

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**ESCUELA DE HISTORIA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**

**LICENCIADO EN CIENCIAS HISTÓRICAS**

**LA IRRUPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA EN QUITO 1895- 1950, ESTUDIO DEL  
CONTROL DE LA LOCURA DESDE EL ESTADO EN BUSCA DE LA  
MODERNIZACIÓN**

**EMILIO JOSÉ PEÑALOZA POMA**

**DIRECTORA: RUTH GORDILLO**

**QUITO, 2015**

## Tabla de contenido

Introducción.....	1
1. La Arqueología como herramienta para la descripción del discurso.....	7
1.1 Las formaciones discursivas (objeto, enunciado, conceptos, estrategias).....	12
1.2 La ley de rareza en el discurso (ley de rareza, de exterioridad y acumulación).....	21
1.3 Archivo y enunciado.....	28
1.4 La descripción arqueológica y el discurso médico.....	29
2. El discurso médico religioso dentro del Hospicio San Lázaro. (1895- 1920)....	33
2.1 Situación del Hospicio- Manicomio a finales del S. XIX.....	36
2.2 Creación de la Junta de Beneficencia y de la ley de beneficencia.....	44
2.2.1 Situación y creación de políticas médicas, regularización.....	45
2.3 El Discurso médico científico.....	51
3. Práctica y discurso médico científico dentro de la institución (1920- 1935).....	55
3.1 El loco como fuente de saber.....	56
3.2 Quito y el loco.....	63
3.3 Conflicto religión/ ciencia.....	68
4. Hacia un discurso psiquiátrico (1935- 1950).....	71
4.1 Entre el medicamento y el electroshock.....	73
4.2 El médico como director.....	78
4.3 Hacia el manicomio como institución psiquiátrica.....	71
5. Anexos.....	89

## Introducción

El presente trabajo, como su nombre lo indica, se encuentra ligado a la historia de la psiquiatría en el Ecuador, centrado especialmente en el Hospicio Jesús José y María fundado en 1785, y que para el siglo XX será llamado como Hospital Psiquiátrico San Lázaro; de esta manera es importante primero porque dentro de la historiografía ecuatoriana son muy pocos los trabajos realizados desde una perspectiva histórica sobre el tema, en si la historia de la medicina y de la psicopatología, solo han sido estudiadas desde otras ramas fuera de la propia historia, la mayoría de estudios sobre este tema están hechos desde la misma medicina<sup>1</sup>, pero en sí, estos trabajos no analizan profundamente las fuentes primarias, y tampoco realizan un análisis más profundos de los contextos históricos y de las coyunturas propias. Además de esto no se ha realizado un estudio en cuanto a la relación de la psiquiatría, el poder (en especial del poder psiquiátrico y el poder disciplinario), el estado, y su relación con la normalización de conductas dentro de la población<sup>2</sup>. Por lo tanto se plantea un estudio histórico de la psiquiatría, con fuentes primarias que permitan ver su nacimiento y su relación con una práctica proto-psiquiátrica, desde una práctica medico religiosa (que se encontraba dentro del Hospicio gracias a la orden de la caridad) hasta una práctica científica (dada en la psiquiatría), poniendo en relación estos elementos con la caracterización de la locura<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Estudios de este tipo son: Cueva Tamariz, Agustín, *Evolución de la Psiquiatría en el Ecuador*, Cuenca, CCE, 1966, Samaniego, Juan José, *Cronología medica ecuatoriana*, Quito, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1957. Gayrud y Domec, *La capital del Ecuador desde el punto de vista médico quirúrgico*, Quito, Imprenta de la Universidad Central del Ecuador, 1953. Freile, María Cecilia. Toscano, Sonia, *Práctica de salud en hospicio y manicomio San Lázaro desde 1900 a 1930*, Quito, PUCE, tesis de Licenciatura en enfermería, 1985, Jácome Victoria. Velarde, Amparito, *Práctica de salud en el hospital Psiquiátrico San Lázaro desde 1930 a 1950*, Quito, PUCE, Tesis de Licenciatura en enfermería, 1986.

<sup>2</sup> Una excepción de esto puede ser el estudio realizado por Menthor Sánchez (Sánchez Gamboa, Menthor, *Poder y locura*, Quito, 1997). En donde a través de trabajo de archivo, se analiza la situación del hospicio "Jesús, José y María", desde su fundación hasta el presente, vinculándolo a los procesos sociales históricos, y en vista de que el hospicio como institución en sus distintas fases, es un producto histórico- social. A partir de ahí se analizará el poder institucional, mirando al poder como "realidad, [que] atraviesa toda la estructura social; esto es, el ámbito económico, político, ideológico, etc." (Sánchez G. 1997, p. 17). Ahora bien, aunque el presente estudio está basado en la institución psiquiátrica, intentará ver un poder pre- existente a esta (es decir al manicomio), y que la hace surgir.

<sup>3</sup> Michel Foucault encuentra en Francia una caracterización muy clara a finales del siglo XVIII del loco. Aquí éste era visto como alguien que se engañaba y se encontraba siempre en el error, pues por lo que se le caracterizaba aquí era por el sistema de creencias que se encontraba reinante. Para ese tiempo el sistema de creencias estaba impuesto por la idea de Dios, y aquí donde el loco se engaña, pues en sus alucinaciones presencia visiones de divinidades y santos que no son reales, además de que su delirio siempre lleva a creerse una cosa que no es. A

Hay que tener en cuenta que esta caracterización, no es muy analizada dentro de los estudios que se han citado, además de que la relación entre el médico y las Hermanas de la Caridad (llegadas al hospicio en 1882 y encargadas de su dirección hasta bien entrado el siglo xx) tampoco ha sido muy considerada (una de las causas puede ser el poco aporte de las fuentes); y más bien se han centrado en publicaciones que hicieron los médicos y psiquiatras reconocidos, pero no se ha hecho un estudio sobre cuándo y si es que en algún momento terminó la relación entre la religión y la medicina, y cuando se puede ver la práctica de una verdadera psiquiatría.

También este estudio puede resultar de interés para los médicos, historiadores y estudiosos, no solo de las ciencias sociales, sino de las ciencias en general, entender esta ruptura dejará ver un proceso importante para la ciencia en el Ecuador y para entender cómo se enfrentó a la figura del loco, tan importante para un estado liberal moderno que intenta organizar el país, y en donde hoy, las enfermedades mentales están consideradas como un problema de salud pública.

Este estudio solo ha sido factible con un trabajo de archivo arduo, enfatizando de esta manera a su vez en un análisis del discurso; labor que es indispensable si no se quiere caer en el error de recopilar hechos importantes dentro de la ciencia médica, y textos médicos que no dan clara cuenta de la caracterización del loco, y tampoco la relación de éste y las concepciones que tenía la orden de la Caridad sobre él a inicios del siglo XX; además de la organización de un poder psiquiátrico luego dominante. Entonces las relaciones que se estudiarán darán cuenta de un poder médico religioso dentro del hospicio que ligaba lo físico con lo moral, explicando la enfermedad en el pecado, teniendo como principal personaje a el alma, en cambio la medicina (al menos desde el siglo XVII), toma a la enfermedad desde la patología, desde el cuerpo, dejando de lado la salvación del alma y a la moral<sup>4</sup>. Además de estos temas, es imposible dejar de lado la intervención del estado en este estudio, los cambios dados en la caracterización de

---

partir del siglo XIX esta caracterización del loco es completamente diferente; éste ya no se caracteriza porque se engaña. La ciencia y la razón ya no lo permiten así, es más, el loco se caracteriza por su fuerza incontrolable, que no solo tiene que ver con su físico, sino también con las ideas, por lo que es peligroso y no mantiene una conducta regular y normal. Foucault Michel, *“El poder psiquiátrico, curso del collège de France (1973- 1974)”*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.

<sup>4</sup> Aunque dentro del Hospicio, esta justificación moral no se perderá hasta pasados algunos años del siglo XX.

la locura y en la introducción de la “Medicina Psiquiátrica” dentro del hospicio y de la ciencia médica debieron responder a unos intereses de estado, pero hay que tener presente, el estudiar la forma de poder y los juegos de éste que se encuentran detrás del estado, y que a su vez rigen la medicina psiquiátrica, y pueden ayudarnos a mirar la caracterización de la locura.

Es así que los resultados esperados de este estudio deben dar cuenta clara de la situación del país con respecto a la ciencia médica, a las características de la locura, a las luchas de poder entre la orden de la Caridad y los médicos, y su relación con el Estado dentro de todo este proceso histórico, que es muy importante para saber cuál fue el avance de la ciencia en el país.

Ahora bien, una vez explicado que el objetivo de esta investigación es la psiquiatría en el Ecuador, hay que aclarar que ya que la psiquiatría en el Ecuador se desarrolla en el siglo XX, se han investigado y se hará un análisis de las fuentes primarias desde finales del siglo XIX (1895) hasta la primera mitad del siglo XX (1950).

Como actor principal del tema se tomará a la locura, pues es de ésta desde donde se desprende el problema central que se define con la siguiente pregunta: ¿Cuándo la locura pasa a estar producida y dominada por un poder médico-científico? Lo cual supone entender si este dominio produce y está ligado a un cambio en la percepción y caracterización de la locura, si la Psiquiatría en verdad tiene que ver con un proyecto del estado para la modernización y, cómo se dio la práctica de las Hermanas de la Caridad, dueñas de un conocimiento médico, propio de los avances de la ciencia y del positivismo en Francia y, por tanto, dueñas de un poder, legitimado, además por la religión; se llegará a determinar cómo todo esto produjo un cambio en el tratamiento de la locura<sup>5</sup>, en el uso de técnicas médicas y en el cambio conceptual que terminó llamando al loco, enfermo mental.

De una manera secundaria se analizará al estado, el cual tiene mucho que ver con los cambios que se dieron dentro de las instituciones públicas y las de beneficencia ligadas al hospicio manicomio. Estos cambios se encuentran ligados al tipo de poder y a las tecnologías de poder

---

<sup>5</sup> Un ejemplo de análisis se puede ver en: Landázuri Camacho, Mariana, *Salir del Encierro, Medio Siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*, Quito, Banco Central ediciones, 2004. Aquí se hace una historia del Hospital San Lázaro, pero más desde la perspectiva institucional, es decir, la autora maneja fuentes primarias como las comunicaciones recibidas, y las enviadas, los informes médicos, y las historias clínicas, haciendo así un trabajo de la propia institución, sin adentrarse más en un análisis de los juegos y relaciones de poder.

adoptadas por cada estado. Se puede ver un cambio a partir de la revolución liberal, y su profundización con la revolución juliana, por eso hay que estudiar el poder, y los juegos de este. Otro punto que será estudiado como secundario, y que sin embargo paradójicamente se encuentra en el centro del análisis, será el de la institución, especialmente el hospital Psiquiátrico San Lázaro. Se lo tomará como secundario en cuanto no es el objetivo de este trabajo realizar una historia del Hospital, sino más bien una historia de la psiquiatría, de su poder, y de las relaciones de poder que se desprenden de ella; pero central, porque es el espacio en el cual se excluye al loco, para que no represente una amenaza, el lugar en donde se desarrolla el saber psiquiátrico, su práctica, aunque algunos de los juegos de poder la preexistan (especialmente al manicomio, y al hospital como tal).

El marco temporal tiene que ver con la irrupción de la Psiquiatría en la historia de la ciencia y en la medicina ecuatoriana, primeramente dados desde la revolución Liberal que intenta modernizar el estado en este caso desde 1896, pues crea la Junta de Beneficencia por decreto ejecutivo el 22 de junio de este año (y que se instala en 1901), y por qué junto a ésta, se encuentran ligados los catedráticos de la Universidad Central, los cuales cumplen funciones dentro del directorio. Hasta 1950 que es cuando se encuentra lista la construcción del Hospital Psiquiátrico de Conocoto, donde se trasladan muchos pacientes del Hospital San Lázaro, gracias a la labor del Doctor Fernando Casares de la Torre, que implanta nuevos métodos en el Hospital (Landázuri, 2004, p.238- 239) y que lucha en todo el tiempo que se encuentra en la dirección del Hospital, por mejorar la calidad de vida de los asilados, y eliminar el aglomeramiento que desde la fundación del hospicio representa una de sus principales características. Estos personajes y estos cambios que se dieron dentro del Ecuador en esta época, me llevan a delimitar y a pensar que este es el contexto apropiado para el estudio.

La investigación se realizó en base a documentos que en su mayoría se consultaron en el Archivo Nacional de Medicina que se encuentra en el Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella” que representa el archivo principal y memoria de la medicina de Quito a inicios del Siglo XX; los fondos consultados fueron los de Junta Central de Asistencia Pública y el Fondo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro, estos dos fondos representan la base para este trabajo; por otra parte también ha sido consultado el Fondo Jacinto Jijón y Caamaño y la Biblioteca Ecuatoriana Aurelio Espinosa Pólit, para los escritos Médicos, y algunas fuentes

bibliográficas. Por el limitado tiempo que la investigación tuvo, no se pudo consultar el archivo de la Universidad Central del Ecuador (no así sus revistas, especialmente los Anales a los cuales tuve acceso), y el Archivo Municipal de Quito, el cual podía haber aumentado mucha información sobre la manera en cómo se manejaba la medicina a finales del siglo XIX.

Las limitaciones en cuanto al fondo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro, son particulares, puesto que una gran parte del archivo (si no es la mayoría) se ha perdido<sup>6</sup>, y lo que se conserva dentro del fondo representa la década de 1940 y la de 1950, las primeras historias clínicas (que a pesar de tener fechas de 1910 son en realidad escritas en 1926), y un libro de gran importancia del siglo XIX: Las actas del Hospicio que van de 1882 a 1889. En donde se encuentra información acerca de la administración de la conferencia de San Vicente de Paúl y de las Hermanas de la Caridad durante este periodo. Por otra parte para la investigación de los primeros años del Siglo XX se ha recurrido al fondo de la Junta de Beneficencia o de Asistencia Pública en el cual principalmente se encuentran documentos administrativos, pero que no representan o no reflejan claramente las prácticas dentro del hospital psiquiátrico, pero que fueron de una gran ayuda, especialmente las comunicaciones recibidas. Hay que poner hincapié en la dificultad para investigar este punto<sup>7</sup>, problema capital que está relacionado principalmente a la pérdida de documentos propios de la institución como: las comunicaciones

---

<sup>6</sup> Un ejemplo de la pérdida de documentos se puede ver en la primera hoja de las actas del Hospicio en el siglo XIX, que se citará a continuación; en donde a pesar de los destrozos cometidos se hace el esfuerzo de recuperarlas, este libro es de gran valor y se debe agradecer que aún podamos contar con él. “En Quito a Diezoch de noviembre de mil ochocientos ochenta y cuatro, reunida la comisión de semana compuesta del presidente de la conferencia y de los señores Ignacio de Alcazar, José María Calisto y Rafael Sanchez, vió y palpó el destrozó que hizo el día de ayer en la fojas anteriores de este libro el loco Luis F. Garcés que entró en la oficina en un momento impensado ; y amenazando á la R. M. Superiora con el crucifijo que arrancó de la pared, se votó sobre este libro y arrancó é hizo pedasos todas las actas que estaban escritas en él desde el 15 de Octubre de 1882 hasta ayer . En tal virtud, y no pudiéndose subsanar de otra manera el daño causado, se acordó por la comisión extender esta acta á la cabeza de esta fojay que, en los posible, se copien enseguida las destruidas y al fin de ellas se autoricen por la comisión que se halle de turno y además se guarden los fragmentos en una cubierta fuerte y rotulando el paquete de este modo: “Actas de la Comisión de la conferencia que desgarró el loco Luis F. Garcés, el día 17 de noviembre de 1884, á las nueve de la mañana”.- Y para que queda esto bien probado se acordó también que firmen esta acta la R. M. Superiora y el Portero Rafael Garzon que acudió en su ayuda y presencié el daño”. Archivo Historia de la Medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 17 de mayo de 1883, folio 95.

<sup>7</sup> La investigación de las prácticas

recibidas, las dirigidas, los partes diarios de las Hermanas de la Caridad. En cuanto a las estadísticas de la institución hay información más que suficiente.

Con respecto a la investigación de leyes y códigos penales se investigó los registros oficiales en el Fondo Jacinto Jijón y Caamaño del Ministerio de Cultura y el Archivo- Biblioteca de la Función Legislativa; lugar en el cual se facilitaron las leyes que necesitó el trabajo.

Se agradece la ayuda del personal del Archivo Nacional de Medicina, especialmente a Rocío Bedón, la cual colaboró dando total acceso al archivo, e hizo posible que la investigación sea más fluida y no existan restricciones a los documentos. También se debe mencionar el hecho de la existencia de historias clínicas de la institución de siglos posteriores a los que abarca este estudio, y de la existencia de información suficiente para realizar un trabajo acerca del Hospital Psiquiátrico “Julio Endara” en Conocoto, el cual fue fundado en los límites de este trabajo.

Finalmente hay que hacer una aproximación a este estudio. La investigación se ha dividido en cuatro capítulos; el primero se encuentra relacionado a la metodología y la teoría que se ha utilizado para el trabajo, para este motivo se ha tomado la teoría propuesta por Michel Foucault en la *Arqueología del saber* para la investigación y descripción discursiva. En un segundo capítulo se hará una aproximación al discurso médico/ religioso que operaba dentro del Hospital San Lázaro a finales del siglo XIX. El tercer capítulo se encontrará ligado a la práctica médica y de un discurso científico tomando como base a los escritos médicos encontrados a inicios del siglo XX y que reflejan el pensamiento médico de la época. El cuarto y último capítulo se centrará en las décadas de los treinta, cuarenta y cincuenta; como el momento en el cual existe un esfuerzo fuerte por fundar un discurso psiquiátrico, que si bien no se encuentra totalmente reflejado dentro de la institución, resultará en un nuevo Hospital Psiquiátrico; el de Conocoto.

## 1. LA ARQUEOLOGÍA COMO HERRAMIENTA PARA LA DESCRIPCIÓN DEL DISCURSO

Esta investigación se basará en el trabajo teórico propuesto por Michel Foucault en la *Arqueología del saber* (Foucault 2006), que plantea resolver el problema de una teoría de la discontinuidad, para analizar los discursos que se han dado en la historia del pensamiento; esta discontinuidad para los contemporáneos de Foucault resultaba una dificultad, pues aunque trabajaban con discontinuidades (especialmente en la historia de las ideas, de la ciencia y de la filosofía), y centraban su atención en los fenómenos de ruptura, no tenían una teoría determinada que resolviera las complicaciones que presentaba el estudio de las discontinuidades. Esta falta de una teoría de las discontinuidades para el análisis discursivo tiene que ver con que la historia tradicional o clásica siempre dejó de lado la discontinuidad en favor de una continuidad que vendría a fundamentar el presente, de esta manera parecería que los hombres al estar acostumbrados a escribir la historia en cadenas de acontecimientos que parecerían irrompibles, en trazar evoluciones y teleologías, tuvieron miedo “de pensar el *Otro* en el tiempo de nuestro propio pensamiento” (Foucault 2006, p. 20). El planteamiento de una arqueología del saber se encuentra íntimamente relacionado con la historia de las ideas, pues según el filósofo francés, es en esta donde más se ha tratado la discontinuidad. De esta manera se plantea una teoría para la discontinuidad, donde se precisan unas reglas de formación de los discursos o prácticas discursivas (en este caso un discurso psiquiátrico o de la psicopatología); estos discursos, estarán constituidos por algunos elementos, que se encuentran relacionados entre sí, a través de los enunciados que los forman y que los proponen. A “estos elementos formados de manera regular por una práctica discursiva y que son indispensables a la constitución de una ciencia, [...] se les puede llamar saber. Un saber es aquello de lo que se puede hablar en una práctica discursiva que así se encuentra especificada” (Foucault 2006, p.306) Estos elementos que están formados por una práctica discursiva llevan el nombre de formaciones discursivas; estas formaciones discursivas son: los objetos (la locura o las enfermedades mentales en este caso), las modalidades enunciativas (que se pueden encontrar en el estatuto del sujeto, en la institución ligada a este, y a la posibilidad de este), los conceptos, y finalmente las estrategias (Foucault, 2006, p. 51). El trabajo arqueológico que se propone y como su nombre lo indica en el texto, es el de hacer una arqueología del saber, es

decir una arqueología, o análisis de las formaciones discursivas que están propuestas por una práctica discursiva, y que se pueden determinar a través de una función enunciativa o si se quiere a través de los enunciados.

Ahora bien, como se ha visto, el método arqueológico plantea el análisis del discurso, y para esto es necesario analizarlo en sí, sin distracciones. Ya que principalmente el trabajo teórico propuesto se encamina a resolver los problemas de la discontinuidad, se plantea la necesidad de “liberarse de todo un juego de nociones que diversifican, cada una a su modo, el tema de continuidad” (Foucault 2006, p. 33), para poder encontrar al discurso liberado, y verlo en su propia emergencia y en su propio tiempo. Estas nociones que han sido siempre utilizadas por la historia tradicional y de las que la arqueología plantea alejarse son: la tradición, las influencias, la mentalidad o espíritu; además también se debe tener cuidado con los agrupamientos acostumbrados de discurso, aunque lo que se pretende es analizar un discurso, no es conveniente que se utilice esta noción de la forma acostumbrada, puesto que estos discursos (como el de psiquiatría o la penalidad) deben ser analizados juntamente con los otros, sin excluirlos, ni aislarlos, puesto que los discursos siempre se encuentran en relación con otros que se encuentran junto a ellos y que a su vez comparten elementos y en parte ayudan a justificar y complementar los saberes de los demás discursos.

Pero, ¿por qué analizar el discurso es importante, y por qué es necesaria la discontinuidad para su análisis? En las sociedades occidentales y en lo que Foucault llama una “sociedad de discurso”, la producción del discurso siempre se encuentra “controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, *dominar el acontecimiento*, y esquivar su pesada y temible materialidad” (Foucault 2005, p. 14). En pocas palabras el discurso se encuentra limitado en la sociedad por unos movimientos de exclusión; el más visible de estos es el de la prohibición. Las prohibiciones que recaen sobre el discurso nos dejan ver su vinculación con el deseo y el poder; “el discurso no es simplemente lo que manifiesta (o encubre) el deseo; es también el objeto del deseo; pues el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse” (Foucault 2005, p. 15); por lo que al analizar el discurso podemos ver y mostrar las luchas por apoderarse de él, los implicados en éstas, y los intereses que se encuentran en cada

lucha, y la forma de utilización de este, en resumen el poder y el deseo que de él emanan. Además de esta primera forma de exclusión, hay una segunda, que concierne más que la anterior al objetivo de este trabajo; se trata de la separación o el rechazo, el ejemplo claro aquí se encuentra en el discurso del loco. Este discurso, es el más excluido de todos, puesto que no puede circular como el de los demás, el discurso del loco no tiene valor, es nulo, no contiene verdad, ni importancia, aunque a pesar de esto, en algunos momentos este discurso ha sido lleno de poderes mágicos, de verdades, y de enunciaciones que predicen el futuro. Se podría decir que a través de la medicina esta exclusión del discurso del loco ha sido superada; que ahora se intenta entender la palabra del loco para encontrar su sentido, pero basta con observar la separación que existe entre el médico y el loco, “si bien es necesario el silencio de la razón para curar los monstruos, basta que el silencio esté alerta para que la separación persista” (Foucault 2005, p. 18). La última forma de exclusión que se encuentra y la más importante es la oposición entre verdad y falsedad, la cual aparentemente no se corresponde con las otras formas de exclusión, pues su separación no es arbitraria no utiliza la violencia y no se sostiene por un sistema de instituciones; al analizar la voluntad de verdad que ha atravesado la separación en cuestión, se puede ver un sistema de exclusión. Esta separación entre lo verdadero y lo falso (en donde el discurso se encuentra completamente ligado al significante) es lo que da forma a la voluntad de saber<sup>8</sup>. Esta voluntad de verdad ejerce una presión o coacción sobre los discursos, en los cuales se encuentra anclado (así el sistema penal busca su justificación en una teoría del derecho, en un saber sociológico, médico, psiquiátrico y en sus verdades). Los dos primeros sistemas de exclusión antes mencionados se desplazan hacia la voluntad de verdad, pues esta es “la que intenta tomarlos a su cargo, para modificarlos y a la vez fundamentarlos” (Foucault 2005, p. 23) y porque se vuelven más inciertos en la medida en

---

<sup>8</sup> En este punto Foucault es muy claro al afirmar que se puede ver una mutación de la voluntad del saber en la historia, puesto que para los poetas griegos del siglo VI “el discurso verdadero por el cual se tenía respeto y terror, aquel al que era necesario someterse porque reinaba, era el discurso pronunciado por quien tenía el derecho [...]era el discurso que, profetizando el porvenir, no solo anunciaba lo que iba a pasar, sino que contribuía a su realización” (Foucault 2005, p. 19- 20); es decir que el valor de verdad del discurso recaía sobre lo que el discurso era y en lo que hacía, un siglo después el valor de verdad se desplazó del ritual de enunciación, hasta lo que este decía, dando nacimiento a la separación entre verdadero y falso, que es una separación nueva. De esta manera se pueden ver varios desplazamientos en la voluntad de verdad y de saber a través de la historia; otro ejemplo que se da, es el desplazamiento del siglo XIX, en donde se impone un objeto, una forma de actuar al sujeto conocedor, una posición y un nivel técnico de los conocimientos para que estos fueran útiles y verificables.

la que se encuentran traspasados por la voluntad de saber y ésta los profundiza. De esta manera estudiar el discurso como acontecimiento, desligándolo de la voluntad de saber y borrando así mismo la soberanía del significante en el discurso, nos mostrará el discurso en sí, y además nos permitirá ver de esta manera sus relaciones con el poder y el deseo, sin un enmascaramiento del pasado, y liberados de una necesidad para fundamentar el presente. Pero existe otra forma de delimitación del discurso, una forma que implica procedimientos internos del discurso, donde este ejerce su propio control, y del que se hablará más adelante.

En cuanto a su estatuto de discontinuidad, es preciso analizar el discurso de esta manera, pues al quitar del análisis histórico el carácter de continuidad, se toma al discurso en su especificidad, en el momento mismo en el cual se constituye, alejándose de una búsqueda del principio del acontecimiento en un pasado más perfecto, en un pasado en donde se encuentre un *origen*. La historia que había sido practicada desde las continuidades indefinidas significa “para la soberanía de la conciencia un abrigo privilegiado” (Foucault 2006, p. 20), es decir, cumple una función indispensable de fundadora del sujeto, en esta historia se puede encontrar un origen, en el cual el sujeto “podrá un día –bajo la forma de una conciencia histórica- apropiarse nuevamente todas esas cosas mantenidas lejanas por la diferencia, restaurará su poderío sobre ellas y en ellas encontrará lo que se puede muy bien llamar su morada” (Foucault 2006, p. 20). Vista de esta manera la historia, simplemente cumpliría el papel de protectora de un descentramiento de esta soberanía del sujeto, de fundadora de este<sup>9</sup>. Por

---

<sup>9</sup> Con respecto a esta búsqueda del origen hay que ver la influencia que la filosofía de Nietzsche y su genealogía, tuvieron en la teoría de arqueológica planteada por Foucault. El filósofo francés en la *Microfísica del Poder* (1979) analiza la genealogía de Nietzsche y encuentra que en esta una de las prioridades, es la de encontrar un origen, de esta manera encuentra al inicio de la *Genealogía de la moral* que el objeto de esta es “la investigación como origen de los prejuicios morales” (Foucault, 1979, p.9), en cuanto a esto, se identifican varios términos utilizados por Nietzsche a través de su trabajo, estos son: Ursprung (origen), Herkunft (procedencia) y Entstehung (emergencia). El primero en ser analizado y que se traduce como origen, según Foucault, para Nietzsche es más que nada metafísico, una invención, un origen milagroso. Antes de Nietzsche los historiadores buscaban el origen, la búsqueda de este significaba encontrar “la esencia exacta de la cosa, su más pura posibilidad, su identidad cuidadosamente replegada sobre sí misma” (Foucault 1979, p.9) y por consiguiente su verdad; pero ¿si la genealogía de Nietzsche busca el origen de las cosas, de los valores, porque entonces este término se le opone? El genealogista se opone a este origen, pues al ver las cosas, encuentra algo muy diferente a su esencia, descubre que esta no se encuentra, es más, que esa esencia fue construida por “figuras extrañas”, por lo que el genealogista no busca un origen, sino que más bien se centra en lo que se encuentra detrás de las cosas, es decir que explora su sentido. Es así que Foucault encuentra en Nietzsche una búsqueda del sentido de las cosas, más que de un origen que las fundamente y diga su verdad, en realidad lo que se busca finalmente es el hallar el sentido de esa verdad fundadora de las cosas. En cambio los otros

esta razón es que el análisis de una discontinuidad representaría un peligro para este tipo de análisis histórico, el cual lo niega, puesto que esto significaría el dejar sin sustento y sin fundamentación esta conciencia del sujeto; dejaría además ver una diferencia, una transformación, una ruptura en la historia, y no la justificación del presente que en ella se busca y a la vez de un futuro. El valor de la discontinuidad se encuentra en que el acontecimiento y la historia no están vistos dentro de una cadena con el pasado y con el futuro, centrándose de esta manera en la singularidad y en la particularidad del momento histórico que se está estudiando, y viendo las reglas que componen ese acontecimiento en cuanto discurso (Foucault 2006, p. 22-24).

Finalmente es preciso decir que además de las reglas de dominación externas del discurso, existen unas reglas internas propias del discurso, en donde él ejerce su propio control, con “principios de clasificación, de ordenación, de distribución, como si se tratase en este caso de dominar otra dimensión del discurso: aquella de lo que acontece y del azar” (Foucault 2005, p. 25), la arqueología tiene la labor de describir estas reglas propias del discurso para encontrar en él una regularidad. En estas reglas se encuentra inmerso el sujeto, es claro que no hay cómo negar el papel del individuo como aquel que escribe o inventa, pero en todo caso, este asume

---

dos términos (según Foucault) se emparentan más con el trabajo y la búsqueda de la genealogía; el uno (Herkunft) se refiere a la procedencia, esta procedencia no trata de trazar una evolución, sino más bien intenta “percibir los accidentes, las desviaciones ínfimas –o al contrario los retornos complejos-, los errores, los fallos de apreciación, los malos cálculos que han producido aquello que existe y es válido para nosotros” (Foucault, 1979, p.13), de esta manera la genealogía pretende descubrir que en nuestra procedencia no se encuentra en absoluto la verdad, sino un accidente. Vista de esta manera, la procedencia de Nietzsche es peligrosa para la historia tradicional, pues no es un saber que será siempre el mismo, que aparenta la pertenencia desde el presente del pasado, sino que más bien muestra una fisura, lo fragmentado, muestra la *discontinuidad*. En cambio el término Entstehung, es definido como el comienzo, como el “principio y la ley singular de una aparición” (Foucault, 1979, p. 15), es la emergencia, a la cual no hay que tomar como una final, que no cambia; esta no es la misma siempre, esta idea de la emergencia como un primer momento que manifiesta un destino, se relaciona a la idea metafísica, en cambio la genealogía “restablece los diversos sistemas de sumisión: no tanto el poder anticipador de un sentido, cuanto el juego azaroso de las dominaciones” (Foucault, 1979, p.15). Ahora bien, esta emergencia se la encuentra en la historia de las fuerzas que luchan por adueñarse del fenómeno, de la cosa que se está estudiando, no luchan de una manera dialéctica, sino que se entrecruzan todo el tiempo, se confunden sin llegar a enlazarse. De esta manera es como nacen los valores, los conceptos morales, por la lucha de las fuerzas, de donde resultan unos dominadores sobre unos dominados. En este punto la historia es la encargada de justificar estas reglas, de disfrazarlas, a través de la búsqueda y de la interpretación del origen, interpretando a la vez el devenir de la humanidad. La interpretación en cambio para la genealogía, esta es el ampararse de un sistema de reglas y adaptarlo a sus fines y someterlo a su voluntad, entendido así, el devenir sería una serie de interpretaciones. Mirando estos tres términos no es difícil ver la influencia de la genealogía de Nietzsche, en la arqueología de Foucault.

una posición de autor propuesta desde las reglas discursivas que están presentes en su época. Esta posición no es la misma para todos los autores o sujetos en cada discurso, puesto que en cada uno se diferencia del otro, además de que existen otras reglas específicas para las disciplinas, como “un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas verdaderas, un juego de reglas y definiciones, de técnicas y de instrumentos” (Foucault 2005, p. 33). De esta manera, el discurso puede ser descrito de dos maneras: una que es crítica y que tiene que ver con las formas de exclusión, de delimitación y apropiación, es decir sus condiciones exteriores; y una de carácter genealógico que muestra “cómo se han formado, por medio de, a pesar de o con el apoyo de esos sistemas de coacción, de las series de los discursos; cual ha sido la norma específica de cada una y cuales sus condiciones de aparición, de crecimiento, de variación” (Foucault 2005, p. 60), es decir con las reglas internas del discurso. Estas dos maneras son inseparables del análisis discursivo planteado por la arqueología y responden a cuatro principios: un principio de trastocamiento (que se opone a las figuras del autor, la disciplina, la voluntad de verdad) uno de discontinuidad, un principio de especificidad (no existe un discurso con un juego de significaciones previas, se tiene que verlo como una práctica impuesta) y un principio de exterioridad (no se tiene que buscar un pensamiento oculto dentro del discurso, hay que buscar sus condiciones externas de posibilidad) (Foucault 2005, p.52-53)

Puestas en claro estas dos formas de delimitación y análisis del discurso es preciso hablar de las unidades que dan regularidad al discurso desde adentro, pero que a su vez tienen que ver con su relación con los demás discursos, exteriores al discurso analizado.

### **1.1 Las formaciones discursivas (objeto, enunciado, conceptos, estrategias)**

Para analizar el discurso en su propia realidad, y como acontecimiento es preciso desligarse de una serie de nociones utilizadas comúnmente dentro de la historia y de las ciencias sociales y que diversifican el concepto de continuidad que en este caso se necesita eliminar; estas nociones son las de: tradición, influencia, desarrollo y evolución, mentalidad y espíritu; que crean vínculos entre acontecimientos, fenómenos, individuos, teorías, discursos impares y no dejan aceptar lo disperso de los acontecimientos discursivos (Foucault, 2006, p.33-34). Además se debe tener en cuenta los cortes discursivos o la “distinción de los grandes tipos de

discurso, o las de las formas o géneros que oponen unas a otras la ciencia, la literatura, la filosofía, la religión, la historia, la ficción, etc.” (Foucault, 2006, p.35) y que deben ser analizados los unos junto a los otros. Hay que mantener dos unidades en suspenso, el libro y la obra, que a pesar de aparentar tener sus límites bien establecidos, al interrogarlos se descubre una unidad débil desde el punto de vista de la unidad discursiva. En el caso del libro porque este puede verse como “un sistema de citas de otros libros, de otros textos, de otras frases, como un nudo en una red” (Foucault 2006, p.37), en cuanto a la obra, aunque se piense definida, por todas la obras de un autor, ésta se encuentra definida por “cierta función de expresión” (Foucault 2006, p.39), en realidad definirla resulta una operación interpretativa. Es así, que la obra no puede considerarse ni como unidad inmediata, ni como unidad cierta, ni como unidad homogénea, pues variará de acuerdo al autor en referencia.

Ahora, hay que renunciar a dos temas que ya se han mencionado en la primera parte, el primero es la búsqueda de una repetición de un *origen* secreto que no se puede captar del todo mismo. “Esto a tal grado que se nos volvería a conducir, a través de la ingenuidad de las cronologías, hacia un punto que retrocedería de manera indefinida, jamás presente en ninguna historia” (Foucault 2006, p. 40). El segundo tema es la idea de que todo discurso descansa sobre un ya dicho que es a la vez un no dicho<sup>10</sup>. De esta manera hay que analizar el discurso en la coyuntura en la que aparece, y no intentar devolverlo siempre al origen. Por otra parte todas las formas de continuidad (y las formas de unidad) antes nombradas deben ser tenidas en suspenso, no hay que rechazarlas, hay que demostrar que no se deducen naturalmente, sino que son el resultado de unas reglas, y que no son el lugar seguro desde donde plantear cuestiones, sino que ellas mismas plantean desde adentro sus cuestionamientos. Una vez puestas en suspenso estas formas de continuidad, aparece todo un dominio de enunciados efectivos (hablados o escritos), “en su dispersión de acontecimientos y en la instancia que le es propia a cada uno” (Foucault 2006, p. 43) y de esta manera es posible una “descripción pura de los acontecimientos discursivos” (Foucault 2006, p. 43), para la búsqueda de las unidades

---

<sup>10</sup> Esta idea de un ya dicho que es a la vez un no dicho, tiene que ver con la idea filosófica de una “experiencia originaria” (Foucault 2005, p. 48), esta idea supone que en la experiencia antes de que se constituya en pensamiento, hay significados previos que recorren el mundo. Así una relación con el mundo nos da la posibilidad de nombrarlo, juzgarlo y conocerlo en la forma de verdad. De esta manera el discurso o su legitimidad pasa a ser una lectura discreta; las cosas nos murmuran un sentido, y el lenguaje simplemente hace brotar el sentido de lo que nos murmuran.

que en ellos se forman y que a la vez remite a una pregunta central : ¿Cómo se ha formado este enunciado y no otro en su lugar? De esta manera el análisis del campo discursivo intenta tomar al enunciado en su singularidad de acontecimiento y ver su carácter de emergencia, sus límites, y sus relaciones con otros enunciados, y señalar las formas que excluye.

El enunciado es caracterizado como un acontecimiento inagotable, que como todo acontecimiento es único, pero también remite a la memoria, por lo que siempre se ofrece a la repetición, la reactivación. Al llevar el enunciado al espacio en que se despliegan los acontecimientos discursivos, se libera y se descubren en él y fuera de él juegos de relaciones (Foucault 2006, p.43-44). Al liberar los discursos de todos los agrupamientos se da la posibilidad de describir otras unidades, desde las relaciones entre enunciados que quedarían invisibles, y que se revelan con el “análisis de su coexistencia, de su sucesión, de su funcionamiento mutuo, de su determinación recíproca y de su transformación independiente o correlativa” (Foucault 2006, p.48). La descripción de estas relaciones no se puede hacer sin un punto de referencia, por lo tanto se debe hacer una primera aproximación, provisional, que el análisis transformará y alterará de ser necesario.

Ya que se tiene una masa de enunciados es momento de explicar el tema principal de este capítulo: las formaciones discursivas. Al querer describir los enunciados para analizar un discurso, se tiene que saber cuáles son las relaciones legítimas por la cuales se encuentran encadenados los enunciados, dentro del agrupamiento provisional que se ha escogido. En este punto se plantean cuatro hipótesis sobre cómo los enunciados podrían organizar sus relaciones: hipótesis del objeto, hipótesis sobre un estilo único de los discursos, unidad en base a los conceptos y una unidad en base a una temática definida dentro del discurso. Cada una de estas hipótesis corresponde con lo que se llamarán formaciones discursivas: objetos, modalidades enunciativas, conceptos, y estrategias; a su vez estas formaciones discursivas siguen unas reglas de formación, que es preciso saber, para entender la forma de relación de los enunciados (Foucault 2006, p.50-63).

Antes de saber cuáles son las reglas trazadas para cada formación discursiva, hay que aclarar que el análisis de una disciplina se encuentra ligado a estas formaciones discursivas “porque una disciplina se define por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de

proposiciones consideradas verdaderas, un juego de reglas y de definiciones, de técnicas y de instrumentos” (Foucault 2005, p. 33), lo cual da las pautas para los elementos que se deben analizar en una disciplina y que se corresponden con el método arqueológico.

Ya que la primera formación discursiva nombrada más arriba es la del objeto, se empezará por ella, pero ¿cómo se delimita las reglas de formación de los objetos? Primero hay que buscar las superficies primeras de emergencia de los objetos; mostrar donde pueden surgir, donde se las designa, y en donde nacen las diferencias individuales, las cuales al ser designadas y analizadas toman el estatuto de objeto tal como “enfermedad, de enajenación, de anomalía, de demencia, de neurosis o de psicosis, de degeneración, etc.” (Foucault 2006, p. 67). Estas “superficies de emergencia” son diferentes en cada época, en el siglo XIX (en donde se ve un nuevo modo de exclusión del loco y la inserción del loco en el hospital psiquiátrico); estas superficies se encuentran formadas por la familia, el medio de trabajo, el grupo social cercano, la penalidad. En estos campos es en donde el discurso delimita su dominio, define de qué se va a hablar, su estatuto de objeto y por lo tanto lo nombra y lo escribe. A lado de esta primera forma de análisis, también es importante el describir ciertas instancias de delimitación, tales como la medicina, la justicia penal, la autoridad religiosa, la crítica literaria, en cuanto designan, nombran e instauran a la locura como objeto. Finalmente es significativo analizar las “rejillas de especificación” que son los sistemas por los cuales se separa, se opone, se clasifican, las distintas locuras que serán tomadas como objeto del discurso psiquiátrico (Foucault 2006, p.68-69).

Estas tres formas de diferenciación son insuficientes por dos razones: primero porque ninguna muestra objetos enteramente constituidos y armados al discurso, ni tampoco se habla de relaciones asignables entre los varios planos de diferenciación en donde los objetos pueden aparecer, de esta manera no se puede hablar de un sistema de formación de los objetos, pues solo se conoce una serie de determinaciones diferentes sin lazos ni relaciones (Foucault 2006, p.69-71). En este punto el problema se encuentra en saber que ha hecho posibles tales objetos y como estos nuevos “descubrimientos” han podido ser seguidos de otros. Entonces el discurso psiquiátrico se caracteriza no por los objetos que privilegia sino “por la manera en que forma sus objetos, por lo demás muy dispersos. Esta formación tiene su origen en un conjunto de relaciones establecidas entre instancias de emergencia, de delimitación y de

especificación” (Foucault 2006, p.72); la formación discursiva entonces, se define en cuanto constituye el conjunto de objetos, al poder mostrar cómo un objeto encuentra su lugar y la ley de su aparición; igualmente si tienen la capacidad de dar nacimiento a objetos que serán excluidos, pero que a su vez no se modifican.

De estas reglas de formación, se desprenden algunas observaciones y consecuencias: primero hay que tener en cuenta las condiciones para que una cosa sea objeto de saber, las cuales son “muy numerosas y de importancia. Lo cual quiere decir que no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa”<sup>11</sup> (Foucault 2006, p. 73), y el objeto solo existe en cuanto a unas relaciones determinadas, he aquí un carácter negativo (no es totalmente fácil ver el objeto y sus condiciones) pero también uno positivo (el objeto solo existe según unas condiciones). Como segunda consideración; las relaciones se hallan fuera del objeto, y no son parte de él, estas solo le permiten aparecer y yuxtaponerse a otros objetos, definir su diferencia (Foucault 2006, p.73-74).

Además las relaciones se distinguen en unas primarias que se pueden describir entre instituciones, formas sociales, y que son independientes del discurso y de los objetos, unas secundarias o reflexivas que se pueden encontrar “formuladas en el propio discurso: lo que, por ejemplo, los psiquiatras del siglo XIX han podido decir sobre las relaciones entre la familia y la criminalidad, no reproducen como es bien sabido el juego de las relaciones reales” (Foucault 2006, p. 74), y no hacen posibles las relaciones que posibilitan los objetos. Estas dos formas de relación, no deben confundirse con las relaciones discursivas del objeto, hay que ver

---

<sup>11</sup> La enfermedad mental como objeto, ha sido transformada en varias ocasiones en varias épocas, hay que tomar en cuenta la transformación que se da en el s. XVII en Europa, en donde el loco pasa de ser echado de las ciudades y de vagar por embarcaciones, a ser encerrado en grandes sitios de internamiento, en donde la locura más que carácter de enfermedad, tiene encima suya toda una condenación moral, una valoración ética; el loco “mucho antes de ser sujeto de conocimiento o de piedad, es tratado como sujeto moral” (Foucault 1990, p. 99). De esta manera, el carácter médico que se atribuye al internamiento en nuestro tiempo, y por ello el mismo carácter de enfermo con el que se ve al loco, en el s. XVII y XVIII no existen y la locura tiene otra figura. Después de esto la locura como objeto médico ha cambiado sus formas a inicios del siglo XIX en Europa, es así que se puede ver que conceptos “a lado de las agitaciones motrices, de las alucinaciones y de los discursos desviantes se han visto aparecer otros que dependían de registros hasta entonces inutilizados, perturbaciones leves de comportamiento, aberraciones y trastornos sexuales, hechos de sugestión y de hipnosis, lesiones del sistema nervioso central, déficit de adaptación intelectual o motriz, criminalidad”(Foucault 2006, p.66) y sobre estos registros se han cambiado, redefinido, discutido o descalificado algunos objetos antes aceptados, que han dado una nueva disciplina que no tiene ni la misma organización, ni la misma función práctica en la medicina tradicional que estudiaba las enfermedades de la cabeza.

lo específico de las relaciones discursivas y mirar el juego que mantiene con las otras dos. Por último se tiene que tener en cuenta que las relaciones del discurso no son internas de este (pues no ligan conceptos y palabras), pero tampoco son externas; se encuentran en el límite, y determinan las relaciones que el discurso efectuará para hablar del objeto. Estas relaciones caracterizan al discurso como práctica (Foucault 2006, p.75-76).

En resumen al buscar lo que caracteriza al discurso, se ha buscado una unidad del lado del objeto, y en este se han descubierto un conjunto de normas y de reglas específicas que definen la especialidad o la disciplina tratar. Al mirar de cerca el objeto se puede ver que este, al igual que el discurso es cambiante, pero el sistema de formación, en donde puede analizarse, en donde aparece el objeto del saber no lo es; se intenta hacer una historia de los objetos para desplegar las regularidades que rigen su dispersión; la regularidad de los objetos dispersos se encuentra en las relaciones que le permiten emerger, de esta manera la tarea consiste en “no tratar los discursos como conjuntos de signos , sino como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de que hablan”. (Foucault 2006, p.81).

La segunda formación discursiva que se analizará es la de las modalidades enunciativas; en toda época se encuentran varias formas de enunciados, pero ¿por qué estos enunciados y no otros? Para responder la pregunta se tiene que buscar el lugar de donde surgen los enunciados, y su ley de emergencia. Para esto primero hay que hacerse la pregunta de ¿quién habla?, ¿quién tiene el derecho de utilizar esta clase de lenguaje? Dentro de un discurso, el individuo que utiliza sus enunciados está obligado a obedecer cierto número de reglas que no permiten acceder a la práctica del discurso a cualquiera, el estatuto del sujeto tiene criterios de competencia y de saber dentro del discurso, además de que comporta rasgos que definen su función en relación con el grupo social (Foucault 2006, p.82-83). El estatuto dado por el discurso al sujeto, por ejemplo el de médico, hace que este casi nunca pueda ser ejercido por una persona indiferenciada, o que se pueda intercambiar. Hay que ligar a su vez a este personaje con la institución desde donde emite su discurso, en donde “éste encuentra su origen legítimo y su punto de aplicación” (Foucault 2006, p.84). Estas instituciones son: el hospital, la práctica privada, el laboratorio, la biblioteca o el campo documental; campos que a su vez han cambiado. Finalmente en este punto, hay que tomar en cuenta la posición que el sujeto adquiere frente a los diversos dominios o grupos de objetos y la posición que ocupa dentro de

una red de información, hay que decir que el puesto que ocupa un sujeto en el discurso puede ser redefinido por diversos factores; si en el discurso clínico el médico toma una serie de posiciones es porque se ponen en juego un haz de relaciones, relación entre el sujeto, el espacio y las prácticas, con la información (Foucault 2006, p.85-86).

Al tomar a una nueva forma de discurso (como el cambio del discurso de la psicopatología) como la renovación de las modalidades de enunciación, no se lo debe tomar como el resultado del surgimiento de algunos de los puntos antes nombrados (como una nueva institución, o el cambio de la posición y de la condición del individuo), sino más bien como el establecimiento de relaciones en el discurso, de cierto número de elementos distintos, que concernían a diferentes partes. Estas relaciones son establecidas por el discurso en cuanto a práctica, y alcanzan unidad ya que de igual manera las hace actuar de manera constante (Foucault 2006, p.87-88). De esta manera, el análisis muestra que esas diversas modalidades de enunciación nos remiten a la dispersión del sujeto, a los diversos estatutos, a los diversos ámbitos institucionales y a las diferentes posiciones, en otras palabras, a la discontinuidad de los planos desde donde se habla, los cuales toman una unidad gracias al sistema de relaciones que establece una práctica discursiva específica, buscándose en el discurso “un campo regularidad para diversas posiciones de subjetividad” (Foucault 2006, p.90) siendo finalmente el lugar donde se termina la dispersión de sujeto y la discontinuidad consigo mismo.

La tercera formación discursiva es la de los conceptos; ¿Cuál es la regla o regularidad de la formación de los conceptos de un discurso? Es así que lo que se pretende aquí es la descripción del campo de enunciados en donde aparecen los conceptos y circulan. La organización de los enunciados comporta unas formas de sucesión: unos tipos de dependencia de los enunciados, los diversos esquemas retóricos según los cuales se combinan los enunciados (como se encadenan deducciones, descripciones, definiciones que arman un texto; por ejemplo los conceptos utilizados en el discurso psiquiátrico de inicios del s. XIX no son los mismos que se utilizan el día de hoy), lo que se modifica, y lo que rige en la aparición de los conceptos “y regirá la aparición y la recurrencia de los conceptos [...] es la disposición general de los enunciados y su colocación en serie en conjuntos determinados”(Foucault 2006, p. 92), la manera de transcribir lo observado y restituir el recorrido perceptivo, la relación de subordinación de formas de articulación, la posición entre algo general y algo particular, y los

sistemas de dependencia que se forman entre enunciados. También hay que notar que un campo enunciativo también se encuentra configurado por algunas formas de coexistencia, en primer lugar se encuentra un “*campo de presencia*” (Foucault 2006, p. 93), este campo encierra los enunciados que ya han sido dichos o formulados en otras partes, y que se repiten en el discurso, como verdades, como descripciones bien formuladas, o como razonamientos infundados, este campo no es el mismo en varios tiempos; también podemos encontrar un “*campo de concomitancia*”; se trata de enunciados que han sido formulados en otros discursos, pero sin embargo son utilizados y se mezclan junto a los enunciados estudiados, igualmente las referencias que se utilizan en una época en un discurso, son distintas a las utilizadas a las de otra, y hasta se podrán oponer; finalmente dentro de las formas de coexistencia de los enunciados hay como definir unos procedimientos de intervención que en cada discurso cambian, estos procedimientos pueden aparecer en las técnicas de reescritura, en métodos de transcripción del enunciado, los modos de traducción de enunciados cuantitativos a unos cualitativos, en la delimitación de la validez de los enunciados o en la manera en que se transfiere un tipo de enunciado de un campo de aplicación a otro. (Foucault 2006, p.93-96) Las relaciones entre los campos y las formas de sucesión permiten delimitar el conjunto de conceptos dentro de una formación discursiva, en otras palabras estas relaciones constituyen el sistema de formación de los conceptos. Para describir este sistema hay que “colocarse a cierta distancia de este juego conceptual manifiesto, e intentar determinar de acuerdo con qué esquemas pueden estar ligados los enunciados unos con otros en un tipo de discurso” (Foucault, 2006, p.99) Estos esquemas más que la construcción de los objetos permitirán ver su dispersión entre libros, textos obras, etc. Este análisis comprende el campo donde coexisten los conceptos y las reglas de ese campo.

La última de las formaciones discursivas es la de las estrategias; los discursos, “dan lugar a ciertas organizaciones de conceptos, a ciertos reagrupamientos de objetos, a ciertos tipos de enunciación, que forman según su grado de coherencia, de rigor y de estabilidad, temas o teorías” (Foucault, 2006, p. 105), a estos temas o teorías se los llamará estrategias, cuyo problema es saber su distribución dentro de la historia. Este es uno de los puntos más difíciles dentro del análisis del discurso, pues en cada análisis del discurso, el punto, o la formación discursiva que reclama más atención no siempre es la misma, por lo que en el trabajo y en la

experiencia de Foucault esta formación discursiva no había sido aún explorada; “hemos de decir que el análisis de las elecciones teóricas permanece aún en el telar hasta un estudio ulterior en el que podría ocupar esencial atención” (Foucault, 2006, p.107) sin embargo es posible indicar las direcciones de su investigación. Estas son: en primer lugar hay que determinar los puntos de difracción posibles del discurso; un punto de difracción (donde dos objetos enunciados o conceptos aparecen en una formación discursiva sin poder ser parte de una sola serie de enunciados); los puntos de equivalencia (los dos elementos están formados de la misma manera, y en lugar de ser un defecto, constituyen una alternativa); y unos puntos de enganche de una sistematización (en donde a partir de los esos elementos equivalentes y a la vez incompatibles, se derivan unos objetos, unas formas enunciativas y unos conceptos, es decir subconjuntos discursivos) (Foucault 2006, p.107-108).

Hay que tener presente además de estos puntos, que no todos los conjuntos o juegos posibles son presentados dentro del discurso; para poder ver las elecciones que se han hecho, es preciso ver las instancias de elección específicas del discurso, en primer lugar, hay que describir el papel que cumple el discurso en relación con los discursos que le son vecinos y contemporáneos, lo que nos hace ver una “economía de la constelación discursiva” (Foucault, 2006, p. 109), en donde pueden haber relaciones de oposición, analogía, complementariedad y delimitación recíproca, las que van a delimitar los enunciados posibles en un discurso, inclusión y exclusión realizada desde la constelación discursiva; de esta forma no se ocupan todos los espacios abiertos por los otros sistemas de formación. Por otra parte una formación discursiva no utiliza todas las formaciones de objetos, enunciados o conceptos que tiene a su disposición, y esto por el sistema de elecciones estratégicas. Esta elección, asumida y modificada en una nueva constelación discursiva, puede hacer que aparezcan nuevas posibilidades que antes fueran excluidas (Foucault 2006, p.109- 111). Finalmente, para determinar la formación de estrategias hay que saber que la determinación de las elecciones teóricas también depende de la función que debe ejercer el discurso dentro de un campo de prácticas no discursivas que comporta también el régimen y los procesos de apropiación del discurso; pues en nuestras sociedades “la propiedad del discurso está reservada de hecho a un grupo de individuos” (Foucault, 2006, p. 111) Este punto se caracteriza por las posiciones posibles de deseo en relación con el discurso, aquí se debe mostrar que ni la relación entre el

deseo y el discurso, ni los procesos de apropiación están fuera del campo discursivo, de su unidad, caracterización, ni de sus leyes de formación. No son elementos que obligan a hablar a un discurso disfrazado, sino más bien son elementos formadores.

Así una formación discursiva queda individualizada al ser posible describir el sistema de formación de estrategias diversas que en ella se despliegan, sistema que se define a partir de la descripción de como los diferentes “puntos de difracción” se derivan, se imperan y se implican los unos a los otros; como la elección depende de la constelación discursiva ; y como existe una unión de la elección a una práctica no discursiva, a una apropiación del discurso y su papel en la realización de intereses y deseos. Estas diferentes opciones, tienen que ser vistas como “maneras sistemáticamente diferentes de tratar objetos de discurso, de disponer formas de enunciación y de manipular conceptos; son maneras reguladas de poner en obra posibilidades de discurso” (Foucault, 2006, p.115).

Ahora bien, se puede ver que en búsqueda de una unidad del discurso se ha llegado a la dispersión de varios sistemas de formación, los cuales pueden ser descritos en su singularidad si se es capaz de determinar las reglas de formación de los objetos, de las formas de enunciación, de conceptos y de estrategias, hallándose la unidad en el sistema que hace posible y forma los elementos. El sistema de formación no debe ser tomado como algo inmóvil, al que el discurso siempre impone sus condiciones. Para definir este sistema es necesario encontrar un sistema de reglas que se ha utilizado para que los elementos del discurso cambien y produzcan un cambio en otro discurso, creando un nuevo objeto o estrategia. Una formación discursiva no es atemporal sino que determina una regularidad que le es propia en cada tiempo, esta movilidad es de dos maneras; al nivel de los elementos, creando nuevos objetos, conceptos, etc. Sin afectar sus regularidad; y sobre los dominios que ponen en relación, los elementos que articulan los unos y los otros (Foucault 2006, p.119-127).

## **1.2 El enunciado y la positividad del discurso (ley de rareza, de exterioridad y acumulación)**

Antes de hacer una aproximación a la ley de rareza del discurso, es preciso que el enunciado como “grano que aparece en la superficie de un tejido del cual es el elemento constituyente.

Átomo del discurso” (Foucault, 2006, p.133) sea definido. En primer lugar hay que tener en cuenta que el enunciado no se encuentra al mismo nivel que una proposición lógica (pues mientras que en la lógica dos proposiciones pueden considerarse iguales, como enunciados no corresponden al mismo grupo, ni tienen las mismas características; por lo que, lo que caracteriza una proposición no lo hace con el enunciado). Tampoco el enunciado se corresponde con las características gramaticales de la frase (pues los enunciados no tienen la necesidad de estar conformados como una frase, en cuanto también pueden ser una lista de palabras o de signos matemáticos) finalmente no son iguales a lo que se llamaría un “*speech act*”, o acto elocutorio<sup>12</sup>, porque para poder efectuar uno de estos “actos elocutorios” se necesita más de un enunciado. Es así que el enunciado puede encontrarse en cualquiera de los casos anteriores, pero no tiene sus características y por lo tanto tampoco obedece a sus normas. El enunciado existe gracias a la subsistencia de signos, esa constituye una de sus condiciones; los signos (elementos de la lengua) se imponen a los enunciados y los rigen desde el interior; sin los enunciados la lengua no existiría, pero ningún enunciado es indispensable, para que la lengua exista. “La lengua no existe más que a título de sistema de construcción para enunciados posibles” (Foucault, 2006, p. 142) y es a su vez, una descripción que se origina en base de unos enunciados reales. Lo que queda claro es que los enunciados y la lengua se encuentran en diversos niveles de existencia<sup>13</sup>, de esta manera no basta una estructura lingüística para formar un enunciado, pero tampoco su emergencia material en un signo en el tiempo y en el espacio para que el enunciado empiece a existir. De esta manera, más que una unidad, el enunciado es una función, que se ejerce en relación con esas unidades “y que las hace aparecer, con contenidos concretos en el tiempo y en el espacio.” (Foucault, 2006, p.145).

Antes de nada, es necesario explicar la función enunciativa; primero, para la existencia de un enunciado, la serie de signos que lo conforman, debe encontrarse en relación con otra cosa que concierna a ella misma; esta relación no es la misma que tiene el nombre con lo

---

<sup>12</sup> Un *speech act* o acto elocutorio es “la operación que ha sido efectuada por la fórmula misma en su emergencia: promesa, orden, decreto, contrato, compromiso, comprobación” (Foucault, 2006, p.138)

<sup>13</sup> Esto lo puede mostrar el ejemplo de que el teclado de una máquina de escribir no es un enunciado, pero la serie de letras que lo componen Q, W, E, R, T, Y, como orden alfabético de la máquina, en un manual de mecanografía si constituye un enunciado.

designado, la frase con su sentido o la proposición con su referente. La diferencia con todos estas relaciones está en que el enunciado está ligado a un referencial “que no está constituido por “cosas”, por “hechos”, por “realidades”, o por “seres”, sino por leyes de posibilidad, reglas de existencia para los objetos que en él se encuentran nombrados, [...] para las relaciones que en él se encuentran” (Foucault, 2006, p.152), esto caracteriza al enunciado, este referencial hace aparecer las instancias de diferenciación. Esta descripción del nivel enunciativo se hace mediante el análisis de la relación entre enunciado y la instancia de diferenciación (entendida esta como la diferencia propuesta por el enunciado, de las cosas, de los individuos o de los objetos que son puestas en juego por el enunciado mismo).

En segundo lugar el enunciado se diferencia de una serie de elementos lingüísticos por su relación con el sujeto, no se debe reducir el sujeto del enunciado a una primera persona de una frase, ya que este es exterior a ella, y aunque el sujeto no se encuentre en primera persona, tiene un sujeto, todos los enunciados gramaticalmente fijos no tienen una sola relación con el sujeto. Además una relación entre autor y producción no es la misma entre un sujeto enunciante y lo que enuncia. Pueden existir varios sujetos enunciativos, y estos pueden ser hasta cierto punto indiferentes a la obra (es el caso del autor, los personajes, sus pensamientos y diálogos, el seudónimo). La posición del sujeto enunciativo se fija por un conjunto de enunciados que ya han sido formulados. Una proposición, una frase o un conjunto de signos llegan a ser un enunciado en la medida en que puede ser asignada la posición del sujeto. Describir una formulación en tanto enunciado es “determinar cuál es la posición que puede y debe ocupar todo individuo para ser su sujeto” (Foucault, 2006, p.160). La función enunciativa no puede ejercerse sin un dominio asociado, ya que la frase o la proposición aunque se encuentren aisladas, se las sigue reconociendo como tales, para que sean enunciados, estas deben estar en relación con un campo enunciativo; este campo se encuentra constituido por un conjunto de formulaciones entre las cuales el enunciado en cuestión toma un lugar, las modifica, las reactualiza, forma un elemento, se conservará, se valorizará, se ofrecerá como objeto de un discurso futuro. En general un elemento lingüístico no es un enunciado hasta que esté dentro de un campo enunciativo en el que juega un papel con los demás, aunque sea muy pequeño.

Por último la función enunciativa tiene que estar ligada a una existencia material; el enunciado puede repetirse varias veces sin que exista un cambio en su identidad, por esta razón es que su materialidad no se define ni en el espacio ni en el tiempo en que ha sido formulado, sino por la cosa u objeto en la que se encuentre. Es así que un enunciado responde a un orden de institución (material), pues no responde a un fragmento de una materia, sino que varía según el régimen complejo de las instituciones (libro y manuscrito no contienen el mismo enunciado que una frase cualquiera de la vida diaria). Esta institución “define posibilidades de reinscripción y de transcripción (pero también umbrales y límites) más que individualidades limitadas y perecederas”. (Foucault, 2006, p.173). La identidad del enunciado también se encuentra rodeada por otro conjunto de condiciones y de límites: “los que le son impuestos por el conjunto de los demás enunciados en medio de los cuales figura por el dominio en que se le puede utilizar o aplicar, por el papel o las funciones que ha de desempeñar” (Foucault, 2006, p.173); al modificarse estas relaciones, esa aplicación o el campo de experiencia, el enunciado se modifica. Los tres puntos anteriores constituyen un campo de estabilización que permite mantener o repetir la identidad más allá de las diferencias enunciativas, y campo que también marca el lugar en que no hay equivalencia y surge un nuevo enunciado. De esta manera se ve que la constancia del enunciado se da en función de la función que le da el campo en el que se encuentra inserto, como también su variación. “El enunciado, a la vez surge en su materialidad, aparece como estatuto, entra en unas tramas, se sitúa en campos de utilización, se ofrece a trasposos y a modificaciones posibles, se integra en operaciones y en estrategias” (Foucault, 2006, p. 177), en donde su estado material o se conserva, o de una vez por todas se pierde.

En pocas palabras el enunciado se define así:

“Se llamará *enunciado* la modalidad de existencia propia de este conjunto de signos: modalidad que le permite ser algo más que una serie de trazos, algo más que una sucesión de marcas, sobre una sustancia, algo más que un objeto cualquiera fabricado por el ser humano; modalidad que le permite estar en relación con un dominio de objetos, prescribir una posición definida a todo sujeto posible estar situado entre otras actuaciones verbales, estar dotado en fin de una materialidad repetible” (Foucault, 2006, p.180)

Ahora bien, ¿Cómo se corresponde esta teoría de la formación de los enunciados, con el análisis del discurso propuesto?

El análisis de los enunciados no se pregunta qué existe atrás de los enunciados, y de sus actuaciones verbales, de sus proposiciones, aunque sabe que existe algo más atrás; sino que se pregunta sobre qué modo existen. En un conjunto de palabras pueden existir varios sentidos.

“El enunciado no es una unidad marginal –encima o debajo- de las frases o de las proposiciones; está siempre involucrado en unidades de ese género, o incluso en secuencias de signos que no obedecen a sus leyes; caracteriza no lo que se da en ellas, o la manera en que están delimitadas, sino el hecho mismo de que están dadas, y la manera en que lo están” (Foucault, 2006, p.187)

Además no se demora en mirar la “otra cosa” a la que remite la estructura del significante; sino que debe ver el momento en el cual se determina la existencia singular de este, no solo tomando en cuenta al significado, sino también al significante, el análisis del discurso el del enunciado trata de hacer visible y analizar el elemento que constituye su posibilidad. Por otra parte el análisis de los enunciados y de las formaciones discursivas son correlativos<sup>14</sup>, en cuanto “la localización de las formaciones discursivas [...] saca a la luz el nivel específico del enunciado” y por otra parte la descripción enunciativa “conduce a la individualización de las formaciones discursivas” (Foucault, 2006, p.197); el enunciado pertenece a una formación discursiva, y es esta la que define su regularidad; el discurso es un conjunto de enunciados que dependen de la misma formación discursiva. Estos enunciados se encuentran en “un número limitado de enunciados para los cuales puede definirse un conjunto de condiciones de existencia” (Foucault, 2006, p. 198); y finalmente la función enunciativa está relacionada al análisis de las formaciones discursivas, pues la práctica discursiva “es un conjunto de reglas

---

<sup>14</sup> “Describir unos enunciados, describir la función enunciativa de que son portadores, analizar las condiciones en que se ejerce esta función, recorrer los diferentes dominios que supone y la manera en que se articulan es acometer la tarea de sacar a la luz lo que podrá individualizarse como formación discursiva. O también, lo cual viene a ser lo mismo, pero en dirección inversa: la formación discursiva es el sistema enunciativo general al que obedece un grupo de actuaciones verbales, sistema que no es el único que lo rige, ya que obedece además, y según sus otras dimensiones, a unos sistemas lógico, lingüístico, psicológicos. Lo que ha sido definido como “formación discursiva” escande (mide) el plan general de las cosas dichas al nivel específico de los enunciados. Las cuatro direcciones en las cuales se le analiza (formación de los objetos, formación de las posiciones subjetivas, formación de los conceptos, formación de las elecciones estratégicas) corresponden a los cuatro dominios en que se ejerce la función enunciativa” (Foucault, 2006, p. 196).

anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio que han definido en una época dada, [...] las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” ( Foucault, 2006, p. 198).

Ya que se ha descrito lo que son las formaciones discursivas, se explicará la ley de rareza en el enunciado, y por lo tanto en el discurso. Normalmente al analizar el discurso, los diferentes textos remiten a una significación común (un sentido) de toda una época, que excluye la diversidad de las cosas dichas, y deja ver por primera vez lo que los hombres habían querido decir. En relación con este sentido el enunciado aparece en “superabundancia, ya que es a él solo al que se refieren todos, siendo el que constituye la verdad de todos: plétora<sup>15</sup> de los elementos significantes en relación con ese significado único” (Foucault, 2006, p. 200), y gracias a esto, es que el discurso tiene el poder de decir otra cosa de lo que realmente dice y significar o tener una diversidad de sentidos. El análisis del discurso, por el contrario lo que busca es que se sepa cómo han podido aparecer esos enunciados, esos significantes, por lo que intenta una “ley de rareza”. Esta “ley de rareza”, tiene varios puntos: primero comporta el hecho de que jamás se ha dicho todo, en relación a lo que ha podido decirse, el enunciado siempre está en déficit, a diferencia del lenguaje y sus elementos. Entonces se busca un principio de rarefacción de elementos y del campo de formulaciones posibles, el límite aquí, de los enunciados, es lo que los separa de lo no dicho, definiendo de esta manera un campo de presencias, y en el campo que los hace surgir en exclusión con los demás; no se trata de ver lo que han callado. Hay que recordar que una formación discursiva es “una repartición de lenguas, vacíos, ausencias, límites y recortes” (Foucault, 2006, p. 202). Dentro del análisis cada enunciado pertenece y ocupa un lugar propio, y la descripción entonces debe consistir en encontrar este lugar y como el enunciado se aísla de los demás enunciados. Esta rareza de los enunciados explica porque se les dota de varios sentidos, el campo enunciativo está lleno de vacíos y de lagunas, y pocas cosas pueden ser dichas. No hay que interpretar a los enunciados

---

<sup>15</sup> abundancia

como lo ha hecho siempre la historia; el análisis de las formaciones discursivas busca el lugar enunciativo, su circulación, su intercambio y su transformación<sup>16</sup>.

Además de la ley de rareza el enunciado comporta un problema de exterioridad, tradicionalmente se busca volver desde la exterioridad hacia lo interior, donde se encuentra el secreto de la historia, de una subjetividad fundadora que se encuentra desplazada a un segundo plano por otra historia que la adelanta y recoge siempre el pasado; en cambio el análisis enunciativo analiza los enunciados en su exterioridad para ubicarlos en su discontinuidad. “Para volver a captar su misma irrupción, en el lugar y en el momento en que se ha producido. Para volver a encontrar su incidencia de acontecimiento” (Foucault, 2006, p. 206). Entonces el análisis implica que se tomen a los enunciados como “como un dominio práctico que es autónomo y que se puede describir a su propio nivel”. (Foucault, 2006, p.206-207) Igualmente, supone que se tome al enunciado como un campo anónimo cuya configuración, define el lugar del sujeto, y no como referencia una conciencia colectiva o subjetiva trascendental. Reconocer en el sujeto parlante, efectos del campo enunciativo al que se encuentra ligado (como por ejemplo los efectos del cambio de un reglamento dentro del hospicio, de una nueva forma de historias clínicas, de un nuevo código penal, cada uno de los cuales instituye un lugar del sujeto). La exterioridad del enunciado en fin implica que el campo de los enunciados no obedece a la temporalidad de la conciencia como su modelo necesario. El tiempo de los discursos no es el mismo tiempo de los pensamientos.

Por otra parte, comúnmente existe la idea de que los discursos se encuentran dormidos, como sumidos en un “largo sueño”, por lo que se encuentran inertes, y lo que se busca es despertarlos. El análisis enunciativo no busca despertar los enunciados, hay que tratarlos dentro de esta inercia, “o más bien de recoger los temas añejos del sueño, del olvido, del origen perdido, y buscar qué modo de existencia puede caracterizar a los enunciados independientemente de su enunciación, en el espesor del tiempo” (Foucault, 2006, p. 209), lo que supone tratar al enunciado en el campo que le es propio, que se relaciona con soporte – técnicas, instituciones, gracias a las cuales se conserva y que nunca se encuentra definido de

---

<sup>16</sup>Al mirar de esta manera el enunciado, el discurso aparece como un bien, como un objeto, que tiene sus condiciones de apropiación y de empleo, como un bien, que plantea una lucha por él, por un poder, una lucha por el discurso como objeto, una lucha política.

una vez por todas; además de que el análisis exige el considerar la recurrencia del enunciado, pues todo enunciado tiene un campo de antecedentes, a los cuales tiene el poder de reorganizar en relaciones nuevas, pero que en relación a los cuales se sitúa. Este campo los define y lo establece. El análisis discursivo no busca el momento fundador del enunciado sino que más bien lo analiza en medio de la acumulación. Los tres elementos nombrados (rareza, exterioridad y acumulación), nos permiten establecer una ‘positividad’; la positividad del discurso.

### **1.3 Archivo y enunciado**

Este acápite se centrará en el problema del archivo y el enunciado, pero antes se debe profundizar un poco más en la positividad del discurso. Se ha visto como se encuentra formada esta ‘positividad’ del discurso a través de la ley de rareza, la de exterioridad y la de acumulación del enunciado; esta forma de positivismo caracteriza al discurso a través del tiempo y mucho más allá de la unidad del libro y la del autor. Permite ver como dos individuos pueden hablar de la misma cosa colocándose en el mismo nivel, a diferencia de la historia de las mentalidades, este positivismo deja de lado que sea por causa de un individuo o de una mentalidad. Todas las obras diferentes, libros dispersos, o textos que pertenecen a una formación discursiva y que no se comunican ni por un encadenamiento lógico de sus proposiciones ni por sus temas, se comunican por la forma de positividad del discurso y esta forma define el campo en el que se desplegarán identidades formales, temas y conceptos, De esta manera una positividad representa y cumple el papel de un “a priori histórico”. Este a priori trata de describir las condiciones de emergencia de un enunciado, más no lo que lo legitima. Se trata de ver su ley de coexistencia, su modo de ser, “los principios según los cuales subsisten, se transforman y desaparecen. Un a priori, no de verdades que podrían no ser jamás dichas, ni realmente dadas a la experiencia, sino de una historia que está dada, ya que es la de las cosas efectivamente dichas” (Foucault, 2006, p.216), esto a su vez da cuenta de que el discurso no tiene solo un sentido de verdad, sino una historia específica, propia, que no carece de relación con otras historias, pero que su devenir depende de sus propias leyes. En este punto debe decirse que no se debe ver el “a priori histórico” como un a priori formal, los

dos son diferentes, y comprenden diferentes dimensiones, pero no se encuentran completamente separados, pues hay momentos en los que se cruzan.

En este punto es momento de hablar de lo que constituye el archivo dentro de la arqueología. El archivo para el análisis arqueológico no es lo que normalmente se conoce por él; el archivo es:

la ley de lo que puede ser dicho, el sistema que rige la aparición de los enunciados como acontecimientos singulares; y también es lo que permite que todas las cosas dichas no se amontonen indefinidamente en una multitud amorfa, ni se inscriban en una linealidad sin ruptura, y no desaparezcan al azar, lo que permite que se agrupen, se conformen en relaciones múltiples, se mantengan o se esfumen según sus regularidades específicas, lo cual hace que no avancen al mismo paso del tiempo, sino que unas que brillan con gran intensidad como estrellas cercanas, nos vienen de hecho de muy lejos, en tanto que otras, contemporáneas, son ya de una extremada palidez (Michel Foucault, 2006, p.219-220)

De esta manera el archivo es “*el sistema general de la formación y de la transformación de los enunciados*”<sup>17</sup> (Foucault, 2006, p.221). Es importante recalcar que una descripción completa de la totalidad del archivo resulta algo imposible y que es “incontorneable” en su actualidad. En este punto, el tema de la arqueología queda autorizado: la descripción que interroga el enunciado en el plano de su existencia. La investigación que lleva por título arqueología “designa el tema general de una descripción que interroga lo ya dicho al nivel de su existencia: de la función enunciativa que se ejerce en él, de la formación discursiva a que pertenece, del sistema general de archivo de que depende. La arqueología describe los discursos como prácticas especificadas en el elemento del archivo” (Foucault, 2006, p.223).

#### **1.4 La descripción arqueológica y el discurso médico**

Finalmente, ya que se ha explicado lo que es un enunciado, en que consiste una formación discursiva, un archivo, y cuál es el trabajo de la arqueología, se trazará en líneas generales la investigación que se plantea este trabajo, y su relación con la arqueología del saber.

---

<sup>17</sup> Cursiva agregada por el autor.

Dado que se ha realizado una investigación documental amplia, se tratará a todas estas “existencias materiales” como enunciados, y como parte de un discurso que vendría a ser el psiquiátrico (unidad discursiva provisional), y que se encuentra relacionado con el discurso médico. A partir de ahí se relacionarán los dos discursos con uno penal y jurídico, que en sí son los que ayudan a justificar la producción de un saber psiquiátrico dentro del Hospicio-Manicomio San Lázaro. Toda esta gran masa de enunciados permitirá a través de un análisis arqueológico buscar sus sistemas de aparición, y las reglas de aparición de objetos, de conceptos y de las estrategias, para poder ver el juego en el que se encuentran estas y su manera de relacionarse con los otros discursos.

El método y la teoría arqueológica analizan explícitamente como ya se ha dicho el discurso; no está formulado para describir disciplinas (aunque ese parecería ser su motivo), ni tampoco para describir a través de las formaciones discursivas el momento de constitución de las ciencias (en esta caso de la psiquiatría). En el primer caso las formaciones discursivas permiten localizar las disciplinas, pero además de esto, también permiten descubrir (y en el caso de la historia de la locura) “todo un juego de relaciones entre la hospitalización, la internación, las condiciones y procedimientos de exclusión social, [...] en una palabra todo un conjunto que caracteriza, en cuanto a dicha práctica discursiva, la formación de sus enunciados” (Foucault, 2006, p. 300), pero la práctica discursiva no solo se ubica en una disciplina de carácter científico, sino también en las leyes, en textos literarios, en reflexiones filosóficas, en decisiones y estatutos políticos. En este punto se puede ver que la formación discursiva que nos deja ver la disciplina psiquiátrica, la rodea y la desborda completamente. Pero en el análisis, también se puede ver que antes de la existencia de la psiquiatría, existía toda una práctica discursiva que no dependía de una disciplina autónoma instituida, una práctica que estaba ligada a la medicina, y que no constituía una disciplina autónoma<sup>18</sup>. Esta práctica es totalmente describible fuera de la psiquiatría y de la medicina. En el caso del

---

<sup>18</sup> En la *historia de la locura* Foucault encuentra que en la época clásica el estudio de la locura estaba dentro de la medicina en lo que se refiere a las enfermedades de la cabeza o a las enfermedades nerviosas. En cambio la disciplina psiquiátrica, así constituida en el siglo XIX, se organiza de diferente manera, maneja otros conceptos, y tiene otra práctica. Pero a pesar de no existir una disciplina instituida en la época clásica, existía una práctica discursiva que no solo se hallaba incluida en la medicina sino también “en los reglamentos administrativos, en textos literarios o filosóficos en la casuística, en las teorías o los proyectos de trabajo obligatorio o de asistencia a los pobres” (Foucault, 2006, p. 301), aun así, aunque se pueda describir la práctica discursiva que actuaba con la locura, esta no se corresponde con la psiquiatría.

análisis de una “pre-ciencia”, las positividades no describen unas formaciones que serán las ciencias en el futuro, sino formaciones discursivas, que por su rigurosidad desplazan de su positividad elementos que constituyen las ciencias en si dichas, es por esta razón (y por el hecho de que las no ciencias como la medicina clínica la cual era un amontonamiento de observaciones empíricas que no tienen el rigor de una ciencia como la física), que las formaciones discursivas no se identifican con las dos formas antes expuestas, pueden estudiarlas , pero no representan a estas, sino que las rebasan. Ahora bien, para ver la conexión entre las positividades y las ciencias, es preciso entender el saber. El estudio de las formaciones discursivas (la formación de objetos, los conjuntos de enunciados, los juegos de conceptos, y las elecciones teóricas) y de sus relaciones, comprende un campo, que se encuentran antes o “forman lo previo de lo que se revelará y funcionará como un conocimiento o una ilusión, una verdad admitida o un error denunciado” (Foucault, 2006, p. 305), y es por eso, que la arqueología se opone a la idea de un conocimiento que se encuentra anterior al sujeto dentro de su imaginario, y que la humanidad tendrá que recuperar en el curso de la historia si busca encontrar las verdaderas significaciones de las cosas. Sino que más bien se “trata de unos elementos que deben haber sido formados por una práctica discursiva para que eventualmente un discurso científico se constituya” (Foucault, 2006, p.305). Por esta razón, a las formaciones discursivas, o a los elementos formados de una manera regular dentro de una práctica discursiva se les pueden llamar saber. Así, el análisis arqueológico deja de un lado el eje “conciencia- conocimiento- ciencia” en donde el sujeto está íntimamente implicado y lo sustituye por el de “práctica discursiva- saber- ciencia” (Foucault, 2006, p. 307), desplazando al sujeto como punto central del saber y de la ciencia, e incluyéndolo en un dominio en el cual no es protagonista, y del que es dependiente.

Entonces, el análisis arqueológico propuesto en este estudio, es el de mostrar cómo la psiquiatría en cuanto discurso (que como se ha dicho, es una categoría momentánea, ya que no responde a toda una formación discursiva), se inscribe en un campo de saber, y de qué manera este saber se relaciona con el poder. Ahora bien, esta relación en la locura y dentro de la psiquiatría se ve en la misma prohibición en la que se encuentra el loco, en la represión que se encuentra en el hecho de reducirlo al encierro, pero también no hay que olvidar que el poder no tiene una forma tan solo negativa sino que el hecho de que se acepte el encierro del

loco o la represión que representa el poder es porque este “produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1979, p. 182). Es así que se tiene que analizar el poder, no solo en la relación negativa que tiene con el discurso, sino también en su relación positiva con este. De esta manera, a través del análisis del discurso en una institución bien definida, se podrá ver los efectos del poder, y las formaciones discursivas (caracterizadas como saber), que operaban dentro del Hospicio Manicomio, dentro de las instituciones ligadas a él, al discurso psiquiátrico, y el origen de este discurso psiquiátrico; junto con las necesidades del poder a las cuales responden. Este poder no solo atraviesa la disciplina psiquiátrica, sino que también traspasa toda la formación discursiva, es decir, se encuentra presente en la posición propuesta para el sujeto (no solo el médico, sino también el policía, o el enfermero), en las instituciones en donde el sujeto adopta una posición (no solo en el hospital psiquiátrico, sino también en la policía, en la familia), en los objetos que adquieren un estatuto científico (no solo la locura, también el alcoholismo, o el cáncer), en los conceptos y en las teorías ofrecidas por el discurso y que si en buena parte corresponden con la psiquiatría, también tienen que ver con otros campos como el jurídico o el filosófico. Lo que se busca en este trabajo es mirar especialmente el poder psiquiátrico presente dentro del Hospicio- manicomio, y su relación con el poder general; generalmente el poder tiene el carácter de ser represivo y exclusivo. En el caso del discurso psiquiátrico, este excluye al loco, y a su discurso, pero a su vez el saber que representa la práctica psiquiátrica es exclusivo, pues solo unos sujetos con un estatuto lo pueden detentar. A su vez hay que ver el hecho que conlleva una exclusión del loco, este hecho es una distinción clara entre lo normal y lo anormal, que finalmente cuando se intenta justificar esta división “se hacen consideraciones sobre lo que es bueno o nocivo para el individuo” (Foucault, 1979, p. 41), y representa un modo de subjetivación del ser humano, u “objetivación del sujeto” por parte de unas “prácticas divisorias” (Foucault, 1988, p. 3) que lo dividen de los otros.

Finalmente, como se puede ver en lo anterior, el sujeto se encuentra inmiscuido dentro de unas relaciones de poder; para poder analizar estas relaciones de poder (las cuales se encuentran dentro la institución, como también dentro del discurso, y que a su vez implican

las relaciones entre la teoría y la práctica), para poder mirar donde se inscribe, donde se aplican, y los métodos que utilizan es conveniente “tomar como punto de partida las formas de resistencia contra los diferentes tipos de poder” (Foucault, 1988, p. 5) , así, en vez de intentar mirar el poder desde una lógica interna, se lo verá desde las relaciones de poder, desde la oposición de “estrategias”, un ejemplo claro aquí es la oposición existente entre la psiquiatría y los enfermos mentales. Estas luchas, no se limitan a un solo país, son transversales, pero no se limitan a una forma de gobierno particular; las luchas están en contra de los efectos de poder, son luchas inmediatas, pues luchan en contra del poder más cercano, y buscan solucionar problemas inmediatos, se oponen “a los efectos del poder vinculados con el saber, la competencia y la calificación: luchan contra los privilegios del saber (Foucault, 1988, p. 6), todas las luchas están en contra de las abstracciones estatales que olvidan la individualidad y la singularidad. En resumen son unas luchas en donde su objetivo “no es tanto atacar tal o cual institución de poder, o grupo, o élite, o clase, sino más bien una técnica, una forma de poder” (Foucault, 1988, p. 8). De esta manera para analizar el poder y su relación con el saber es preciso mirar las relaciones de poder que se encuentran inmiscuidas dentro de la institución psiquiátrica, y vislumbrar las luchas que se encuentran dentro de estas, además mirar los “efectos de poder que circulan entre los enunciados científicos; cual es de algún modo su régimen interior de poder; como y porque dicho régimen se modifica de forma global” (Foucault, 1979, p. 178); la tarea resulta difícil en el punto de que el discurso del loco es excluido totalmente, pero el método arqueológico, nos puede dar muestras en sí de la concepción de este, de su exclusión, y en algunas partes de su propio discurso.

## **2. EL DISCURSO MÉDICO RELIGIOSO DENTRO DEL HOSPICIO SAN LÁZARO**

El hospicio de Quito fue fundado el 11 de marzo de 1785 bajo el nombre de “Jesús María y José”, por el Obispo de Quito, Sobrino y Minayo, para en primer lugar “establecer una casa de mendigos y recogimiento de los pobres que abundan en esta ciudad”<sup>19</sup>; con la finalidad al

---

<sup>19</sup> Acta de fundación Hospicio Manicomio San Lázaro, anexo en: Jácome V. Velarde A, Práctica de salud en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro en el periodo de 1930 a 1984, Quito, 1986, p. 226.

igual que en Europa de proteger el orden público<sup>20</sup>, amenazado por estos individuos, este fue el medio en que “sin hacerse una segregación tan difícil se pusiese orden a la vida civil y cristiana de esta casta de gentes que embarazan la república y a la religión”<sup>21</sup>. Hay varios puntos en los que desde el principio el Hospicio ligó a la religión; en primer lugar Según Sánchez (2005), el reglamento del hospicio de 1786 dice 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” (Sánchez, 2005, p. 33); esto tiene que ver con que para aquella época la iglesia y el Estado conviven y comparten el ejercicio del poder. En segundo lugar, el Hospicio estaba ligado de otra manera a la religión, ya que para el siglo XVIII eran las órdenes religiosas las cuales se encargaban del cuidado de estos individuos, de los hospitales y de los hospicios; estas órdenes (las órdenes mendicantes especialmente<sup>22</sup>), tomaban estos cargos gracias a sus preceptos de amor por el prójimo, y por último el hospicio estaba ligado a la religión en cuanto que, como objetivo tenía reducir a los pobres “a la vida racional y honesta, [a la] doctrina cristiana, frecuencia de sacramentos, dolencia, trabajo espiritual y demás entrenamientos que ocupándolos en el cuerpo y ánimo los haga útiles a sí mismos y al público”<sup>23</sup>. Según Efrén Cruz Cuesta (2003) el hospicio contaba con un

---

<sup>20</sup> El asilo en Europa tiene sus orígenes en los grandes leprosarios que inundaron la superficie de Europa desde la Edad Media, hasta el fin de las cruzadas, que es cuando la lepra casi desaparece y estos lugares quedan desocupados, su lugar será ocupado por la atención de las enfermedades venéreas (que adoptan un carácter médico, aunque fueran excluidas, carácter que luego en el siglo XVII perderán, para habitar junto a la locura un “espacio moral de exclusión”) (Foucault, 2010, p. 13- 20). Por otra parte la creación más abundante de hospicios, asilos, y de hospitales generales en el siglo XVII, responde a una nueva reacción frente a la miseria que se da a partir de la reforma protestante, en donde ésta, pierde todo el valor místico que tenía en la edad media, la idea de tener asegurada una gloria prometida desaparece, Dios se encuentra igual en la riqueza como en la pobreza, y esta última resulta ser un castigo; esta percepción, a la vez que no habla más de la glorificación del dolor, sustituye estas figuras por las del hombre y sus deberes, mostrando al pobre como obstáculo del orden, y por lo tanto lo hace culpable (Foucault, 2010, pp.89- 97)

<sup>21</sup> Acta de fundación Hospicio Manicomio San Lázaro, anexo en: Jácome V. Velarde A, Práctica de salud en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro en el periodo de 1930 a 1984, Quito, 1986, p. 226.

<sup>22</sup> Las primeras órdenes mendicantes fueron fundadas en Europa, y son: los franciscanos, los carmelitas, los agustinos y los dominicanos. Estas órdenes se mantienen exclusivamente de la caridad pública y de la práctica de la pobreza: “Órdenes como la de los Franciscanos y la de los Dominicos asumieron distintas formas de relación con el pueblo. Organizaron internados para huérfanos y desvalidos, escuelas de oficios, hospitales y hospicios; se preocuparon por su bienestar y por su adiestramiento; por la conservación de su alma y el alivio de su cuerpo así como por su amonestación, castigo y encierro” (Kingman, 1996, p. 100)

<sup>23</sup> Acta de fundación Hospicio Manicomio San Lázaro, anexo en: Jácome V. Velarde A, Práctica de salud en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro en el periodo de 1930 a 1984, Quito, 1986, p. 226.

capellán<sup>24</sup>, una abadesa, un barbero y un protomédico llamado Bernardo Delgado (Cruz, 2003, p. 45), el cual ya en 1792 señala que algunos de los enfermos que ingresan acusados de tener lepra no la tienen en verdad y que por lo tanto se debe enviar a “el Dr. Eugenio Espejo y el Dr. Basilio Leyva. A que reconozcan y examinen a los leprosos” (Cruz, 2003, p. 45.). En este primer momento del hospicio se ve que hay una concepción moral de la pobreza, la cual se intenta en lo posible excluir de la sociedad, para que no se extienda; en el reglamento de 1786 se puede leer que la pobreza está ligada al ‘bajo pueblo’ y que es consecuencia de “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”<sup>25</sup>, en lo cual se puede ver que el hombre al desviarse de la fe cristiana cae en el mal de la pobreza.

Este será el ambiente de condenación moral en el que habitará la locura, hasta mucho más allá de iniciado el siglo XX; además de que esta exclusión se encontrará amparada desde el principio por un andamiaje jurídico<sup>26</sup>, que justifica el encierro especialmente de los vagabundos, que al igual que en el caso de la lepra, se tenía miedo de que se expanda y afecte a los demás “individuos dignos de atención”<sup>27</sup>, causando a su vez estragos para el gobierno de la corona. En todo caso, en estos años la preocupación central del hospicio no tenía que ver con la locura, sino más bien con la lepra, de la cual el encargado es el “protomédico” de la casa, el cual basa su práctica en un conocimiento empírico en donde no se ve una práctica discursiva productora de un saber científico.

---

<sup>24</sup> Capellán era el miembro del clero que ejercía la religión en una institución laica o particular a un grupo de fieles, en el caso del Hospicio como se verá más adelante, el capellán se encuentra encargado de las misas (que eran diarias) dentro de la capilla de la institución, en especial la que debía ser dirigida para el alma de los muertos; por otra parte también se encuentra a cargo de hacer cumplir las tareas propuestas por el reglamento del hospicio.

<sup>25</sup> Reglamento interno del Hospicio de 1786; citado por: Freire, María Cecilia, Toscano Sonia, Práctica de salud en el hospicio manicomio San Lázaro de 1900 a 1930, Quito, 1985, p. 159.

<sup>26</sup> Esta justificación jurídica es uno de los mecanismos que utiliza el poder de soberanía dados principalmente en un reinado teniendo como principal figura al soberano (rey). Este mecanismo (legal jurídico) consiste en “sancionar una ley y fijar un castigo a quien la infrinja, es el sistema de código legal con partición binaria entre lo permitido y lo vedado y un acoplamiento que es el meollo del código, entre un tipo de acción prohibida y un tipo de castigo” (Foucault, 2011, p.20)

<sup>27</sup> Reglamento interno del Hospicio de 1786; citado por: Freire, María Cecilia, Toscano Sonia, Práctica de salud en el hospicio manicomio San Lázaro de 1900 a 1930, Quito, 1985, p. 159.

Hay que tener en cuenta que la fundación del hospicio también responde al nacimiento de nuevos valores que se relacionaban con la caridad y la indigencia, asuntos que en la colonia estuvieron a cargo y fueron administrados por órdenes religiosas, que para el siglo XX tomaron el carácter de problema secular y público, problema que planteaba el recoger a los mendigos y vagabundos que habitaban en la ciudad dentro del Hospicio (Benítez, Ortiz, 2012, p.34). Además cabe mencionar aquí que en la colonia la pobreza tenía un carácter especial gracias al cristianismo, el cual planteaba que el pobre era un individuo privilegiado, “y providencial cuya supervivencia garantizaba al otro, al no pobre, la oportunidad de practicar la caridad” (Moreno, Morán, 2012, p. 23), de esta manera los pobres no debían desaparecer, sino que más bien eran necesarios para poder redimir los pecados de los demás, los mendigos encarnaban la imagen de lo santo. “Los pobres no constituían un problema social grave mientras no se producían epidemias o pestes, lo que dio origen al establecimiento de hospitales de aislamiento” (Moreno, Morán, 2012, p. 23). Es así que el Hospicio fue fundado también en necesidad de apartar la lepra. Es esta conciencia del pobre, y de la caridad, la que para el siglo XX se va a cambiar, para ser sustituida por el carácter de ‘beneficencia’ y mucho después por el de ‘asistencia pública’.

## **2.1. Situación del Hospicio- Manicomio a finales del Siglo XIX**

La independencia y los procesos que se dieron al final de la colonia y en los primeros años de la república dieron como resultado una serie de cuestionamientos a los fundamentos de la estructura colonial que había organizado una administración centralizada en la figura del soberano y que en la colonia tenía como principal representante al presidente de la real audiencia. Este estado colonial deja una estructura que está basada en la división entre estamentos y en jerarquías bien definidas, que representaban diferentes intereses y que se encontraba definido por leyes dictadas desde la corona. En el siglo XIX se hicieron diversas propuestas de organización del estado, en una sociedad que se encontraba profundamente dividida regional, y étnicamente, “el Estado –sus símbolos, instituciones y aparatos- anteceden a la Nación” (Goetschel, 1996, p.84), por lo que el estado no se construye a partir de una nación, sino que por el contrario, la nación se constituye a partir de un esfuerzo del estado. Uno de los intentos de organización del estado según nuevos parámetros, es el del

garcianismo, régimen que tuvo como propuesta el crear una nación cristiana, que tenía cómo protagonista principal a la iglesia, y por consecuencia a la moral católica como parte importante de su proyecto. La iniciativa de crear un estado en el garcianismo se encuentra entre “un orden legal moderno y un orden de los valores morales católicos” (Goetschel, 1996, p.87); el garcianismo, aprovechó, a la iglesia en cuanto esta estaba encargada de las instituciones de control inmediato del individuo, como: la familia, las escuelas, los hospitales, los hospicios, y en buena parte en el control delincriminal, insertando gracias a su moral un discurso discriminativo de algunos comportamientos sociales<sup>28</sup>. En este punto y sin romper con la iglesia García Moreno hace una renovación de las instituciones del estado, y para esto toma el control de algunas instituciones entre ellas las hospitalarias.

Para 1870 los hospitales se encontraban a cargo de los religiosos Betlemitas<sup>29</sup> (Romero, Cazorla, 1985, p.10), pero hay que tener en cuenta que el sistema hospitalario desde la colonia hasta inicios del siglo XX estaba basado en la caridad, en la beneficencia, que más que depender de la acción del estado dependía de la acción de los particulares, los cuales dentro de un orden católico, al mismo tiempo que ocupaban un lugar dentro de la sociedad tenían “un conjunto de obligaciones que cumplir con el resto, particularmente con los desposeídos” (Kingman, 1996, 101); al estatizar los hospitales (1864) García Moreno buscaba a través del estado mejorar la atención y el sistema hospitalario<sup>30</sup>; este cambio también se puede ver como

---

<sup>28</sup> Según Enrique Ayala Mora (1994), el interés de García Moreno por la Iglesia al negociar un concordato no tenía nada de “maniático”; al aunar el Estado con la Iglesia, buscaba tener más control de esta. A través del concordato (aprobado en 1867), buscaba tener un mayor control del aparato ideológico (puesto que la Iglesia controlaba las ideas), y además también eliminar al clero como agente de liderazgo de una oposición. El Vaticano se opuso a prestar mayor control del Estado en la Iglesia, pero García Moreno lo arregló trayendo clérigos y monjas europeos, los cuales eran contratados por el estado, lo que a su vez resultaba más práctico, pues una monja ofrecía más servicios en los hospitales, y en las escuelas, que un sacerdote que sólo daba una misa a la semana. A su vez, se puede decir que la idea de estado del garcianismo era paradójica, porque a pesar de buscar un estado más fuerte, con vistas centralizar las instituciones, sin embargo mantuvo a la Iglesia fuerte permitiéndole mantener poderes (cómo el control de la educación o el del matrimonio) y manteniendo su necesidad como apoyo ideológico del concertaje y de la hacienda. (Ayala Mora, 1994, pp. 91-113)

<sup>29</sup> La orden de los Betlemitas (orden de los hermanos de Nuestra Señora de Bethlehem) fue la primera orden religiosa nacida en América; fue fundada en Guatemala en 1656 por el misionero español Pedro de San José de Betancourt, y aprobada por el Papa Inocencio XI en 1687.

<sup>30</sup> El presidente, antes de tener este cargo ya había viajado a Europa, en especial a Francia, en donde se enteró del tratamiento que se daba a los enfermos, y al estado en el que se encontraba la medicina en el viejo continente, tomando conciencia de la diferencia abismal con el servicio médico en nuestro país, especialmente porque en el Ecuador no existía una producción médica discursiva, y aún en este punto se puede hablar de una “proto-medicina” en cuanto no existía en verdad una práctica clínica.

parte del proceso de constitución de un estado nacional (de la Torre, 1996, p.120). En sus viajes a Europa, y en especial a Francia, el presidente había tenido contacto con la labor de las Hermanas de la Caridad en este país, muy ligada a la práctica hospitalaria, por lo que contactó a los superiores de la orden, solicitando sus servicios, en este sentido se aprueba, bajo decreto ejecutivo el 30 de agosto de 1869, poner “a 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<sup>31</sup>” (Romero, Cazorla, 1985, p.10). Es de esta manera que las Hermanas de la Caridad, gracias a una acción estatal llegan al país y toman a cargo los hospitales del país.

Ahora bien, la congregación de las Hermanas de la Caridad llegan al país en 1870, y desde ese momento empiezan a realizar labores en los hospitales, primero en los de Quito, y luego la orden se expandirá; en lo que a este estudio corresponde, las monjas de la Caridad se hacen cargo del Hospicio en 1882, después de que el gobierno realizó un contrato con ellas. El mismo año el gobierno entrega la dirección del Hospicio a la conferencia de San Vicente de Paúl<sup>32</sup>, la cual ocupará este puesto hasta la revolución liberal, que es cuando el estado hará un esfuerzo para encargarse de la dirección de la institución; sin embargo no lo podrá hacer completamente pues el aspecto religioso no desaparecerá, y varias veces tendrá que hacer concesiones con está para poder lograr el funcionamiento del lugar. Al hacerse cargo del Hospicio, las Hermanas de la Caridad encuentran que aunque hubo un reglamento (el reglamento dictado en 1786), este prácticamente no se cumpliría, pues parece haber quedado en el olvido (en ninguna parte de las actas de la conferencia se menciona tal reglamento). Una de las normas que establece el estatuto es la de separar a las personas por sexo y “clases de hábiles e inválidos para el trabajo”<sup>33</sup>, lo cual no se cumple puesto que se habla “de los desórdenes que hay entre locos y locas que ofenden la moral que debe reinar en el

---

<sup>31</sup> Decreto Ejecutivo del 28 de Agosto de 1869.

<sup>32</sup> La conferencia de San Vicente de Paul es una organización católica laica que fue fundada en París en 1833, y que funciona y es dirigida por voluntarios; su principal misión es la de ayudar a los pobres y aliviar su sufrimiento. En el hospicio a su vez se encuentra formada por varios voluntarios laicos los cuales dicen que “si la conferencia se encargó de la dirección de estas casas fue con el principal objetivo de moralizar a sus habitantes” Archivo Historia de la medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 17 de mayo de 1883, folio 122.

<sup>33</sup> Reglamento interno del Hospicio de 1786; citado por: Freire, María Cecilia, Toscano Sonia, Práctica de salud en el hospicio manicomio San Lázaro de 1900 a 1930, Quito, 1985, p. 163.

establecimiento”<sup>34</sup>, en las actas se puede ver un total desorden, no hay una división clara entre sexos, y menos entre los hábiles, e inválidos, la división más clara se encuentra entre los enfermos de lepra y los locos, pero no se puede hablar de una división definitiva. Desde que fue fundado el hospicio, hasta que interviene el gobierno en la dirección, se ve que el objeto de la institución no tiene ningún carácter médico, sino “que tiene más bien un carácter semi-jurídico, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los tribunales decide juzga y ejecuta” (Foucault, 2010, p.82), el establecimiento tiene claramente una característica de represión, que se fundamenta en lo judicial, primero por una característica religiosa, y segundo en el estado, que se apoya en la iglesia en cuanto a la idea del orden; es así que “El Sr. Presidente reiterará sus órdenes superiores a las Justicias y demás sus Ministros subalternos para que recojan los pobres de las calidades insinuadas”<sup>35</sup>, cuestión que en el garcianismo no cambió de ninguna manera. En este punto se puede hablar de un poder de soberanía, el cual utiliza un mecanismo judicial para lograr los objetivos del soberano<sup>36</sup>.

Pero este poder de soberanía no es el único que se encuentra; a pesar de que en el hospicio no se inició un discurso médico científico, hasta el siglo XX; en este ya se pueden delimitar pautas para una “proto- psiquiatría” que darán las características de la psiquiatría en el futuro, y que como referente específico tendrán mecanismos disciplinarios, que ya en este punto se pueden mirar, y que conviven junto a los mecanismos jurídicos que el poder de soberanía

---

<sup>34</sup> Archivo Historia de la Medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 17 de mayo de 1883, folios 122- 123.

<sup>35</sup> Reglamento interno del Hospicio de 1786; citado por: Freire, María Cecilia, Toscano Sonia, Práctica de salud en el hospicio manicomio San Lázaro de 1900 a 1930, Quito, 1985, p. 161. El autor es el mismo Obispo de Quito Sobrino y Minayo.

<sup>36</sup> Se debe tener en cuenta que un poder de soberanía se basa en un mecanismo legal o jurídico el cual determina un castigo para quién infrinja la ley. Las características de un poder de soberanía tiene que ver con una relación asimétrica (que se puede ver de manera muy clara en la colonia) en la cual se liga un soberano con un súbdito, por un lado de sustracción y por el otro de un gasto. “En la relación de soberanía, el soberano sustrae productos, cosechas, objetos fabricados, armas, fuerza de trabajo, coraje; tiempo y servicios” (Foucault, 2008, p.62), el soberano en cambio en reciprocidad hace un gasto, que nunca será simétrico a la sustracción hecha por él, este gasto puede ser dado en un servicio de protección, o el servicio religioso en la iglesia, que en la América colonizada fue uno de los justificativos más importantes en la conquista. Como ejemplo claro de esta relación se puede tener al concertaje, en el cual se realizaba un contrato con los indios, y estos trabajaban de manera vitalicia para la hacienda sin recibir algo a cambio; sistema que a su vez se encontraba amparado por un andamiaje jurídico. Sin embargo hay que anotar que junto a este poder de soberanía funcionaban ya algunos dispositivos disciplinarios de control de los indígenas. Sería muy interesante realizar un análisis histórico acerca de esto, pero rebasa por mucho el tema de este estudio.

utiliza y que son los dominantes. Por mecanismos disciplinarios se puede hablar de mecanismos que tienen como procedimiento específico el control de los individuos, bajo la mirada del poder, la disciplina responde al control del cuerpo, al adiestramiento de la habilidad, para corregir al sujeto<sup>37</sup>, con el fin de apropiarse ya no de una parte del producto o de cosechas, sino que más bien para “una captura exhaustiva del cuerpo, los gestos, el tiempo, el comportamiento del individuo” (Foucault, 2008, p.66), este poder disciplinario se difundió en Europa durante los siglos XVII y XVIII, pero se convierte en una forma de contacto entre el cuerpo político y el cuerpo individual en el siglo XIX. Es así que se pueden encontrar algunas formas de disciplina que utilizaban las Hermanas de la Caridad en la documentación, como el encierro en celdas, la utilización de camisas de fuerza y la disminución de las raciones de comida que diariamente se entregaban a los asilos. En un documento de 1883 se puede leer que:

todo habitante del Lazareto que desobedezca o irrespete a su Superior, será castigado con encierro que durará de uno á tres días, según la magnitud de la falta. Si volviere á cometer la misma falta sufrirá el encierro<sup>38</sup> y se le quitará la mitad de las raciones, y si reincidiere o faltare por 3<sup>a</sup> vez, sufrirá las mismas penas y se le pondrá en cepo<sup>39</sup> por una Va. (veintena) de horas adecuado a la gravedad de la falta<sup>40</sup>.

Estas reglas también se dan para evitar el juego y las apuestas dentro de la institución, además también de la bebida del alcohol que parece haber sido muy común dentro del hospicio, hasta la implantación de estas reglas; a la vez estas reglas significan una mayor visibilidad de los individuos, para ampliar el control.

---

<sup>37</sup> Según Foucault el momento en el que se puede ver ese poder disciplinario como “forma social absolutamente generalizada” será en el Panóptico de Bentham en 1791 que representa la forma más técnica y política del poder disciplinario (Foucault, 2008, p. 61). Hay que tener en cuenta en este punto la construcción del Penal, que fue llevado a cabo como proyecto del propio presidente García Moreno, entre 1879 y 1882 el penal, en su arquitectura lleva claramente el modelo del panóptico ideado por Bentham. Para más información sobre el tema se puede revisar: Bentham, J. *El panóptico*, Madrid, Ediciones la Piqueta, 1989.

<sup>38</sup> Existían en el hospicio calabozos especiales para esta labor.

<sup>39</sup> El cepo era un mecanismo por el cual el sujeto quedaba retenido por los dos brazos y la cabeza, o por sus dos piernas, sus orígenes tiene que ver con la edad media, y con la inquisición.

<sup>40</sup> Archivo Historia de la Medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 17 de mayo de 1883, folio 114.

Ahora bien, en este punto hay que mencionar a la religión, ya que como se ha visto era muy importante en el hospicio, pero, ¿por qué se vuelve a ello en este punto? La razón tiene que ver con el origen de los mecanismos disciplinarios que se utilizan dentro del hospicio, y que tienen sus orígenes en las órdenes religiosas, especialmente en las mendicantes, en la Edad Media se trasladarían a comunidades laicas justo antes de la Reforma Protestante en Europa. Estas órdenes religiosas definieron métodos disciplinarios concernientes a la vida común y a la pedagogía (Foucault, 2008, pp.86-87). Es así que dentro del Hospicio se ve todo un régimen disciplinario desde el primer reglamento que sitúa una serie de tareas relacionadas con el enriquecimiento de la espiritualidad; los asilados (según el Reglamento de 1786) tienen que levantarse a las cinco y media de la mañana, para asearse, luego a las seis todos tendrán que ir a la capilla “en silencio, modestia y buen orden [...] donde se les leerá un punto en cualquier libro devoto por espacio de un cuarto de hora para que mediten por otra, y hagan oración a Dios”<sup>41</sup>, a las seis el capellán celebrará la misa que se atenderá con toda compostura; a las siete, todos se dividirán por clases, irán a sus departamentos y el mayordomo aplicará a las personas “hábiles a los ejercicios corporales, y de trabajos que les estuvieren destinados, y se les destinarán según la proporción”<sup>42</sup>, hasta las diez de la mañana; a esta hora se dividirán por sexos y pasarán al refectorio en donde el Capellán bendecirá la mesa y a ellos, luego se les servirá la comida y “durante esa se les leerá la vida de un Santo”, de ahí saldrán hasta su departamento respectivo hasta las doce, en donde pasarán a la capilla y “se les leerá el catecismo romano traducido a nuestro idioma” seguidamente todos los días, luego se les hará preguntas de cristianismo, según el catecismo, a la una continuarán con el trabajo diario en cada uno de sus departamentos hasta las cinco de la tarde; a esta hora se tomará la merienda y la lección de la vida de un santo, se rezará el santo rosario, y concluidos estos podrán regresar a sus habitaciones y conversar “hasta las ocho en que se dará la señal de apagar luces y acostarse”<sup>43</sup>.

Se puede ver claramente un orden disciplinario que controla directamente al cuerpo del individuo, control disciplinario que está direccionado a la recuperación moral del individuo, y

---

<sup>41</sup> Reglamento interno del Hospicio de 1786; citado por: Freire, María Cecilia, Toscano Sonia, Práctica de salud en el hospicio manicomio San Lázaro de 1900 a 1930, Quito, 1985

<sup>42</sup> *Ibíd.*

<sup>43</sup> *Ibíd.*

que se mantendrá con algunas características de la misma forma, aun con la llegada de las Hermanas de la Caridad. Este orden y los mecanismos disciplinarios por los cuales se constituyen serán parte del poder psiquiátrico en el futuro, pero como se ve no nacen con este, y tampoco se encuentra ligados a la locura, estos, al igual que la institución, se encuentran ligados a la pobreza, y con el paso del tiempo se activarán otros que servirán específicamente para el control de la locura (las camisas de fuerza, los baños de agua fría).

Las Hermanas de la Caridad y la Comisión de San Vicente de Paúl, tomaron medidas que tenían que ver con el establecimiento de un orden moral, más que con el aspecto médico; una de las medidas que se toma es la de separar a los “locos y locas, que ofenden la moral que debe reinar en el establecimiento” por lo que se resuelve dividir el patio y en unas piezas sobrantes se coloque “ a las locas peligrosas”, esta decisión no obedece a ningún carácter terapéutico, ya que, a pesar de estar conscientes de los avances en cuanto al tratamiento de los locos en Francia<sup>44</sup>, parece ser que aún tienen la idea de que un régimen religioso será el camino, sino a una cura, a una rehabilitación del alma. La comisión de San Vicente de Paúl y las Hermanas de la Caridad en todo caso comienzan la construcción de un “manicomio” en 1884, más como una necesidad de separar y reemplazar a las antiguas loqueras, que se encontraban en mal estado, que como una decisión médica que tenga que ver con necesidades de organización clínica y terapéutica.

¿Pero por qué no se ha hablado de los médicos? La respuesta se encuentra en los documentos de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, especialmente en las actas del Hospicio<sup>45</sup>; en estos casi no son mencionados, el médico dentro del hospicio a cargo de las Hermanas de la Caridad solo es aludido cuando surge una necesidad; en primera instancia porque “existen en el Lazareto seis mujeres y dos hombres que se cree no están realmente enfermos”<sup>46</sup> por lo que se pide al señor gobernador haga recomendar unos médicos que se crea convenientes; en

---

<sup>44</sup> Las Hermanas de la Caridad venidas al hospicio llegaron directamente de Francia.

<sup>45</sup> En las actas del Hospicio se puede mirar que en las reuniones de la Conferencia de San Vicente de Paul, no se toma en cuenta al médico de la casa (muy probablemente porque al principio no hay uno), el primer médico que se nombra (Ezequiel Muñoz) ingresa a la institución en 1882, ofreciendo cumplir su cargo gratuitamente, y con la tarea de diferenciar entre las personas que sufren lepra, de las que no.

<sup>46</sup> Archivo Historia de la Medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 12 de Noviembre de 1882, folio 99.

segundo lugar para comprar y aplicar un medicamento llamado “chalmougra”<sup>47</sup>, del cual se aplica el aceite; y para curar a los locos o las personas que necesiten “asistencia médica”<sup>48</sup>.

De esta manera el ingreso del médico al Hospicio no tiene nada que ver con estudiar la enfermedad mental, y mucho menos con curarla, tiene que ver con una necesidad de verificación de la “elefancia”<sup>49</sup> y de otra opción para la gente que se encuentra realmente enferma y necesita un médico. La locura no tiene cabida dentro del Hospicio como una patología, es más bien considerada una enfermedad del alma, ligada a los desórdenes del corazón, y del espíritu, que se encuentra encerrada dentro de un orden asilar que representa una reforma moral, que designa a la sinrazón<sup>50</sup>, para que los individuos se adhieran a la verdad y al orden<sup>51</sup> (Foucault, 2010, 156).

---

<sup>47</sup> Ibíd. 12 de Mayo de 1884, folio 151

<sup>48</sup> 19 de Octubre de 1884, folio 162.

<sup>49</sup> Lepra.

<sup>50</sup> Foucault dentro del orden de la sinrazón que se organizó en el siglo XVII y que correspondió a la reorganización de un mundo ético, toma a ciertas ‘experiencias’ que antes habían sido aceptadas; estas experiencias se encuentran ligadas a la sexualidad y a sus relaciones con la familia (las enfermedades venéreas, ligadas al pecado, la homosexualidad), a la profanación en cuanto nuevas maneras de ver lo sagrado (en cuanto la profanación significa engañarse y engañar al espíritu, caer en el error) ; y al libertinaje en cuanto a las relaciones que se instauran con el pensamiento libre y a las pasiones (pues se encuentra emparentada con la inmoralidad y el error, en cuanto la incredulidad de la religión significa desorden, y en cuanto la pasión significa que la razón sea esclava de los deseos del corazón); de esta manera, la sinrazón clásica estará ligada a estos tres, y la locura no podrá desatarse de estas experiencias, ni aun con la llegada de la psicología, que las toma; a su vez todas estas experiencias se encuentran ligadas a las enfermedades del alma, y a los desórdenes del espíritu.

<sup>51</sup> Según Foucault, la conciencia moderna tiene una distinción entre lo normal y lo patológico, dos conceptos que se constituyen como fundamentales en cuanto a la conciencia de la enfermedad; esta distinción dentro de la medicina no es muy vieja, y se da entre el siglo XVII y el siglo XIX (en Europa), antes, la conciencia de la medicina sobre la enfermedad no tomaba los dos puntos anteriores como fundamentales, y más bien, y en muchas ocasiones se referían los propios médicos a las alteraciones de los poderes físicos del hombre por medio de una intervención demoniaca, en especial en el caso de las enfermedades mentales; pues, para la creencia medieval, satán al ser expulsado a la tierra, siguió siendo un espíritu, que no tenía influencia sobre la materialidad, pero en cambio tenía el poder de influir sobre los espíritus, y en especial sobre los débiles, entre los cuales se encuentra a los melancólicos, al sexo femenino, al malicioso, al impaciente, y a los insensatos, a los cuales los puede confundir, pues el poder del demonio se encuentra en el hecho de poder hacer caer en el error a todos estos individuos. Entonces, aunque el demonio no tenga poder sobre la realidad, “el orden natural”, tiene poder sobre las debilidades y los defectos que este orden puede provocar en las almas, y apropiarse así de ellas; “sea pasa así de un orden del mundo, en el que el diablo está sometido, a los desórdenes de un alma, que a su vez él somete”, además de tener poder sobre las almas, también tiene poder sobre lo que se encuentra cerca de esta, es decir los sentidos, los nervios, los humores, que se encuentra ligados a estas enfermedades del alma. Es así que esta medicina no fija las distinciones entre lo normal y lo patológico, sino que más bien se fija en la falta y en el error; en todo caso el desarrollo del saber médico no implica la sustitución de lo sobrenatural por lo patológico, sino más bien la aparición de poderes que transgreden el cuerpo y la imaginación, lo

## 2.2. Creación de la Junta de Beneficencia y de la ley de beneficencia

Se tiene que empezar diciendo que en la Colonia ya existía la figura de una beneficencia, que tenía como principal pilar ideológico a la caridad cristiana; se establecieron juntas que se encontraban reglamentadas por los municipios que debían proveer un campo judicial para solucionar la miseria y la pobreza. En las Cédulas Reales de 1768 y 1769 se ordenaba crear un hospital en cada provincia (De la Torre, 1996, p.120). En la República el primer intento de centralizar la beneficencia (la cual no se encontraba organizada, ni estaba articulada al estado) se dio en el gobierno garciano; en 1864 se estableció que los hospitales debían ser instituciones nacionales y no sólo pertenecientes al ámbito municipal, por lo que se creó una Junta de Beneficencia de Quito compuesta por tres ciudadanos (De la Torre, 1996, p.120). Sin embargo este intento solo quedó ahí a nivel municipal, pues el ejecutivo no tenía la capacidad técnica, ni tampoco el suficiente poder político para organizar instituciones nacionales.

En los enunciados que se encuentran a inicios de siglo XX se puede ver que esta Junta de Beneficencia garciana ha sido olvidada, o en todo caso que se reformuló la idea de la Junta. La revolución liberal y el gobierno de Eloy Alfaro, crearon otra Junta de Beneficencia de Quito de acuerdo al decreto ejecutivo del 22 de Junio de 1896, y se instaló el 28 de marzo de 1901<sup>52</sup>. Pero esta vez también crearon una en Guayaquil (la cual ya existía desde 1887<sup>53</sup>) y otra en Cuenca. La llamada “ley de manos muertas” fue dictada en 1908, y declaró del Estado

---

demoniaco no se naturaliza como enfermedad, prueba de ello es la reclusión, a fanáticos, videntes, insensato, en general los que se equivocan. (Foucault, 1996, 7-12)

<sup>52</sup> Archivo Historia de la Medicina, AP-1210 Libro copiador Junta de beneficencia (1901- 1902-1903-1904), Fondo Junta central de Asistencia Pública (en adelante JCAP), 12 de Noviembre de 1882, Pág. 1-2.

<sup>53</sup> La Junta de Beneficencia de Guayaquil ya existía en la colonia municipalmente, en 1878 la constitución de la Republica reformó el Régimen Municipal, en donde se ve claramente una contradicción; “la emisión de bases jurídicas para el funcionamiento de la Beneficencia con carácter nacional, y la ratificación de su ejercicio local-municipal” (de la Torre, 1996, p. 121). Esto se entiende cuando el congreso crea la Junta de Beneficencia de Guayaquil especificando su carácter jurídico privado, sus fuentes de financiamiento, y la atribución para que la junta establezca sus reglamentos que serán aprobados por el consejo cantonal. De esta manera la Junta de Beneficencia de Guayaquil nace bajo dos caracteres: uno en el cual es semí- pública y luego privada (Junta de Beneficencia municipal de Guayaquil o JBG); y otra llamada Junta Nacional de Beneficencia a imagen y semejanza de la primera e inscrita en el Ministerio del Interior y Policía, esto dio el primer modelo para la beneficencia Nacional (Ibíd.). Para más información sobre la organización de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, sus principios, su carácter privado y sus nociones sobre pobreza, filantropía y su organización: De la Torre, Patricia. “El Poder Simbólico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil”. *Revista Procesos*. No. 8, Quito, 1996.

“todos los bienes raíces de las Comunidades Religiosas establecidas en la República”<sup>54</sup>, adjudicando sus rentas a la beneficencia pública, además también enuncia que habrá tres juntas de Beneficencia en Quito, Guayaquil y Cuenca, que “se comprenderán del Gobernador, Presidente del Concejo Municipal de la Ciudad y de tres ciudadanos elegidos por dicho Concejo, la de Guayaquil, subsistirá en la forma en que actualmente está organizada ”<sup>55</sup>; todas estas juntas tendrán subdivisiones dependientes en las capitales de provincia. La organización de la Junta se encargará de los hospitales del país, por lo tanto también del Hospicio, y la comisión de San Vicente de Paúl dejará sus funciones, pero la Orden de las Hermanas de la Caridad seguirá a cargo, pues no existe personal capacitado para realizar su trabajo.

### **2.2.1 Situación y creación de políticas médicas, regularización**

La Revolución Liberal con la organización de la Junta de Beneficencia y la “ley de manos muertas” que separaba en buen grado el manejo por parte de la iglesia de los hospitales e instituciones públicas que pasaron a ser estatales (las escuelas, las universidades, la fundación del registro civil, y el manejo de los cementerios<sup>56</sup>), dio el primer paso para la separación entre la Iglesia y el Estado. A su vez una de las primeras decisiones que tomó la junta de Beneficencia de Quito fue la de construir un nuevo Hospital Civil para reemplazar el antiguo

---

<sup>54</sup> Archivo- Biblioteca de la Función Legislativa, Registro Oficial República del Ecuador, 19 de Octubre de 1908, pág. 4164. Hay que tener en cuenta que a pesar de la “opinión muy difundida, la mayoría de los bienes eclesiásticos no pasaron a la beneficencia, sino que quedaron en manos de la diócesis destinados a la manutención de establecimientos educativos (Ayala Mora, 1990, p. 148)

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> La revolución Liberal a diferencia del periodo garciano, hizo un esfuerzo más grande de sustraer el poder que había mantenido la iglesia hasta entonces, a través de concesiones con esta; la estatización de la educación y la proclamación en la constitución de la libertad de cultos, el gobierno había quitado a la iglesia el monopolio ideológico que esta había detentado por siglos. La revolución Liberal no respetó a la iglesia como el garcianismo, aunque Eloy Alfaro, nunca quiso romper con la Iglesia, tomó decisiones, que obligaban al vaticano a negociar ; con la proclamación de la ley de cultos el estado reguló el funcionamiento de la Iglesia y de las comunidades religiosas, con la libertad de conciencia de cultos el estado secularizó la educación (en buena parte debido a los intereses liberales de un mecanismo de reproducción ideológica que consolide su triunfo político) , estableció el registro civil, con el cual se hacía dueño de una información que solo pertenecía a la iglesia, y también se hacía cargo de la familia (que en un punto es clave del desarrollo social, y se puede decir la base para también el desarrollo económico y el funcionamiento de un poder disciplinario; a lo que se volverá luego). El laicismo tiene una importancia predominante en el régimen liberal, pues “abrió los cauces para el establecimiento de una ideología secular no dogmática de caracteres democráticos” (Ayala Mora, 1990, p. 148). Por otra parte hay que tener en cuenta que el triunfo del liberalismo es en buena parte el resultado del apoyo de una burguesía costeña cacaotera que se encontraba en formación y que necesitaba deshacerse de la iglesia en favor de sus intereses económicos.

San Juan de Dios, que había estado en funcionamiento desde la colonia, y por otra parte organizar todo el andamiaje administrativo que se encontraba totalmente desorganizado antes de la junta, pues cada hospital se encontraba a cargo de las Hermanas de la Caridad y el poder médico en sí se encontraba en muy poco grado, especialmente en el Hospicio Manicomio, en donde prácticamente era inexistente. Como el objetivo de este estudio se centra en el Hospicio Manicomio y no en las instituciones médicas en esta parte se centrará en las políticas y decisiones médicas y de regularización de la medicina dentro del hospicio antes que en otras instituciones.

En los enunciados de finales del siglo XIX que se encuentran en las actas de la institución, se puede ver que los médicos que estaban contratados para el hospicio llegaban a este muy pocos días, y así desatendían a los enfermos de la institución, por lo que se decide contratar un médico en manera de arrendamiento, para que este visite la casa por lo menos una vez por semana<sup>57</sup>. Al hacerse cargo la junta de Beneficencia del Hospicio, en septiembre de 1901 la Madre Superiora de la institución comunica que el médico ha muerto, por lo que se resuelve contratar otro “facultativo que atienda a los enfermos”, y se elige en 1902 a un nuevo médico, que dura en el cargo dos años hasta la llegada en 1904 de Carlos A. Arteta, que es contratado con 80 sucres de sueldo y que en 1908 será nombrado director del Hospicio Manicomio. En este punto, al igual que en el anterior siglo, la entrada del médico no responde a una cuestión terapéutica con respecto a la locura, por parte de las autoridades, sino más bien a una

---

<sup>57</sup> Archivo Historia de la Medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 23 de Mayo de 1886, folio 220. El médico que se contrata en 1886 es el Dr. Jenaro Ribadeneira, del cual se puede encontrar dos escritos dentro de los Anales de la Universidad central, estos tienen el nombre de: *Pequeño ensayo de estudio para la lepra* (1889) y *Pequeño estudio y apuntes para el alcohol* (1894); los dos artículos, como su nombre lo indica, no tienen que ver con el estudio de la locura. En el estudio que toma como tema central al alcohol se puede leer un juicio moral sobre el alcohol el cual: “con su poderoso influjo no perdona la choza pajiza ni el palacio real ; que alucinando, al principio, en sus avances de progreso estimulado, degrada y enerva aún á las más creadoras y casi divinas inteligencias: que, dando impulso atrevido á delirantes concepciones, es el infalible matador y *sobre- seguro* de la verdadera civilización; la cual sólo consiste en el progreso moral y del bien y de la verdad, y en la tendencia al perfeccionamiento completo de la inteligencia humana, el mayor bien que hemos recibido del Todopoderoso, y que es como reflejo de su divísima esencia”, lo cual nos demuestra que a pesar de ser un médico, las creencias religiosas siguen presentes y se encuentran unidas a las de progreso y civilización: además de asegurar que el estudio debe servir de estímulo: “a los que más puedan, para el cultivo y asiduo estudio de especialidades patológicas, de que tanto carecemos y tenemos necesidad” dejando ver a su vez la carencia de un discurso médico que estudie las patologías y mucho menos las enfermedades mentales. Ribadeneira, Jenaro, *Pequeño ensayo de estudio para la lepra*, Anales de la Universidad de Quito, No. 19 (Junio), Quito, 1889; Ribadeneira, Jenaro, *Pequeño estudio y apuntes para el alcohol*, Anales de la Universidad de Quito, No. 70 (Mayo), Quito, 1894.

necesidad que tiene la casa, frente a la acumulación de gente, que además de ser locos, también padecen epilepsia, lepra, enfermedades incurables para la época, a las que en un futuro se les sumará el cáncer (considerado contagioso), alcohólicos, huérfanos, y vagabundos.

Por otra parte existe cierta preocupación por sacar a los leprosos del lugar. Preocupación que tiene que ver en primera instancia con la falta de espacio, y en segunda por una preocupación de salubridad de la ciudad. En este punto hay que decir que la ciudad de Quito para inicios del siglo XX empieza a crecer y a expandirse de lo que ahora se conoce como centro de Quito. Según Eduardo Kingman (2008), el modelo dominante que existía en la colonia y a inicios de la república, tenía que ver con la concentración del espacio público, a principios del siglo XX, la ciudad o el centro fue abandonado paulatinamente por la “contaminación social” causada por la presencia de desconocidos (Kingman, 2008, p. 215). Se empezaron a construir ciudades fuera del centro hacía el norte de la ciudad que representaban espacios de diferenciación, esto también en respuesta a que ya existía la percepción de que algunos lugares en las afueras del centro (como la quebrada de Jerusalén, o más allá del panóptico) eran peligrosos, o por el mismo hecho de que el lazareto se encontraba dentro de la ciudad. Se podría decir que estos espacios de diferenciación también se dieron como respuesta a una preocupación de una clase económicamente dominante; con la urbanización más grande y la concentración de la población en la ciudad, empiezan a haber conflictos urbanos cada vez más frecuentes, que dan la necesidad de un poder político que investigue los problemas de la población urbana; de esta manera nace una medicina urbana, que tiene que ver con la higiene pública, y en si con el nacimiento de los higienistas dentro de la ciudad. El ámbito urbano, produce un miedo, un temor, a la ciudad, a los talleres, al hacinamiento, y especialmente al peligro de las epidemias, de los contagios; por lo que, se produce una preocupación político-sanitaria a medida que se desarrolla lo urbano (Foucault, 1996, pág. 62). En Quito esta preocupación político-médica, se expresa en la normalización y exclusión de ciertas costumbres y estructuras que existían a principios de siglo, por ejemplo, la regularización de las carnicerías, la eliminación de las centaverías (caballerizas), la organización de espacios públicos, y el consecuente intento de eliminación de los vendedores ambulantes, para la circulación de aire, canalización de la ciudad, el servicio de agua potable; también como ya

se ha visto la preocupación de sacar de la ciudad el lazareto que representaba un foco de infección de enfermedades pestilentes y contagiosas; además de la crianza de animales. Además del sentido médico que se denota, el interés político se encontraba en el “discrimen y la extirpación de las culturas que no se ajustan con la “cultura nacional” que se trata de gestar” (Goetschel, Kingman, 1992, 154). La exclusión de las costumbres indígenas y la imposición de impuestos especiales a las chicherías responden a su vez a la búsqueda de “separar del fruto sano lo que se concebía como como degradado y degradante” (Goetschel, Kingman, 1992, 161) Finalmente, junto a la preocupación médica, se buscó separar el ámbito público de lo privado (cómo se ha mencionado, el municipio, se apoderó de la distribución de espacios públicos, como los parques, o las calles, en distinción de lo privado en donde no tenía ningún poder)<sup>58</sup>.

Es así que una de las preocupaciones de la Junta en este tiempo fue la de sacar al hospicio de la ciudad, o en todo caso a los leprosos y a los locos, lo cual lograría que “en breve desapareciera el anti higiénico lazareto de Quito, perenne amenaza para la salud de sus moradores, ya por lo central, ya por la situación del expresado lazareto”<sup>59</sup>. Por otra parte, el ingreso del médico al hospicio no representa una gran diferencia en cuanto al control del edificio por parte de las Hermanas de la Caridad, ni mucho menos representa el inicio de una práctica psiquiátrica. La administración sigue a cargo de las Hermanas de la Caridad, y aunque se le da la dirección al médico, en los enunciados trabajados en los primeros años del siglo XX, se podría decir que no hay un objeto, o un discurso psiquiátrico de lo psicopatológico. Se puede decir también que el dominio sigue siendo religioso<sup>60</sup>. La relación

---

<sup>58</sup> Sería muy interesante, e importante hacer un estudio sobre la urbanización, y el desarrollo de la medicina en la ciudad de Guayaquil, parece que es aquí en donde existe una clase burguesa que se encuentra en un fuerte desarrollo a inicios del siglo XX, y que podría mostrar mucho más claro los intereses económicos de la clase dominante, y la preocupación de esta en cuanto a la salud, y a los pobres; especialmente cuando se trata de epidemias, pues a partir de la preocupación de la burguesía por estas, es que se empieza a dar toda una maquinaria, para controlarla, poniendo vigilantes en las calles, y un sistema de registro (Foucault, 1996, pág. 62); Guayaquil, además resultaría de gran interés, para estudiar la medicina urbana, en cuanto el órgano regulador de la salubridad (además del municipio), es privado, pues la Junta de Beneficencia de Guayaquil, nunca se manejó desde el Estado, por lo que se podría ver más el interés de la clase burguesa con miradas liberales.

<sup>59</sup> Archivo Historia de la Medicina, Informe de la Junta de Beneficencia de Quito. AP-1210 Libro copiador Junta de beneficencia (1901- 1902-1903-1904), JCAP, 1901, Pág. 46.

<sup>60</sup> En las estadísticas del hospicio de 1901, constan los datos de 72 enfermos de elefancia, categorizadas en: sexo, provincia, raza, estado civil, edad, causas de enfermedad y formas (tuberculosa o tegumentaria- nerviosa

de la Junta de Beneficencia con el hospicio está directamente aunada a la comunicación con las Hermanas de la Caridad, ellas son las que tienen que dar permiso para el ingreso de algún enfermo mental, pero por un pedido del intendente de policía, y sin un examen del médico del Hospicio. Pero ¿Qué tiene que ver la policía en esto? Aunque el hospicio no tenga médicos, la intendencia de policía para estos años ya trabajaba con algunos galenos<sup>61</sup>, los cuales realizan los exámenes pertinentes, se nota en los documentos<sup>62</sup>, que en cada provincia existen médicos

---

o anestésica- mixta). Además el número de los demás asilados: 51 locos y 69 locas; 76 hombres incurables y 107 mujeres; 103 huérfanos. En total son 601 personas y 59 empleados inclusive 13 hermanas de la caridad. No se menciona médico, pero para esta época solo había uno.

<sup>61</sup> Es más se podría decir que la función Judicial estaba más habituada a tratar con la locura, en cuanto a definirla que el mismo hospicio (el cual solo recibía a los locos sin más), en el siglo XIX se pueden encontrar algunos juicios, por ejemplo en 1885 se encuentra un juicio de interdicción, el cual se da por parte de la mujer, en contra del marido, dado los malos negocios que hacía su marido, por lo cual se manda a unos médicos a diagnosticar al individuo, y estos encuentran que este “tiene pervertidas sus facultades perceptivas, no correspondiendo estas a las sensaciones que impresionan su cerebro y sus juicios son inexactos, fruto de la incoherencia de sus ideas” (Cruz, 2003, p. 89), hay que tener muy en cuenta que se trata de un juicio de interdicción, en el que el motivo del juicio, no tiene nada que ver con el encierro sino, más bien con el resguardo de las propiedades. Por otra parte en el hecho de que los médicos hablen de la perversión de sus facultades, y de un juicio afectado por la incoherencia de sus ideas, que se puede decir lo llevan al error, más que pertenecer al campo médico parece una afirmación dentro del campo de la filosofía, que nos remite directamente a Descartes, el cual ubicaba a la locura a lado del sueño y de otras formas de error, pero evita la locura, esta es diferente a las dos últimas, el sueño y la duda tiene algo de verdad, nunca llevan a la duda universal, en cambio la locura no incluye a la verdad, porque se encuentra vacía de pensamiento, y siempre se ligará al error (Foucault, 2010, p.75). Otra distinción entre las dos, es que la locura no puede ser experimentada, mientras las otras sí y sobre ellas se puede meditar (Foucault, 2010b, p.349), la locura a su vez, también tiene el poder de cambiar la escena en donde se encuentra el individuo. En otro tema, se puede ver en el libro de Cruz (2003), que existen una serie de casos jurídicos, en los cuales, aunque el abogado ponga como causa una enfermedad mental, el que decide finalmente si tiene o no una enfermedad es el Juez, y nadie más que él. Hay que tener en cuenta, que durante el siglo XIX existía la pena de muerte, por lo que la mayoría de casos terminaban con la vida de la persona, la pena de muerte en el Ecuador fue abolida en 1897 con la revolución liberal.

<sup>62</sup> A lo largo de las Comunicaciones Recibidas de la Junta de Beneficencia y de la Junta de Asistencia, se pueden ver informes de varias provincias, hasta de la ciudad de pasto; algunos casos, vienen de la costa, a pesar de que el Hospital Lorenzo Ponce se encuentra en funcionamiento, y es el lugar que se encarga de los enfermos mentales en la costa. En el futuro, el Dr. Casares de la Torre se quejara de estas anormalidades. Un ejemplo de este tipo de informe es el siguiente: “El infrascrito Médico- Alienista, certifica, para los fines consiguientes, que, después de haber examinado con prolijidad, de orden del señor secretario de la Junta Central de Asistencia Pública, al Señor Rafael Rivas, se ha formado de él el siguiente juicio. El Señor Rivas es un pobre hombre de grandes aficiones literarias y poseedor de una habilidad notable para hacer versos, en ocasiones bastante buenos; pero ingenuo, bonachón como es, no se ha cuidado de ocultar sus aficiones poéticas, un tanto exageradas, a los necios y desocupados de su provincia, tomando como manifestaciones de sincera admiración y entusiasmo, las que le hacían para ponerlo en ridículo. Él no tiene alucinaciones de la vista ni del oído y las ilusiones, “de que penetra en el Empíreo”, “mira a Dios cara a cara”, lo mismo que a los ángeles del cielo, son solo el resultado de la ligera megalomanía que ha llegado a adquirir, por las pruebas de admiración repetidas que ha recibido de los desocupados de Riobamba. Por lo dicho anteriormente, juzga el suscrito que el señor Rivas es un semi- loco de la misma clase que la media humanidad, y al que el medio ambiente ha exaltado su

que dan un certificado que dice cuál es el estado de la persona que es remitida al hospicio. Esa es una manera en el que la medicina como práctica se conecta con la Institución.

Por otra parte en la práctica dentro del hospicio en cuanto a los dementes (puesto que la Junta se preocupa más sobre ellos), se puede ver que el médico no terminó con las prácticas arcaicas que se venían dando desde el anterior siglo, se sigue tratando a los dementes

bajo un régimen bárbaro, pues se les remachaban grilletes, se les daba tormentos de cepos y mordazas, se les tenía en aposentos inmundos; en una palabra se había adoptado un régimen de crueldad que lejos de mejorarlos, contribuía a empeorar más su aflictiva situación<sup>63</sup>

La naturaleza de estas prácticas, según el subinspector de la casa, se define desde los “guardianes y vigilantes” a quienes se debe prohibir toda violencia para con los dementes, y en todo caso, solo se aceptará una camisa de fuerza, para los locos violentos. Ahora bien, se podría decir que está violencia es la expresión de un poder; en este punto cabe preguntarse ¿un poder entregado al vigilante, al guardián? Pues la respuesta en este punto sería negativa, parece que la violencia, se da en buen grado como respuesta a la furia del demente, pero en todo caso, también es una respuesta impuesta, que se le da al vigilante. Entonces hay que hacer otra pregunta; ¿de quién viene la orden de reprimir de esta manera a los dementes? ¿a quién obedece el vigilante? Se puede responder por lo visto anteriormente, que a la Madre Superiora de la Institución. La Madre Superiora era la única (el médico no tenía ningún mandato aquí) que tenía el poder de decidir y de contratar al personal para la organización de la casa (excepto por los pedidos de medicamentos que pasaron a manos del médico, y por los pedidos de internos, que también el médico hacía por medio de la Junta de Beneficencia a la

---

imaginación hasta volverlo un loco verdadero, pero con locura que llegaría a aparecer rápidamente, si este pobre hombre pudiera cambiar de lugar para vivir y encontrar una ocupación entre personas serias y circunspectas, que absorbieran las actividades de su imaginación. Se permite por lo mismo, aconsejar al director de Asistencia Pública, que lo coloque en el Hospicio, por un mes o menos; pero, no en la loquera, que acabaría de rematarlo, sino entre los ancianos, donde debe recibir, sobre todo, un tratamiento moral encaminado a desarraigar esas ideas de grandeza, pasajeras y sin inconvenientes, ni para él ni para los demás, que se han apoderado de su persona” (Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1266 Comunicaciones Recibidas, JCAP, 17 de Octubre de 1929, Pág. 390)

<sup>63</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1120 Libro de Actas de la Junta 1910-1911, JCAP, 8 de Febrero de 1811, Pág. 264.

Universidad Central), el orden de la casa era dado por la Madre Superiora, y la violencia, era finalmente la expresión de su poder. Poder que se ha venido expresando de la misma manera sobre el loco desde la colonia, y que en parte es muestra de una tradición, que a pesar de la intervención de la Junta no ha sido cambiada.

### **2.3 El Discurso médico científico**

Según Andrés Osorio (2014), la emergencia de la medicina científica se da con la llegada de los médicos franceses Etienne Gayraud y Dominique Domec<sup>64</sup> y con la aparición de su libro *La Capitale de l'Equator au point de vue Medico- Chirurgical*<sup>65</sup>. En este punto es que comienza una mirada médica- quirúrgica, que implica la organización moderna de la institución universitaria, y médica en el país. Los médicos cambiaron la manera de enseñar medicina, en el Ecuador, poniendo como punto principal en esta enseñanza el estudio práctico, especialmente en cirugía y en anatomía (Osorio, 2014, p.52). Esta nueva manera de enseñanza también plantea una manera, un enunciado que instituye la problematización de la patología desde el:

punto de vista médico moderno, lo cual no quiere decir que solo desde allí existe medicina en el país, pero que sí desde ese momento se inscribe una racionalidad quirúrgica en los estudios e investigaciones que hasta entonces no existían y que empezaron a producirse dentro de las comprensión de la enfermedad en la discusión de casos dentro de límites racionales (Osorio, 2014, p.53)

A finales del Siglo XIX, que es donde se produce la emergencia de este discurso médico; en el hospicio no existe una práctica médica o la conformación de un discurso médico- científico, más allá de la revisión del cuerpo de los enfermos, que en todo caso se da, por la no existencia de problematización de la patología dentro de la propia práctica académica. Como se ha visto,

---

<sup>64</sup> Los dos médicos franceses llegaron al Ecuador en 1873 desde la Universidad de París, como parte del esfuerzo hecho por Gabriel García Moreno para organizar una escuela de medicina, los organizaron la facultad de medicina a su modo. Gayraud fue nombrado Decano de la Facultad de Medicina de Quito. Los dos personajes fueron muy importantes en cuanto a la profesionalización de la medicina en el país, además se puede decir que fueron los promotores del anfiteatro nacional en la Facultad de Medicina para la cátedra (Paredes, 1963, pp. 248- 249)

<sup>65</sup> Gayraud y Domec, *La Capitale de l'Equator au point de vue Medico- Chirurgical*, París, 1886 [Trad. Esp.: *La Capital del Ecuador desde el punto de vista médico quirúrgico*, Quito, imprenta de la Universidad Central del Ecuador, 1953].

el discurso médico dentro del hospicio, a inicios de siglo era casi inexistente, se ha mencionado la inclusión del Dr. Carlos Alberto Arteta, como médico del Hospicio y Manicomio en 1904, que luego fue nombrado director de la institución en 1908.

En el Ecuador la introducción del discurso psiquiátrico, se da desde la universidad (no solo el psiquiátrico), se puede decir que el primer paso para esto es la creación de una cátedra de psiquiatría en la Facultad de medicina en la Universidad Central en 1913 y en la que se designa a Arteta como profesor titular. El cambio de la concepción de la locura, desde una definición moral a otra en el orden de lo patológico, no se da en el Ecuador, pues, la discusión de la locura como patología no tiene nunca una emergencia, simplemente se adopta la psicopatología de Europa (Landázuri, 2008, p 78). A pesar de este gran paso, de una profesionalización de médicos supone un conocimiento de psiquiatría, para 1914 las condiciones en el hospicio siguen siendo parecidas y la emergencia de una práctica psiquiátrica tomará algún tiempo, como se verá en el siguiente capítulo.

Hay que recalcar un caso especial, a pesar de que no existía una práctica psiquiátrica dentro del Hospicio, fuera de él se pueden rastrear ciertas prácticas que podrían pertenecer a un 'proto- psiquiatría'; esta emergencia se puede ver en el artículo llamado "*Caso notable de histeria sin ataques*" escrito por el Dr. José María Troya, en el cual se describe cómo se curó a una "histérica"; en el artículo, se pueden leer los síntomas que presentaba la enferma, entre ellos se encuentra la hipersensibilidad de la parte derecha del cuerpo y la agudeza de los sentidos; "El síntoma de dolor era en toda la enfermedad el dominante, porque, aparte de los que hemos indicado anteriormente, existían otros en diversos puntos del cuerpo y con variados caracteres", teniendo el médico que aplicar "ventosas escarificadas" con las que se hacían cortes que aliviaban el dolor de la paciente; "En cuanto á los demás síntomas generales, se puede decir que no faltó ninguno de los que aparecen en tales afecciones. Tuvo escalofríos repetidos al principio, malestar, insomnio pertinaz y completa anorexia" que cedió gracias a la 'hidroterapia'. En este punto el médico indica que había insertado una sonda en la vejiga, la cual se había "enclavado" en ella y no era posible extraer, y que a pesar de esto en los ocho días que el médico permaneció con la enferma, esta no arrojó "ni una sola gota de orina"; lo más singular para el médico era que "no sobrevino ninguno de los accidentes de la falta de secreción" como la uremia, o la eclampsia urinosa. Ahora bien, lo importante en este caso es

lo que se relata en seguida, y que se encuentra íntimamente relacionado con la práctica que los primeros psiquiatras en Europa desarrollaron y utilizaron en la segunda década del siglo XIX, y que se citará a continuación: “Sucedió que cuando la enferma tuvo atravesado el tercer sedal en el vientre que le hacía sufrir tanto (el sedal era un hilo fino que se utilizaba para drenar las supuraciones, en este caso no se sabe si sirvió para esto; anotación mía), daba funciones teatrales un prestigiador que magnetizaba su esposa, y á las que concurrí yo. Confieso que jamás creí en tales artimañas; pero por procurarme un momento de distracción y en vía de ensayo, me propuse observar el efecto que produciría en la enferma la magnetización. Después de referirle lo que había visto en el teatro, le dije: Ud. Es nerviosa en extremo puede ser que se magnetice, con lo que tendremos un medio eficaz de curarle el sedal sin ningún tipo de dolor; á lo que contestó ella sonriéndose: es imposible doctor. Bien, le dije que: vamos a la prueba, y quedé mirándola con seriedad por algunos segundos: ella hizo otro tanto, pero después de algunos instantes, terminó por accidentarse; creí pues, desistir en lo sucesivo de tal intento; pero llevada de la vehemencia del dolor, al tercero ó cuarto día que me propuse curarle, me dijo: que pudiera magnetizarme, doctor, para no sufrir tan terrible curación; entonces insistí en mi propuesta anterior de magnetizarla. Es natural que ella por el deseo de conseguirlo haya hecho esfuerzos interiores; lo cierto es que permanecí mirándola con ceño severo por algunos instantes, para lo cual levantó ella el cuerpo y apoyó la cabeza sobre los codos; noté entonces que se aceleraba la respiración y que después de unos pocos segundos cesó por completo quedando como si fuese una estatua con la vista fija en mí. Admirado yo de tal aspecto, le dirigí la palabra, más ella no contestó ni hizo ademán alguno: sólo seguía mirándome con igual firmeza. En este estado se mantuvo durante algunos minutos con sorpresa mía y de los circundantes. Quise cerciorarme de si el magnetismo era real ó si había engaño, para lo cual la hice acostar y le cerré los parpados que hasta entonces tenía abiertos; pasé el cordón del sedal de modo más brusco que pude, y sin embargo no dio la menor muestra de sensibilidad”. Después de esto, la enferma, la cual regresa del trance a través de la compresión de la “aorta ventral”, dice no acordarse de nada, ni haber sentido ningún dolor; el médico asegura: “sin pensarlo encontré un medio precioso de evitar sus horribles dolores, porque el cloroformo, aparte de no producir el efecto apetecido, le puso en la última ocasión en estado alarmante”, en la escena, se vuelven a repetir las “magnetizaciones” pero en vez de comprimir la aorta, el médico (por consejo de un colega) decide hablarle con energía, para que la paciente obedezca,

las ordenes y orine; el procedimiento se repitió varias veces, pero la paciente no pudo orinar, por lo que se utilizó el método de inyecciones en la vejiga al mismo tiempo con electricidad, con lo que se logró curar a la enferma. El médico más adelante afirma “pude poner en práctica un tratamiento que quizá cualquiera otro no lo hubiera imaginado; pues, si he de decir la verdad, ninguno de los libros que consulté, incluso el Diccionario de medicina y cirugía, aconseja el uso de revulsivos energéticos, como son: el cauterio, el sedal, el cáustico, las ventosas escarificadas, etc.” La importancia de este caso se encuentra en el hecho de la utilización del ‘magnetismo animal’(utilizada en Europa por los psiquiatras), técnica parecida a la hipnosis, y referida, no a un tratado médico, sino a un “prestigiador”, o mejor dicho un teatrero; más aún, a pesar de este origen, se utilizó (es muy probable en todo caso que el médico haya leído sobre el uso de la técnica, pero no lo menciona) en la cura de la histeria (bien sabido es, que se trata de una enfermedad que pertenece al campo de la psiquiatría, y luego al de la psicología), con éxito. Este caso demuestra, en muy buen grado, el poder médico en el individuo; se puede ver claramente que la mujer, a pesar de negarse a creer en el método, después de algunos intentos, termina creyendo y aceptando a partir del solo hecho asumir que el médico sabe, aun cuando no sea un conocimiento avalado por la ciencia; en realidad el médico se introduce en una práctica empírica, de la cual no sabe nada, a pesar de esto, gracias a la sugestión del individuo, da resultado, y más aún, se denota otra característica del poder, las ordenes enérgicas que se dan para despertar a la paciente del trance. Estas dos (saber y orden) son muestras de un poder médico que se ve traducido en la teatralización del enfermo y su consecuente sugestión, que finalmente llevan a la cura. En conclusión en este caso, el estatuto de médico es el que permite la cura, y el poder, más no su saber. El cual en todo caso es uno de los elementos importantes de la cura. Troya, José María, *Caso Notable de Histeria sin ataques*, Anales de la Universidad de Quito, No. 45, (Mayo), Quito, 1892.

### 3. PRÁCTICA Y DISCURSO MÉDICO CIENTÍFICO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

La contratación por parte de la junta y bajo pedido de la Madre Superiora del Dr. Carlos Alberto Arteta, a inicios de S. XX, inicia una intervención médica diferente dentro del Hospicio, en principio, por el mismo hecho de encontrarse designado por la Junta que representa el poder del estado. En un principio, la expresión de un poder médico no se hace notar, ni aun siendo nombrado el médico como director de la institución. La diferencia no se encuentra en la práctica médica dentro del Hospicio, sino en la mirada del médico; esta mirada reconocía la patología dentro de la locura, existía un cambio en cuanto ya no se trataba de una enfermedad del alma, sino, de una enfermedad en el cuerpo del individuo; desde esa mirada se excluye al enfermo mental del grupo en el que se encontraba, a partir de ello se pone atención en la diferencia entre lo normal y lo patológico para estudiarlo; esto es posible, en parte, como resultado de la creación de la cátedra de psiquiatría en la Facultad de Medicina. Se puede ver en uno de los escritos de Arteta para la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina titulado *Un Caso de Hermafroditismo*, que ya hay un conocimiento sobre psiquiatría, en especial sobre las enfermedades mentales y, que distingue claramente entre lo que es normal y lo que significa una patología; en este caso, se trata de un sujeto que ha nacido con dos órganos sexuales atrofiados, tiene apariencia de hombre, pero se comporta como una mujer; por lo que es llevado preso (el art. 364 del Código Civil de 1906 lo estipula así); sobre este caso Arteta concluye que:

Sus hábitos amorales son el producto de su anormalidad orgánica, y están así en armónica correlación; asemejándose en esto, a los individuos normales más que a los vesánicos<sup>66</sup>, en quienes hay la intromisión, digámoslo así, de un factor patológico, elemento perturbador que no cambia la personalidad, pero que la excita violentamente obligándola, de manera inconsciente, a una reacción motriz impulsiva, que puede traducirse en un homicidio, un robo, etc.; es *decir un procedimiento contrario a la naturaleza y modo ordinarios de obrar* del sujeto en estado de salud psíquica<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Término utilizado para referirse a la locura.

<sup>67</sup> Arteta, Carlos Alberto, *Un caso de Hermafroditismo*, Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, Nos. 3 y 4, (Enero- Febrero), Quito, 1919. Cursiva agregada por el autor.

Lo que demuestra una conciencia de la patología mental y del peligro que puede representar. A pesar de esta conciencia, las condiciones, y la práctica dentro del Hospicio no cambian, se sigue utilizando la misma práctica disciplinaria; es decir, a pesar de que se da una cátedra de psiquiatría, y de que existe un discurso psiquiátrico que diferenciaba lo normal de lo patológico, dentro de la institución el trato a los locos sigue siendo el mismo, esto no cambiará por varios años. Pero ¿qué es lo que impidió que la psiquiatría que se estaba enseñando en la universidad, no reemplazara la disciplina religiosa, por una técnica terapéutica? ¿afectaron las limitaciones económicas, o también el hecho de que un poder religioso siguiera presente dentro del Hospicio? ¿qué es lo que impide que a pesar de tener una concepción científica, el hospicio siga reteniendo prácticas que existían en su inicio? Estas cuestiones quedarán abiertas hasta el final de este capítulo.

### **3.1. El Loco como fuente de Saber**

Si la inclusión de una medicina clínica y por lo tanto de una medicina científica se dio como dice Andrés Osorio por la inclusión de los médicos franceses y, si es verdad que, como afirma Mariana Landázuri, el discurso psiquiátrico se adopta de Europa, para entender por qué no se cambia una disciplinarización de los cuerpos por una terapéutica que permita recuperar al loco, dentro del sistema o rehabilitarlo a la sociedad, hay que explicar en un primer momento el papel del hospital en cuanto a lugar de la verdad de la enfermedad que se planteaba en el siglo XVIII y en la primera mitad del siglo XIX. Para Foucault (2008), el hospital era el lugar desde donde el médico fabricaba un saber, una verdad de la enfermedad a través de la observación, de la demostración, y también de la purificación y de la prueba. De esta manera el hospital cumplía una doble función: en primer lugar contemplaba al enfermo y, a través de esto, elaboraba un conocimiento de la enfermedad (se puede decir que es el caso de los médicos del hospicio del siglo XIX, en cuanto a la lepra, pues la observaban, y aplicaban métodos distintos para su curación); estas funciones llevan a varios problemas; por una parte, la tarea de la terapéutica era eliminar el mal pero, al mismo tiempo debía dejar que surja el conocimiento y, para lograrlo, tal vez debía dejar que el mal se desarrolle (Foucault, 2008, p. 384). Asimismo, los descubrimientos dados por Pasteur en el siglo XIX, en el campo de la biología, simplificaron radicalmente la tarea de la medicina como agente productor del saber,

al encontrar en los microbios la causa de la enfermedad. En este punto, el nuevo campo productor del saber será el laboratorio, de esta manera, el médico queda reducido a evitar la reproducción de los microbios y a combatir la enfermedad, aunque también a la observación, al diagnóstico. (Foucault, 2008, pp. 385- 386).

Ahora bien, este proceso en el hospital se encuentra ligado a la internación sistemática del loco; se ha visto, cómo la locura para los siglos precedentes al XIX (y se podría decir que el siglo XIX en el Ecuador se encuentra dentro de la misma lógica) estaba considerada una forma de error o de ilusión (por eso se encuentra dentro de las enfermedades del alma). En Europa entonces era normal, (aunque ya había practica de internamiento) que las prescripciones dadas eran “el ir de viaje, el reposo, el retiro, la ruptura con el mundo artificial y vano de la ciudad” (Foucault, 2008, p.386), ya que el medio terapéutico, o el lugar donde se encontraba la verdad era la naturaleza. Prescripción que también pudo haber sido dada en el Ecuador; en el documento citado más arriba, titulado *Caso Notable de Histeria sin ataques*, el médico dice: “Todos saben que el tratamiento para tales enfermedades se reduce a los medios higiénicos, que consisten regularmente, en el paseo, la distracción, la navegación, el buen alimento, etc.” (Troya, 1892, p. 276). En Europa, el momento de la internación coincide con el momento en que la locura comienza a ser percibida menos en relación con el error, que en relación con la conducta regular y normal, es decir, cuando muestra una diferente manera de obrar, entonces la intervención del médico, y su éxito, tienen que ver con la vuelta del sujeto a sus actitudes normales, el deseo de volver con su familia e hijos; para lograr esto, la locura debe enfrentarse a una voluntad recta, la cual sacará a la luz el mal de la enfermedad, y este enfrentamiento a su vez, hará que la voluntad abandone la locura.

En este punto, se ve que existe un cambio en cuanto a la percepción de la locura, ya no gira dentro “del eje verdad- error- conciencia, sino en el eje pasión-voluntad- libertad” (Foucault, 2008, 387), esta percepción aparece en los informes médicos que son enviados por los médicos peritos de la policía en toda la primera mitad del siglo XX, que llegan desde varios lugares del país, incluso de las fronteras (hay excepciones en cuanto al envío de locos desde la Costa, pues en Guayaquil funcionaba, y funciona hasta el presente, el Hospital Lorenzo Ponce); entre las causas que se mencionan se encuentran: "por el examen se ha podido constatar que halla placer en simular dolores imaginarios los que por momentos después son

reemplazados por manifestaciones de alegría como cantos etc.”<sup>68</sup>o que, “es muy voluble con falta absoluta de fijeza, sin memoria para recordar ni aun lo que acaba de decir, menos para recordar sus antecedentes de familia, de su vida, su raciocinio del todo extraviado”<sup>69</sup>. Hay menciones de locuras que tienen como tema lo religioso, y en las cuales el médico no toma una postura moral, y no se recurre más a la explicación del demonio (y por lo tanto a la del error), sino a causas fisiológicas, como se presenta en un caso de 1932 que dice:

Empieza ya en este pobre enfermo una transformación de la personalidad, pues se cree la tercera persona del espíritu santo, y en todos sus actos procede por la alucinaciones del oído, a las que obedece ciegamente, y que, según él, son las palabras de su ángel de la guarda, que le acompaña a todas partes<sup>70</sup>

Se reconoce el origen de la enfermedad en “varias intoxicaciones endógenas [que] han determinado la existencia de toxinas que han refluído y reaccionado sobre la corteza cerebral”<sup>71</sup>; en la mayoría de casos la justificación para el encierro tiene que ver con el hecho de que el individuo del cual se trata es “un peligro, una amenaza para la seguridad de los moradores”<sup>72</sup>, “por seguridad social”<sup>73</sup> o “en razón que constituye un peligro para el público”<sup>74</sup>, lo que deja ver la percepción de peligro que trae consigo la locura, esto implica además, la percepción de una fuerza que no es controlable, una fuerza que da al término ‘furioso’ su significado, y que es peligrosa<sup>75</sup>; esta es la principal característica que separa a la locura del error, es una locura que no manifiesta ilusión, ni tampoco intromisión de los sentidos. También se reconocerá una locura que afecta a la ideas y las trastorna, se la llamará

---

<sup>68</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1141 Comunicaciones Recibidas, JCAP, 25 de Febrero de 1918, Pág. 124.

<sup>69</sup> *Ibid.* Pág. 284.

<sup>70</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1238 Comunicaciones Recibidas Junta Central de Asistencia Pública Julio - Diciembre de 1932, JCAP, 7 de Diciembre de 1932, Pág. 230.

<sup>71</sup> *Ibidem.*

<sup>72</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1237 Comunicaciones Recibidas Enero- Junio 1932, JCAP, 12 de Febrero de 1932, Págs. 510.

<sup>73</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1269 Comunicaciones Recibidas Vol. I Enero- Junio 1934, JCAP, Pág. 515.

<sup>74</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1250 Comunicaciones Recibidas Vol. I Enero- Junio 1935, JCAP, Pág. 602

<sup>75</sup> En un informe de la policía, sobre una persona que ha sido retenida por la policía, que cumplía lo dictado por el código de policía, según la familia del enfermo, este ha padecido locura durante 9 años, en el momento del informe se dice que “El enfermo se encuentra hoy ajeno a todo estímulo externo intelectual, restándole únicamente lo que excita su vida vegetativa: su propiedad, y en especial la defensa de su propio cuerpo. La fuerza que desarrolla el paciente es superior a la de cualquier individuo normal, siendo esta una razón muy justa para que Ud. Cumpla con su cometido en defensa de la salud pública”. Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1250 Comunicaciones Recibidas Enero –Junio 1935, JCAP, 16 de Mayo de 1935, Pág. 595.

manía, y una locura que afecta, no el dominio general de las ideas, sino una sola idea recurrente, que afecta el comportamiento del individuo, que se conocerá como melancolía, o monomanía (Foucault, 2008, 23).

La relación entre la formación de una medicina científica, que reconoce lo normal y lo patológico, está ligada a una concepción terapéutica, que toma al hospital y al médico, como lugar y sujeto capacitados para la cura de la enfermedad o de lo patológico; el discurso que produce el reconocimiento de una psicopatología, a su vez, declara que el único lugar en donde se puede dar una terapéutica de la locura es en el asilo, en el encierro, alejado de los problemas de la vida común que hacen recordar más su locura al loco<sup>76</sup>. Ahora bien; el mismo problema que es el ver al loco como un individuo con una fuerza incontrolable, plantea la táctica del asilo en general, esta “se ajustará y deberá ajustarse a la caracterización, la localización, el ámbito de aplicación de esa explosión de fuerza y su desencadenamiento” (Foucault, 2008, p. 23). De esta manera la terapéutica consistiría en aplicar otra fuerza que someta a la del loco, que someta al poder que el loco dice sentir, puesto que todo loco se cree dotado de un poder superior en todo aspecto.

En este punto se tiene que volver al sistema disciplinario que se utilizaba antes de que el director del hospicio fuera un médico, cuando la Madre Superiora estaba a cargo junto a la orden de San Vicente de Paul; como se mencionó antes, parte de este sistema disciplinario se encontraba en el Reglamento que, además, detallaba el uso de algunas herramientas como las camisas de fuerza, los cuartos acolchados, los horarios, y las duchas de agua fría, a las que en el siglo XX se les unirán las drogas (no es que en el siglo XIX, no se utilizaran drogas, pero el siglo XX se puede llamar propietario del avance de las medicinas farmacéuticas y de sus laboratorios) dentro del hospicio. Es pertinente hacer la pregunta ¿por qué estos sistemas de disciplinarización, no fueron sustituidos por una práctica terapéutica que cure la locura? Por el

---

<sup>76</sup> Foucault en el *Poder Psiquiátrico (2008)* reconoce que la justificación para que el enfermo mental fuera internado, se basa en que el medio familiar es incompatible a un tratamiento terapéutico, pues todo contacto del enfermo con la familia puede ser perturbador y peligroso. Foucault, distingue algunas razones para esto: 1) para curarse el enfermo no debe pensar en su locura. 2) la familia puede representar los motivos de locura. 3) se encuentra relacionado con la sospecha sintomática, por la cual el enfermo sospecha de todos, especialmente de la gente que se encuentra más relacionada a él. 4) dentro de toda familia existen relaciones de poder, que en algún grado alimentan la enfermedad, además de que el poder médico es distinto del poder familiar, por lo que si se quiere ejercerlo por completo, se debe dejar de lado a la familia.

mismo hecho de que la locura se encontraba caracterizada por la fuerza y la peligrosidad, la tecnología de poder disciplinario no es reemplazable, porque la tecnología misma funciona como terapéutica; para que el médico pueda controlar la fuerza del demente e imponerle su poder, es necesario que funcione todo un sistema disciplinario que atraviese el cuerpo, que lo controle, que tenga todo el poder posible. La terapéutica de la psiquiatría funciona para que la voluntad del médico sea superior a la del enfermo y, éste, en un momento abandone su locura; la disciplina sirve también para guardar el orden entre los asilados, lo que es fundamental para una cura y un tratamiento.

Las muestras de que esta tecnología disciplinaria se mantiene en toda la primera mitad del siglo XX son varias; el 8 de Febrero de 1911 se aprueba el acolchonamiento de dos habitaciones para locos<sup>77</sup>, en un documento de 1925, el médico de la institución, pide que los asilados que ocupen servicios en la casa sean remunerados<sup>78</sup>, que se debe aumentar la cantidad de ayudantes, pues solo existen 6 para controlar a 200 locos y epilépticos, que es necesario que cada departamento del manicomio tenga su sala de recreo a la que pueden concurrir los enfermos en vías de curación, bajo prescripción médica”<sup>79</sup>, que se implementen cojines en cada celda del manicomio para evitar golpes y contusiones, “de esta manera se desterraría el uso anticuado y bárbaro de la camisa de fuerza”<sup>80</sup>, además se pide personal capacitado para instruir en oficios a algunos asilados. Otro punto en el cual se puede ver el mantenimiento de la disciplina es en la persistencia por un reglamento, un reglamento que norme las funciones del personal y el comportamiento de los asilados, reglamento que se dará en 1925 y que, en las década de los años cuarenta, se intentará cambiar por uno más propicio que otorgue más poderes al médico que cumple las funciones de Director.

---

<sup>77</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1120 Libro de Actas de la Junta Central de Asistencia Pública 1910-1911, JCAP, 8 de Febrero de 1911, Págs. 263- 265.

<sup>78</sup> Hay que advertir, que desde antes del ingreso de las Hermanas de la Caridad al Hospicio, existían superiores en cada sección, especialmente en el lazareto (para el año del documento ya desaparecido del hospicio) que cumplían con funciones de ordenamiento, y de mantener la calma y la disciplina; estos “empleados” eran remunerados, en un principio eran elegidos por votación de los propios asilados, después de la problemática del desorden, las Hermanas de la Caridad decidieron elegirlos ellas mismas, junto a la Orden de San Vicente de Paúl, para 1925 era el médico quien designaba estos cargos, que cumplían una función esencial para él.

<sup>79</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1100 Comunicaciones Recibidas de la Junta Central de Asistencia Pública Julio- Diciembre 1925, JCAP, Pág. 89.

<sup>80</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1100 Comunicaciones Recibidas de la Junta Central de Asistencia Pública Julio- Diciembre 1925, JCAP, Pág. 89.

Con respecto a la psiquiatría y al loco como objeto de saber se tiene que tener en cuenta que toda esta disciplinarización del asilo, que a la vez le da un estatus terapéutico, no tiene por detrás una explicación clara, ni una teoría de la enfermedad; a pesar de esto el médico espera una cura. Aunque la psiquiatría se esfuerce por funcionar como la ciencia médica, con los parámetros positivistas que la caracterizan, partiendo de una sintomatología y una etiología clara de la enfermedad mental, en el estudio de lo fisiológico, y en la anatomía (muestra clara de esto es el esfuerzo de Arteta para que no se saque ningún cadáver sin el permiso suyo, ya que se ha puesto de acuerdo con el profesor de medicina legal, para hacer autopsias a los enfermos mentales para estudiar sus cerebros y “reconocer alteraciones mentales útiles para el estudio científico de la psiquiatría<sup>81</sup>), lo cierto es que la psiquiatría, en muy pocos casos, logra descubrir una explicación en el ámbito de la fisiología. Así lo confirma Julio Endara Moreano<sup>82</sup>:

Mirad en el otro campo, en el psíquico. Una crisis de llanto, una interpretación torcida de una frase, un proyecto de negocio, un entusiasta aplauso, un olvido de determinados recuerdos, una frase iracunda, un gesto agresivo, etc, etc., son otros tantos otros hechos que se nos presentan a cada momento como perfectamente normales y corrientes. Pero estudiadlos en determinado sujeto y veréis cómo aquella crisis de lágrimas resulta inmotivada, cómo esa serenidad, aparente no guarda conformidad con la situación personal o familiar, cómo ese tono iracundo brota a destiempo y a lo mejor provocado por estímulos mínimos [...] y apreciareis crisis desproporcionadas a los estímulos, altibajos temperamentales que se suceden sin causa aparente [...] interpretaciones delirantes que enfocarán la vida del sujeto sola hacia determinadas finalidades, contradicciones entre el sentir y el pensar.

---

<sup>81</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1211 Comunicaciones Recibidas de la Junta Central de Asistencia Pública Enero-Junio 1917 Vol. I, JCAP, Pág. 196.

<sup>82</sup> Director del Hospicio y Catedrático de psiquiatría en la universidad Central desde 1926. Fue uno de los estudiosos de psiquiatría en el país en la primera mitad del s. XX, cursó algunos cursos en Argentina y en Chile, y fundó la Revista de Neuropsiquiatría, Criminología y disciplinas conexas, gracias también a la creación del instituto de Criminología, que primero fue dependiente del ministerio de gobierno y luego de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad Central. (Landázuri, 2008, 195)

Encontrareis aquellos tipos anestésicos cuya afectividad jamás responde al dolor humano<sup>83</sup>

Entonces si el médico no puede dar una explicación clara de la enfermedad ¿por qué se encuentra dentro de la institución? El poder psiquiátrico, antes de ser una cura o una intervención, funciona como un régimen del que se espera una serie de efectos terapéuticos; “es ante todo una manera determinada de manejar, de administrar” (Foucault, 2008, 199). El psiquiatra antes de ser un médico (en sentido estricto), es un administrador del hospital psiquiátrico y de los individuos. En el siglo XIX nace toda una nosografía de la enfermedad mental (manía, melancolía, lipemania) que en la práctica del hospital psiquiátrico no servían para el tratamiento de los pacientes, más bien, dentro de la institución, siempre se dio la distinción entre curables e incurables, enfermos calmos y enfermos agitados, capaces e incapaces de trabajar, castigados y no castigados; los medicamentos que se utilizaron desde la teoría médica fueron readaptados en el hospital psiquiátrico como medios de disciplinarización de los individuos, pasaron a ser métodos de castigo de los enfermos, así se explica lo desagradables que debían ser; contribuyeron de esta manera para mantener el orden de los cuerpos (este también es el caso del electroshock del que se hablará más adelante). Entonces el hospital psiquiátrico funcionaba de forma diferente a un hospital normal; el hospital psiquiátrico sobre todo fue una institución disciplinaria (Foucault, 2008, pp. 207-211). Aclarado este punto, se debe decir que el estatuto del médico es necesario dentro de la institución en cuanto representa saber, en cuanto este saber puede ser aplicado con la fuerza de la ley y con autoridad; un saber que en todo caso se encuentra vacío, pero que su finalidad es la de justificación del poder psiquiátrico; este poder, esta autoridad médica, debe tener materialidad en el cuerpo del médico para poder curar o, en todo caso, para poder disciplinar y guardar el orden dentro del espacio asilar. El médico, por otra parte, para poder hacer ejercer el poder disciplinario del que estaba a cargo y del que era responsable en parte para poder cumplir la terapéutica de la institución, tenía a su disposición guardias y ayudantes, personal que le permitía extender su poder; el médico no se encuentra todo el tiempo en contacto con los enfermos, sino que los guardias y los sirvientes se encargan de ser su poder

---

<sup>83</sup> Endara, Julio, *Aspectos sociales de la psiquiatría*, Mensaje de la Biblioteca Nacional, No. 4, (Diciembre-Enero), Quito, 1936- 1937.

dentro de la institución, de esta manera el asilo es una extensión del cuerpo del psiquiatra (Foucault, 2008, p.212); en el hospicio manicomio San Lázaro eso no se pudo cumplir porque existía otro poder que no dejaba que sea completo, el poder de las Hermanas de la Caridad. Este asunto se tratará más adelante.

### 3.2. Quito y el loco

Aunque no exista mucha documentación acerca de una relación explícita entre la ciudad, y el loco, en este subcapítulo se hará el esfuerzo por mirar esta relación a inicios del siglo XX y si cambió o no con el pasar de los años; el trabajo se hará a partir de lo que se ha investigado en las fuentes primarias de la Junta de Asistencia Pública, de los informes policiales, del Código civil de finales de siglo XIX, de las historias clínicas del manicomio y de los escritos médicos; todo ello tratará de reconstruir la percepción que tenía Quito de la locura.

Para 1889 el Reglamento para el servicio de Guardia de la policía Urbana establecía en el artículo 595 “presentar asimismo ante la autoridad de Policía: 1º. A los que estuvieren azuzando ó no hubieren contenido a sus perros cuando embisten á los transeúntes; 2o. *á los locos furiosos, ó animales bravos ó dañinos, que anduvieren sueltos*”<sup>84</sup>. En primer lugar se puede ver que se ubica al loco del lado de la animalidad, y aunque el Reglamento pida que se lo lleve ante la autoridad policial (en donde quizás era analizado por un médico), muchas veces el mismo guardia de policía llevaba al loco directamente hacia el hospicio, sin que la decisión estuviera mediada por un análisis; y “según el caso, la comisión resolverá si admite a las personas que envíe la policía, salvo los borrachos consuetudinarios, porque estos deben ser admitidos si son pobres”<sup>85</sup>; el Reglamento no indica si se debe pedir permiso a la familia, lo que reforzaba el poder del guardia. Pero, ¿cuándo resultaba necesario encerrar a una persona? Ya se ha visto que el encierro de los locos respondía más bien a una percepción moral que a un juicio médico; el loco a finales del siglo XIX no es encerrado por ser considerado un enfermo sino, más bien, se lo encierra por el desorden que causa en el mundo, por ser un insensato. El sujeto es insensato no porque haya sido arrastrado como en la Edad Media por la fuerza viva de la locura, sino porque ha caído fuera de su propio orden moral

---

<sup>84</sup> Diario Oficial 20 de Marzo de 1889, la cursiva es mía.

<sup>85</sup> Archivo Historia de la medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 23 de Octubre de 1887, folios.260

(como el caso de algún cura encerrado<sup>86</sup>), porque no respeta la moral que le ha sido impuesta; es encerrado por considerárselo un insensato, más no un enfermo (Foucault, 2010, pp. 212-213). Lo que se castiga entonces es la voluntad<sup>87</sup> del sujeto, una mala voluntad como un error ético; no existe indiferencia entre alienación y maldad, no existe exclusión entre locura y crimen, puede haber más de una que de otra, pero siempre la locura estará rodeada de maldad, gracias a la conciencia de la sinrazón<sup>88</sup> (Foucault, 2010, pp.215-216). Ahora bien, lo que busca el internamiento es, de la mejor manera posible, evitar el escándalo, esconder el mal, esconder la sinrazón, pues solo causa vergüenza, u oculta fuerzas del mal que pueden producir contagio y el mal ejemplo; el internamiento resulta una salvación al deshonor de las familias y de la religión (en el caso de los sacerdotes), de ahí que la orden de liberación se da cuando el peligro de la deshonra o del escándalo han desaparecido. Todas las formas que se aproximen a la sinrazón tienen que ser escondidas, pero no es el caso de los insensatos en Quito; parece

---

<sup>86</sup> En las Actas del Hospicio en 1883 se puede encontrar el caso de dos sacerdotes que se encuentran adentro de la institución, los cuales se muestran perezosos y que además muestran indiferencia ante el “santo sacrificio” (misa todos los días), lo cual infringe las reglas de la institución, “caso que en ningún caso y por ningún motivo debe tolerarse, puesto que si la conferencia se encargó de la dirección de estas casas fue con el principal objetivo de moralizar a sus habitantes”, por lo que se castigará a los sacerdotes si continúan con esta actitud, pues el jefe de la comisión de San Vicente de Paul tiene toda la potestad de infringir castigos sobre los sacerdotes, por el permiso que le ha otorgado el Arzobispo de Quito. Archivo Historia de la medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 8 de Agosto de 1883, folios.132- 133.

<sup>87</sup> Según Foucault (2010) la duda metódica de Descartes, esconde una elección ética del pensamiento. En cuanto la locura o mejor dicho la sinrazón se encuentra al mismo tiempo presente y excluida de la duda “y en la voluntad que lo anima desde la partida” (Foucault, 2010, p. 221), la razón se salva de esta locura por una inclinación ética que la llevaría a buscar siempre la verdad; en la razón, hay siempre una tentación para abandonar está búsqueda que se encontraría motivada por la sinrazón, pero la duda implica al pensamiento y al que piensa, y está siempre rodeada por una voluntad de vigilia, de verdad, lo que excluye a la sinrazón; “la ética como elección contra la sinrazón, está presente en el origen de todo pensamiento concertado; y su superficie, prolongada indefinidamente a todo lo largo de la reflexión, indica la trayectoria de una libertad que es obviamente la iniciativa misma de la razón” (Foucault, 2010, 222). El porqué estudiar esta concepción de Descartes, se define en el hecho de que esta voluntad que se encuentra en la separación entre razón y sinrazón, no se enuncia explícitamente en el internamiento, pero si se encuentra en la filosofía, y se realiza “como una opción decisiva donde se trata de la voluntad más esencial, y quizá la más responsable del sujeto” (Foucault, 2010, 220). La búsqueda de esta verdad llevaría al bien, a la felicidad continua, la cual se ganará cuando se descubra que la libertad se realiza en la razón. La libertad se logra cuando la razón deja de ser una elección y se realiza como necesidad, relegando a la sinrazón al plano de lo innecesario, a la infelicidad, y por lo tanto a lo malo. Existe una diferencia muy importante en el siglo XIX en cuanto la sinrazón no será una elección, sino que más bien llegará involuntariamente desde el exterior.

<sup>88</sup> Hay que aclarar que el termino sinrazón, para Foucault, no tiene que ver solamente con la locura, en él se encuentran implícitas formas como el libertinaje, la homosexualidad, la profanación, la magia, todas las cuales estarán encerradas junto a la locura, todas emparentadas, constituyen toda una experiencia que llegará hasta nuestro días, una muestra de esto son algunas concepciones de la psicología que considerará, dentro de las degeneraciones, a la homosexualidad y a algunas formas de libertinaje, además de algunas figuras profanas (Foucault,2010, pp. 130-163).

que los locos eran mostrados a menudo al público; hasta 1885 la gente se reunía los días domingos para ir al hospicio,

que más que a compadecer a los pobres locos vienen a divertirse y burlarse de ellos, tradición que lleva tiempo dentro del hospicio y que no ha terminado por lo que se pedirá al supremo gobierno que recabe en la orden gubernativa que exige que solo ingresen al hospicio las personas que tengan familiares en él, los días domingos y solo por una hora, y que las demás personas que deseen visitarlas soliciten el permiso respectivo<sup>89</sup>

Según Foucault, esta tradición de exhibir a los locos viene desde el Renacimiento, es o sería una paradoja puesto que, aunque la función del asilo es la de evitar todo escándalo, en el caso de la locura deja sus puertas abiertas para que miren el desorden de los insensatos, pero totalmente separada de la razón y dentro de un muro, lo que extingue el miedo a la locura; de esta manera, el hombre se siente a salvo de la bestialidad, le parece que la locura no puede ser humana. He aquí la explicación de la violencia que se presenta dentro del internamiento (cadenas, locos desnudos a bajas temperaturas, camas de piedra, la inexistencia de platos<sup>90</sup>), que demuestra una concepción de animalidad respecto del loco<sup>91</sup>. “La animalidad que se manifiesta rabiosamente en la locura, despoja al hombre de todo aquello que pueda tener de

---

<sup>89</sup> Archivo Historia de la medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 26 de Mayo de 1885, folio.186, Hay que resaltar el hecho de que al parecer, también algunas vecinas solían asistir al hospicio, especialmente a la capilla a escuchar misa, pero en un momento “no se lo consintió se retiraron profiriendo expresiones groseras, se acordó que el Sr. Dtor Guarderas se acerque al Jefe General de Policía a fin de obtener de él una medida reparadora.” Archivo Historia de la medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 20 de Mayo de 1883, folio.124

<sup>90</sup> En las actas de la comisión se puede ver que en 1882 no existía un lugar para depositar a los muertos (es muy probable que se los enterrara en una fosa común), por lo que la Madre Superiora pide a la comisión se construya una media agua con paredes, para poder depositar ahí los cadáveres (Archivo Historia de la medicina, Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 24 de Diciembre de 1882, folio.105). Por otra parte en un documento de 1884 se dice: “como los locos duermen en poyos (estructura de piedra que se colocaba como base de la pared y que podía tener un doble servicio, de refuerzo de la pared, y de asiento, en esta caso de cama) y algunos pueden conservar (?) camas de madera; se acordó que se compre las que eran necesarias al Sor Colector, así como las indispensables para el nuevo salón de hombres”, en el mismo documento se asegura la necesidad de un estuche de cirugía. Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 20 de Enero de 1884, folios.141- 142. Finalmente, en las mismas actas se dice: “para evitar que los locos coman en piedras como animales, se autorizó á la Madre Superiora para que compre dos docenas de platos de fierro fuerte” con lo que se puede imaginar la situación en la que vivían los locos.

<sup>91</sup> La animalidad del loco se demuestra en que puede resistir como si nada los fríos más infrahumanos, la animalidad excluirá al loco de la enfermedad, y lleva la loco a un invulnerabilidad parecida a la de los propios animales en la naturaleza.

humano, pero no para entregarlo a otras potencias, sino para colocarlo en el grado de su propia naturaleza” (Foucault, 2010, p. 235); esta consideración aleja a la locura de la definición de enfermedad, el loco recibirá el trato de un animal; allí surge la explicación de que en el Código Civil, esté junto a los “animales bravos ó dañinos, que anduvieren sueltos” y que se tenga a loco como uno de ellos. En todo caso, la entrada de las Hermanas de la Caridad, supone un cambio en cuanto a la actitud que se tiene frente al loco, se le toma como un ser humano (en eso consiste, en parte, la caridad de San Vicente de Paul).

Ahora bien, a inicios del siglo XX no se puede decir que la concepción de animalidad vinculada al loco fue sustituida por una conciencia médica de la enfermedad; aunque se ve que la Junta de Beneficencia y el Gobierno toman el control de las instituciones, y que esto, a su vez, influyó en el desarrollo de la medicina científica, con respecto al interior del hospicio no se mejoraron de manera notable las cosas, el enfermo mental siguió siendo tratado en condiciones alarmantes para cualquier hombre; pero, por otra parte, la necesidad de guardar el orden bajo la normativa de la burguesía era más fuerte<sup>92</sup>, obligaba a encerrar al loco a como diera lugar, es así que, aunque empezó a existir una conciencia de la locura como enfermedad, ésta aún se encontraba emparentada con las formas de la sinrazón (de las cuales no se desatará, ni con la llegada y profesionalización de la medicina en el país).

Pero tal parece que la percepción del loco finalmente cambió, pero no en un solo movimiento; el loco ya no era considerado como un animal y se dejó de lado el valor que la razón le daba al error, para que estas dos cuestiones fueran sustituidas por una percepción de peligrosidad y la anormalidad, coincidiendo de igual manera con una división entre lo normal y lo patológico en la medicina. No es que antes la percepción de peligrosidad no haya existido, pero era menos fuerte; como se explicó anteriormente, el crecimiento de la urbe dio como resultado que se reconozcan personajes extraños a partir de una percepción de inseguridad por parte de

---

<sup>92</sup> Se tiene que mencionar que el plan o el proyecto liberal en el Ecuador, se dio gracias (y no siempre de la misma manera) a la unión de intereses entre la burguesía de la costa y la clase popular (o campesinado) de la misma región, en contra de los intereses de los hacendados serranos que, en gran parte, representaban a la derecha y defendían sus derechos siempre junto a los de la iglesia, por lo tanto en un punto se puede entender que los intereses económicos de la sierra y de la iglesia influían en sus costumbres y en sus creencias, por lo que aunque el estado (que en otro punto, tampoco tenía mucha fuerza, ya que luchaba para poder ganar poder reforzando sus aparatos, tales como la policía, y el ejército, e influyendo sobre la esfera pública y la educación para reproducir su aparato ideológico), implantó un modelo laico, la creencia de la gente seguía siendo conservadora, lo que fue demostrado en buen grado con el asesinato de Eloy Alfaro.

las clases aristocráticas de la ciudad en los alrededores de la urbe. Es en este punto en donde la policía pasa a ser algo más que una ‘policía clásica’<sup>93</sup> será una policía más en el sentido moderno, en cuanto se organiza para prevenir y para reprimir<sup>94</sup>. Es así que se constituye en la principal causa de petición por parte de los peritos para encerrar a una persona dentro del manicomio, en tanto resulta un peligro para la sociedad. En una petición del intendente de policía enviada al director del Hospicio- manicomio enviada en 1932, se pide que se acoja a una mujer aunque:

el informe médico que acompaño no estima del caso esta medida, la familia manifiesta que no es posible atenderla en la casa ya por la escases económica de la madre de la enferma, ya también porque ésta tiene accesos de locura furiosa que constituye un verdadero peligro<sup>95</sup>

El informe médico que se anexa dice que la mujer

tiene solamente manifestaciones nerviosas en forma de crisis más no trastorno ni manifestaciones de enajenación mental. Las manifestaciones de crisis nerviosas deben ser tratadas en mi concepto en el hospital o con un médico particular en su domicilio, antes que en el manicomio que más bien podría agravar a esta enferma<sup>96</sup>

En este informe se puede ver que a pesar de que los médicos, y hasta el intendente de policía tiene la conciencia de que esta persona no tiene que ser enviada al hospicio, pues el manicomio no es un buen lugar para curar a una persona que no se encuentre verdaderamente demente, la familia insiste en que la persona debe ser encerrada, por el temor que tienen a los

---

<sup>93</sup> “... de policía en el sentido muy preciso que se le atribuye en la época clásica, es decir, el conjunto de las medidas que hacen el trabajo a la vez posible y necesario para todos aquellos que no podían vivir sin él.” (Foucault, 2010, p.101)

<sup>94</sup> Se podría decir que en un primer momento la policía tiene un papel represor para poder organizar; en cuanto corresponde en buena parte a la emergencia de un poder de disciplina desde el estado, la policía en este punto (a inicios del siglo XX) responde como tecnología de disciplina por parte del liberalismo, pero también empieza a tener características de una tecnología de seguridad en cuanto empezó también a prevenir, es el caso de la ‘policía de higiene’, que se encargaba de organizar y cuidar la higiene pública para que no existan enfermedades en la población, de esta manera se estaría empezando a hablar de tecnologías de seguridad que pertenecen a una ‘biopolítica’ delineada por Foucault en *Defender la sociedad* (Foucault, 2001,p.220).

<sup>95</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1237 Comunicaciones Recibidas de la Junta Central de Asistencia Pública Enero-Junio 1932 Vol. I, JCAP, Pág. 546.

<sup>96</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 1237 Comunicaciones Recibidas de la Junta Central de Asistencia Pública Enero-Junio 1932 Vol. I, JCAP, Pág. 547.

ataques de locura furiosa; en este caso se puede ver cómo el furor del enfermo mental implica un temor a ser agredidos por parte de la familia. Otro documento (una historia clínica en este caso), muestra que existían casos en los cuales un individuo al verse enfermo, se internaba por voluntad propia en el manicomio, al temer que pueden convertirse en una amenaza para las demás personas y en especial para su familia<sup>97</sup>.

Finalmente hay que tener en cuenta al ebrio consuetudinario que sigue siendo encerrado en el hospicio. El alcohol dentro del manicomio es considerado como una de las principales causas de locura, en las historias clínicas se anota que el médico encuentra en un alcohólico de cuatro años “una intoxicación aguda que dura quince días y presenta manifestaciones de Delirium Tremens, en forma aguda”<sup>98</sup>; en la forma de terminación se encuentra que el ataque terminó pronto y de forma benigna, por lo que se da el alta, pero se le advierte que si continúa con el alcoholismo, pronto volverá al manicomio y sus puertas no se volverán a abrir<sup>99</sup>. Esta necesidad de encerrar al ebrio, está ligada siempre al desorden, pero más que nada a la locura, en cuanto el borracho puede muy bien ser peligroso para la sociedad y para su familia. Al encerrar al alcohólico dentro del hospicio, se busca una disciplinarización del individuo, para que trabaje y se vuelva productivo, de esta manera, el temor de volver a ser encerrado, es un medio para erradicar de la vida del ebrio a, *el demonio del alcohol* (Goetschel, Kingman, 1992, p. 159)

### **3.3. Conflicto religión /ciencia**

Ya se ha dicho cómo funcionaba el poder psiquiátrico, y que tan importante resultaba la disciplina como método constituyente de una terapéutica; se ha mostrado además cuáles eran las diferentes tecnologías de poder que se utilizaron dentro del Hospicio- Manicomio (camisas

---

<sup>97</sup> La historia clínica dice que el paciente sufrió varios meses antes de internarse un ataque de locura con un delirio ambulatorio, de persecución y al megalómano; viaja mucho, en pos de una mina de oro que le ha sido revelada, se torna irascible. “Actualmente estos síntomas han desaparecido”. En el momento del examen está en pleno estado de mejoría, recuerda su estado de demencia y dice que siempre intentó sobreponerse sin poderlo; existían una fuerza irresistible que le obligaba a actuar. Archivo Historia de la medicina, Historias Clínicas sección Hombres, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 14 de Julio de 1927, Historia Clínica No. 57.

<sup>98</sup> Archivo Historia de la medicina, Historias Clínicas sección Hombres, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 14 de Junio de 1927, Historia Clínica No. 122

<sup>99</sup> El Hospicio en toda la primera mitad del siglo XX luchó en contra de que se envíen ebrios a la institución, los directores siempre daban quejas de que el hospicio estaba lleno, y que no existía una zona de temperancia para atender a los alcohólicos.

de fuerza, cepo, calabozos, cadenas); técnicas de disciplina que venían siendo practicadas desde antes del ingreso de las Hermanas de la Caridad y que éstas no abandonaron, y que los médicos, en todo caso tampoco lo hicieron. A estas técnicas se tienen que agregar otras que vinieron aparejadas al estudio de la psiquiatría; éstas son: las drogas y el interrogatorio. En el caso de las drogas, se podría decir que las Hermanas de la Caridad las utilizaban<sup>100</sup>; pero, en el siglo XX, el avance de los narcóticos, de la farmacología, dio como resultado el hecho de que existieran, una serie de drogas mucho más potentes, algunas (como los barbitúricos) estaban hechas justamente para tratar las enfermedades mentales, las drogas son claramente un instrumento disciplinario que garantiza el orden y la tranquilidad, y que será utilizado mucho por los médicos psiquiatras dentro del Manicomio como método terapéutico, a la par del electroshock. En segundo lugar se encuentra el interrogatorio; el interrogatorio dentro del hospicio no se dio desde el ingreso de la medicina científica (o al menos así lo muestran los documentos), se dio varios años después, en 1926; esta es la fecha en la que se hizo la primera Historia Clínica<sup>101</sup>, y trata sobre un hombre que ingresa en 1910. La historia clínica tiene un pequeño cuestionario que se le hace al enfermo mental, y también tiene una parte en donde se buscan los antecedentes del individuo que va a ser internado. El interrogatorio tiene dos funciones; la primera se trata de que el médico psiquiatra gane un conocimiento ante el enfermo sin que este se dé cuenta, por lo que el médico puede mostrar un saber sobre el enfermo, sin que este caiga en cuenta del truco del psiquiatra. Y por otra se encuentra el de disciplinar, el hacer un cuestionario, un interrogatorio significaba “fijar al individuo a la norma de su propia identidad. ¿Quién eres? ¿Cómo te llamas? ¿Quiénes son tus padres? ¿Qué ocurrió con los diferentes periodos de tu vida?” (Foucault, 2008, p. 267). Se debe aclarar esto, pues los métodos disciplinarios que utilizaron las Hermanas de la Caridad, no fueron los únicos que adoptaron los médicos, pero tampoco los reemplazaron por los últimos mencionados, también se los menciona, por el hecho de que estas dos formas de disciplinarización, aun en nuestros días sigue siendo utilizada por los psiquiatras.

---

<sup>100</sup> En las actas del Hospicio se dice: “tomando en consideración el incidente ocurrido el día de ayer, relativo al desorden ocasionado por los elefanciacos, se resolvió que se gasten dos botellas de aguardiente en el agua caliente que se les dará mañana” . Actas Hospicio Manicomio 1882- 1899, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, folio.97

<sup>101</sup> Ver Historia Clínica anexada al final.

En este punto se hablará del conflicto entre la religión y la ciencia médica dentro del Hospicio. Con la entrada de la Junta de Beneficencia dentro del Hospicio, como ya se ha visto, el liberalismo tomó a su cargo algunas instituciones imponiéndoles un carácter laico; carácter que nunca fue del todo radical, pues la religión nunca fue desplazada totalmente. , pero el Hospicio, no pudo eliminar totalmente a la religión, pues las Hermanas de la Caridad cumplían una gran labor, y en especial, porque no existía una profesión de enfermeras en el país; las únicas que cumplían la labor de enfermeras en los hospitales eran las Hermanas de la Caridad, por lo que estas eran irremplazables para la Junta de Beneficencia. Ahora bien, se ha demostrado en acápites anteriores que las Hermanas de la Caridad ostentaban gran poder dentro del Hospicio incluso mucho más que el de los médicos en el primer cuarto del siglo XX. Hay que tener presente que para que un poder psiquiátrico sea cabal, y cumpla con la totalidad de sus objetivos, el Hospicio, el manicomio deben significar una parte de su cuerpo, todos los empleados deben responder ante él, todos deben informarle a él sobre lo ocurrido con tal o cual enfermo, todos deberían tenerle obediencia, el médico como director tiene que tener el control directo de la institución, y de sus empleados, tiene que administrar completamente la casa que dirige; para que la terapéutica que se plantea funcione. Pero esto no se da en Quito (Quito parecería tener una relación ambigua con el loco, para las postrimerías del siglo XIX podemos ver que el loco representa una burla para la población, pero para la primera mitad del siglo XX se puede observar una relación, que más que nada denota miedo a la fuerza, miedo a que el loco pueda asesinar, y al mismo tiempo una actitud de desprecio hacia él, esto lo demuestra el inflado número de certificados médicos enviados por la policía, y también el gran número de enfermos mentales que llegan a llenar las salas del Hospicio- Manicomio, haciendo imposible un tratamiento terapéutico, o una distinción entre locos y cuerdos); pues hay un poder contrario al poder psiquiátrico, y es el poder religioso de las monjas, que se encuentra antes del médico, y que a su vez se encuentra dotado de una autoridad que es fuerte dentro del Hospicio, una autoridad que se impone frente a los empleados de la institución, manejando de esta manera, y hasta cierto punto lo que pasa con los locos, con los ebrios, con los vagos, con los ancianos, sin obedecer cabalmente las ordenes de la junta o del médico, puesto que el médico no es una autoridad real para ellas. Esta lucha se encontrará en toda la primera mitad del siglo XX, lo que se verá a continuación.

A pesar de que la Junta de Beneficencia reemplaza a la conferencia de San Vicente de Paul, y el Gobierno liberal dispone que las Hermanas de la Caridad se encuentren bajo las órdenes directas de la Junta, las monjas no acatan las normas que se les dan. En 1911 la Junta de Beneficencia le pide a la Madre Superiora que no acepte a ninguna persona sin la boleta de ingreso, pero la Madre superiora seguirá haciéndolo, dejando entrar a personas desconocidas sin la autorización de la Junta; esta manera de actuar por parte de las Hermanas de la Caridad se seguirá dando hasta los años cuarenta. En estos conflictos entre la Junta y las Hermanas de la Caridad, el médico ni siquiera se encuentra nombrado; a pesar de que es nombrado Director de la institución, con respecto a lo administrativo no tienen poder, en general, las Hermanas de la Caridad son las que detentan la administración, y por otra parte en la primera década del siglo XX también se constituyen en administradoras económicas de la casa al nombrarse a una de las Hermanas habilitada del Hospicio<sup>102</sup>. Se podría decir que esta batalla más que pertenecer al campo médico pertenece a un esfuerzo del laicismo por dirigir las instituciones y tomarlas a su cargo, pero los médicos también se encuentran inmiscuidos en la lucha, pues el aceptar a personas sin certificado, y sin saber de su pasado; no permite desarrollar un tratamiento, cosa que no se busca en el primer cuarto del siglo XX, pero que a partir de 1926 (que es el año en que se hizo la primera historia clínica, la cual a su vez demuestra un nuevo interés por una terapéutica, y sobre el conocimiento del enfermo), la necesidad de que las personas ingresen con boletas médicas o de la Junta se hace más incesante, hasta que en la década de los cuarenta es obligatoria, y siempre forzada por el médico director del Hospicio; en este punto, es notable la lucha del médico por una regularización del trabajo de las Hermanas de la Caridad, que se autorizan muchas acciones que deberían encontrarse limitadas al campo de acción del médico. Esta lucha se seguirá observando en el siguiente capítulo.

#### **4. Hacia un discurso psiquiátrico**

Ya se ha visto la contradicción existente dentro del Hospicio y del Manicomio San Lázaro en Quito, ahora se verá el esfuerzo hecho por el poder psiquiátrico para tomar y organizar el

---

<sup>102</sup> Archivo Historia de la Medicina, Ap.- 0215 Comunicaciones de la presidencia 1911, JCAP, Pág. 1. El cargo de habilitado del Hospicio tiene que ver con un administrador de la economía del hospicio, por lo general siempre se trata de una persona que forma parte de la Junta de Asistencia, este es un caso raro que no se observa comúnmente en las comunicaciones de la Junta de Asistencia.

poder sobre los cuerpos con el afán no solo de control, sino de consolidar un poder que organice y que busque la cura del alienado y no tan solo su reclusión. Hay que recalcar que las dificultades para que el poder del psiquiatra (en sí un poder disciplinario) cumpla su función terapéutica, tenía también mucho que ver con el hecho de la crisis económica en la que siempre se mantuvo el Hospicio-Manicomio. Hacia finales de la década de 1930 e inicios de 1940, en el Hospicio y, especialmente en el área del manicomio, fue más frecuente el uso de medicamentos químicos; en la revista de archivos de criminología que fundó Julio Endara, Honorio Delgado un médico que se considera un referente de psiquiatría en Perú escribe:

La esquizofrenia está en camino de convertirse en una psicosis curable gracias a dos nuevos procedimientos terapéuticos, descubiertos casi simultáneamente: el de los ataques convulsivos provocados por el Cardiazol y el llamado del shock insulínico, respectivamente, a Ladislaus von Meduna<sup>103</sup>, de Budapest, y a Manfred Sakel<sup>104</sup>, de Viena (Delgado, 1937, pp. 345- 361).

No se puede saber en qué momento se empezó a utilizar el método de cardiazol o el insulínico en Quito; según Mariana Landázuri (2008), el tratamiento con estas drogas pudo haberse practicado primero en Guayaquil, en el manicomio Lorenzo Ponce<sup>105</sup>, y más tarde en Quito,

---

<sup>103</sup> Ladislaus Von Meduna (1896- 1964) fue un neurólogo y neuropatólogo húngaro que desarrolló la técnica terapéutica convulsiva para tratar a la esquizofrenia, esta terapia consistía en inyectar metrazol a los pacientes que sufrían de esquizofrenia aliviando y, en algunos casos, curando sus enfermedades, por lo que su método fue utilizado por varios médicos en distintos países.

<sup>104</sup> Manfred Sakel (1900- 1957) fue un neuropsicólogo y psiquiatra que desarrolló el tratamiento de shock insulínico que consistía en inyectar fuertes dosis de insulina en los pacientes con problemas mentales induciendo varias semanas al coma; el tratamiento insulínico requiere una supervisión constante “para asegurarse de que el paciente regrese del coma que produce la creciente dosis de insulina que se le inyecta a día seguido. En ese estado moribundo, el paciente puede necesitar respiración artificial y hay que registrar signos como la presión arterial, sudoración y reflejo ocular para determinar su estado neurológico [...] los pacientes permanecían con los pies y el pecho amarrados para controlar su conducta cuando despertaran.” (Landázuri,2008,p. 247) esta técnica terapéutica fue introducida en 1927 y fue usada mayoritariamente entre la década de los cincuenta y los sesenta, hasta ser reemplazada por las drogas neurolépticas o antipsicóticos en 1960. Este fue uno de los tratamientos introducidos en la primera década por la psiquiatría, que utilizaba un método convulsivo (junto a la terapia del cardiazol, metrazol, y el choque electro convulsivo); en general estas formas terapéuticas eran conocidas como ‘terapias de shock’. El tratamiento insulínico además, significaba un gran peligro para el paciente pues podía llevarlo a la muerte. El uso de este tratamiento decayó en la década de los setenta.

<sup>105</sup> Con respecto al Lorenzo Ponce, sería muy interesante hacer una investigación sobre la práctica asilar y psiquiátrica dentro de la institución y de las relaciones de poder y tecnologías que se utilizaban, quizás se pueda encontrar una práctica psiquiátrica libre de un poder religioso; por otra parte el Lorenzo Ponce tiene un antecedente en el manicomio José Vélez que funcionó en Guayaquil a finales del siglo XIX; una hipótesis sobre

pues la ciudad de Guayaquil se mantenía más en contacto con la ciudad de Lima, sin embargo, en la documentación de la Junta de Asistencia Pública<sup>106</sup>, no se habla casi nunca de lo que sucede en Guayaquil, a excepción de muy raras ocasiones, en las que algún médico pide información sobre el aparato de electroshock del manicomio de Quito, lo que demuestra que no existía comunicación entre los catedráticos y médicos entre las regiones.

Esta incursión dentro del uso de los medicamentos convulsivos y la llegada al final de la década de los treinta, implica un esfuerzo por una práctica psiquiátrica que esté ligada a la labor médica de una terapéutica, y no sólo al trabajo de “guardián de cuerpos inservibles”<sup>107</sup> al menos en lo que corresponde a la actividad a la que se encuentran ligados el director y médico del Manicomio.

#### **4.1. Entre el medicamento y el electroshock**

Para finales de la década de los treinta del siglo XX y la llegada de los cuarenta se puede ver la utilización de medicamentos químicos para algunas enfermedades. Es interesante observar una historia clínica de 1937 en la cual se relata cómo es llevado un hombre de 58 años hacia el Manicomio de Quito; el individuo es ingresado por la familia, ya que según ellos la enfermedad comienza ‘hace algunos años’, los síntomas más claros de cambio “trastornos de conducta” y de anormalidad, remiten a cierta violencia en contra de su hermana “más querida” y, sobre las personas conocidas sin que medie razón alguna; además de que “compra fruslerías pagando muchas veces precios exorbitantes, vende sus muebles en sumas fantásticamente reducidas<sup>108</sup> i en ninguno de los cargos que en calidad de médico le confían,

---

la práctica podría ser que existía quizás un mejor trato a las personas que estaban asiladas en el lugar, pues lo más probable es que haya sido manejada por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que se encuentra ligada a una asistencia pública y otra privada al mismo tiempo.

<sup>106</sup> La cual pasaría a ser nombrada así tras la Revolución Juliana por la creación de una nueva ley; es importante remarcar que el secretario de esta Junta será José María Velasco Ibarra, quién tendrá una participación importante en lo que será la creación del Hospital Psiquiátrico de Conocoto, llamado Julio Endara.

<sup>107</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones dirigidas/recibidas 1941- 1943, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 3 de Mayo de 1941.

<sup>108</sup> En este punto, se ve muy claramente una catalogación de la locura en cuanto el paciente no es verdaderamente peligroso para las personas que se encuentran a su alrededor, sino que más bien es un peligro en cuanto pone en peligro (valga la redundancia) los bienes de una familia. Foucault reconoce en Francia dos momentos claros dentro de la percepción, y el poder de la familia sobre la locura, uno antes de la ley de 1838 (Ley de alienados en Francia en la que participó Esquirol) y uno después; con esta ley, Foucault plantea que el ‘asilo’ rompe definitivamente con la familia. Antes de la Ley de alienados, la forma jurídica por la que se tomaba

permanece estable mucho tiempo”. Los “síntomas psíquicos” se refieren al poder para ejercer un proyecto igualitario “según el cual no habrá pobres ni ricos”, y entre los “síntomas neurológicos” se encuentra la “pereza de los reflejos pupilares, con tendencia a signos Argyll-Robertson. Manifiesta perturbaciones del lenguaje articulado; disartria. Temblor fibrilar de la lengua”. Se puede ver claramente en este caso que existen, además del análisis de los síntomas psíquicos, que antes era el predominante, síntomas neurológicos. Este punto es muy importante en cuanto implica poder encontrar, más allá de unos síntomas psíquicos, síntomas físicos definidos desde la neurología. Ahora bien, a pesar de esto, la psiquiatría no es igual a la medicina clínica; está claro que la psiquiatría y la medicina clínica tienen aquí al cuerpo como punto central para un diagnóstico que se podría llamar diferencial (en cuanto se busca diferenciar las enfermedades a través de los síntomas); pero al distinguir entre manía, melancolía, histeria o esquizofrenia, en verdad no se diferencian varias enfermedades, sino que en realidad (y en este punto se puede decir que es la función del psiquiatra), esta actividad está dada para no para saber si es tal o cual forma de locura, sino para saber si es o no locura (Foucault, 2008, 304). En la medicina clínica se puede decir que también se busca definir si es

---

posesión del loco era la interdicción (es obvio que esto ocurre después de la Revolución Francesa cuando son abolidas las “*lettres de cachet*”), el cual debía ser pedido por la familia; en segundo lugar un juez decidía el lugar del sujeto, luego de una entrevista a los miembros de la familia; y, finalmente, se transferían los derechos civiles del individuo a un consejo familiar. En general se utilizaba esta figura en “el despilfarrador, pródigo o loco, etc.”, pero también se podía recurrir directamente a la policía en caso de un crimen o una infracción. De esta manera la figura de la interdicción era un episodio de derecho familiar, que estaba respaldado por un procedimiento judicial. Cuando se aprueba la ley de 1838, se pone como figura principal la reclusión desplazando a la interdicción, y ubicándola simplemente como una figura secundaria, cuando es necesaria en una situación jurídica, “cuando los derechos civiles del individuo estén en riesgo o cuando ese individuo por el contrario, puede comprometer la situación de sus familia debido a los derechos que dispone”. La figura jurídica entonces, que es principal, es la de la captura del cuerpo, ya no es tan importante la familia, sino que ahora se da poder a una autoridad prefectoral, redoblada por una autoridad médica que decide la reclusión de la persona. “El loco aparece ahora como adversario social, como peligro para la sociedad, y ya no como el individuo que puede poner en riesgo los derechos, las riquezas y los privilegios de una familia”, por lo que la familia queda desposeída, y se da la posición de un poder médico sobre uno familiar. (Foucault, 2008, 114- 116). Es importante mencionar esto, porque se nota que, a pesar de tener una legislación, y por el esfuerzo que se dio desde el ingreso de los médicos al hospicio, por no recibir a ninguna persona dentro del hospicio sin una boleta médica o por una autorización de la Junta, las Hermanas de la Caridad muchas veces hicieron caso omiso de esta disposición; en esta historia clínica se ve que no era necesaria la intervención de la policía para que el individuo ingrese en el manicomio, en todo caso es necesario el examen del médico jefe de la institución. En cuanto a la legislación del país a inicios del s. XX y finales del s. XIX, se puede ver que la interdicción es utilizada mucho en cuanto a los derechos y deberes que se deben tener en el matrimonio, pues un marido puede perder los derechos en cuanto se vean amenazados los bienes familiares. Se menciona el caso francés, pues la mayoría de códigos civiles en Europa y en América tomaron el modelo de la legislación francesa, en Ecuador se tomó el modelo del código chileno, que a su vez (aunque tiene diferencias) es muy similar al francés.

o no es enfermedad; pero, no es una cuestión fundamental, como en el caso de la psiquiatría, en donde sí representa una pregunta fundamental, por lo que el diagnóstico no funciona para describir una nosografía, sino que, en cambio, funciona para diagnosticar si existe o no enfermedad. Hay que decir que aunque la neuropatología se encuentra dentro del mismo campo de la anatomopatología, la relación que tiene la medicina con esta última es muy diferente a la relación que tiene la psiquiatría con la primera. Al mirar el psiquiatra, y en el caso específico analizado un “temblor fibrilar de la lengua, los parpados y los dedos”, se puede ver un diagnóstico superficial, que no profundiza en los síntomas; en cambio, el análisis que hace la anatomopatología es un análisis al que la medicina llegó y que se centra principalmente en los detalles más ínfimos del órgano afectado, “y la superficie sólo se examinaba a través de un relevamiento de signos bastante simples y limitados” (Foucault, 2008, 342); en este punto es claro que, lo que busca el análisis clínico es mirar a través de los signos una enfermedad, dentro de un universo nosográfico; en cambio la psiquiatría al mirar solo la superficie sin profundizar, lo que busca es respuestas. A pesar de esto, la psiquiatría encuentra en la neurología un aliado que le ayudará a formular su verdad como saber y no tendrá que justificarse solamente en el estatuto y en el poder médico.

Por otra parte, este caso dentro de la historia clínica resulta interesante en cuanto aún se nota cierto juicio moral, en cuanto a los excesos sexuales, a la inestabilidad de cargos dentro de los trabajos, y al derroche de dinero del enfermo. El diagnóstico que se dará es el de ‘parálisis general progresiva’<sup>109</sup> y se lo tratará, en primera instancia, con un purgante drástico, con somníferos, con malaria terapia<sup>110</sup>; “inyección intramuscular de 4 c.c. de sangre de enfermo palúdico”<sup>111</sup>, colapso cardiaco o cardiazol y aceite alcanforado, digitalina, todo un tratamiento basado en drogas, que no parece ser tan preciso como el diagnóstico, lo que demuestra que no

---

<sup>109</sup> La parálisis general progresiva o neurosífilis es la afectación del sistema nervioso central por el *Treponema pallidum*. La parálisis general progresiva representa uno de los síndromes tardíos de la neurosífilis. En 1879 los trabajos de Alfred Fournier (1832- 1914) presentaron la parálisis general como una complicación frecuente de la sífilis terciaria.

<sup>110</sup> Malarioterapia o terapia por fiebre. Procedimiento desarrollado por Julius Wagner von Jauregg (1857- 1940), psiquiatra vienés ganador del premio Noble de Medicina en 1927. Consistía en la utilización de la fiebre provocada por la malaria para tratar la *Parálisis General Progresiva*. El virus de la malaria resultaba altamente eficiente contra la sífilis; en el presente no se utiliza, pues con la llegada de los antibióticos en la década de 1940 la penicilina demostró ser muy eficaz en contra de la sífilis.

<sup>111</sup> Archivo Historia de la medicina, Historias Clínicas 1937, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 14 de Enero de 1937, Historia Clínica No.5. La historia clínica completa se encuentra en los anexos.

existía al parecer un tratamiento definido para el diagnóstico establecido<sup>112</sup>. Finalmente, dentro de la historia clínica se encuentra una “hoja de conducta” en la cual se señalan los meses que ha permanecido el paciente dentro de la institución y sus actividades tales como: su excitabilidad, su tranquilidad, sus intentos de suicidio, si se masturba, si se desnuda, si se baña, si tiene ataques. Lo que nos habla de un refuerzo con respecto al poder disciplinario dentro del hospicio que remite a un control mucho más minucioso; pero ¿es el médico el encargado de estar pendiente de los pacientes? Lo más probable es que no, la respuesta debe buscarse en los empleados, en el hecho de que el poder en este punto no es tan disimétrico entre las Hermanas de la Caridad y el poder médico psiquiátrico que se encuentran en lucha dentro de la institución.

La terapia con electroshock<sup>113</sup> en cambio fue adoptada por el manicomio en la década de los cuarenta, un documento del 31 de Octubre de 1944 asegura que una máquina de “electro chok” se encuentra en la aduana, y que el Dr. Julio Endara cedió la maquina al manicomio de Quito; pues “este aparato es indispensable para el tratamiento de determinados enfermos mentales, sería preciso que se adquiriera dicho aparato, para modernizar, en un algo este servicio asistencial”<sup>114</sup> aduciendo además que, “de esta forma ahorraríanse las cantidades de insulina que se emplea en el tratamiento de los enfermos mentales”. El electro shock, al igual que los medicamentos que se proporcionan a los enfermos mentales, tiene un motivo terapéutico, en el caso de las inyecciones de insulina, o de la malarioterapia, se registran muchas veces mejoras; en las estadísticas del año 1950 se pueden encontrar los siguientes datos:

---

<sup>112</sup> Vale la pena nombrar otras historias clínicas en las cuales el diagnóstico es el de parálisis general. En la historia clínica no. 14, primero se menciona que se trata de un caso de psicosis, pero en el diagnóstico definitivo, se trata de una parálisis general. (Archivo Historia de la medicina, Historias Clínicas 1937, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 5 de Marzo de 1937, Historia Clínica No.14); por otra parte, hay que mencionar que de las primeras historias clínicas que se encuentran en el Archivo de Medicina, muchas tienen el diagnóstico de psicosis, aunque en un gran número de ellas no se mencionen los síntomas. En otra historia clínica, se da el diagnóstico de parálisis general, en el cual se pueden encontrar tres síntomas: los psíquicos, los neurológicos, y “la ración de Wasserman”, finalmente el tratamiento consiste en un purgado drástico, diuréticos, Bismogenol e Inpaludación (método parecido a la malarioterapia), lo que demuestra un tratamiento completamente distinto al anterior, y da cuenta de la forma diferente en que se llevaba a cabo la práctica psiquiátrica dentro del hospicio.

<sup>113</sup> Ugo Cerletti (1877- 1963) desarrolla el electroshock en colaboración con Lucio Bini. El 15 de abril de 1938 un esquizofrénico es sometido por primera vez a ese procedimiento terapéutico.

<sup>114</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones recibidas/ dirigidas 1944- 1945 Director Asistencia Pública, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 31 de Octubre de 1944.

Que existieron 322 ingresos, 177 egresos y 96 defunciones, la provincia que proporciona más pacientes es la de Pichincha seguida de la de Tungurahua y la de Cotopaxi; el número de asilados existentes para el 21 de mayo de 1951 es de 636, de los cuales 31 son pensionistas. Con respecto a la atención médica se ve una preocupación mayor por tener todos los medicamentos en la botica de la institución que en el área del manicomio ha sido empleada en terapia convulsionante (Electro shock, Insulina, Cardiazol), además también de hacen terapias de “Narco- análisis”, pues no se ha podido ocupar la terapia ocupacional “indispensable en los modernos Establecimiento Psiquiátricos”<sup>115</sup>. El principal inconveniente que encuentra el médico en el hospicio y especialmente en el manicomio, es el hecho de que no existe espacio para tantas personas, pues en el manicomio se mezclan todo tipo de enfermos, sin una distinción lo que “dificulta inmensamente la labor psicoterapéutica”<sup>116</sup>

Las estadísticas de 1950 del departamento técnico del manicomio en el servicio de mujeres, muestran:

“1) Electroshock.

En el segundo trimestre del año, se han atendido 41 enfermas, cuyos diagnósticos han sido:

Esquizofrenia, forma catatónica.....	18
“    “    paranoica.....	5
Psicosis maniaco depresiva.....	12
Psicosis indeterminadas.....	1
Psiconeurosis-Histeria.....	2
Psicosis Seniles.....	2
Formas demenciales.....	1

Total 41”<sup>117</sup>

<sup>115</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones Dirigidas- Recibidas 1951, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 31 de Octubre de 1944.

<sup>116</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones Dirigidas- Recibidas 1951, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 21 de Mayo de 1951.

<sup>117</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones Dirigidas- Recibidas 1951, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 2 de Enero de 1950.

Lo cual nos muestra el total de enfermedades que se tratan con el electroshock, pero algunas de estas enfermedades no son tratadas solo con este medio, también se utiliza el método con la insulina y a base de Metrazol. Aun teniendo un claro carácter terapéutico, estos métodos también tienen la utilidad de ser parte de las tecnologías disciplinarias; el método del electroshock consiste en colocar unos electrodos en la cabeza del paciente para pasar corriente eléctrica por el cerebro y así lograr una activación neuronal; actualmente se sigue utilizando pero, se usa anestesia; en el manicomio no existen rastros de haber utilizado anestesia para implementar tal tratamiento que tiene efectos secundarios como la pérdida de memoria, confusión, daño cerebral, entre otros. El primer efecto que causa es muy parecido a los espasmos de un epiléptico, luego de lo cual sobreviene un coma que puede durar hasta media hora. Se visibiliza entonces que el electroshock es una herramienta disciplinaria, muchos enfermos cambiaban su actitud, su comportamiento, frente al gran castigo que significaba el tener que recibir un tratamiento que entrañaba violencia y cuyos efectos eran tremendamente dolorosos. En la actualidad aún se utiliza, aun a sabiendas de los daños que causa; sin embargo, para hacerlo, se obtiene el consentimiento del paciente. Es importante anotar que las consideraciones desde las cuales se continúa con este procedimiento, son similares a las de los siglos pasados.

## **4.2. El médico como director**

Se podría decir que en la década de los cuarenta el médico amplió su poder dentro del manicomio; es en estos años cuando el Dr. Fernando Casares de la Torre lucha por tener el control y por hacer respetar el nombre de Director del hospicio; en 1942 reclama el hecho de que muchos empleados se han pasado de los 30 días de vacaciones que se han pedido; y que declaren vacantes los puestos de las personas que se han excedido. Por otra parte dice que esta situación se da por la poca autoridad del Director ya que no se encuentra investido de ningún cargo administrativo y en la práctica no existe el puesto, es por lo que pide que le tengan más confianza<sup>118</sup>. A pesar de haber pasado más de treinta años del ingreso del primer médico al manicomio, las Hermanas de la Caridad siguen ostentando mucho poder dentro del Hospicio-Manicomio, y el médico en este conflicto se siente amenazado en sus tareas; Casares de le

---

<sup>118</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones dirigidas/recibidas 1941- 1943 Director del Hospicio, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 23 de mayo de 1941.

Torre parece decidido a llevar adelante una terapéutica y una cura para los enfermos del manicomio, pero se le hace imposible cuando dentro de la Institución subsiste un poder que desafía su autoridad y que, en un punto fundamental, es la muestra de indisciplina frente al poder psiquiátrico que necesita demostrar autoridad para lograr una terapéutica y consolidarse frente a la nueva concepción de la locura. Esta terapéutica consiste en demostrar al loco que el poder psiquiátrico es más fuerte, pero las Hermanas de la Caridad se encuentran acostumbradas al poder sostenido en la estructura de la comunidad, poder que se encuentra íntimamente relacionado con la cuestión religiosa; el respeto de la religión (a pesar del intento por ser un estado laico), pesa mucho en los habitantes del hospicio; sin embargo, el médico insiste en mejorar el servicio, dirigiéndose al Director de la Junta de Asistencia, le escribe sosteniendo que no existe un servicio de Asistencia Social a los alienados, que debería tener como objetivo “ la reclusión de los alienados, su tratamiento, la reintegración social” y que esto afecta a la colectividad; se recalca también que un “verdadero servicio social requiere aún tramites especiales desde la hospitalización de los dementes: un servicio de diagnóstico ajeno al manicomio, o como una dependencia particular de este, que justifique una orden de encierro”, pero que ello no se cumple, pues la Junta envía enfermos para que se los hospitalice provisionalmente, pero que, por la forma en que actúa el personal, los enfermos se quedan definitivamente. Una de las principales preocupaciones que tiene el médico es el hecho de que existen varios enfermos de esquizofrenia que con los tratamientos de Cardiazol y de Insulina se podrían mejorar, pero que en el manicomio no se ha podido conseguir por las siguientes razones:

el local del manicomio es absolutamente inadecuado para esta clase de tratamientos, el personal de enfermeros es completamente deficiente, por cuanto estos no son, en la actualidad, otra cosa que vigilantes de enfermos<sup>119</sup>, la extrema injerencia que ha

---

<sup>119</sup> Se tiene que remarcar el caso del velador de la loquera de hombres, al cual le tiene que imponer una multa, por golpear inhumanamente a un enfermo, el médico además dice que el castigo es injusto, ya que la situación de las personas del servicio es penosa, ya que son 4 hombres que sirven de enfermeros, ayudantes, sirvientes de sala, sirvientes de comedor, mandaderos, peones de limpieza y asistentes de 150 enfermos, muy agresivos. Se dice además que la junta conoce el caso de un atentado a un empleado anterior que recibió 7 puñaladas cuando desempeñaba sus obligaciones. Cada enfermero debe atender 37 enfermos. El médico finalmente asegura que en cualquier momento ocurrirá una desgracia si la Junta no le escucha en sus pedidos, además dice que se deben aumentar por lo menos dos enfermeros más por cada una de las loqueras. Archivo Historia de la

estado acostumbrado a tener el personal de Hermanas de Caridad no, como deber ser exclusivamente para el cuidado y vigilancia de los enfermos, sino aún para discutir diagnósticos y tratamientos, la falta de un local distinto de aquel en el cual se verifican los tratamientos para mantener a los enfermos una vez que se ha iniciado la mejoría y por último la promiscuidad en que viven los enfermos, sin respetarse sus condiciones psíquicas y patológicas. Si a esto se añade el costo del medicamento y el descuido de la mayor parte de los familiares de los enfermos, comprende fácilmente porque no hemos podido beneficiarnos ampliamente con estos modernos tratamientos<sup>120</sup>

Esta es la primera vez que se ve un enfrentamiento cara a cara del poder psiquiátrico por tener el control de la institución y por imponerse para poder lograr un tratamiento, que en verdad busca recuperar a los individuos y reinsertarlos en la sociedad, con quienes impiden que se cumpla cabalmente este fin, es decir, con el personal, que, en lugar de ser enfermeros son vigilantes, dirigidos y controlados por las Hermanas de la Caridad; en términos generales, la comunidad religiosa interviene en temas que no les competen<sup>121</sup>, y que, por tanto provocan el desorden del establecimiento.

Todos los puntos señalados por el médico son necesarios para la construcción de un poder psiquiátrico tal como lo ve Foucault en el siglo XIX en Europa. Esta misma construcción se encuentra todavía luchando por instituirse en el siglo XX en Ecuador; se puede ver que el poder psiquiátrico no ha sido instaurado, pues en esas primeras décadas no logró ser mucho más grande y fuerte que el sostenido por las Hermanas de la Caridad. El enfrentamiento directo, se justifica en el reclamo y la demostración de ineficiencia de la administración llevada a cabo por los anteriores directores (aun cuando el mismo Casares de la Torre admite que el cargo de director había sido inexistente); a partir de ello se puede decir que el poder psiquiátrico ha sido inexistente, y que si existía, estuvo mucho tiempo ahogado bajo la sombra de otro poder. Un poder psiquiátrico que intentaba ver la luz, pero que al salir quedaba ahogado bajo el peso de las dificultades y, en especial se podría decir, bajo el peso de una

---

medicina, Comunicaciones dirigidas/recibidas 1941- 1943, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 11 de marzo de 1941.

<sup>120</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones dirigidas/recibidas 1941- 1943, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 18 de agosto de 1941.

<sup>121</sup> En los documentos revisados antes, es la primera vez que se menciona la intervención de las Hermanas de la Caridad en el diagnóstico de los enfermos.

visión que no busca rehabilitar al loco. En este punto, se ve una necesidad, expresada en el médico de una “reintegración social”<sup>122</sup>.

El médico en su informe, que a la vez tiene el carácter de protesta, termina reafirmando las sospechas:

Es vergonzoso que lo diga, pero el Señor Director debe convenir conmigo respecto a la Asistencia de enfermos mentales, estamos en la misma situación que hace 100 años, el edificio sirve de alojamiento de alienados, la criminal confusión que se hace de enfermos mentales con ancianos, inválidos e incurables, la indiferencia no solo del hombre ordinario, sino aún del hombre culto, de las instituciones llamadas a velar por el prestigio nacional<sup>123</sup>.

Por motivo de todos estos reclamos, y además por las informaciones que el Director de Asistencia Pública recibe del “Director” del Hospicio, la junta le da plenos poderes a Casares de la Torre y lo reconoce como Director del Hospicio, pidiéndole que asuma administrativamente sus funciones y se pide a la Madre Superiora que ponga en conocimiento de todas las Hermanas de la casa de cada sección lo dispuesto por la Junta. En el mismo documento, y en el mismo reconocimiento, se da a conocer a Casares de la Torre, que ha sido favorecido con una beca en los Estados Unidos para la especialización en psiquiatría, para que acumule experiencia en la administración y manejo de manicomios. De esta manera, y por de

---

<sup>122</sup> Esta figura de la reintegración social, está ligada a la tecnología de poder disciplinario en cuanto los mecanismos de poder disciplinario son individualizadores pues buscan la “sustracción de fuerzas, disminución del tiempo de trabajo, reducción de las energías, costos económicos, tanto por lo que deja de producirse como por los cuidados que puede requerir (Foucault, 2001, 221); en fin “los sistemas disciplinarios tuvieron una primera función, una función masiva, una función global, que vemos surgir con claridad en el siglo XVIII: ajustar la multiplicidad de individuos a los aparatos de producción o los aparatos de Estado que los controlan, e incluso adaptar el principio de acumulación de hombres a la acumulación de capital. En sus márgenes, y por su carácter normalizador, esos sistemas disciplinarios daban necesariamente origen, por exclusión y a título residual, a otras tantas anomalías, ilegalidades e irregularidades” (Foucault, 2008, 137). Por lo que el manicomio es, en parte, un resultado de esos mecanismos disciplinarios, que a la vez utilizaron la tecnología disciplinaria para reformar al individuo.

<sup>123</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones dirigidas/recibidas 1941- 1943, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 18 de agosto de 1941. Hay que tener presente que a pesar de que el Director del Hospicio muestra estas razones muy claras; las Hermanas de la Caridad y, especialmente la Madre Superiora, siguen tomando atribuciones que no le corresponden, en algunas ocasiones deja salir asilados del hospicio sin permiso del Director del Hospicio, y en otra hace un acuerdo para que en las festividades de la virgen del Quinche se alojen 100 personas, a lo cual el médico informa que es imposible, pues no existe el espacio suficiente ni siquiera para los enfermos. Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones dirigidas/recibidas 1941- 1943, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 25 de mayo de 1943.

haber tenido ya el cargo de Director (y muchos más antes de él), la Junta le reconoce y le da poderes para que se encargue administrativamente de la institución. A partir de este punto, se verá que la administración de la casa, y en especial de los empleados será dada por el médico que ejerce la dirección del hospicio; de esta manera la Madre Superiora pierde el papel que había tenido, como administradora del recurso humano que se encontraba en la casa.

Así es que el médico en este punto puede tener control total (o mayoritariamente del Hospicio), obteniendo él, en su estatuto de médico, y por el saber que posee, el poder para decidir quién ingresa y quien no, y por lo tanto también el poder de decidir qué personal es necesario, y qué personal no se encuentra dentro del proyecto planteado por el modelo psiquiátrico; se eliminan de esta forma dos de las dificultades que enunciaba en las informaciones a la Junta: la intervención de las Hermanas de la Caridad y la incapacidad del personal de la casa. Faltará un tercer punto que se resolverá en la siguiente parte: el espacio.

### **4.3. Hacia el manicomio como institución psiquiátrica**

El médico psiquiatra que cumple su función de Director dentro del Hospicio Manicomio San Lázaro en la década de los cuarenta ha logrado de alguna manera (no completa<sup>124</sup>, pues las Hermanas de la Caridad siguen dentro de la institución) desplazar el poder de las Hermanas de la Caridad dentro del Hospicio al ámbito que les corresponde, esto a la vez se encuentra ligado a una mayor búsqueda de saber dentro del manicomio en búsqueda de una institución hospitalaria con carácter clínico (es decir, el estudio de la enfermedad en la institución hospitalaria); como se ha visto, esto no quiere decir que la enseñanza de la Psiquiatría no se haya dado dentro del hospicio, pero en la década de los cuarenta, parece que esta se refuerza. En 1941 Julio Endara, que es el profesor de Cátedra de Neurología y Psiquiatría, pide al señor rector de la Universidad Central el incremento de un gabinete para la cátedra de dicha clase, que tal parece se encuentra desabastecida. Esta necesidad de tener una mejor cátedra de psiquiatría dentro del Hospicio hace que se dicte un reglamento para dar clases de clínica

---

<sup>124</sup> Ya en 1951, se encuentra un hecho que puede dar clara señal que sigue existiendo un conflicto dentro del Hospicio; el 10 de octubre una Hermana de la Caridad puesta al servicio de ancianos tuvo un incidente con el asistente de la misma sección, los dos se insultaron, hasta que finalmente, la Hermana golpea al encargado con una cuchara. El médico no permite estos actos y los dos son despedidos. Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones Dirigidas- Recibidas 1951, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 10 de octubre de 1951.

psiquiátrica. Pero este no es el único reglamento que se da dentro del Hospicio; con el afán de regularizar y de controlar (ya que un reglamento es un medio disciplinario con el cual se puede controlar las acciones de los empleados y de los asilados) y en vista de que no existe un reglamento establecido que se cumpla, el Director del Hospicio propone un nuevo reglamento<sup>125</sup>, que entre otras reglas expone:

El ingreso de los enfermos obedecerá: a) voluntad personal, b) Prescripción médica, c) orden judicial. En los tres casos será comprobada la causa y el Director hará la solicitud de ingreso a la dirección de asistencia (al contrario de lo que pasa en la época en donde el Director de Asistencia da la orden al Director). La admisión de enfermos es solo para tratamiento, no como medio correccional<sup>126</sup>. Una vez que se acepte una persona, el médico recibirá los datos de este y sus antecedentes de parte de los parientes cercanos al mismo, solo así se dará la orden de ingreso<sup>127</sup>; una persona tiene que constituirse como representante obligándose de atender sus necesidades; Art 8. Para facilitar el control y la estadística se adoptará el sistema de fichas de la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>128</sup>. Art 10. Únicamente los jefes de servicio tienen autorización para pedir el alta de los enfermos, después de que una sesión científica haya obtenido esa resolución. Art. 11 Todo internado que falleciese será autopsiado y el protocolo de la autopsia pasará a formar parte del archivo de Historias Clínicas. Art. 16 la Dirección quedará autorizada en utilizar a los asilados que le pareciese conveniente en trabajos manuales, especialmente en gimnasia y labores agrícolas. Art. 18. El director del establecimiento será un médico especializado en Psiquiatría<sup>129</sup>.

---

<sup>125</sup> Este reglamento se encuentra anexado al final de esta investigación.

<sup>126</sup> Punto importante, ya que con esto se intenta diezmar el ingreso de alcohólicos, gente con enfermedades venéreas, mujeres que han sido encerradas por sus maridos, etc.

<sup>127</sup> Esto responde al afán de conocer los antecedentes del sujeto, para poder saber algo más de él; hay que recordar que para la psiquiatría es muy importante el interrogatorio para constituir un saber.

<sup>128</sup> Este punto propuesto por Casares de la Torre resulta interesante. Para estos años la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, o APA) se encuentra recogiendo estadísticas para poder hacer el primer Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), muy utilizado y controvertido en nuestros días. En esta época de igual manera se puede notar mucho interés por parte de los Estados Unidos hacia las estadísticas del país, y, puede decirse, de Latinoamérica, sería interesante, y hasta cierto punto importante investigar acerca de los intereses detrás de las estadísticas.

<sup>129</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones recibidas/ dirigidas 1944- 1945, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 17 de Noviembre de 1945. Este proyecto de reglamento resulta de interés porque se formuló antes de la construcción del Hospital Psiquiátrico de Conocoto.

Este reglamento para el Hospicio no se llega a dar nunca, la Junta de Asistencia Pública nunca lo toma en cuenta, y si esta no lo aprueba, entonces el reglamento tampoco se puede aplicar; por otra parte la idea trazada dentro del reglamento de una sesión científica se cumple. El 7 de diciembre de 1945 se lleva a cabo la primera sesión científica del personal técnico del manicomio, en esta sesión prácticamente se decidió nada; la segunda reunión se da el 12 de Diciembre de 1946. En esta sesión se decide dar el alta a una mujer que padece de una psicosis toxico- infecciosa, además también se analiza el caso de un sujeto, llegando a la conclusión de que se trata de una psicosis de pánico. Por otra parte se ve un interés en aplicar el anterior reglamento que permite las visitas solo los días domingos, regla que no se cumplía normalmente cuando las Hermanas de la Caridad se encargaban de la dirección.

Una de las mayores dificultades que la mayoría de médicos que fueron directores del Hospicio (además de la escasez económica) y que Casares de la Torre encontraba fue el espacio del Hospicio Manicomio San Lázaro, gracias a su insistencia logró encontrar el financiamiento para construir un nuevo hospital con el Servicio Interamericano de Salud Pública de los Estados Unidos, ellos se comprometen a aportar 300.000 dólares, el gobierno 900.000 dólares y la Junta de Asistencia Pública 800.000. El nuevo Hospital Psiquiátrico será construido en la hacienda Santo Domingo de Conocoto, y el Director del Hospicio pide que se adquiera toda la Hacienda para que los asilados puedan trabajar en agricultura como un medio terapéutico<sup>130</sup>; de esta manera queda vencido el tercer obstáculo, el del 'espacio' para una terapéutica del poder psiquiátrico a través de una tecnología de disciplinarización.

## **Conclusiones:**

Se ha descubierto, a través del análisis histórico planteado, una serie de mecanismos de poder que se encontraban implantados antes de la llegada de las Hermanas de la Caridad al Hospicio San Lázaro y que correspondían a un poder disciplinario; en el tiempo en el que fue fundado el Hospicio, el poder que es dominante es un poder de soberanía, el cual utiliza para sus fines el derecho jurídico que sería un mecanismo de poder, por el cual se controlaba y se imponía al indígena y al individuo que eran parte del orden colonial que tenía como máxima figura al

---

<sup>130</sup> Archivo Historia de la medicina, Comunicaciones dirigidas- Recibidas 1946- 1947, Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro, 25 de Marzo de 1946.

Rey de España. A través del ejercicio de la soberanía, el derecho representaba una forma de dominación en la cual la soberanía tenía derechos legítimos, y por otra parte existía una obligación de obediencia (Foucault, 2001, 35); a pesar de esto, se puede notar que ya existen mecanismos disciplinarios que se encuentran subyacentes en algunas formas de castigo. Se puede ver también que estos mecanismos disciplinarios llegaron a América a través de las órdenes religiosas, y es desde ahí que se puede hacer un primer acercamiento al poder disciplinario en la colonia. En el Hospicio Manicomio se pueden ver estas tecnologías de poder desde la fundación de la institución, pues al ser este un lugar que buscaba una reforma moral de los individuos a los cuales encerraba, y al ser este un lugar de reclusión forzada, que además se encontraba justificada por un orden jurídico de soberanía, se imponía a los individuos a que pasaran por todo un régimen estricto y religioso que pretendía cambiar sus almas para que volvieran a la ley de Dios y así dejaran sus males morales y su vida licenciosa, que los hacía malos a los ojos de Dios, y también ante la sociedad. En este mismo mundo, que pertenece a la disciplina y al régimen moral, se puede ver a la locura ligada a los demás males morales, por encontrarse dentro de los males del espíritu y del alma, los cuales pertenecen a los territorios de Satán. Como se ha visto en la investigación, este orden disciplinario que existía dentro del Hospicio desde la colonia y que seguiría ahí cuando las Hermanas de la Caridad llegaron, se mantendrá también con la llegada de la medicina moderna, que reconocería al loco como enfermo y le daba un lugar en el campo de la patología. Pero, para poder curar esta patología, es decir, para la medicina, y en especial para el campo de la 'proto-psiquiatría', era necesario que las tecnologías de poder disciplinario que habían estado presentes desde hace mucho tiempo atrás se mantuvieran. De esta manera se puede definir una primera conclusión: a pesar de la llegada de la medicina y la constitución de la psiquiatría en el Hospicio, la disciplina nunca se perdió, y, en el propio Hospicio, se manifiesta claramente la unión entre un orden jurídico y un orden disciplinario que, en un principio, no se convierte en la expresión política del Estado.

Por otra parte, la llegada de las Hermanas de la Caridad en el gobierno de García Moreno, no representó el avance de una medicina moderna en el país; a pesar de que viajaron desde Francia, y que se encontraban al tanto de los avances científicos de Europa, las Hermanas de la Caridad vinieron a ser un refuerzo, en cuanto a asistencia hospitalaria, sin tener un estatuto

de saber dentro del discurso científico; al parecer, este estatuto de saber no se logró en ninguna institución, y mucho menos en el Hospicio- Manicomio, donde continuaron con el régimen moral que se había inscrito en el primer reglamento del Hospicio. En otro sentido, a través de las Hermanas de la Caridad, se puede ver un cambio de concepción con respecto al loco; aunque este cambio de mirada con respecto al loco, considerado como un animal, no se puede saber si corresponde a la visión europea, se podría decir que, en cuanto a la ciudad de Quito, la percepción del loco también cambió y se la desvió hacia la peligrosidad, hacia la fuerza, pero este cambio no se produjo de una sola vez, recuérdese los relatos que dan cuenta de cómo las personas iban a reírse del loco al Manicomio a pesar de que el discurso sobre el enfermo mental había cambiado en las esferas del poder y los organismos estatales encargados de su cuidado.

Otro punto visible es el hecho claro de la llegada de la medicina al Hospicio Manicomio. La llegada de la Junta de Beneficencia fundada por el liberalismo a principio de siglo, significó a su vez la llegada y la inquietud por entender la locura en un primer momento; significó el estudio de una psiquiatría bastante primitiva, pues la medicina también empieza a discernir entre lo patológico y lo normal. Ese cambio a una medicina científica, ligada a la observación del cuerpo y a la sintomatología, ofrece un cambio a su vez de comprensión de la locura; se reconoce una enfermedad en ella, y aunque no se conozca de qué se trata ni cómo curarla, se siente algo de inquietud; a pesar de ello, y a pesar de la fundación de la cátedra de psiquiatría, no existió una práctica terapéutica dentro del Hospicio Manicomio, lo cual a su vez tenía que ver con el conflicto claro que se daba entre la ciencia y la religión, y que, a pesar de que a principios de siglo el país se hallaba bajo un régimen liberal, las Hermanas de la Caridad no pudieron ser expulsadas, en gran medida por lo útiles que representaban a un estado débil, aún se encontraba en proceso de formación.

Por lo tanto se puede decir que, aunque existió un proceso de reconocimiento de la patología, la psiquiatría, a pesar de su cátedra en la facultad de medicina, no se desarrolló en su plenitud en el inicio del siglo XX, y esto tiene que ver con la necesidad de poder disciplinario que tiene la psiquiatría para poder controlar a la locura, entendida como la representación de una fuerza mayor. La terapéutica no llegó a ser realidad dentro del Hospicio Manicomio hasta la década de los treinta con la llegada de las drogas y finalmente con la llegada del electroshock,

tratamientos que en muchos casos curaban, pero que en otros no hacían nada más que un efecto negativo. En todo caso se puede rastrear una práctica que podría llamarse “proto-psiquiátrica” fuera de la institución, en la práctica médica que se encontraba fuera de los parámetros institucionales pero que advierte a la vez cierta ingenuidad.

Hay que nombrar al juego entre la verdad y el poder que maneja la psiquiatría, en el punto de que la medicina y en este caso específico, la psiquiatría instauran verdades a través de su conocimiento científico (el caso notable de histeria sin ataques es un ejemplo claro de la instauración de una verdad, que a la vez representa una realidad que se manifiesta en la cura); aunque es difícil hablar de psiquiatría en la primera mitad del siglo XX, y esto puede haber influido en que el poder de las Hermanas de la Caridad haya sido tanto tiempo intocable; se trata del enmascarar atrás de un estatuto que es el del médico mismo el poder; en el caso del psiquiatra, y en el caso puntual del Manicomio, el psiquiatra no se guiaba por una teoría (aunque se estudiaban textos europeos, los cuales tampoco contenían métodos teóricos). El saber de la psiquiatría se encontraba vacío a inicios de siglo (aunque se puede notar un desarrollo en cuanto a practica judicial), imponía algo de su poder dentro del Hospicio, pero ese poder que solo se basaba en el estatuto médico, no resultó ser superior, hasta que el médico psiquiatra pudo empezar a utilizar métodos terapéuticos, que le dieron un punto de enganche en la realidad.

Con respecto al Estado, se ha podido ver a través de los códigos civiles, y de los de policía una idea de lograr un estado moderno, en cuanto este sea un estado que tenga el control y pueda intervenir sobre el dominio público y ordenarlo. El caso de la institución asilar, es un caso claro en cuanto, el loco que puede representar un desorden social en cuanto constituye una figura que no sociabiliza, no rompe con una regla precisa como el criminal, sino que puede romperlas todas, por lo que constituye una amenaza total para el orden, y por lo tanto para la organización de la sociedad. El liberalismo en cuanto ideología política, tiene la conciencia de la asistencia, por lo que oculta en su mayoría las manifestaciones extremas de pobreza, guardado el orden, y en buena parte buscando una igualdad, que en estos puntos encuentra su mayor contrariedad. De esta manera utiliza al discurso científico y médico para lograr sus fines de un orden social racional.

Finalmente hay que nombrar las preguntas o posibilidades que se ha encontrado en esta investigación: En primer lugar la Universidad como un espacio de conocimiento en donde también se desarrolla un discurso científico, y que por falta de tiempo aquí no se a investigado. En segundo lugar sería muy interesante saber qué pasa con la práctica psiquiátrica en Guayaquil, si su desarrollo es parecido al del Hospicio Manicomio en Quito, o si es diferente. Por último se debe nombrar la relación fuerte que existe entre la criminalidad y la locura, es importante revisar la revista de Neuropsiquiatría, Criminología y Ciencias conexas de la Universidad Central, y mirar este vínculo, y su relación con el desarrollo de la penalidad.

**Anexos:**

Historia Clínica Sección Manicomio 14 de Enero de 1937. El orden establecido aquí es el mismo en el que se encuentra la historia clínica en el libro de Historias clínicas.

**HISTORIA CLINICA**

**MANICOMIO DE QUITO**

Sección de HOMBRERES Núm. 5

Jefe del Servicio Dr: profesor Sadara Ayudante \_\_\_\_\_

1º Nombre del enfermo... Angel M Salvador  
Fecha de ingreso... Enero 14 1.937  
... de salida o fallecimiento \_\_\_\_\_

2º Comemorativos o anamnésticos (antecedentes de familia)

a) ascendientes directos... Su padre murió de contención de orina (7).- La madre diabética, sin que ninguno haya presentado trastornos mentales.

b) colaterales... Seis hermanos sanos.

c) descendientes... Un hijo de nueve años, sano.

d) antecedentes individuales: \_\_\_\_\_

Lugar del nacimiento... Quito Residencia... Quito.

Raza... Blanca Estado civil... Casado Preñes, abortos, etc. \_\_\_\_\_

Profesión, oficio u ocupación preferente... Médico.- Edad: 56 años

e) Estado de la madre durante el embarazo... Sin importancia

f) El parto... "

g) La infancia... normal

h) La edad adulta (caracteres generales) "

i) enfermedades anteriores: [nerviosas, tóxicas, infecciosas, diatésicas]. Gripes,- Fiebre tifoidea.-

Excesos: de trabajo, alimenticios, venéreos, alcohólicos, tabaco, morfina, etc. Intoxicaciones profesionales. Excesos venéreos, alcohólicos y tabáquicos durante el último tiempo. [Datos suministrados por la familia]

Constitución física, intelectual y moral [carácter, gustos, hábitos, grado de inteligencia, instrucción, etc.; sentimientos religiosos, afectivos, etc.]. Carácter afable. - Sentimientos religiosos en buena medida.

Choques morales La muerte de sus padres.

Choques traumáticos No.

Principios de la enfermedad [datos conmemorativos] Según el decir de los familiares, parece que la enfermedad comienza hace algunos años, en que se nota un cambio en cuanto a los sentimientos hacia la familia, manifestándose, sobre todo, en forma de cierta odiosidad hacia su hermana mas querida. Trastornos de la conducta: Estable demanda ineffectivamente a personas conocidas; Compra fruiterías Marcha seguida. PAGAHO muchas veces precios exorbitantes; vende sus muebles en suma fantásticamente reducidas i en ninguno de los cargos que en calidad de médico le confían, permanece estable mucho tiempo.

ESTADO ACTUAL Hoy, nuestro enfermo es autor de un formidable sistema psíquico proyecto igualitario, según el cual no habrá por Causa o causas probables o supuestas.

HOJA DE CONDUCTA

D.T. *Angel M. Salvador.* Núm. del expediente

Mes de *Enero Febrero - marzo. 1937.*

CURSO	Enero			Febrero				Marzo					
	15	22	29	1	8	15	22	28	1	8	15	22	30
1 Adaptado													
2 Tranquilo				+					+				
3 Se entretiene													
4 Comunica con su familia													
5 Inquieto					+	+							
6 Excitado			+		+	+							
7 Agitado	+	+											
8 Ríe solo		+			+								
9 Agresivo	+	+	+	+	+	+							
10 Rompe ropas									+	+			
11 " otras cosas													
12 Habla solo		+	+		+	+							
13 " insultando		+	+		+	+							
14 Deprimido					+								
15 No habla ni responde													
16 Llora													
17 Se desnuda													
18 Apetito bueno	+	+	+		+								
19 " escaso					+		+						
20 Come por persuasión													
21 " a cucharadas													
22 Se alimenta por tubo													
23 Va al retrete	+	+	+	+	+	+			-	-	-		
24 Pide servicio													
25 Se defeca en la cama										+	+	+	
26 Enema													
27 Se masturba	+	+	+	+									
28 Duerme bien										+	+		
29 " poco													
30 " con hipnóticos	+	+	+					+					
31 Toma medicamentos					+	+			+	+			
32 Los rechaza	+	+						+	+				
33 Se le baña													
34 Ataque epiléptico													
35 " histérico													
36 " paralítico													
37 Intenta suicidio													
38 " homicidio													
39 " fuga	+	+	+	+	+								
40 Temperatura													
41 Peso													

Observaciones particulares: *La pregunta n. 37 tiene cambios. bado pfirmativo, por sospechas fundadas.*

## EXPLORACION ABREVIADA DE LA CONDUCTA

- 1°. ¿Se dá cuenta el enfermo de la exploración que se le hace?
- 2°. ¿Cuál es su porte y el cuidado de su persona durante el examen?
- 3°. ¿Cómo son sus movimientos espontáneos?
- 4°. Su mímica de reposo es de \_\_\_\_\_
- 5°. ¿Denuncia su mímica el estado de su ánimo?
- 6°. ¿El tono de voz es: alto, bajo, altisonante?
- 7°. ¿Habla espontáneamente o sólo cuando le preguntan?
- 8°. El habla es lenta, rápida, coherente, incoherente, incohercible, interceptada?
- 9°. Se muestra tranquilo, impaciente, contrariado, hostil agresivo, indiferente?
- 10°. ¿Hace movimientos inadecuados?
- 11°. ¿Llora o ríe sin motivo reconocible?
- 12°. ¿Empieza palabras extrañas en su lenguaje?

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DOCUMENTOS

Nombre Angel M. Salvador Núm. 5

Ingresó el Enero 14/37 Salió el \_\_\_\_\_ Falleció el \_\_\_\_\_

FECHA DE OBSERVACIÓN

Jefe del Servicio Prof. Dr. E. Sosa Ayudante \_\_\_\_\_

I- Purgante drástico. -  
 Diuréticos.  
 Sominifene. — XX gotas  
 " — " "  
 " — XXV "  
 " — " "  
 " — " "  
 " — " "

II- 1- Malario terapia: Inyección in-  
 tra muscular de 4 c.c. de suero  
 de suero fosfórico (plasmodium  
 vivax).

II- 2 - Temperatura = 36.5  
 " " = 36.5  
 " " = 36.5

II 23 - Colapso cardíaco. = Cardiazol,  
 Acrida alcanforado.  
 - Digitalina } Galismo  
 " }  
 " }  
 24 }  
 25 }  
 26 }  
 27 }

## INTERROGATORIO ORIENTADOR DEL DIAGNOSTICO

## I (ORIENTACION SOBRE LA PROPIA PERSONA)

¿Cómo se llama usted? Amador M. Salvador  
 ¿Cuántos años tiene usted? - 50 -  
 ¿Cuándo nació usted? - El que es  
 ¿Es usted casado? - Si ¿Tiene usted hijos? - 200 ¿Cuántos muertos?  
 ¿A qué edad? - ¿De qué enfermedades?  
 ¿A ido usted a la escuela? - Si ¿Sábe usted leer y escribir? - Si  
 ¿Cuál es su profesión? - ¿Cuánto ganaba usted al mes? - 300  
 ¿Viven sus padres? - No ¿De qué murió su padre? - pulmonar  
 ¿Y la madre? - lo mismo

## II ORIENTACION EN EL TIEMPO)

¿Qué fecha es hoy? - Enero 25/51 ¿Qué día de la semana? - Lunes  
 ¿Cuánto tiempo lleva usted aquí? - 15 días  
 ¿Dónde estaba usted hace un mes? - En Guato  
 ¿Dónde pasó la Nochebuena última? -  
 Dígame los días de la semana - bien  
 Dígame los meses del año - bien  
 ¿Cuántos días tiene el año? - 360  
 ¿Cuántas horas tiene el día? - bien  
 ¿Cuántos minutos tiene la hora? -  
 ¿En qué época del año estamos?  
 ¿Qué hora es?

## III (ORIENTACION EN EL ESPACIO)

¿Dónde ha vivido usted hasta ahora? - En Guato  
 ¿Qué vía o camino ha seguido usted para venir hasta aquí? - Via marino  
 ¿Qué altura tendrá este cuarto? - 4 metros (bien)  
 ¿Qué longitud tiene su dedo medio? - 6 cd.

¿Puede usted señalarme hacia dónde caen el Norte, el Sur, el Este y el Oeste? *Si*

¿Hacia dónde caen el Levante y el Poniente?

¿Cómo se llama el pueblo en que estamos? *- Quinz.*

¿Que clase de casa es ésta? *- Casa de Santería*

¿Quién le ha traído aquí? *- Por otros santería.*

¿Quién soy yo? *- Médico*

¿Qué clase de gente es la que vive en esta casa? *- Corrompidos*

#### IV (CAPACIDAD PARA EL CALCULO)

¿Cuántos son  $2 \times 4$ ? = \_\_\_\_\_ Y  $5 \times 7$ ? = \_\_\_\_\_

" "  $3 + 4$ ? = \_\_\_\_\_ Y  $10 + 10$ ? = \_\_\_\_\_

" "  $8 - 3$ ? = \_\_\_\_\_ Y  $6 - 1$ ? = \_\_\_\_\_

" "  $18 : 6$ ? = \_\_\_\_\_ Y  $6 : 2$ ? = \_\_\_\_\_

#### V (PERCEPCION E IDENTIFICACION, MEMORIA PROXIMA Y REMOTA)

Dígame todo lo que vé en la habitación

Ahora repítamelo con los ojos cerrados

¿Podría usted decirme qué cosas hay dentro de una iglesia? *- Sacerdotes, jarrón, crucifijo, púlpito, agua bendita.*

#### VI (SENSACION DE ENFERMEDAD, ESTADO AFECTIVO, ALUCINACIONES, IDEAS DELIRANTES)

¿Se siente usted ahora enfermo? *- No.*

¿Qué le duele? *- No*

¿Está usted alegre o triste? *- Alegre*

¿Cómo empezó su enfermedad?

¿Siente usted en su cuerpo algo extraño? *- Nada, mi piñon*

¿Le atormentan ruidos o voces? - No

¿Ve usted lucecillas o figuras raras? - No, pero si me gustan  
de cuando en cuando: dia, noche

¿Siente usted pensamientos que le hagan sufrir? - Nunca

¿Tiene usted que reprocharse alguna mala acción? - No

¿Alguien le ha hecho daño o le ha calumniado? - No

¿Es usted feliz en su matrimonio?

¿Se han burlado de usted en la calle o en otra parte? - No

#### VII (INTELIGENCIA EN GENERAL)

¿Qué diferencia hay entre la mano y el pie? - El uno se mueve por la

parte horizontal, la mano con

el pulgar separado y movable

¿Y entre el cristal y la madera? - transparente, el otro no

¿Qué pesa más: un kilo de plomo o un kilo de paja? - ~~el~~

→ El agua es líquida

#### VIII

→ El uno tiene cacho, el otro rabo

¿Cuántas clases de frutas conoce usted? → 150

¿Qué animales conoce? - 1000 en el mundo

¿Cómo se llama el Presidente de la República? - Carlos Prud'homme

¿Qué celebra la Iglesia en Semana Santa? - La pasión a muerte de Cristo

¿De dónde se saca el algodón? - de las Américas

¿Y la lana? - de los cerros

#### IX

¿Qué haría usted si se encontrara una cartera llena de billetes de Banco? - Devolver

al dueño

¿Qué necesita usted para ser feliz? - Quiero pro, dólares, etc.

trabaja

¿Cuándo se dice que un hombre es valiente? - Cuando se le pite

dentro el peligro y pelea

¿Cuándo se dice que un hombre es cobarde? - Cuando sus manos  
son pequeñas

¿Cuándo se dice que una persona es noble? - Cuando las manos  
son las mismas nobles

¿Qué diferencia hay entre error y mentira? Acto desagradable  
y embudo va contra la verdad

¿Y entre amor y odio? Amor que quiere a una  
mujer; odio que quiere mal a una

¿Y entre admiración y envidia? del pantofo  
Admiración: mirar lo hermoso; Envidia: querer

¿Y entre avaricia y ahorro? comer las papas del enemigo  
guarda plata. - Kava.

Síntesis de la observación:

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DOCUMENTOS

Nombre. Angel M. Salvador..... Núm.....

Ingresó el 14 de enero/37. Salíó el..... Falleció el.....

FECHA DE  
OBSERVACIÓN

Jefe del Servicio Profesor. Endara... Ayudante.....

bres ni ricos; las tierras serán repartidas equitativamente i el obrero subirá de nivel. Para la propaganda de este proyecto tiene que hacer un viaje al rededor del mundo. Ya están en autos los reyes i los príncipes que lo esperan con ansia, i como es natural, vendrá cargado de honores, condecoraciones i riquezas, entre las que serán de menos valor las coronas de oro de rica pedrería, los cetros maravillosamente tallados, etc., etc.

Además, como probablemente pasará por España, no tendrá inconveniente en pacificar esa República con pocas palabras de amor fraternal i lógica exposición de la "tontera" a que se han dedicado.

Su viaje, pues, tiene que realizarse, i dispone sus maletas para el efecto, tomando de inmediato camino de la estación ferroviaria. Sube al vagón, i arrellánase satisfecho en un asiento. El conductor que se acerca a pedirle su ticket o pasaje, es increpado por la falta que comete al exigirle tal formalidad, sabiendo, como sabe cualquiera, que él puede viajar en cualquier vehículo sin pagar, dada la alta posición social, intelectual i científica que ocupa. Los familiares, que han seguido los pasos del enfermo, intervienen entonces, siendo necesario recurrir a la fuerza para reducirlo i transportarlo al Hospicio.

Completaremos esta rica suma de síntomas psíquicos, con los siguientes datos, también suministrados por la familia: La inestabilidad de los cargos que ha ocupado, se debe a la tendencia por los gastos superfluos i a los proyectos de construcciones i modificaciones, con gastos que suponían muchos millones de inversión i además, al descuido que manifestaba en asuntos de mucha responsabilidad, tales como el examen de enfermos, dosificación i fórmulas de recetas que en ocasiones resultaban verdaderos jeroglíficos.

Merece citarse, así mismo, el abuso de relaciones sexuales sobre todo en este último tiempo, contado con orgullo por el mismo enfermo, i sospechado antes por sus familiares.

Síntomas neurológicos- Peseza de los reflejos pupilares, con tendencia al signo de Argyll-

Robertson. Manifiestas perturbaciones del lenguaje articulado: disartria. Temblor fibrilar de la lengua, los párpados i los dedos, al poner estos últimos en extensión forzada. Reflejo patelar aumentado. (No es posible examinar los demás reflejos)

Síntomas somáticos- Ninguno digno de mencionarse.

Signos suerológicos- Por presentar un cuadro tan completo de la P.G. en orden a la sintomatología psíquica i neurológica en este caso particular, hemos omitido las pruebas de laboratorio.

### Conducta del Enfermo en el Asilo

- 1° Con el mundo Exterior (hábitos). Siempre en expectativa i con el sombrero a la mano para salir.....  
.....  
.....
- 2° Con los que le rodean. Inocente unas veces, suplicante otras, siempre pidiendo la llave del cuarto para poder salir.....  
.....  
.....
- 3° Con los visitantes. Id. idem.....  
.....  
.....
- 4° Ocupaciones. Ninguna. Pasa seri. todo el tiempo en la rajilla de su cuarto para pedir la libertad al primera que pasa.....  
.....  
.....
- 5° Adaptación al asilo. No.....  
.....  
.....
- 6° Relaciones con un mundo imaginario. Hai momentos en que pasa i habla solo. Por el formulario de preguntas N° 1, venimos en conocimiento de "visiones" de mujeres desnudas que se le presentan, pero que no podemos precisar si se tratan de alucinaciones propiamente dichas o imágenes oníricas.....  
.....

Diagnóstico provisional Parálisis General Progresiva.....  
.....  
.....

Pronóstico provisional.....  
.....  
.....

Diagnósticos y Pronósticos secundarios.....  
.....  
.....

## Exámen Somático

Datos antropométricos [talla, peso, etc.]

Asimetrías, anomalías

Piel

Riñones [orina: cantidad, albúmina, cilindros, azúcar, indican, pigmentos, etc.]

Adelgazamiento o embonpoint

Señalidad

Lengua y ap. digestivo [ictericia, etc.]

Ap. circulatorio

Ojos

Ap. nervioso reflejos [Babinski, etc.] sensibilidad [objetiva, subjetiva y social] Paresias, Parálisis, etc.

Exploración de sist. nervioso vegetativo

Ap. respiratorio

Menstruación

Sueño y ensueños

Punción Lumbar [examen y reacciones]

Otros Exámenes de laboratorio

Alteraciones de la palabra

Datos complementarios de diversos exámenes

## EXAMEN DEL ENFERMO

### Inspección del Enfermo

- 1) **En el lecho**.....  
.....  
.....
- 2) **No está en el lecho** (actitud, marcha, toilette, olor, actitud a la entrada del médico).  
.....  
.....  
.....
- 3) **Costumbres, temas, aspectos de la habitación**.....  
.....
- 4) **La Expresión mimica**.....  
.....

### Interrogatorio

- 1) **El Enfermo responde a las preguntas**.....
  - a) sostiene una conversación seguida.....
  - b) no puede responder bajo una presión emotiva.....
  - c) puede responder, pero no sostener una conversación.....
- 2) **El enfermo no responde a las preguntas**.....
  - a) es incapaz.....
  - b) no quiere hacerlo.....
  - c) no responde, pero habla a su cuenta.....
  - d) pronuncia frases o palabras sin orden o significación.....

### Orientación, Atención, Percepción.....

.....  
.....  
.....  
.....

### Reacciones del enfermo; afectuosidad [sentimientos, pasiones, emociones, carácter].

.....  
.....  
.....  
.....

**Estudio de la memoria [Pasada y reciente] conocimientos corrientes**.....

**Lugar natal, familia, intereses generales**.....

**Lectura en alta voz**.....

**Lectura en voz baja**.....

**Comentarios**.....

**Cálculo [oral y escrito]**.....

**Estudio de la Escritura [espontánea, obligada, dictado, copiada]**.....

**Imaginación, Juicio, Razonamiento**.....

**Voluntad y actos [actividad general, impulsos, etc.]**.....

**Desordenes motrices [temblores, convulsiones, etc.]**.....

**Investigación de ideas delirantes, Alucinaciones, Ilusiones, Obsesiones, Ideas fijas etc.**.....

**Inteligencia Global, Conciencia y Personalidad**.....

## **Anexo 2:**

### **REGLAMENTO DEL SERVICIO DE BENEFICENCIA EN EL HOSPICIO Y MANICOMIO.**

**Art. 1º.-** La Junta Central de Beneficencia de Quito y el Director General de Beneficencia son las únicas autoridades encargadas de supervigilar los servicios de Beneficencia en el Hospicio y Manicomio , de administrar estas casas y mantener en ellas la debida disciplina. Cuando las circunstancias lo exijan puede la Junta Central de Beneficencia nombrar un director ad-honorem.

Art 2º.- El servicio del Hospicio y Manicomio se dividirá de esta manera:

Manicomio de Hombres;

Manicomio de Mujeres;

Departamento de ancianos e inválidos;

Departamento de ancianas e inválidas;

Departamento de idiotas y sordo- mudos;

Sala de Cancerosos y de otras enfermedades crónicas y contagiosas.

Serán asilados además en el manicomio las personas crónicas y contagiosas.

Art 3º.- El personal del manicomio y Hospicio comprende: El médico y el administrativo.

El personal médico estará integrado por un Médico Residente, el Profesor de Psiquiatría de la Universidad Central y dos Alumnos Internos. Las Hermanas de la Caridad auxiliaran al personal médico bajo la dirección de este.

El personal administrativo se compondrá del Inspector Habilitado, con los deberes y derechos en el Reglamento de Beneficencia, del 29 de diciembre de 1921 y reconocidos por la costumbre y del número de Hermanas determinadas en el Presupuesto de la Junta Central de Beneficencia, bajo la súper vigilancia de la Junta y del Director General de Beneficencia.

Art 4º.- El Médico residente asistirá al servicio todos los días, visitará cada uno de los enfermos y preparará a los enfermos para la clase del Profesor de Psiquiatría. Además de las horas reglamentarias, el Médico residente estará obligado a prestar su asistencia a cualquier hora en que esta fuere necesaria. El Médico residente es la autoridad inmediata superior de los Alumnos Internos y de las Hermanas en todo lo que se refiere al tratamiento curativo de los enfermos.

Art 5º.- Sólo el Médico Residente puede expedir certificados relativos a la salud de los asilados, boletas de alta y de defunción e indicar el cambio de enfermos y de empleados de una Sala a

otra. Formulará, además cada seis meses un informe en el que conste la fecha de ingreso de los asilados, el nombre de casa uno de éstos, la procedencia, el diagnóstico de la enfermedad y el resultado del tratamiento el informe será remitido al Director General de Beneficencia, quien dará precisamente cuenta de su recepción y de las observaciones que le haya sugerido, a la Junta Central de Beneficencia.

Art. 6º.- El Médico Residente y los demás empleados del Hospicio y Manicomio estarán sujetos a las sanciones reglamentarias por falta o inexactitud en el cumplimiento de sus deberes.

Art. 7º.- Los Alumnos Internos serán nombrados por la Junta Central de Beneficencia, según concurso de merecimientos y a propuesta en terna del Médico Residente, previa convocatoria para inscribirse como candidatos que se dirigirá a los estudiantes de la Universidad y que será fijada en el Hospital Civil y en el Hospicio. El Médico Residente puede recomendar de manera especial el nombramiento de un alumno de su terna. En caso urgente el nombramiento puede ser expedido por el Director General de Beneficencia, quien dará cuenta de la Junta Central en la próxima sesión.

Art. 8º.- Para ser Alumnos Internos del Hospicio se requiere por lo menos haber terminado los cursos de Clínica General y Clínica Psiquiátrica. Los Alumnos Internos concurrirán al Hospicio todos los días sin excepción alguna y visitarán en cada uno de los respectivos servicios a la hora convenida con el Médico Residente, quien hará conocer dicha hora, por oficio al Director General para la supervigilancia del caso. Los Alumnos Internos harán personalmente las curaciones indicada por el Médico Residente, quien distribuirá prudentemente los trabajos. En casos urgentes los Internos están obligados a asistir a cualquier hora del día o de la noche.

Art. 9º.- Los Internos llevarán y coleccionarán las historias clínicas de los enfermos asilados y darán cuenta de sus observaciones mensualmente al Médico Residente.

Art. 10.- El servicio de Botica funcionará de 7 a 10 a.m. y de 4 a 6 p.m.: en caso de grave urgencia se atenderá en la Botica a cualquier hora.

Art. 11.- Ninguna receta será despachada si no está inscrita en los libros de cada uno de los departamentos a que se refieren el Artículo 2º.

Art. 12.- Las Autoridades administrativas del Hospicio y Manicomio no permitirá, bajo ningún aspecto, que se altere la disciplina de las Casas permitiendo que personas de afuera acudan a estas para solicitar de los asilados vaticinios, recetas, etc. Etc.

Art 13.- Las visitas a los asilados se verificarán los días jueves y domingos de 12 ½ a 1 ½ p.m. Los pensionistas tienen derecho a recibir visitas en cualquier otro día, pero a la hora expresada.

Art. 14.- Para que un enfermo, anciano o mendigo sea admitido en el Hospicio y Manicomio, se necesitan los siguientes requisitos:

- a) Petición firmada por el interesado, bajo responsabilidad de ésta. En la petición debe constar el nombre del que desea asilarse, su profesión edad, domicilio, parentesco del peticionario con el enfermo, anciano o pobre que va a asilarse.
- b) Certificado médico en el que se declare la necesidad de asilo, por invalidez, enfermedad mental, degeneración, o certificado de dos personas honorables y conocidas en el lugar que comprueben la pobreza del que desea asilarse;
- c) Un documento o testimonio que acredite la identidad del que debe ser recluido en el Manicomio, según el certificado médico;
- d) Orden de admisión del Director General de Beneficencia. Todos estos documentos se adjuntarán al Registro de asilados de los respectivos Departamentos. En caso de tratarse de persona absolutamente incógnita el Director General de Beneficencia se cerciorará previamente de la realidad de la causa por la que es necesario el asilo y vigilará especialmente dicha persona cuando ya esté asilada, para convencerse personalmente de que necesita el auxilio público.

Art. 15.- En caso de enfermedad peligrosa para el orden público la seguridad de las personas la autoridad de Policía puede solicitar del Director General de Beneficencia la boleta de ingreso al manicomio, sin más trámite que el que se declare oficialmente ser enfermedad peligrosa por el Médico de Policía.

Art. 16.- Se podrá conceder libertad de los asilados:

- a) Por curación, previo certificado del Médico Residente o de otro autorizado para tratar a los asilados;
- b) A petición de la persona que solicitó la reclusión o de sus parientes íntimos, o de su tutor o su curador cuando se declare expresamente que el asilado puede vivir dignamente fuera del Hospicio o Manicomio; sobre la verdad de dicha declaración deben dar testimonio dos personas honorables y conocidas de la localidad.
- c) A petición de la familia de los pensionistas asilados siempre que éstos a juicio del Médico Residente, no ofrezcan peligro para el orden público y la seguridad de las personas.

Art. 17.- El Asilado, o las personas que por él se interesen, deben exponer su solicitud de alta al Médico Residente, para que éste informe lo conveniente, firmar el acta respectiva en el Registro del Departamento de las Casas y obtener la orden respectiva del Director General de Beneficencia, quien exigirá, previamente, el informe Médico Residente, orden sin la cual el solicitante no puede firmar en el Registro respectivo.

Art 18.- Previo conocimiento del Médico Residente, los pensionistas pueden hacerse tratar con cualquier Médico de su libre elección. Sólo se admiten pensionistas en el Manicomio; los demás departamentos están destinados a menesterosos o inválidos que comprobaren pobreza o abandono.

Art. 19.- Si los Médicos Residentes del Hospital creyeren conveniente asilar en el Hospicio o Manicomio a un enfermo del Hospital, se dirigirán al Director General de Beneficencia, expresando, por escrito, la razón de su deseo solicitando la orden de admisión. Se registrara en los departamentos de Hospicio y Manicomio el nombre y las condiciones del asilado.

Art .20.- En el Hospicio y Manicomio a queda prohibido admitir personas, por motivos correccionales.

Art. 21.- La Junta Central de Beneficencia subvencionará la suscripción a una Revista prestigiosa de Psiquiatría que deberá quedar archivada en el Hospicio y Manicomio pero que puede ser sacada por el Médico Residente mientras necesita estudiarla.

Art. 22.-Dentro de treinta días de aprobado este Reglamento, la Junta Central de Beneficencia de Quito deberá haber establecido los talleres de trabajo manual en el Hospicio y Manicomio, pues el trabajo es obligatorio para todos los asilados, salvo los inválidos. La Junta arbitrará los sistemas adecuados para el citado restablecimiento de trabajos manuales.

DADO en la Sala de Sesiones de la Junta Central de Beneficencia, en Quito a 4 de Mayo de 1925.

El Director,

Temistocles Terán

El Secretario,

**Anexo 3:**

**Informe médico de Manuel M. Sandoval.**

DR. MANUEL GUZMAN

MÉDICO

-----

QUITO- ECUADOR

Quito Febrero 1932

Sr. Director de Asistencia

Pública.

Su despacho

Sr. Director:

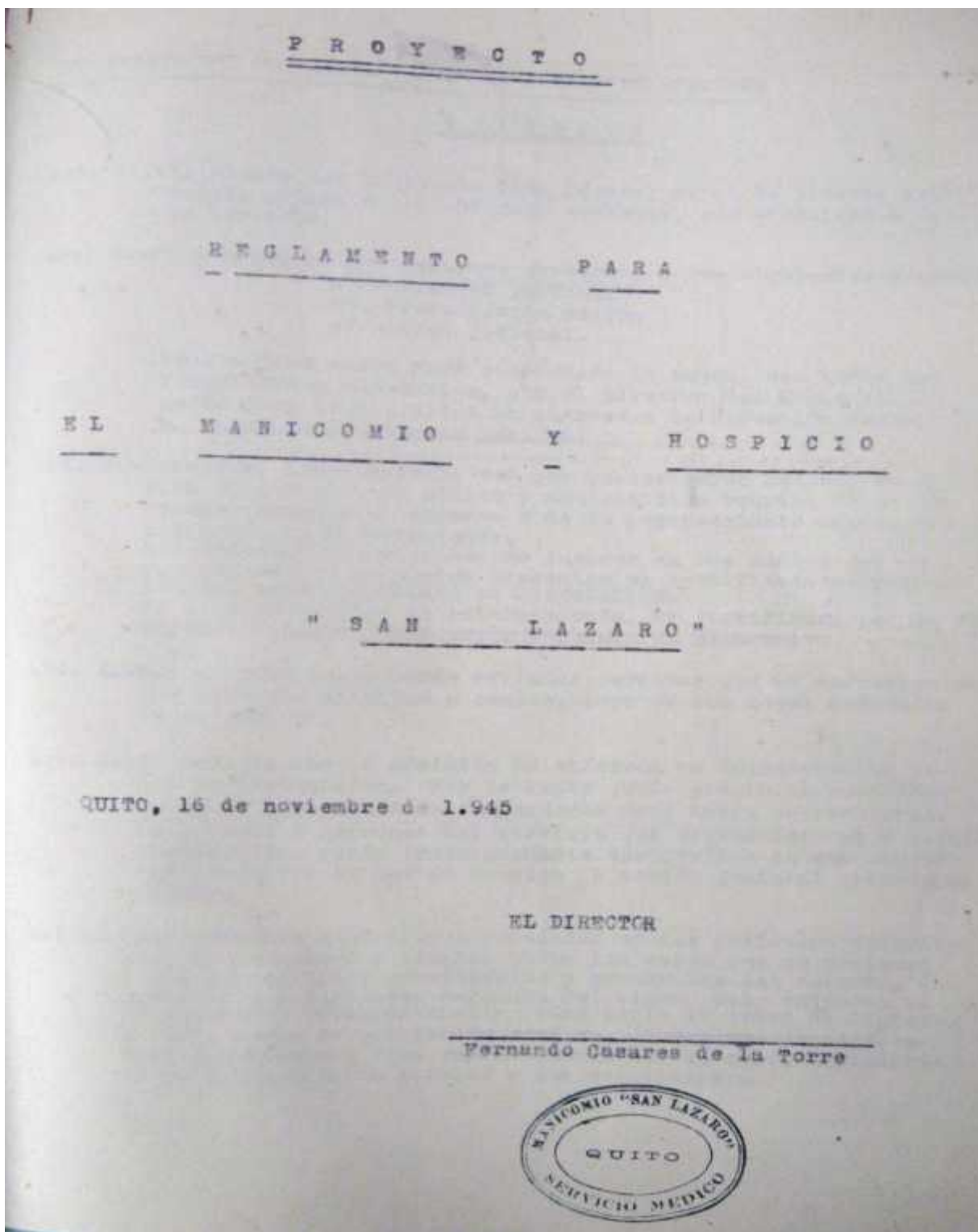
Los suscritos médicos comisionados por U. para examinar el estado médico mental del Sr. Manuel M. Sandoval, nos constituimos en el manicomio de esta Ciudad y después de detenido examen de dicho Sr. Hemos llegado a las siguientes conclusiones:

El examinado es un sujeto que contesta a las preguntas que se le hace, reacciona asimismo bien acerca de las diversas cuestiones que se le propone; en su conversación se le nota cierta verbosidad y amaneramiento, lamenta los dos crímenes cometidos por él y dice los cometió en un momento de inconciencia en dos personas queridas como fueron un hijo suyo de tierna edad, y un amigo, dice se encuentra conforme con su suerte actual.

Entre sus antecedentes hereditarios se ve que es hijo de padre alcohólico, y ha tenido un tío que ha estado largo tiempo asilado en el Manicomio, probablemente por algún trastorno mental crónico. Sus antecedentes personales revelan una versatilidad de carácter, incoherencia de la ideación, hiperemotividad, trastornos alucinatorio, y accesos de verdadera locura furiosa: ahora bien, todo el cuadro clínico de sus trastornos mentales ha tenido el carácter de intermitente, por todo lo cual creemos que ha adolecido de una psicosis maniaca de tipo intermitente, sobre un fondo epileptoide. Respecto a su pronóstico podemos decir que en cualquier momento puede repetirse el ataque y ser peligroso, pero en la actualidad su estado mental es satisfactorio, no debiendo por tanto estar recluido en el manicomio por ser un medio desfavorable para él, creemos pues, sea puesto en libertad con la condición de que sea vigilado por la Autoridad.

**Anexo 4:**

Proyecto de reglamento del Hospicio y manicomio San Lázaro 1945.



REGLAMENTO DEL HOSPICIO, MANICOMIO Y CASA DE MENDIGOS

PROYECTO

- art. 1º.-El objeto del Manicomio "San Lázaro" es el de prestar asistencia médica a los enfermos mentales, que concurran a éste servicio.
- art. 2º.-El ingreso de los enfermos obedecerá a las siguientes causas:
- a).-voluntad personal
  - b).-prescripción médica
  - c).-orden judicial.
- (En los tres casos será comprobada la causa, con todas las formalidades necesarias, por el Director del Manicomio, quién hará la solicitud de ingreso a la Dirección de la H. Junta de Asistencia Pública)
- art. 3º.-Cuando el internamiento sea por prescripción médica, se necesita un certificado médico y una petición escrita de un pariente cercano del enfermo o de su representante legal, solicitando su internamiento. Los enfermos provenientes de lugares en los cuales por no existir médico no pueden presentar el certificado correspondiente, serán recibidos en OBSERVACION. En el caso tercero de internamiento, se justificará por el respectivo decreto, cuya copia reposará en el archivo.
- art. 4º.-Por ninguna razón serán asiladas personas que no correspondan con absoluta claridad a cualesquiera de los casos señalados en el art. 2º.
- art. 5º.-Se declara que la admisión de enfermos es únicamente un medio de tratamiento. Por lo tanto queda prohibido completamente el internamiento de personas como medio correccional. La persona o personas del servicio que contravinieran a esta disposición, serán inmediatamente destituidas de sus cargos, sin perjuicio de que se prosiga la acción judicial correspondiente.
- art 6º.-Cumplidas las condiciones señaladas en los artículos anteriores, se procederá a recibir todos los datos que se refieren a los antecedentes hereditarios y personales del enfermo, de parte de los parientes cercanos del mismo; solo entonces el Director del Establecimiento podrá pedir la orden de ingreso, a la H. Junta de Asistencia Pública. Luego una persona deberá constituirse como representante del enfermo, contrayendo la obligación de atender a sus necesidades.

- art. 7.-La disposición señalada en el artículo anterior constituye un requisito indispensable para la admisión de los enfermos. Únicamente en caso de imposibilidad manifiesta de darle cumplimiento, queda facultado el Director para pedir el ingreso.
- art. 8.-Para facilitar el control y la estadística del servicio, se seguirá el sistema de fichas adoptado por la Asociación Americana de Psiquiatría que comprende:
- a).-ficha de primer ingreso
  - b).- " " reingreso
  - c).- " " alta
  - d).- " " defunción
  - e).- " " traslado
- art. 9.-Se dará de alta a un enfermo, cuando la mejoría ( de su estado) sea tal que ya no esté justificado su internamiento. De acuerdo con la forma de ingreso, se procederá en cada caso a comunicar ya sea a los familiares del enfermo, a su representante legal o a la Autoridad que solicitó el ingreso.
- art.10.-Únicamente los Jefes de Servicio tienen la autorización para pedir el alta de los enfermos, que en la sesión científica hubieran obtenido tal resolución.
- art.11.-Todo enfermo internado que falleciere será autopsiado en el servicio y el protocolo de la autopsia, pasará a formar parte del archivo de Historias Clínicas.
- art.12.-Se establece la categoría de enfermos pensionistas, que tendrán derecho a mejor alimentación. Las pensiones fijadas deberán ser pagadas por mensualidades adelantadas. La recepción de las mismas correrá a cargo del Habilitado de la Casa, quien dará el recibo correspondiente, y la inversión será controlada por el Director. No habrá pensiones inferiores a CIENTO VEINTE SUCHES mensuales.
- art.13.-Siempre que la Administración no pudiera proporcionar los medicamentos (especialidades de valor) el representante del enfermo sea gratuito o pensionista está en la obligación de proporcionar los.
- art.14.-Para los diagnósticos, control de tratamientos, necesidades de los mismos, etc., la Asistencia Pública contribuirá con sus Laboratorios de análisis y exámenes, hasta que el Servicio cuente con sus laboratorios propios.
- art.15.-Siendo un valioso elemento de ayuda para el tratamiento de los alienados, la conservación de las relaciones de los mismos con sus familiares; autorízase las visitas en el Establecimiento y salidas a juicio del médico tratante.

art.16.-La Dirección queda autorizada para ocupar a los asilados que juzgue conveniente, en trabajos manuales. Y se procurará que realicen psíquicos y beneficiosos principalmente gimnasia y labores agrícolas en los terrenos del Establecimiento.

art.17.-Habrá en el Manicomio y Hospicio los médicos especializados nombrados por la H. Junta de Asistencia Pública, que tendrán las siguientes obligaciones:

- a).-verificar en compañía de los correspondientes internos, el exámen minucioso de los enfermos que ingresen al Establecimiento.
- b).-dirigir los tratamientos.
- c).-ordenar el régi en dietético de los enfermos
- d).-informar sobre el estado de los enfermos a los familiares y cuando las autoridades lo soliciten.
- e).-presentar a los enfermos a las sesiones científicas para los fines del diagnóstico, tratamiento y alta.

#### DEL DIRECTOR

art.18.-La H. Junta de Asistencia Pública nombrará el Director del Establecimiento, que será un médico especializado en Psiquitría, el mismo que tendrá las siguientes atribuciones y obligaciones:

- a).-vigilancia administrativa.
- b).-control técnico y consultivo de los Jefes de Servicio especializado.
- c).-ordenar y autorizar los gastos necesarios con aplicación a las respectivas partidas presupuestarias. de-
- d).-señalar a su juicio las diferentes pensiones que pagarán los pensionistas.
- e).-presidir las sesiones científicas que se verificarán obligatoriamente cada ocho días. Sesiones en las cuales se presentarán los enfermos que hubieran ingresado en la semana y los que a juicio del Médico-Jefe del servicio correspondiente, deban obtener el alta por remisión o curación.
- f).-solicitar a la H. Junta de Asistencia Pública, por intermedio de la Hermana-Jefe de Botica, los medicamentos necesarios. A falta del Director podrán hacer el pedido los Jefes de servicio, debiendo ser refrendado oportunamente por el Director.
- g).-solicitar los nombramientos a la H. Junta de Asistencia Pública de las personas que juzgare conveniente, para ocupar los cargos señalados en el Presupuesto.
- h).-separar de sus cargos a los empleados sea por insuficiencia, incumplimiento de sus deberes, mala conducta, etc.
- i).-Proponer a la H. Junta de Asistencia Pública las reformas que creyere conviene para la mejor marcha del Establecimiento.
- j).-pedir el alta de los enfermos a la H. Junta de Asistencia Pública de acuerdo con lo establecido en el Art. 10.
- x)

art.19.-Habrá un servicio médico permanente el que será arreglado por el Director señalando los turnos que debieran hacer los internos

art.20.-Los internos tienen la obligación de pasar diariamente las visitas en sus respectivos servicios en compañía de los alumnos externos. Además verificarán los tratamientos que hayan sido ordenados por el Jefe de Servicio. Llevarán las Historias Clínicas de los enfermos las que cuando sean terminadas, serán entregadas al Jefe de Estadística.

#### DEL JEFE DE ESTADISTICA

Art.21.-Son obligaciones del Jefe de Estadística:

- a).- Llevar con prolijidad toda cuanto se relacione con este servicio; archivos, cardex, confección de tarjetas, etc.
- b).- Presentar un parte diario del movimiento del Establecimiento.
- c).- De acuerdo con el Director verificará su trabajo en la forma que fuere ordenado y tendrá a su cargo el despacho oficial del servicio.

#### DEL HABILITADO

Art.22.-Habrá un Habilitado encargado exclusivamente, de la gestión económica de la Casa y su oficina tendrá el personal que le asigna el Presupuesto de la H. Junta de la Asistencia Pública.

Art.23.-Tendrá las siguientes obligaciones:

- a).- Llevar la Contabilidad del Establecimiento.
- b).- Gestionar la entrega del dinero señalado en las varias partidas presupuestarias.
- c).- Proveer de lo necesario para la alimentación, cuidado y mantenimiento de los asilados.
- d).- Dar cumplimiento a los pedidos hechos por el Director para la conservación del edificio; reparaciones y provisión de materiales necesarios de acuerdo con las partidas presupuestarias.
- e).- Recibir las pensiones de los asilados que tuvieran carácter de pensionistas.
- f).- Presentar al Director cuando él lo solitara, el estado de las partidas presupuestarias.

#### DE LA SUPERIORA

Art.24.-Son atribuciones de la Superiora de las Hermanas de la Caridad las siguientes:

- a).- Vigilancia y control del personal de servicio de la Casa.
- b).- Recepción de los víveres para el mantenimiento de los asilados
- c).- Recepción del material para ropa y cuidado de los diferentes servicios.

#### DE LAS HERMANAS

Art.-25.-Las Hermanas de la Caridad que presten sus servicios en el

Manicomio y Hospicio, deberán seguir las instrucciones dadas por los Jefes de Servicio; ya sea para el tratamiento, ya para la alimentación de los enfermos. Además son las directamente responsables del trabajo de los enfermos y sirvientes. Deberán informar al Director de cualquier falta que cometieren estos.

#### DE LA BOTICA

Art. 26.-El servicio de Botica estará a cargo de una Hermana, Jefe del mismo. La que tendrá las siguientes obligaciones:

- a).-Informar con un inventario y anualmente de los medicamentos en existencia.
- b).-Mensualmente pasará para conocimiento del Director una lista detallada de las sustancias gastadas.
- c).-Formular los pedidos a la H. Junta de Asistencia Pública, los mismos que deberán ser reconocidos por el Director que pondrá el Vto. Bno. para ser remitidos al Almacén de drogas de la H. Junta de Asistencia Pública.

Art.-27.-Los enfermeros se encuentran a las órdenes inmediata de las Hermanas de la Caridad, de los alumnos internos y externos de quienes acatarán órdenes. Y, serán nombrados a pedido del Director. Lo mismo que el incumplimiento de sus obligaciones serán sancionadas por el Director, según la falta.

Art.-28.-Las inversiones de los fondos suministrados por la H. Junta de Asistencia Pública o por los familiares de los enfermos, para poder verificarse, deberán llevar el Vto. Bno. del Director principalmente en lo que se refiere a lo siguiente:

- a).-Compras de los artículos alimenticios. Para estos gastos deberán tomarse en cuenta, los planes dietéticos ordenados por los Jefes de Servicio.
- b).-Gastos de arreglos y reparación del Establecimiento.
- c).-Inversiones en útiles necesarios para el Servicio.

#### SECCION DEL HOSPIDIO

Art. 29.-La sección del Hospicio recibirá los siguientes asilados:

- a).-enfermos crónicos incurables
- b).-ancianos
- c).-indigentes.

Art. 30.-Para su ingreso se necesitará, la boleta de traslado de cualquiera de los Establecimientos de la Asistencia Pública y en casos de ancianos e indigentes a juicio de la Dirección de Asistencia Pública, la misma que deberá verificar un control de la situación del presunto asilado y exigirá una persona que se responsabilice por él.

## **Bibliografía:**

Arregui Benítez, Silvia; Ortiz Batallas, Cecilia, *Historia del Antiguo Hospital San Juan de Dios, Tomo II*, Quito, Quito, Instituto Metropolitano de Patrimonio, 2012b.

Ayala Mora, Enrique (Compilador), *Nueva Historia del Ecuador* Vol. 8, 9, 10, 11. Quito, Corporación Editora Nacional, 1990.

Cuesta Cruz, Efrén, *El loco y la institución mental desde la real audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XX*, Abya- Yala, 2003.

Cueva Tamariz, Agustín, *Evolución de la psiquiatría en el Ecuador*, Cuenca, CCE, 1966.

Foucault, Michel, *Defender la Sociedad: Curso del Collège de France (1975- 1976)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2001.

Foucault, Michel, *El nacimiento de la Biopolítica, Curso del Collège de France (1978- 1979)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.

Foucault, Michel, *El Orden del Discurso*, Argentina, Tusquest Editores, 2005.

Foucault, Michel, *El poder psiquiátrico, curso del Collège de France (1973- 1974)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.

Foucault, Michel, *Enfermedad mental y personalidad*, Argentina, Paidós, 1961.

Foucault, Michel, *Estrategias de poder*, Barcelona, Paidós, 1999.

Foucault, Michel, *Historia de la Locura en la época clásica*, Bogotá, Fondo de Cultura Económica, 2010a, I

Foucault, Michel, *Historia de la Locura en la época clásica II*, Bogotá, Fondo de Cultura Económica, 2010b, II

Foucault, Michel, *La vida de los hombres infames, Ensayos sobre la desviación y dominación*, Argentina, Editorial Altamira, 1996.

Foucault, Michel, *Los anormales: curso del Collège de France (1974- 1975)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000.

Foucault, Michel, *Microfísica del Poder*, Editorial la Piqueta, España, 1979.

Freile, María Cecilia. Toscano, Sonia, *Práctica de salud en el hospicio y manicomio San Lázaro desde 1900 a 1930*, Quito, PUCE, tesis de Licenciatura en enfermería, 1985.

Gayrud y Domec, *La capital del Ecuador desde el punto de vista médico quirúrgico*, Quito, imprenta de la Universidad Central del Ecuador, 1953.

Jácome Victoria. Velarde, Amparito, *Práctica de salud en el hospital Psiquiátrico San Lázaro desde 1930 a 1950*, Quito, PUCE, Tesis de Licenciatura en enfermería, 1986.

Kingman Garcés, Eduardo, *La ciudad y los otros Quito 1860- 1940*, Higienismo, ornato y policía, Quito, FLACSO. Sede Ecuador, 2008.

Kingman, Eduardo; Goetschel, Ana María, *Quito: Las Ideas de Orden y Progreso y las Nuevas Extirpaciones culturales*, Enfoques y estudios históricos Quito a través de la Historia, Quito, Editorial Fraga, 1992.

Landázuri Camacho, Mariana, *Salir del Encierro, Medio Siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*, Quito, Banco Central ediciones, 2004.

Luna, Milton, *¿Modernización? Ambigua experiencia en el Ecuador: industriales y fiesta popular*, Quito, Instituto Andino de Artes Populares del Convenio Andrés Bello (IADAP), 1993.

Osorio Valdivieso, Andrés Salomón, *El juicio final: contribución para una lectura del nacimiento de la psiquiatría en Ecuador*, Quito: FLACSO, sede Ecuador. 2014.

Moreno Egas, Jorge; Morán Proaño, Nancy *Historia del Antiguo Hospital San Juan de Dios, Tomo I*, Quito, Instituto Metropolitano de Patrimonio, 2012a.

Paladines Carlos, comp. *Pensamiento positivista ecuatoriano*, Quito: Corporación Editora Nacional.

Paredes Borja, Virgilio, *Historia de la Medicina en el Ecuador*, Quito, Editorial Casa de la Cultura.

Romero, Isabel; Cazorla, Alicia, *Las Hijas de la Caridad en los Hospitales del Ecuador desde 1870 a 1940*, Quito, Tesis PUCE, 1985.

Samaniego, Juan José, *Cronología médica ecuatoriana*, Quito, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1957.

#### **Revistas:**

Arteta, Carlos Alberto, *Un caso de Hermafroditismo*, Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, Nos. 3 y 4, (Enero- Febrero), Quito, 1919.

Ayala Mora, Enrique, *La relación Iglesia- Estado en el Ecuador del Siglo XIX*, Procesos, Revista Ecuatoriana de Historia, No.6, Quito, 1994.

De la Torre, Patricia, *El laicismo en la Historia del Ecuador*, Procesos, Revista Ecuatoriana de Historia, No.8, Quito, 1996.

Endara, Julio, *Aspectos sociales de la psiquiatría*, Mensaje de la Biblioteca Nacional, No. , (Diciembre- Enero), Quito, 1936- 1937.

Goetschel, Ana María, *El discurso sobre delincuencia y la constitución del Estado Liberal (periodos Garciano y Liberal)*, Procesos, Revista Ecuatoriana de Historia, No. 8, Quito, 1996.

Kingman, Eduardo, *De la beneficencia de antaño a la auténtica caridad*, Procesos, Revista Ecuatoriana de Historia, No.8, Quito, 1996.

Moro Abadía, Óscar, *La perspectiva genealógica Nietzscheana y la Escritura de la Historia*, ÉNDOXA: Series Filosóficas, No. 16, Madrid, 2002.

Ribadeneira, Jenaro, *Pequeño ensayo de estudio para la lepra*, Anales de la Universidad de Quito, No. 19 (Junio), Quito, 1889.

Ribadeneira, Jenaro, *Pequeño estudio y apuntes para el alcohol*, Anales de la Universidad de Quito, No. 70 (Mayo), Quito, 1894.

Troya, José María, *Caso Notable de Histeria sin ataques*, Anales de la Universidad de Quito, No. 45, (Mayo), Quito, 1892.