

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO  
DE GUAYAQUIL**



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Trabajo de Graduación Previo a la Obtención  
del Título de  
Licenciado en Psicología Clínica

Tema: Genealogía y Función de los Hospitales  
Psiquiátricos en el Ecuador

Daniel Oleas Rodríguez

**DIRECTOR:**

**Psic. Guillermo García Wong**

**2011**

362.21  
04598

2011/11/21

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA: GENEALOGÍA Y FUNCIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN  
EL ECUADOR**

**DANIEL OLEAS RODRÍGUEZ**

**DIRECTOR:**

**PSIC. GUILLERMO GARCÍA WONG**

**2011**

## ÍNDICE

I. Genealogía y Función de los Hospitales Psiquiátricos en el Ecuador	iii
II. Capítulo Uno: Anales	5
a. Paso del Hospicio al Hospital e Historia del Hospital Psiquiátrico: San Lázaro, (Quito)	13
i. <i>El Hospicio Jesús María y José</i>	13
ii. <i>Manicomio-Leprocomio</i>	19
iii. <i>Marcha de los Leprosos</i>	28
iv. <i>Renovación</i>	32
v. <i>Hospital Psiquiátrico</i>	36
b. Historia del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guayaquil)	38
i. Manicomio José Vélez	40
ii. Hospital Lorenzo Ponce	44
iii. <u>Instituto de Neurociencias</u>	46

III.	Capítulo Dos: Genealogía	47
	a. Genealogía de las Instituciones y los Tratamientos Psiquiátricos	48
IV.	Capítulo Tres: Función	65
	a. Relación Poder-Saber y su Repercusión en la vida cotidiana	65
V.	Conclusiones y Recomendaciones	94
VI.	Referencias	99

## INTRODUCCIÓN

### GENEALOGÍA Y FUNCIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL ECUADOR

La presente investigación, titulada Genealogía y Función de los Hospitales Psiquiátricos en el Ecuador, representa el trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica.

Las razones por las cuales se realiza la presente tesis son diversas. La primera consiste en construir un saber sobre aquellas instituciones que trabajan con personas que son tratadas como desechos de la sociedad, en especial sobre el hospital psiquiátrico. La segunda se asienta en que la psicología clínica toma como una de sus bases a la psiquiatría, debido a que integra elementos de la psicopatología, y resulta de suma importancia conocer cómo ésta se dio paso a través de la historia en la institución que la vio nacer. La última radica en que, a partir del estudio de los hospitales psiquiátricos, es posible tratar de advertir cuál podría ser el rol de los psicólogos clínicos en dicho espacio y en sus procesos institucionales.

La investigación estará dividida en tres capítulos: Anales, Genealogía y Función; los que permitirán entender, en un nivel diacrónico, cómo funciona en la actualidad la institución de la salud mental y la relevancia de su situación dentro de la sociedad.

Se ha utilizado la metodología de investigación bibliográfica documental, haciendo uso de las técnicas: documental y observación de campo. Otras técnicas han sido descartadas por falta de recursos o dificultades no superables en el proceso investigativo.

Una de las principales dificultades que se han presentado durante el proceso de investigación se originó por el escaso material bibliográfico sobre el Hospital Lorenzo Ponce de Guayaquil, ahora Instituto de Neurociencias. De igual manera, no se pudo obtener acceso libre a los informes y registros del mismo, además de contar con un tiempo reducido para realizar las observaciones de campo en la antes mencionada institución. En la ciudad de Quito, por el contrario, el trabajo no se complicó gracias a la ayuda del Dr. Fernando Cornejo León, quien estableció las conexiones necesarias que facilitaron el acceso al Museo Nacional de la Medicina y al Hospital San Lázaro.

En conclusión, el trabajo tratará de articular el estudio de la genealogía y la función de los hospitales psiquiátricos para comprender el rol de los psicólogos dentro de ellos. Será necesario aprender a reconocer la institución y su demanda a los profesionales que la conforman, sobre todo en su dimensión de dominación, para tratar de articular un *modus operandi* que dependerá del psicólogo, el lugar y la función que le va a dar a su espacio de trabajo, tratando de que éste puede ser el único lugar donde emerja ese sujeto silenciado por la historia.

## CAPITULO UNO

### ANALES

La historia de los Hospitales Psiquiátricos y Hospicios en nuestro país nos remiten hacia un conjunto de enlaces que dan cuenta de los hitos que denotan transformaciones en el tratamiento de los llamados “indeseables”, desde la época colonial hasta nuestros días. Este trabajo desarrollará un estudio basado en dos de los hospitales psiquiátricos más representativos del Ecuador: el Hospital Psiquiátrico San Lázaro de la ciudad de Quito, y el Hospital Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, ahora Instituto de Neurociencias.

Como cualquier otra organización, ofrece sus servicios a la sociedad por medio del tratamiento a los “indeseables”, “locos” o “segregados sociales”; para su exclusión y reclusión de la sociedad. El encierro tiene funciones de: prevención de la propagación de la enfermedad y de terapéutica social, es decir evita que los locos enloquezcan más a la sociedad. Podemos inferir, a partir de esto, que la existencia de los psiquiátricos se fundamenta en su función excluyente y de control; y no en su función terapéutica, puesto que, la terapia y la rehabilitación son inventos posteriores al encierro y más aún a la segregación. Como lo indica la historiadora Rocío Bedón (1995) en Historia del Hospital Psiquiátrico “San Lázaro”:

*“El Manicomio de Quito a inicios del siglo XX registraba las siguientes estadísticas de pacientes: 69 elefantíasicos, 164 pobres y 84 locos. De las estadísticas anteriores se deduce que el manicomio creció*

*cuantitativamente pero no cualitativamente, ya que seguía existiendo un gran atraso desde el punto de vista de la medicina científica y de su organización interna, así tenemos que los "locos" como se llamaban, tuvieron una situación alarmante, inhumana, desconcertante y de ignorancia absoluta de la etiología de su enfermedad. La terapéutica se centraba en la utilización de camisas de fuerza, en el hacinamiento en lóbregos calabozos inmovilizados con cadenas, grillos y sogas, en donde eran azotados y bañados en agua fría".(pág. 26)*

Más que una terapéutica, es el encierro y el control de los cuerpos, lo que domina a inicios del siglo XX en los Manicomios del país. Se evidencia que no solamente se recluían a los llamados "locos" por su enfermedad, sino también, se llega a pensar que el encierro es lo que conviene para mantener el orden público, como ocurrió con la lepra.

Estas instituciones y sus historias, nos permiten comprender lo que Erving Goffman (2004) designa como "*Instituciones Totales*", que son todas aquellas instituciones que se manejan mediante el encierro y el castigo:

*"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 período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente". (Goffman, Internados, 2004, pág. 13)*

En las instituciones totales, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo espacio físico y bajo la misma autoridad. El manejo de las necesidades de sus habitantes, se conduce mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, donde deben resolver todos los procesos vitales, desde la vida, hasta la muerte de su población.

Muchas instituciones convergen en el punto del encierro, sin embargo, cada una posee características propias por lo cual Goffman las clasificó de la siguiente manera:

- 1) Instituciones que sirven para cuidar a las personas que son débiles e indefensas. Por ejemplo: hospicios, albergues, orfanatos, etc.
- 2) Instituciones que trabajan con personas que son incapaces de cuidarse por sí mismas y que simultáneamente constituyen una amenaza involuntaria para la sociedad. En este caso vendrían como ejemplo los hospitales psiquiátricos y los leprosarios.
- 3) Instituciones que fueron creadas para encerrar a las personas que constituyen "un peligro intencionado" para la comunidad. A este pertenecen las cárceles.
- 4) Instituciones que se relacionan con lo laboral y se justifican por los fines que cada uno se enrumba, tomando en cuenta sus ideales como son: los cuarteles, los barcos, escuelas de internos, etc.

5) Los establecimientos que sirven como refugios del mundo para la formación de religiosos. Están representados por las abadías, conventos, claustros y lugares similares.

Esta clasificación, según el autor, no es precisa, exhaustiva, ni tampoco para su inmediata aplicación analítica. No obstante, para nosotros, aporta una definición denotativa de la categoría, como punto de partida concreto para las investigaciones de las instituciones. En esta investigación, el segundo grupo es el que nos compete para continuar con el trabajo, sin olvidar que los precursores de estos centros son los hospicios que forman parte del primer grupo.

En los hospitales psiquiátricos la vida es reglada, como en el resto de las instituciones totales, mediante una organización burocrática bajo el mando de una autoridad, que en estos casos vendrían a ser lo que Goffman (2004) llama "*el grupo personal supervisor*", entre los que se encuentran: los médicos psiquiatras, enfermeras, auxiliares y religiosas; que mediante su saber-hacer han cooperado con el funcionamiento de este sistema institucional. Otro grupo es el de los internos, aquellos pacientes a los que se les supone padecer una enfermedad mental, ellos viven en la institución y en la mayoría de los casos tienen poco contacto con el mundo exterior al hospital.

Para Michelle Foucault (2008) en su obra prínceps, *Historia de la Locura en la Época Clásica*, el hospital psiquiátrico "*no se hizo para curar, sino para ejercer un poder determinado sobre una determinada categoría de individuos*" (pág. 284).

El poder, para Foucault, no representa únicamente una instancia represiva y castigadora. El poder trabaja a nivel del cuerpo y penetra en el comportamiento. Éste trata de mantener a los individuos bajo un control estricto, una observación que años más tarde, en *Vigilar y Castigar*, relaciona con el saber, y el saber se basa en el control de una economía de los cuerpos; donde la máquina panóptica de Jeremy Bentham representa el enclave de los sistemas punitivos, incluyendo a los hospitales psiquiátricos dentro de ellos.

Con el auge del capitalismo, a mediados del siglo XVI, Europa vive una serie de transiciones que llegan incluso a modificar el internamiento. *“La presencia de una masa de población ociosa se vuelve intolerable”* (Foucault M. , 2008), pero imprescindible, por lo que es primordial mantenerla bajo vigilancia. Necesaria porque es el ejército de reserva en caso de sublevación obrera, por lo tanto, había que recluir y excluirla. Por este motivo, comienza a surgir en Europa un auge en la construcción de centros de encierro, cuya función consistía en mantener a raya a una población que aportaba en el auge del sistema naciente, sin embargo entre ellos se encuentran: menesterosos o indigentes mendigos, locos, prostitutas y delincuentes menores; que son encerrados por inutilizables, ni como reemplazo de la fuerza de trabajo, no son, en términos marxistas, frente de la Población Económicamente Activa (PEA).

Los hospicios en nuestro país, al igual que los “Hotel Dieu” en Francia, en un principio, no estaban dirigidos por médicos; la medicina tenía un rol privado más que público en ese entonces. La mayor autoridad era eclesiástica, grupos de

monjas que ayudaban a controlar a éste grupo poblacional excluido. La intención de la iglesia frente a ellos era mantener en alto nombre el órgano prínceps de la sociedad, que es la familia y los valores morales que debe impartir. Sin embargo, para el poder político y económico, la función de estos centros era alejar a los considerados “anormales” de la sociedad productiva.

A finales del siglo XVIII e inicios del XIX, el alienado es repensado, produciéndose un hiato, a partir del hecho histórico o mitológico; como ven algunos autores al suceso ocurrido con Pinel desde Francia; al loco se lo ubica dentro de una categoría clínica, por lo que pasa a ser dependiente de la medicina. Al alienado ya no se lo trata como prisionero sino como a un enfermo mental. En nuestro país esto no ocurre hasta el primer cuarto del siglo XX, la psiquiatría en un principio representaba más una rama del poder jurídico mediante la pericia médica, que una disciplina médica.

Con el apogeo industrial se liberan a todos los habitantes de los hospicios, pues para el sistema era necesario tener una masa de individuos desempleados para regular la política salarial de los empresarios y como ejército de reserva en caso de sublevación obrera. Sin lugar a dudas, esto permitía bajar los salarios y mantener una población que podía ser empleada si era requerida. Y son los enfermos mentales los únicos que quedan hospitalizados con el afán de “curarlos”. Así la medicina se encarga de ellos y nace la figura del médico psiquiatra, quién construye la entidad del “enfermo mental”. Citando a Foucault: *“el enfermo mental se constituye como sujeto loco en relación con y ante quién le*

*declara loco*" (2008a) En los lugares de asilamiento poco a poco se van implementando talleres con los cuales enseñar un oficio a los internos, para que de éste modo puedan contribuir al sistema naciente.

Continuando con el estudio foucaultiano, es importante exponer las cuatro exclusiones a las que fueron sometidos los "locos" en el viejo continente. Mediante esta clasificación se intentará analizar las microdinámicas que se dan con el surgimiento de centros de reclusión para los enfermos mentales, que en primera instancia fueron los hospicios y posteriormente surge la presencia de los hospitales psiquiátricos como mecanismo de poder, bajo el mando del saber médico y con el aval del poder jurídico. Las cuatro formas de exclusión son: con respecto al trabajo, con relación a la familia, con relación de la palabra, y a la exclusión del juego. A continuación se presenta una breve explicación de éstas.

1) Con relación al trabajo: la locura siempre ha estado vinculada a un grupo de personas que se encuentran fuera de la PEA. Además, a finales del siglo XIX, se designaba un testaferrero de todas las posesiones del enfermo cuando este era recluso en el manicomio o se lo repartía entre sus hijos.

2) Con respecto a la familia: el celibato era una práctica obligatoria para los locos desde la Edad Media, con el fin de mantener intacto el esquema de familia postulado por la religión y evitar que este caiga en "inmoralidades". A comienzos del siglo XX se ve reflejado en la nulidad del matrimonio para los enfermos mentales.

3) La exclusión de la palabra: La palabra del enfermo mental ha sido rechazada desde el siglo XVII; de hecho, todo acto de palabra del loco, fuera de los parámetros establecidos, era sancionado o callado.

4) El juego y sus dinámicas: los reclusos no eran tomados en cuenta u ocupaban un cargo inferior. En el caso de las fiestas el loco no formaba parte de ellas.

Con estos cuatro parámetros de exclusión, se podrá comentar que los locos fueron parte y forman parte, aún, de estos actos de dominación sobre ellos. A su vez, mediante los parámetros mencionados anteriormente, se denota el esfuerzo de las sociedades por menospreciar al loco, a lo diferente; al temor que éste pueda impartir.

Durante mucho tiempo se creía que la locura podía ser contagiosa, lo que se consideró una de las principales causas de su exilio, después del miedo a lo extraño, temor imaginario, infundado por las instituciones que manejan el orden público de la sociedad como lo son el Estado y la Iglesia.

Antes de la creación de los manicomios en nuestro país, la mayoría de los locos eran escondidos por sus familiares, para evitar caer en desprestigio por el estado de su enfermo. La mayoría de las enfermedades mentales, hasta en nuestros días, en ciertos sectores del país, se las conceden a fenómenos místicos. Con el auge de los manicomios y de los hospitales psiquiátricos estas ideas van desapareciendo paulatinamente y los locos son encerrados en

instituciones creadas con el fin de excluirlos del medio como una maniobra de higiene social. Vale la pena mencionar que en la mayoría de los casos es un juez o un médico, quien dictamina el encierro; o en su defecto, son los familiares quienes los ingresan en los hospicios y manicomios; muy pocos van por voluntad propia.

### **Paso del Hospicio al Hospital e Historia del Hospital Psiquiátrico: San Lázaro, (Quito)**

#### *El Hospicio Jesús María y José*

En Europa a mediados del siglo XVII, comienza el Gran Encierro. Según Foucault, la internación en todo el continente tiene el mismo sentido: *“es la única respuesta a la crisis económica que afecta al viejo continente probablemente por la crisis económica española”*. (Foucault, 2008, pág. 62).

La crisis económica española se debe en parte al agotamiento de las reservas mineras en el nuevo continente, entre ellas las de Potosí, Zaruma y, Popayán. Como consecuencia repercute tanto, al país dominante, como al país productor. Según la historiadora Quiteña, Mariana Landázuri Camacho, el encierro:

*“...se produce como respuesta a una crisis económica occidental debida al paro en la producción minera americana. La respuesta Europea es la misma que sucede en el continente americano en*

*parecido período para encerrar a los mendigos” (Landázuri, 2008, pág. 28).*

Como medida a la crisis económica, en nuestro país fue fundado en 1785 el Hospicio de Jesús, María y José, que años más tarde se convertiría en el Leprocomio y posteriormente, en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro a mediados del siglo XX. El Edificio fue inaugurado en 1753, formando parte del noviciado de “Los Regulares de la Extinguida Compañía”, como se denominaban a los jesuitas expulsados del dominio español.

Hasta el momento, se revela que la creación del hospicio en la ciudad de Quito se debe básicamente al factor económico, y éste repercute como problema social. En los asilos se trataba de dar una solución a dicho problema, desarrollando un programa de higiene social, a su vez, los “indeseables” infundían miedo y peligro en el público, por lo que se convierten en una amenaza de desorden y de inobservancia religiosa.

*“Hay que dar ocupar esa mano de obra haragana para que sea 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 la gente que los afea pidiendo limosna incluso en medio de los oficios”(Landázuri, 2008, pág. 24)*

La función que cumple la institución es la de una cárcel para los pobres. En el hospicio se da albergue a: locos, leprosos, prostitutas, ancianos, desempleados, mendigos y huérfanos. Pero la centenaria presencia de dos grupos humanos permea en la definición ecuatoriana de hospicio, que llega al Diccionario de la Real Academia Española: "*Asilo para dementes y ancianos*"; realmente, poco tiene que ver con la indiscriminada población que se encuentra asilada.

El hospicio en sus primeros años parece una cárcel inhumana, nadie se encarga de los asilados. Lo que encierran esos muros coloniales se asemeja a un infierno al que toda la sociedad da la espalda. La institución, por estas fechas, está bajo el estricto control del consejo municipal, pero la pésima organización de éste en temas de salud hace que, poco tiempo después, la dirección pase a manos de la conferencia San Vicente de Paul.

El edificio, para la ciudad, es un foco infeccioso, como muchos otros hospitales y albergues del país; por lo que, en 1869, el presidente Gabriel García Moreno, conocedor de la labor de las hermanas de "La Compañía de las Hijas de la Caridad"; reconocidas como "las primeras organizadoras de los Hospitales en el mundo occidental"; aprueba un decreto, mediante el cual autorizaba al ejecutivo para que, a la brevedad posible haga venir de Europa a 8 religiosas de la Caridad, para el servicio de los hospitales del país. El 30 de Agosto de 1869 la convención nacional decreta en un artículo único que: "*El poder ejecutivo pondrá a los*

*hospitales de la república que cuentan con fondos suficientes, a cargo de las Hijas de la Caridad, celebrando los contratos correspondientes”.*

Un año después las 8 misioneras desembarcan en la ciudad de Guayaquil, con destino a la ciudad de Quito. En Quito son instaladas en el Hospital San Juan de Dios y para el año 1882, el gobierno les pide que se trasladen al Hospicio Jesús, María, y José. Su organización se basó en el cuidado espiritual y corporal de los enfermos, aunque ellas los han llamado pobres. No pobres de riqueza material, sino pobres de espíritu, es el poder que infringe la religión en temas de salud pública.

El hospicio, a las hermanas, les proporcionó alojamiento en un ambiente privado denominado “Comunidad”. Su permanencia cambió la institución, ventajosamente para las autoridades, aunque implementaron estrictas reglas dentro del mismo: eliminaron los juegos de azar que estaban bajo el manejo de los lazarinos, bajo penas severas de azotes a los que incumplían esa orden; prohibieron la crianza de animales dentro del establecimiento; así como la introducción del crecido número de botellas de aguardiente. En el factor económico controlaron a los empleados, que normalmente se llevaban enseres del hospicio a sus casas.

Durante sus primeros 50 años de labores, las hermanas de la caridad, permitieron el desarrollo y la organización del establecimiento, entre muchas de sus obras durante casi un siglo de trabajo constan:

- 1) Reubicación de las secciones para los empleados, la correccional de niñas, mendigos, ebrios detenidos por la policía, dementes y leprosos en áreas separadas. Aunque desde su fundación en el hospicio se destinó el piso inferior para los hombres y el superior para las mujeres esto nunca se había cumplido, es con la llegada de las hermanas que esto empieza a ser un hecho, y a los casados se les permitía dormir juntos, pero el resto del día cada cual tenía que estar en su área.
- 2) Sala para ancianos
- 3) Sala para incurables llevados desde el hospital San Juan de Dios.
- 4) Área de talleres para la rehabilitación.
- 5) Mejoras en la cocina, el granero y la despensa. La comida ya no se sirve en piedras excavadas del patio interno, sino en platos dentro del comedor.
- 6) Mejoraron el estanque de agua.
- 7) Modificaron la lavandería.
- 8) Reorganizaron la Botica.
- 9) Se encargaron que el Gobierno cumpla con las rentas que ofreció para el hospicio.
- 10) Lograron que las cantinas que se encontraban debajo de las habitaciones de las niñas del correccional sean desalojadas del predio.

En medio del caos en que se encontraba el hospicio, vale la pena preguntarse ¿qué sentían las monjas al vivir en medio de este desagradable escenario? Casi no se asume que ellas pudieran no estar conformes con su suerte. Trabajan donde nadie más quiere hacerlo y reciben a la “escoria” de una sociedad que ni siquiera es la suya. En ningún otro país, donde ellas manejan hospitales, se las ha obligado, como aquí, a ser cuidadoras de lo que la sociedad desecha por sus enfermedades físicas, sino también de lo que arroja por su “deformidad moral”. Es en el Ecuador donde se les ha exigido que sean las encargadas de mantener a raya a ebrios, prostitutas, ladrones y maniáticos peligrosos; gente que demanda un cuidado más enérgico que el que pueden ofrecer las religiosas, sólo en nombre de la caridad y su lucha contra la pobreza espiritual. Pues para ellas estas son enfermedades del alma, más no un producto del sistema social.

A finales del siglo XIX la población asilar llega a más de 300, y aumenta por la presión de los ebrios que llegan enviados por la policía.

*“Los asilados tienen alojamiento y comida. Y la sociedad sólo quiere que alguien más se encargue de todo este pobrerío de la misma manera que con la basura” (Landázuri, 2008, pág. 33)*

La población de internos representan los desechos de la sociedad, despojos desterrados de toda libertad individual, desposeídos de sus bienes personales; debido a que ingresar a esa casa es como despedirse del mundo, “*si tienen un bien inmueble, los parientes se lo cogen como herencia y los dueños*

*asilados no pueden hacer valer su propiedad*" (Landázuri, 2008, pág. 59). Son recolectados por la policía por toda la ciudad y alejados de las calles como medida de higiene social.

### *Manicomio-Leprocomio*

Alrededor del año 1816, en el hospicio se reporta que existen 6 "locos" dentro de la una población de 118 asilados. Su presencia dentro del recinto es angustiante para todos sus habitantes, incluidas las autoridades. Por lo que, para el año 1891 se destina para ellos el ala oriental del edificio, la que se la conoce como manicomio, que no es más que un espacio físico donde se puede encerrar a los enfermos extremos. Las celdas del ala oriental en el lenguaje popular se las denominó "Loqueras" cuyo piso inferior, la sala "San Lázaro", fue destinada para los hombres, y la "Santa Magdalena", en el piso superior, a las mujeres.

Pero lo que preocupa a la ciudad de Quito a lo largo del siglo XVII y XVIII, no es el mar de locos que hay en el hospicio, ni la cantidad de vagabundos y presos, que pese a ser incontrolables, no representan un peligro como lo es la lepra; una enfermedad terrible, estigmatizante y espantosa según los médicos de aquella época. Para hacerle frente se fundó un año después del hospicio y anexado a éste, el Hospital de San Lázaro, que rara vez se lo denominó hospital porque hay muy poco que justifique ese nombre. No sólo en el lenguaje popular, sino en documentos administrativos se manejó el término de Hospicio y Manicomio de San Lázaro para referirse a este recinto. Sin embargo, casi toda la

referencia administrativa y política que se refiere al hospicio, incluso después de la fundación del manicomio, tiene que ver con los leprosos.

Los leprosos son los únicos en el establecimiento que hicieron valer sus derechos, o al menos sus reclamos son los únicos que se hacen públicos. Este es uno de los ejemplos de los diferentes tipos de exclusiones que sufrieron los locos, la exclusión de la palabra. El reclamo más antiguo que se conserva data de 1864, en él, los firmantes, informan al presidente de las precarias condiciones en las que se encuentran asilados. Probablemente lo escribieron debido a que el presidente de ese entonces acababa de nacionalizar los hospitales para ser manejados desde el poder ejecutivo, el mencionado oficio dice:

*“Cerca de un siglo hace que se estableció este Lazareto i en época tan dilatada no ha recibido mejora alguna en lo material i económico de él... Aquí, al entrar un enfermo, lo único que le depara es un rincón cualquiera de los galpones para que se tire en él, sin catre, ni colchón, ni sábanas porque no las hai, i gran número de individuos lo pasan de este modo”*(panecillo, 1864)

Lo único que piden es que hagan efectivas las rentas que están destinadas para el hospicio, para de esta manera mejorar un poco la precaria condición en que se encuentran y detallan claramente:

*“Para el aseo de la ropa dan un pan de jabón al mes, para el alumbrado dos velas por semana en cada cuarto; i para la curación,*

*tanto de úlceras, tumores i más afectos de este accidente, como para las otras enfermedades de las que somos como el foco o punto de atracción, no se dá mas que medio real por semana(...) Con todo lo espresado en esta esposición hemos querido manifestar a usted i demás autoridades que a pesar de los esfuerzos que los empleados de esta casa ejercen con el laudable objeto de disminuir nuestros sufrimientos, no es posible a consecuencia de la escasez de rentas”(panecillo, 1864)*

A comienzos del siglo XX una de las cosas que cambia en el país es la administración de todas las instituciones serranas de beneficencia (hospitales, hospicios, lazaretos, etc.). Ésta se da, gracias a la revolución liberal durante el segundo mandato del General Eloy Alfaro, que promulga la constitución liberal, consagrando al Estado Laico; de esta manera se pone fin a la injerencia política de la Iglesia católica en materias de estado. La constitución liberal permitió crear, para la zona de la sierra, la Asistencia Social controlada por el Estado, que reestructura la Junta de Beneficencia. Esto únicamente se da en las regiones de la Sierra y de la Amazonía, ya que en la región de la Costa la Junta de Beneficencia de Guayaquil impidió que el Estado se encargue de sus hospitales. Con esta reestructuración, el Hospicio y Manicomio de San Lázaro se subordina a la Asistencia Social Serrana. La Conferencia de San Vicente de Paúl debe dejar las funciones que venía cumpliendo, mas no así las Hermanas de la Caridad. Ellas, no sólo, no abandonan ninguno de los 12 hospitales públicos que están a su cargo, sino que no hay nadie más que quiera cumplir con estas funciones.

*huérfanos del Hospicio. La reacción es inmediata. El Secretario conmina a la monja Superiora a que desautorice la invitación del día siguiente, porque ella no tiene atribución alguna para hacer estos tratos, y para que no queden dudas de quién gobierna ahora, al menos en las funciones externas.”(Landázuri, 2008)*

Uno de los pocos cambios favorables es que empieza a denominarse, en los informes del estado, al hospicio como “Hospital y Manicomio San Lázaro”, aunque de los locos se olvidan un poco, las únicas referencias que se tienen de ellos es que son los encargados de enterrar a los muertos dentro del precinto, como se indicó anteriormente, el Hospicio debe encargarse del ciclo vital de los asilados, desde su nacimiento hasta la muerte. Hasta hace no demasiado tiempo, la locura en Europa tampoco estaba medicalizada, en ambos continentes son los guardianes los que se encargan de los alienados.

En cuanto a las mejoras dentro del establecimiento para comienzos del siglo XX tenemos el primer informe del Director de la Junta al Ministro del Interior que relata lo siguiente:

*“Allí no há muchos se veían revueltos en hacinamiento repugnante locos y locas, mendigos y ancianos, y se puede decirse que aun los lazarinos, todo en una casa ruinosa, sin aseo, en una palabra, sin nada que manifestase que se tratare como á seres humanos á esa elección de entes promiscuamente confundidos. Con tal motivo, en el año 1880 publicamos algunos artículos, que produjeron el beneficoso resultado que se*

*entregase al cuidado de las Hermanas de la Caridad él, como entonces dijimos, "impropiamente llamado hospicio, en cuyos inmundos patios, á la intemperie, mal cubiertos por harapientos sacos de jerga, mujeres y hombres mezclados, comían en piedras excavadas, un alimento nauseabundo." En la actualidad mucho de esto subsiste y están contiguos los departamentos de los distintos desgraciados, pero existe ya la indispensable separación entre huérfanos, dementes, incurables, mendigos, ancianos y leprosos." (Tobar, 1907)*

Este informe nos demuestra la importancia administrativa, que tiene para la Junta, la clasificación y diferenciación de los distintos habitantes del hospicio, más que las mejoras de éste o los tratamientos que ellos puedan recibir. Además la clasificación de los internos les permitía mantener a raya dentro del recinto a la lepra.

Es la taxonomía, no aún de las enfermedades mentales, sino de los diferentes tipos de internados, la que prevalece sobre las mejoras; lo que nos demuestra que todo el pensamiento moderno se funda en la clasificación como órgano príncipe del conocimiento.

El Hospicio aún, es usado como depósito final de lo que nadie sabe dónde colocar, no importa las dolencias que los aspirantes presenten, ellos son enviados desde las cárceles, desde hospital San Juan de Dios y desde la policía.

*"Como en la sierra no hay más lazareto que el de Cuenca, ni casa de temperancia, ni correccional de menores, y las cárceles no dan*

*abasto, todo lo que no cabe en ninguna otra parte llega al Hospicio”*

((Landázuri, 2008, pág. 48)

Que el hospicio se haya convertido en ese depósito de “indeseables” de otras instituciones, no quiere decir que sus autoridades están complacidas. Desde el siglo XIX se escuchan voces de reclamo que: la institución no es un correccional y piden un reglamento que pueda determinar cuáles son sus funciones. La Superiora empieza a recibir apoyo del Gobierno, el Ministro de Fomento le da su respaldo cuando ella se niega a recibir a una joven enviada desde la policía. El Presidente de la Junta de Beneficencia reconoce mediante oficios que en el Hospicio hay presos cumpliendo condena y prohíbe que estos sean admitidos en el recinto cuando sean enviados por las autoridades.

El Orfanato crece demasiado, por lo que, las autoridades piden al estado que repare la Quinta Yavirac con la intención de aislar a los huérfanos de todo “contagio posible”. Este temor de contagio no es únicamente a que se enfermen de lepra por la transmisión del bacilo de Hansen (que aún no es encontrado), sino también la de los males morales que pueden transmitir los alienados, como refiere la concepción clásica tardía de la locura. No obstante, esto no se cumple hasta 1914 cuando los leprosos han abandonado esta institución.

Lo que ocurre en el edificio es mayoritariamente extra-médico, por ejemplo: el maltrato que se escucha que reciben los asilados en la vida comunitaria que llevan, incluso las autoridades autorizan en el reglamento los azotes para frenar la huida de los elefanciacos. Esto no necesariamente es crueldad, sino que nos

demuestra los límites que tiene la Medicina del siglo XIX y principios del XX frente a la lepra, puesto que necesitan detener esa plaga. El hospicio es el regulador social de esa situación, es decir un mini Estado, que a falta de remedios, aplica el miedo; aunque muy pocas veces es utilizado el látigo, el temor de su aplicación ha influido en los habitantes del Lazareto y Manicomio. Más que terapéutico, es un sistema punitivo, donde los internos deben pagar una deuda a la sociedad, pero ¿qué deuda sería?

El castigo que se ejerce en el hospicio es un mecanismo mediante el cual el poder mantiene un control sobre la población. En éste lugar, el castigo pulula entre ser un arte de las sensaciones insoportables o sadismo; y una economía de los derechos suspendidos. Aún se castiga con el látigo a los que intentan escapar y mediante el miedo evitan que el resto de la población asilar y extra-asilar imite esta acción. Aquí poco a poco desaparece el cuerpo como blanco mayor de la represión. El castigo desde finales del siglo XVII se convierte en la parte más oculta del proceso penal, abandona el dominio de la percepción cotidiana, para entrar en el de la conciencia abstracta, como lo indica Foucault (2009): *"se pide eficacia a su fatalidad, no a su intensidad visible; es la certidumbre de ser castigado, y no ya el teatro abominable"*.

Pero ¿qué es lo que se juzgan mediante el castigo, ya que éste es un dispositivo penal arcaico? Se juzgan las pasiones, instintos, anomalías, achaques, inadaptaciones, agresividades, que son pulsiones y deseos de los internos. Pese al avance de la ciencia, continúan en los Hospitales Psiquiátricos utilizando esta

medida, ya no es el látigo el mecanismo por el cual les permite mantener a la población a raya, tampoco las camisas de fuerza; ahora es la medicación; tranquilizantes, antipsicóticos; todos ellos bajo el ordenamiento del efecto terapéutico.

Uno de los puntos importantes a ser considerado es la firme convicción de los alienistas sobre el "Gran encierro", en esa época: éste cura por sí mismo, es mediante el encierro que los locos recuperan la cordura, ese era el fin pseudo-terapéutico del encierro. Otro de los supuestos tratamientos eran: los baños con agua helada y el caldo de perro, que cuidadosamente entregaban a la Madre Superiora los parientes interesados y cuyo suministro requería una ceremonia especial.

Para los enfermos excitados cuenta el Dr. Fernando Casares de la Torre: *"Existía el famoso absceso de fijación, que se aplicaba indistintivamente a todo enfermo que la madre superiora o los loqueros así lo decidían"*. (Casares, 1973). Probablemente las "fijativas", como también se las llamaba, hayan sido uno de los primeros tratamientos empleados en el San Lázaro, ya que es uno de los primeros usados en el siglo XX en el mundo. Éste consistía en inyectar en uno de los muslos del "enfermo excitado", una solución irritante llamada aceite de trementina con el fin de atraer al mismo las bacterias causantes de una infección aguda. Al cabo de 24 horas de inyectada, formaba un gran absceso que provocaba fiebre debido a la infección subyacente, manteniendo "fijado" al paciente, dado que producía tanto dolor en la pierna que éste no podía caminar y quedaba sin ánimo

por varios días. Al cabo de la maduración se sajava y se drenaban unos 3 litros de pus.

Para los alienistas, como se denominaban a los primeros psiquiatras, los pacientes del manicomio no son más que simples despojos de la sociedad, criaturas cuya vida no importa y que deben estar encerrados para lograr encontrarle un sentido a su razón. Dejan a un lado la explicación divina y comienzan a observar a los internos. Este centro se convierte en un invernadero, en el cuál se intenta transformar al paciente, y cada uno de ellos es un experimento natural sobre lo que se les puede hacer, bajo el mando del avance de la ciencia.

#### *Marcha de los Leprosos*

29 años antes de que empezara en el mundo el tratamiento para la lepra con *sulfonadapsona*, la noche del 12 de enero de 1911 en la ciudad de Quito ocurre lo que se denominó: "La marcha de los leprosos", en la que, 91 pacientes hansenianos del Hospicio de Quito son trasladados a Pifo, hacia otro antiguo noviciado jesuita transformado en el nuevo lazareto. Se decreta por orden del presidente de la Junta de Beneficencia que éstos sean trasladados a la media noche, para que pase inadvertida una hilera interminable de animales de carga para el traslado. Por si fuera poco, para prevenir fugas, la comitiva es resguardada por un piquete de soldados.

El Lazareto en Pifo es una de las primeras obras de la Junta de Beneficencia y pone en aislamiento a una enfermedad históricamente incurable, estigmatizante y mutilante, situándola en las afueras de Quito. Esto se da, no por todas las veces que el Hospicio ha pedido a la Junta un nuevo Lazareto, sino por el decreto de 1909 de la Sociedad de Patologías Exóticas sobre la exclusión sistemática de los leprosos y su reagrupamiento en leproserías.

Pese a esto, en el San Lázaro, la presencia de los leprosos dejó una huella muy profunda, tanto así que el día del leproso se continúa celebrando por varias décadas más, y siguen llegando pacientes lazarinos, aunque sea de forma transitoria, hasta poder enviarlos al nuevo Lazareto; y sin embargo, algunos de ellos continuarán instalados en el San Lázaro. Un fenómeno similar ocurrirá con los locos varias décadas después.

En tanto al Hospital y Manicomio, como lo señala Mariana Landázuri, *“Si antes no había razones para llamarlo hospital, hoy mucho menos. La única enfermedad de la que se ocupaba la ciencia médica ya no está aquí y las demás dolencias deben ir encontrando su especificidad para ser medicalizadas”* (Landázuri, 2008). Puesto que, recién, para el año 1913 se abre la primera cátedra de Psiquiatría en la Universidad Central, como materia optativa que no obliga a rendir examen, a cargo del Dr. Carlos Alberto Arteta. Es la creación de esta cátedra la que marca en Quito el inicio de la relación de la locura con la medicina.

La medicalización de la locura es un proceso que transforma a los locos, de objetos del discurso religioso en objetos del discurso científico, ya no son enfermos del alma o la moral, ahora son enfermos mentales, Como se indicó anteriormente, la primera concepción que se tiene de la locura es la de enfermedad moral. La enfermedad mental es un concepto enmarcado en la psiquiatría que, en vagas palabras, puede denominarse como: una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el sujeto. Ahora la locura es tomada como una enfermedad, deja de ser un mal de los desviados del surco recto<sup>1</sup> para ingresar en el amplio espectro de la patología.

Sin embargo, no se puede olvidar que los tratamientos durante la primera mitad del siglo XX, en nuestro país, no son más que una articulación entre la medicina y la moral; que para Foucault (2008), no será más que una anticipación de los castigos eternos y un esfuerzo hacia el restablecimiento de la salud. La represión en los manicomios y en los hospitales psiquiátricos adquiere para sí una eficacia doble: en la curación de los cuerpos y en la purificación de las almas, "*El internamiento hace posibles, así, los remedios morales –castigos y terapéuticos– que serán la primera actividad de los asilos.*"(Foucault, 2008) Puesto que el internamiento fue creado con el fin de reprimir a los asilados en un ambiente hostil, en el cuál, purificarán sus almas; este método lo continuó la medicina con la transposición del loco en enfermo mental, y para desembarazarse de esto la

---

<sup>1</sup> Locura viene del latín delirare, que en agricultura significa: desviado del curso recto.

psiquiatría debe esperar muchos años para el advenimiento del movimiento llamado des-manicomialización.

En torno al Manicomio, es la única institución de toda la Sierra que se encarga de los mal llamados "locos", y la centralización que ejerce es conveniente para todas las autoridades médicas, judiciales y hasta para los familiares; los cuales ven en esta institución, la manera perfecta de desembarazarse de un problema. El director de este entonces, Carlos Arteta, lucha para establecer la práctica del reconocimiento médico legal del paciente, así poder evitar que ingresen personas que no necesitarían del encierro como medida precautelar. Para mantener el statu quo, el manicomio cumple con la función de válvula de escape y de control social, con castigarlos no pueden hacer nada por ellos.

En el San Lázaro la falta de recursos pone en aprietos a muchos de los médicos que empiezan a trabajar en la rama de la psiquiatría. El Manicomio ha pedido su traslado, y esto se convierte en una pugna de poderes interminable. El único avance que se ha podido conseguir a comienzos de 1921 es la institucionalización de las boletas de ingreso, que en Francia se institucionalizaron en 1800, ya sin ellas no pueden ingresar pacientes al San Lázaro y deben ser firmadas por los peritos de la intendencia de cada provincia, que son dos médicos que hacen juramento legal ante el Intendente de policía, y cuyo dictamen convierte a los detenidos en las calles como asilados. Boletas que informan sobre enajenación mental, semi-locura, y el peligro que representan estos individuos para la ciudad. No existe, aún, un informe psiquiátrico, sino, esbozos de

conocimientos psiquiátricos manejados por el poder judicial. En todos estos se pide su traslado al hospicio y tratamiento para los detenidos. Tratamiento que todos conocen que es inexistente, pues es conocimiento popular que el Manicomio únicamente sirve para recluir.

### *Renovación*

El presidente de la Junta de Beneficencia, en una Carta remitida al Ministro de Beneficencia indica lo siguiente:

*“Nuestro Manicomio es una vergüenza; una prisión obscura y lóbrega, adecuada para hacer locos a los que no lo son, y para rematar a los que ya son locos”*(JCAP, 1924)

Las mejoras en el edificio son escasas, y no se habla de las mejoras a nivel de los tratamientos. Tienen que llegar nuevas figuras médicas para que se dé comienzo a nuevas formas de mantener a raya a los alienados.

La llegada al Hospicio del Dr. Julio Endara, en 1924, traerá una nueva perspectiva acerca de la enfermedad mental, poniendo a los alienistas fuera de juego en el San Lázaro. Dos años después, deviene profesor de la cátedra de Psiquiatría en la Universidad Central, tornándose ésta en materia obligatoria.

Julio Endara utiliza métodos experimentales y verificación de los fenómenos a través de la comprobación experimental. Comienza a trabajar en el Manicomio con un séquito de discípulos; y logra constituirse en referente de la

Psiquiatría Internacional, lo que le permite levantar la especificidad psiquiátrica hasta alcanzar interés científico y respeto médico en nuestro país.

En 1926, empiezan a aparecer formalmente las historias clínicas en el Manicomio, tenerlas ya es un cambio drástico, pues se pasan de las boletas periciales a un documento con lenguaje médico. En ellas se anotan los antecedentes familiares y personales, además se emiten informes acerca de las observaciones que se realizan a los alienados y de las primeras entrevistas que se tiene de ellos.

La camisa de fuerza se ha convertido en el sustituto de cadenas y cepos, la cual es usada habitualmente aunque Julio Endara y el resto de médicos estén en contra de ellas. Éste instrumento marca la impotencia de la psiquiatría frente a lo que se considera una enfermedad mental. Las terapias que se ensayan para tratar a los locos no dan resultado alguno y si lo hay, es escaso. Por ese motivo, es que hay pocas posibilidades de sustituir la camisa de fuerza. En la actualidad, son utilizados los calmantes, que lo único que logran es contener al paciente y no correspondería a un trabajo terapéutico. Así mismo resulta imposible albergar a los locos en condiciones que no sean las del encierro. Los tratamientos son traídos del extranjero, la medicina en nuestro país tiene como base los estudios que se realizan en Europa y en Norteamérica. Es importante entonces retomar la pregunta que se hace un psiquiatra y psicoanalista contemporáneo, Iván Sandoval Carrión, en un artículo en *El Universo*: “*¿Existe una Psiquiatría Ecuatoriana?*” (2010).

Pese a todo, hay avances. La psiquiatría como rama de la medicina se basa en el empirismo, acentuándose en el ensayo y el error. Ésta es la época de las construcciones teóricas y de la transformación del alienado en un conejillo de indias.

En cuanto a la Junta de Beneficencia, ha pasado a llamarse la Junta Central de Asistencia Pública y gracias al Dr. Endara, presenta en los informes oficiales, por primera vez, una descripción de los tratamientos que utiliza con los pacientes mentales y una vaga clasificación de los trastornos en: *MANÍA AGUDA, MELANCOLÍA, DELIRIUM TREMENS, CONFUSIÓN MENTAL, PARÁLISIS GENERAL, EPILEPSIA, PSICOSIS POR ALCOHOLISMO CRÓNICO, e HISTERIA.*

Entre los tratamientos constan: Aislamiento, administración de calmantes (para casos de excitación), baños calientes, purgantes, tónicos, hidroterapia, Inyecciones de arrhenal, diuréticos y luminal (medicamento para controlar el gran mal en la epilepsia). La única enfermedad de las llamadas mentales que logra ser controlada es la epilepsia, que años después, pasará a orden de la neurología.

Con el advenimiento de la psicofarmacología, las técnicas para el tratamiento con los enfermos en los hospitales psiquiátricos han cambiado. Sin embargo, esta transformación es una máscara, como lo indica Foucault(2009), "*se ha pasado del chaleco de fuerzas al chaleco químico*". El custodialismo se mantiene en pie, aislar es la única medida que tienen los hospitales, como parte de la estructura institucional.

El sistema manicomial difícilmente se ha desprendido dentro del San Lázaro. Debido a estas preocupaciones compartidas por varios profesionales que han hecho parte de la historia de esta institución, ha estado constantemente circulando el deseo por construir un hospital que cambie las concepciones custodiales hacia una visión más amplia y moderna en el tratamiento con pacientes mentales. Sin embargo, esto se ve impedido por resistencias políticas y económicas.

Para la década de los cuarenta, el Director de ese entonces, el Dr. Fernando Cásares, lucha por el traslado del manicomio a las afueras de Quito, la Junta Central decide donar un terreno en el sector del Rosario de Cotocollao. Sin embargo, por la proximidad del aeropuerto, el Ministerio de Defensa impide, por motivos de seguridad, que sea construido en ese lugar.

En 1942, se decide construirlo en el sector de Conocoto, cuyo financiamiento de construcción requería del visto bueno del legislativo. Sin embargo, gracias a un diputado que en su discurso argumenta que no es necesario el traslado ya que la locura no es contagiosa, el Congreso decide gastar ese rubro en algo más productivo. Esto demuestra el magro interés del Estado por asuntos de salud mental.

Se tiene que esperar hasta 1944 la aprobación del presupuesto, a través de un decreto ejecutivo dado por el Dr. José María Velasco Ibarra, y esperar otros 9 años para verse terminado el Hospital que tanto se anheló. En septiembre de 1953, se trasladan 100 pacientes del San Lázaro al recién inaugurado Hospital de

Cónocoto, que años más tarde se lo bautizará como Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Sin embargo el nuevo hospital estaba bajo la administración del San Lázaro, y los pacientes que ingresan al San Lázaro, dejan de ser enviados al Hospital de Cónocoto.

En la década de los cincuenta, se introducen en el hospital los medicamentos antipsicóticos, que se mandaban a preparar en la "Botica Alemana"; puesto que aún no llegan a dominar las grandes farmacéuticas el mercado. La introducción de medicamentos para las enfermedades mentales representa el gran avance de la clínica psiquiátrica, que se mantiene hasta nuestros días, ahora dominados por las farmacéuticas.

Recién en 1967, el Manicomio pasa a depender del Ministerio de Salud Pública, quien se encargará de él hasta nuestros días. Es este Ministerio el que traslada a los pacientes a diversas casas de salud, dejando únicamente a los enfermos mentales en el San Lázaro, descongestionando al manicomio de la calle Ambato.

#### *Hospital Psiquiátrico*

Gracias a las medidas tomadas por el Ministerio de Salud, el San Lázaro en 1972 se convierte en Hospital Psiquiátrico, pese a la existencia del Hospital de Cónocoto. Empieza a existir el área de consulta externa, terapia ocupacional y aparecen psicólogos que trabajan en las diferentes áreas de este centro.

Pese a lo que podría llamarse “modernización” del manicomio, éste no se ha podido librar de la enraizada idea de la sociedad y de las autoridades tanto policiales y judiciales de “depósito de la escoria”, y continúan llegando ebrios, mendigos o inválidos que encuentran las autoridades en las calles de la colonial ciudad.

Debido a las ideas de la antipsiquiatría, el encierro ya no es obligatorio para todos y son muy pocos los pacientes del hospital que permanecerán el resto de sus vidas dentro de este centro.

En 1991 el edificio fue vendido al municipio de Quito, para la conservación del patrimonio que representa. Éste pensaba desalojar a sus habitantes para finales de ese año, con el fin de utilizarlo como centro para el rescate del patrimonio nacional, sin embargo se desiste de la idea poco tiempo después.

El edificio comienza a destruirse y durante varios años se podía observar que los cimientos del ala oriental comenzaban a ceder. En el año 2000 se estimaba el traslado definitivo de todos los pacientes al Hospital Julio Endara, cosa que nunca sucedió, ya que se consiguieron los fondos para la reconstrucción del colonial edificio por parte del Fondo de Salvamento del Patrimonio Cultural de Quito (FONSAL).

Desde que el recinto es propiedad del Municipio muchas instituciones municipales han querido que se les otorgue la edificación, incluso se presentaron propuestas privadas para la transformación en un Hotel, sin embargo, se intenta

preservar aún como Hospital Psiquiátrico esta edificación que es Patrimonio Histórico. Es una nueva lucha por mantenerse en la colonial estructura, ya que cuenta con las reformas adecuadas para mantenerse como Hospital.

El San Lázaro no ha parado de luchar, primero para salir de ese lugar y ahora para quedarse en él, pues, los fondos que recibe aumentan desde que es considerado Patrimonio de la Ciudad, y ninguno de los directivos o empleados quieren perder su puesto de trabajo; ya que, el traslado de los internos al Julio Endara no implicaría el traslado del personal.

Actualmente la cantidad de pacientes ha disminuido, oscila entre 150 a 200, y pese a que la edificación pertenece al Municipio, sigue siendo administrado por el Ministerio de Salud. El edificio del San Lázaro en la actualidad, además de ser Hospital, es un atractivo turístico, los turistas ingresan a ella para observar la arquitectura colonial, mientras los enfermos crónicos no tienen permitida la salida. Es un claro ejemplo de la interminable dialéctica del adentro y del afuera. La nueva lucha del San Lázaro es la de que sus árboles del patio principal obtengan el título de árboles patrimoniales que otorga el Jardín Botánico.

### **Historia del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guayaquil)**

En la ciudad de Guayaquil, la historia es diferente; esto se debe a que, en el Ecuador, hasta antes de la inauguración del ferrocarril Transandino, las comunicaciones entre Quito y Guayaquil eran casi imposibles, pues el viaje de

452 Km había que realizarlo a lomo de mula, un viaje que tardaba varias semanas.

La estrecha relación entre locos y leprosos que concurre en Quito, en Guayaquil no existe, aunque como bien ya lo indicó Foucault la locura es la heredera de la lepra en tanto a la exclusión que representa. Para el año de 1818 en Guayaquil se inaugura el primer leprosario en el sector llamado Chana Lunduy, que consistían en 2 casuchas de caña. Lo que separa a éste de la ciudad es el estero salado; la naturaleza es usada para separar lo enfermo de lo sano, aquello que Goffman(2004) denominará "*el muro*". Antes de la construcción del leprosario los lazarinos eran enviados a Cartagena de Indias, si el cabildo tenía el presupuesto necesario, sino, les era prohibida la salida de sus casas.

En cuanto a un asilo para dementes en 1876, Don Francisco de Paula Icaza, Ministro de lo Interior, proporciona un edificio situado junto al cerro Santa Ana, cerca del cementerio y a poca distancia del Estero Salado, para que funcione como asilo para los locos. Antes de este lugar, los locos eran asilados en el Hospital San Juan de Dios, donde no había manera alguna de contenerlos.

El Historiador, Mauro Madero (1955), cuenta que el administrador del Hospital consulta al Consejo Municipal sobre la conveniencia de empezar a utilizar el látigo para contenerlos. La respuesta fue dada por el Dr. Rafael Jaramillo quien le indica que el látigo es bárbaro e ineficaz y que debe sustituirse por la camisa de fuerza y la tina de baño, además de encerrarlos en un calabozo si continúan desacatando sus órdenes.

Así vemos como mientras en el Hospicio de Quito usan las cadenas para contener a los llamados locos iracundos en la época, en Guayaquil se empieza a usar la camisa de fuerza

Los tratamientos son los mismos, el encierro, baños de agua fría y un instrumento para evitar que hagan o se hagan daño. Son las medidas que toman los alienistas en todo el mundo, y al igual que en Quito se debe esperar mucho para una revolución psiquiátrica.

#### *Manicomio José Vélez*

En el puerto principal, lo que permite la creación de un manicomio, es en gran medida, la filantropía de sus ciudadanos, es decir, la caridad de su población; pero no de toda, sino de sus dirigentes políticos y acaudalados. Es la caridad de los que más tienen hacia los pobres, en este caso pobres de espíritu, puesto que durante mucho tiempo se pensaba que la locura era un castigo divino originado por la falta de moral o de virtudes cristianas y la caridad salva el alma del que da.

El edificio donado por P. Icaza sirvió durante pocos meses como asilo para dementes, debido a la falta de enseres y a las fugas que se suscitaron. Por lo que para el año de 1878, los miembros de la, recién fundada, Junta Cívica en conjunto con el Jefe Político del Cabildo, Don José Vélez, toman iniciativa en resolver la difícil situación de los alienados de la ciudad. A continuación veremos los diversos motivos que los lleva a tomar esa iniciativa:

*“Lastimosamente los pacientes mentales eran mantenidos en sus propias habitaciones. Cuando uno de estos enfermos pertenecían a una clase social elevada, la persona afectada por esta situación mental era víctima de la actitud de sus propios familiares, que por el afán de mantener este caso en secreto, prácticamente el pobre paciente lo mantenían prisionero en su domicilio.”(Boloña Rodríguez, 1988)*

¿A qué se debe este secretismo? El puerto principal, desde esta época, es el más importante centro de comercio del país, y el estigma social del loco marcaba en su familia un deterioro de las relaciones sociales y comerciales, tanto así que los familiares se encontraban en la situación de ocultar a su familiar de la vista pública, encerrándolo en la casa sin que éste pueda salir.

*“Esta odiosa situación social ponía en desventaja a determinadas familias, lo cual afectaba a la credibilidad que había gozado esta familia patricia” (Madero, 1955)*

Siendo los miembros de la Junta Cívica vinculados por lazos comerciales y de amistad con algunas de estas familias, fue del interés de algunos el crear una institución que cobije y aisle a los alienados de la ciudad.

Según Boloña (1988), el propósito no era tener una perspectiva de curación del proceso patológico, sino, el aislar para que no sirva de dañino comentario a la categoría de la familia afectada. Por lo que el manicomio era una urgente

necesidad para las altas esferas sociales, sino afectaría tanto, el comercio, y la amistad de las familias acaudaladas de la ciudad. Sin éste problema se tendría que esperar muchos años más para su creación.

Es a José Vélez, quien ocupó el cargo de Jefe Político del cantón, que se debe la fundación del Manicomio que lleva su nombre. En 1881, deriva una cuantiosa suma de dinero para mejorar el edificio cedido por P. Icaza, pero pese a esta donación, hizo falta que el Consejo Municipal apoyara económicamente la obra.

El día 2 de Febrero del mismo año, en la inauguración del establecimiento, el Presidente de la República, José María de Urbina, proclamaba en su discurso como lo relata Cueva Tamariz (1965): *"necesitase crear un establecimiento que arrancase al cadalso millares de víctimas que la ley persigue como criminales y la ciencia estudia y recoge como enfermos"*. Sin embargo los únicos locos que eran perseguidos para llevarlos a las prisiones eran los que deambulaban por las calles, no los que eran excluidos de la vista de todos por sus familias y a quienes se debe su inauguración. Así vemos como la filantropía es marcada por una presión de la imagen social. Además entre la cárcel y el manicomio se juega el mismo sistema de prisión celular.

El primer director del Manicomio fue el Dr. Emilio Roca, que bajo su primer año de mandato, consta con 41 asilados. Es en abril de 1881 que se da uno de los primeros incidentes catastróficos de ese lugar, un alienado armado de una

barra de hierro da muerte al portero del establecimiento, como lo destaca el historiador Mauro Madero.

A finales de ese siglo es que en la ciudad de Guayaquil se comienzan a experimentar ciertas terapéuticas como sugestión, hipnotismo, y magnetismo, técnicas que fueron traídas del extranjero. Para esta época la Psiquiatría en nuestro país no pasaba de ser alienista, apenas se experimentaba con algunos pacientes, las patologías con que diagnosticaban estaban influidas por la rutina, la experiencia empírica y por una excesiva confianza en la intuición.

Para 1887 el municipio ya no podía mantener al manicomio, por lo que traspasa este bien a la Junta de Beneficencia Municipal para que se encargue de administrarla.

Debido a que se encontraba en los límites de la ciudad, en 1896 se salvó del Incendio Grande, al igual que el Hospicio Corazón de Jesús. Es la exclusión la que permite que sobreviva al incendio que destruyó la mayor parte de la ciudad.

Para comienzos del siglo XX el manicomio literalmente se caía a pedazos. Fue necesaria la colaboración de otros dos filántropos Guayaquileños, Jorge Huésped quién donó los bienes inmuebles y Don Lorenzo Ponce quién al morir donó 50.000 sucres; lo que permitió el acoplamiento de los alienados en un nuevo espacio, y debido al crecimiento de la ciudad, el edificio fue ubicado al otro lado del cerro Santa Ana, en la hacienda conocida como "La Tarazana". Mientras que

el antiguo y deteriorado edificio pasó a ser el Instituto de Vacuna que se mantuvo en pie hasta 1924.

### *Hospital Lorenzo Ponce*

En 1910 se inaugura el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, que durante sus primeras décadas de funcionamiento parecía más que nada, un manicomio que un hospital, siendo la diferencia entre ambos, en que mientras el uno solamente encierra a los alienados a la espera de que el encierro los conlleve a recuperar la razón, el otro proporciona además del encierro tratamientos para los enfermos.

No solamente, el sobrenombre de la institución es el que cambia por completo el estatuto de alienado a enfermo mental y a los encargados de alienistas a psiquiatras. Inclusive dentro de los informes y los presupuestos de la Junta de Beneficencia hasta el año 1929 se lo denomina asilo y hasta 1942 como manicomio. Recién para la nómina de directivos de 1949 se lo nombra como hospital.

Es para el año 1934 que se incorporan en los planes de estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil, la cátedra de Psiquiatría, iniciándose un nuevo sistema de tratamiento para los enfermos, mediante el auge de los psicofármacos.

A este Hospital han llegado pacientes de todo el Litoral y los diferentes pabellones han sido designados con los nombres de los que han realizado una cuantiosa donación al mismo.

Una diferencia notable entre la Psiquiatría y demás especialidades médicas, en tanto a la validez científica que se les da, es que en Guayaquil desde 1946 hasta 1965 existió la Revista Médica de Nuestros Hospitales, dirigida por el Dr. Juan Tanca Marengo, en la cual en pocas ocasiones se contó o pidió la participación de algún médico del Hospital Psiquiátrico.

Durante casi 7 décadas de funcionamiento no existía un cerramiento del hospital, por lo que a menudo se efectuaban fugas y la policía tenía que buscar a los pacientes que lograron escapar. En 1977 los vecinos del sector, en la ahora urbanización "La Atarazana", exigieron a la Junta la construcción de un muro que contenga a los enfermos mentales. Esto se lo construye debido al temor que tiene la población con respecto a los asilados, un miedo a lo extraño, a lo desconocido, a no saber lo que estos puedan hacer.

El Hospital al igual que el San Lázaro fue manejado por las Hermanas de la Caridad y desde 1980 algunas voluntarias de la Asociación de Voluntariado Hospitalario han velado por el mantenimiento de los pacientes.

Poco a poco se adecua el hospital a cada género o edad, teniendo: una Sala General para hombres, otra para mujeres, una para niños y jóvenes, y otra para adictos. Mientras que, si se tiene como pagar la hospitalización existen los pensionados de hombres y mujeres y un pensionado especial. También cuenta con una escuela y con diversas áreas de talleres para irlos adaptando en una actividad que puedan desempeñar al salir del hospital. Sin embargo, no hay que olvidar que el encierro es una medida para mantener fuera de alcance la mano de

obra improductiva, que no sirve ni como Ejército Industrial de Reserva, es decir un contingente de fuerza de trabajo disponible, que pertenece al capital de un modo tan absoluto como si se criase y se mantuviese a sus expensas; y su utilidad radica en: mantener a las fuerzas de trabajo dependientes de su empleo y salario, que los empresarios puedan despedir a sus empleados, y tener una mano de obra contingente en casos de catástrofe.

### *Instituto de Neurociencias*

El jueves 26 de mayo de 2011, el Hospital Psiquiátrico pasó a llamarse “Instituto de Neurociencias”. El encargado de los cambios fue el Dr. Fabricio Delgado, director técnico del actual Instituto, con el aval de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Los cambios que surgieron a partir de su inauguración han sido de ampliación de espacios, remodelación de la infraestructura y capacitación del personal en tema de Neurociencias. Se estableció un Centro Diurno de Rehabilitación, CDR; la Unidad de Conductas Adictivas, UCA; la Consulta Externa; el Asilo Lorenzo Ponce; el Hospital Psiquiátrico, el Centro de Investigaciones Cerebrales y la Clínica.

La parte asilar acoge a 360 pacientes abandonados quienes, según los encargados del Instituto, no tienen como vivir por sus propios medios en sociedad. Los que puedan reinsertarse en sus respectivas familias entran en un programa de rehabilitación laboral.

## CAPÍTULO DOS

### GENEALOGÍA

De manera general, hemos revisado el desarrollo histórico de los hospitales psiquiátricos más representativos de nuestro país, tanto por su historia como por sus logros a nivel de la psiquiatría y lo que representan para sus ciudades. A continuación se estudiará el proceso genealógico del encierro de la locura en estos centros de asilamiento desde: los hospicios o asilos, y su dirección con las juntas de beneficencia y la iglesia; pasando por los manicomios y la aparición de los alienistas o primeros psiquiatras; y su final en los hospitales psiquiátricos bajo el mando de la psiquiatría.

La genealogía como estudio sistemático percibe la singularidad de los procesos, fuera de toda finalidad monótona, encontrándolos donde menos se los espera y en aquello que pasa desapercibido. *"Aquellas voces que son calladas por el paso de la historia"* (Foucault, *Defender la Sociedad*, 2010), justamente por no permitirles tener historia. La Genealogía no es en absoluto trazar la línea lenta de la evolución que intenta encontrar el origen, sino reencontrar las diferentes escenas en las que han jugado las sociedades y en éste caso las instituciones con sus diferentes papeles. Para Foucault, ésta definirá hasta el punto de ausencia de la historia, el momento en el que no han tenido lugar. Nos permite acercarnos, conocer e interpretar los acontecimientos históricos en relación entre el saber cómo producción de discursos que delimitan el sentido en un periodo

determinado de tiempo y el estudio de las prácticas sociales que posibilitan las formas de control social.

Este estudio no se opone a la historia, sino a la búsqueda del origen, ya que éste representaría la búsqueda de una verdad absoluta. En lugar del origen la genealogía busca el comienzo, para develar finalmente lo que está detrás de la máscara del discurso histórico o de la historización. La historia no es una descripción lineal que guarda su propio sentido al ser descrita; más bien es algo que, al ser analizada, permite ver que en lugar de una esencia existen puñados de acontecimientos antes ocultos. Por ende la genealogía nos permite descubrir que detrás de las cosas existe algo distinto y que lo que se encuentra en la historización es el disparate. Sin embargo, según Foucault:

*“La genealogía necesita de la historia o mejor dicho de las historias, con sus intensidades, sus debilidades, sus furores secretos, sus grandes agitaciones febriles y sus síncope, es el cuerpo mismo de la genealogía”.*

Es la genealogía del encierro de los locos la que nos permitirá continuar con el estudio de estas instituciones denominadas totales.

### **Genealogía de las Instituciones y los Tratamientos Psiquiátricos**

Lo que posibilita la fundación de la institución psiquiátrica es el “Gran Encierro”. Anteriormente se indicó que el encierro se instrumentalizó como una manera de recluir y excluir esa parte de la población que no aportaba en nada al reciente

modelo económico adoptado por las naciones occidentales, el capitalismo. Esta masa poblacional, que no servía para el avance de la economía de los pueblos, estaba conformada por: locos, ancianos, leprosos, ladrones, huérfanos, etc. En resumidas cuentas todos aquellos llamados en la época como “indeseables” para la sociedad productiva, que con el transcurso de las políticas sobre el empleo se convertirán en mano de obra de reemplazo, que en economía marxista se denomina “Fuerza Productiva de Choque”, en la cual al “loco” se lo excluye convirtiéndose en un leproso moral.

Los asilados eran encerrados en los hospicios. Estos fueron creados en el Ecuador a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, y los más representativos fueron el Hospicio Jesús, María y José de la ciudad de Quito; y el Hospicio del Sagrado Corazón de la ciudad de Guayaquil. Aunque se diga que la función del Hospicio es la de dar albergue y cuidado a los desprotegidos; es un lugar más de reclusión para lo que considera la ciudad: “los desechos de la sociedad”; aquellos que no tienen un valor para ella por no producir, como lo indica Foucault. Y esto se avala bajo la noción de que representan un peligro, tanto para ellos mismos como para el resto.

Otro de los motivos para que se produzca el gran encierro es el pudor extremo ante todo lo inhumano que se da a partir del clasicismo. En dicho periodo cambia la relación entre la animalidad y la humanidad, que en el renacimiento la animalidad representaba la naturaleza secreta del hombre, originando un temor frente a la animalidad que se la reproduce en el sentido de lo anormal.

Con el capitalismo vemos como surgen diversos cambios en la sociedad, otro de los cambios se da en la medicina, como lo recalca Foucault, la cual pasó de ser privada a una medicina colectiva, al contrario de otros autores

*“Yo sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino que se produjo precisamente lo contrario. El capitalismo, que se desarrolló a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, ante todo socializó un primer objeto, el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se efectúa solamente por la conciencia o la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo” (Foucault, 1998)*

Es así que la medicina pasa del médico que visita a los pacientes a sus casas, al médico que trabaja en los recientemente creados hospitales generales, introduciéndose poco a poco en los hospicios.

Para Foucault (2009), en *Vigilar y Castigar*, el poder usa al cuerpo y todas las acciones que este pueda ejercer para controlar la sociedad. Claramente se lo ejemplifica en los hospicios, manicomios y hospitales psiquiátricos, donde lo que se controlan son las acciones realizadas con el cuerpo. Con el mismo cuerpo se reprimen al usar cadenas para contenerlos cuanto están furiosos, y encerrándolos en celdas.

Con el desarrollo del capitalismo, dando el salto al capitalismo industrial, a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, se da un giro radical, en el que se usó a la masa de desocupados que se encontraban en los asilos y hospicios, como un instrumento de la política salarial, en otras palabras se los usó como mano de obra a bajo costo y su desempleo permitía regular los salarios en la población. Entonces las instituciones de encierro masivo dejaron de ser útiles y hasta se volvieron peligrosas. Pese a esto al loco por considerársele cercano a la animalidad, su puesta como fuerza productiva de choque o de reemplazo es vista como una mano de obra sin un valor por lo que puede afectar la economía de las industrias.

Esto origina el reemplazo de los hospicios por un sistema hospitalario a doble velocidad: por un lado, para quienes no podían trabajar por razones físicas; y por otro, para quienes estaban impedidos por razones no físicas. Por eso fue necesaria una primera clasificación de quienes habitaban estos centros, para de esta manera colocarlos en diversas instituciones que siguen rigiéndose con la misma perspectiva que la anterior. Se comienzan a crear manicomios, orfanatos, asilos para ancianos y hospitales; todos estos bajo el control del clero y posteriormente de los médicos. En nuestro país esto se comienza a realizar a finales del siglo XIX hasta la mitad del siglo XX, donde pasan a crearse instituciones de beneficencia, que cada una se encargará de un tipo determinado de habitantes de los hospicios.

En resumidas cuentas, esta hospitalización no está destinada, a partir del siglo XIX, a absorber el desempleo, sino a mantenerlo lo más alto posible. Con los locos, Foucault indicará:

*“Sobre este fondo de vieja exclusión etnológica del loco, el capitalismo formó cierto número de criterios nuevos, estableció cierto número de exigencias nuevas; por ello, el loco ha tomado en nuestra sociedades el rostro del enfermo mental. El enfermo mental no es la verdad finalmente descubierta del fenómeno de la locura; es su avatar propiamente capitalista en la historia etnológica del loco”.*

(Foucault, 1998)

Este sistema hospitalario es el que permite la fundación de los manicomios, lugares especiales para la residencia de los alienados. En líneas generales la alienación mental es un producto de las prácticas que alienan no al espíritu, ni la mente, sino al individuo y la libertad de quienes son reconocidos como alienados. *“La alienación no es la raíz de la enfermedad mental sino de la discriminación histórica entre lo considerado normal y lo considerado patológico”.* (Foucault, 1998)

Es la diferencia entre lo considerado normal y lo patológico, que posibilita la fundación de los manicomios. Podemos inferir que lo normal estadístico representa la media aritmética de una población determinada, en las acciones y decisiones que esta pueda tomar, lo normalmente aceptado. Además, lo considerado patológico son todas las acciones que están en los extremos de la

campana de Gauss. La estimación de lo que es normal y lo patológico tiene un juego en tanto dentro de la sociedad que es representada, puesto que las acciones normales son consideradas tanto desde el punto de vista de lo natural, de la moral y del ideal.

Los primeros médicos encargados de controlar a los locos se los denominaba alienistas. Hasta el siglo XVIII los médicos preocupados por los alienados, acuden como método terapéutico a la represión. Esta terapéutica se funda tanto en los argumentos sociales de peligrosidad, como en un esfuerzo para ayudar a los necesitados, y se da a partir del intento de recuperación de los internados. Así, simultáneamente, se ejerce una reacción contra los medios de coacción en el frente asistencial y en el legal. En nuestro país la idea de la ayuda a los necesitados no se da hasta un siglo después que en Europa, donde surge una preocupación por los indigentes, y la sociedad se ocupa más activamente de los pobres, tratando de hacerles partícipes de ciertos beneficios en los cuales se incluye la medicina. Así quienes repercuten socialmente de este problema son las Juntas de Beneficencia, los únicos que intentan ocuparse del asunto, con el apoyo del Estado. Es de esta manera como, se conjugan el encierro con el espíritu de la filantropía.

Durante el mando de los alienistas, estos desechan las cadenas de los locos, tal como lo representan los sucesos de Pinel y de la familia Tuke, en lo que se considera la "Segunda Revolución Psiquiátrica", sin embargo permanecen en uso ciertas medidas restrictivas de parecido tenor como los chalecos de fuerza y

las celdas para furiosos. Si, el grado de libertad que tienen los alienados hace peligrar la seguridad personal o la de los otros es necesaria la represión inexorable y severa. Esta es la única medida terapéutica que tienen estos precursores de la psiquiatría moderna. Su método de trabajo es el empirismo, mediante la observación de los enfermos pueden determinar las características de cada uno, para de esta manera clasificarlos en grupos con signos similares. Es este el gran avance en el manicomio, el estudio por medio de la percepción para la obtención de un saber que lo investirá de un poder. En tanto a la concepción del enfermo mental, Pinel es el primero que hace un cambio al secularizar el miedo al alienado, planteando en su reemplazo, el problema de su seguridad.

En el Ecuador esto no comienza hasta principios del Siglo XX con la llegada al Hospicio y Manicomio de San Lázaro del Dr. Fernando Casares de la Torre y posteriormente con el Dr. Julio Endara Moscoso; quienes con lo aprendido en el extranjero dieron un cambio en la asistencia médica dentro del hospicio.

Entre las técnicas basadas en la represión que empezaron a utilizar en los manicomios de nuestro país están:

- 1) El uso de cadenas y después de los chalecos de fuerza: tienen su fundamentación en que los datos sensibles traducen la alteración, la terapéutica debe basarse en lo sensible; en consecuencia a la conducta peligrosa se responde con una represión sensible. No se castiga para enseñar al paciente a refrenarse, sino para salvaguardar los principios de organización social que reina incluso en los manicomios y hospicios.

Sin embargo este castigo, como lo comentará Foucault (2009), es para quienes están afuera y forma parte de un sistema pedagógico propio del control, puesto que el castigo del otro se lo emplea como medida de pedagogía disciplinar para el control de los cuerpos de los que observan.

- 2) Duchas de agua fría: El imaginario social de la purificación con el agua ha atravesado los muros del manicomio, pero su uso como castigo tiene una estrecha relación a la caja de Skinner.

Entre otros métodos usados para calmar a los pacientes encontramos: Absceso de fijación, shock insulínico y choque con metrazol. Es el gran problema que enfrentan los alienistas, la agitación, un serio inconveniente también para la institución que se resuelve por medio del miedo y la exigencia. En Guayaquil vemos como se señaló en el capítulo anterior, cuando los locos eran internados en el Hospital San Juan de Dios, el director preguntó si podía usar el látigo para contenerlos y la respuesta que obtuvo fue de encerrarlos en celdas y el uso de las camisas de fuerza. Es el cambio, a un método más humanitario pero que en el telón de fondo, se maneja el mismo esquema.

Todas estas terapéuticas son meros ensayos con un aparente fin social en el que reemplazan a la prisión y a las ataduras; pero solo sustituyen una crueldad por otra, al refugiarse en el respaldo "científico" de la época, en la que se creía que la locura era un déficit y el alienado una especie de sub-hombre.

Sin embargo, lo que ocurrió en los manicomios y posteriormente en los hospitales, no difiere de lo que ocurre en la sociedad considerada de fuera. En realidad el supuesto de la existencia de seres humanos de inferior condición o raza, sucumbe en la historia misma de la humanidad, y se extiende hasta mediados del siglo XX, incluso ahora continúan existiendo pequeños vestigios de esto. Recordemos lo ocurrido con los esclavos, la matanza de los indígenas en América, el holocausto, Ruanda etc. Con esta perspectiva no llamaría la atención de que los alienados sean tratados de la misma manera; aún más, cuando una máxima científica parece justificar un trato que la sociedad exige para preservar un orden. Así el enfermo mental, es relegado a una especie de pseudohumanidad de la cual sale únicamente si la terapéutica tiene éxito, sino continúa encerrado en los manicomios y hospitales.

Es la forma institucional la que favorece y estructura la aparición de un status intermedio, como lo recalca Sauri, el de los vigilantes y sirvientes, así se estratifica una clase asilar intermedia, esencialmente operativa. El director y más adelante el médico, detecta el poder, dispone de la aceptación o el rechazo del enfermo, decide su tratamiento, ordena su salida y los guardianes ejecutan estas órdenes. Es un subgrupo dentro del grupo personal supervisor.

Así el manicomio es el lugar que se organiza mediante la ducha y el chaleco de fuerzas, y una primitiva ley del talión que se rige hasta fuera de él, de esta manera surge que la sociedad normal elije las reglas para la sociedad asilar. . Por ende, el espacio de internación continúa preservando el ideal burgués de vida

que se rige bajo la regulación de acostarse, levantarse, comer a horas determinadas, de acuerdo a la disciplina de los vigilantes.

En cuanto al hospital psiquiátrico, este es en un centro de reclusión y de tratamiento, ineficaz durante sus primeros años, puesto que la psiquiatría está consolidándose como una rama de la medicina. En esta, al igual que en sus predecesoras, la población asilar o interna debe responder a ciertas normas de convivencia con el afuera que Foucault (2008) en sus escritos señala como de silencio: *“se deja mostrar al paciente a la curiosidad pública e incluso no se le dirige la palabra en orden a sus afirmaciones”*. En tanto al grupo personal supervisor, este espacio habitado por la culpa, como lo llama Jorge Sauri, se convierte en una rama de la justicia, llevando al hospital a un microcosmos judicial, donde el médico hace de juez supremo en la distribución de una justicia administrada por los guardianes y enfermeras. En el régimen jurídico del enfermo mental, su puesta en minoridad, lo ratifica.

El avance del hospital es la entrega completa del poder a la psiquiatra. El psiquiatra adquiere un status peculiar dentro del cuerpo médico; ya que dentro de la institución posee un poder inapelable para supervisar y proteger el orden, castigando a los remisos, en pabellones donde pese a la clasificación y divisiones que se dan en este periodo continuará una suerte de hacinamiento indiscriminado en ciertos espacios para locos furiosos. Así dentro de los relegados por el miedo social, el miedo institucional relega a los peligrosos, de conducta perturbadora y los castigados. El Gran encierro implica el gran miedo.

Es esta evolución; que lleva del manicomio como un espacio de reclusión y observación empírica al hospital psiquiátrico tal como en Europa empieza a parecer a fines del siglo XIX y en el Ecuador a mediados del siglo XX; la condición cambia las habituales condiciones asilares y destierra los medios mecánicos de contención, que implica la desaparición de algunas medidas y de dar al paciente una libertad de acción limitada dentro del recinto del hospital, a su vez genera una nueva concepción de la locura. Uno de los cambios es el de la figura del guardián, por la de técnicos en enfermería psiquiátrica, aunque en nuestro país el cambio fue que las hermanas de la caridad sean quienes estudien enfermería para poder atender a sus “pobres” con base en conocimientos en enfermería. A su vez llegan todos los ayudantes del psiquiatra, al adquirir mayor instrucción, existe un cambio en los papeles, en la medida que desaparece la función coercitiva y el asilo comienza a perder su carácter de espacio de encierro judicial y social.

Aunque el encierro continúa existiendo, vale la pena preguntarse ¿Qué significado tiene, para el hospital, internar al enfermo mental? Al menos podemos llegar a dar dos respuestas: sustraerlo del medio externo donde, suponen los psiquiatras, radican ciertas causas de la enfermedad, y adoptar una medida de seguridad para el mismo paciente y para el cuerpo social. Es el cambio del empirismo al idealismo crítico el que efectúa una evolución. En cuanto a la marginalidad del loco, ya no se lo recluye por considerárselo al margen de la sociedad como un peligro latente o una potencia maléfica, sino para facilitar su

tratamiento y asegurar la protección social cuando se enfurece, o por miedo a que así le suceda.

El hospital entonces adquiere un carácter de reconocimiento oficial como espacio de aislamiento para facilitar la cura, pero tiene otra cara oculta, continuando, en esencia, al servicio de la represión y castigo con los cuales el cuerpo social busca controlar el miedo a la enfermedad mental. Esta doble función y la necesidad de esconder una de ellas, contribuye a crear una desorientación institucional. Como lo indica Jorge Sauri:

*“Su resultado en cuanto al porvenir curativo es peor, de hecho el asilamiento no existe y en la práctica, los enfermos conviven en salas con otros internos, quienes padecen las más diversas alteraciones mentales. Ello contribuye a la aparición de una enfermedad asilar, el internado se aísla cada vez más en su fantasía y desarrolla una conducta que no admite ninguna norma de convivencia o bien institucionalizada acatando con docilidad, que más que aceptación es el ocultamiento del sujeto.” (Sauri, 1969)*

De esta manera la institucionalización del enfermo crea una nueva enfermedad, que se basa en el borramiento del sujeto de deseo y la continuidad del sujeto alienado.

En el transcurso evolutivo de los hospitales psiquiátricos, estos se convirtieron en espacios de aprendizaje para los estudiantes de medicina, a partir

de la institucionalización de las cátedras de psiquiatría en las universidades del Ecuador; y sobre todo para la puesta en práctica de diversas técnicas para la recuperación de los pacientes, incluyendo muchas que han sido criticadas por su uso. En los años treinta se introdujeron varias prácticas médicas controvertidas por lo invasivas que eran, incluyendo la ya mencionada inducción artificial de convulsiones o de fiebre mediante cardiazol o las "fijativas"; y la lobotomía o lobectomía, si era con ablación, que consistía en seccionar parcial o totalmente los lóbulos frontales del cerebro. Estos procedimientos se usaron ampliamente en los hospitales psiquiátricos, pero hubo mucha oposición entre los mismos psiquiatras basados en cuestionamientos éticos y de los efectos nocivos o mal uso.

En los años cincuenta en el Ecuador se introduce el coma insulínico y la terapia electro-convulsionante. El shock o coma insulínico representa una muerte instantánea, al igual que el shock por cardiazol. El que trajo esto fue el Dr. Gerardo Delgado. En una entrevista dada para el diario Expreso el 26 de Marzo del 2010, el octogenario Psiquiatra pionero del electroshock, como dice el título del artículo, responde acerca de este tratamiento:

*"Aquí fui el primero que aplicó coma insulínico, sobre todo, en casos agudos de enfermedad mental como la esquizofrenia, que se trata con electroshock combinado con coma insulínico, o por separado, que sí curan. A los enfermos mentales las pastillas, gotitas y tanta*

*porquería que hay, los psicofármacos, neurolépticos, ¿de qué les sirven? no les ayudan". (Diario Expreso, 2010)*

Es el pensamiento del psiquiatra de aquella época. Y en esa misma década a nivel internacional aparece el primer antipsicótico llamado clorpromazina, que fue diseñado en laboratorios y gradualmente suplantó a los tratamientos antes mencionados. Pero este avance tuvo sus opositores, los médicos que confiaban en el uso de los métodos más arcaicos. Una interpretación de este fenómeno, nos lo da la teoría del análisis institucional francés, en la que toda institución tiene su fuerza instituida y su fuerza instituyente, lo instituido es el statu quo y lo instituyente todo aquello nuevo que pretende realizar un cambio radical, pero esto instituyente tiene que ser absorbido por lo instituido para fortalecer los dispositivos; y si no puede integrarlo a la institución, lo desecha.

La introducción de los antipsicóticos, aunque frecuentemente se aceptaron como un avance, también tuvo oposición debido a efectos adversos tales como la disquinesia tardía. Los pacientes comúnmente se oponían a la psiquiatría y rehusaban tomar las drogas cuando no estaban supervisados por el control psiquiátrico.

En los años sesenta se empieza a generar el movimiento de la antipsiquiatría, por parte de David Cooper que critica a la psiquiatría por: el uso de herramientas y conceptos médicos inadecuados; el trato a los pacientes contra su voluntad; que está comprometida por nexos económicos con las compañías farmacéuticas que introdujeron los antipsicóticos; y que usa sistemas categoriales

de diagnóstico que estigmatizan, entre ellos el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); que representan la continuación de la clasificación Kraepeliana, donde es el órgano de la percepción el que posibilita designar una categoría a cada tipo de locura. Este movimiento hizo intentos de regresar a los internos a la comunidad por medio de grupos no controlados por la psiquiatría, organizando talleres de diversas actividades para que puedan tomar un rol en la sociedad. Lo que los caracteriza es la lucha contra la institución asilar, y las formas de poder en la relación médico enfermo. La institución asilar tiene su fundamentación en las razones que Esquirol daba para avalar su existencia: garantizar la seguridad personal del enfermo y de la familia, librar a los enfermos de las influencias externas, vencer sus resistencias personales, someterlos a un régimen médico, imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales. Foucault, cuyos trabajos fueron usados por la antipsiquiatría dirá al respecto:

*“Se ve, todo es cuestión de poder, dominar el poder del loco, neutralizar los poderes exteriores que pueden ejercerse sobre él, establecer sobre él un poder terapéutico y un enderezamiento de “ortopedia”. Ahora bien, es la institución (como lugar, forma de distribución y mecanismo de estas relaciones de poder) lo que la antipsiquiatría ataca” (Foucault, 1998)*

Uno de los errores que se comete normalmente con respecto a la crítica al diagnóstico de las enfermedades mentales es la cuestión de la etiquetación, en

lugar de la estigmatización que representa. La nosología del DSM o el CIE, no solamente encasilla con una etiqueta a un sujeto que lo representará de por vida, como un código de barras que lo identifica frente al saber psiquiátrico. Sino que, esto implica una pre-descripción del tratamiento y en muchos de los casos supone un pronóstico dado antes de empezar dicho procedimiento. En muchas ocasiones este pronóstico es desfavorable para la libertad del sujeto, lo que acarrea el encierro y la segregación.

Al respecto de la lucha de la antipsiquiatría, ésta permitió la multiplicación de la psiquiatría fuera del asilo y la reformulación del hospital psiquiátrico, promoviendo la creación de talleres para que los internos aprendan un oficio y puedan insertarse al terminar su tratamiento en la sociedad.

El Hospital es el centro que absorbe todas las nuevas tendencias con respecto al tratamiento de los pacientes para fortalecer sus dispositivos de control; llegando a la psiquiatrización de la vida cotidiana.

Un movimiento de vital importancia en la Psiquiatría es la desinstitutionalización psiquiátrica, donde por la intervención de Franco Basaglia en la década de los ochenta en Italia, la nueva estructuración de la asistencia psiquiátrica según los principios de "prevención, curación y postcuración" se pone en vigencia gracias a un decreto de Estado y prevé el cambio semántico del término paciente a usuario de los servicios psiquiátricos, y la reinserción en la sociedad bajo la estricta vigilancia de los psiquiatras en las tareas cotidianas del

“usuario”. En nuestro país aún son denominados pacientes y continúan cargando la cruz del estigma social que cargan en contra de su voluntad.

En la Historia del siglo XX, han sido muchos los movimientos que buscando una mejora para el mal llamado paciente mental, lo único que han podido es fortalecer el poder psiquiátrico.

## CAPÍTULO TRES

### FUNCIÓN

La función del Hospital psiquiátrico está intrínsecamente involucrada con la relación entre el poder y el saber, a partir de la construcción de la psiquiatría como rama de la medicina que cumple con un empleo judicial. Así la psiquiatría forma parte de un sistema de higiene social, donde el encierro y los tratamientos cumplen con esa función.

Además, a partir de la fundación de los manicomios, se crea la figura social del “loco”, esta se construye a nivel imaginario desde la sociedad. En la actualidad, es la fuerza de los enunciados en temas psiquiátricos lo que ayuda a constituir todo un imaginario de cómo se ve un “loco” o lo que es serlo, y sobretodo lo “peligrosos” que pueden llegar a ser; con sus diagnósticos que al parecer ya no traerían un contenido moral encima, pero sí un contenido político. Es la manera en que los hospitales psiquiátricos y la psiquiatría ayudaron a construir esta concepción.

#### **Relación Poder-Saber y su Repercusión en la vida cotidiana**

El estudio de la relación entre el poder y el saber en la psiquiatría, es el estudio de la historia de la disciplina y de las prácticas psiquiátricas; es decir, de los dispositivos de saber y poder en torno a la locura y al loco. Hay que destacar que los conceptos de la disciplina son los que le dan un soporte epistémico que justifica la práctica a partir de un marco teórico, y el espacio institucional permite

la puesta en práctica de dichos conceptos. Es necesaria la comprensión de esta relación para conocer el manejo dentro de las instituciones que se estudian.

Este análisis de las prácticas psiquiátricas trasciende el espacio de la locura y se extiende hacia la constitución de la normalidad y de la anormalidad. La norma se refiere a los actos y las conductas de los individuos a un dominio, es decir un campo de regla a seguir por la media aritmética de las conductas y los comportamientos. Con el paso de la historia, esta media va cambiando, esto provoca que se jerarquice el valor de las capacidades de cada individuo, puesto que debe adaptarse a cada cambio, y traza un perímetro imaginario que marca las diferencias entre lo normal y lo anormal.

Así nuestra sociedad está claramente vinculada en torno de la norma, ya que la sociedad está organizada a partir de la norma como un ideal, desde la cultura, la hegemonía y la ideología. Esto implica el fomento de dispositivos disciplinarios de vigilancia y control, que exigen un diagnóstico sobre lo anormal, que la psiquiatría transformará en patológico; y es ahí donde la medicina, ciencia por excelencia de la diferencia, será la que reine bajo un proceso de medicalización de la población. En la actualidad, el poder se ejerce sobre el dominio de la norma, los conceptos de soberanía y ley quedan obsoletos; esto se debe a que el poder no solamente se basa en reprimir al individuo. sino que a su vez lo forma mediante el proceso de regulación de la vida de las poblaciones en estas sociedades llamadas de normalización.

*“La sociedad de normalización es una sociedad en la que se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la regulación. Es decir que el poder a partir del siglo XIX ha tomado posesión de la vida, ha llegado a cubrir toda la superficie que se extiende de lo orgánico a lo biológico, del cuerpo a la población, por medio del doble juego de las tecnologías de disciplina, por una parte, y de las tecnologías de regulación, por otra; bajo la norma.”*  
(Foucault, Defender la Sociedad, 2010)

Una sociedad de normalización, no es una sociedad normalizada, puesto que la normalización describe el funcionamiento y la finalidad del poder. Aunque la realización de este objetivo de normalizar haya alcanzado una extensión notable, debe enfrentarse con los movimientos de lucha y cuestionamiento de cada individuo, y quien más ejerce ese choque de fuerzas es considerado loco o anormal y sobre él, el poder ejercerá mayor control.

La forma del ejercicio del poder depende estrechamente del saber. Los mecanismos del poder y del saber. Se sostienen y refuerzan mutuamente, porque el saber, en especial el saber médico como se indicó anteriormente, desempeña la función de normalización. Es el que indica lo que es normal de lo que no.

En torno a la patologización de la anormalidad, quién se encargó de ella fue la psiquiatría. En esta rama del saber médico nos encontramos con un doble juego de la norma: la norma entendida como regla de conducta y la norma entendida como regularidad funcional. La primera se opone al desorden, a la

excentricidad, al desvío en el orden de los comportamientos. La segunda se opone a lo patológico, al mal funcionamiento del organismo. A causa de este doble juego de la norma, la psiquiatría encontrará su punto de anclaje en la medicina orgánica, donde lo anormal en el orden de las conductas será referido a lo anormal en el orden del organismo, transformándose en conductas patológicas que encuentran su explicación en: la neurología, las enzimas y hasta en la genética.

Esta investidura del poder psiquiátrico permite comprender la función Psi, donde está involucrada también la psicología. El poder psiquiátrico se lo formula a partir de los dispositivos de poder como productores de enunciados que ejercen su dominio sobre el cuerpo. Es el dominio del saber sobre el objeto del saber. Estos enunciados, bajo un proceso de identificación, marcan al individuo bajo una categoría que lo representará ante otro, ante el saber médico y posteriormente ante la comunidad. Es el objeto de la mirada médico-psiquiátrica. En términos lacanianos, es un significante que representará al sujeto ante otro significante que está investido como saber.

El poder psiquiátrico funciona, tanto como una especialización del saber médico, como una rama especializada de la higiene pública. La psiquiatría, como ya vimos anteriormente, es la que otorga un saber con respecto al problema de la normalización. Antes de ser una rama médica, la psiquiatría (alienismo) se institucionalizó como una rama particular de la protección social, donde reina el tratamiento moral contra todos los peligros que puedan venir de y a la sociedad,

debido a la enfermedad mental, o todo lo que pueda ser asimilado directamente a ésta.

Es la institucionalización de la psiquiatría como precaución social, higiene del cuerpo social en su totalidad, y poseedora del saber que al poder judicial se le escapa de las manos. Así es una rama de la higiene pública, y para poder existir como institución de saber médico fundado y justificable, efectuó dos codificaciones simultáneas: *patologizar* la locura en función de la anormalidad llevando a cabo un análisis que aproximara esa higiene pública al saber médico, y en consecuencia permitieran el funcionamiento de su sistema de protección pública en nombre de un saber; y, en segundo lugar, codificar la locura como portadora de cierto número de peligros. Por ello la psiquiatría tiene una función doble en tanto hace funcionar una parte de la higiene pública como medicina y por otro hace funcionar el saber y en especial la curación como precaución social; siendo el hospital psiquiátrico su nicho y escenario.

La curación, en especial las escenas de curación, en nuestro país han desempeñado un papel fundamental durante los primeros veinticinco o treinta años del siglo xx. Como indica Foucault: "*Por escena, no hay que entender un episodio teatral, sino un ritual, una estrategia, una batalla*" (Foucault, *El Poder Psiquiátrico*, 2006). Es la batalla entre dos fuerzas. El loco, antes de ser un problema de conocimiento y de curación, plantea el problema de una victoria. Es necesaria la dominación de la fuerza de la anormalidad, este sentido pone énfasis en cómo la "fuerza" y no el "error" es el criterio con el que se percibe la locura en

los albores de la psiquiatría y de los hospitales psiquiátricos. Ahora se trata de situar el punto donde la fuerza de la locura emerge y la curación se trata de una sumisión de fuerzas, de poner al “loco” bajo la dependencia del médico y la institución, que ejercen sobre él la “fuerza” de su “autoridad” a través de sus cualidades físicas y morales. Como lo indica Alberto Saurí (1969): *“La curación, no pasa por el reconocimiento médico de las causas de la enfermedad, no es una técnica terapéutica la que se aplica, sino el enfrentamiento entre dos fuerzas”*. Este enfrentamiento debe suscitar en el alienado un segundo choque de fuerzas, a nivel de sus ideas y representaciones, entre su delirio y el castigo. Finalmente, sólo cuando ha sido sometido, entonces surge una supuesta verdad. Este análisis permite demostrar cómo los dispositivos disciplinarios han sido la condición histórica de formación del saber-psi.

En la microfísica del poder psiquiátrico son más importantes las diferencias potenciales del establecimiento, que los reglamentos institucionales de los hospitales. Sin embargo, partir de la institución implica suponer la existencia de individuos y colectividades; pero ellos, de hecho, son efectos de las tácticas del poder de las que forman parte las instituciones.

Dentro de la institución debe reinar el orden, un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, hasta llegar a las “mórbidas fibras del cerebro”. Este orden es necesario para los siguientes protocolos:

1. La constitución del saber del médico que implica: la observación exacta, y requiere de un esquema perceptivo de regularidades: distribución de los

cuerpos, de los gestos, de los comportamientos, de los discursos. Solamente bajo este tipo de distribución regulada por el poder es que el saber Psi podrá funcionar.

2. La operación terapéutica: como la instancia médica funciona primero como poder antes que como saber.

Para esto, el grupo personal supervisor deberá cumplir un requisito para que su presencia haga efecto y perdure como panóptico. Así la red, que va desde el médico a los enfermeros y al personal de servicio y vigilancia, debe servir para imponer a los “locos” la autoridad anónima del reglamento, o la voluntad particular de algunos médicos sin código deontológico.

El camino de la supuesta curación de los locos se da cuando Pinel en Bicêtre lleva a cabo la famosa liberación de las cadenas, que va más allá de sus intenciones y su gesto representa un nuevo modo de sujeción de la locura. Donde el “Loco” que ya era un sujeto destituido de sus derechos pasa a ser un objeto del tratamiento, donde el poder que ejerce el alienismo, o “protopsiquiatria”, es un poder anónimo, sin nombre y sin rostro, repartido entre diversas personas que forman la institución asilar. Representa el paso de un dispositivo de poder a otro, de un poder que se ejerce en torno a la violencia, a uno bajo el orden de la disciplina.

El Hospital Psiquiátrico, al nacer bajo la extensión de los dispositivos disciplinarios bajo el mando del dominio asilar, comprende una estrecha relación

con la familia, órgano príncipes de la sociedad, a la que debe fortalecer y proteger; y los locos son un riesgo para ella. Como ya se indicó en el primer capítulo, uno de los principales motivos para la fundación del manicomio en la ciudad de Guayaquil fue para: “que no sirva de dañino comentario a la categoría de la familia afectada”.

La familia y la institución psiquiátrica se han apoyado mutuamente, ya que el discurso que se maneja dentro del espacio manicomial y posteriormente en el psiquiátrico, será un discurso de y sobre la familia. Esa sería la primera etapa de esta relación, donde en el alienismo se basa en la familiarización de la familia en el manicomio, el cuál se convertirá en una prolongación del modelo familiar. Y en un segundo momento, a partir de la psiquiatría estará, conjuntamente con la anterior, la psiquiatrización de la familia, cuando la psiquiatría sale del hospital para insertarse en la vida cotidiana y juzga a todos por igual si presentan una patología o no. De esta manera, no sólo, pudo convertirse la familia en el modelo de funcionamiento de la disciplina psiquiátrica, sino que, se pudo convertir en el horizonte y el objeto de la práctica psiquiátrica. Es necesario señalar que el pivote en torno al cual se llevó a cabo la psiquiatrización de la familia, ha sido la infancia, en relación con los hijos es que la familia se dotó de una mirada de vigilancia y de la función de decidir entre lo normal y lo patológico.

Los alienistas separaban lo patológico de la infancia, en cambio la psiquiatría vincula lo patológico con la infancia, puesto que lo patológico es pensado en términos de un desequilibrio debido a un atraso. Este punto es

importante porque la infancia ha sido, en el análisis de Foucault (2006), el principio de generalización de la psiquiatría

En su relación con la infancia, basta notar la presencia de un elemento de infantilidad para que un determinado individuo o conducta caiga dentro del campo de la psiquiatría. A partir de ello ha sido posible integrar el placer, el instinto y la imbecilidad. La psiquiatría lleva a cabo una patologización del placer sexual a partir de lo infantil. A fin de constituir una ciencia, la psicopatología de los alienistas era una imitación de la medicina; establecía síntomas como la medicina orgánica, clasificaba las enfermedades, las organizaba. La psiquiatría se encuentra más bien en una relación de correlación, al ubicarse en el espacio abierto por la neurología del desarrollo y, consiguientemente, del retraso. Lo que la infancia ofrece a la psiquiatría no es tanto una enfermedad o un proceso patológico, cuanto un estado de desequilibrio.

De esta manera nos encontramos en un proceso de colonización del dispositivo médico dentro de la familia:

*“Y es así que el poder disciplinario psiquiátrico parasita a la soberanía familiar, requiere que la familia juegue el rol de instancia de decisión entre lo normal y lo anormal, de lo regular y de lo irregular, exige a la familia que le envíe estos anormales, estos irregulares, etc.; de ello obtiene una ganancia que entra en el sistema general de ganancias y que se puede denominar, si quieren,*

*el beneficio económico de la irregularidad” (Foucault, El Poder Psiquiátrico, 2006)*

En ésta transformación, la familia importó muchos de los mecanismos e instrumentos disciplinarios que se habían desarrollado en el ámbito del manicomio: exigencia de mantenerse derecho, control de los gestos y de las conductas.

Particularmente en el Ecuador a partir de la Constitución del 2008, que garantiza el derecho de todos los ecuatorianos a un nombre y una identidad, el Hospital Lorenzo Ponce y el Registro Civil en el 2010, cedularon a todos los pacientes que tengas más de dos años en la institución y que no se sepa nada de sus familias ni de su nombre, aquellos conocidos como “N.N.”, como lo indica el reportaje en la Revista Vistazo:

*“... los llaman como algún médico o especialista a los que le tengan especial consideración o afecto, o como un artista famoso con el que haya cierto parecido. No obstante, el nombre que más utilizarán es “Lorenzo” y el apellido, “Ponce”. O la combinación de ambos. Como si fueran hijos del hospital. Así, por ejemplo, “N.N. Piel Canela”, quien tiene 25 años en el Psiquiátrico, pasará a ser identificado como “Juan Luis Lorenzo Ponce”, cuando cumpla dos años en la institución.” (Revista Vistazo, 2010).*

De esta manera, la institución les otorgará un nuevo nombre, el nombre de un famoso, de un médico o del hospital, un nuevo nombre que los marcará probablemente el resto de su vida bajo el amparo de la Constitución.

Previamente a los cambios en la ley francesa de 1838, el procedimiento legal que regía las relaciones entre la familia y el "loco" era la interdicción, un procedimiento judicial que tras una demanda presentada por la familia, en la que el juez transfería los derechos civiles del individuo alienado a la familia o al médico en el caso de que la familia no se hiciese cargo de su loco, y los bienes pasaban a manos de un testaferro de la familia. En pocas palabras, se trataba de un episodio perteneciente al derecho familiar. En este periodo de la alienación se puede afirmar que la internación, aunque frecuentemente seguía a la interdicción, era, sin embargo, independiente de ella, ya que la familia podía disponer de cuidar o no a su alienado. Esta orden podía también pedirla el Intendente de Policía o cualquier otro representante de la autoridad. Después cambia y son los médicos bajo órdenes del Intendente de Policía quienes debían esclarecer si era necesario o no la internación. A partir de la ley de 1838, en cambio, la internación será la pieza fundamental y la interdicción se convertirá en una medida judicial eventual y suplementaria. La internación, según la ley de 1838, consiste en adueñarse del cuerpo del loco, en principio, no se requiere el pedido por parte de la familia; la internación es decidida por la autoridad del Prefecto acompañada de la autoridad médica que dictamina acerca del carácter alienado del sujeto en cuestión. De este modo, asistimos a la aparición de un campo técnico-administrativo o médico-estatal de intervención. Respecto de este campo, *"el loco emerge, ante todo,*

*como un enemigo y un peligro para la sociedad”* (Castel, 2009). En el contexto de esta ley, se trata también de proteger a la familia de los peligros que representa el alienado y también de proteger a la familia-celular de los poderes que puede ejercer sobre ella la familia extendida (sociedad). Este es el momento en que la psiquiatría le indica al poder judicial su falla con respecto a los locos, este saber médico será el que se encargue de dictaminar el encierro de un sujeto o no, bajo el mando de las leyes pero bajo sus propios parámetros. Otro aspecto en que se asemeja a la familia es en la tutela del loco y del niño. Sin embargo el control del niño no plantea cuestiones jurídicas graves porque ya se encuentra bajo la tutela familiar, mientras que el loco es como un niño pero todavía no ha encontrado su tutor legal y será el médico el que ocupe ese lugar.

Es a partir de 1921 que en nuestro país empieza a tomar rigor la interdicción dada por un juez bajo la autorización de dos médicos que dictaminen a un sujeto como demente. Anteriormente a esto, cualquiera podía ser llevado a la fuerza por la policía o su familia a una institución manicomial. Estas órdenes de internación, no eran más que boletas con esbozos de conocimientos psiquiátricos y algunos de los interdictos de esta época fueron llevados al manicomio por motivos económicos.

En el Ecuador en la Constitución de 1945, en el Código Civil artículo 1503 indica:

*“Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordomudos que no pueden darse a entender por escrito. Son*

*también incapaces, agrega, los menores adultos, los disipadores, los ebrios consuetudinarios, u los toxicómanos, que se hallen bajo interdicción de administrar lo suyo, las mujeres casadas y las personas jurídicas”.*

Es este código el que condiciona la incapacidad del enfermo mental por la falta de su salud mental de no poder administrar sus bienes y como veremos más adelante, ni su familia, ni su matrimonio.

En el artículo 491 del mismo código se indica que: *“el adulto que se halle en estado de demencia deberá ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos”*. La interdicción según el artículo 494 podrá ser pedida por cualquier familiar o por el ministerio público. Y en el 495 que: *“El juez oirá el dictamen de demencia únicamente por los facultativos de su confianza”*. Es decir, solamente los médicos podrán decirle si es o no un demente. Incluso si existen diferencias de criterios acerca del tipo de enfermedad mental al juez no debe interesarle más que si es un demente en el sentido jurídico o no.

Es el Código Civil, el que le quitará todos sus derechos y bienes a quien se lo dictamine como demente, bajo el aval del saber médico, que en este caso es la mano derecha del saber judicial, y le permitirá librarse de ese desecho. Inclusive, a partir de 1954, el Tribunal Judicial valida la nulidad del matrimonio si uno de los contrayentes es declarado como demente. Esto se dio gracias a un informe presentado al Tribunal por el Dr. Julio Endara Moreano, donde indica que: *“... el enfermo mental está imposibilitado de realizar actos que puedan tener cualquier*

*importancia social o familiar*" (Endara, 1954) y por ende puede concederse la nulidad del matrimonio si el cónyuge lo solicita. Fue necesaria, únicamente, la intervención del saber médico para que el sistema judicial innove los códigos. Para explicar la aparición de la anormalidad en el individuo, la psiquiatría ha recurrido al tema de la herencia. De esta manera aparece una especie de gran cuerpo formado por la red de relaciones hereditarias. A partir de ello la psiquiatría será una tecnología del matrimonio imaginariamente sano, útil y beneficioso. Por esta vía la psiquiatría vinculará la nueva nosografía de lo anormal con las teorías de la degeneración, donde podría existir un vínculo entre la psiquiatría y el racismo.

En nuestro país el primer informe psiquiátrico que existe data de 1857, el cual, es un informe médico legal acerca del suicidio de la poetisa Dolores Veintimilla de Galindo, a cargo del Dr. Agustín Cueva Vallejo. Éste representa el desplazamiento de la normatividad del discurso médico o legal a un híbrido de ellos con nuevas reglas de formación. El discurso médico-legal, que inicia el discurso psiquiátrico, no trata sólo de establecer si el "acusado" se encontraba en estado de demencia, sino del juego de una doble calificación médica y legal que circunscribe el dominio de la anormalidad. Éste discurso tampoco tratará de optar por la prisión o el hospital, sino que buscan, más que esta alternativa institucional, establecer la figura del individuo peligroso y los mecanismos sociales para su control.

saber médico sobre la criminalidad y la demencia. Desde el punto de vista judicial se exige que el sujeto que cometa una infracción no deba encontrarse en estado de demencia en el momento de cometer el delito; en caso contrario, se trataba de un sujeto inimputable. Pero si bien ésta es la situación desde la perspectiva del Código Penal, es muy diferente desde la óptica de la tecnología de la punición.

El objetivo de la reforma penal burguesa, como lo indica Castel (2009), en Francia, y se aplica al Ecuador, era la corrección mediante aquello que se denominaba el interés o la razón del crimen. Para expresarlo de otro modo, el sistema jurídico-penal exige una doble racionalidad: la racionalidad del sujeto para ser imputable y la racionalidad del delito para ser punible, es decir, corregible. En la doble codificación que se hace de la locura podemos ver el juego de esta múltiple pertenencia. Por un lado, la locura aparece como una enfermedad, pero, por otro, como un peligro. En este sentido, la noción psiquiátrica de degeneración permitió aislar una zona de peligro social y tematizarlo en términos de enfermedad.

Tuvieron lugar dos grandes operaciones dentro del asilo, la medicina desplazó el núcleo esencial de la locura desde el delirio hacia la desobediencia. Fuera del asilo, se preocupó por detectar el carácter virtualmente peligroso de toda locura para justificar su intervención científica y autoritaria en la sociedad. Podemos comprender cómo el sistema penal y la psiquiatría van a engranar sus mecanismos. Por un lado, la economía de la punición exigirá a la psiquiatría la determinación de la condición de la corrección, es decir, la racionalidad del

crimen, no del sujeto. Por otro lado, la psiquiatría justificará su necesidad y su poder mostrando el fondo de locura de todo crimen.

Foucault atribuye una importancia capital a la aparición del concepto de instinto en estos términos. El instinto ha sido, según su juicio, el gran vector de la anormalidad, porque ha permitido encontrar un principio de coordinación entre monstruosidad y patología. La aparición del instinto en estos términos determinó además:

- 1) El planteo de un modo nuevo de la problemática patológica de la locura. Hasta fines del siglo XIX, la locura encontraba su condición de posibilidad en el delirio. Ahora es posible pensarla a partir del instinto patológico.
- 2) La inscripción de la psiquiatría en el marco de una patología evolucionista.
- 3) La aparición de las tecnologías del instinto
- 4) La psiquiatría como saber y técnica de lo normal.

Ahora bien, la historia de la psiquiatría nos impone explicar cómo la locura instintiva llegó a dominar todo el campo de la psiquiatría, porque en sus inicios lo instintivo concernía sólo a aquella forma de locura que afectaba todos los comportamientos excepto a la inteligencia y que llevaba al "asesinato" o al peligro. Desde un punto de vista genealógico, desde el punto de vista de la inserción del saber psiquiátrico en los mecanismos del poder, Castel analizará tres procesos centrales.

1) La ley de 1838. Esta ley se ocupa de la internación por orden de una autoridad policial-administrativa: el Prefecto. En cuanto a su significación en la historia de la psiquiatría, se subrayan numerosos puntos:

a) Consagra legalmente a la psiquiatría como una rama de la medicina y de la higiene pública. La internación de los alienados requiere una institución adaptada a recibir enfermos y con posibilidades de corregirlos.

b) La internación de oficio debe ser motivada por alguna forma de alienación que comprometa el orden y la seguridad públicos.

c) La psiquiatría que responda acerca de los núcleos de peligrosidad en el nivel del comportamiento de los individuos. Antes, la intervención de los expertos era sólo para saber si el estado de demencia de un sujeto lo inhabilitaba como sujeto de derechos, como sujeto jurídico; ahora, en cambio, se establece a través de la misma administración un nexo entre locura y peligro.

2) La reorganización de la solicitud familiar. La solicitud familiar de internación cambia tanto respecto de la forma como del contenido:

a) En cuanto a la forma: no se trata ya de la familia reunida en consejo, sino del círculo de los allegados, los más cercanos.

b) En cuanto al contenido: se trata ahora de aquellos comportamientos que afectan las relaciones familiares, las

perturbaciones que el enfermo puede inducir o provocar en la familia. El psiquiatra se convierte en el médico de la familia.

3) Una exigencia política para la psiquiatría. Cada revolución, introdujo algún criterio de discriminación. La Revolución Inglesa (siglo XVII) introdujo un criterio jurídico-político para distinguir entre regímenes políticos legítimos e ilegítimos. La Revolución Francesa, por su parte, introdujo un criterio histórico: determinar qué parte de la revolución era necesario conservar y continuar. Las diferentes revoluciones europeas sucedidas entre los años 1848 y 1871 recurrieron a la psiquiatría para suministrar los medios para diferenciar la verdadera revolución de la rebelión y el desorden social.

Todas estas transformaciones determinan un triple conexo para la psiquiatría: uno administrativo, uno familiar y uno político. A partir de aquí se producirán dos cambios fundamentales en el campo de la psiquiatría para adaptar su saber a las nuevas formas del poder psiquiátrico:

1) La reunificación de la locura: Se abandona la idea de una locura parcial, que afecta sólo un sector de la personalidad. El paciente es profunda y globalmente loco.

2) El eje voluntario / involuntario: Si antes la locura estaba emparentada con la ilogicidad del pensamiento, ahora lo que está en juego es la voluntad

o la falta de control sobre la voluntad. En el corazón de la locura se sitúa el juego de lo voluntario y lo involuntario, de lo instintivo y lo automático.

La psiquiatría se convierte en la ciencia y la técnica de lo normal. La regularidad de su dominio de análisis y aplicación es definida por la locura y el crimen en sus relaciones.

Si abordamos el hospital, una vez que el loco ha sido aislado de la familia, y nos interrogamos acerca de su capacidad terapéutica, nos encontramos con que la capacidad curativa del hospital radica simplemente en su organización como hospital: la disposición arquitectónica, la organización del espacio, la manera en que se circula en él, el modo en que se mira y se es mirado. A partir de esto, nos muestra cómo se trata de los mismos principios que se hallaban presentes en la formalización del panóptico de Bentham: visibilidad permanente, vigilancia centralizada, aislamiento, punición incesante. El cambio radica en la punición, ya que la psiquiatría encuentra una alternativa, la coerción física, así da paso a la abolición de los instrumentos físicos de punición y control. Aunque se trata sólo de una alternativa de fachada con respecto del mecanismo profundo de punición que opera en el hospital. De hecho, nos encontramos con una maravillosa proliferación de nuevos instrumentos técnicos: la silla fija, la silla giratoria, la camisa de fuerza, el electroshock, los calmantes; que no son más que una tecnología específica que ejerce sumisión sobre el cuerpo del demente.

El sistema disciplinario asilar se justifica a sí mismo por su función terapéutica; Foucault (2006) se interroga precisamente acerca de la metodología y

alcances terapéuticos del asilo disciplinar. Comienza analizando que el núcleo de la locura es el error y la ilusión. Lo que define, en general, la posición de la época clásica al respecto. La única diferencia entre el error extravagante de los locos y otros errores, radica en que a estos últimos se los puede corregir mediante demostraciones. En el caso de los locos, en cambio, es necesario manipular la realidad, establecer una correlación entre la ilusión y la realidad, ofrecer un contenido real para la locura. Ahora bien, en el asilo disciplinarizado, en la psiquiatría asilar, el psiquiatra ya no será, como el alienista, el contrabandista de la realidad; va a pasar completamente del lado de la realidad. La tarea del psiquiatra, en el asilo, será asegurarle a la realidad “el suplemento de poder necesario” para que se imponga a la locura y le impida evadirse. Aquí, el error y la ilusión ya no constituirán el núcleo de la locura y la cuestión de la verdad; consiguientemente, ya no será planteada respecto de la locura, sino sólo a propósito del propio poder psiquiátrico. En este sentido, Foucault (2006) ofrece la siguiente definición provisoria de poder psiquiátrico: *“el poder psiquiátrico es este suplemento de poder por el cual lo real es impuesto a la locura en nombre de una verdad detentada, de una vez por todas, por este poder bajo el nombre de ciencia médica, de psiquiatría”*. Ya no es una conciencia objetivamente, por más analítica que sea, sino ciencia.

Es necesario tener presente que lo que se introduce como “realidad” en el psiquiátrico es la voluntad ajena, la del médico, los enfermeros, los vigilantes, el personal administrativo y los psicólogos. Un ejemplo de que la realidad pertenece a la institución, es la *anamnesis*, esa información proporcionada por el propio

paciente al médico durante una entrevista clínica con la finalidad de incorporarla en la historia clínica, consiste en mostrarle al loco que está enfermo y que en su centro existe un peligro.

Cada una de estas "realidades" permitirá definir en qué consiste el individuo sano. Éste debe ser portador de la ley del Otro, de la identidad propia, del deseo admisible, el individuo que inserta sus necesidades y obligaciones en el sistema económico.

Vale la pena preguntarse, ¿cuál es la verdad de la realidad en la psiquiatría?, ¿Existe realmente?; a partir del psicoanálisis podemos inferir que la realidad es una construcción imaginaria y simbólica de cada sujeto, pero, ¿qué espera la psiquiatría a partir de su supuesta verdad? Y ¿cómo obtuvo el ser merecedora de aquella?

La psiquiatría se constituyó como discurso científico, como ya se indicó anteriormente, tomando como referencia el discurso clínico o clasificatorio, es decir, buscando establecer una nosología de la patología mental; por otro, en relación con una anátomo-patología que planteaba la cuestión de la correlación orgánica de las enfermedades mentales. Sin embargo, la distribución de los enfermos en el espacio del asilo, el régimen al que estaban sometidos, las tareas que se les imponían, la manera en que se decidía acerca de su curación o de su carácter incurable; no tenían en cuenta estos dos discursos. Para Saurí (1969), "*estos dos discursos son una especie de garantía de la verdad de una práctica psiquiátrica que quería que la verdad le fuese concedida de una vez por todas y*

que nunca fuese cuestionada”. Según Foucault: “la razón de la falta de articulación entre el discurso verdadero y la práctica psiquiátrica se encuentra en la función de acrecentamiento del poder de lo real que define al poder psiquiátrico” (Foucault M. , Los anormales, 2008). El psiquiatra, en efecto, es quien debe conferir a la admitida realidad, la fuerza necesaria para apoderarse de la locura, atravesarla, hacerla desaparecer. Es la conciencia enunciativa de la locura.

*“En suma, si ustedes quieren, la psiquiatría decía: contigo que eres loco, yo no plantearé la cuestión de la verdad; pues yo misma detento la verdad en función de mi saber, a partir de mis categorías, y si yo detento un poder respecto de ti, el loco, es porque poseo esta verdad. En este momento la locura responde: si tú pretendes poseer, de una vez por todas, la verdad en función de un saber ya constituido, bien, yo, yo voy a plantear en mí misma la cuestión de la mentira. Y, consiguientemente, cuando tú manipules mis síntomas, cuando trates con lo que tú llamas la enfermedad, caerás en la trampa, porque habrá, en medio de mis síntomas, este pequeño núcleo de oscuridad, de mentira por el cual yo te plantearé la cuestión de la verdad”.*  
(Foucault, El Poder Psiquiátrico, 2006)

Es de esta manera como el “loco” se escapará de las redes de la psiquiatría. Redes tejidas por el control y la disciplina, que buscan sesgar el medio de acción de los sujetos para dar beneficio al control. Por esto, el poder psiquiátrico tendrá que funcionar como un intensificador de la realidad, en términos de Foucault, como *un suplemento de fuerza*, que se adiciona a la

realidad con la finalidad de adueñarse de la locura, de imponérselo y, por esta vía, logra la anhelada y mítica curación. Para describir los mecanismos de este suplemento de poder, Foucault enumera las estrategias del poder psiquiátrico:

1. *Disimetría disciplinar*: es la demostración inicial de fuerza que consiste en el primer contacto entre el médico y el loco, el primer acto del ritual psiquiátrico que marca una diferencia de poder: el médico que reprende al loco por su discurso y su conducta, y lo obliga a escucharlo. Toda la realidad está concentrada en la voluntad omnipotente del psiquiatra y se busca establecer en el padeciente<sup>2</sup> un estado de docilidad y debilitar la locura.
2. *Reaprender el uso imperativo del lenguaje*: Se basa en combatir la locura obligando mediante diversos tipos de "terapias" a reaprender el significado de los términos (o cosas), leer libros, recitar versos, pintar cuadros, en resumidas cuentas, que el enfermo no esté absorbido por el pensamiento de la locura, que se aleje de ella mediante las actividades previstas en el hospital. Pero sobretodo, se busca que el enfermo se vuelva accesible a todos los usos imperativos del lenguaje. En estos ejercicios en torno al lenguaje, no se trata de combatir la falsedad con la verdad, la enfermedad con la salud, la realidad con la ilusión (¿o será al revés?), sino de imponer el lenguaje del asilo; el lenguaje del nuevo amo, el saber. Esto nos demuestra que la acción o intervención psicoterapéutica es performativa.

---

<sup>2</sup> Silogismo entre paciente y padecer

3. *Organización de las penurias y de las necesidades:* Anteriormente se señaló que el Hospital es una institución total y que ella debe encargarse de las necesidades de sus habitantes desde su nacimiento hasta su muerte, entre ellas tenemos el uniforme, la alimentación racionada, la pérdida de voluntad en los talleres donde los obligan a trabajar. Pero, sobre todo, en el modelo asilar adoptado por los hospitales psiquiátricos, se trata de la organización de la carencia de la libertad “...en este estatuto materialmente disminuido respecto del mundo real, de la vida fuera del asilo, el enfermo va a reconocer que él también está en un estado de insatisfacción, que su estatuto es un estatuto disminuido, que no tiene derecho a todo y que, si le faltan determinadas cosas, es porque está enfermo” (Foucault, El Poder Psiquiátrico, 2006).
  
4. *Imposición de una identidad estatutaria:* es necesario que el padeciente cuente su vida e incluso que la institución la ponga por escrito: nombre, lugar de origen, edad, oficio, lugares y períodos de internación. Es necesario abrochar la particularidad del loco a una identidad social. “Pero ustedes se dan cuenta de que esta verdad no es la de la locura hablando en su propio nombre, es el enunciado de una locura que acepta reconocerse en primera persona en una determinada realidad administrativa y médica constituida por el poder asilar. Y en el momento en que el enfermo se haya reconocido en esta identidad se cumple la operación de verdad” (Foucault, El Poder Psiquiátrico, 2006)

5. *La des-hedonización de la locura*: La psiquiatría debe encontrar la manera de destruir el placer del síntoma, reemplazándolo por el placer de la cura. El enfermo puede integrar el tratamiento a su locura por la vía del placer y, de este modo, aceptar el tratamiento sin quejarse. Así la institución, para dismantelar la posible conexión entre el tratamiento y el placer de la locura, agregará al tratamiento algunos elementos particularmente dolorosos como medida pedagógica, sin embargo el verdadero alcance de esta pedagogía resulta servir al modelo familiar.

*“...creo que es necesario hablar de una tautología asilar, en el sentido de que el médico se da por el propio dispositivo asilar determinado número de instrumentos que tienen esencialmente por función imponer la realidad, intensificarla, sumar a la realidad este suplemento de poder que le permitirá atrapar la locura y reducirla y, entonces, dirigirla y gobernarla... son los suplementos de poder por los cuales la realidad, gracias al asilo y por el juego del funcionamiento asilar, podrá imponer su apropiación a la locura. Pero, se dan cuenta y es en este sentido que hay una tautología de que todo esto no es simplemente un suplemento de poder agregado a la realidad, es la forma real de la misma realidad. Estar adaptado a lo real, ... querer salir del estado de locura es precisamente aceptar un poder al que se lo reconoce como imbatible y renunciar a la omnipotencia de la locura. Cesar de estar loco es aceptar ser obediente. Es poder ganarse la vida, reconocerse en la identidad biográfica que se les ha formado, es dejar de encontrar placer en la locura” (Foucault, El Poder Psiquiátrico, 2006)*

Por lo tanto se puede observar que existe una distancia entre el saber médico y las prácticas del médico psiquiatra en el ámbito asilar. Por un lado, como ya se dijo anteriormente, la distribución de los locos en el asilo no sigue la taxonomía de las enfermedades; por otro, la medicalización es utilizada no como terapia sino como técnica de "dirección". En definitiva, no es fundamentalmente el saber médico, el que se hace presente en el asilo a través de la persona del psiquiatra, la marcación médica en el hospital es esencialmente la presencia del médico, mejor dicho su omnipresencia, al asimilar el espacio asilar al cuerpo del psiquiatra; ya que toda terapia comienza con la presencia en persona del psiquiatra y la arquitectura del asilo está calculada para que el psiquiatra pueda estar virtualmente en todas partes y en comunicación directa con todas las unidades de la administración del asilo.

La psiquiatría con sus estrategias es a la vez una intervención terapéutica y una forma de dirigir, administrar y controlar al personaje conocido como loco. El psiquiatra dirige el funcionamiento del hospital y de los individuos, por eso resulta indispensable hablar sobre su saber para comprender el manejo de la institución. Esta dirección consiste en imponerse sobre la locura y su personaje, la única forma que tiene es la práctica de la sumisión mediante técnicas disciplinarias que para darles fundamento médico se conocen como terapias. El hospital es similar al resto de instituciones totales, sin embargo su especificidad es su justificación bajo su función terapéutica, por la presencia de una rama (torcida) de las ciencias médicas, que conecta la disciplina con la medicina.

En cuanto a cómo obtuvo el ser merecedora de aquella verdad. En primer lugar, la psiquiatría, como ciencia y poder de lo anormal, se pudo conectar con toda la serie de regímenes disciplinarios que se forjaron desde el inicio del capitalismo, y va a encontrarse en la obligación de definir las relaciones que puedan existir entre el anormal y la sociedad; pero sobre todo es quién se hizo cargo de aquello que la familia extendida desechaba. En segundo lugar se da, como se indicó anteriormente, por instaurar la relación y las diferencias entre la locura y el crimen. A partir de esto, todo loco es un posible criminal, así la psiquiatría se funda como práctica en la defensa de la sociedad y no en la verdad. Sin embargo su argumentación califica la locura como patología

*“Esto significa que la prueba psiquiátrica es una doble prueba de entronización. Ella entroniza la vida de un individuo como tejido de síntomas patológicos, pero ella entroniza sin cesar al psiquiatra como médico, o la instancia disciplinaria suprema como instancia médica” (Foucault, El Poder Psiquiátrico, 2006)*

El interrogatorio, que es un procedimiento disciplinario mediante el cual el demente reconoce su identidad social, tiene su función en dar cuerpo a una enfermedad que no lo tenía; y en torno a esta enfermedad y a este poder, indicarla como esa enfermedad constituye un campo de anomalías que fabrica los síntomas a partir de un pedido y finalmente, define un núcleo patológico que muestra y que actualiza los elementos que caracterizan la actividad del diagnóstico diferencial en la medicina orgánica. Es el nivel en el que

efectivamente, por un juego de pases, de intercambios, entre el psiquiatra y el padeciente, se tendrá la realización de: una conducta como locura, la locura como enfermedad y, del guardián del loco como médico

El poder psiquiátrico ¿podrá finalmente atrapar este cuerpo que se le escapaba si ya desde la anatomía patológica no había sido nunca capaz de dar cuenta del funcionamiento y de los mecanismos de la locura?

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Habiendo estudiado el sistema de los hospitales psiquiátricos en el Ecuador y el saber psiquiátrico en torno a la normalización de los individuos, viene la pregunta ¿qué haría un psicólogo clínico en el espacio totalizante del hospital psiquiátrico y cómo llevaría a cabo su práctica? Más que de la práctica clínica se debería hablar de una práctica ética, aunque sabemos que las dos están ligadas bajo el mismo filamento de la praxis. Sin embargo, la inserción social de la praxis en una estructura social en particular, lleva a una posición acerca de la interrogante de ¿qué es la psicología? y conlleva a preguntar sobre el rol del psicólogo: por qué, para qué y para quién lo hace.

Responder remitiéndonos a observar lo que los psicólogos habitualmente realizan, es decir, a los manuales deontológicos; conlleva a quedar enraizados en la ideología de un discurso producido en el proceso de sujetación y del desconocimiento que implica la estructura que ha permitido el lugar donde pueda desempeñar su papel.

Por ende, lo siguiente no será más que una interpretación acerca del “saber-hacer” del psicólogo en los dispositivos de atención psicológica dentro de los hospitales psiquiátricos; y es necesaria la historia y la genealogía para comprender el espacio en el cuál es llevada a cabo la práctica. Como cualquier otro dispositivo, éste representa un conjunto de saberes que generan reglamentaciones en torno a una problemática, logrando responder ante la

demanda que se hace presente. Demanda que viene por parte de la institución, que enmarca lo que el rol es.

*“una serie de comportamientos o conductas manifiestas que se esperan de un individuo que ocupa un determinado lugar o status en la estructura social; lugares asignados que los sujetos vienen a ocupar y que les preexisten, lugar de un sujeto ideológico. Conductas que no son producto de decisiones individuales o autónomas sino que responden a las normas y expectativas asociadas a ese lugar que se viene a ocupar y que son internalizadas en el proceso de sujetación del individuo a la estructura.” (Benedito, 2005)*

El rol bajo esta perspectiva se encuentra en desbalance entre la demanda de la institución y la demanda del sujeto-objeto de la práctica. Desbalance en cuanto a su deber como psicólogos clínicos, quienes deberían ser un medio entre los requerimientos para la productividad de los diferentes establecimientos y el malestar que aqueja al sujeto, por el cual es requerida la asistencia psicológica.

Lastimosamente, la psicología se ha vuelto una práctica conformista quizás a partir de la mitad del siglo XIX, al intentar llevarla al nivel de la ciencia conformada a la conveniencia social; es decir al discurso del amo, al afán de adaptarse al discurso del amo, a su lenguaje, a sus políticas de salud, y a sus fines perversos de gobernar. Donde la clínica y la ética no importan, sino los

proyectos que puedan realizarse, usando el saber para burocratizar la psicología en pos de una supuesta productividad que otorga al administrador su saber.

En sí, el inconveniente no es que las instituciones pidan la ayuda psicológica, el problema radica en que lo disfrazan de interés y búsqueda de bienestar personal. La demanda institucional, en un espacio reglado por la psiquiatría, va por el lado de la uniformización de los individuos, el querer que todos cumplan la norma ideal. Al salir de la norma siempre buscan etiquetas o significantes amo identificatorios con las cuales entender la situación que aqueja al saber y a la institución, ya que la dinámica misma de las instituciones así lo requiere; y en esencia lo que logrará con este saber es generar reglamentaciones o prohibiciones, reestructurando los mecanismos de control. Sin embargo, no hay un escape al respecto del rol que se asigna en las instituciones; aún peor en las totales, donde el aspecto de la violencia simbólica sobre los sujetos que se ejerce es mayor, como hemos podido resaltar anteriormente.

Para Gloria Benedito, la posibilidad del rol del psicólogo radica en conocer el rol asignado. No abolirlo, sino desenmascarando lo que es posible de asumir y lo que no, a partir de una decisión ideológica y política, no científica, que toma lo que cada uno considere éticamente adecuado de lo que no lo es. Abriendo la posibilidad de una praxis diferente.

Aquí entra en juego la propia subjetividad del psicólogo donde deberá diferenciar la ética, de los manuales deontológicos de la praxis, introyectando las pautas dadas. El rol posible, a partir del trabajo en un hospital psiquiátrico, entra

en lo que Bataille denomina la *transgresión*, ya que ésta no implica salir de los límites de lo permitido, entrando en lo prohibido, sino rondar los linderos, encontrar los pequeños espacios fuera de la vigilancia y del control, contemplando la demanda de la institución y la demanda del paciente, si es que hubiese.

En conclusión, el trabajo del psicólogo en los hospitales psiquiátricos, consiste en conocer el rol que se le designa, como orden del encargo social, sin intentar superarlo o abolirlo, sino llegar a un “acuerdo”; aprender a reconocer la institución y su demanda a los profesionales que la conforman, sobre todo en su dimensión de dominación, para con base en éste reconocimiento fundamental tratar de articular un *modus operandi* que dependerá del psicólogo; el lugar y la función que le va a dar a su espacio de trabajo. Debido a que el psicólogo y su lugar de trabajo en las instituciones puede convertirse en un arma para la dominación y el control en la dinámica del bio-poder, o en el saber cómo herramienta del discurso del amo, es necesario tratar de que éste pueda ser el único lugar donde la particularidad sea posible, donde pueda aparecer o emerger ese sujeto silenciado por la historia.

Para finalizar, como recomendaciones, de acuerdo a la investigación realizada en la presente tesis, se considera necesario para la formación del Psicólogo Clínico:

- 1) Potenciar y desarrollar investigaciones en diversos tipos de instituciones, a partir de la historia y las dinámicas de la institución.

- 2) Que se permita a los estudiantes de pre-grado un mayor acercamiento con diversos profesionales del ámbito de la salud y de esta manera fomentar el ejercicio multidisciplinar.
- 3) Conocer y poner en práctica una ética profesional, no deontológica originada en la teoría y la reflexión sobre la experiencia clínica, a partir del estudio de las instituciones en las que se trabaja.

## REFERENCIAS

- Benedito, G. (2005). Rol del Psicólogo: Rol Asignado, Rol Asumido y Rol Posible. En N. comp. Braunstein, *Psicología, Ideología y Ciencia* (págs. 403-419). México: Siglo XXI.
- Boloña Rodríguez, E. (1988). *Orden y actualidad de la Junta de Beneficencia*. Guayaquil: Maxigraf.
- Casares, F. (1973). Anecdotario del San Lázaro. En F. Tello, *Más allá de la simple receta* (págs. 183-204). Quito: Fray Jodoco.
- Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Diario Expreso. (26 de Marzo de 2010). El octogenario psiquiatra pionero del electroshock. *La peculiar historia del Dr. Gerardo Delgado Moncayo*, pág. 3 Guayaquil.
- Endara, J. (Abril-Junio de 1954). Nulidad del Matrimonio. *Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, II(6), 220-227.
- Foucault, M. (1998). *Dits et écrits III (Traducción Parcial)*. París: Paidós .
- Foucault, M. (2006). *El Poder Psiquiátrico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la locura en la época clásica, Tomo I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la locura en la época clásica, Tomo II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010). *Defender la Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2004). Internados. En E. Goffman, *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- JCAP. (1924). *Informe del Director de la Junta Central de Beneficencia de Quito al Sr. Ministro del ramo. (1923)*. Quito: Imprenta de Julio Sáenz.
- Landázuri, M. (2008). *Salir del encierro*. Quito: Banco Central.