déficit de psiquiatras Otro problema es el déficit de psiquiatras. Actualmente, en el Ministerio de Salud, Seguridad Social, FF.AA. y Policía hay de 360 a 400 especialistas. Esto significa que hay un psiquiatra por cada 100 000 habitantes, cuando debería haber uno por cada 20 000. El psiquiatra Enrique Aguilar explica que para cubrir la demanda se requiere que cada año el Ministerio abra 10 plazas en Quito y otras 10 en Guayaquil, para médicos posgradistas. Un posgrado en Psiquiatría dura tres años, pero en el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad Central no se abrió este año. Marco Robalino, vicedecano de Medicina, explicó que se está diseñando un nuevo pènsum académico, porque ya no se quiere que los estudiantes se formen en manicomios, sino en centros comunitarios y para esto el Ministerio debe garantizar espacios de formación. También hacen falta enfermeras psiquiátricas.

## ANEXO 2

### **Pacientes del psiquiátrico San Lázaro irán a Conocoto**

#### **El área ambulatoria se trasladará a Centro de Salud en el Centro**

Los internos del Hospital Psiquiátrico San Lázaro tendrán un nuevo lugar de atención en el readecuado hospital Julio Endara en Conocoto. Esto después de que la infraestructura del San Lázaro, en el centro histórico, se destinó a la habilitación de una sede de la Universidad de las Américas.

Las obras de rehabilitación del hospital Julio Endara estuvieron a cargo del Instituto Metropolitano de Patrimonio (IMP).

Los trabajos consistieron en el revestimiento de los pisos y las paredes, el mejoramiento de la carpintería de madera y metal, las ventanas, puertas y cielo raso, en el bloque norte.

A esto se sumó un nuevo sistema eléctrico, lámparas e instalaciones hidrosanitarias.

En el bloque nueve se adaptó una sala de uso múltiple. En obras civiles se mejoraron los canales y bajantes de aguas lluvias. Además de una intervención en el sistema de alcantarillado.

Para Bernarda Salas, secretaria Metropolitana de Salud, la habilitación de esta nueva unidad médica permitirá que los pacientes sean atendidos en un ambiente más amable y humano.

Además, Salas, señaló que la parte ambulatoria del centro San Lázaro se trasladará al Centro de Salud Ambulatorio Mental que está construyendo el IMP en la calle Ambato y Barahona.

En los bloques de hospitalización del ala norte, el hospital tiene una capacidad de 37 camas y en el bloque 9 una capacidad para 92 camas.

Según Patricio Benavides, director del Hospital, en esta unidad de salud el 75% de nuestros pacientes son crónicos y están viviendo en el lugar.

Como obras complementarias, el IMP construyó una cisterna de doble compartimiento con capacidad para 150 m<sup>3</sup> de agua para el abastecimiento y acción contra incendios. También se trabajó en el cuarto de máquinas. Este lugar incluye un sistema de presión constante, bombas, tableros de control y tanques hidroneumáticos.

## ANEXO 3

### **Hospital Psiquiátrico San Lázaro de Quito tendrá nueva casa**

El Hospital Psiquiátrico San Lázaro de Quito se trasladará a una nueva casa de salud, debido a que la edificación que ocupan actualmente está deteriorada y representa un peligro potencial para los pacientes y para quienes laboran en el hospital.

El año pasado se realizó un estudio de riesgos que determinó que al ser el hospital un edificio antiguo no tiene las condiciones necesarias para que en caso de desastre pueda garantizar la seguridad de los pacientes y del personal que trabaja en este lugar.

A través de un convenio de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, el Fondo de Salvamento del Patrimonio Cultural y la Universidad Central del Ecuador, se va a intervenir en la edificación de la nueva casa de salud mental que se llamará Centro de Especialidades de la Salud Mental San Lázaro.

“La institución no va a perder el nivel de complejidad, que es de tercer nivel. Se construirá un Centro Especializado en las diferentes patologías, ampliándonos hacia la prevención. Además, se garantizará la estabilidad laboral de los trabajadores”, explicó la Directora del Hospital San Lázaro, Dra. Eliana Escandón.

Los terrenos de la nueva edificación se ubican en las calles Ambato y Barahona, en Quito, con una extensión de aproximadamente 1.800 metros cuadrados. El traspaso se realizará de manera paulatina, en primera instancia la hospitalización de pacientes agudos serán trasladados al Hospital Julio Endara, que contará con una aplicación de 230 camas.



Además, el Municipio de Quito está trabajando en la propuesta del anteproyecto y ha designado un presupuesto para la nueva edificación. El nuevo hospital tendrá una capacidad de 260 camas y una apertura progresiva en función de las necesidades de la población y de manera planificada.

Entre los servicios previstos en el Centro de Especialidades se incluye: consulta externa, terapia ocupacional, terapia de lenguaje e incorporación del paciente a las actividades del hogar. Se espera que la nueva edificación empiece a funcionar a mediados del próximo año.

Hace 20 años, el terreno donde se encuentra el Hospital San Lázaro fue vendido al Municipio de Quito, ahora se está haciendo efectivo el traspaso con la entrega de otro terreno y la construcción de un centro que brinde condiciones adecuadas a los pacientes y trabajadores. Mientras se realiza el traspaso formal se informa a los pacientes y sus familias que se mantiene la atención normal en el actual hospital.

El Ministerio de Salud está potencializando el Hospital Julio Endara, fortaleciendo la unidad de Salud Mental de Calderón y la creación del nuevo Centro Especializado de Salud Mental San Lázaro. El nuevo modelo de gestión en salud busca otras modalidades terapéuticas que permitan una atención al paciente psiquiátrico con mayor respeto a su humanidad, que incluya la asistencia hospitalaria y comunitaria, descentralizada, participativa, preventiva e integral.

El Hospital Psiquiátrico “San Lázaro”, es una Institución Pública, que brinda atención integral especializada en Salud Mental, con cobertura a nivel nacional. Se atiende un promedio de 100 a 120 pacientes diarios, en hospitalización entre 20 y 30 personas, además de 60 pacientes crónicos.

El traspaso a una nueva edificación representa un avance en el proceso de transformación de la salud mental de la ciudad, con nuevas modalidades de atención al paciente psiquiátrico.

## ANEXO 4

### **¡Misa negra antes de descuartizar a sus víctimas!**

*Escalofriantes revelaciones de los miembros de la secta satánica que asesinó y desmembró a dos personas en Guayaquil*

Antes de cortarlos en pedacitos los “Uñas Negras” se drogaban, para después crucificarlos prendiendo velas negras en forma de pirámides en sus cuerpos.

*Stalin Carrión Martínez, Guayaquil*

Sin luz natural, dentro de una vivienda de caña guadúa sellada con plásticos azules y negros para evitar que pase la claridad, los presuntos descuartizadores oficiaban la misa negra a sus víctimas para evitar que su alma se desvíe y vaya directo al infierno, según sus creencias. Así lo manifestaron los miembros de la secta satánica “Uñas Negras”, como se hacían llamar, durante la audiencia de formulación de cargos realizada el pasado sábado en el juzgado de turno anexo a la Policía Judicial de Guayaquil.

Los detenidos afirmaron creer plenamente en el diablo y que sería un colombiano alto y de buena apariencia, que supuestamente vive en Quito, quien los adoctrinó con la Sagrada Escritura. Uno de ellos explicó al juez Ángel Rubio que su fe está basada en un artículo de la palabra de Dios, Apocalipsis 3:16, que cita lo siguiente: “Pero por cuanto eres tibio, y no frío ni caliente, te vomitaré de mi boca”.

Los seguidores de lucifer mencionaron que al encontrarse personalmente con el líder colombiano les enseñó que Dios pide que todos sus fieles sean prácticamente santos y que no deben causar daño a nadie, mientras que ellos tenían la misión de castigar a quienes hacen el mal y no tenían que meterse con los buenos. Al igual que los fieles cristianos temen a ser vomitados de la boca del Señor.

### **El rito**

En un ambiente oscuro, lleno de misterio y alumbrado por la luz de las velas, los “Uñas Negras”

preparaban a sus víctimas para mandarlos al más allá. Primero los crucificaban para emular el rito satánico que hacen las grandes sectas.

Uno de los integrantes se encargaba de buscar los materiales e instrumentos que necesitarían para completar el rito, mientras que los otros ataban a sus víctimas en forma de cruz. Utilizaban clavos para asegurar las estacas, a las cuales se ataban las extremidades de los sacrificados. Los “Uñas Negras” tenían todo claro, pues según la Iglesia de satán el propósito de la misa negra es reafirmar la naturaleza animal del ser humano, por la cual pueden observarse estos ritos que pueden ser sexuales, de carne y de sangre.

Por eso para preparar los cuerpos utilizaban seis velas rituales, de color negro, que eran colocadas en formas de pirámide sobre el cuerpo y cabeza de las víctimas: tres sobre el abdomen, cerca del ombligo, dos en los ojos y una en la frente.

Los detenidos afirmaron que la unión con trazos geométricos de estas figuras forman uno de los símbolos satánicos que tiene el poder de abrir las puertas del infierno. Esto lo hacían con la finalidad de evitar que el alma de los fallecidos divague en la nada.

Durante el ritual, los creyentes invocaban los 77 nombres de satán para efectuar la celebración. Aunque, según los satanistas, todos los pasos son parecidos al de una misa católica, pero deformados; pues durante la misa negra la hostia consagrada es pisoteada y mezclada con drogas, y aunque este no sería el caso, en algunos rituales se realizan violaciones en ese momento. Los “Uñas Negras” mencionaron que ellos sí se drogaban antes de desmembrar a sus víctimas. Luego, al finalizar el ritual, los colgaban de un árbol que está ubicado en el patio de una casa que está en la loma más alta de la cooperativa Nueva Frontera, en el noroeste de la urbe, y comenzaban a despedazar los cuerpos.

El instrumento para descuartizar era una sierra común, como las que usa cualquier mecánico en una taller y puede conseguirse en todas las ferreterías. Algo que los detenidos destacaron fue que la hoja de sierra que emplearon para hacer los cortes fue una de dientes finos.

Es por ello que los cortes no afectaron mucho los músculos ni huesos de las víctimas, lo que al inicio se pensó que fueran hechos con sierras eléctricas, como afirmó Juan Montenegro, jefe de Medicina Legal, en un principio.

## **Observaban todo**

Desde lo más alto del cerro, donde está ubicada la locación principal de los rituales, puede mirarse la mayoría de los sectores donde fueron abandonados los restos de las personas sacrificadas. El sitio es como un mirador con un amplio horizonte y de difícil acceso. Para llegar allí hay que subir caminando por los senderos casi verticales de un cerro, que con las lluvias se convierte en una trampa mortal llena de fango.

Solo quienes habitan en el lugar conocen bien por donde pisar. Los moradores no conocían que a su alrededor se hacía este tipo de sacrificios y rituales satánicos, pero ahora temen y quieren que los detenidos no salgan de prisión.

## **Crucificado como Jesús y ofrecido a luzbel**

*Carola Cáceres, Guayaquil*

Mientras la Policía trabaja por un lado en este escabroso caso, por otro la Fiscalía recepta las versiones de los sospechosos y de las personas que de alguna manera aporten para el esclarecimiento de los dos asesinatos.

De los siete detenidos que hay hasta el momento, José Vera, Jhonny Alvarado, Félix Rosales, Eduardo Rodríguez, Carlos Caicedo, Eduardo Salas Pazmiño y Fidel Andrés Palomino Álava, estos dos últimos se contradicen en sus versiones, pues mientras por un lado el uno dijo que su vida estaba en peligro y prácticamente lo obligaron a abrir un cadáver, el otro asegura que Salas participó dirigiendo un descuartizamiento porque supuestamente trabajó en la morgue como guardia de seguridad y sabía hacer eso.

Salas Pazmiño aseguró que “se indica que soy líder, no soy líder, yo concurrí a la Fiscalía, fui amenazado por los señores, estuve en el segundo asesinato, el señor Palomino es el líder de la banda. Yo trabajo en la cartonera, se me quedaron con mi celular, me tocó concurrir al fiscal para pedir protección... mencioné las cosas que había pasado, si estuve en el segundo fue por pedido de ellos. Yo creo en el diablo y Dios. Lo único que hice fue abrir el cadáver”.

En tanto Fidel Palomino, alias “Fito”, afirmó que “lo que dice el señor Salas no es cierto, inclusive lo ayudamos a él, el primer caso él sí sabe, él nos quiso dar un espaldazo al salir como víctima de todo esto porque fue algo planeado”.

Sobre el primer asesinato señaló que “fue el joven de 17 años, que yo no conocía, que se acercaba al consumo de marihuana en la esquina de Guerreros del Fortín, cerca de las villas de Miduvi, él se aproximó a nosotros a decirnos que quería hacer un asalto, que él era repartidor de productos varios, que trabajaba para dos ancianos a quienes les quería hacer el robo, ya que recaudaban 4 mil dólares en la tarde, a eso de las 17:00, que ellos eran cristianos evangélicos y que había que apretarlos un poquito para que aflojen el dinero, la plata estaba debajo del asiento y el resto en una cajita. Yo le comuniqué a él que no hacíamos daño a cristianos, gente que andaba con Dios, entonces él siguió insistiendo que hagamos el trabajo o que le presente gente que lo pudiera hacer”. El domingo 18 de diciembre del 2011 el muchacho se acercó nuevamente a Palomino para proponerle otra vez el asalto, pero en tono más alzado. Aproximadamente a las 21:00 surgió una discusión entre ambos y “Fito” le lanzó gas lacrimógeno, ante la mirada de varios de sus amigos a quienes les señaló que lo boten o vean qué hacen con él.

En ese momento lo agarraron, amarraron y lo metieron en la casa de Carlos Caicedo, donde siguieron golpeándolo, pero como la víctima seguía tildándolos de débiles, Palomino le dio una puñalada y se marchó. Al otro día sus amigos le dijeron que lo habían descuartizado porque no podían sacar el cuerpo entero debido a que era demasiado visible.

### **Cabeza abandonada por san ignacio**

En el segundo asesinato, “ese muchacho se nos acercó, esto fue el 30 de diciembre del 2011, estaba en la casa de Carlos Caicedo Morales, ahí me lo presentaron diciéndome que él nos quería tender una trampa porque nos llevaba dizque para ir a acabar con unos vendedores de droga, pero era una familia que le había presentado una denuncia en contra del verdadero de la droga “La chola”, en el sector de San Ignacio”.

Por haberles mentido decidieron que debía morir, “ya que él nos quería usar para hacer una limpieza en un sector determinado de drogas”.

A los pocos minutos se fueron con el sujeto hasta Guerreros del Fortín, donde está la casa de Eduardo Rodríguez, alias “Lágrima”. “Yo les indiqué a los muchachos que si iban a hacer el sacrificio que ellos

lo hagan. Ahí participó Ronnie Moisés Alvarado Holguín, alias “Perico”; José Vera, alias “Baquely”; Carlos Caicedo, alias “Chambero”; Jhonny Rosales y Eduardo Rodríguez”.

Palomino salió del lugar, pero volvió a entrar a los 30 minutos. “Y lo encontré crucificado, pero patas arriba, a él lo tenían en un madero que era para construir un cuarto, ahí hice una oración a luzbel para que el alma de él sea recibida en el infierno, para esto él ya tenía tres velas colocadas en la cara, dos en los ojos y una en la boca haciendo un triángulo que es una pirámide, que son las puertas para entrar al infierno. Y en el abdomen tenía tres velas haciendo una pirámide invertida, que significa el terminal del portal”.

Al terminar de orar comenzaron a descuartizarlo, “todo dirigido por Javier Salas, él señaló que había trabajado en la morgue como guardia de seguridad privado y vio cómo hacían eso”. Siendo la 01:00 se llevaron los sacos que contenían las partes descuartizadas. Al otro día le informaron que la cabeza del sujeto sacrificado no la botaron, que la tenían en la parte de atrás en el patio. “Fito” ordenó entonces que la boten con un mensaje que diga: “Basta de abuso de gente injustificada, de gente inocente”.

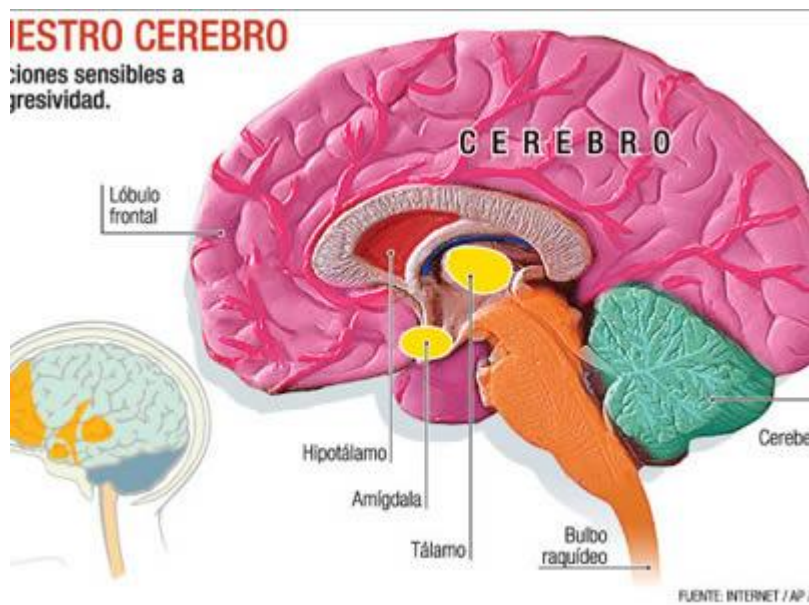
“A los dos que se los mató no son gente inocente, son culpables de crímenes terribles...”, agregó. Finalmente mencionó el detenido en su declaración que la cabeza la botó Ronnie Alvarado, alias “Perico”, frente a la estación de la Alborruta, por la entrada de la cooperativa San Ignacio.

## ANEXO 5

### *Alternativa para lidiar con los psicópatas en la sociedad*

#### **¡Con rayos gama se trata a los agresivos!**

Neuropsiquiatra propone aplicar este método para frenar la violencia y la agresividad de ciertos asesinos que proviene del lóbulo temporal derecho.



*Germania Salazar, Guayaquil*

Los psicópatas y asesinos en serie con problemas psiquiátricos que representan un peligro para la sociedad tendrían su “estate quieto” definitivo con un tratamiento médico, en el que se incluye la utilización de rayos gamma en el cerebro.

En la mesa redonda organizada por el Observatorio de Seguridad Ciudadana, la Gobernación del Guayas y la Cámara de Turismo, el pasado martes, el neuropsiquiatra Pedro Benjamín Posligua planteó esta alternativa en el tema de los “Uñas Negras”, supuestos integrantes de una secta satánica que mató y descuartizó a dos jóvenes en diciembre del año pasado.

Posligua cree que la cirugía estereotáxica o gamma knife podría aplicarse en asesinos natos. En Chile y Brasil ya se practica este tipo de cirugías a personas que padecen de esquizofrenia. Explicó que la cirugía estereotáxica se realiza luego “de un estudio minucioso de las estructuras de las partes comprometidas del cerebro del paciente y consiste en hacer un orificio en el cráneo, en el que se introduce un electrodo o en su defecto una sustancia química que elimine las áreas comprometidas”. Esta técnica con rayos gamma es aplicada para tratar casos de tumores, algunos tipos de cáncer, mal de Parkinson, entre otras enfermedades del cerebro.

### **SIN ABRIR EL CRÁNEO**

El profesional señaló que en la actualidad existe una forma moderna de eliminar estas partes del cerebro que ocasionan el comportamiento agresivo, la cual es menos complicada y no necesita de abrir el cráneo. Se envía los rayos gamma a la cabeza a través de una máquina llamada gamma knife o bisturí de rayos gamma, lo último en tecnología.

El paciente se acuesta y recibe rayos de acuerdo al caso. “Las cirugías se basan en tratar de lesionar ciertas áreas cerebrales que están implicadas en el aspecto fisiológico de la violencia y agresividad”, explicó.

Quienes se sometan a estas cirugías perderían las reacciones violentas ante cualquier circunstancia, según Posligua, y seguirían con su vida normal.



## **LA AMÍGDALA CEREBRAL**

Posligua expresó que en el cerebro hay dos estructuras importantes que están relacionadas con la agresividad del ser humano, una es el hipotálamo, el que regula nuestras emociones. “La conducta de esta estructura puede aumentar o disminuir la agresividad”. La otra estructura es la amígdala cerebral, que tiene que ver con el miedo, la respuesta y la función regulatoria de la agresividad.

La violencia y la agresividad se encuentra en el lóbulo temporal derecho del cerebro, “donde hay información primitiva sobre mitos, leyendas, los miedos y más”, manifestó Posligua. El lóbulo frontal es aquel que hace la crítica. Según el neuropsiquiatra, los asesinos natos no tienen una buena regulación en las partes que ajusta la agresividad y violencia.

El galeno comentó que, a pedido de familiares de tres pacientes esquizofrénicos de alta agresividad, practicó la cirugía en Sao Paulo, Brasil. “Eran muy violentos, golpeaban a cualquier persona”, agregó.

## **OPINIONES**

Pienso que posiblemente esta técnica científica daría un resultado positivo de beneficio para la sociedad, que se la aplique a los asesinos peligrosos. Se tendría que hablar con los Derechos Humanos y también con los asambleístas para que se cree una ley.

*Wilfrido Hidalgo.Fiscal*

---

Sobre la aplicación de esta técnica en delincuentes, no lo ha escuchó en ningún parte del mundo. La mayoría de los delincuentes no padecen de una enfermedad psiquiátrica, sino que presentan una conducta antisocial. Esto es diferente a lo primero. Sería una buena opción, siempre y cuando sean casos de personas que pese a que se les da el tratamiento médico, no mejoren. Allí se haría microcirugías de estas, no es que se lo transforma a normal, solo se le quita parte o todo el trastorno psiquiátrico.

*Giovanny Negrete. Neurocirujano*

---

“Es una probabilidad o una alternativa que, de concretarse, sería beneficioso, porque de alguna manera evitaría el hacinamiento de psicópatas y asesinos en las cárceles, aunque el tema es muy complejo. Estos psicópatas o asesinos en serie a veces no tienen cura ni rehabilitación. Ellos salen y vuelven a hacer lo mismo. En algunos casos es genético”, aseguró.

*Segundo Romero, Psicólogo de la Policía*

## ANEXO 6

*Por caso de descuartizadores satánicos, la cirugía estereotáxica armó la polémica*

### **¡Fiscal propone cárcel psiquiátrica!**

Gagliardo desea conocer casos de pacientes agresivos que hayan sido tratados con rayos gamma y si disminuyó su actitud violenta.

Los descuartizadores satánicos con sus asesinatos hicieron que especialistas analicen la criminología.

*Germania Salazar, Guayaquil*

El tema sobre la propuesta de la aplicación de cirugía estereotáxica con rayos gamma en el cerebro para bajar la violencia y agresividad en psicópatas y asesinos, como los supuestos descuartizadores satánicos denominados “Uñas Negras”, generó polémica entre especialistas de las ciencias psiquiátricas.

El fiscal del Guayas, Antonio Gagliardo, no descartó la realización de un conversatorio en el que participen diferentes neurocirujanos que hayan practicado estas cirugías a pacientes con diferentes patologías para conocer más este método asunto.

Gagliardo propuso la idea como opción a futuro la creación de cárceles psiquiátricas en el país, donde existan sitios de recreación y especialistas. “Creo que en el país es hora de que hayan lugares no solo para los psicópatas y asesinos en serie, sino para las personas que estando detenidas desarrollan estas enfermedades”.

La creación de estos centros de reclusión psiquiátricos estaría a cargo del Ministerio de Justicia, junto con el Consejo de Rehabilitación Social. Comentó que las cárceles del país no han resuelto el problema delictivo de muchas personas. “Si tenemos psicópatas que matan y violan en serie, hay que hacer algo”.

manifestó.

### **“Criminales en serie tienen necesidad de matar”**

Sobre la cirugía estereotáxica a psicópatas y asesinos natos, Gagliardo manifestó que “no es lo mismo que una persona voluntariamente acepte que se le practique esta cirugía a que se lo impongan por la fuerza. Esto la ley no permite”.

Aseguró haber leído sobre pacientes que se someten a ciertas cirugías en el cerebro, pero pierden otras facultades, es decir “no solo podría bloquear la agresividad, sino también aptitudes en el ser humano”, indicó.

Pero el problema radica, según Gagliardo, en qué hacer con estos psicópatas “que por más que estén en las cárceles con los mejores terapeutas y siquiátras siguen siendo un peligro para la sociedad. El criminal en serie tiene una necesidad de matar. El fiscal indicó que este es un tema que la criminología tendrá que analizar. “Va más allá de lo jurídico. Aquí entran lo ético y muchos factores. No confundamos”.

---

### **UNA MESA REDONDA Y DEBATE**

Gagliardo propone debatir este tema en una mesa redonda donde se analice hasta qué punto la legislación del país permite obligar a una persona peligrosa a que le practiquen este tipo de operaciones. “Habrá que analizar si dicha intervención no arriesga la vida y las consecuencias”. Al fiscal le gustaría saber cuántas personas han sido sometidas a estas intervenciones con rayos gamma, pero aclaró que “no por investigar a los profesionales que hacen el trabajo, sino para saber cuál ha sido el resultado y si aquellos pacientes pueden dar fe de que su agresividad ha bajado. Habría que analizar hasta qué punto han sido un éxito dichas intervenciones”, señaló.

---

## **OPINIONES**

### **“Todo es un experimento”**

Mientras no se tenga una base científica real que se compruebe o que diga de países de primer nivel que el rayo gamma sirve para cambiar la personalidad o conducta de una persona, todo es un experimento y deben haber leyes que no lo permitan.

Creo que estas técnicas podrían revertir el problema de volver a una persona agresiva a dócil. Los psicópatas o asesinos en serie son sociópatas que agreden a la sociedad. Van inmersos con la problemática social. No es que hay una predisposición genética para realizar este tipo de actos. Estas personas se hallan en contra de la sociedad, robando, matando, violando.

En el pasado un médico practicó la lobotomía que consistía en sacar todo el lóbulo frontal (del cerebro), donde se aloja la mayor cantidad de los elementos de la agresividad. Pero fue al poco tiempo que se dieron cuenta que no se lograron los resultados esperados. Son experimentos que se suponen podrían funcionar. No es una cuestión genética, es una cuestión social. Si hubiera un caso comprobado en otros países sería una buena alternativa.

### **“La persona puede volver a la violencia”**

Las sicocirugías estereotáxicas no son muy comunes en nuestro país, pero sí en México. Se las practica para la agresividad incontrolable y han dado buenos resultados. Hay muchas enfermedades psiquiátricas que van a llevar a la persona a hacerse daño a él mismo o al núcleo familiar. Antes se daban tratamientos con pastillas, pero ahora lo último es la sicocirugía esteotáxica que consiste en hacer un orificio justo en el lugar afectado, luego se introduce una aguja con un electrodo y se lesiona la parte que impulsa a la violencia. Dicha cirugía es computarizada. El lóbulo temporal es un ente importante en el desarrollo de la agresividad, es el que maneja las emociones, tanto negativas como positivas.

Dichas operaciones solo se hacen mediante el estudio de varios especialistas y con la voluntad de la persona. En ciertos casos cuando no se ha lesionado bien la parte indicada, el tejido puede reactivarse y la persona volver a la violencia.

**“Hay que seleccionar bien a los pacientes”**

Requiere de un estudio intensivo y sofisticado. Obviamente con el consentimiento del paciente. Si lo acepta sabe que tiene buenas posibilidades de disminuir esas explosiones de agresividad con consecuencia catastrófica. Si hay la técnica con los rayos gamma no hay que abrir el cerebro. Se la usa en otros países donde están más avanzados, como Estados Unidos y México, pero creo que estamos cerca de desarrollarla acá.

Esto no puede administrarse así porque nos parece lo más conveniente, la persona tiene que estar consciente de lo que se va a realizar.