

PODER Y LOCURA

PODER Y LOCURA

MENTHOR D. SANCHEZ GAMBOA

Ediciones
Abya-Yala

Quito - Ecuador
1997

PODER Y LOCURA

Ménthor D. Sánchez Gambóa

Primera edición:	Ediciones Abya-Yala. Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson Telf. 506-247 / 562-633 / 506-251 Fax: 506-254 e-mail: abyayala@upsq.edu.ec http://www.upsq.edu.ec
Foto portada:	© Diego Cifuentes
Ilustración de Portada:	Rodrigo Lagos Diego Cifuentes
Auto edición:	Abya-Yala Editing
ISBN:	9978-04-325-X
Impresión:	Sistema DocuTech Quito-Ecuador 1997

INDICE

Prólogo	9
Introducción.	11

CAPITULO I CONSIDERACIONES TEORICAS

I. La institución psiquiátrica.....	19
II. Poder y Gobernabilidad	22
III. El discurso	24

CAPITULO II EL HOSPICIO O CASA DE RECOGIMIENTO EN LA COLONIA: 1786-1810

I. La unidad de lo político y lo religioso	29
II. Los mecanismos del poder	32
III. Detención y adaptación al encierro	34
IV. El aparato jurídico religioso	38
V. La ocupación conventual.....	42
VI. Economía y administración institucional	43
VII. La estructura del poder y su alcance político.....	46

CAPITULO III EL HOSPITAL EN LA EPOCA MODERNA: 1996

I. La singularidad psiquiátrica y el poder	53
II. La institucionalización de la pobreza	57
III. Los mecanismos de la detención	62
IV. El régimen institucional	69
V. La fetichización de la subjetividad.....	70
VI. La práctica religiosa	73

VII. La práctica laboral	76
VIII. El uso del tiempo libre	78

CAPITULO IV
SABER Y PODER

I. El aparecimiento de las profesiones.....	83
II. La psiquiatría y sus procedimientos	86
1 <i>Estructura de dominación y mortificación corporal</i>	93
III. Psicología y religión.....	96

CAPITULO V
LA SOCIEDAD COLONIAL Y MODERNA

I. La concepción de los pobres y el Estado	105
II. El orden disciplinario y el accionamiento productivo	113
III. Accionamiento subjetivo y características del Cuerpo alienado	119

DEDICATORIA

*Este trabajo está dedicado a todos los locos
que luchan y sueñan por alterar, transgredir y
revertir este orden social dominante, por otro
más justo y humano.*

MENTHOR S. G.

PROLOGO

Este trabajo es un pequeño acontecimiento dentro de las ciencias sociales y humanas, tiene que ver con diversas prácticas y saberes a los que ha estado sometido el hombre, para ello parte del análisis e investigación de la locura, de sus actores principales y de su institucionalidad; creo ante todo, que el objeto de este trabajo es el estudio del poder y la subjetividad en la sociedad colonial y moderna, para lo cual si bien he partido desde la institución psiquiátrica no he perdido de vista su relación con la sociedad y el Estado capitalista.

Me parece también que he logrado producir algunas categorías diferentes para abordar el problema político de la subjetividad y la singularidad, sin embargo siento que es un proceso que recién empieza o que continúa gracias al esfuerzo de los grandes representantes de la modernidad como C. Marx, S. Freud y F. Nietzsche.

También este trabajo trae una crítica para todo ese saber formalizado y anclado en viejos esquemas y formulas, que ha hecho del conocimiento una propiedad privada, un círculo hermético en cuyo espacio se debate por mantenerse como un viejo dogma; en este sentido estas páginas están llenas de alteridad y cuestionan la praxis de la sociología, el psicoanálisis, la psicología, la psiquiatría y el derecho, desde sus propias categorías y análisis clásicos acerca del individuo, la locura, la subjetividad, el saber, la institución – Estado y el poder.

Finalmente, este acontecimiento se verá enriquecido cuando el lector o los lectores sociales que trabajan con esta problemática o en algo afín, puedan multiplicar el esfuerzo y profundizar en el análisis con la única finalidad de cambiar la realidad en la que están trabajando.

Quito, septiembre de 1997.

El Autor.

INTRODUCCION

A primera vista el tema parece remitir al origen y a la historia de las instituciones psiquiátricas y por tanto, al origen e historia de la locura; sin embargo éste no es mi propósito, pues no pretendo llegar a descubrir un supuesto origen de un determinado acontecimiento social, ni a estudiar históricamente a la institución psiquiátrica; de lo que se trata, es de concebir a la institución como un hecho íntimamente ligado a los procesos sociales o históricos, en donde tuvo un comienzo o fundación como tal.

Si bien, la institución psiquiátrica pareciera remitir directa y sensiblemente a un campo estrictamente sanitario, tampoco la preocupación central de mi tema se refiere a esto; aunque teóricamente dicha institución se relacione con determinadas prácticas y discursos (médico, psiquiátrico, psicológico, etc.), y en su fin aparente aparezcan como verdaderos centros que se dedican al tratamiento, recuperación y rehabilitación de una determinada patología y a la reinserción social del enfermo, no es esto lo que se persigue, lo que interesa en un primer momento, es delimitar nuestro tema que gira alrededor de la institución psiquiátrica o sea, a la institución que trabaja con la locura.

Ahora, si bien el tema se centra alrededor de dicha institución, su definición es: *El poder y la locura*, porque concebido así, permite abordar a la institución psiquiátrica como parte y producto de nuestra sociedad y facilita estudiar a la institución en su proceso de desarrollo y cambio, es decir, permite ir reconstruyendo a la institución en sus diversas formas y matices institucionales que ha ido adquiriendo como un producto histórico; finalmente, me parece que tal como está planteado el tema, facilita la observación y explicación dinámica de una serie de acontecimientos sociales de

diversa complejidad, ya sean políticos o culturales, etc., que sin duda vienen muy entramados entre sí.

Si tenemos en cuenta que en la institución psiquiátrica atraviesan una serie de hechos importantes, entonces *¿Cuál sería el problema fundamental a investigar? ¿Cómo enunciarlo?*

¿Y desde qué perspectiva o campo se piensa abordar?

Si empezamos por la última interrogante, diremos que nuestro campo de análisis parte desde lo político, lo cual no excluye la articulación con otros ámbitos, como el económico y cultural.

A partir de esto he ubicado a la categoría *poder* como el eje fundamental que va a definir la problemática y he partido del supuesto inspirado por Foucault y por Bunge de que *el poder como realidad, atraviesa toda la estructura social; esto es, el ámbito económico, político, ideológico, etc.*; de modo que el eje fundamental de nuestra problemática de investigación, son *las relaciones de poder institucional*, nos interesa ante todo, conocer y explicar, *¿Cuál ha sido y es la naturaleza del poder institucional y de qué factores ha dependido y depende en la vida del hospital psiquiátrico?*

Ahora bien, dado que tenemos conocimiento de que el Hospital psiquiátrico San Lázaro se fundó por un “principio de gobierno político y eclesiástico”¹, debemos tomar en cuenta este lazo político con el fin de derivar en dos hechos fundantes desde los cuales vamos a partir, a saber, el hecho político y el hecho religioso; ambos relacionados con un tipo de poder específico.

Para efectuar el análisis de estos dos tipos de poderes en una dimensión de conjunto y actualización, hay que ubicarlos en la temporalidad y espacialidad, es decir, se hace necesario topar estos hechos en dos momentos de la existencia del hospital psiquiátrico, teniendo en cuenta los principales procesos de cambio y una posible configuración organizativo-espacial, producto de las mismas relaciones de poder.

Por ello, para cumplir con esta tarea he realizado dos cortes temporales. El primer corte hace referencia al apareamiento o fundación del hospital psiquiátrico San Lázaro en 1786. De esta etapa bien se podría extraer una configuración histórica de aquella institución, las formas de control, algunos hechos o elementos que permitan entender y explicar el poder institucional, etc.

El último corte o actual aborda a la institución psiquiátrica en el momento presente - 1996-. La intención de estos cortes es entender el ejercicio histórico del poder dominante en dos momentos de un mismo espacio institucional, ver sus semejanzas y diferencias, conocer sus alcances o límites.

Para proseguir, creo que se hace necesario saber, bajo qué tipo de relaciones voy a abordar a estos tipos de poderes. Al respecto me parece tener en cuenta las relaciones con el Estado e Iglesia por un lado, y las relaciones intra-institucionales, para esto último creo de valía tener en cuenta las acciones, el discurso, el saber y los intereses sociales de quienes están implicados con la institución, así como el tipo de organización institucional, etc.

He optado por el espacio institucional psiquiátrico, según creo, por ser un lugar marginal y porque pese a que forma parte de nuestra sociedad, hasta el momento no existe ningún estudio sociológico de la misma; sin duda estas no son razones suficientes ni de peso para justificar una investigación, pero considero que estudiar la problemática del poder en dicha institución, se vuelve un atractivo científico y social porque puede explicar varias características - hasta ahora olvidadas - de nuestra sociedad.

Tales características podrían estar relacionadas con una serie de normas y costumbres sociales, con varias prácticas y saberes empíricos y probablemente científicos. Se podría mirar el comportamiento del Estado y de los gobiernos en relación a una naciente Política Social, lo propio podríamos indagar de la Iglesia, etc.

Otra razón de ser de este trabajo, me parece que radica en la revisión y replanteo de los grandes problemas teóricos en el campo sociológico, me refiero al problema del poder (factores, ejercicio y efectos, etc.), de la subjetividad (no necesariamente del sujeto);etc. Diríamos al de la aplicación de los conocimientos sociológicos al campo institucional.

Finalmente, me parece decisivo llegar a establecer a través de esta investigación, un análisis que permita contrastar la práctica institucional psiquiátrica con un modelo de sociedad, que se dice, ha entrado en la modernidad.

En lo que respecta a otras sociedades, cabe mencionar que el interés ha sido muy fuerte y ha empezado desde mediados de la década del sesenta, con la despsiquiatrización, como diría Foucault, venida con la psicoci-

rugía (Babinski), la psiquiatría farmacológica y con el psicoanálisis (Freud).

Estos enfoques tratan a la locura como un hecho individual y reconocen el poder omnímodo del médico y psicoanalista, pero dejan en el olvido el problema institucional.

Es desde la línea antipsiquiátrica italiana (Basaglia), e inglesa (Laing, M. Jones, D. Cooper), desde donde se empieza a tocar el problema institucional de la locura; su ideología; se empieza a criticar el problema del poder del médico, los criterios de salud-enfermedad, etc.

Dentro de la sociología -del interaccionismo simbólico-, E. Goffman define a las instituciones sociales (hospitales, conventos, cárceles, etc.) como instituciones totales, en cuyo interior existiría un mundo totalmente diferente y ajeno al de afuera, en donde es visible la existencia de toda una cultura de la presentación del interno acompañada de una desintegración del yo, de un despojo del rol social, de sendos procesos de programación y reprogramación del sujeto, de acuciantes mortificaciones del yo, junto con una fragmentación del individuo y de sus actos.

Goffman plantea que el interno es sometido a un proceso de legitimación, en el que o bien acepta o bien rechaza el mundo del encierro, depende de esto para que entre en un sistema de privilegios; pero lo que si es seguro, es que al final el interno termina egoísta y desconfiado de la sociedad.

Desde la Filosofía, Foucault, ha desarrollado un extenso trabajo, relacionado con la Arqueología, la Genealogía, el poder y la subjetividad, partiendo casi siempre de la institución o el encierro.

El interés de su obra estaría relacionado con las diversas formas de racionalidad y objetivación de la subjetividad en la época clásica de la sociedad occidental, es decir, resumiendo, su interés radicaría en el estudio y análisis de las diversas formas de racionalidad, de poder y de subjetividad.

Según Miguel Morey, el pensamiento foucaultiano, ha desarrollado una ontología histórica y del presente en relación a la verdad, al poder y a la ética, que nos constituye como sujetos de conocimiento, como sujetos actuantes sobre otros y como sujetos de una acción moral respectivamente.

Por eso es que he optado en primera instancia tratar algunos conceptos y contenidos de la obra de M. Foucault, a fin de que el lector pueda familiarizarse con el tema en cuestión.

*“La raíz del hombre es el hombre...
La misma alienación no depende ni de un Dios
ni de la naturaleza, sino sólo de la relación del
hombre con otro hombre”.*

C. Marx.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES TEORICAS

I. LA INSTITUCION PSIQUIATRICA

Parece que desde que la humanidad tuvo conciencia del sufrimiento y dolor, a los sujetos portadores de este signo (loco) se los “encerraba”, así por ejemplo, en la Edad Media existían los “leprosarios” o lugares donde se les encerraba a los leprosos, luego a los incurables y a los locos. En el Renacimiento en cambio empezó toda una “peregrinación” de la locura en los campos y en los mares; aunque también se los encerraba en prisiones².

En el siglo XVII se mantiene el encierro, sólo que cambian las estructuras o formas institucionales, representadas por las “casas de fuerza”, “calabozos”, “casas de trabajo” y como hecho innovador aparecen los “hospitales”.

¿Por qué y para qué aparece el encierro?

El hospital aparece para los enfermos sin familia y por las enfermedades contagiosas. “El hospital que, en su forma más general, no lleva sino los estigmas de la miseria, aparecen al nivel local como una indispensable medida de protección. Protección de la gente sana contra la enfermedad; protección de los enfermos contra la práctica de la gente ignorante; es menester `preservar al pueblo de sus propios errores’; protección de los enfermos, los unos respecto de los otros”³ Más adelante en este mismo trabajo, se dice que hay que entender la protección social “como protección de la pobreza por la riqueza, y la protección de los ricos contra los pobres”⁴.

De esto podemos obtener una característica histórica del encierro institucional, esto es una medida de protección de la clase dominante contra las enfermedades de la pobreza y contra la miseria misma; de modo que protección y exclusión inauguran el gran encierro.

A estos hechos se agregan otros: “Desde el principio, la institución se proponía tratar de impedir la mendicidad y la ociosidad, como fuente de todos los desórdenes”. Eran medidas “tomadas desde el Renacimiento para terminar con el desempleo o por lo menos con la mendicidad”⁵

Con esto la institucionalización del encierro era una práctica de protección, exclusión y eliminación de un mal social que constituía el desempleo y la mendicidad, es decir, la eliminación de los pobres que están sin trabajo. “El internado será entonces la eliminación espontánea de los ‘asociales’”.⁶

“La época clásica utiliza el confinamiento de una manera equívoca, para hacerle desempeñar un papel doble: reabsorber el desempleo, o por lo menos borrar sus efectos sociales más visibles, y controlar las tarifas cuando existe el riesgo de que se eleven demasiado. Actuar alternativamente sobre el mercado de mano de obra y los precios de la producción”⁷

De esto se deduce que había una relación entre encierro y producción, o mejor, el encierro aparece como un lugar de reciclaje de las contradicciones de la producción industrial naciente; con esto la institución hospitalaria se convierte en centro de detención de todo aquel que sufre las consecuencias propias del capitalismo y de aquel que viola las normas del mercado, de modo que otra de las características es la de ser fuente de absorción-represión para el trabajador y los especuladores o comerciantes.

¿En qué condiciones sociales surge el encierro institucional?

La internación europea es una respuesta dada en el siglo XVIII, debido a una crisis económica, especialmente inglesa: descenso de salarios, desempleo, escasez de la moneda, etc. Quizás por eso “las primeras casas de internación aparecen en Inglaterra en los puntos más industrializados del país”⁸

Entonces los espacios de internación (casas de fuerza, casas de trabajo, hospitales, calabozos), en la época clásica y en el siglo XVIII aparecen en una crisis socioeconómica del capitalismo industrial manufacturero, son un efecto de estas crisis que generan serios problemas sociales.

Ante esto la solución que se planteaba consistía en la construcción de los muros para el encierro y en la detección de los desempleados o vagos para ser conducidos hasta allí.

¿Quiénes son los protagonistas o sujetos sociales responsables de la creación del encierro institucional y cuáles son sus intereses?

En historia de la locura, el hospital General aparece como un poder del rey, como una instancia del orden monárquico burgués aprobada y vetada por la Iglesia; en donde se mezclan “ los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres y en ritos de la hospitalidad, y el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir; el deber de caridad y el deseo de castigar”⁹

De modo que orden, asistencia y represión van a dar una configuración ética a la institución, relacionada con la proscricción, la descalificación y la condena social de la clase baja.

También se hace necesario tener presente, que la institución psiquiátrica implica una organización del lenguaje y del discurso sobre la enfermedad y el sujeto; además su apareamiento tiene que ver con el nacimiento de la medicina del siglo XVIII que parte del empirismo, el mismo que daba un valor hegemónico a lo que es percibido, en este caso, se trataba del órgano que se constituía en objeto del saber; de ahí que la mirada clínica sea clasificatoria por excelencia, pues, primero se divide al cuerpo y al órgano, luego al propio sujeto.

En esta práctica empirista la medicina ha incorporado el análisis de la dualidad como por ejemplo, la visión de lo sano-enfermo; del médico-paciente; saber-ignorancia, hechos que están matizados por una profunda concepción de una relación natural, de un tratamiento natural, de un lugar natural, de la enfermedad como algo natural, etc.

En este contexto hospitalario el médico juega un papel importante, ya que es él quién establece la relación con la enfermedad y el enfermo, adquiriendo por ello un papel técnico y económico en la repartición de auxilios; se adjudica un papel de vigilante y sancionador de la moral cuando en sus manos yace el poder de certificar quién viene, quién se queda y quién sale del encierro.

En este contexto, el hospital encarna varios principios; uno de distribución, esto es de la agrupación de la enfermedades por órdenes, tipos y especies. Otro principio es el de concentración de saber y poder, por la mirada, la palabra y la escritura del médico y porque de cualquier forma, el hospital tiene que ser compatible con los principios del liberalismo; en es-

te sentido, dice Foucault, la clínica está hecha de poderes, es como un Ojo que sabe, decide y rige sobre la vida institucional.

Ahora bien, el sentido del internamiento para la época clásica, es que la locura se ha convertido en la manifestación de no ser, es una práctica de la sinrazón, de la negatividad de la razón, en donde la locura se reconoce como nada y como la practica del no sentido; a esto se une el hecho de que el internamiento es la práctica y el símbolo de la abolición de la libertad de enfermos, mendigos y sujetos que han dado rienda a sus pasiones, especialmente a su apetito y desenfreno sexual.

Finalmente, diremos que para Foucault la práctica del encierro, es una práctica histórica que según su época tiene una o varias significaciones sociales muy relacionadas con la clase burguesa, su poder y con las contradicciones históricas de los procesos de producción, producto de lo cual, las instituciones o formas de confinamiento, son casi un efecto secundario en donde se conjugó las prácticas empíricas, un discurso de las positivities, un poder autoritario burgués y religioso que aterrizaron en la asistencia y beneficencia, así como en la condenación ética, social y productivas de los asilados, de cuyo sector el loco es el sujeto más enigmático y al propio tiempo el máximo representante del desorden, la represión y la muerte.

II. PODER Y GOBERNABILIDAD

Para Foucault el poder también es una construcción histórica, está dentro de lo que producen, hacen y dicen los hombres; dicho de otro modo, el poder atraviesa todo tipo de realidad o de relación social.

Para la implementación y mantenimiento del poder, los hombres habrían construido toda una *tecnología* del poder

“que determinan la conducta de los individuos, lo someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto”¹⁰.

De esto se deduce que el poder posee varias características, que tienen que ver con la determinación y constitución del sujeto, al mismo que le hace aparecer como objetivado.

Ahora, al decir de Foucault, el ejercicio del poder implica la gobernabilidad del sujeto: “Este contacto entre las tecnologías de dominación de los demás y las referidas a uno mismo es lo que llamo *governabilidad*”¹¹. De modo que las tecnologías son exteriores al sujeto y actúan dentro del mismo, sobre el cuerpo, el alma, los pensamientos o en cualquier forma de ser produciendo una transformación de sí mismos para lograr un supuesto estado de pureza, felicidad, sabiduría o inmortalidad. También el ejercicio del poder implica la resistencia, el rechazo o el alzamiento de rebeliones en potencia.

Estas luchas son transversales, es decir, no se limitan a una forma de gobierno política o económica particular; son luchas inmediatas, porque se ejerce la acción sobre los individuos y porque no se busca al enemigo principal sino al enemigo inmediato. Son luchas que se oponen al gobierno de la individualización y al de la totalización; se oponen a los efectos del poder vinculados con el saber, la competencia y la calificación.

Se puede decir que hay tres tipos de luchas: “las que se oponen a las formas de dominación (étnica, social y religiosa); las que denuncian las formas de explotación que separan a los individuos de lo que producen, y las que combaten todo aquello que ata al individuo a sí mismo y de este modo lo somete a otros (luchas contra la sujeción, contra las formas de subjetividad y de sumisión)”¹²

Finalmente, en lo que respecta al ejercicio del poder, éste “se ejerce sobre la vida cotidiana inmediata que clasifica a los individuos en categorías, los designa por su propia individualidad, los ata a su propia identidad, les impone una ley de verdad que deben reconocer y que los otros deben reconocer en ellos”¹³.

En cuanto a los tipos de poder, Foucault habla del poder político y del poder pastoral; éste último implica el conocimiento del rebaño, la atención individual, dicho conocimiento se relaciona con las costumbres, las normas y las leyes divinas. Su fin es la salvación individual, para lo cual se necesita del cumplimiento irrestricto de una serie de principios como son la dependencia absoluta con el pastor, la obediencia total a sus postulados, la dirección de las conciencias y la mortificación del cuerpo y del alma.

En cambio el poder político, lo que trata de hacer es asociar y conciliar las diferentes posiciones de la opinión pública, para preservar la uni-

dad de la ciudad, es decir, busca mantener la unidad entre lo uno y la multitud.

El poder político se desarrolla en el seno del Estado y se ejerce sobre los sujetos civiles; mientras que el poder pastoral se desarrolla en el seno de la Iglesia y se ejerce sobre las almas individuales. Ambos forman un tipo determinado de racionalidad complementaria.

III. EL DISCURSO

En el Nacimiento de la clínica Foucault ha dicho que el discurso del médico es el de la concentración de saber y poder; para él todo lo visible es enunciable, todo órgano puede ser reducido a sus partes y toda parte puede ser re-constituida en el órgano; por tanto, el saber objetivo se extrae de la relación visceral, de los líquidos, de los huesos, de sus intersticios. Es un saber que conoce de la enfermedad y del enfermo, pero que el costo de dicho conocimiento ha sido el de volverle al sujeto un objeto o una cosa.

La percepción pura del hecho fisiológico y patológico, percepción exacta y justa dentro de los límites de lo temporal y espacial, conduce a sostener una verdad esotérica, que sólo el médico es capaz de acceder, verdad que separa y fragmenta al sujeto y al objeto; es una verdad que se inscribe en el lenguaje y en la palabra.

Por la concentración y administración de este saber, el psiquiatra aparece como un sujeto de poder, tiene poder de acceso a lo indecible, a lo innombrable, tiene poder sobre el dolor y el sufrimiento, tiene poder sobre la vida y la muerte; es él quién certifica lo que es la muerte y quién pasa a ella.

Si el discurso del médico era un poder, la locura, el alma misma del saber, quedó atrapada en el universo del discurso, se sometió a la palabra clasificadora; de ahí se vio atada a prácticas de la condenación religiosa y disciplinaria, a una ética liberal de la marginación y de asociación con la delincuencia, la prostitución, los vagabundos y los vagos. Era lo prohibido, el mal, la nada, la fascinación y el símbolo de la muerte.

El discurso de la locura no solo que es una práctica de la sinrazón, es la razón misma, es otra forma de razón, es una manifestación de ella; es un

rompimiento del orden lógico que trae una alteración de sentido, es la práctica de la diferencia con respecto al Otro ordenado y adaptado. Si bien la locura es la práctica del error y azar y la manifestación del ser y no ser; el discurso delirante se constituye como una ruptura del orden social imperante y como un corte de una realidad dominante.

Si tenemos en cuenta este análisis, vemos que para Foucault no existe ningún discurso fuera de las relaciones materiales que lo estructuran y lo constituyen, de modo que el discurso aparece como una práctica discursiva y no discursiva, aclarando que por práctica no se entiende a la mera actividad del sujeto, sino que designa la existencia objetiva y material de ciertas reglas a las que se somete el sujeto desde el momento en que arranca su discurso.

Si el discurso es una práctica lo que interesa no es el discurso en sí mismo, en su pura connotación lingüística, interesa sobre todo sus relaciones discursivas y sus regularidades discursivas que se encarnan en la cotidianidad y en las instituciones de todo tipo.

De esto resulta que el saber está constituido por las prácticas discursivas y no discursivas, es decir por un tipo de saber oficial y reglamentado y por otro común y general.

Notas

- 1 M.C. Freile. S. Toscano. Práctica de salud en el hospicio y manicomio San Lázaro. 1985, p. 159
- 2 M. Foucault. Historia de la locura en la época clásica. pág. 23. Fondo de cultura económica. México 1992
- 3 M. Foucault. El Nacimiento de la clínica. p. 68,69. Siglo XXI. México 1987
- 4 Idem. p. 124
- 5 M. Foucault. Historia de la locura en la época clásica. p. 102. Fondo de cultura económica. México 1992
- 6 Idem. p. 126
- 7 Idem. p. 111
- 8 Idem. p. 107
- 9 Idem. p. 86
- 10 M. Foucault. Tecnologías del yo. p. 48. Paidós. Barcelona 1990
- 11 Idem. p. 49
- 12 M. Foucault. El sujeto y el poder. p.7. Revista mexicana de sociología. # 3. 1988
- 13 Idem. p.7

CAPITULO II

EL HOSPICIO O CASA DE RECOGIMIENTO

EN LA COLONIA: 1786-1810

I. LA UNIDAD DE LO POLITICO Y LO RELIGIOSO

En la realidad misma están presentes una diversidad de hechos y situaciones sociales, unas más importantes que otras, dependiendo de la óptica con la que se mire; así también, en toda investigación coexisten y aparecen una multiplicidad de realidades, hechos que son decisivos y complementarios para el análisis.

En este sentido, la investigación tiene que ver con dos momentos importantes en la existencia del hospital psiquiátrico. El uno se relaciona con el momento mismo de la fundación, esto es en 1785 hasta 1812; el otro analiza su situación actual.

El primer período se remonta a 211 años atrás, al comienzo de su funcionamiento, es por eso que esta etapa nos ha exigido realizar un trabajo de archivo para poder ubicar los documentos existentes y que pueden ser básicos para el análisis; al respecto he tomado en cuenta:

- El Acta de Fundación emitida el 15 de Marzo de 1785.
- El Reglamento interno de 1786.
- El inventario de 1810 de la hacienda de San Isidro de Chimburlo.
- Varios escritos dirigidos en 1812 por el Administrador Gabriel Soria al obispo.

Esta primera parte del trabajo abarca 27 años, tiempo que se forma porque los documentos encontrados pertenecen a esa época y son los que nos pueden dar una idea más integral de esta institución en la Colonia.

Estos documentos nos remiten a hechos que tienen que ver con la Fundación del Hospicio¹⁴ en 1785, con sus características sociales, con el tipo de personas que ingresaban o con aquéllas que estaban a cargo de tal

establecimiento, con sus movimientos internos, etc., es decir, con las características institucionales del hospicio.

Ya para emprender el análisis una de las primeras interrogantes que nos surgen es comprender: ¿Qué factores explican la articulación del poder político y religioso y, cuáles son las características de esta relación?

Si empezamos a tener en cuenta estos cuestionamientos, lo que primero se lee en el Reglamento interno de 1786, es que la Casa de Recogimiento se fundó por “*principio de gobierno político y eclesiástico*”, en cuyo hecho participaron dos instituciones y/o sectores; por un lado, el Presidente de la Real Audiencia y por otro, el obispo como representante de la Iglesia Católica.

Según lo escrito en este reglamento, la participación de estos sectores no era igual, sino más bien desproporcional; pues de parte del gobierno político, su representante aparece como una autoridad con múltiples funciones o responsabilidades políticas, sociales, económicas y militares, dado que era al mismo tiempo un representante del Consejo de su Majestad, Presidente de la Real Audiencia, Gobernador, Comandante General y Superintendente de la Real Hacienda.

Este hecho conduce a pensar que el Gobierno político participó en la fundación del Hospicio con una fuerte *concentración de poder*; mientras que la Iglesia Católica participó con su obispo y desde el terreno estrictamente religioso.

En esta articulación institucional y microsociaL existen algunas características iniciales que hay que resaltar; por ejemplo, el poder político aparece más fuerte que el religioso; el uno muestra mayor fuerza, autoridad civil y política; mientras que el poder religioso es limitado; pero ambos expresan una complementariedad en sus fines, aunque no necesariamente en sus medios o formas de instrumentalización. Una semejanza que muestran es que ambos están hechos para gobernar a la sociedad y a las almas de sus miembros y para emprender el control de un nuevo espacio institucional llamado Casa de Recogimiento.

Ahora, ¿Cómo se caracterizó esta relación ya en el funcionamiento mismo del Hospicio?

El Acta de Fundación del 15 de Marzo de 1785 y el Reglamento de 1786, indican que hubo un ejercicio a través de la creación de funciones,

asignación de responsabilidades y designación del personal idóneo, incluyendo al obispo, es decir, el poder político creó su representación institucional en el Administrador-ecónomo, Mayordomo y en el propio capellán con el fin de administrar y gobernar a quienes formaban parte del Hospicio.

En cambio, la Iglesia Católica también tuvo su representación, pero su designación, como se dijo, venía dado por el poder político, aunque su acción religiosa estaba basada en sus propios principios; podríamos decir, que este hecho ubica al poder religioso y a su ideología con una cierta autonomía en la gobernación institucional.

De modo que en la articulación de lo político con lo religioso ha jugado un papel decisivo la ideología que tenían los representantes de ambos sectores respecto de la sociedad, la familia y el individuo; en cuya concepción ha estado presente la moral y la fe, la decisión, el deber y la voluntad como los primeros ingredientes de la caridad religiosa y la asistencia social.

En lo que respecta al apareamiento del poder, diríamos que éste está profundamente relacionado con la naturaleza de las necesidades e intereses del hombre, de las clases y los grupos sociales; en este caso tales urgencias dominantes se ubican del lado del escenario político y religioso, los dos se han articulado para formar una *unidad política* y crear una estructura material en la que se concreta la realización de sus aspiraciones.

Estas necesidades y deseos son productos sociales e históricos, son relaciones de coyuntura y de búsqueda de consenso con otros sectores o sujetos sociales que comparten cierta afinidad en el proyecto de la casa de Recogimiento.

Ahora *el poder mismo yace en la capacidad real y material de sus actores para crear estructuras sociales o institucionales a su imagen y semejanza y se expresa en el hecho de controlar, ordenar y gobernar políticamente dicho espacio social*; de modo que el poder aparece como una relación concreta entre los hombres, pero *es una relación políticamente desigual entre la unidad de poder y las capas pobres, son formas de dominación o sujeción.*

II. LOS MECANISMOS DEL PODER

En aquel tiempo, ¿cuáles eran las características sociales y subjetivas de las personas que eran conducidas hasta el hospicio? ¿Y por qué se los llevaba a ese lugar?

“Los individuos que hoy se mantienen con decoro, honestidad y ocupación corporal en ella, eran antes la porción más infeliz, desechada y aun repugnante de los ciudadanos entre el bajo pueblo. Su género de vida errante y vagabunda, su ociosidad inseparable de la miseria en que estaban sumergidos; el desorden de sus costumbres su ignorancia de la Doctrina Cristiana; su inhabilidad, impericia, inaplicación a las Artes y ejercicio de la industria natural en que el Ser Soberano dotó a los hombres y aun a los brutos; su clamor importuno, con que hacían una especie de insulto y herida a la misericordia cristiana, en el secreto interior de las casas, en las plazas públicas, dentro aún de los templos y entre la solemnidad de nuestros más santos misterios, los hacían inútiles al Estado, gravosos al público e insufribles a la religión. El perjuicio que causan las gentes ociosas y viciosas, en cuya conservación se interesa la piedad, es la más veces irreparable, principalmente cuando los hombres perdidos se mezclan y ponen a la sombra de un cuerpo respetable en que hay individuos dignos de atención”¹⁵

¿Qué significa todo esto? Se puede empezar diciendo que para fines de siglo XVIII existía un tipo de racionalidad dominante, parecida a la sociedad occidental de uno o dos siglos antes de esta fecha, la misma que estaba ligada y dirigida por el poder político y que concebía la existencia de un tipo ideal de sociedad colonial, que debía estar hecha a imagen y semejanza de sus propulsores, pero que en cuyo paraíso no podían entrar los del *bajo pueblo* o por lo menos no estaban en los planes para ocupar determinados cargos públicos; y menos aún, no estaban preparados para gobernarse ni gobernar a la sociedad; sólo aparecían como escoria social, no eran, no tenían, ni aparecían como sujetos de derecho, no eran ciudadanos, se los veía más bien como objetos de la caridad, de la piedad y de la beneficencia, estaban en la sociedad para ser sometidos y dominados.

Con la cantidad de adjetivos impuestos a este sector, hay todo un *proceso de ideologización de la pobreza*, que consiste en estigmatizar, descalificar y condenarlos socialmente.

Se lo *estigmatizaba* como la parte mala, vaga y pecadora de la sociedad, que altera el orden público y obstaculiza los intereses del Estado y de la religión católica. Se lo *descalificaba* como seres útiles y productivos para sí mismos y para la sociedad, al propio tiempo que se los marginaba de ella y de la existencia de un supuesto paraíso celestial por su condición de vivir en el pecado, ya que a éste se lo asemejaba o se lo asumía con la pobreza misma; luego de estos procesos venía la *condena social*; así como hoy se nace condenado a pagar una enorme deuda económica externa; ayer, la pobreza era condenada por su condición de ser social por el hecho de ser explotada y ser producto de las contradicciones de la sociedad colonial bajo la responsabilidad del Gobierno y la Iglesia; ellos, la riqueza y la moral cristiana, la condenaban a la reclusión o al encierro como una obra gigante de su piedad y misericordia.

Hasta aquí estos hechos muestran que lo político y lo religioso se han fundido en la asistencia y hospitalidad a los pobres, en el deseo de limpiar la ciudad y de poner orden separando a los desordenados, a los de costumbres alteradas y a los viciosos de los buenos ciudadanos, porque el “libertinaje de espíritu atenta contra los principios fundamentales de una religión social...”; por ello “el gobierno puede siempre impedir la alteración de las costumbres públicas o la corrupción de las profesiones...”¹⁶.

En ésta sociedad rousseauiana como un mecanismo más, se implantó el criterio de *selección* entre la riqueza y la pobreza, luego entre los buenos ciudadanos y los malos o desadaptados.

Tal como sucedió en la sociedad occidental de fines de siglo XVII, la Iglesia estigmatizó a los pobres como un mal, los puso más cerca del Demonio que de Dios; sólo aquella pobreza que se sometía al encierro, al orden interno del hospicio y a su consiguiente castigo, tenía la posibilidad de ser salva, de beneficiarse de la caridad de la Iglesia y de las bendiciones de Dios.

Este proceso ideológico, al propio tiempo que funcionaba como un mecanismo de poder, se constituía en la base histórica, para en lo posterior emprender el camino de la criminalización de la pobreza no solo con

el apoyo del Estado y de un sector de la religión católica, sino también con el apoyo de las disciplinas ubicadas en el campo del Derecho y de la salud básicamente.

En el Capítulo 1 del Reglamento de 1786 se dice:

“Se han recogido y se recogerán en el Hospicio todos los pobres que se encontraron y se encontrasen mendigando y requiriendo limosna de cualquier traje, condición, sexo, edad, patria y naturaleza que fueren, sin distinción alguna”¹⁷

Esta cita muestra la *exclusión social y política* que fue objeto el denominado bajo pueblo, es decir, la práctica de la exclusión se convirtió en la eliminación histórica de la participación civil de cualquier acción organizativa en la que pudieran reclamar y defender sus derechos ciudadanos.

Pero, ¿por qué si la mendicidad es un producto de las propias contradicciones de la sociedad colonial, estaba penada su existencia?

En este sentido la institucionalización de la locura deja ver una contradicción social histórica del ejercicio del poder dominante, que consiste en el desarrollo de una práctica de la negación social, es decir, pese a que en la sociedad colonial existieron varios grupos, actores y sujetos sociales, la unidad política no permitía el apareamiento social y político de los pobres, no admitía ninguna forma de organización social que afecte sus intereses, al contrario, el poder deseaba reducir a una muerte social a todos aquellos que de cualquier forma violentaran el orden colonial.

De modo que *el poder real para gobernar ha tenido que diseñar y crear estrategias políticas para circular e imponer su ideología y someter a la pobreza*, además de legitimar su mirada social, sus procesos y sus acciones de poder.

III. DETENCION Y ADAPTACION AL ENCIERRO

¿Cuál era el procedimiento para el ingreso y qué características tenía? La orden del encierro venía dictada por el Presidente, el mismo que ponía a consideración a sus ministros y a la justicia, pero quienes se dedicaban exclusivamente a detectar y a apresar a los pobres, eran los párrocos y el ve-

cindario, es decir, el pueblo que estaba de acuerdo con esta forma de exclusión y encierro a la pobreza.

Una vez detectados y apresados se los ponía bajo las ordenes del Mayordomo, quién se encargaba de mandarlos directamente al encierro; luego el cura párroco certificaba el estado social y espiritual en el que se hallaban los internados.

Entonces queda evidenciada la participación del Estado revestido de una autoridad total en la emisión del decreto de captura y en la impartición de la orden para su ejecución.

De otro lado, la Iglesia Católica y una parte de la sociedad civil participaban cumpliendo y ejecutando ordenes del poder político; estos hechos marcan y develan la existencia de una organización política vertical que mantenía interés por gobernar y controlar directamente hasta en los espacios microsociales.

Ya en medio de los grandes muros y bajo los ojos del mayordomo y los porteros, podían existir hombres, mujeres y niños; pues en el capítulo 1 y 2 del mencionado reglamento, se les obligaba a los casados a vivir juntos sólo por la noche y en el día a pasar separados y si nacía algún niño era bendecido por el cura.

En esto el papel de la Iglesia era legalizar y santificar a los nuevos hombres de Dios y a las nuevas familias creyentes que se constituían en el interior del hospicio; todo niño que nacía ya tenía configurado su destino espiritual, confirmando de este modo, la transformación de una creencia exterior por imposición y fuerza, en una regla o costumbre familiar y social.

Estos hechos denotan los propósitos de la unidad política mediante la creación de sendos mecanismos legales y religiosos destinados a controlar el orden social barriendo a los pobres de la ciudad para concretar la redención social y espiritual de estos condenados a través de la institucionalización de una matriz social, legal y religiosa.

Una vez adentro los internos tenían asignado el camino para la *adaptación* mediante la imposición de varios mecanismos como el de *calificación* de la salud y de la habilidad para el trabajo, situación que conllevaba a su vez, una forma de *selección y clasificación* teniendo en cuenta la edad y el sexo. Por ejemplo, a los inválidos se los destinaba al reposo natural, a

los hábiles el Mayordomo les proporcionaba materia prima como algodón, lana y otros para que se dediquen a producir. Esto último era fuertemente reforzado por el cura o capellán, quienes sostenían la ideología de la religión católica, que decía que toda ociosidad y vicio era un pecado contra Dios; de ahí que el sistema de adaptación termina con la *inserción* de los más idóneos a la actividad artesanal.

Siguiendo con este análisis podemos preguntar: ¿Cuáles eran las formas de detención o cómo se lo hacía? En relación a esto, las principales formas de ingreso eran por *recogimiento* en el que participaban todo un equipo compuesto por la policía, los sacerdotes y una parte de la sociedad civil, éste era el método oficial y dominante que se tenía en aquel entonces. El otro método más accesorio y secundario era el ingreso voluntario.

Según esta acta eran encerrados los “sin domicilio, los desordenados”, los que no tenían “una instrucción en la doctrina cristiana”, lo de “costumbres abandonadas”, los que “No cumplen los preceptos de Nuestra Santa Madre Iglesia”, los que “no oyen misa los días festivos”, los que no comulgan “anualmente en cuaresma y pascua”. Los que piden limosna, los que realizan un “insulto piadoso en lugares como el templo”.

A todos estos sujetos, partiendo de su propia condición social y física se los ubicaba como pobres, mendigos, vagabundos e inválidos; sin embargo, en el artículo 4 del Reglamento dictado en Septiembre de 1786 por la Corona Española, se plantea que no hay que confundir los vagos y viciosos con los pobres, con el fin de poder enviarlos a trabajar en las obras públicas y en los obrajes por el tiempo que la justicia lo determine.

Este dictamen discriminatorio entre la pobreza deja ver que otro de los criterios principales para el ingreso era la calificación física o la valoración de la capacidad de la fuerza de trabajo; de modo que sino ingresaba al encierro, igual debía ser escogido y condenado a un trabajo forzado; su destino ya estaba configurado debía ir a quemar su fuerza física y psíquica para producir, pasando a ser un esclavo del sistema colonial por decreto legal.

Ahora, ¿qué se entiende por recogimiento y cómo se lo hacía? El recogimiento como la forma más frecuente de detención, aparece como el acto mismo de privación de la libertad individual y social; es una captura religiosa y política llevada a cabo en contra de la voluntad de aquellos que

desconocían o alteraban la ideología, las costumbres y las normas de la Iglesia Católica y de aquéllos que eran considerados peligrosos por tener otro estilo de vida diferente.

Si el recogimiento no era el ingreso voluntario, entonces debía ser un hecho violento o por la fuerza, de ser así, es probable de que los elegidos para el encierro hayan puesto resistencia, al respecto, un dato que apoya esto, es la existencia de las fugas de los internos que se señalan en estos documentos, es decir, no todo aquel que era condenado y encerrado se adaptaba a ese medio, al contrario quería escapar y huir de ese mundo.

Además debemos pensar que para realizar el recogimiento existía una orden expresa para la detención y el encierro, había todo un equipo para recoger o capturar a los pobres, los mismos que en ningún momento participaban de estas medidas ya que no era su decisión el crear el hospicio ni el ir a parar ahí.

Una vez encerrados los pobres, ateos y enfermos debían recibir una:

“vida racional y honesta, doctrina cristiana, frecuencia de sacramentos, policía, trabajo corporal y demás entretenimientos, que ocupándoles en el cuerpo y el ánimo, los hagan útiles a sí mismos y al público; y donde se les asista con lo necesario de comida y vestido, de suerte que no les falte lo preciso para mantenerse”¹⁸

Esto deja ver que las condiciones sociales de fines de siglo XVIII facilitaron la creación y agudización de una capa social pobre; por ejemplo, parecería que no existía una capacidad suficiente de empleo y que no se respetaba la libertad religiosa y cultural; lo cual, al parecer, fue condición necesaria para la implantación de modelos externos de solución a la pobreza y al desempleo, así nació el encierro, lugar desde donde podía regresar el interno cambiado, con una vida racional, esto es con buenas costumbres, *cristiano y trabajador*.

De otro lado en esta proposición aparece señalado el sentido mismo de la creación del hospicio; aquí se articula el ideal religioso con el fin político, esto es la transformación del pobre, hereje y vago e inútil, en un hombre temeroso de Dios, trabajador y útil a la sociedad colonial; entonces no sólo es la familia la que debe impartir valores y buenas costumbres,

sino que es el hospicio como institución la que debe corregir los males sociales e implantar una serie de normas y leyes institucionales para regular el comportamiento individual y social de los pobres.

IV. EL APARATO JURIDICO RELIGIOSO

DISTRIBUCION DE LA ACTIVIDADES DIARIAS

<i>HORARIO</i>	<i>ACTIVIDAD</i>	<i>RESPONSABLE</i>
5.30 a.m.	Levantarse	Capellán
5.30 a 6 a.m.	Aseo	
6 a 6.30 a.m.	Lectura sobre un devoto meditar, orar y confesar	
6.30 a 7 a.m.	Misa	Capellán
7 a 7.30 a.m.	Ejercicios corporales	Mayordomo
7.30 a 10 a.m.	Refectorio-comedor Lectura, bendición e imploración a la misericordia. Hombres a la derecha, mujeres a la izquierda. Comida	Capellán Mayordomo
11 a 12 p.m.	Reposo	
12 a 13 p.m.	Capilla. Lectura de catecismo romano	Capellán
13 a 14 p.m.	Regreso al cuarto	
14 a 17 p.m.	Trabajo artesanal	Mayordomo
17 a 18 p.m.	Refectorio-comedor. Lectura, bendición e imploración a la misericordia. Comida	Capellán Mayordomo
18 a 19 pm	Capilla, rezos a coros, actos de fe y caridad. Cánticos salve devota	Capellán
19 a 20 pm	Retiro, conversación honrosa y acostarse	Mayordomo

Fuente: Reglamento de 1786. Quito.

Biblioteca de la PUCE.

Elaboración: Ménthor Sánchez Gambóa.

Dentro de las actividades diarias, 4 horas y media se dedicaba al adoctrinamiento cristiano que incluía misa, lecturas de santos, rezos, bendición, actos de fe y caridad, imploración a la misericordia, etc.

¿Por qué del ideal cristiano de igualdad entre los hombres, del amor al prójimo, de la redención y salvación espiritual y material de la pobreza, la práctica colonial de la religión católica hizo de los pobres lo más execrable y agudizó su condición social, esclavizando sus vidas al dolor y al sufrimiento terrenal a cambio del paraíso que nadie conoce? ¿Por qué los voceros de Dios realizaban esta práctica, aún pervirtiendo su propia doctrina?

En la sociedad colonial la iglesia instituyó una maquinaria sociopolítica, un verdadero aparato de captura. Era el Santo Oficio el que emitía ordenes e imponía costumbres para normar el comportamiento de los indígenas y de la naciente capa pobre.

Según J. Londoño López y M. Laviana Cuetos, quienes han trabajado en un ensayo y en una investigación acerca de la sociedad colonial, el obispado de Quito y de otras regiones del país, en aquella época funcionó como un tribunal de justicia apoyado por el poder político; éste tribunal juzgaba como delitos graves la práctica religiosa andina, la sanación con medicina natural, se condenaba a los hechiceros, a quienes tenían un comportamiento sexual desordenado, es decir, a los que practicaban la poligamia, la infidelidad y la prostitución, también se perseguía a los amancebados, a los idólatras y a los borrachos.

Junto con la persecución venía la detención y la confesión se impartía el control de la intimidad del ser o de su vida misma, Londoño habla del control del estado civil, la situación económica y la vida afectiva.

Estos procedimientos eran practicados en forma violenta y “en caso de negativa de los indios a cumplir con los preceptos de la confesión y comunión anual ‘reducirá el cura a los rebeldes a la cárcel pública, con previo auxilio de la jurisdicción real, de donde no saldrán hasta que se hayan confesado para ir a comulgar a la iglesia”¹⁹

Pero, ¿Por qué era tan importante la confesión? La evangelización y la confesión introducida por imposición ideológica y desmovilización social y física a los indígenas, era un acontecimiento político en el que se cruzaban fines religiosos y afectivos que atentaban a la propia doctrina. Por

ejemplo, los curas se valían de la confesión para dar rienda suelta a su represión sexual y a la satisfacción de sus fantasías e impulsos primarios, es decir, rompieron y cambiaron el sentido de la relación cristiana, cometiendo una serie de atropellos y delitos que nunca fueron sancionados pese a la ruptura de sus propios reglamentos, normas, leyes y procedimientos.²⁰

En cambio, el fin político de la confesión estaba orientado al sometimiento, al dominio y al control de los indígenas y de algunos mestizos que ponían resistencia al poder religioso que buscaba homogeneizar las conciencias y los sentimientos dentro de un molde institucional de tipo ideal.

En definitiva por medio de la confesión se empadronaba a los ateos, se satisfacía las necesidades y los deseos sexuales reprimidos de la curia y se gobernaba a la colectividad india y mestiza con el fin de hacerles culpables pese a su inocencia.

De modo que el sistema colonial y sus representantes en el terreno político y religioso para proseguir en la expropiación de las tierras y del espíritu crearon un sistema judicial o un aparato legal denominado *adoctrinamiento cristiano*, que como hemos visto empieza con la detención forzada, luego con las técnicas de la confesión y el dolor, hasta finalizar con la sentencia y el encarcelamiento para el desgraciado.

Tal parece que una de las raíces del derecho penal lo constituye un cierto tipo de práctica y normatividad religiosa muy ligada a los intereses y a los deseos perversos de un sector de la religión católica secundado por el poder político.

Este derecho pastoral empírico tenía como código de procedimiento penal al discurso bíblico con una práctica invertida y tergiversada, era la doctrina de Dios aplicada desde la infinitud de los sentimientos, desde la compasión lasciva, desde las raicillas reseca de amor y llenas de odio y destrucción.

Su ministro titular de justicia era el obispo de Quito que tenía acceso al procedimiento penal luego de mucho tiempo de acaecido el hecho, el informe sumario, por decirlo así, le llegaba por correspondencia, y sólo dentro de su provincia podía tener un acceso directo.

El proceso pastoral constaba de dos partes, la acusatoria que era la iglesia y la acusada constituida por la población indígena y poco menos la mestiza, ellos no tenían defensa ante el tribunal y su autodefensa se com-

plicaba por que el desarrollo de la acusación se lo hacía en el lenguaje del acusador o extranjero.

Otra característica de la justicia pro-divina es su selectividad y parcialidad en el proceso, fueron juez y parte. La sensibilidad y el sufrimiento del acusado era lo que menos importaba, la sotana como el mandil del psiquiatra separaba todo, lo enfriaba todo y al propio tiempo todo lo podía. La salvación era una utopía para los condenados, porque fueron despojados de su propia tierra, su intimidad, su cultura, su sentido de vida quedaba cual cedazo atravesado por los avatares de su tiempo.

Este procedimiento penal religioso nació y fue represivo, el Otro no existía, sino para la acusación y la condena, de ahí que en los tribunales del Santo Oficio los pobres antes de ser juzgados ya estaban condenados.

Este adoctrinamiento, según estos documentos, tenía como fin la *conversión* cristiana del pobre mediante el procedimiento de *confesión* y *comulgación*; en el primero estaba en juego el arrepentimiento y la introducción social de la culpa asociada con el daño a la sociedad y a Dios; mientras que en el acto de comulgación estaba en juego la voluntad, la fe y el compromiso del individuo para delatar sus pecados y para realizar la promesa de no volver a repetir tales males.

El adoctrinamiento cristiano introdujo nuevos rasgos subjetivos en la constitución del sujeto, tales como el mal, el pecado y la culpabilidad, el perdón, el sacrificio, el arrepentimiento y la idea de reparación y salvación individual; es decir, los problemas sociales quedaron ubicados en y dentro del individuo, éste era visto por naturaleza como el malo y una parte de la sociedad como la buena. Quizás, si para esto nos remitiéramos al aporte freudiano, veríamos que se arma otra forma de esclavitud colonial dado que se instituye un mecanismo más sutil de control y gobierno del sujeto, las normas y la palabra religiosa se han internalizado en la intimidad del ser; es como si el poder no sólo estuviera atravesando todo tipo de relaciones, sino que además, se mete en las fibras mismo del yo, se vuelve una autoridad que gobierna a la singularidad del individuo, en este caso, una autoridad religiosa severa y piadosa.

V. LA OCUPACION CONVENTUAL

Además de la actividad religiosa, siete horas y media se dedicaba al trabajo artesanal, dos horas y media a la alimentación, una al reposo, media hora al ejercicio corporal y el resto del tiempo se ocupaba en tareas menores. Esto hace pensar que el Hospicio funcionaba más que como casa de recogimiento, como un taller de trabajo, relacionado con la producción artesanal.

También en esto existe una correspondencia con la sociedad occidental dado que en 1684 se había creado una ordenanza para el interior del Hospital, en donde se dice “que el trabajo debe ocupar la mayor parte del día, y debe ir acompañado de la lectura de algunos libros piadosos”²¹

Parece que la imposición de la ley divina en la subjetividad de los internos de aquel tiempo, obraba como una ideología para fortalecer la implementación y el desarrollo de una pequeña producción artesanal, especialmente con aquellos que eran considerados vagos, vagabundos y ateos, quienes a cambio de su trabajo recibían alimento y vestido para el cuerpo; la imposición del trabajo era una evidencia de que eran pecadores y culpables de su condición social; es decir, ser pobre era sinónimo de ser pecador, de este modo el trabajo aparece como limpiador de los males y como remedio contra la ira de Dios, aparece como fuente de purificación y redención de su ser social.

La nutrición del alma con el paso de ateo a creyente, de vago y vagabundo a un ser útil y agradable a Dios y a una porción de la sociedad, termina haciendo alusión, al hecho de que la imposición del cristianismo obró como un virus espiritual y como condición básica para el desarrollo del trabajo artesanal, al propio tiempo que creó un nuevo tipo de subjetividad representado en el despojado del reino de Dios y de aquella sociedad, cuyas características básicas eran la pobreza, el ateísmo y el desempleo; de pecador y ateo, en el encierro se transformó en un trabajador cristiano, o sea en el obrero y el hombre ideal que necesitaba fabricar la sociedad colonial para mantener sendos procesos de explotación de indígenas y mestizos.

Tal es la ideología de un humanismo naciente en la Colonia que se metió en el alma y en el cuerpo del estigmatizado o alienado; implantó el

encierro, la culpa y el castigo por la condición social, por la concepción religiosa, por la necesidad de ser libre y por no aceptar verdades a priori de Dios y de una moral de la naciente clase dominante.

En las formas de ingreso y en la cotidianidad del encierro aparece una nueva característica del poder, que tiene que ver con la creación de un dispositivo o mejor cómo está hecho o estructurado, esto es por medio de redes o tejidos de relaciones que responden a una forma de organización institucional, en este caso jerárquica y vertical.

Estos tejidos sociales son relaciones de dominación y subordinación a la autoridad, la misma que aparece estratificada de acuerdo a los roles sociales.

Dentro de esta red social el ejercicio del poder implica la aplicación de un sistema muy elaborado de coacción, coerción y represión, es decir, para que el accionamiento del poder se materialice es necesario imponer un determinado comportamiento social en base a la amenaza y al miedo, además de normativizar las relaciones entre los individuos y la institución.

En el vía crucis a la locura la represión social y psíquica va a la par de la creación de varios privilegios para los actores de la detención. Pero todo éste entramado social no hace más que reflejar cómo las autoridades y sus operarios asumen una cierta representación imaginaria o simbólica de los otros que les da el poder de ir instituyendo hábitos, costumbres o comportamientos sociales en los individuos, la familia y la institución.

VI. ECONOMIA Y ADMINISTRACION INSTITUCIONAL

Desde el inicio de la fundación del Hospicio, el presupuesto económico se ha planteado desde la caridad y la beneficencia de los ricos y piadosos o creyentes; ésta era la principal fuente de financiamiento, dicho público podía dar limosna por piedad, civilidad y cálculo, su aporte podía ser económico o en bienes comestibles y usuales.

La otra fuente podía provenir de su Señoría Ilustrísima que ofrecía con 200.000 pesos al año, pero un año después o sea en 1786, en el Reglamento dictado por la Corona Española se prohíbe dar fondos de la Real Hacienda al Hospicio.

En aquel entonces el presidente de la Real Audiencia nombraba al mayordomo, ecónomo y al sacerdote o capellán.

Para 1812 el presupuesto mensual era de 407 a 475.2 pesos y el anual de 4.884 a 5.704.4 pesos, cantidad que era distribuida en los siguientes rubros principales:

EL PRESUPUESTO DE LA COLONIA

<i>Rubros</i>	<i>Presupuesto Mensual</i>	<i>Presupuesto Mensual</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Comestibles y Manutención</i>	189.3	2.268	40%
<i>Sueldos</i>	173	2076	36%
<i>Enfermedad</i>	12.7	152.4	2.5%
<i>Refacción de la casa</i>	12.2	152	2.5%
<i>Otros</i>	88	1056	19%
<i>Total</i>	475.2	5704.4	100%

Fuente: Varios escritos dirigidos en 1812 por el Administrador Gabriel Soria del hospicio al Obispo presidente, Dr. José Cuervo y Caicedo. p. 393,394.

Elaboración: Ménthor Sánchez Gambóia

En conclusión, si se suman la cantidad destinada a salud y alimentación, se ve que cerca del 45% del presupuesto anual estaba dirigida a los internos, el 36% para los sueldos y el 19% restante para gastos menores.

El administrador²² recogía, custodiaba y distribuía las limosnas; era su deber emplear el dinero para los sueldos, alimentación, vestimenta, medicina y materiales.

Otro rol que se le dio era para que :

“Velara sobre la conducta y distribución diaria de los pobres y de los sirvientes, castigando sus faltas al trabajo corporal, o a la ley de Dios, de la Iglesia o estatutos e penas mayores o menores según la gravedad del pecado, fuerzas del mendigo y lo que dictase su prudencia”²³.

En definitiva sus funciones se relacionaban con la recolección y distribución de la economía y con la represión física y psíquica.

¿Será posible entonces que la práctica de la caridad y de la asistencia a cargo de la Iglesia y del Cabildo, destinen mayores recursos económicos a la atención de los pobres de aquella época?

¿Cómo entender lo anterior, si existen reiterados reclamos escritos del Administrador y Mayordomo pidiendo el presupuesto para el Hospicio, bajo la amenaza de soltar a la calle a los internos? ¿Qué práctica social está detrás del movimiento económico?

A primera vista el hecho de destinar mayores recursos económicos a los internos parece ser una contradicción del poder dominante, pues, ¿cómo se puede destinar recursos económicos en quienes se busca eliminar? Lo cierto es que estas contradicciones se desvanecen si se tiene en cuenta que quienes buscan la eliminación, se hallan en la obligación política de financiar dicho proceso de asistencialismo, es decir, el mantenimiento del orden implica no solo el desarrollo de mecanismos o estrategias políticas, sino que además se sostiene en la creación y mantenimiento de un poder económico muy ligado al procedimiento político. En una palabra, no hay accionamiento político sin una estructura económica, lo uno legitima a lo otro, pero su articulación forma parte de una sola estrategia política de dominación.

Los científicos sociales u oficiales, los radicales en el discurso, han llamado a este hecho histórico, política social perversa. Otros interesados en el tema, ubican el apareamiento del asilo como una naciente política social de la unidad política de corte paternalista y caritativa, que en el fondo busca remendar un traje agujereado y lleno de mohocidades sociales.

Lo cierto es que los análisis de política social, especialmente en nuestro medio, están llenos de anteojeras, descuidan la relación entre el ejercicio del poder, el mantenimiento del orden y la creación de una política social; dichos discursos se niegan a ver lo político y lo histórico que hay detrás de todo agasajo navideño, “un gran esfuerzo, un enorme sacrificio” que hacen los gobiernos pro-capitalistas con los fondos del pueblo para mantener intactos sus intereses económicos, ideológicos y políticos.

Si volvemos al tema, podríamos decir entonces que la relación entre el Cabildo y la Iglesia o entre sus respectivos representantes dentro del

Hospital Psiquiátrico San Lázaro, esto es entre el Mayordomo y el cura o capellán obedece a intereses políticos y económicos históricos por conquistar e imponer un determinado tipo de sociedad y un determinado tipo de orden institucional psiquiátrico reflejado en la vida cotidiana del encierro social, en donde todo tiene que pasar por rezar, orar, cantar, meditar, arrepentirse de los pecados y aceptar como gracia de los ricos y de Dios el encierro al cual están sometidos los denominados “locos o enfermos mentales”, considerados antes como los “poseídos por el demonio”.

VII. LA ESTRUCTURA DEL PODER Y SU ALCANCE POLITICO

En el acta y reglamento queda claro que los grupos de poder constituyen la Iglesia Católica y el Cabildo, representado por los sacerdotes, los gobernantes y la policía de aquel tiempo.

Estas dos entidades implantaron las leyes divinas y sociales a través de las cuales lograron someter y controlar, tal como sostiene Foucault, tanto el interior del sujeto como su exterior. La imposición del poder logra de esta manera la renuncia a vivir en sociedad y la adaptación al espacio interior del encierro; según el acta, el espacio y orden exterior lo vigilaba la policía y la buena vecindad, mientras que el espacio del orden interior los religiosos y el personal de servicio. Los dos representantes institucionales ejercían la violencia física y psíquica como formas de sujeción y dominación con el escándalo social, moral y con sendas actividades de cristianización.

Esta unidad política entre el gobierno y la religión forman la estructura básica del poder, en tales relaciones sus autoridades mantienen cierta autonomía en sus acciones y decisiones. Es una relación de complementariedad basada en acuerdos y concesiones que facilitan el alcance de sus respectivos fines políticos y espirituales, ambos tienen como fin último la conservación del orden institucional y social mediante una forma de gobierno.

Esta estructura básica dispone de una organización política e histórica, la misma que está hecha para facilitar la consecución y el mantenimiento de los intereses sociales y económicos de estos actores, además arma una

red de relaciones de dominación y subordinación en todos los espacios donde se encuentra.

Esta estructura u organización política con el deseo de controlar la institución y sujetar al individuo, fabrica una estrategia política denominada proceso de ideologización y mecanismos de represión, con el primero crea un sistema de normatividad por medio de leyes, reglamentos, normas y costumbres sociales con las que logra cambiar la subjetividad de los internos e imponer otro tipo de comportamiento social; en cambio con la represión se somete a los súbditos, se los hace obedecer y se crea una forma de gobierno de la subjetividad.

Hasta aquí, contrariamente a la existencia de varias clases de poder como el político, pastoral y jurídico que sostiene Foucault, parece más bien que el poder es uno solo y siempre es político, por más que la composición de la estructura básica sea de carácter político y religioso como en este caso.

El hecho de que sea uno solo no niega la composición social de la que se forma, no desconoce la articulación de sus partes, sino que hace ver que bajo cualquier forma que devenga bien sea psiquiátrico, legal o religioso, siempre es político porque en sus diversas formas de manifestación subyacen relaciones de dominación y sujeción social, de modo que el poder político como un solo hecho puede estar constituido en miles de partes, tener miles de ojos y orejas y expresarse miméticamente de acuerdo a las condiciones sociales e históricas.

Otra cosa es el hecho de que el ejercicio del poder estatal o popular implica el accionamiento y el apareamiento de fuerzas políticas caóticas u organizadas que se hallan presentes en toda relación social y que pasan a constituir el contrapoder político, de modo que cuando se ejerce el poder siempre hay un enfrentamiento velado o abierto, conciente o inconciente de dos realidades sociales diferentes y antagónicas, son las estrategias políticas que se emplean en el ejercicio del poder lo que hace que se revista de una u otra forma hasta alcanzar la unidad política y mantenerse en el control social, político y económico del Estado.

Hasta aquí hemos venido planteando que la creación del hospicio en la Colonia, así como sus características sociales e institucionales, están atravesados por la presencia de intereses políticos y religiosos; esta articu-

lación se funde en la construcción de un poder y de un proceso de ideologización destinados al control, dominio y sometimiento de la pobreza, especialmente de los herejes, desempleados y enfermos en el hospicio.

También queda claro que el hospicio como tal funcionaba como una casa de recogimiento y como un lugar de adoctrinamiento religioso, el lugar adecuado para la convivencia y la conversión del no creyente en cristiano. A esto se suma el hecho de que se implantó una producción artesanal, dejando constancia de que lo religioso y lo productivo dentro de la institución iban de la mano.

Otro hecho que se resalta en este documento es la presencia de una enorme producción agrícola que se relaciona con la producción artesanal, situación que refuerza que el hospicio funcionó como una casa de trabajo obligado.

Podemos decir entonces que el hospicio, al igual que en el Renacimiento, en donde los locos eran expulsados y encerrados como una medida social para proteger a los ciudadanos; acá no sólo que se ha protegido a los ricos de los pobres o se ha excluido a los pobres de la sociedad, sino que se ha creado como una institución asistencial para alienar al hombre y a su cultura, ha querido corregir los errores de aquella sociedad Colonial, transformando al ser pobre, ateo, desempleado y enfermo, en un ser productivo, cristiano y sano.

Notas

- 14 Para M. Foucault el Hospicio es una creación de la época clásica destinado para albergar a los miserables y darles vida, alimento, vestido y ocupación.
Historia de la locura en la época clásica. pág. 96
- 15 Reglamento interno de 1786. pág. 159. T. Freile. Práctica de salud en el Hospicio y Manicomio San Lázaro de 1900 a 1930. Quito 1980.
- 16 Louis Ambrose de Bnald. Teoría del poder político y religioso. Tecnos 1988. Madrid. págs. 62. 79.
- 17 Idem pág. 160
- 18 Idem.
- 19 M. L. Laviana Cuetos. Brujas y curanderas de la colonia. CDS. Quito 1996. pág. 62
- 20 J. Londoño López. ¿Angeles o Demonios? CDS. Quito 1995. págs. 21,30,32,36,66.
- 21 Idem. M. Foucault. pág. 118
- 22 En aquel tiempo el administrador era nombrado de acuerdo a determinadas características personales o morales, como la capacidad, la caballerosidad, virtud, talento, probidad y hombría de bien.
- 23 Reglamento interno de 1786. pág. 12

CAPITULO III

**EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LAZARO EN
LA EPOCA MODERNA: 1995 -1996**

I. LA SINGULARIDAD PSIQUIATRICA Y EL PODER

Para esta parte del trabajo que tiene que ver con el estado actual del Hospital Psiquiátrico; la situación se torna más compleja y al propio tiempo más interesante porque el acercamiento es con la vida misma de la institución, con sus movimientos, sus contradicciones, con sus protagonistas y personajes principales, es decir, el contacto es directo; de ahí que la propuesta metodológica y técnica cambie para este momento.

En este sentido las entrevistas directas y abiertas estaban privilegiadas antes de empezar el trabajo de campo, pero luego, las resistencias de los profesionales le han vuelto un instrumento complementario con menor alcance investigativo; mientras que la observación y el análisis de documentos como la Historia clínica y los propios reglamentos han permitido mayor acercamiento al problema de la investigación; estos recursos técnicos han resultado los más importantes y decisivos a la hora de analizar la problemática de la institución.

Para este momento de la vida institucional se observan varios saltos o cambios demasiado notorios, ya no estamos frente a la sociedad colonial de aquel entonces; hay otro tipo de organización política del Estado y de sus instituciones, aparecen el Ministerio de Salud, la Dirección Provincial de la Salud; existe un desarrollo y una profesionalización de la práctica sanitaria, han aparecido y se han consolidado la psiquiatría, la psicología, trabajo social, enfermería, etc.; hay un devenir técnico y farmacológico otrora inexistente; la misma concepción acerca de la pobreza ha variado, sus formas de tratamiento y procedimientos son diferentes a las coloniales.

Actualmente es importante saber ¿Cómo se halla estructurada la institución y cuáles son sus protagonistas? ¿Cuáles son las principales relaciones que se establecen entre sus personajes?

Según el reglamento²⁴, el Hospital es una casa de salud, especializado en Psiquiatría para prestar atención mental integral ambulatoria y de internamiento a pacientes agudos y crónicos mayores de 18 años.

El Hospital depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha y se compone de dos áreas, una técnica - médica y otra administrativa; en la primera están la Psiquiatría, la Medicina, la Psicología; y en la segunda se ubican Administración, Contabilidad y servicios, las dos áreas dependen del Director del Hospital que actualmente es un médico.

Lo primero que resalta a la vista en este reglamento es la *centralización y acumulación de funciones a cargo del director del Hospital*; prácticamente todo el movimiento interno y externo de esta casa de salud está en sus manos.

¿En qué y qué reflejan estos hechos? ¿Esta acumulación de funciones, acaso tiene que ver con una forma específica del ejercicio del poder? ¿De ser así, qué connotaciones socio-políticas tendría esto?

Para empezar el director es el encargado de “Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades del hospital”. Es un ojo que está en todo, no duerme, tiene una mirada que va más allá de las propias disciplinas y de los propios internos; puede y está hecho en un primer momento para diseñar, construir y controlar la vida institucional; es quien tiene la última palabra en la elaboración y aprobación del reglamento interno (normas y procedimientos), es decir, es el responsable directo de la concepción del mundo asilar psiquiátrico; pero también el que pone las reglas del juego en dicho mundo; en todo esto hay un *revestimiento de poder*, que al propio tiempo empieza a configurar a su *autoridad*.

Otra área en la que tiene mucha injerencia es con el personal de servicio y con los profesionales; el director realiza el diagnóstico de Recursos humanos; es el que viabiliza las solicitudes de nombramiento y ascensos de personal; por él tiene que pasar los pedidos de permisos, licencias y vacaciones; no sólo que selecciona, promueve y hace concesiones con los trabajadores de la salud, sino que además controla sus actividades, hace cum-

plir las reglas de trabajo y aplica sanciones disciplinarias a los dirigidos que violen cualquier norma institucional; es decir, la autoridad central tiene un rostro y dos caras dentro de las relaciones interinstitucionales; por un lado busca el personal técnico y humano más adecuado a ese mundo asilar y por otro, vigila, controla y reprime; si es que se altera ese ordenamiento interno psiquiátrico.

En el ámbito académico-científico, el director es el que preside el equipo técnico, el comité de auditoría médica, farmacológica, etc. y el promotor del desarrollo de la investigación en el Hospital Psiquiátrico; por tanto la autoridad y el poder del director está ante todo, es primero y está sobre todo el campo de relaciones sociales, luego le siguen el equipo técnico (los psiquiatras, los médicos, las enfermeras, los auxiliares de enfermería), el personal de servicio y al último los internos; de modo que ha establecido una relación vertical, asimétrica, en donde las decisiones y las acciones que se toman y se hacen vienen desde arriba hacia abajo.

Haciendo una analogía con lo que pasa fuera del encierro, es como que dentro del hospital existe un grupo privilegiado que tiene un estatus reconocido socialmente, en cambio sus auxiliares poseen un estatus más bajo y, finalmente están los internos como el grupo que carece de privilegios y estatus o reconocimiento en la institución y en la sociedad.

Esta jerarquía socioinstitucional, al estilo de Marx podría ser asimilada como la existencia de grupos que comparten un mismo espacio social pero con diferentes y opuestos intereses sociopolíticos, al igual que en las sociedades donde existen clases sociales; aquí en el encierro, en lugar de clases sociales podríamos hablar de grupos sociales; el grupo alto, el grupo medio y el grupo bajo, que obviamente son representantes de una determinada clase social.

El hecho que el director esté antes del comité técnico-científico y por lo tanto investigativo, le inviste a su autoridad de una característica diferente a las anteriores y es que además de todos los atributos y cualidades ya enumerados, el ojo que ve y está en todo lado, también sabe y conoce, es un ser que *posee un saber que entiende todo o que conoce de todo*, es un conocimiento técnico especializado, no sólo entiende de lo administrativo, sino de lo patológico, lo institucional, es decir, conoce las relaciones inte-

rinstitucionales, las relaciones internas o fisiopatológicas y el cómo crear un ámbito para implementar un saber sobre estas microrrelaciones.

Pero no quedan ahí las funciones de la dirección, se extiende a otro campo más, es el responsable de valorar y controlar los recursos materiales y administrativos, además puede elaborar el presupuesto anual para todos los gastos en que incurre la institución psiquiátrica, está en su deber el conocer el movimiento económico diario que realiza el Hospital.

Hasta aquí resulta que en el director se centralizan y se acumulan las funciones más importantes; tiene poder sobre la organización interna, sobre los recursos humanos, materiales y sobre el control económico, además está sobre el saber psiquiátrico y las otras profesiones; a esto debe agregarse que es un representante de las relaciones interinstitucionales y al mismo tiempo un representante legal.

¿Por qué o para qué se habrá concentrado tanto poder en un solo representante? ¿Cómo entender el poder en base a esta acumulación de funciones? ¿Qué tipo de implicaciones tienen estos hechos?.

Se puede pensar que la acumulación, la concentración y el ejercicio del poder institucional está en relación directa con el apareamiento de las profesiones, especialmente de la psiquiatría, dado que el psiquiatra ocupa un puesto idealizado y respetado; es el que decide quién es normal y enfermo; quién se queda o sale del encierro, quién debe recibir medicación y quién no; etc.; esto le concede poder sobre el otro, sobre la vida y la muerte.

Pero el psiquiatra no sólo que conoce sobre el alma, sino que además, éste conocimiento le concede una funcionalidad política; su mirada y su acción no sólo que es clínico sino político. Parece que *el poder institucional se va constituyendo con cualquier tipo de saber y con la delegación o asunción de funciones*; mientras más cargadas y múltiples son las funciones, mayor es la tendencia a la acumulación y a la concentración de poder; en este caso hay una hiper-concentración de poder en la individualidad del psiquiatra; *esta forma de poder ha construido un tipo de relaciones sociales verticales, asimétricas o mejor relaciones de subordinación, dependencia y ha invertido el sentido del gobierno institucional*, es decir, que priorizando los intereses del grupo y el individual, los intereses de los internos han sido relegados y han pasado a segundo plano.

Esta centralidad del poder se relaciona con algunos rasgos subjetivos y políticos, está rodeado de un comportamiento omnipotente porque el yo aparece por encima de cualquier norma social o de cualquier acción de los demás; éste mega-yo puede incurrir en cualquier momento y frente a cualquier hecho con un poder de decisión; es capaz de cambiar e imponer varias resoluciones que afectan a toda la institución.

Su autoridad puede transformarse en un autoritarismo debido a la excesiva acumulación de poder y a la delegación impositiva de responsabilidades, hechos que se relacionan con una autoasignación ideal de saber, autoridad y mando, situaciones que van fomentando las relaciones serviles, la obediencia ciega, tal como sucede con el padre agresor y el hijo sometido, como lo que pasa en una relación de pastor a oveja o de militar a recluta, en último término lo que se reproduce es toda una estructura burocrática para sostener el asistencialismo, el paternalismo y las redes del poder.

En cuanto al discurso autoritario, en la práctica, éste se traduce por ser monológico, no hay percepción ni referencia de la existencia del Otro (subalternos, locos, autoridades secundarias, etc.), se prescinde del Otro y no hay interlocutor válido, como dirían G. Deleuze y F. Guatarí en *Mil Mesetas*, no hay comunicación, sólo consignas, ordenes o actos desnudos, se actúa y se existe frente a lo dado. El discurso autoritario es ese ropaje subjetivo y falso de eficiencia, autonomía, eficacia y sacrificio pero que detrás o en las llagas de la piel misma, sólo existe un desenfreno pasional y emotivo, una búsqueda intensa para satisfacer necesidades primarias y regresivas.

II. LA INSTITUCIONALIZACION DE LA POBREZA

Es poco lo que se puede encontrar en el Reglamento actual acerca de los internos, de los 104 artículos apenas uno está dedicado a ellos; tal artículo lo que establece son las reglas, disposiciones y prohibiciones a las que debe someterse el interno y no hace referencia a sus características sociales, económicas, psíquicas ni patológicas; solo al inicio del reglamento se menciona que el Hospital está hecho para la atención de pacientes psiquiá-

tricos agudos y crónicos mayores de 18 años, es decir, el Reglamento prevé una característica clínica de los internos y una normatividad institucional para la adaptación al encierro.

¿Por qué se habrá dejado en el olvido dentro del Reglamento a los internos? ¿Acaso este hecho es incidental, azaroso e insignificante?

Parecería que ésta omisión tiene que ver con la realidad concreta del Hospital; es como si el Reglamento reflejase una concepción puramente racional con una influencia profunda de las profesiones, especialmente de la Psiquiatría, la Medicina y la Psicología; esto hace pensar y ver que el Reglamento y el Hospital muestran una primera coincidencia, en el sentido de que conciben un mundo hecho a imagen y semejanza de la clínica; mientras que por otro lado, dejan ver una profunda contradicción entre los objetivos del hospital y lo que realmente pasa en su interior, es decir, ¿Para qué y para quienes está creada dicha institución? Al parecer hay un divorcio entre el discurso que mantienen las autoridades y los profesionales con la práctica concreta.

Este hecho podría ser asimilado como los comienzos de una forma de discriminación o exclusión a los internos desde un supuesto saber o a través de él, que de entrada es descalificador.

También el Reglamento expresa una forma de ordenamiento institucional, una manera de delimitar el espacio, los roles y las funciones de todos los que conforman la institución.

Pero entonces: ¿Quiénes son los que actualmente están encerrados, qué características sociales poseen?

Ya sabemos que el Hospital se fundó para los pobres, ateos, desempleados y enfermos; luego a mediados y a fines del siglo XIX el Hospital sigue albergando a los pobres con los calificativos de “desgraciados de la sociedad, presos, vagos, mujeres prostitutas, elefanciacos, locos, detenidos, párvulos, ebrios, mendigos, preservados, huérfanos, delincuentes, poseídos por el demonio”²⁵

Para esta época el Hospital tenía alrededor de 120 a 450 internos; la mayoría de la población lo constituía los elefanciacos, le seguían los locos, los preservados y los presos; no se conoce cuántas prostitutas y niños habían, pero si queda claro que la mayoría de la población en el encierro constituían las mujeres.

¿A qué remiten estos hechos sociales? O ¿Qué expresa la relación entre pobreza, enfermedad, desempleo, delincuencia, prostitución y condena por Dios?. Además, ¿Qué significado social tiene el hecho de que sean más mujeres las que pasaron en el encierro y el que existan niños huérfanos?

Nuevamente la pobreza aparece como el caldo de cultivo de todos los males sociales; delincuencia y prostitución hacen pensar que para el Siglo XIX el Hospital empezó a funcionar como una cárcel y como un centro de reclusión y castigo a los problemas sociales; no hay duda de que el robo, la venta del cuerpo, y la pérdida del sentido eran las nuevas formas de *estigmatizar* y *criminalizar* a la pobreza; el pobre aparecía por naturaleza intrínseca como leproso, loco, ladrón, alcohólico y prostituido, no importaba saber quién es el responsable social directo de estos problemas o quién es el que contagia la lepra, el que concentra la riqueza, el que cree estar cuerdo y sobrio; sino que en la pobreza se concentraban todas las contradicciones sociales, era el sector malo, descompuesto y alterado de la sociedad, eran los causantes de los vicios sociales.

Ahora el hecho de que la población mayoritaria sean mujeres, hace ver que en la sociedad de aquel tiempo se empezó a destapar el ejercicio de una historia de dominación y sometimiento a la mujer, también se evidencia una forma y ejercicio de autoridad y poder patriarcal sobre la mujer, es como si independientemente del encierro, en la sociedad se ha configurado un tipo de relaciones asimétricas o verticales desde un lugar de poder, tanto con la mujer como con el niño.

Para comienzos del Siglo XX ya se tiene más información sistematizada y las cosas en el Hospital van a ser un poco diferentes.

Según otra fuente de información, desde 1900 a 1930²⁶ han existido en el hospital un promedio de 988 internos a los que se les calificaba como mendigos, degenerados, idiotas, sordo mudos, huérfanos, cancerosos, crónicos, inválidos, enfermos mentales y de otras formas que tienen que ver con el diagnóstico y clasificación clínica, es decir, los internos eran los pobres, desempleados, huérfanos y enfermos; estos últimos se clasificaban según la patología que para tal época existía alrededor de 40 diagnósticos diferentes en donde se agrupaba y se mezclaban las alteraciones orgánicas y psíquicas, es a partir de este momento donde se legitima la entrada de otra

forma de saber más organizada, sistematizada y especializada, antes era un saber empírico en dónde prevalecía la costumbre, la experiencia y la transmisión generacional del conocimiento acerca del hereje, del pecador, del vago, de los viciosos, los mendigos y enfermos; así como de la forma de tratarlos, prevalecía el sentido común y la acción; en cambio con la entrada de las profesiones y los médicos al Hospital, se ha empleado otro tipo de saber; que tiene que ver con el funcionamiento de los órganos, tejidos, aparatos y sistemas, con el funcionamiento fisiológico del cuerpo.

Con las alteraciones o disfunciones de los componentes internos; con este saber que conoce la vida y la muerte o la enfermedad de los órganos *se procedió a seleccionar, clasificar, estigmatizar y a condenar a los pobres, digamos que el proceso de ideologización se depuró y se tecnificó* sin importar la precisión diagnóstica.

El primer contacto con el pobre era para mirarlo, analizarlo, estudiarlo y compararlo, luego se lo clasificaba como locura, epilepsia, confusión mental, colerín, parálisis, etc., es decir, el proceso de ideologización estaba en relación directa con las concepciones de salud- enfermedad de aquella época, así como en función de la intensidad, gravedad de la patología y de su repercusión social.

A mediados y a fines del Siglo XX el número de internos asciende a 1352, de esta población alrededor de 258 son subempleados (QQDD, albañil, lavandera, peón, lustrabotas, empleada doméstica, zapatero, etc.); le siguen los agricultores que son 169, los obreros 46, los comerciantes 35, los empleados públicos 33, los estudiantes 39, los profesionales 26; a esto se suma un total de 443 no registrados y 180 registrados como otras; finalmente 123 no tienen ninguna ocupación.²⁷

¿Qué nos indican estos datos? Lo primero que resalta a la vista es que la mayor parte de los internos pertenecen a los sectores marginales, son aquellos que no tienen acceso a la producción sino que se desarrollan dentro del mercado informal, son los excluidos del desarrollo económico y realizan tareas que son desvalorizadas socialmente y que a lo sumo les permite acceder a un ingreso económico mínimo que solo les sirve para sobrevivir en condiciones extremas.

El hecho de que existan más agricultores quizás tenga que ver con las contradicciones sociales entre la ciudad y el campo, lo que obliga a que al-

gunos campesinos migren hacia las urbes principales, en este caso hacia Quito, pero al no existir fuentes de trabajo, entre otros factores, terminan en el encierro.

De modo que si se toman en cuenta estos datos diríamos que gran parte de la población pertenece a los sectores pobres y una mínima parte a una incipiente clase media representada por los profesionales, empleados públicos y estudiantes.

En cuanto a la clasificación clínica y diagnóstica que se hacía de los internos, a los mismos se los ubicaba en cinco tipos de patologías:

- 1.- Esquizofrenia: Simple, Catatónica, Paranoica.
- 2.- Psicosis: Maniaco-depresiva, Epilepsia, Personalidad Psicopática.
- 3.- Oligofrenia.
- 4.- Neurosis: Angustia, Fobia e Histeria.
- 5.- Sistema Nervioso: Aparato Respiratorio, Digestivo, Urogenital²⁸.

Es decir ya no son los vagos y vagabundos los que habitan el encierro, ahora son los enfermos, a los que se los ha clasificado de acuerdo al tipo de enfermedad que padecen y de acuerdo a la alteración o gravedad en que se encuentran sus órganos y conductas.

Si se toma en cuenta el universo de la población, la mayoría son hombres, esto es 791, de ellos 435 son solteros, 224 casados, 46 viudos y 21 divorciados; mientras que el resto o sea 561 son mujeres, que en relación a los hombres hay menos solteras y casadas, pero hay más viudas²⁹.

Otro dato importante, es que de acuerdo a la edad, la población más afectada alcanza 336 y se sitúa alrededor de los 22 a 30 años³⁰.

¿Por qué la población más afectada desde 1930 a 1984 son los hombres jóvenes? ¿Tendrá que ver esto con la ausencia de trabajo y recursos económicos, con el desarrollo psicológico o con las características sociales de este grupo frente a la sociedad?

Lo cierto es que si se asume la enfermedad no como una expresión de lo heredado sino como el continuo proceso de aislamiento, como la tendencia a la victimización que realiza el poder dominante y como la acumulación lineal de contradicciones, conflictos familiares y sociales ubicados en el cuerpo del desdichado, entonces tal edad se vuelve crítica y vulnerable en términos de que la expectativa social y parental espera la realización personal a dicha edad, para lo cual el trabajo aparece como el indi-

gador fundamental para lograr la plenitud individual en la familia y en la sociedad.

Lo que hasta aquí queda claro es que luego del siglo XVIII y a comienzos del siglo XIX, *el hospital funcionó como una casa de Reformatorio para prostitutas, ebrios, vagos y mendigos; además operó como una cárcel para delincuentes y como el inicio de una casa de salud por sus experimentos y acercamientos con los leprosos y locos.*

En cambio para el siglo XX este hospital devino en un Reformatorio infantil para huérfanos, mendigos y vagos, luego pasó a ser un albergue y un centro clínico.

Pero actualmente, ¿Quiénes habitan los muros del psiquiátrico? ¿Por qué están ahí?

Hasta Marzo del 95 han existido 170 internos, 70 hombres y 100 mujeres, a los mismos que se los ubica en dos grandes grupos de crónicos y agudos, bajo una serie de diagnósticos como de Esquizofrénicos, Psicóticos, Demencia senil, Epilépticos, Retrasados mentales, Alcohólicos o farmacodependientes, etc.

III. EL MECANISMO DE LA DETENCION

Para que se efectivice el encierro existe toda una red social e institucional que participa en todo el proceso de ubicación, selección, detención, traslación e internamiento de los que son llevados hasta allí.

Parece que junto al proceso de ideologización hay un *mecanismo de internación o vía crucis a la locura* que deja ver toda una concepción política de la salud; este mecanismo se teje desde la sociedad civil hasta los rincones húmedos y fétidos del hospital y en él intervienen el Estado a través de sus instituciones represivas como la policía y de las instituciones sanitarias como son los hospitales estatales, allí la orden de detención viene dada por las autoridades superiores, como son el Comandante General de policía; y por el médico o psiquiatra respectivamente quien es el que remite a los locos al hospital psiquiátrico.

También hay otras instituciones que participan en el sendero a la locura, ellas son el poder judicial. Al respecto el código penal vigente ubica

al loco como un demente o alienado mental que tiene alteradas sus funciones intelectuales, por eso el juez hecha mano de la medicina para saber si el reo es normal o demente. En caso de que los procedimientos médicos no ubicaran una patología grave, entonces el sujeto aparece como culpable y es llevado a la cárcel; si por el contrario, clínicamente se comprueba su demencia, el juez basándose en el Art. 34 y 136 del Código Penal ordena el ingreso del demente en el hospital psiquiátrico en donde va a estar vigilado y controlado su peligrosidad por medio de la inhibición de determinadas funciones fisiológicas, hecho que se lo hace por medio del tratamiento medicamentoso o control químico y hormonal, luego de lo cual el reo queda absuelto de la responsabilidad en el delito.

En cambio en el Art. 385 del Código Civil, el loco aparece como un ser que no puede gobernarse a sí mismo, ni administrar sus negocios. Esta exclusión de sí y de toda forma laboral que en la Colonia fué empleado como un mecanismo político impulsado por la religión católica, de una costumbre social ha pasado a ser una ley, es decir, ciertos preceptos o normas religiosas se han instituido jurídicamente formando parte de una estructura de dominación.

Entonces ¿Qué denota el discurso del Derecho Penal en torno a la locura? En un primer acercamiento se puede ver que hay una relación entre loco y delincuente. Para empezar, éste discurso hace ver que ambos rompen la norma y violan la ley, alteran el orden y transgreden la propiedad privada, el uno porque la destruye y el otro porque roba; los dos son temidos porque socialmente representan el desorden, la agresión y la muerte; el loco y el delincuente son condenados al encierro psiquiátrico o carcelario en donde ganan sendas estigmatizaciones y condenas quedando al margen de los demás. Si bien un loco puede ser un delincuente sin culpa, un delincuente no es necesariamente un loco, pero si es culpable de sus acciones.

Lo que está claro es que a la hora de establecer un límite entre locura y delito prima un criterio orgánico, jurídico y económico, con ello se trata de saber si el acusado no presenta trastornos orgánico-funcionales, si es que se ha desviado o no de la norma social y si es capaz de estar conectado de alguna manera al aparato productivo; en definitiva, con estos parámetros de lo que se trata es de ver si es normal o anormal, adaptado o de-

sadaptado y trabajador o desocupado, diferencias que sirven para establecer si el sujeto es inerte o funcional al sistema social.

Este proceso de internación también puede ser voluntario, en tal caso es el propio individuo el que acude por iniciativa suya a internarse.

¿Pero cómo es posible que a quién se le tilda de loco pueda ir al encierro por conciencia y voluntad propia como si fuera cuerdo? ¿Si desde el punto de vista psiquiátrico y social, el loco está desconectado de la realidad y sufre una serie de trastornos psicopatológicos que le impiden ser normal?

Lo cierto es que tal procedimiento de manera voluntaria no se cumple para el loco, pues su propia condición social y su estructura psíquica le impiden tomar decisiones de esa naturaleza.

Entonces ¿Cuáles son los internos que acuden de manera voluntaria?

¿Los esquizofrénicos, los oligofrénicos, los epilépticos, los retrasados mentales o los que padecen síndrome poliomiélico o demencia senil?

Aceptar esto sería pensar y legitimar que todos aquellos que sufren serios trastornos fisiológicos y psíquicos tienen conciencia de enfermedad; pueden tomar decisiones para enfrentar sus problemas de salud y son capaces y conscientes de ir por sus propios pies a un lugar del cual no podrán salir o si es que salen tendrán que volver, tal vez ya no de manera voluntaria.

Este tipo de internos si bien no están locos, como los epilépticos o los retrasados mentales; por ejemplo, se podría pensar que entre el lapso de cada ataque epiléptico el interno pasa lúcido y es ahí donde puede tomar la decisión de ir al encierro, sin embargo muchos de ellos ni siquiera saben que existe el psiquiatra peor el hospital psiquiátrico, generalmente suele ser la familia la que toma cualquier iniciativa de tratamiento; además por más que exista períodos buenos o cuasi sanos en estos internos siempre existen síntomas secundarios o ellos mismos son un síntoma social y familiar de que algo no anda bien ni en ellos ni en esta sociedad, por tanto queda descartado que sean ellos los que llegan solos.

Pero sino son ni los unos, ni los otros; ¿Quiénes son los que acuden de manera voluntaria? Sólo nos quedan los alcohólicos, los adictos y los abandonados por la familia, es decir, los que atraviesan problemas sociales, económicos, familiares y presentan otro tipo de alteración clínica. Se-

gún los profesionales, son los alcohólicos y algunos abandonados los que acuden de manera voluntaria; aunque se debe aclarar que no es toda la población de alcohólicos los que acuden, pues esto va a depender de su cronicidad e historia de enfermedad, también hay que resaltar que la cantidad de ingresos voluntarios es inferior a las demás formas de internación.

La otra forma de encierro es por la fuerza y es el método más dominante, es decir, la mayoría de los 170 enfermos han sido llevados por esta vía. ¿Qué características sociales y psicológicas tiene esta forma de detención? ¿Quiénes y por qué la ejecutan?

Como se dijo, la orden del encierro puede venir de un lugar de poder autoritario y represivo como la institución policial; de un poder disciplinario como el psiquiatra o médico y desde un lugar de poder patriarcal o matriarcal como puede ser la familia y quienes ejecutan son los policías, la trabajadora social y los familiares.

En cada caso la orden es diferente, en el caso de los policías, ellos cumplen órdenes de sus superiores, de la familia y de la vecindad para llevar a los “locos que son peligrosos” para la sociedad y para la propia familia y que como individuos peligrosos se los lleva por alterar el orden público e incomodar a la gente, los justificativos son que puede agredir a los otros y romper todo lo que encuentre, bien sea cualquier tipo de objetos; entonces a la mirada de los policías el loco aparece como agresor de personas y destructor de cosas; agresión - destrucción son las cualidades de un ser que de víctima se convierte en victimario al decir de la institución represiva, mientras que los policías y sus instituciones aparecen como representantes de la ley que preserva y recupera el orden público. Los locos son los sin ley y los psiquiatras la ley misma.

¿Pero cómo se los detiene? Se los ubica en la ciudad, especialmente en la zona central, zona que pese a que es un lugar donde se encuentra el poder ejecutivo, las autoridades municipales y existe la guardia de seguridad metropolitana y por tanto se prohíbe la circulación del sector marginal y de los indigentes, deambula libremente la delincuencia común y de Estado, la prostitución y la corrupción burocrática; ahí los locos son fáciles de distinguir por sus movimientos, por su apariencia física y personal, por su lenguaje, etc., una vez ubicados son inmediatamente seleccionados de los demás, luego varios uniformados los detienen a la fuerza, los sujetan fuer-

te y los introducen en sus patrulleros, hasta atravesar la puerta del hospital y dejarlos en manos de los psiquiatras, es decir, el loco como atentado para la sociedad capitalista es detenido y conducido hasta el encierro como si fuera un delincuente que ha robado o ha cometido un delito flagrante contra la propiedad privada; en cambio, el delincuente mayor escondido en su traje no es objeto de detención ni persecución, deambula libremente, la justicia y la represión no actúan en su contra, vive en la impunidad y a veces goza de la protección de las propias autoridades judiciales y policíacas; esto denota como los aparatos represivos del Estado se aplican selectivamente para condenar a los pobres y proteger a la clase dominante.

Cuando las instituciones hospitalarias públicas o privadas remiten a estos pacientes al hospital psiquiátrico, es porque estos centros de salud no tienen unidades adecuadas para su tratamiento, así como tampoco pueden tenerlo por mucho tiempo al paciente, a esto se suma la escasez de medicamentos.

En cambio en los hospitales privados no sucede lo mismo, según el reporte de los profesionales de la salud, los pacientes de los psiquiátricos privados llegan porque sus familiares ya no pueden sostener el gasto económico que implica la atención privada y se ven obligados a llevarle al San Lázaro; pero en ambos casos el médico diagnostica y envía con la historia clínica respectiva o con un informe clínico en donde se resaltan los datos más importantes de la historia del sujeto; en este caso quien ejecuta la orden es la trabajadora social, la misma que está en la obligación de conducirlo al encierro, para esto, en la mayoría de estos casos, el futuro interno ha sido previamente medicado y puesto a la orden de otro psiquiatra.

Las familias que llevan a su hijos o parientes al San Lázaro en su mayoría son pobres y han venido atravesando una serie de problemas relacionados con lo económico, con lo psicológico y social. Como se dijo en otra ocasión son subempleados y con sus ingresos no pueden suplir las necesidades básicas, solo avanzan a cubrir limitadamente los gastos de vivienda, de alimentación; viven en espacios reducidos de uno o dos ambientes, donde realizan todas sus tareas, no hay espacios de diferenciación sino de aglutinación; es decir, no se puede hablar de que exista una intimidad en las relaciones familiares y de pareja, sino de un hacinamiento que repercu-

te en las mismas; a esto se debe agregar que son familias no triangulares sino más bien como un esquema en L, son grupos familiares incompletos donde generalmente hay la ausencia del padre o de la madre o si los hay, son muy represivos con los hijos y entre la propia pareja, sufren una acumulación de problemas no resueltos y un desgaste físico y emocional muy elevado, lo que hace que las familias pobres sean más vulnerables a contraer conflictos y enfermedades de cualquier tipo; en estas condiciones, la familia del enfermo psiquiátrico ha convivido algún tiempo con la enfermedad, aunque no lo haya remitido a un centro de salud u hospital, hasta cuando prácticamente se han acumulado una serie de problemas y conflictos familiares o el afectado se ve agravado, es ahí cuando la situación se desborda del ámbito familiar, los padres y parientes ya no pueden sostener y manejar la crisis; es ahí cuando el enfermo o loco es trasladado al San Lázaro; la forma como se lo lleva es a la fuerza y con múltiples engaños, a esto se acompaña una serie de manifestaciones psicológicas en los familiares que los llevan, como por ejemplo sentimientos de culpa, miedo, dolor, pesadillas, etc. También en este caso son los parientes los que les dejan en manos del psiquiatra o médico a su familiar.

Muy ligado al procedimiento familiar, se halla la participación de la vecindad solidarizándose con la familia y no con el enfermo, acompañándoles en la traslación al enfermo, lo cual hace pensar que una parte de la población, sea por voluntad o desconocimiento acepta o está de acuerdo con dejarles a los alienados en el San Lázaro.

De cualquier forma que lleguen, el hecho es que primero son puestos bajo la autoridad y mirada del médico-psiquiatra y luego, que tal procedimiento de traslación implica el ejercicio de una violencia por parte de quienes lo detienen; esta represión y castigo es más fuerte con los policías y la familia, no así con las trabajadoras sociales.

La detención y traslación como un hecho violento haría pensar que antes del encierro los locos o enfermos son sometidos a una disciplina del orden y subordinación por medio de la amenaza y el castigo físico. ¿Pero por qué se los amenaza si están locos o enfermos? ¿En qué consiste la amenaza psicológica o física y qué efectos puede tener en el interno?

Si ayer se instituyó el sentimiento de culpa desde un sector de la iglesia y la sociedad civil, hoy desde el proceso mismo de internación, se ins-

tituye el miedo y el dolor en la subjetividad del hombre como una forma de gobierno de la singularidad; es como si antes de entrar en el juego de las reglas del encierro, el sujeto es gobernado por sutiles mecanismos psicosociales que tienden al sometimiento y al control de la subjetividad, o dicho de otro modo, las instituciones represivas y religiosas gobiernan al yo del sujeto con la internalización del miedo, el dolor, la culpa y la pasividad.

En resumen entre las formas de detención para el encierro tenemos:

FORMAS DE DETENCION PARA EL ENCIERRO

<i>Orden</i>	<i>Ejecución</i>	<i>Lugar de detención</i>	<i>Forma</i>
Comandante de policía	Policía	Público	Fuerza
Juez	Policía	Público y privado	Fuerza
Familia	Padres, parientes	Privado	Fuerza
Psiquiatra	Trabajadora Social	Público	Pacífico
Personal	Individuo	Público y privado	Voluntario

Fuente: Entrevista al Dr. Hugo López. Médico-psiquiatra. 23-XI-1995
Entrevista a la Lcda. Piedad de López. Trabajadora Social. 18-XIX-1996
Historia clínica. Sala Celso Jarrín. Hospital psiquiátrico San Lázaro.
Elaboración: Ménthor Sánchez Gambóa

En este proceso de internación es clara la participación del Estado y del Ejecutivo a través de sus instituciones como la policía, el Ministerio de Salud Pública y el poder judicial, es decir, el Estado neoliberal maneja una política represiva, alimenta la práctica del castigo y la exclusión y no de la rehabilitación o reinserción social. Sus aparatos son de captura, de control y vigilancia.

Por su procedimiento, el poder represivo policial aparece como más autoritario y totalizante. Los que ejecutan la orden hablan de la ley y desconocen de la ley, realizan la acción y no explican la detención, utilizan el discurso y la mirada como herramientas de control y gobierno de la locura, pero no para comunicarse; sólo cumplen órdenes, son como piezas o máquinas de un poder central; no están hechos para sentir ni sentirse, so-

lo para actuar como sino sintieran o no fueran sensibles, ni les afectara lo que hacen. Sus autoridades tienen un don de mando que da e impone órdenes para que se cumplan; mientras que ellos como piezas o máquinas se vuelven sumisos y obedientes a las órdenes del mando autoritario del poder central.

Estas piezas del poder, en el proceso de internación desconocen y prescinden del loco o enfermo como un interlocutor válido.

IV. EL REGIMEN INSTITUCIONAL

Una vez que los barredores de los locos los llevan al hospital, estos quedan en manos del médico psiquiatra de consulta externa, quién enseguida realiza un diagnóstico clínico y determina el destino del interno; para esto se basa en la observación del enfermo, en el análisis de sus funciones psicológicas, se trata de ver y saber si el que llegó es un sujeto que presenta alteraciones en su personalidad y en sus funciones orgánicas; es decir, se debe precisar en base a un cuadro sintomático qué tipo de patología presenta el interno; ahí se debe diferenciar si es normal o anormal, aunque de hecho toda persona que es traída a la fuerza hasta ahí llega estigmatizada antes del procedimiento médico mismo, o bien sea como “loco”, “alcohólico”, “enfermo mental”, o “peligroso”, etc. y lo que hace el médico es legitimar o poner un diagnóstico al interno; este paso que generalmente consiste en un interrogatorio abierto a los familiares o parientes que lo acompañan y al propio interno, se basa en aspectos puntuales de la enfermedad, de la historia individual, familiar, etc.

Una vez hecho esto el sujeto puede acudir a un tratamiento ambulatorio por consulta externa o con un psiquiatra del hospital, o se lo puede enviar directamente al encierro a cualquiera de las salas de internación, hecho que se da de acuerdo al sexo, a la edad, al tipo y gravedad de la patología.

En este proceso el médico está en capacidad de discernir entre el bien y el mal, tiene el poder de entender, calificar, juzgar el discurso y el alma del interno; pero no todo este proceso de diagnóstico-internación se realiza pacíficamente, sucede que si algún interno pone resistencia al interro-

gatorio y al dictamen del encierro, enseguida viene la represión sobre su cuerpo y su mente; es tildado de “agresivo” y “peligroso”, luego es conducido por los auxiliares de enfermería hasta la sala respectiva, en donde el residente o el psiquiatra de turno empieza con el tratamiento medicamentoso y directamente, según el caso, le inyectan al cuerpo para controlarlo y para que no pase agitado y no se vuelva tan peligroso.

Si es un varón y está en estado crónico pasa a la sala San Juan o si su estado es agudo entra en la sala Franklin Tello; esta distribución por salas y de acuerdo a la gravedad no se cumple en su totalidad pues en ambas salas existen internos clasificados de crónicos y agudos pero con las mismas alteraciones psicopatológicas.

El mismo rigor clasificatorio se tiene con las mujeres, las crónicas van a la sala Celso Jarrín y las agudas a la Santa Magdalena; mientras que las ancianas con cualquier tipo de alteración clínica se quedan en la sala San José.

¿Qué demuestra esta forma de ubicación a los internos?

Esta es otra de las contradicciones institucionales, pues en el discurso se plantea la existencia de salas de especialidad, se habla de pacientes agudos y crónicos, pero en la práctica ésta ubicación técnica no se cumple, parecería que no hay ningún interés por la rehabilitación; todo se vuelve tan natural, los días, los síntomas, los internos y los médicos se naturalizan hasta convertirse en hechos sin trascendencia.

V. LA FETICHIZACION DE LA SUBJETIVIDAD

Además hay todo un ritual profesional y técnico en el momento mismo en que se entra en contacto con el detenido, pues a la entrada del psiquiátrico se debe diferenciar o establecer el límite entre salud y enfermedad; entre normalidad y locura; entre orden externo e interno; entre el bien y el mal.

Para establecer esta diferencia existe un procedimiento clínico-psiquiátrico que consiste en ver, auscultar el cuerpo y preguntar al individuo, es decir, aplicar una entrevista abierta en donde el objetivo desde ese momento no consiste en escucharle a la persona y a los familiares; no se pue-

de ni se debe oír; más bien, las entrevistas derivan en un interrogatorio y a veces muy condicionado en el que de antemano el técnico ya sabe la pregunta y la respuesta, por tanto este recurso de valoración y apreciación diagnóstica no toma en cuenta la subjetividad del entrevistado ni la historia familiar, toma una parte de ella y desde un supuesto saber omnipotente previamente dado y establecido por la experiencia, es decir, la práctica empírica supera al propio conocimiento que ha surgido de ella.

En este primer acercamiento el entrevistado no habla, sólo responde, no se le deja hablar porque de antemano la locura o el enfermo tiene alteradas sus funciones y su lenguaje es irracional; su palabra puede servir sólo de elemento diagnóstico de posibles delirios y alucinaciones; y poco valen como hechos concretos que pueden llevar a comprender y a modificar la historia familiar e individual.

En el desarrollo de esta entrevista hay todo un juego de *fetichización de la subjetividad*; hay una *metamorfosis del sujeto en objeto*; un pasaje de ser social a ser individual, de la familiaridad a la orfandad; de ser sujeto de derechos a objeto de piedad, lástima y culpa. Es el camino de la alienación o de la objetivación de la subjetividad y de la inmanencia del poder.

Si miramos la historia veremos en ella que la existencia humana es un estado de convivencia entre los hombres; un estado de socialización; de ahí, que Marx haya planteado que el ser ante todo es un ser social y el psicoanálisis en cambio reconozca que antes de devenir como un nuevo ser, éste ya viene estructurado y condicionado socialmente.

Pero ¿Cómo es que se produce esta relación social, al momento del contacto con el hospital psiquiátrico? ¿Qué características tiene la relación médico-paciente?

Antes del encierro, lo cierto es que el sujeto estaba en relación con el mundo y la realidad, estaba en contacto con las cosas y con el Otro, podía ver, ordenar y organizar su vida en esa realidad, aún partiendo de que fuese loco, mantenía un nivel mínimo de relación social con su familia y poco menos o casi nada con la sociedad, pero en el momento en que es detenido y se ve con sus captores y luego con los profesionales, es inmediatamente despojado de aquel mundo y de aquella realidad; de ser social, mediante los muros del psiquiátrico pasa a vivir aisladamente de manera in-

dividual y autista; ahí continúa la senda de los suplicios y la desfiguración de la existencia humana.

En el primer contacto con el médico, la mirada de éste desintegra y caotiza el mundo y la realidad del interno, el mismo que de ser cuasi libre cae en las manos del técnico que lo expulsa de la sociedad y lo juzga por su condición física metiéndolo en otra realidad con otro tipo de ordenación y organización, de modo que la acción del profesional desintegra el Yo y la relación de éste con la realidad, le descentraliza y le fractura al interno y a su mundo, le expropia de una parte de su singularidad, de sus deseos, de sus fantasías, hasta de sus delirios. Le expropia de su subjetividad por medio de la mirada y del saber médico que lo bautiza como enfermo, esquizofrénico, psicótico o loco, etc., lo cambia de identidad y de vida, lo vuelve un ser más en sí que para sí, lo anula a sí mismo, le limita y cancela las posibilidades de la vida humana.

A los ojos del médico-psiquiatra, el hombre deviene en objeto de análisis y tratamiento, en una cosa; pues no piensa sino que se piensa por él; no siente, no tiene familia, no oye, no sabe explicar lo que le pasa, porque según el saber clínico todo está alterado y en caos, es como que el loco deviniera en la nada, en expresión del vacío y en la cosificación de lo viviente.

Pero el proceso de alienación de la subjetividad de los internos no para ahí; el discurso y la práctica organicista se encargan de darle la nueva identidad clínica, una nueva psicología y psicopatología que lo transforma de ser independiente a dependiente de la voluntad o de las decisiones del médico; de ser libre lo convierte en enajenado y subordinado del técnico -especialista; el miedo, la angustia, el sufrimiento denotan la caída del hombre como ser esclavo y enfermo que depende de la voluntad y sanidad del técnico; de la nada se convierte en el fetiche pervertido que vive en el universo de los demonios, de lo sarcástico, en el infierno de todos los males, en la ironía de lo real; en el sin sentido y la razón, en el rechazo y la apatía de la sociedad y del Yo omnímodo del ojo clínico al que solo le importa la descripción del delirio, del dolor y como inhibir o controlar los mecanismos fisiológicos y químicos.

¿No es esto acaso una satanización de la institución psiquiátrica y una exacerbación de la enfermedad y la locura? ¿No hay en el psiquiatra y en el

rol del médico -psiquiatra algo que rescatar? ¿La locura como enfermedad, acaso realmente está exenta riesgos?

Para responder a esto hay que pisar, ver y oír todo lo que sucede en la cotidianidad del psiquiátrico y de los internos, cuyas actividades se distribuyen de la siguiente manera:

COTIDIANIDAD DEL ENCIERRO

<i>Hora</i>	<i>Actividad</i>	<i>Responsable</i>
7 am.	Aseo personal	Auxiliares de enfermería
7.30 am.	Desayuno	Enfermeras
8 am.	Medicación	Enfermeras
13.30 pm.	Almuerzo	Enfermeras
14 pm.	Medicación	Enfermeras
19 pm	Merienda	Cocineras
20 pm.	Medicación	Enfermeras

Fuente: Entrevista a Sor Delia Lozada y a la Lcda. Elvia Peñafiel enfermeras principales. 7-XI-1995

Historia clínica. Sala Celso Jarrín. Hospital psiquiátrico San Lázaro.

Elaboración: Ménthor Sánchez Gambóa.

En este horario formal entran todos o la mayoría de internos, pero hay otro tipo de actividades diarias ocasionales en las que no participan todos, sino una parte selecta y reducida, quedando afuera otra parte mayoritaria. Estas tareas están relacionadas con la vida religiosa, con la práctica laboral y con el uso del tiempo libre.

VI. LA PRACTICA RELIGIOSA

En lo que respecta a la religión, el poder global ya no está en manos de la Iglesia Católica, sino que desde 1869 mediante un Decreto de la Convención Nacional y bajo la presidencia de García Moreno se dice:

“El Poder Ejecutivo pondrá los hospitales de la República que cuentan con fondos suficientes a cargo de las Hijas de la Caridad, celebrando las contratas correspondientes y dictando todas las providencias del caso, para conseguir este importante objeto”³¹

Y posteriormente:

“Las Hermanas de la Caridad, el 8 de Septiembre de 1882, se encargaron de la dirección y administración de ambas casas: Hospicio y Lazareto”³²

Esto demuestra que el Estado en aquella época entregó su responsabilidad en política social sanitaria a un sector religioso que venía desarrollando una práctica asistencial y caritativa con la pobreza.

Con el transcurrir del tiempo dicha congregación ha tenido que ir pasando de la práctica caritativa, creyente y empírica a una práctica técnica, ya que desde 1915, según el mismo documento, se detecta la necesidad de capacitarse en Enfermería y Farmacia, con el fin de servir mejor al desvalido.

Pero pese a ello paradójicamente, la influencia de esta congregación ha ido disminuyendo debido al desarrollo del aparato estatal, al apareamiento de sus instituciones sanitarias y a la importación del conocimiento clínico médico - psiquiátrico, es decir, la secularización de la práctica de la salud, la formación de los sindicatos en la misma área y la profesionalización médica son aspectos que han contribuido para éste cambio.

Estos hechos han significado para las hermanas de la Caridad una pérdida de presencia y poder dentro del ámbito de la salud y concretamente dentro del hospital psiquiátrico, dado que desde 1930 es la Junta Central de Asistencia social y la Dirección de ésta Junta las que mantienen el poder y el control del psiquiátrico, bajo cuya autoridad las hermanas de la Caridad se hallan subordinadas. Seis años después la Junta y la Dirección se mantienen, pero aparece una nueva función de Director del Hospicio y Manicomio en la que la congregación religiosa vuelve a bajar funcionalmente más, a perder poder y a depender de dicha autoridad.

Luego desde 1944 hasta nuestros días es el médico-psiquiatra el que lo ha desplazado, quedando con una presencia mínima y fuera de todo el control administrativo, político, económico y sanitario del hospital.

Actualmente las Hermanas de la Caridad³³ además de realizar una práctica asistencial, combinan las labores técnicas con las religiosas, donde lo prioritario es el adoctrinamiento cristiano, mientras que la profesión aparece como un recurso o un medio para cumplir tal fin; de modo que ahora han perdido poder y autoridad en el manejo y dominio del psiquiátrico, han pasado a depender de la autoridad del médico-psiquiatra y de la autoridad de su propia denominación San Vicente de Paul.

Esto hace pensar que ha existido un cambio histórico en su participación dentro del hospital; pues ya no conviven en él; no está en sus manos el poder central, sus devotas han perdido la devoción y no es numerosa su presencia, no tienen acceso a todas las instancias de toma de decisiones y por ende no llegan a todos los internos. La transmisión de la fe no llega a todos por igual, sus roles son específicos y se dan en espacios pequeños, es decir, la estructura y el funcionamiento de la institución ya no es de dominio religioso sino profesional.

La función principal del equipo religioso ya no es el de evangelizar y convertir al ateo en creyente, sino el de distraer a los pacientes que son el alma de Dios, o sea cumplir con la práctica de la caridad, la misericordia y la benevolencia, aligerar el alma de los internos mediante la Teoterapia o forma de tratamiento religioso con actos y prácticas rituales dedicados a la adoración del santísimo.

Otra función básica que cumplen es el adoctrinamiento cristiano que busca la conservación de la fe y la confesión de los pecados, hechos que están encaminados a la redención y a la salvación individual mediante cánticos, rezos, adoraciones e imploraciones que constituyen todo un ritual.

¿Actualmente cómo se da el contacto religioso con los internos? Al observar detenidamente estos hechos religiosos, se ve que operan mecanismos de selección para escoger a los internos, especialmente a quienes están en condiciones de responder mínimamente o sea según su estado de salud, luego se los adiestra sistemáticamente para los actos de fe; frente a estas acciones son pocos los internos que acuden por voluntad propia, más bien su participación se da como un proceso de imposición ideológica an-

te lo cual existe resistencia de los fieles, ya que muchos de ellos pese a que son llevados de la mano, suelen soltarse o desviarse del trayecto o sino presentan comportamientos que nada tienen que ver con los ritos y la adoración a Dios; son conductas que ni la psiquiatría puede explicar por más que se esfuerce en ver en el síntoma orgánico todo lo que le pasa al interno.

Si frente a la imposición ideológica existen mecanismos de resistencia, ¿Qué otras vías o formas de manifestación religiosa aparece en los internos?

Es en el discurso delirante, paranoico y obsesivo donde se filtra esta conexión; pero también se expresa como un diálogo y monólogo que nada tiene que ver con el lenguaje desfigurado, es decir, no está precisamente en el acto social previamente preparado, sino que aparece en la cadena significativa entrecortada que denota un tipo de significado dominante, místico e idealista: El deseo de ver y ser Dios. Pero también el discurso psicótico aparece libre de normas gramaticales y sociales, sujeto a su propia codificación y significación.

VII. LA PRACTICA LABORAL

En cuanto a la actividad laboral hay dos tipos de trabajo, uno productivo y otro doméstico. El primero se realiza bajo la coordinación y asesoría del departamento de rehabilitación Hno. Miguel. El segundo está a cargo de las enfermeras, de los auxiliares y del personal de servicio.

La terapia ocupacional es concebida como:

“una disciplina del campo de la salud a la cual le conciernen las personas que sufren deficiencia, discapacidad o minusvalía, física y/o mental ya sea en forma temporal o permanente. Hace participar a los pacientes en actividades diseñadas para promover la restauración y el máximo uso de sus funciones, para satisfacer las exigencias de su medio laboral, social, personal y a participar en la vida con un sentido más integral”³⁴.

Las principales funciones de este departamento son:

- a.- Realizar tareas ocupacionales con los pacientes de acuerdo a su grado de habilidad, estado mental, conocimiento y a las facilidades que presta la institución
- b.- Clasificar a los pacientes enfermos mentales según:
 - deterioro mental
 - habilidad manual
 - capacidad individual
- c.- Informar periódicamente sobre los aportes y adelantos de los pacientes.
- d.- Coordinar con el equipo de servicios para realizar actividades recreativas (televisión, juegos de salón, etc.).
- e.- Coordinar con el equipo multidisciplinario para el envío de pacientes de acuerdo a sus necesidades.
- f.- Realizar exposiciones de todos los artículos elaborados por los pacientes”.³⁵

En la práctica concreta el trabajo productivo es artesanal y el número de internos que trabaja en cada uno de los talleres es irregular, generalmente oscilan de 4 a 10 personas. El horario de trabajo es de 3 horas diarias durante la mañana.

Las mujeres están distribuidas en los talleres de Tejido, Juguetería y Costura, los mismos que cuentan con instrumentos de producción y materia prima.

Del taller de Tejido y Costura anualmente se produce alrededor de 140 artículos que luego de ser vendidos en el mercado totalizan una cantidad anual de S/.1.300.000 (sucres).

De todos los trabajadores sólo dos internos reciben un sueldo de S/. 15.000 y S/. 2000 (sucres) mensuales, ésta remuneración no es fija dado que casi siempre se distribuye S/. 20.000 mensuales en varias internas, que según sus instructores, saben administrar el dinero, el resto no recibe nada, a lo sumo un pequeño refrigerio diario. De esto se concluye que cerca de S/. 200.000 anuales se invierten en algunas operarias y el resto se va al Ministerio de Salud.

Los hombres en cambio están ubicados en los talleres de Carpintería, Agricultura y Jardinería o en el Múltiple y de Mantenimiento; aquí pese a que hay materia prima y algunos instrumentos de producción no se produce hasta el momento nada, una de las razones es que éstos talleres se han implementado tardíamente en relación a los otros y la producción es escasa o casi nula por falta de tierra disponible para el cultivo y porque no hay una respuesta positiva de parte de los internos.

¿Qué conclusiones se puede extraer de todo esto? Que por un lado las mujeres internas son las que más trabajan y generan una ganancia, lo que no sucede con los hombres internos, es decir, desde el punto de vista laboral, la mujer es más necesaria para el hospital y al propio tiempo más explotada en la sociedad y dentro de la estructura institucional.

Si pasamos a tomar en cuenta el trabajo no productivo, éste se relaciona más con las tareas domésticas, específicamente con tareas de apoyo en la cocina, con el aseo de las salas y con la lavada de la ropa de los propios internos y en algunas ocasiones con el aseo de los mandiles de las enfermeras o auxiliares; excepto las lavanderas, ninguna tarea es remunerada material, moral o socialmente.

VIII. USO DEL TIEMPO LIBRE

Pero fuera del trabajo, como ya se ha mencionado, hay internos que no están en ningún tipo de actividad, no hacen nada, para ellos no hay tareas ocupacionales, incentivos, rehabilitación; además de recibir la alimentación, medicación y cumplir con sus necesidades biológicas, todo el tiempo, todos los días se pasan deambulando o viven estáticos.

Cuando uno pasa la puerta que separa la realidad de los cuerdos y los locos, enseguida se topa con los internos que se hallan caminando en círculo o en línea recta, es típico y cotidiano verlos sentados o acostados en el suelo, en la madera, en el cemento o la tierra y expuestos al frío, a la humedad o al calor. A veces están deambulando por lugares estrechos sin ningún rumbo y con la mirada fija y perdida, el cuerpo tembloroso, la piel quemada o ulcerada por el sol y los medicamentos; algunos con los pies descalzos, la ropa muy grande o muy pequeña, vieja o descosida.

Esta biografía del dolor se siente más cuando un extraño se acerca, enseguida emiten sonidos fuertes, gritan desesperadamente, saludan y se quejan del trato que reciben en el hospital, piden angustiosamente: “Un tabaco... Tiene cien sucres que me regale... Ya me quiero ir de aquí...”. La mayoría de ellos están como idos, con la mirada perdida, sus movimientos corporales son lentos, temblorosos y descordinados. Hay unos que se comunican bien, otros que no hablan pero que su cuerpo dice todo.

Este tipo de internos que está entre la sobrevivencia y la muerte y no tiene ninguna actividad, constituye la mayoría de la población del hospital San Lázaro, son cerca del 85%, son los más afectados, algunos se han suicidado lanzándose del tercer piso o ahorcándose; otros han sido objeto de abusos sexuales; etc.³⁶.

En conclusión, en lo que se refiere a la distribución del tiempo diario, dos horas se ocupan en aseo personal dos veces por semana; 1 1/2 h. en medicación tres veces al día; dos horas en alimentación dos veces al día; tres horas en terapia ocupacional (sólo 10 internos) y cerca de 6 a 9 horas diarias no se ocupan en nada.

Notas

- 24 Reglamento del hospital psiquiátrico San Lázaro. Quito 1995.
- 25 Dr. José Antonio Carrión. Hospicio de Jesús, José y María. Hospital San Lázaro y Manicomio de Quito. Quito 1960. Museo Nacional de Medicina. pág.147-167.
- 26 M. Freile y S. Toscano. Práctica de salud en el hospicio y manicomio San Lázaro desde 1900 a 1930. Quito. PUCE. 1985
- 27 V. Jácome y A. Velarde. Práctica de salud en el hospital psiquiátrico San Lázaro en el período de 1930 a 1984. Quito. PUCE 1986.
- 28 Idem. pág. 148.
- 29 Idem. pág. 119
- 30 Idem. pág. 124
- 31 Compañía de las Hijas de la Caridad. Quito, Noviembre de 1982. Pág. 6.
- 32 M. Freile y S. Toscano. Práctica de salud en el hospicio y manicomio San Lázaro desde 1900 a 1930. Pág. 40. Quito. PUCE. 1985.
- 33 Forman un equipo de 4 monjas, dos enfermeras y dos que realizan tareas asistenciales. Pasan rotando cada año por cada una de las salas y dependen del director y del médico-psiquiatra.
- 34 Reglamento del hospital psiquiátrico San Lázaro. Quito 1995. pág. 7
- 35 Idem. pág. 7,8
- 36 Según el auxiliar de enfermería Gonzalo Largo, los pacientes Aux Jimenez y Gonzalo Bedón se lanzaron de la Sala San Juan al primer piso y murieron instantáneamente. Otros como Guillermo Truches, Gustavo Tapia y Plutarco Montalvo luego de votarse quedaron ilesos, especialmente de sus extremidades inferiores.
De todos estos hechos no se ha estudiado las razones ni se conoce el tiempo en que sucedió, aunque uno de los internos todavía sigue en dicha sala.
El Viernes 22 de Marzo de 1996 el Diario Ultimas Noticias relata la violación sexual al paciente Gonzáles ocurrido en la sala Franklin Tello por un miembro de la institución psiquiátrica y del sindicato llamado Valerio Martín Cevallos, que al momento del acto homosexual se hallaba en estado de absoluta ebriedad.

CAPITULO IV

SABER Y PODER

I. EL APARECIMIENTO DE LAS PROFESIONES

Cuando se funda el Hospicio, éste no estaba concebido como una casa de salud, sino de albergue y asistencia, aunque entre los que se recogían en la calle estaban algunos enfermos; esta forma de detención no diferenciaba en la pobreza los diversos tipos de enfermedad; el criterio que predominaba en este sentido era el de incurable, desgraciado, pecador, endemoniado, etc.; es decir, el enfermo era ubicado con criterio moral y religioso; era sinónimo de alguna falta grave a Dios, a la sociedad y así mismo; él era la representación del mal y de lo abominable; por eso el encierro aparecía como el primer remedio sin ninguna preocupación científica por el cuerpo ni por su espiritualidad. El remedio era una medida social de desarraigo de la realidad y de despojo de la libertad; consistía más bien en separarlos y aislarlos de la sociedad mediante la creación de un ambiente especial y hermético, con reglas y normas específicas bajo las cuales debían convivir todos los vagos, los locos, las prostitutas, los ateos y los leprosos, etc.

Se sabe que una vez que estaban en el encierro los internos eran separados o clasificados de acuerdo a la peligrosidad de su enfermedad y según esto debían o no incorporarse a la actividad laboral, no así a la actividad religiosa, a lo que nadie podía escapar.

De modo que el dolor y el sufrimiento provocado por los trastornos corporales o contagio social no eran objeto de investigación ni tratamiento, sólo existía una práctica voluntariosa y de temor; dado que en los sectores pudientes corría el miedo de no contaminarse con la pobreza y básicamente con los enfermos.

Para mediados del siglo XIX existían 120 leprosos conviviendo con 34 pobres, 3 presos y 11 locos; además de vagos, prostitutas y ebrios. Los leprosos o elefanciacos como se los llamaba eran la preocupación mayor para la

sociedad, la Iglesia Católica, el Ministro de interior y para la junta Médica que en ese entonces ya existía; todos estos sectores estaban interesados en curar o tratar de alguna manera a la lepra. El gobernador de Pichincha investigaba sobre los remedios que habían en esa época, gestionaba para adquirirlos y le informaba a la Junta médica hasta hacerles llegar; en este sentido el gobernador actuaba como un administrador y asesor del médico.

De los datos encontrados a partir de 1833 arranca una forma de tratamiento a la lepra, hecho que por ser el inicio de una nueva práctica relacionada con el trato social a los pobres y porque prácticamente parece que en aquel entonces la locura no era todavía objeto de atención y preocupación, lo vamos a considerar.

Este tratamiento era empírico, y consistía en un conjunto de pruebas experimentales entre la naturaleza y el hombre, una mezcla de voluntad, buena fe e ignorancia; era el apareamiento de un tipo de saber y técnica ligadas al dolor del cuerpo y el alma.

FORMAS DE TRATAMIENTO PARA LA LEPRO EN EL SIGLO XIX

<i>Fecha</i>	<i>Remedio</i>	<i>Formas de Aplicación</i>	<i>Tiempo de Tratamiento</i>
1833	Vegetal cuichunchilli		12 días
1847	Huano -Lastimas o estiércol de ave	Baño o Aplicación al cuerpo.	
1858	Guayacán	Jarabe pomada	15 días
1863	Lagartija cruda	Comer	
1868	Aceite de chalmugra	Jeringa de pravas	
1898	Baños fríos Solonaceas Homuros Antiespasmódicos Reconstituyentes azufre, brea, cicuta.		

Fuente: Dr. José Antonio Carrión. Hospicio de Jesús, José y María. Hospital San Lázaro y Manicomio de Quito 1960. Museo Nacional de Medicina. Quito.

Elaboración: Ménthor Sánchez Gambóia.

Este tratamiento empírico de ensayo y error ha tomado al cuerpo como objeto de una primitiva observación y como el lugar donde se asienta el mal, el pecado, la enfermedad y el sufrimiento.

Ha creado un tipo de saber sobre el cuerpo y ha dado lugar al nacimiento de técnicas simples para el control del cuerpo enfermo. Este conocimiento se nutre de la experiencia acumulada y su tecnología es más aver-siva que rehabilitadora, una forma de enfrentar al dolor ignorado con más dolor provocado.

Si ha esto se suma o se tiene en cuenta una de las funciones de la Iglesia Católica, bien podría decirse que el apareamiento de *las primeras formas de tratamiento tiene relación directa con el proceso de ideologización*, o más exactamente con el escándalo público que han montado históricamente las capas pudientes; es decir, *a un tipo de estigmatización como vago, desempleado, ateo y enfermo se crea o se produce un tipo de tratamiento; el trabajo artesanal, la imposición del cristianismo y la purgación del cuerpo*; de ahí que la tecnología empírica del tratamiento sea estrictamente represiva e individualizadora, fragmentaria y use la confesión o limpia del cuerpo y esté asociado con los gobernadores, curas, mayordomos y con los médicos.

Posteriormente, a fines del siglo XIX y durante el siglo XX, hasta la década del 70 prácticamente se consolida y se legitima el saber científico clínico - psiquiátrico; al respecto es difícil establecer exactamente cuando se da el salto del tratamiento empírico al tratamiento médico psiquiátrico, pues si bien se conoce que desde comienzos del siglo XIX ya existían los primeros médicos, estos sin embargo realizaban una práctica empírica y todavía no habían incorporado el conocimiento técnico de otros países y tampoco habían producido sus propios conocimientos, eran más consumidores que productores del saber, es decir, dependían como hoy del desarrollo técnico y científico de los países desarrollados.

Este cambio en las formas de tratamiento va muy ligado al apareamiento de las disciplinas científicas y al cambio del saber empírico en saber científico; o sea al cambio de una práctica donde lo que predomina son la percepción de los sentidos sobre la realidad; la observación pragmática de lo real, la representación de la cosa que la cosa misma.

Este desarrollo del conocimiento ha estado dependiendo de la historia social y política de nuestra sociedad, así como de la propia constitución

y configuración del Estado y de sus aparatos e instituciones como el Ministerio de Salud y sus dependencias u hospitales.

II. LA PSIQUIATRIA Y SUS PROCEDIMIENTOS

Actualmente existen un médico tratante en consulta externa, dos psiquiatras y cuatro médicos residentes. Si tomamos en cuenta la población de internos, cada psiquiatra debería atender 90 pacientes y si se tiene en cuenta a los médicos, cada profesional debería estar a cargo de 60 o 25 internos; pero como cada psiquiatra está a cargo de una sala entonces tiene bajo su responsabilidad entre 30 y 40 internos.

Según el reglamento vigente las principales funciones y actividades del médico-psiquiatra son:

- a.- Brindar atención médica psiquiátrica a los pacientes hospitalizados, realizando exámenes de diagnóstico y tratamiento médico específico.
- b.- Mantener la historia clínica y más documentación, asegurando de que se registren los datos establecidos.
- c.- Disponer las altas y transferencias de pacientes.
- d.- Solicitar los estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso.
- e.- Atender y/o solicitar interconsultas de la especialidad o de otras especialidades.
- f.- Brindar atención ambulatoria de la especialidad en consulta externa y de emergencia.
- g.- Realizar sesiones clínicas y otras actividades científicas.
- h.- Desarrollar actividades de docencia de la especialidad.
- i.- Certificar la defunción de pacientes que estuvieron al cuidado del servicio.
- j.- Organizar e integrar el Comité de Auditoría Médica del servicio.
- k.- Realizar actividades de promoción y protección con educación en salud mental, prevención de las enfermedades mentales y prevención de la invalidez mental.
- l.- Brindar tratamiento específico, a través de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.”³⁷

A partir de esto el rol del psiquiatra se ubica en el campo clínico con tareas de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales y en el campo académico en docencia e investigación.

Para conocer más de cerca esta realidad debemos saber cómo operan estas funciones en la vida concreta del hospital y analizar, ¿Qué es la clínica? ¿Cuál es el discurso de la medicina y la psiquiatría? ¿Qué procedimientos utilizan para realizar sus fines? ¿Cuál es la relación que establecen con los locos? ¿Qué representación social y política tienen?, etc. Para viabilizar el análisis vamos a partir teniendo en cuenta a la historia clínica y la observación de la actividad psiquiátrica institucional como puntos de referencia.

Vamos a empezar entonces por el primer campo, esto es el clínico; para esto he tomado la historia clínica de una mujer, que según creo es por el tiempo de permanencia y básicamente por considerarlo una situación individual que connota un cierto tipo de interés social y político.

Esta persona ingresó al hospital psiquiátrico el 1º de Enero de 1948 permaneciendo en la institución hasta la actualidad en la Sala Celso Jarrín.

En esta historia clínica hay un hecho que resalta a la vista y que resulta extraño; los datos que constan en su expediente solo aparecen desde 1972, es decir, 24 años después de su ingreso. ¿Qué pasó con la información de su historia y de su vida misma en este lapso de tiempo? En la práctica concreta nadie asume la responsabilidad por este hecho, según las enfermeras “los médicos ordenan que se bote cuando hay muchos papeles en las carpetas”. Lo cierto es que esto podría ser otro dato de cómo la institución se coloca frente a los internos; cómo hace desaparecer o elimina el rastro y el rostro de los locos.

Con esta amnesia institucional pasemos a revisar el diagnóstico psiquiátrico del 20 de Abril de 1972.

Por medio de la entrevista médica psiquiátrica se dice:

“Conciencia lúcida, se orienta en lo espacial y en lo autopsíquico. No controla el tiempo, más por estar desconectado de los medios de información”.

“Afectividad lábil, superficial, inestable, no es adecuada a los estímulos. Aislamiento, hay que insistir para que enfrente al interlocutor y

conteste el interrogatorio. Actividad estereotipada, tanto en el cuidado y atuendo personales como en las actitudes. Hay también estereotipo de lugar (incomprensible), indolencia, disminución del impulso volitivo”.

“Pensamiento esquizofrénico: adjudica significados adventicios, sin relación con la realidad a los acontecimientos, así por ejemplo, su estadía en el hospital se debe a que está (incomprensible, parecería que dice estíptica o distíptica), etc. Preocupación hipocondríaca. Falsos reconocimientos.”

“Alteraciones en el curso del pensamiento: emboliforme y saltigrado. Efecto esquizofrénico”.

“Diagnóstico: esquizofrenia forma simple. Fase cronicidad”.³⁸

¿Cómo es posible que una enferma mental tenga una conciencia lúcida, orientada en el espacio, en el aquí y ahora, con respecto a sí misma y que su pensamiento sea esquizofrénico alterado en el curso y desconectado de la realidad? ¿Acaso la conciencia y el pensamiento son funciones independientes y autónomas unas de la otra?

¿Forzando todo, será que estos hechos son asimilables a la disociación y a la ambivalencia?

La respuesta es evidente, si bien el sujeto actúa fragmentado, disociado por la propia estructura social, es imposible pensar en la existencia de entelequias orgánicas, psíquicas o sociales autónomas, libres y con vida propia. De otro lado la disociación y la ambivalencia si bien pueden devenir como síntomas o no y pueden estar relacionados a una determinada patología, son diferentes a los trastornos de conciencia o del pensamiento, y eso en el supuesto caso de que se admitieran tal segmentación del psiquismo.

Esta mirada o percepción dicotómica del sujeto que más se asemeja al todo vale, al está bien pero mal, está enfermo pero sano o es normal y anormal; nos mete de lleno en una característica del discurso psiquiátrico.

Esta dicotomía en su forma se caracteriza por la ambigüedad y la contradicción, mientras que en su contenido se destaca por invertir la realidad e instituir un tipo de saber y de verdad sobre el otro; en donde el discurso psiquiátrico asoma como si fuera lo real, la cosa misma o como que

el diagnóstico del interno pasara a ser la realidad del mismo y no así, en cambio, su propia existencia o vida.

Esta inversión se da en el plano de lo real y en el ámbito del conocimiento, es decir, hay un episteme propio de la psiquiatría clásica de nuestra sociedad en la década del 70, que bien podría indicar que noseológicamente se ubica más cerca del empirismo que del positivismo.

En uno de los procedimientos médicos que tiene que ver con el examen somático realizado un mes después de la elaboración del diagnóstico, entre otras cosas, se lee lo siguiente:

“Estado General: Regular”, “Conciencia lúcida”, “órganos de los sentidos sin patología”, “Sistema Nervioso: Motilidad y reflectividad normal”³⁹, etc.

¿Cómo es posible que una paciente con diagnóstico de esquizofrenia, luego de un mes se halle en perfecto estado fisiológico y psíquico? ¿Será un efecto del tratamiento psiquiátrico? ¿O será que uno de los procedimientos o ambos alteran la verdad? ¿En tal caso o bien no existió tal esquizofrenia o bien se trata de un brote menor? ¿Cómo responder a todo esto?

Al respecto no existe ningún dato en la historia clínica actual que nos pueda ser de utilidad; sólo se menciona que seis años antes del diagnóstico la paciente tomaba Norol una cucharada cada cuatro horas y dos tabletas de Diamezol.

Lo concreto es que estamos frente a una persona que tiene dos diagnósticos diferentes en menos de un mes; el uno de Esquizofrenia y el otro de Normal. Tampoco parece probable que el cambio de identidad clínica se deba al tratamiento estrictamente medicamentoso; pues por más medicación efectiva y actualizada que reciba, nadie puede curarse de una Esquizofrenia con sólo controlar o inhibir sus mecanismos físicos y químicos, porque el hombre alterado no sólo que tiene alterada su fisiología u organicidad, sino también su entorno familiar y social; esto obliga a pensar que el abordaje de una alteración no sólo debe apuntar al control del cuerpo, sino que debe ser interdisciplinario, más colectivo que individual, más preventivo que curativo.

Tampoco creo que se trate de un brote, si fuera así, debería haberse registrado como tal, lo más seguro es que estamos frente a una clara contradicción institucional que pone al descubierto los problemas de la psiquiatría, de su discurso y de sus instrumentos técnicos como parte de una ideología dominante en el campo de la salud.

En la hoja de tratamiento consta que desde 1973 hasta 1977 la interna viene recibiendo Trilofán, Ambarzón, Akinetón, Haloperidol, Serentil, Largactil, Sinogán y Complejo B.

Luego en la evolución de la enfermedad se dan una serie de características clínicas que varían con el tiempo (del 80 al 83) y que son continuas, alternantes o paralelas entre sí.

Diagnóstico: Esquizofrenia Crónica Indiferenciada

Características clínicas:⁴⁰

a. Normales.-

“Paciente en buen estado general. Bien orientado en tiempo y espacio. Colaboradora. En mejores condiciones. Sin novedad. No refiere molestias. No se observa patología alguna. Actualmente en buenas condiciones. Asintomática. Ligeramente deprimida. Tranquila. No refiere trastornos del sueño y apetito”, etc.

b. Patológicas.-

“No tiene conciencia de enfermedad. Extravagante. Estereotipo de actitudes. Pensamiento rápido, prolijo, detallista, perseverante, delirante. Actitudes alucinatorias, dialoga solo con gesticulaciones. Algo negativista. Paciente que presentó trastornos secundarios por neurolépticos: incisivos: displejia labiolingual y actitud parquinsoniana. Alucinaciones y delirios, autista. Discordante y agitada. Agitada delirante. Con disquinesia tardía. Irascible. Angustiada. Delirante. Agitación psicomotriz. Se masturba. Agitación nocturna. Risa inmotivada nocturna”⁴¹

Alteraciones somáticas:

“Signos vitales dentro de los límites normales. Tos persistente. Afebril. Garganta congestiva. Abdomen suave, depresible, no doloroso. Hidratado. Tos hemoteica. Hemorroides externas e internas. Con dolor vaginal porque afirma que está embarazada. Hipertrofia pupilar”⁴².

En esta hoja de la Evolución de la enfermedad son reiteradas veces que la interna se resiste, protesta, se niega y rehusa a tomar la medicación.

Lo que se observa es que la institución psiquiátrica desde la década del 60 hasta 83 pasó suministrándole una cantidad de neurolépticos de manera periódica, impuso 3 tipos de diagnóstico y en el transcurso de este tiempo aparecieron nuevas características clínicas personales complejas y contradictorias.

Concretamente, de un lado la interna aparece como sana sin patología y de otro lado tiene un pensamiento delirante, alucinatorio y es considerada una Esquizofrénica crónica. Esto no hace sino reflejar la clara contradicción entre la teoría organicista de la sanación con la práctica de la creación del dolor, una contradicción entre la vida de los psiquiatras y la de los internos, entre la salud y la enfermedad, entre una práctica científica y empírica, entre el ideal institucional de protección y rehabilitación con la práctica de exclusión y eliminación; en fin es una contradicción histórica y política enraizada en el ámbito institucional en busca del control y dominio de una forma de subjetividad a través de técnicas y mecanismos irracionales.

En este complicado procedimiento se visualiza el ejercicio del poder, una forma de gobierno, la utilización de varios recursos técnicos y los efectos de la represión.

Queda claro que en el seguimiento psiquiátrico la interna recibe otro tipo de diagnóstico, ya no se trata de una Esquizofrenia simple sino de una persona crónica con un deterioro físico, corporal y emocional.

Hay un dato interesante en la historia clínica que demuestra la práctica negativa de la institución y es el hecho de que el propio tratamiento orgánico produce una serie de síntomas en la paciente, llamados secundarios, con esto se confirma que la institución y sus procedimientos produ-

cen otro tipo de subjetividad y singularidad en los internos, los agrava, los deteriora, les crea más sufrimiento que el que causa su propia enfermedad, es como que la institución psiquiátrica de paraíso se convirtiera en infierno; sucede algo parecido a la cárcel en donde en lugar de rehabilitarse se perfecciona en el delito.

De modo que la forma de intervención institucional psiquiátrica no sólo que crea los síntomas secundarios sino un tipo de alteración primaria; le mantiene dopado al sujeto, le regala otros síntomas, le desconecta de la familia y de la sociedad, le crea una dependencia orgánica y psíquica al médico, lo vuelve autista y vegetal; este proceso de eliminación tiene finos mecanismos de desvalorización de la vida y del yo del interno, cambia la identidad del sujeto por medio del diagnóstico clínico, queda deteriorado física y psíquicamente respecto de sí mismo, de su familia y de la sociedad.

En la hoja de enfermería se recogen y se ratifican algunos aspectos de la vida de la interna correspondientes a este período. Por ejemplo, se menciona la presencia de los delirios y las alucinaciones, la agudización de la estructura corporal y el rechazo constante de la paciente a tomar la medicación y en algunos casos a comer.

Llegados a este punto es útil conocer, ¿Por qué si la paciente ha recibido medicación desde su ingreso hasta la fecha actual, en lugar de recomponerse más bien se ha cronificado? o ¿Por qué la masificación del consumo medicamentoso es inversamente proporcional a la salud? y ¿Por qué la interna ha rechazado durante toda la vida de su internación la medicación? ¿Qué significa este hecho?

Durante toda la historia del hospital psiquiátrico se observan varias formas de tratamiento empíricas, pseudo científicas y las científicas de corte positivista que han tomado al sujeto de tratamiento en objeto de experimentación, en donde se ha colocado la fe, las buenas intenciones, la voluntad y la frustración del saber psiquiátrico.

Estos tratamientos han aplicado cuasi mecánicamente una serie de conocimientos médicos sin mostrar interés por la investigación de ningún tipo. Todo se medica, los síntomas, las enfermedades y casi todos pese a sus diversos diagnósticos reciben la misma medicación (Haldol, Haloperidol, Diazepán, Akinetón, etc.). Al sujeto considerado peligroso tiene que inyectársele inmediatamente, al tranquilo igual, con la diferencia que en el primero existe una sobredosificación.

La medicación entonces a más de buscar efectos terapéuticos, tiene una finalidad política reflejada en el control, en la inhibición o paralización de sus facultades psíquicas, corporales y sociales; el fin último es tenerlo dopado, anulado en su motricidad y en su capacidad intelectual, es mejor tenerlo dormido o cuasi sonámbulo porque así no resulta peligroso para el ego psiquiátrico y para el mantenimiento del orden institucional.

Esto deja al descubierto que la medicalización no necesariamente responde a la demanda del loco, más bien habría que pensar que con esto se acaba una posible demanda social, política y sanitaria del loco; de ahí que el encierro, las técnicas, los métodos de tratamiento y sus diversos procedimientos sean estrictamente represivos, con una represión tecnificada y socialmente aceptada, dura y cruel.

¿Pero cómo es posible que pese a estas formas represivas el loco se defienda? y sea en algunos casos capaz de resistir y oponerse a este tipo de tratamiento? En este sentido el comportamiento de la interna ha sido recibir la medicación, tener la pastilla en la boca, caminar hasta que no le vean las enfermeras y luego botar el medicamento y cuando es sorprendida en el acto, lo detienen a la fuerza y le dan la medicación con cualquier engaño.

Estos acontecimientos hacen pensar que pese al nivel de represión que se ejerce en su contra, existe un ligero grado de autonomía y relativa conciencia de lo que pasa, es decir, pese a su diagnóstico fatal, no hay una pérdida total del sentido de realidad, tampoco hay una anulación absoluta de su singularidad. Aunque responda ritualmente hay un manejo relativo de su campo y de su relación con el otro.

1. Estructura de dominación y mortificación corporal

El tratamiento Electroconvulsivo (TEC), es una técnica que usan los médicos-psiquiatras en este hospital, aunque sus aplicadores profesan grandes logros curativos a través de su uso, no pretendo conocer ni explicar tales efectos terapéuticos; más bien, siguiendo el análisis del discurso clínico, ésta técnica se ha convertido en un atractivo para analizar la relación entre gobierno institucional y la represión corporal o entre las tecnologías de dominación y el orden interno.

En ésta técnica se observa que la práctica institucional psiquiátrica, el ejercicio de las disciplinas y el empleo de las técnicas no son hechos aislados, sino que responden a ciertas exigencias funcionales de la institución y de la sociedad; por ejemplo, la reproducción de determinadas formas de relación social, como pueden ser la relaciones de dependencia, sometimiento y control; de otro lado, la psiquiatría y sus técnicas se han convertido en instrumentos de represión social, tal como fueron expuestos por el movimiento institucional y antipsiquiátrico europeo de la década del setenta.

Pero, ¿Cómo es que una técnica hecha para la liberación del sufrimiento produzca más dolor y degrade más al ser humano? ¿Cómo es que se produce ésta inversión del sentido, de técnica de curación a instrumento de represión? ¿Por qué o con qué fines se lo hace?

Lo cierto es que los esquizofrénicos peligrosos, agresivos o agitados son las víctimas de la autoridad psiquiátrica que ha hecho posible que los conflictos sociales se vuelvan patologías orgánicas individuales severas; toman a la agresión como un hecho aislado y personal, ubican al problema como si solamente se hallase dentro del cuerpo, por eso ésta técnica está dirigida al cuerpo, su aplicación busca el martirio corporal y la pérdida de sentido, cuando caen los voltios sobre la piel, el cuerpo del interno queda inmovilizado y su mirada perdida, el miedo y el dolor son los regalos de la bondad médica.

Ciertamente, el ejercicio del poder atraviesa hasta los capilares del sujeto, fragmenta, divide, domina y anula el lazo social débil.

En esto el gobierno institucional totalitario y centralista llega por medio de sus instrumentos de poder a crear un desgobierno de la subjetividad y con ello mantiene un orden interno acorde con el ordenamiento social, caracterizado por la atomización de los vínculos sociales, el mantenimiento de normas y costumbres rígidas, o la creación y el sostenimiento de un aparato represivo compuesto por la articulación entre las tecnologías e ideologías a lo que denominaré estructura de dominación.

Para que la medicocracia⁴³ gobierne a la institución debe llegar al poder sea por una delegación del poder central que lo puede ubicar ahí por méritos propios o por un simple acto burocrático, luego de que la tecnocracia⁴⁴ se posesiona del espacio institucional, emprende el camino de la

gobernación mediante la consolidación de toda una estructura de dominación que se halla formada por los aparatos de represión y las estrategias o tácticas de dominación.

El aparato de represión se constituye con los instrumentos represivos, esto es con la amalgama y fusión de las tecnologías y su respectivo fundamento ideológico, además se funde en la relación entre los ideólogos y sus aplicadores o agentes de la represión. En este caso el aparato represivo lo conforma un saber específico y técnico representado por las disciplinas científicas, esto es por la medicina, la psiquiatría y la psicología con sus respectivas técnicas curativas (entrevistas, TEC., test, medicalización, terapias cosméticas, etc.), que están muy ligadas a la ideología de la sanación, la cura y la rehabilitación. Sus ideólogos son los científicos sanitarios y sus aplicadores todo el profesional de bajo rango, el personal de servicio y del área administrativa y en algunos casos los propios internos.

El aparato represivo y sus diversos instrumentos unas veces operan como prácticas legales y legítimas dado que sus técnicas y discursos son aceptados socialmente por una gran parte de la colectividad, pero en otras ocasiones pueden devenir como prácticas ilegales pero legítimas para defender el orden socioinstitucional; así por ejemplo, según la Convención de la ONU.⁴⁵, la práctica del encierro es ilegal, aunque para los funcionarios del hospital la aplicación de las técnicas punitivas aparecen como legítimas.

La estrategia de dominación en cambio, parte de la coyuntura social y política, de un análisis real de la correlación de fuerzas o de la situación política en la que se encuentran los grupos, los sectores o las clases sociales, generalmente, el uso de las estrategias conduce a la concreción de determinadas alianzas políticas; por ejemplo, las alianzas entre los psiquiatras y los médicos con el sindicato de trabajadores para lograr mejoras económicas o la unidad formal y momentánea entre todos los grupos frente a todo intento de desestabilización del orden interno o externo.

La estructura de dominación y la estrategia política son un accionamiento político, en donde la lucha política es constante, es una confrontación de poderes o una lucha de contrapoder y por el ejercicio de un poder dominante y totalizador, en cuyo escenario aparecen defensas y resistencias sociales y singulares de ambos frentes, que en el caso de los internos

aparecen como cuerpo de alienación con las características de alteridad, reversión e indeterminación que como componentes de una estructura psicosocial busca resistir, defenderse y cuestionar la institucionalidad y totalitarismo de nuestra sociedad.

III. PSICOLOGIA Y RELIGION

Recién a fines del Siglo XIX hace su aparecimiento la Psicología en el Hospital Psiquiátrico, antes la precedieron la confesión y la represión religiosa que buscó cambiar el comportamiento de los internos, pues se instituyó la culpa y la necesidad de reparación individual mediante penas, condena y castigos martirizantes; es como si a partir de ahí el efecto catártico partiera de una noción extrapsíquica de mal cuya base no estaría en el Ello biológico, ni pulsional o sexual, por tanto no sería ni filogenética ni ontogenética, sino que la base de todo mal estaría en no aceptar la imposición de otra cultura y otros valores; el mal consistiría en la necesidad y el derecho de tener, crear y reproducir la cultura india, bastaba con profesar unas costumbres y aparecer en la real dimensión humana de ser social, para ser culpado y maltratado; de ahí que la psicología no sea individual, nunca lo será, siempre fue social y política, ha estado íntimamente relacionada con procesos externos que se han vuelto cuasi internos.

Tampoco se ha cambiado la autoridad o coerción externa por una interna (Super Yo), más bien se ha fortalecido la coerción externa y se ha creado una coerción interna autoritaria y ambivalente; omnipotente y omnipresente; realmente desde la conquista española hay un Super Yo moral, religioso y autoritario; que existe más que por impulsos endopsíquicos y autónomos, por la consolidación de una matriz sociopolítica externa dado por la religión y la política.

De modo que más que hablar de un aparato psíquico instintual, libidinoso y pulsional determinado por el inconciente, nos topamos con una realidad política que marca las formas de subjetividad, impone una imago del ser por otra, crea un sentido de realidad por otro, maneja un discurso por otro, produce valores y costumbres sociales dejando en el olvido o postergando la cultura original o aborigen; es como si detrás de la alienación del hombre hubiese siempre una aleación cultural.

Pero en medio de este contexto, ¿Qué es la Psicología y qué hace dentro del Hospital Psiquiátrico? ¿Quiénes son los psicólogos?

El Reglamento reza lo siguiente:

Artículo 26 sus principales funciones y actividades son:

- a.- Brindar atención psicológica a los pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- b.- Colaborar en la clarificación del diagnóstico y tratamiento cuando el médico lo solicite.
- c.- Realizar oportunamente los exámenes pertinentes de acuerdo a las solicitudes de los médicos.
- d.- Intervenir en las visitas médicas, presentación de casos y revisiones bibliográficas.
- e.- Mantener las historias clínicas de la especialidad, correctamente registradas y archivadas.
- f.- Elaborar el plan anual de actividades de acuerdo a la programación general del hospital.
- g.- Intervenir en los procesos científicos investigativos diseñados en el hospital.
- h.- Enviar mensualmente a Estadística los datos correspondientes para el procesamiento y análisis respectivos.”⁴⁶

Según esto la actividad psicológica se ubica en el campo estrictamente clínico y sus tareas son el Diagnóstico, el Tratamiento y la Investigación, labores que aparecen dependiendo de todo lo que haga y diga el médico - psiquiatra, en esto la psicología no tiene autonomía académica - científica ni práctica, se pierde como un peón que cuelga de la soga de un maestro. ¿Por qué? ¿Acaso la psicología es una pieza más del saber psiquiátrico?

Ya en el campo práctico, la tarea que más se realiza es el de valoración o apreciación Diagnóstica del interno, pues desde hace mucho tiempo y actualmente ninguno de los internos está en tratamiento individual ni grupal, además los propios psicólogos como una voz del Siglo XVI dicen que la psicología y la psicoterapia es solo para los “no alienados”⁴⁷, pues se parte del criterio vulgar de que los seres humanos pueden clasificarse en dos grupos, los alienados y los no alienados, en el primer grupo estarían

todas las personas con patologías graves, incluida la locura; en el otro grupo estarían los no enfermos, los sanos. ¿Pero en la realidad concreta y en medio de cualquier sociedad puede existir alguien que no sea alienado? Obviamente que no, estos criterios de la Edad Media o del Renacimiento ya han sido superados; el empirismo ha tenido su valor histórico, pero hoy no pasa de ser un vestigio con el que no se puede explicar y menos cambiar el comportamiento individual o social.

El mito de la pseudo-Reflexología y del pseudo-conductismo, acá en nuestra sociedad, en la mayoría de los casos, ha logrado sostenerse como una ideología conservadora, radical y reaccionaria dentro del ámbito psí, dentro de la salud y del saber en general.

Sus propulsores fueron psiquiatras y médicos que implantaron un modelo de educación organicista y empirista, que aunque en el discurso se autodenominaban marxistas, materialistas dialécticos o de izquierda, en la realidad impusieron el lenguaje del garrote.

Este modelo está presente en el Hospital Psiquiátrico y se caracteriza en el campo teórico, en cometer profundos errores producto de la práctica empírica. Por ejemplo, según los reflexólogos de comienzos del Siglo XX, su objeto de estudio era la *Actividad Correlacionada* del hombre, es decir, un conjunto de relaciones fisiológicas determinantes en permanente relación con lo social. Su metodología era experimental. Acá en cambio el objeto de análisis es una concepción muy genérica y confusa acerca del hombre, pues estos psicólogos pregonan el estudio de la personalidad bio-psico-socio-cultural; o sea, estudian todo, la totalidad del ser, pero en la práctica concreta, realmente no estudian al hombre y a su drama, sino ciertas particularidades de los tests, o un conjunto de signos y síntomas en abstracto que ya vienen dados en la biblia del psiquiatra, esto es en el DCM (diagnóstico y clasificación de enfermedades mentales); creen que su objeto es la descripción mecánica de paquetes de nervios o de masa encefálica, el relato de fuerzas fisiológicas desde los instintos hasta la conciencia, etc., en donde lo que se busca es hacer coincidir, aproximar o legitimar un diagnóstico psicológico a un diagnóstico psiquiátrico, realmente no interesa tratar, ni escuchar la vida del interno, sino de aplicarlo una fenezca de conocimientos para justificar una práctica profesional alucinatoria.

En cuanto al tratamiento psicológico, no hay reportes de que algún interno se haya beneficiado con la técnica del condicionamiento o de la sugestión, aunque se han venido aplicando una serie de técnicas conductistas pero con otro tipo de psicopatologías, la psicología para el loco sólo le sirve para ponerle otro nombre, para rotularle o sea para cambiarle de identidad, esa es la tarea del diagnóstico de despojarlo de un sentido de realidad e imponerle otro, de sujeto tal pasa a llamarse “el loco delirante”, “el esquizofrénico crónico” o “el loco peligroso”; esto hace pensar que la Psicología y sus instrumentos están de lado de la despersonalización y estigmatización antes que de la recuperación individual o familiar.

Desde sus conceptos ideológicos se siguen manejando con ciertas prenociones acerca de los instintos, los reflejos, hábitos, conciencia, etc., pero con descripciones puramente fisiológicas, cambian gratuitamente el hecho social y psicológico por el biológico; más son biólogos que psicólogos; están convencidos de que su campo es el neuronal, lo somático, el cuerpo. Toda la explicación de la cura se reduce a un juego de metáforas entre la corteza y la subcorteza; excitación e inhibición; son los cambios físicos, químicos u hormonales los que explican todo, aunque con certeza no se sepa ni cómo, ni cuándo, ni porqué y en qué condiciones se da el hecho orgánico, ellos lo creen no lo suponen; anteponen la fe al conocimiento, la creencia a la investigación, el hábito al análisis, en este sentido estos psicólogos se asemejan más a los curas novatos de los pueblos y ultraconservadores; para los dos la vida y las cosas son asuntos espirituales y de fe; ambos imparten senda consejería. El uno dice que puede ser un intermediario de Dios y salvar su vida, el otro asegura curar cierto tipos de esquizofrenia que no tenga lesión orgánica cerebral en 6 ó 15 sesiones; el uno apela a la fe y a la confesión y el otro a la relajación, al psicoanálisis con hipnosis⁴⁸ o a las técnicas reflexológicas⁴⁹; pero lo real es que se trafica con el alma del pobre.

Al escuchar el discurso de los psicólogos en esta institución parecería que se está más cerca de un interno que de un trabajador de la salud, pese a que usan el mandil blanco del médico, su discurso es contradictorio entre lo que dicen y hacen; es muy ambiguo y confuso para sí mismo, no se sabe de que hablan o creen, están convencidos de que lo que dicen es lo real y no parte de una realidad, toman la representación de la cosa por la

cosa misma, imponen su sentido de realidad, su lenguaje parece más delirante y alucinatorio que el del propio loco.

Dentro del campo de las ciencias humanas la psicología es una disciplina relativamente joven, lo propio se puede decir de sus ámbitos de aplicación, como el espacio clínico, el trabajo, el institucional y el social.

En nuestro medio la psicología y el psicoanálisis son expresiones científicas tempranas, todavía en proceso de divulgación y crecimiento; un ejemplo de esto es que la enseñanza de la psicología universitaria ha montado un aparato doctrinario en lugar de una estructura científica.

Este pensamiento universitario ha incursionado con profundos afanes científicos y ha seguido con una propuesta idealista que en la práctica concreta el rol del psicólogo, en la mayoría de los casos, consiste en terminar aplicando una maquinaria de test o hacer de la psicología una práctica del sacerdocio adosado a la propuesta psiquiátrica clásica, es el caso de los psicólogos clínicos que comercializan con el sufrimiento popular. En el caso de la psicología industrial, su práctica ha demostrado la presencia de los psicocanas con tareas de control, vigilancia y despido a los obreros; negocian la estabilidad de la empresa con la desgracia del obrero.

Respecto al tipo “de-formación” en psicología que se imparte en la escuela universitaria, ésta se ha quedado en el academicismo, en la tecnocracia, en el clientelismo ideológico y en un aislamiento social con respecto a los problemas que enfrenta nuestra sociedad.

En lo que respecta a la escolástica psicoanalítica universitaria, ésta no deja de querer hegemonizar y priorizar su discurso, en lugar de correlacionarlo con la realidad, ha puesto a su saber como el saber que minimiza y descalifica otros saberes y otras prácticas, quedándose colocado como un discurso eterno, obsesivo e incambiable.

Creo que la psicología y el psicoanálisis universitario e institucional contienen problemas ideológicos irresueltos como el hecho de fomentar una práctica de dominación; tienen límites teórico-técnicos ignorados sobre la concepción del sujeto, su psicopatología y el mecanismo para abordarlos, tal es el caso del reduccionismo clínico al que someten a los candidatos, etc.; también es evidente los problemas políticos que atañen a su actividad considerada como neutral pero que en la práctica se halla preñada de oportunismo.

Contrario a ésta práctica, es necesario recordar que el saber es una forma de apropiación del mundo y de la realidad, hecho que está íntimamente ligado a los procesos prácticos de construcción y transformación de la naturaleza y la sociedad.

Además el saber articula la teoría y la práctica como un solo momento de un mismo proceso y su producción puede volverse un hecho particular debido a que trata de un objeto específico o puede ser regional, en el sentido de que aborda un campo delimitado y puede constituirse como una práctica universal dado que existen aspectos comunes y genéricos que se repiten en el quehacer social y científico.

El saber a lo largo del desarrollo de la humanidad se ha constituido como un hecho histórico relacionado con determinadas circunstancias sociales y políticas que hacen posible su accionar para apropiarse de la realidad desde una mirada específica que conlleva a una ruptura con otras formas dominantes de ver y comprender lo real, para lo cual el posicionamiento político y no necesariamente partidista, permite ir construyendo ciertas condiciones objetivas y subjetivas que conllevan a la transformación de la sociedad.

Al respecto Foucault reconoce que la función política del saber es crear poder y luchar contra toda forma de dominación social hasta convertirse en un sistema regional de lucha, caso contrario el saber termina oponiéndose a la historia y al desarrollo del propio conocimiento creando estructuras inmutables de verdad desde donde se descalifica, se domina y se hace tajos otras prácticas y saberes, tal es el rol de los intelectuales instituidos como peones del gobierno y sus instituciones, son soldados de la clase dominante, subalternos de la hegemonía social y política, son aquellos que desde el psiquiátrico, las escuelas universitarias y los pasillos burocráticos transmiten la pasión, el encarnizamiento y el cinismo para justificar su posición social con una pretendida teoría negadora de lo real y aniquiladora del sujeto.

Notas

- 37 Reglamento del Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Quito 1995. Pág. 5.
- 38 Historia Clínica.No 02671. pág. 1 Hospital Psiquiátrico San Lázaro, Sala Celso Jarrín
- 39 Idem. pág. 2,3.
- 40 Hemos agrupado los síntomas en dos grupos sólo con fines didácticos y analíticos.
- 41 Idem. pág. 19 a la 23
- 42 Idem.
- 43 Concepto empleado por el socioanálisis frances. R. Lourau y otros. Análisis institucional y socioanálisis. pág. 59. Ed. Nueva imagen. Mexico 1979.
- 44 Idem. pág. 81.
- 45 La Convención del la ONU. realizada en 1989 y apoyada por 170 países, es un instrumento jurídico, político y social al que los pueblos se comprometen a difundir y a proteger los derechos de ciudadanía.
- 46 Reglamento del hospital psiquiátrico San Lázaro. Quito 1995. pág. 5
- 47 Criterio ideológico mantenido por el Presidente actual de los psicólogos clínicos graduado en la Universidad Central y que ha trabajado por más de 20 años en el hospital psiquiátrico San Lázaro. Conferencia realizada el 27 de Junio de 1996 en la PUCE.
- 48 Freud desechó hace un siglo y más la hipnosis y lo cambió por la Asociación libre de ideas.
- 49 La Reflexología fue desterrada hace 80 años de la Rusia revolucionaria y hoy pervive como técnica de rejalación comercial.

CAPITULO V

LA SOCIEDAD COLONIAL Y MODERNA

I. LA CONCEPCION DE LOS POBRES Y EL ESTADO

Una vez que hemos llegado a este punto de nuestro trabajo debemos enfrentar una de las tareas más complejas y al mismo tiempo enriquecedoras, que consiste en realizar un estudio analítico detenido, lo cual supone levantar algunos supuestos y enunciados que ayuden a comprender, explicar y porqué no a modificar la realidad de la institucionalización de la locura .

Para ello es imprescindible tener presente a lo largo de todo el trayecto de la investigación y de este capítulo en particular, que pese a las categorías, conceptos o niveles de teorización que sea necesario introducir, no es que estamos en una tarea estrictamente abstracta y descontextualizada de la realidad sino que si se plantean tales recursos teóricos es solo con el fin de poder generar más elementos analíticos y científicos que ayuden a ver y a explicar la realidad socioinstitucional.

Ciertamente la primera época a fines del siglo XVIII en la agonía de la Colonia es un período totalmente diferente al actual, hay otro tipo de sociedad y protagonistas, los intereses son diversos; sin embargo también existen hechos comunes en ambas épocas y que tienen su propia dimensión y explicación; son a estos hechos a los cuales me quiero referir en esta parte.

Dentro del Manicomio en la sociedad Colonial y dentro del Hospital San Lázaro en la época Moderna aparece un hecho recurrente e interesante que tiene que ver con la institucionalización de la pobreza durante dos siglos y una década, es decir, la pobreza ha sido objeto de destierro, experimentación, juzgamiento moral, religioso, civil y político por parte de las capas dominantes.

Los pobres han sido condenados en sus múltiples formas de expresión social; en sus costumbres, en la cultura y en el hecho mismo de ser víctimas de una serie de contradicciones sociales como el desempleo y la enfermedad; por esta razón quisiera referirme, como parte final de mi estudio a la pobreza y al trabajo en el encierro.

La pobreza siempre ha sido objeto de preocupación, análisis e investigación desde su apareamiento, es decir, desde que los hombres decidieron convivir en sociedad. El saber empírico y el saber científico lo ha tomado históricamente como objeto de experimentación y ciertas teorías positivistas han querido explicar y justificar la pobreza desde enfoques naturales, innatos e instintivos.

La religión Católica históricamente ha justificado la existencia de los pobres y de los ricos, ha visto a la propiedad privada como algo natural que Dios ha dado a los hombres, ha dicho que unos nacen para gobernar y otros para obedecer y que la justicia depende de la voluntad de los ricos y de su amor al prójimo; pero tal mandamiento de amarás al prójimo como a ti mismo, Freud lo ha puesto en cuestionamiento: ¿Cómo puede un narcisista, un psicótico y un perverso amar al prójimo? ¿El mismo neurótico cómo puede amar al otro, si su demanda de amor siempre resulta desviada o tergiversada por el Otro?

En cambio, desde otro ámbito Marx ha estremecido a las concepciones empiristas, positivistas e idealistas acerca de la sociedad y el hombre natural. En la propiedad natural ha descubierto un proceso de expropiación y apropiación de los recursos sociales, una explotación abrupta de la fuerza de trabajo de la clase obrera, una lucha sin tregua por controlar y dominar a los explotados y a la sociedad, es decir, ha visto a la historia como una lucha permanente entre las clases sociales burguesa y proletaria.

En suma la real práctica marxista ha desmitificado a la pobreza y a la riqueza así como a sus interpretaciones y protagonistas.

En la sociedad colonial ha predominado una concepción moral defendida por el sector político, la religión católica y de una parte de la sociedad civil.

Esta noción moral de la pobreza que denota una fusión práctica entre lo político y lo religioso, hablan de una concepción dualista del hombre, constituido de cuerpo -alma, con cualidades de maldad y bondad, es

decir, no importaba saber cuáles eran las causas sociales de la pobreza, no había un interés real por conocer la propia sociedad que se iba armando; solo bastaba justificar su existencia desde el lado de la creencia en una divinidad superior que pase a gobernar la vida y la institución social. Pero ¿por qué justo a los pobres no creyentes se los condenaba y no a los ricos ateos? Es difícil saber si en aquel tiempo existían ateos en las capas altas, más parece que la tendencia a la evangelización y aceptación del cristianismo fuese más rápido y aceptado por los ricos que por los pobres, tal vez esto se explica porque ellos tienen más comodidad material y porque más que ubicarse del lado de Dios se colocan del lado del poder opresor, lo cual les da múltiples beneficios políticos y sociales, prueba de ello es que con su evangelización justifican su riqueza, sus formas de conseguirlo o mejor se legitima la explotación de la fuerza de trabajo de los indios, mestizos, cholos y la existencia de una sociedad colonial hecha no a imagen y semejanza de Dios, sino a imagen y semejanza de los intereses económicos y religiosos de las capas pudientes y de la religión católica.

En cambio las capas pobres recibían al cristianismo como una imposición, más que como un regalo o bendición de Dios, para ellos el aceptar la existencia de Dios y el gobierno de sus almas mediante una normatividad religiosa era colocarse más cerca del infierno que del poder divino, pues el proceso de colonización de la fe cristiana se llevaba a cabo mediante la violencia y la violación de la libertad individual y social, debía ser recogido y luego conducido al encierro, por otro lado, la internalización de la imagen de Dios o del discurso acerca de él, implicaba la resignación y aceptación social de sus condiciones de vida, de su destino fatal y del sometimiento o dominio de su singularidad desde fuerzas externas como las leyes, reglamentos, normas y preceptos religiosos y desde una coerción interna mediante el conflicto intrapsíquico creado con la aparición y aceptación del pecado, la culpa y el mal.

Estos presupuestos morales han logrado mantener el orden social desde el gobierno político y el orden interno individual desde el gobierno religioso. Querían limpiar a los pobres de la ciudad por ser desordenados y porque alteraban a las gentes de buenas costumbres, mientras que los curas querían limpiar el mal y el desorden interno, porque los ateos eran seres endemoniados, sin alma ni espíritu, por lo tanto había que crear un ti-

po de hombre o subjetividad de acuerdo al tipo de sociedad colonial que querían las capas altas y la Iglesia.

Todo hace pensar que detrás de la institucionalización de la locura, no solo existe una práctica y una concepción ideal y metafísica de la ciudad como diría Foucault, sino también de la sociedad. ¿Pero de que tipo de sociedad estamos hablando? ¿Cuáles son sus características políticas y religiosas? ¿Qué funciones cumplía la religión católica, el gobierno político y la sociedad civil?

Al respecto parece que los principales representantes de la voluntad general del pueblo eran el gobierno político y la religión católica quienes constituyeron un poder único, el uno debía legitimar al otro; el gobierno tenía que aceptar y difundir a la religión católica como religión pública y de Estado, mientras que la religión debía aceptar y abalzar a la autoridad política del gobernante, las dos instancias han formado una unidad indisoluble de modo que no hay gobierno sin religión ni religión sin gobierno político, se trata de una constitución de hecho de la sociedad civil a través de convenios y pactos entre estos actores sociales en donde el fin último consiste en la conservación de la sociedad, las familias nobles y los individuos pudientes.

En esta sociedad debía haber una relación entre lo divino y lo terreno, entre el espíritu y el cuerpo o entre Dios y el hombre, por tanto el poder estaba en Dios y en el hombre, era uno solo, porque el hombre en sociedad era hecho a la imagen del ser supremo, el sentimiento, el amor y la fuerza venían de Dios y debían ponerse al servicio de la colectividad, el poder se concretaba en la creación y aplicación de leyes y costumbres sociales que aparecían como necesarias, únicas e inmutables y como hechos que representan y vienen de la conciencia colectiva y general, listas para gobernar y hacer respetar la voluntad general, única y divina hecha para regular los comportamientos individuales y particulares que atenten al orden social, a las buenas costumbres de las familias respetables o creyentes de aquel tiempo.

Porque cuando no existe ni religión ni gobierno o bien existe la una sin la otra, entonces hay más probabilidades de que reine el caos social y que se desaten las pasiones más irresistibles e instintivas del individuo, el mismo que puede proceder a transgredir la ley o sea faltar a Dios, a sus fie-

les y a la sociedad misma; de ahí que el pobre, ateo, desempleado arme escándalos públicos, desconcierte a su familia, corrompa a los seres más cercanos y ponga en alerta a la autoridad política y religiosa, las mismas que deben actuar para conservar el orden de la sociedad natural y restaurar la paz natural entre los hombres, para lo cual emplean todo un sistema represivo porque todo aquel que peca es culpable y todo culpable debe ser castigado y condenado, por eso la religión reprime los sentimientos y las pasiones más prohibidas y depravadas de los indeseables y el gobierno político, en cambio, controla e impide los actos exteriores y públicos de los vagos, vagabundos y viciosos, porque todo ser que no es consagrado en la religión católica, es vil, nocivo y peligroso para la sociedad política y todo ser que no obedece a las leyes y a las costumbres sociales y políticas de la mayoría, es peligroso o depravado para la religión.

En cambio en la sociedad actual la pobreza se relaciona con la enfermedad, la orfandad social, el alcoholismo, la explotación a la mujer, la locura, etc.

Hay una locura ambulante y otra fija o detenida, porque el loco es un personaje temido. Esta sociedad ha procurado controlar a la locura, esconderlo y aislarle en un lugar específico, porque dejar en libertad a los locos es poner en riesgo la seguridad de los otros; mejor es que se pierda en el ruido de la urbanidad así no se oyen los gritos desesperados, la angustia y la rabia de los recovecos del alma torturada, así no es objeto de lástima ni causa del peligro, así la locura no es visible sólo ignorada y postergada.

En medio de estos vientos de modernidad la pobreza se relaciona con la enfermedad y con la ausencia de derechos civiles; ahora ya no se condena a la pobreza como en la Colonia, hay otra forma de estigmatización, antes se los encerraba porque eran seres que supuestamente no creían en nada, ni en ellos, peor en la existencia de un ser supremo; ahora una de las formas de ir al encierro es porque no tienen sus sentidos en orden, equilibrados, porque sus juicios y razonamientos no se ajustan a los parámetros de la mayoría, tienen todo alterado, nada de lo que dicen tiene sentido, sus delirios y alucinaciones más que revelar su historia a veces son objeto de burla e incomodidad.

Ni la sociedad, ni los propios salubristas han logrado reivindicar a la locura. Es una sociedad donde todo está invertido, en donde la razón co-

mún y científica son formas de instrumentalización represiva. Por ejemplo, los psiquiatras en el encierro en lugar de prevenir, fomentan y producen locura; los jueces en lugar de rehacer la justicia, sus fallos hacen crecer como espuma la injusticia; el saber universitario en lugar de producir conocimientos arroja a sus bautizados como tecnócratas y consumidores de letras listos para emprender el desarrollo social; los curas neoliberales han elitizado a la educación y riegan bocados de religión en sus aulas intentando pescar para ver si existe algún camello que pase por la aguja.

Por eso la explicación de la locura y sus caminos de solución están más cerca de la comprensión del problema del poder que del análisis del DCM-3 o 5, por así decirlo; está más cerca de la práctica política que del mandil o del electro shock, ya que desde la práctica psiquiátrica purista no se trata de comprender nada, sino de aplicar conocimientos, ver resultados y eliminar a la locura.

Para comprender la relación entre el poder y la locura hay que desembarazarse de la ideología organicista que nos ha acostumbrado a ver a la locura como un cuerpo individual, delirante o alucinatorio, a verle en arapos seguido por un médico o una enfermera en pro de suministrar sus remedios menores a un mal mayor.

Es necesario entonces preguntar: ¿Dónde está la locura real y cuál es la dimensión de su peligro? ¿Quiénes son sus protagonistas? ¿Qué mismo es la locura? ¿Y si se puede hablar de algún antídoto social para aliviarla o despojarla del mal?

Para Foucault el ejercicio del poder es consustancial a la locura y a la ceguera, pero no es a la locura clínica a la que me refiero aquí, es la locura que pervierte e invierte el sentido de la relación social, es la imposición de una irracionalidad desde las diversas formas de autoridad política.

El poder mismo produce un tipo de locura oficial y dominante que se halla representada en todas las instituciones sociales, políticas y religiosas, en donde los locos no son los del psiquiátrico, ni los candidatos a él, son los hombres autodenominados cultos, de corbata y de bien.

Desde los griegos sabemos que el ser social es un ser político por excelencia, incluso los ateos, apolíticos y neutrales tienen una práctica política, porque si el poder atraviesa toda relación social como sostienen algunos clásicos, entonces todos estamos implicados directa o indirectamente

en él; ahora bien, el ejercicio del poder que pasa por algunas formas de dominación y subordinación, determina que toda relación de poder sea una relación asimétrica, desigual y vertical y, que su fin último sea constituir e instituir una forma de comportamiento social, familiar e individual, por medio de todo un aparato irracional que impone un sentido de realidad y al propio tiempo rompe otro. Este accionamiento del poder no es más que la manifestación de su irracionalidad.

¿Cómo se puede rescatar o entender algunas características del Estado desde el discurso de la locura? ¿Se trata efectivamente de un Estado pastoral? ¿Es viable esta analogía política entre el Estado y la institución psiquiátrica?

Para realizar este análisis es importante considerar que ninguna expresión singular ni institucional actúan fuera o aislados de la vida estatal; ya los griegos como Platón y Aristóteles habían inferido ésta relación; de modo que lo importante es partir del supuesto de que toda institución refleja o reproduce algunos rasgos políticos del Estado, sin necesidad de perder su autonomía o especificidad institucional, porque no se trata de reducir ni de trasladar mecánicamente los hechos de una realidad a otra, sino de ver como están entramados estos hechos y sus multiplicidades en lo real, se busca comprender cómo funciona y qué características tiene la estructura social, como una vía para lograr cambios o modificaciones de la realidad.

Si desde el discurso oficial de la locura nos acercamos al terreno de esta relación, notaremos que en la sociedad colonial se pueden ver algunas caracterizaciones en el nacimiento o consolidación del Estado; es claro que la fe y lo político iban de la mano, la asistencia y la idea de salvación se fundían en todos los espacios, se buscaba crear la imagen de un hombre temeroso de Dios y útil para el Estado, la adaptación y el castigo se convertían en un fin y en un medio instrumental, etc., hechos que hacen pensar en la existencia de un Estado pastoral, de corte racional, paternalista, moralizador y represivo que logró crear la matriz de una civilización cristiana, en cuyo espacio su rol fue depurar y consolidar la hegemonía de las capas dominantes por medio de toda una estructura de dominación con sendos mecanismos políticos, económicos e ideológicos, situación que ha implicado la exclusión y la dominación histórica y violenta de las capas oprimidas.

A. M. Goetschel en un trabajo similar, investigando el discurso estatal sobre la moral pública y la delincuencia, vio que el discurso garciano y liberal de mediados de siglo XIX y comienzos del XX, era un discurso moral y represivo o muy racional, secular y reglamentado respectivamente; esto hace notar que pese a los tipos y a las formas de gobierno, el Estado siguió conservando algunos rasgos pastorales y políticos.

Ya en la época actual, el Estado ecuatoriano como otros estados capitalistas atrasados se mueve en una paradoja real, de un lado aparece formado por estructuras muy racionales, religiosas e ideales cuyo discurso formal reza el orden, la libertad y la igualdad social, la soberanía popular, la participación social, el respeto a los derechos civiles, etc.; en cambio en la práctica concreta, en el movimiento institucional cotidiano se debate en un caldo de contradicciones profundas e irresueltas, caracterizado por un dominio irracional de sus acciones.

Estas contradicciones, como había analizado el pensamiento marxista, están dadas por la propia estructuración del Estado, el mismo que como unidad política y como centro de un poder real, de ser un representante de los intereses generales pasa a convertirse en un lugar de satisfacción de los intereses económicos, políticos e ideológicos de una clase particular, lo propio que el hospital psiquiátrico que está hecho para los locos termina sirviendo a la medicocracia.⁵⁰

El manejo del poder real simbolizado en las estructuras del Estado denota la selectividad y la exclusión de clase, abre la brecha antinómica entre el interés privado y el público, entre el gobierno y el desgobierno, etc.; de ahí que la concepción del Estado y del psiquiátrico como fuente de encarnación de la voluntad popular se haga flecos, porque en toda formación social lo que se expresa es una violación de los procedimientos, una ruptura e inversión social de las acciones, un manejo perverso de lo político y lo económico, etc.; acontecimientos que hacen devenir al Estado y a sus instituciones de razón de ser y de todo ser, en un espejismo seductor, en una máquina fantasma, en un sueño cuyo lenguaje y acciones son irracionales.

Otra de las características de éste Estado, al igual que el psiquiátrico, es que aparece como protector de la moral, el bienestar y la propiedad privada, como elemento de cohesión del ordenamiento jurídico y social, fun-

ciones que al sentirse o ser amenazadas destapan y ponen en movimiento todo un aparato de represión y eliminación, acontecimientos políticos que pueden ir de la mano con el despliegue paternalista y asistencialista hacia los pobres; ésta política social o concepción preferente a los miserables como plantea G. Simel, es una construcción ético-ideal, de amor y compasión, es un problema subjetivo y político que aparece como un sentimiento de deber moral, altruista y bondadoso, en donde la clase dominante en el poder tiene que socorrer al pobre a través de sus aparatos estatales o en convenio con determinadas Ongs. a fin de aliviar las necesidades individuales e impedir que los miserables se vuelvan enemigos de la sociedad y aparezcan como con derecho a la limosna, pero en el fondo, como sostiene el mismo autor, de lo que se trata es de mantener la estructura social intacta, de no suprimir jamás las diferencias entre ricos y pobres, de no hacer nada para igualar la condición social y económica de los excluidos y los capitalistas porque para el Estado es atentatorio tratar a la clase pobre como ciudadanos sujetos de derechos, conviene mejor tenerlos como objetos de piedad, lástima y a veces de humillación y vergüenza, mostrando los colmillos reales de la acción pastoral del Estado.

Entonces estamos frente a la consolidación histórica de un Estado capitalista irracional con un discurso formal, racionalizado, idealista y pastoral acerca de la concepción de la sociedad, la naturaleza y el hombre; con una estructura de dominación selectiva y represiva para la conservación del orden y la reproducción de los intereses de la clase dominante; con sus instituciones burocráticas, clientelares y perversas que ayudan a legitimar el discurso oficial, las relaciones de dominación, el utilitarismo, el saqueo, el despilfarro económico y la atomización o la muerte del lazo social.

II. EL ORDEN DISCIPLINARIO Y EL ACCIONAMIENTO PRODUCTIVO

Si bien a lo largo de toda la historia del Hospital Psiquiátrico el fin último de su existencia no ha sido el crear trabajo ni volverse una fábrica, en cambio si ha sido un hecho permanente que la actividad productiva siempre ha estado presente en ambos tipos de sociedad.

Por eso hemos tomado a esta actividad como una fuente de análisis que permita desentrañar las reales condiciones de relación social y sus efectos entre los hombres dentro del encierro.

Al ser las relaciones de trabajo la base de un determinado ordenamiento, nos parece que abren líneas e intersticios donde se producen otras formas de relación que aparecen como inconexas pero que en el fondo mantienen dependencia, analogías y diferencias relativas con respecto a las relaciones económicas.

A partir de esta generalidad nos vamos a preparar para entrar en el limbo, recorrer sus cenizas y ver por que lado se destruye y se re-construye lo humano y sus multiplicidades, para esto es necesario quitarnos toda anteojera y mucha tela de araña de la cabeza.

En este sentido conviene aclarar que si bien vamos a analizar las relaciones de trabajo no vamos a tomar como referencia principal los diversos tipos de estigmatización, es decir, de loco, esquizofrénico, etc., sino que vamos a ubicar al interno como un obrero que tiene ciertas características psicológicas y que se desenvuelve en un medio denominado hospital psiquiátrico que también tiene sus particularidades específicas, en donde lo que está en juego es el ejercicio del poder y sus efectos no sobre el cuerpo sino sobre la subjetividad hecha cuerpo.

Como es sabido el trabajador antes y en el momento mismo de su trabajo entra en el engranaje de los accionamientos productivos, cuyo proceso lo pone frente a una serie de relaciones con los instrumentos de trabajo, con la materia prima y con los productos de su trabajo, lo pone cerca de sus compañeros de turno y todas estas relaciones mediatizan y esconden las reales relaciones con el mayordomo, el cura, el educador especial, etc., como representantes de esta sociedad pro-neoliberal, es decir, cuando el trabajador se ve accionándose en la producción establece una sola relación física y psíquica.

Así como sucede en la historia, que unos son tomados, otros dejados y otros elegidos para cumplir ciertas funciones, en el trabajo pasa igual, el interno es tomado como obrero y él asiste desde sus carenciales necesidades y grandes limitaciones a posesionarse en su labor, por tanto, en algunos casos, sabe que necesita dinero para satisfacer sus necesidades físicas y recurre a la fantasía e imaginación como una vía introductoria de satisfac-

ción de dichas urgencias espirituales de sí y de los suyos, pero luego éste castillo imaginario sucumbe como un edificio de naipes al entrar en contacto con el lugar de trabajo y el trabajo mismo.

¿ Cómo se produce la expropiación y el desgaste psíquico del hombre en el trabajo ? ¿ En qué condiciones se produce ? ¿ Quienes producen ? ¿ Y para qué lo hacen?.

Las internas obreras asumen su incorporación al trabajo, sin saber para quien van a producir, no avanzan a distinguir quién es ese Otro, no se lo diferencia respecto de sí mismas y del resto, es decir, pese a que es ella quien trabaja y produce, como lo vio Marx, el trabajo asoma como algo externo de sí o de quien lo ejecuta.

Al entrar al encierro, al Centro de Rehabilitación o al trabajo mismo el obrero entra en contacto con los instrumentos de producción que a sus ojos aparecen como objetos - máquinas inertes con diversidad de formas, colores y funciones, a veces sabe qué colega lo enciende y lo apaga, pero nunca sabe quien seguirá frente a ese objeto, podemos afirmar que el trabajador por su inmersión en la productividad, alcanza un sensible conocimiento de los instrumentos de producción que le permiten poner en movimiento a todo el aparato productivo, conocimiento que refleja la experiencia acumulada por estas mujeres trabajadoras.

De modo que cuando el obrero pisa su trabajo se aleja de los suyos, de su familia y de la sociedad, se vuelve fuerza física y psíquica, cuerpo y deseo, a tal punto que la relación del cuerpo del obrero con el corpus máquina cada vez se van accionándose en un solo objeto, a la vez que se va invirtiendo el sentido de la relación, más antes el obrero pensó satisfacer sus necesidades trabajando, hoy él sirve para satisfacer necesidades de la máquina de máquinas y de sus representantes (el hospital como una máquina del Estado).

Decimos que el trabajador se fragmenta más porque el mundo para él pasa a ser fuerza física, movimientos, posturas, angustias y tensión asentadas en su cuerpo, así como al nacer el niño es cuerpo y el cuerpo es el niño, mundo y cuerpo son una sola cosa, la identidad misma; así también el interno - obrero dentro del hospital es reducido a un cuerpo-mundo indiferenciado, mientras más tiempo pasa en el encierro, recibiendo medicación y trabajando más se reduce a una cosa y pronto pierde sus capacida-

des espirituales, no puede hablar de su cansancio ni expresar sus ansiedades, para el trabajo no están locos o bien es una locura productiva; la locura no puede tener un afuera ni un adentro porque el mundo es el psiquiátrico. La angustia y el síntoma, que generalmente se depositan en el cuerpo o en la psiquis del hombre quedan reducidos, aún el habla hace de cuerpo y se somete a él.

El hombre reducido a *cuerpo de alienación* (Ca')⁵¹ sufre un desgaste físico y psíquico hasta que sus condiciones ideales aparecen como anuladas, el ritmo y velocidad que impone la maquinaria es la intensidad y vertiginosidad con que sus órganos queman calorías y convulsionan cual si fuesen metal por fundirse ; porque el cuerpo alienado se ha identificado y fusionado con los medicamentos y con el corpus máquina, la misma que si se detiene paralizan el Ca'; si la una deja de funcionar el otro sufre y sino se pone a andar o mejor, a producir, más se desespera y se agobia el Ca', que hasta aquí aparece con una sensibilidad por sentir lo que pasa a su objeto de trabajo, pero este sentir que brota de una interrupción de la máquina, no viene de los objetos, viene expresado desde ellos; pero su real angustia y tensión proviene del sometimiento y explotación de la que es sujeto.

La alienación del hombre prosigue, el Ca' se identifica en tanto cuerpo productivo con el objeto productivo, son producción, el uno acciona al otro, después, en instantes, ambos son energía produciendo, la afección de uno es del otro; son cuerpos en quema y en deterioro; son dos en uno, pero no son identidad, el Ca' es expropiado de su alma y el cuerpo Máquina (Cm) expropiado desde la naturaleza; en un principio fueron identidad concreta, hoy son parte de la alienación concreta del principio de identidad hombre -naturaleza, que se accionan como un cuerpo productivo (Cp) ajeno y en contra de su misma naturaleza, ya no hay identidad en lo uno; hay relación de identificación entre lo uno y lo otro.

El trabajador identificado y tratado como objeto productivo da cuenta del nivel de desvalorización de su subjetividad, cuya degradación se concreta en Ca'; desde donde queda accionándose subjetivamente, es decir, el contacto con los instrumentos de producción lo alejan de las relaciones directas con sus homólogos y pasa a accionarse de su registro mnémico que instaba la pantalla de los recuerdos, olvidos, ilusiones, imaginaciones, etc.; por tanto debemos considerar como parte del accionamiento subjetivo a

la relación del Ca' con su registro mnémico, con el esqueleto de lo que fue el hombre, cuyo registro mnémico se convierte en el cordón umbilical psicológico que sostiene a su corporiedad que mientras más objetos de valor produce, más se desvaloriza; mientras más tiempo pasa en ese mundo menos tiempo le queda en el mundo y mientras más se acomoda y se mueve más se enferma y se inmoviliza.

El mismo accionamiento del Ca' y del Cm lo somete a una expropiación y a una intermitente anulación del registro mnémico del ahora, el Ca' aparece como enemigo de sí mismo, si piensa, no hay producción o ésta disminuye, el accionamiento maquínico psiquiátrico prohíbe reflexionar, recordarse, recordar o fantasear, es como si el registro mnémico fuese un foco intermitente en donde los apagones son más largos e intensos y están al servicio de la producción de mercancías y los encendidos son más cortos, unos están o contribuyen al mismo fin y otros son como el hilo espiritual que mantienen con vida vegetativa al Ca'; por tanto, el trabajador como Ca' puede recordar, imaginar siempre en interruptus; siempre cortado en destiempos, por tiempos, nunca a su tiempo; estas cualidades por más que permiten atrapar recuerdos, ideales, siempre se fugan, escapan a su ser, como el agua que se va de las manos, que moja pero pasa, ya no está; solo tiene recuerdos frustrados y deseos de que vuelvan esas imágenes, pero ellas, seguro volverán de otra forma, en otro ámbito y será difícil sacarles provecho psíquico; porque los instrumentos de producción, la materia prima y el tratamiento orgánico actúan como un imán frente al Ca'; le chupan su sangre, le expropian sus experiencias y la posibilidad de elaborarlas, le succionan la eventualidad de significar, de vivenciar, el significado aparece como miedo y angustia a que se inmovilice el aparato productivo y le corran o le amenacen con correrle de su puesto de trabajo.

Cuando decimos que el registro mnémico está apagado, es porque el Ca' está metido con toda su fuerza, con toda su energía y vitalidad psíquica a la producción y su atención no se separa del cuerpo productivo, es decir, está apagado para su beneficio psicológico y prendido para la burocracia del hospital; mientras que cuando el mnemus se enciende es mínimo; tiene un doble carácter, por un lado el Ca' y su registro puede poner toda su capacidad psíquica en beneficio de la producción y por otro, puede representar y presentar sus experiencias, capturarlas o terminar capturado

por ellas, con el fin de buscar un alivio - huida del encierro laboral, que a pesar de ser imaginaria o fantaseada y sucede dentro de la misma maquinaria; es y se constituye en una contradicción entre Ca' y producción, entre salud y enfermedad.

Por tanto el Ca' en accionamientos reales o productivos se da o se queda en un lugar para recordar y pensar no sobre sí, sino de sí, o mejor no como Ca', sino para recordar las vagas experiencias que tiene. Aquí el Ca' se admite a sí mismo, se queda en sí mismo y se naturaliza o naturaliza su ser social en corpus alienus, como cosa natural, listo para fomentar su alienación.

Si continuamos con las fibras infernales de lo que arroja el accionamiento productivo y psiquiátrico tenemos que topar el Ca' y su relación con el producto del trabajo.

¿Quién podría asimilar sin enfurecer su espíritu que todo lo que las manos del trabajador interno produce como un verdadero obrero, aquella belleza, aquellos objetos estéticos, aquellas formas y figuras de valor sean su propio veneno? ¿Cómo cruzar los brazos, ante el ingenio, la creatividad, el confort material que producen los obreros y ver a ellos como mendigos de su propio pan?

¡Civilización de víboras. Seréis dioses por poco tiempo!

Cuando el Ca' se entrega a la elaboración de objetos y a producir riqueza todo el trabajo y su esfuerzo desaparecen misteriosamente como por arte de magia, las mercancías desaparecen en un instante; porque no puede haber producción sin expropiación, en cuyo proceso los productos del trabajo o su objetivación solo pasan a ser necesidad insatisfecha, ilusión, deseo y penuria del Ca'.

La mercancía como una síntesis de la acumulación de la fuerza de trabajo, es un objeto de valor económico que juega con los sentidos y con la realidad social, escondiendo siempre su proceso de constitución y su valor real extraída de la fuerza física y psíquica.

Mientras el obrero se acciona productivamente, los productos de su trabajo, de cosas inanimadas se convierten en objetos vivientes cual si fuesen cuasi-humanoides. Hablan artificiosamente, se mueven, cambian de lugar, emiten sonidos, tienen olores, expulsan sustancias, se alimentan y se adaptan a diversos medios; pueden tener días o cientos de años de existen-

cia, se especializan en determinadas funciones y pueden estar como siervos de una clase social determinada, lucen varias formas o figuras y a los ojos del hombre común asoman con una belleza fina y atractiva.

Estas cualidades psicosociales secundarias de la mercancía son tomadas en el proceso de producción del Ca', el mismo que pone toda su fuerza psicofísica y la mercancía asoma como fuerte y el Ca' como débil. El Ca' las crea y las reproduce y son las mercancías las que aparecen dando vida al obrero; de ahí que, cuanto más produce el Ca' más se desgasta y se empobrece y son las mercancías las que adquieren más vida de modo que se cumple la afirmación marxista de que a medida que se valoriza el mundo de las cosas se desvaloriza, en razón directa, el mundo de los hombres.

III. ACCIONAMIENTO SUBJETIVO Y CARACTERISTICAS DEL CUERPO ALIENADO

El dolor y el sufrimiento aparecen como una propiedad específica. La pastilla, el tratamiento electroconvulsivo y la actividad laboral, su ritmo y el tiempo de permanencia en el encierro le dictan lo que debe hacer, como moverse, para donde ir, qué decir y que no decir, cuando quejarse, porque quejarse y nunca quejarse.

La mirada del Ca' está sobre sus propias vivencias y poco menos sobre el cuerpo productivo y a él, en cambio le caen varias miradas, él siempre es visto y vigilado; la mirada es control, es represión y generadora de tensión y ansiedad.

No hay lugar para la metáfora en el cuerpo alienado, unas veces atónito y tembloroso, otros con los ojos torcidos y el cuerpo encogido y sedado por efecto del poder del tratamiento.

El cuerpo alienado no solo es el cuerpo físico y enfermo o el órgano atrofiado, sino la pérdida del sentido del ser y del hombre en la malla social y en el cuerpo o tejidos segmentarios. El interno aparece perdiéndose a sí mismo en la línea curva de su cuerpo; él se pierde en él, el cuerpo es un agujero de captura de su psiquismo y de la subjetividad, de modo que el discurso desaparece en el momento que se enuncia en la actividad y en los movimientos hasta someterse al cuerpo que ha sido fijado en el lengua-

je y en la práctica de la alienación, es decir, el habla ha perdido sus funciones de elaboración, simbolización, comunicación, relación y transformación para ser vía de entrada y salida como cuerpo de alienación.

Otra característica del Ca' es que también es un cuerpo de alienación, es decir, un cuerpo que reproduce en sí mismo y en los otros el virus alienante, recibe y pasa, sufre y hace sufrir, calca la fotografía de su vida en otro; la agresión física y verbal asoman como una forma común de relación, lo propio el monólogo, la indiferencia y las diversas formas de autoeliminación desde las culpas dadas e instituidas hasta los intentos de suicidio y la muerte física.

Esta propiedad opera como si fuese una ley imperativa que viene desde el poder real que arma todo un aparato institucional que impregna diversas formas de subjetivación y de relaciones hasta en los microespacios, genera una matriz de lo individual y de la enfermedad en la sociedad, en la cotidianidad y en los intersticios del Yo y no Yo, de la conciencia y del inconciente, le hace aparecer al sujeto como individuo, como un ser con características propias y naturales, a su Yo lo vuelve no Yo y a su conciencia la hace inconciente, desde cuyo lugar el loco cabalga por las piedras frías y los muros húmedos portando en su andamiaje la verdad desnuda, estremecedora y cruda de que él o el hombre no está hecho a imagen y semejanza de Dios, sino que Dios fue creado a imagen y semejanza de los hombres, según sus necesidades, deseos y caprichos y según su tiempo y su historia. La obra del loco no viene de arriba, está labrado por el Otro (psiquiatra - Estado), cuyo personaje en cambio, desde su imagen blanquecina y de ironía asoma como el Yo, como la conciencia, el sentido y la verdad que dicta ordenes, que opaca dolencias, que libera el alma del dolor del desgraciado, y no sabe que su reino es un despacho, una tienda sucursal reproductora de todos los males y los vicios; no sabe que tampoco él no es él, aunque aparece seguro de él. No sabe que el pan que come es amasado con su propia saliva, ni que Zeus sigue reinando en un cementerio de huesos y calaveras; pero aún así le gusta el sabor de la harina y el mando de los desvalidos porque de eso come y hace el nuevo pan que será repartido como el Mesías a sus fieles.

Visto así, parecería que la vida en el encierro son Ay-es y ayes elevados a la n pero en la m. Fatalidad signo cruel...Cementerio de vivos o jardín de víboras.

¿Qué otra característica tiene el loco o que más le queda en su paraíso ? ¿ Será posible que un alienado pueda levantarse en medio de tantas cenizas? ¿Acaso la relación política tiene líneas de reacción y reorganización social?

En el proceso de la institucionalización de la locura se observa una relación entre represión y resistencia, es decir, frente a las formas y a los efectos duros del sistema represivo, el Ca' muestra un plus de reacciones que denotan un sistema de defensas, un aparato de enunciación en base a códigos y a símbolos, hasta se puede escuchar propuestas singulares y accionamientos colectivos pequeños frente al encierro.

¿Cuáles son esas defensas? Ante el plus del accionamiento del poder político dominante la reacción más inmediata del Ca' es el rechazo singular al encierro, este rechazo se expresa como una resistencia física y espiritual ante el dispositivo de la detención y de la institucionalización de la culpabilidad y de la ideologización de la pobreza. El Ca' se encoge, se hace más pesado, se defiende desde su cuerpo y su palabra, hace uso de su fuerza física para no dejarse devorar, aquí hay forcejeo, protesta y bronca contra la Autoridad, ahí se miden las fuerzas, físico, social y política.

Ese Otro que se reviste de autoridad actúa como un aparato de captura del Estado; es dueño de las leyes divinas y sociales, es el que ordena el ejecútese de las mismas hasta tenerlo a la presa lista para ser deglutida; mientras que el Ca' aparece indefenso y sin derechos, en muchos casos la propia familia y un sector de la sociedad civil actúan en su contra; entonces la defensa es más singular y menos colectiva, e incluye resistencia corporal y física frente a la violación de los derechos humanos.

El escape - huida ha sido otra reacción constante del Ca' en el encierro; entre el ser conducido a la fuerza al hospicio y el resistirse a la detención arbitraria, el escape - huida no es extraño, aparece como la deslegitimación del manicomio, de sus formas punitivas, el mismo interno desacredita todo el montaje misericordioso hecho para él, huyen, se fugan como una gacela de su cazador. La fuga es la imposibilidad de captura, una velocidad en rehacer sus derechos y su vida, una manera de restituir su ser

y al ser. La fuga muestra la condena a los procedimientos del encierro y el hecho de que en las últimas barras del infierno el interno descalificado ya, goza de su territorio subjetivo, de una autonomía relativa hecha como una trama desde lo imaginario, lo simbólico y lo real, esta autonomía no es del Yo ni del Tú, ni viene del Ello ni del Superyo, no es de ninguna entelequia intra psíquica abstracta, es de lo singular concreto, lo social, tiene la propiedad de reencarnarse en esa ostra ideológica inexistente que se ha dado en llamar individuo; esta concepción idílica, romántica y mística que no existe sino como un discurso en decadencia para justificar el aislamiento, la división y la impotencia del ser social y para desconocer la condición histórica real con sus necesidades, derechos y aspiraciones legítimas.

El individuo no existe, existe el discurso sobre la individualidad presente en la religión, las artes, la filosofía y el positivismo que se ha constituido en una práctica de dominación. Lo que hay es lo singular como objetivación de lo social, aquella producción del hombre y de su subjetividad que se construye en toda relación social real como un accionamiento subjetivo.

En la economía del accionamiento singular existe toda una resistencia al tratamiento psiquiátrico, se recibe pero se bota, se expulsa los medicamentos del cuerpo, de la boca misma. ¿Por qué? ¿De loco? No. El Ca' sabe que se trata de un agente extraño, ya conoce su forma, su sabor, sus efectos y los procedimientos para su cura, entiende que la pastilla le ponen o le dan como su remedio pero sabe que le causa estragos, efectos secundarios y no las toma. Lo propio sucede con el tratamiento electroconvulsivo, se resiste a ir, conoce la ruta por la que le llevan, hace fuerza, aunque en este caso se impone la autoridad y la fuerza del psiquiatra y sus operarios hasta lograr su cometido.

Paradójicamente cuando un psiquiatra observa a un interno riéndose dice que se trata de una risa inmotivada. Esta forma de descalificación gestual del loco al saber psiquiátrico no opera aislada, pertenece al discurso real del Ca', a su economía de conservación y defensas frente al poder.

El poder de la locura consiste en invertir los signos, en revertir el orden y el sentido de las relaciones. La locura se confía de lo incierto, se ríe y duda de lo cierto, aprende y revoluciona en el azar. La reversión⁵², la alteridad⁵³ y la indeterminación del Ca'mata a la lógica racional, al cálculo y a las probabilidades técnicas.

Esta singularidad del Ca' está en relación directa con el ejercicio del poder; así, a toda la implantación de un sistema represivo existe el desarrollo de un aparato de reversión cuyo fin máximo consiste en cuestionar, en jugar e invertir el orden institucional y subjetivo, esto la locura lo logra desde su singularidad, desde aquello que asusta y no puede ser nombrado aunque se lo rotule, es decir, su accionamiento subjetivo es desestabilizador y atentatorio al saber clasificatorio del psiquiatra, transgrede los espacios y las normas instituidas.

No hay reversión social sin un proceso de transgresión política al ordenamiento maquínico que lleva adelante el sujeto-Estado. Cuando ésta reversión es inminente y trasciende la mera queja o protesta por un modo de vida, como hace la locura, entonces los aparatos del Estado (salud-psiquiátrico, judicial-cárcel, etc.) combinan o pasan de la represión a la eliminación de una parte de la singularidad, es decir, asesinan cruelmente la estructura física o material dejando con vida y realimentando la locura misma, porque muerto el perro no termina la rabia.

Así como no puede haber reversión sin transgresión, tampoco existe alteridad sin reversión. La locura es alterativa, altera la subjetividad del poder de los psiquiatras y de sus peones, capta velozmente los espacios y sale sin rastro; no entra uniformemente en los discursos del Otro, atraviesa los límites de la entrevista, de la puerta, de la palabra y del cemento sin previo consentimiento de la autoridad. No se presenta ni se nombra para accionar.

La alteridad no es solamente alteración ni inestabilidad, es forma de vida, lugar de movilización y grados de desujetación social; no es cuestión de alterarse, es decir, no hay alteridad individual, en la locura no hay ningún placer narcisista en permanecer encerrado en lo simbólico, su alteridad es desmovilización y aniquilamiento de lo instituido o sea de aquel sistema de normatividad y de aquella máscara subjetiva que legitima un orden perverso.

Frente al encuadre, a la rigidez, a la captura y a la imposición de una racionalidad dominante que agoniza en la búsqueda de causas, del origen y del sentido del síntoma, la locura se coloca como el azar mismo. Azar y discontinuidad nietzscheanas son los desbordes al ejercicio del poder, son formas de expresión de lo real. En las lagunas mnémicas no está la búsqueda

da del sentido, sino que los vacíos operan como otra forma de continuidad histórica. Azar y discontinuidad discursiva, accionamiento azaroso del Ca' son sus principales características, contrario a la singularidad o ca' de la clase dominante, que a todo se adapta de manera pasiva, no es alterativa, sino conservadora y sometida a su ordenamiento, aunque esta forma de vida le cause un eterno sufrimiento y goce perverso.

Cuando se habla de características del Ca' no se dice que sean cualidades innatas, heredadas por tanto dadas e implícitas; tampoco se lee que sean rasgos yoicos e individuales aislados, no se pretende ver que sean el reflejo de lo social, nada de esto. Ante todo son relaciones políticas concretas, se construyen y se hacen en los conflictos y en la lucha política cotidiana, aparecen, se volatilizan y reaparecen en toda relación social, su intensidad y su velocidad están relacionadas con el ejercicio del poder y sus relaciones o articulaciones dependen de la organización social y política en medio de las condiciones históricas de cada institución o sociedad.

Reteniendo éste análisis, tal parece que las instituciones sociales, la familia, la sexualidad, la subjetividad y la misma sociedad se estructuran, se modifican o revolucionan en función de lo político y en medio profundas y complejas relaciones con otros niveles de organización y accionamientos como el económico, el religioso y el ideológico de cada época.

De este modo si tomamos en cuenta a la subjetividad y específicamente a la singularidad como un hecho histórico que ha devenido como ca', se observa históricamente al hombre constituyéndose permanentemente en medio de una tenaz lucha política por el dominio sexual, religioso, económico y geopolítico, o sea por la toma, el control y el ejercicio del poder real. Así por ejemplo, el Derecho natural por medio de la reglamentación y el castigo ha creado un tipo de singularidad que ha denominado gente honorable o criminal, delincuente y condenado, ha reducido al hombre a ca', cuerpo de sufrimiento, dolor y juzgamiento para el encierro o en el encierro; ha creado una micropenalidad del ca' con un sistema de coacción, privación y obligaciones, en donde el cuerpo de alienación aparece marcado y sometido al suplicio y sujetado a todo un sistema social. En esto la detención legal o arbitraria, la confesión inducida o libre y la tortura corporal o espiritual aparecen como los mecanismos para llegar y legi-

timar una verdad, la de que el hombre como producto político y social es juzgado como ser individual y bajo la figura de peligroso delincuente.

Desde otro accionamiento político como la religión y la moral burguesa, especialmente desde aquellos sectores más ortodoxos, el hombre ha sido graficado en la figura de pecador, ateo, endemoniado, listo para ser condenado al infierno, también ha dibujado otro tipo de hombre creyente o cristiano, salvado de todos los males y para todos los tiempos; su técnica ha sido la confesión privada de la intimidad del desdichado, la mortificación del cuerpo y la purga del alma, procedimientos utilizados para acceder a la verdad; aquí el *ca'* se presenta como cuerpo del pecado, del mal, de lo indeseable, sujeto de culpabilidad y de piedad por todos los santos y por la gente honorable y de bien.

Desde otro ámbito, la singularidad establecida por el psicoanálisis por medio de la confesión privada, caracteriza al hombre como un ser hecho para el sufrimiento aunque luche por conseguir la felicidad. Freud, Klein, Lacan, establecen la base del sufrimiento en conflictos intrapsíquicos, en el juego del inconciente, en el soma, en la palabra hecha cuerpo, nido de la angustia y de la ansiedad, nicho del desgarre del alma y de las poluciones nocturnas, lugar de las grandes heridas narcisistas y fuente de todo amor frustrado y errado; en fin, para los oídos de todo psicoanalista el ser aparece como el ser neurótico, psicótico o perverso, es decir, sano y enfermo, objeto del deseo y goce del Otro, determinado siempre por el inconciente.

En cambio C. Marx en el análisis de la sociedad capitalista y de su modo de producción, ha ubicado al hombre como un objeto de explotación social, reducido a fuerza productiva a objeto útil o de valor, a mercancía en pleno que se arma y se agota en producir para otros, para la clase dominante. Con su aporte el viejo moro, como solía decirle F. Engels, ha sentado una de las bases para entender la singularidad como *ca'*.

En definitiva, pese a sus diversos intereses sociales y políticos hay una coincidencia entre la religión católica, las disciplinas como el Derecho, la psicología, el psicoanálisis, la medicina y la psiquiatría positivista, en cuanto han sido parte de una estructura de dominación y han producido diversos tipos de subjetividad y singularidad expresados en el *ca'*, bien sea como cuerpo del martirio, de la tortura, del sufrimiento, como objeto del deseo

sexual, de la experimentación, de la culpabilidad y del análisis, etc. Según estas prácticas y disciplinas de la fatalidad, el hombre se halla sometido a un sufrimiento natural, a la agonía y a la muerte física y política, más todavía si es que no se encuentra dentro de un aparato productivo generando valor, dado que su destino o su eliminación será más fugaz, brutal y coercitiva.

Estas prácticas morales y disciplinarias han transformado la diversidad y multiplicidad de todo accionamiento subjetivo en un hecho individual, han creado al individuo de acuerdo con sus intereses, han elaborado el acto, han martillado y enderezado singularidades, han fabricado al individuo natural, orgánico como un valor y portador de valores, como un hecho supremo de pertenencia a una nación, a una sociedad y a un Estado. Esta ideología de la individualidad, más visible en la modernidad, ha producido al individuo como un valor económico, de culto, experimentación y eliminación; lo han hecho como si fuera el nuevo Dios de la modernidad nadando en un mercado lleno de ávidos consumidores.

Si continuamos con el análisis político y tenemos en cuenta al Estado capitalista como la primera institución política de la sociedad, que históricamente se ha sustentado en otras instituciones de menor jerarquía política como la religión católica ortodoxa, la familia burguesa monógamica, el trabajo asalariado, la ciencia de ideología conservadora y el individuo mismo; se hace notorio que la toma del poder y su ejercicio por la clase dominante caracterizan las formas de dominación y la participación social de los otros grupos, actores y clases sociales.

Pero, ¿qué es el gobierno político? ¿cómo se gobierna a la subjetividad? Para Foucault el gobierno es la dominación del sujeto por medio de las tecnologías externas e internas en el yo; en cambio, de otro lado, se puede considerar que el gobierno es el ejercicio del poder mediante toda la estructura de dominación que busca instituir a imagen y semejanza del Estado todo tipo de relación social, organización y subjetividad a fin de volverles funcionales, dóciles y serviles a un sistema hegemónico. Este gobierno burgués tiene una pretensión holística, ideal y romántica de dominación y sometimiento a la subjetividad; busca homogeneizar las conciencias, calibrar los sentidos y hacer repetir un discurso en consigna.

En definitiva el gobierno político de la clase dominante subdesarrollada, a la vez que es gobernada por los centros de poder geopolíticos, intenta gobernar a las masas y a la singularidad hasta en sus espacios más ínfimos y en los sentimientos más profundos, pero la resistencia social caótica u organizada del ca' fomenta el desgobierno y la imposibilidad de la captura total de la subjetividad, al igual que la lucha política organizada del ca' como sujeto político que busca cambiar el ser y el sentido de su condición social de objeto de dominación a sujeto de liberación.

De otro lado el gobierno político implica la institucionalización de un tipo de ordenamiento, de una forma de discurso, de la puesta en juego de mecanismos de ideologización y represión, todo se busca instituir dentro de la reglas de la producción, a tal punto que hay acontecimientos sociales e institucionales recurrentes que son mirados y aceptados con mucha naturalidad, un ejemplo de esto es la burocracia, los ilegalismos y la corrupción⁵⁴, el propio sistema capitalista con sus taras aparece como un hecho histórico instituido universalmente, que ha devenido como si fuera la sociedad ideal y única luego de la caída relativa de otros horizontes políticos externos.

La institucionalización es un proceso histórico de toda sociedad destinado a preservar el orden y su buen funcionamiento mediante la creación de estructuras sociales, institucionales y subjetivas fijas y rígidas que no están sujetas a cambios permanentes y profundos, sino que aparecen como hechos normales y naturales, en éste sentido las cárceles, los manicomios, los conventos y la misma sociedad aparecen como verdaderos procesos de institucionalización política, pero así como el gobierno político busca la dominación total y termina en un desgobierno, así también la institucionalización implica la desinstitucionalización o mejor no todo aquello que se institucionaliza termina siendo instituido o natural como sucede con la costumbre, la tradición, la norma y la ley, sino que también existe lo desviante institucional, aquellas relaciones políticas que son más maleables y plásticas, aquello que no se puede instituir, como las características políticas del ca' que buscan cambiar y que hacen cambiar, éste desviante social emerge en la luchas sociales, en toda relación de contrapoder, en la diferencia y divergencia política, entonces llegamos a desentrañar que el proceso de institucionalización se forma de lo instituido y de lo desviante.

Así, el gobierno político maneja o administra el conocimiento y la capacidad técnica para convertir todo proceso desviante en instituido, tal situación no es un hecho simple y mecánico, ni necesariamente democrático, porque lo desviante representa a las fuerzas de oposición política que en su heterogeneidad, históricamente tienden a realizar una propuesta política contraria al régimen de facto, esto es a transformar lo instituido en desviante social, de modo que la acción del gobierno político siempre es una lucha por la conservación del orden de un sistema social dominante y por impedir la construcción de otra estructura social y política; éste enfrentamiento, como lo vio Marx, no es pacífico, es violento va desde la violencia simbólica o real instituida por el gobierno hasta la resistencia singular y la guerra civil.

En éste sentido la consolidación histórica de la clase dominante en el control del poder central y el ejercicio de sus formas de gobierno ha implicado la institucionalización del encierro y en el ha instituido una práctica y un discurso asistencial, religioso y psiquiátrico, ha fijado un tipo de saber empírico, dogmático y positivista, ha creado un tipo de subjetividad y singularidad (de vago, ateo, loco, cura, mayordomo, psiquiatra, psicólogo, etc.), ha implementado relaciones políticas de dominación y formas específicas de represión, es decir, ha consolidado un espacio de poder, de gobierno y de control microsocioal representado en el hospital psiquiátrico San Lázaro.

Notas

- 50 De los S/. 2.871.000.000 (Dos mil ochocientos setenta y uno mil millones de sucres), del presupuesto anual para el hospital psiquiátrico, apenas S/. 236.000.000 (doscientos treinta y seis millones de sucres) se invierte en los 170 internos. El resto o sea, los S/. 2.635.000.000 se comen los 162 empleados que forman la burocracia hospitalaria.
- 51 Un primer acercamiento a éste análisis fue presentado por el autor en el Primer Congreso Internacional de Salud Psicosocial- Cultura y Democracia en América Latina realizado en Paraguay en 1992. En ese entonces trabajé bajo la temática de “ La expropiación y desgaste psíquico del trabajador”.
- 52 J. Baudrillard en su último trabajo De la Seducción en 1980, realiza una crítica de la economía del sexo, habla de la revolución del deseo y ubica a la feminidad, a la seducción como una fuerza social y una forma de poder capaz de *reversión del signo dominante* (El poder falocrático).
- 53 Desde finales de la década del 80 debido a la aplicación de políticas neoliberales que han incrementado la violencia social, en varias regiones de América Latina (Brasil, Argentina, México, Colombia,etc.), se viene utilizando el concepto de *alteridad* tanto en el campo de la salud como en el del Derecho. Así por ejemplo, A. C. Gomez da Costa implantó el Derecho Alterativo en oposición al Derecho Alternativo en favor del Estado. E. Seda. La protección integral. E. Ades. 1995.Brasil. pág. 8.
- 54 Actualmente en el hospital psiquiátrico existen 162 empleados que atienden a 170 internos, es decir, casi hay un empleado por cada interno.

BIBLIOGRAFIA

1. L. Ambroise de Bonald
1988 *Teoría del poder político y religioso*. Tecnos. Madrid.
2. L. Cuetos
1996 *Brujas y curanderas de la Colonia*. CDS. Quito.
3. L. Dumont
1987 *Ensayos sobre el individualismo*. Alianza Editorial. Madrid.
4. S. Freud
1968 - *El malestar en la cultura*. O.C. t. III, Biblioteca Nueva, Madrid .
1979 - *El yo y el ello*, O.C. t, IX, Amorrortu, Buenos Aires.
1979 - *Introducción al narcisismo*, O.C. t, XIV, Amorrortu, Buenos Aires.
1979 - *La represión*, O.C. t, XIV, Amorrortu, Buenos Aires.
5. M. Foucault
1987 - *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. México.
1992 - *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de cultura económica. México.
1989 - *Vigilar y castigar*. Siglo XXI. España.
1992 - *Microfísica del poder*. Ed. Piqueta. Madrid.
1990 - *Tecnologías del yo*. Ed. Paidós Ibérica, S.A. Barcelona.
1990 - *Arqueología del saber*. Siglo XXI. México.
1988 - "El sujeto y el poder". *Revista mexicana de sociología*. Año L/Núm. 3. julio-septiembre.
6. A. M. Goetschel
1992 *El discurso sobre la delincuencia y la construcción del Estado Ecuatoriano en el siglo XIX*. Tesis. Flacso. Quito.
7. L. López
1995 *¿Ángeles o Demonios?* CDS. Quito.
8. R. Lourau y otros
1979 *Análisis institucional y socioanálisis*. Nueva imagen. México.
9. C. Marx
1981 *El Capital*. t. I, Vol. 2 y 3. Siglo XXI. México.
10. G. Simmel
1986 *Estudio sobre las formas de socialización*. Sociología 2. Alianza Universal. Madrid.

11. Tesis de enfermería de la PUCE.
 - a. Freile, María Cecilia y Toscano Sonia

1985 *Práctica de salud en el hospicio y manicomio San Lázaro*. Quito.

 - b. Jácome, Victoria y Velarde Amparito

1986 *Práctica de salud en el hospicio psiquiátrico Sn. Lázaro en el período de 1930-1984*. Quito.
12. Documentos trabajados:
 - a. Acta de Fundación y Reglamentos de 1785/6 y 1995. Hospicio y Hospital San Lázaro. Quito.
 - b. Varios escritos dirigidos en 1812 por el Administrador Gabriel Soria del Hospicio al Obispo presidente, Dr. José Cuero y Caicedo. Documento 23. Quito. sf.
 - c. Inventario de 1810 de la Hacienda “ San Isidro de Chimburlo”. Documento 24. Quito. sf.
 - d. Historia clínica Número 02671 de la sala Celso Jarrín del hospital psiquiátrico San Lázaro.
 - e. Dr. José Antonio Carrión. Hospicio de Jesús, José y María. Hospital San Lázaro y Manicomio de Quito. Quito 1960. Museo Nacional de Medicina.
 - f. Diario Ultimas Noticias. 22-III-1996
13. Archivos consultados:
 - Hospital psiquiátrico San Lázaro.
 - Museo de historia de la medicina.
 - Convento de las Hermanas de la Caridad.
 - Biblioteca Municipal. Sección periódicos.
14. Entrevistas realizadas:
 - Dr. Hugo López. Médico-psiquiatra.
 - Dr. Raul Castillo. Médico.
 - Dr. Ramiro Beltrán. Psicólogo clínico.
 - Dr. Jorge Barreiro. Psicólogo clínico.
 - Lcda. Elvia Peñafiel. Enfermera.
 - Lcda. Eulalia Fonte. Enfermera.
 - Lcda. Sor Delia Lozada. Enfermera.
 - Edison Alvarez. Tecnólogo Médico.