

El nacimiento de la psiquiatría en el siglo XIX

Alejandro Álvarez Carrizo. Universidad de Zaragoza

Recibido 09/01/2022

Resumen

El surgimiento de la psicología, la psiquiatría o la psicopatología responden a una funcionalidad ajenas a la curación, la asistencia o el conocimiento de la enfermedad mental. Semejantes disciplinas configuran, generan y enarbolan una subjetividad atravesada por la normalidad. Ejecutan una reproducción de una normatividad excluyente cuya finalidad es la de mantener un control sobre el ámbito social y sobre los individuos a nivel microfísico. Analizando nuestra relación con la locura podremos observar cómo el nacimiento de los discursos médicos relacionados con la psique, no responden a una evolución del conocimiento que desemboque en el desvelamiento de la verdadera naturaleza de la locura o, en el abandono de su carácter místico. Su surgimiento responde a una serie de condiciones históricas que determinan el discurso y la experiencia que se tiene en cada formación histórica.

Palabras clave: locura, hospital general, asilo, subjetividad, normalidad.

Abstract

The birth of psychiatry in the 19th century

The emergence of psychology, psychiatry or psychopathology responds to a function other than healing, assistance, or knowledge of mental illness. Such disciplines configure, generate, and promote a subjectivity that is traversed by normality. They reproduce an exclusionary normativity whose purpose is to maintain control over the social sphere and over individuals at the microphysical level. Analysing our relationship with madness, we can observe how the birth of medical discourses related to the psyche does not respond to an evolution of knowledge that would lead to the unveiling of the true nature of madness or the abandonment of its mystical character. Their emergence responds to a series of historical conditions that determine the discourse and experience of each historical formation.

Key words: Madness, General Hospital, Asylum, Subjectivity, Normality.

El nacimiento de la psiquiatría en el siglo XIX

Alejandro Álvarez Carrizo. Universidad de Zaragoza

Recibido 09/01/2022

El diagnóstico psiquiátrico es una tarea ardua, llena de matices, inexacta, muy volátil y dependiente de los procesos culturales en los que esté imbuida la psiquiatría de cada etapa histórica. Diagnosticar a una persona como esquizofrénica, bipolar, psicópata, sociópata, así como otros múltiples trastornos, dependerá de un abanico de factores, ya sean familiares, ambientales, el consumo de drogas, traumas, sintomatología, etc. Sin embargo, más allá de los procesos y métodos de diagnosis, existen una serie de agentes vinculantes al diagnóstico que interfieren en este proceso, como son el estrato social, la raza, la cultura e incluso, la forma en que se practica la psiquiatría, ya sea con un enfoque en medidas psicosociales, humanistas, psicofarmacológicas, psicoterapéuticas, etc. A toda esta amalgama de elementos circundantes y dependientes del proceso diagnóstico y, por tanto, de la caracterización patológica del paciente, debemos aunar el hecho de que cada momento histórico define qué comportamientos, actitudes, habilidades o características deben ser consideradas como patológicas, como síntomas de enfermedad o, por el contrario, rasgos positivos para el desarrollo o mantenimiento social. Podemos observar estos cambios de paradigma si comparamos diferentes épocas históricas, aunque sería posible observar los mismos cambios sustanciales remontándonos apenas unas décadas atrás.

Tomando como referencia la Grecia antigua o tribus chamánicas ahistóricas, que han cohabitado con la evolución histórica occidental y que perduran en la actualidad, en todas ellas podemos encontrar un sistema social característico y común. Se trata de una jerarquización social en la cual, dentro de los estamentos superiores, valorados y destacados, se halla la figura del chamán, oráculo, adivino, persona cercana a los dioses, etc. Observadas estas figuras desde la actualidad y valorando sus prácticas, no sería descabellado estimar que estos prestigiosos personajes fueran ostentados por individuos que en la actualidad estarían condenados al ostracismo, la reclusión o el

soterramiento social. Podríamos suponer, que estas figuras semidivinas podrían estar aquejados de algún tipo de enfermedad mental, aunque, para hablar con mayor precisión, utilizaremos el término de *locura*, en tanto que la caracterización de *enfermedad mental* es un término anacrónico difícilmente aplicable a personajes de estas épocas, ya que su origen y uso datan de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX. Sin embargo, el uso de *locura* como elemento vehicular tampoco es preciso en todos sus aspectos, lo cual se debe a que las connotaciones que aplicamos actualmente al término *locura* no pueden ser aplicables en todos los momentos históricos. Actualmente definimos la *locura* como un estado negativo, asociado a la irracionalidad e incluso, peligrosa. Sin embargo, a pesar de las directrices marcadas por los diferentes estamentos, grupos de poder, discursos e instituciones, podemos hallar una sincronía entre *locura* y elementos positivos, ensalzables, inocentes y nada perniciosos. Uno de los ejemplos más destacables de este tipo de *locura* lo podemos observar en uno de sus máximos exponentes, como es don Quijote de La Mancha.

Será a partir del siglo XVII cuando nuestra percepción, enjuiciamiento y relación con la *locura* cambie drásticamente. Hasta este momento, tal y como nos indica Foucault:

La *locura*, esencialmente, se experimenta en estado libre, circula, forma parte del decorado y del lenguaje comunes y es, para todo el mundo, parte de la experiencia cotidiana que, más que dominar, se intenta exaltar. Hasta aproximadamente 1650, la cultura occidental fue extrañamente hospitalaria con esas formas de experiencia [2016: 95].

Sin embargo, a partir de esta época, la *locura* se disociará dentro de la categoría de la irracionalidad. La *locura* quedará diluida en un mar de decadencia, peligrosidad, inmoralidad; perderá su carácter especial que la hacía reconocible, diferente, especial y afable. La *locura* se equiparará a los problemas sociales, a formas de vida incómodas, a experiencias inadmisibles. La *locura* quedará encerrada, no habitará libremente en la sociedad, no será nunca más liberada en su totalidad. Cambiarán los muros, se pasará del hospital general al asilo, del asilo a las prácticas actuales, a internamientos flexibles, hospitales especializados, tratamientos *humanitarios*, etc. Sin embargo, la *locura* seguirá estando presa, silenciada, seguirá encerrada en un discurso que no es el suyo, seguirá siendo dominada por el discurso médico.

Estas transformaciones históricas, estas evoluciones en torno a la concepción de la locura no son fruto de una evolución progresiva en el estudio de la enfermedad mental. Las constantes convulsiones, cambios y transformaciones que han sufrido los discursos médicos o los tratados sobre la locura no son expresiones de una continuidad histórica basada en una dialéctica sustentada bajo criterios de error y acierto. El conocimiento médico de la enfermedad mental actual y las terapias adscritas a él, no son el resultado de un proceso de error y acierto acumulado a lo largo de varios siglos. El surgimiento de la psicología, la psiquiatría o la psicopatología no responde a una evolución en la que finalmente se descubriera la verdadera naturaleza de la locura, o el abandono de su carácter místico. Su nacimiento responde a una serie de condiciones históricas que determinan el discurso y la experiencia que se tiene en cada formación histórica.

Una de las principales transformaciones, o más bien, la visibilidad de estos cambios históricos en relación con la locura es la observable entre el siglo XVI y el siglo XVII, aunque cobra especial importancia y transcendencia la visibilizada en el siglo XIX. La concepción de la locura como enfermedad mental, como disfunción psíquica, no es el resultado de una evolución positivista; tampoco de un mayor conocimiento médico. No debemos entender la historia en un sentido hegeliano, no hay un espíritu universal que nos dicte el recorrido histórico a seguir, un recorrido siempre en constante evolución, un acercamiento a la verdad de la enfermedad mental, al descubrimiento de todo el jardín de las enfermedades mentales. Debemos abandonar el recurso histórico-transcendental, que nos incita a buscar el fundamento originario de la historia y seguir su desarrollo como un despliegue en la unidad. Debemos entender la historia y sus formaciones históricas bajo un nuevo prisma, mediante un fundamento diferente, entendiendo esta como la constitución de nuevos elementos homogeneizados en lo que Foucault (1979) denominó *episteme*. La historia, entendida de este modo, se define mediante:

Criterios [que] permiten describir como *episteme* de una época, no la suma de sus conocimientos o el estilo general de sus investigaciones, sino la separación, las distancias, las oposiciones, las diferencias, las relaciones de sus múltiples discursos científicos: la *episteme* no es una especie de gran teoría subyacente, es un espacio de dispersión, es un campo abierto y sin duda indefinidamente descriptible de relaciones. (Foucault *et al.*, 1976: 15).

Esta *episteme* debe ser entendida, en correlación con la historia, como:

El conjunto de las relaciones que pueden unir, en una época determinada, las prácticas discursivas que dan lugar a unas figuras epistemológicas, a unas ciencias [y] eventualmente a unos sistemas formalizados. [...] La episteme no es una forma de conocimiento o un tipo de racionalidad que, atravesando las ciencias más diversas, manifestara la unidad soberana de un sujeto de un espíritu o de una época [...] La episteme es un conjunto indefinidamente móvil de escansiones, de desfases, de coincidencias que se establecen y se deshacen. [...] La episteme no es aquello que se puede saber de una época, habida cuenta de las insuficiencias técnicas, de los hábitos mentales, o de los límites puestos por la tradición; es lo que, en la positividad de las prácticas discursivas, hace posible la existencia de las figuras epistemológicas y de las ciencias. [Foucault, 1979: 322-324]

Cada formación histórica, cada *episteme*, posee unas características propias que le son inherentes, de tal modo que «La historia no es el progreso de la razón universal. Es la puesta en escena de rituales de poder, a medida que la humanidad avanza de una dominación a otra» (Dreyfus y Rabinow, 2001: 139). Cada proceso histórico es diferente del siguiente y, aunque están relacionados, no se trata de una relación evolucionista. El transcurso histórico no nos acerca a la Verdad, nos sumerge en nuevos procesos de verificación. La alquimia, la teoría sobre los humores e incluso nuestro método científico, son igualmente válidos; cada uno corresponde a una determinada época, a una determinada *episteme* y son formas particulares de acceso a la verdad, modelos de veridicción, adscritos a una determinada cosmovisión. El paso de la alquimia a nuestro conocimiento científico no supone un avance histórico, supone un nuevo modelo de concebir la verdad. Asimismo, la transvaloración de la locura no es el resultado de avances científicos, de un progresivo desvelamiento de su esencia o de una mayor comprensión de su humanidad; nuestra visión de la locura, su comprensión y su cohabitar entre nosotros es el reflejo de unas condiciones históricas que han generado un determinado discurso sobre la locura, el cual responde a determinados propósitos, objetivos o necesidades inherentes a la *episteme*. Estos a priori históricos, estas condiciones históricas, en su constante devenir, permearán sobre nuestro discurso de la locura y lo mantendrán en un constante fluir, permitiendo surgir diferentes modos de comprender la locura y dotando a todos ellos de validez y veracidad.

Para poder entender estos procesos históricos, su interrelación con las diferentes formas de saber, y con nuestra relación con el mundo, podemos tomar como ejemplo la transformación histórica y social acaecida en el siglo XVII, la cual se inscribe dentro de una *episteme* concreta, la cual es denominada como *diagrama soberano* (Deleuze, 2017). Bajo esta *episteme* se desarrollarán modos característicos de ejercer el poder y constituir las subjetividades en torno a las relaciones con la Verdad y sus procesos de veridicción. Además, bajo este paradigma, se establecerán una serie de relaciones de fuerzas basadas en un tipo de relación determinada, la cual, en este proceso histórico, será la extracción. La máxima de esta nueva formación histórica será la mayor extracción de fuerza posible, de modo que el principal problema que encontrará esta formación histórica será la gran masa ociosa que la habita.

Para entender el surgimiento de las nuevas problemáticas y la nueva configuración social predominante, debemos situarnos en el siglo XVII, momento en el cual surge el capitalismo e inherentemente a él, una demanda desmedida de mano de obra en las ciudades. Sin embargo, frente a las nuevas necesidades económicas, se atisbaba una infranqueable voluntad de la población por mantener sus modos de vida tradicionales y sus arraigos al campo, la tierra o la libertad, así como, por su rechazo a sumergirse dentro de una nueva maquinaria industrial donde serán meros instrumentos de producción. Esta nueva *episteme* debe hacer frente a los vestigios de una sociedad feudal basada en grandes masas de población nómada, compuestas principalmente por vagabundos, salteadores... cuyo emplazamiento era discontinuo y su modo de subsistencia era la deambulación de una ciudad a otra. Semejantes flujos de población ejercían una enorme injerencia en el sistema económico naciente. El capitalismo basa su producción en la mano de obra, vinculando el salario otorgado a los trabajadores a la capacidad de encontrar nuevos empleados que puedan desempeñar esas mismas funciones. A mayor masa social dispuesta a trabajar, menores salarios; pero, ante la escasez de sustituciones, la mano de obra se revaloriza y se encarece. Estos desplazamientos provocaban que las zonas donde no existía una masa de mano de obra, los salarios crecieran al alza, impidiendo, o dificultando, la capacidad competitiva con otras regiones más pobladas, con menores sueldos y con masas de potenciales obreros. Estas zonas con salarios altos y dificultades para la competitividad solían corresponderse con las zonas más pobres, lo cual, debido a sus características,

se generaba una mayor inflación de los productos, desembocando en una mayor pobreza. Frente a estas problemáticas, la nueva organización económico-social, generó una nueva imagen del vagabundo:

Ya no es tanto, como en la Edad Media, alguien que toma sin trabajar una parte del consumo. No es tanto alguien que hinca el diente a la masa global de cosas consumibles como en los mecanismos de producción, y lo hace en varios niveles: el de la cantidad de trabajadores, el volumen de trabajo suministrado y la cantidad de dinero que vuelve a la tierra para hacerla rendir frutos. El vagabundo es pues una persona que perturba la producción y no solo un consumir estéril. En consecuencia, está en una posición de hostilidad constitutiva con respecto a los mecanismos normales de la producción [Foucault, 2018: 60].

El vagabundo, el limosnero, el ocioso... no son considerados como agentes afectados por las condiciones económicas, por la falta de trabajo o por la incapacidad de subsistencia; serán considerados como personas que no tiene voluntad de trabajar y prefieren deambular. Esta deambulación y no querer trabajar lo que provocará será que su subsistencia se mantenga mediante el crimen, el robo, el incendio, el saqueo, la intimidación... convirtiéndose en los enemigos de la sociedad. A raíz de estas transgresiones y del surgimiento de una nueva concepción de la sociedad, se generó una transvaloración de la pobreza; una serie de mutaciones que configuran el paso de un diagrama a otro. Podemos observar la génesis de este proceso en la Reforma. Este hecho histórico configuró una nueva relación con la pobreza; un cambio en los discursos. Si bien, antes de la Reforma la pobreza era vista y enunciada como un elemento divino, como una serie de personajes que Dios había enviado para que las personas acaudaladas pudieran hacer obras de beneficencia y obtener así la salvación, bajo el amparo del nuevo paradigma, las obras pierden su sentido de salvación; los pobres ya no serán enviados por Dios para permitir que se puedan hacer buenas acciones. Los pobres se convertirán en personas que han sido castigadas por Dios; su pobreza ya no es símbolo de salvación y, por tanto, las personas adineradas ya no se ocuparán de ellos, deberá ser el Estado el que se haga cargo de la gestión de la pobreza; mediante diversas medidas como trabajos obligatorios o confinamientos en centros de reclusión; tales como los hospitales generales en Francia, las casas correccionales en Alemania o las *workhouses* en Inglaterra.

Estos hospitales generales tenían la finalidad de ser espacios de reclusión; lugares donde encerrar a toda aquella población indómita que no se sometía a las directrices morales de la época, las necesidades productivas del naciente sistema económico o suponían elementos discordantes con las nuevas subjetividades normalizadas. Bajo estas directrices, no sólo se encerraba a vagabundos y limosneros, también se encerró a libertinos, hijos pródigos, enfermos venéreos, blasfemos, irreligiosos y, lo que es más importante, a los locos. Cualquier individuo incapacitado para el trabajo, que no quisiera trabajar o que presentara una amenaza para el orden social era encerrado. Sin embargo, el aspecto más reseñable de estos procedimientos es el hecho de que la gran mayoría de estos encarcelamientos no son ejecutados de forma arbitraria o bajo disposiciones despóticas. La transvaloración de la pobreza, el encierro, el surgimiento de elementos arquitectónicos destinados al encierro o, la nueva concepción de la locura que analizaremos a continuación, no son decisiones que haya tomado un gobernante, son efectos característicos de una nueva formación histórica. Cada episteme tiene una funcionalidad, la del poder soberano es la de extraer la fuerza productiva; por tanto, todas estas medidas adoptadas son despliegues de la episteme, es la forma en que tiene la formación histórica de desarrollarse. Su objetivo es maximizar el poder de extracción, y los mecanismos que permiten una mayor efectividad son los que estamos vislumbrando, entre los que se incluirá la nueva visión de la locura.

Todos estos encierros y reclusiones serán salvaguardadas dentro de los muros de los hospitales generales o casas de corrección; allí encontramos a una multitud heterogénea de individuos, cada uno diferenciado del otro. Sin embargo, «a través de tantos acercamientos y de esas extrañas complicidades, se diseña el perfil de la propia experiencia de la sinrazón» (Foucault, 2013: 174). Esa masa indiferenciada se convierte en un grupo homogéneo, en el cual cada individuo mantiene su esencia, ya sea la de ser un libertino, un loco o un blasfemo; sin embargo, todos comparten un mismo elemento, la irracionalidad. Todos son personajes que se han alejado de la razón, que no razonan correctamente, que están sumidos en las tinieblas; ya sea por no aceptar las condiciones laborales, ya sea por no asumir una moral adecuada o ya sea por la incapacidad de razonar, como ocurre con la locura. El loco pierde su esencia, se ha visto desprovisto de su locura, de su estado original, ya no es aquella figura del siglo

XVI que escondía una verdad oculta e inaccesible. Foucault (2013: 251) definía el papel del loco dentro de este tipo de confinamiento de la siguiente forma:

En esta confusión de hospicios que se desenvolverá solamente a principios del siglo XIX, tenemos la impresión de que el loco no era reconocido en la verdad de su perfil psicológico, sino en la medida misma en que se reconocía en él su profundo parentesco con todas las formas de sinrazón. Encerrar al insensato con el depravado o el hereje hace borrar el hecho de la locura, pero revela la posibilidad perpetua de la sinrazón; y es esta amenaza en su forma abstracta y universal la que trata de dominar la práctica del internamiento.

Es sorprendente la funcionalidad del hospital general para borrar figuras tan delimitadas como la del loco, el blasfemo, el libertino... y del mismo modo su capacidad de crear nuevas categorías, nuevas visibilidades como la de la sinrazón. Durante la Edad Media y el Renacimiento la figura del loco se caracterizaba por su reconocimiento, por ser un personaje distinguible, con su propio estatuto. El insensato tenía su propia categoría, llegando incluso a construirse hospitales destinados a sus cuidados como es el caso del Hospital de Inocents en Valencia (1409), el Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza (1425) o el Hospital del Nuncio en Toledo (1483). Un conjunto de hospitales que surgen en Europa a lo largo de estos siglos destinados al cuidado de los insensatos, pero que no guardan relación directa con el surgimiento de los hospitales generales. Estos hospitales generales no responden a criterios de curación, de hecho, a los internos no se les aplicaba ningún tipo de cuidado médico destinado a su curación. No se encerraba a los locos para sanarlos, se los encerraba, del mismo modo que a los demás personajes problemáticos, como una medida de control económico y social. El hospital general tiene la finalidad de agrupar y excluir a una masa social que considera ociosa y peligrosa, una masa de la que es imposible ningún tipo de extracción. Sin embargo, esta medida de reclusión no es aplicada desde posiciones de dominación, al contrario de lo que podríamos pensar, no es el Rey o su corte, ni tampoco la nobleza, quienes aplican estas medidas. El encierro es solicitado desde las capas humildes de la población. El ejemplo más evidente del ejercicio del poder, no de arriba hacia abajo, sino de abajo hacia arriba, de su circulación, de su ejercitamiento por todos los individuos, son las *lettres de cachet*. Se trata de misivas que trasladaban los ciudadanos al rey con la finalidad de que

encerrara en el hospital general o en la prisión, a personajes cercanos al entorno del solicitante.

Las «órdenes del Rey» no se abalanzaban de improviso, de arriba abajo, como si se tratase de los signos de la cólera del Monarca más que en contados casos. La mayor parte de las veces estas órdenes eran solicitadas contra alguien por sus allegados, su padre y su madre, uno de sus parientes, sus vecinos, y a veces por el cura de la parroquia o algún noble local. Se mendigaban estas órdenes como si se tratase de hacer frente a algún gran crimen que debía merecer la cólera del soberano, cuando sólo se trataba de alguna oscura historia familiar: esposos engañados o golpeados, fortunas disipadas, conflictos de intereses, jóvenes indóciles, raterías o borracheras, y todo un enjambre de pequeños desórdenes de conducta. La *lettre de cachet* que se otorgaba, como si se tratase de la voluntad expresa y particular del rey, para encerrar a alguno de sus sujetos, al margen de las vías de la justicia ordinaria, no era en realidad más que la respuesta a esa demanda procedente de la base. [Foucault, 1990: 190].

Resulta tentador pensar que nos encontramos ante un error propio de la época, ante dificultades para detectar la inmoralidad y diferenciarla de la locura. Sería lógico pensar que en hospitales como el de Toledo, Zaragoza, Valencia, o el Hôtel-Dieu en París, nos encontramos a enfermos de verdad, pacientes aquejados de alguna enfermedad mental; mientras que en los hospitales generales habría una gran masa indiferenciada en la que podría encajar fácilmente algún rostro de la locura no identificable. Es fácil pensar que estos hospitales curativos son el preámbulo de lo que será el asilo en el siglo XIX; que estas personas ya habrían recibido el estatuto de enfermos, que se les había reconocido y aislado y, en su favor, se habría instituido un tratamiento hospitalario que parece prefigurar el tratamiento acordado en el siglo XIX, por derecho propio, a todos los enfermos mentales. En cuanto a los otros, aquellos que se encuentran indiferenciadamente en los hospitales generales, las *workhouses*, las casas de corrección y las prisiones, fácilmente se inclina uno a pensar que se trata de toda una serie de enfermos que aún no han sido percibidos por una sensibilidad médica que precisamente en esos momentos nacía. Tendemos a pensar que el encierro inconfundible entre locos, inmorales y delincuentes fue una confusión; una incapacidad propia de una época poco desarrollada, a pesar de que cabalgamos entre el Renacimiento y la Ilustración. Sin embargo, esa integración de locos, blasfemos, delincuentes, vagabundos, enfermos venéreos y demás categorías, responde a una

forma de visibilidad. En ese momento eran imperceptibles las diferencias entre ellos, todos se encontraban dentro de la categoría de la sinrazón, no podían ver más allá de su época, pero no por estar menos desarrollados que en épocas futuras, sino por las condiciones históricas que determinaron su momento histórico.

La psiquiatría y los historiadores de la medicina tratan de equiparar las enfermedades actuales con las enfermedades de esta época. Tratan de mostrar como la evolución y el progreso de la medicina ha permitido una mejor valoración, una mejor precisión y mejores condiciones para los locos. Nada más lejos de la realidad. Foucault (2013: 185) es muy claro en este sentido, él mismo dice:

Para los médicos, resulta vital, y muy reconfortante, poder verificar que siempre ha habido alucinaciones bajo el sol de la locura, siempre delirios en los discursos de la sinrazón, y que se encuentran las mismas angustias en todos esos corazones sin reposo. Es que la medicina mental recibe así, las primeras cauciones de su eternidad; y si llegara a tener remordimientos se tranquilizaría, sin duda, al reconocer que el objeto de su búsqueda estaba allí, que la aguardaba a través del tiempo. Y luego, para aquel mismo que llegara a inquietarse del sentido del internamiento y de la manera en que se ha podido inscribir en las instituciones de la medicina, ¿no es reconfortante pensar que, de todos modos, eran locos los que se encerraba, y que en esta oscura práctica se ocultaba ya aquello que para nosotros toma la figura de una justicia médica inmanente? A los insensatos que se internaba, casi no faltaba más que el nombre de enfermos mentales y el estatuto médico que se atribuía a los más visibles, a los mejor reconocidos entre ellos. Procediendo a semejante análisis se adquiere sin esfuerzo una buena conciencia en lo que concierne, por una parte, a la justicia de la historia y, por la otra, a la eternidad de la medicina. La medicina se verifica por una práctica premédica; y la historia queda justificada por una especie de instinto social, espontáneo, infalible y puro. Basta con añadir a esos postulados una confianza estable en el progreso, para sólo tener que trazar el oscuro camino que va del internamiento —diagnóstico silencioso dado por una medicina que aún no ha logrado formularse— hasta la hospitalización, cuyas primeras formas en el siglo XVIII prefiguran ya el progreso, e indican simbólicamente el término de éste.

El final del encierro, la *liberación* de los locos, la ruptura de sus cadenas, su *salvación*, vendrá de manos de Philippe Pinel. Sin embargo, y sin menoscabar la importancia de Pinel y de sus obras, es necesario e imperioso mencionar cómo, previo a su nombramiento como médico jefe de la Salpêtrière en 1795 (hospital general destinado de mujeres), ya había surgido en Francia un movimiento, tanto interno, como externo, que exigía una clasificación y diferenciación entre la locura y el resto de los presos

dentro de los hospitales generales, además de una nueva organización social cuyo vértice era la productividad.

Si atendemos el primer factor desencadenante de la posterior *liberación* de Pinel, podemos observar cómo a lo largo del siglo XVIII comienzan a surgir voces que reclaman que los internados no sean confundidos con los locos. La concepción del siglo XVIII, completamente opuesta a la del siglo XIX, nos muestra cómo los delincuentes, los presos, a pesar de sus delitos, no eran merecedores de un castigo tan cruel como ser identificados como locos o compartir con estos el mismo espacio. Será, en el siglo XIX, cuando cambien las tornas y se genere un cierto humanismo que humanice al loco y le restituya cierta condición humana, le otorgue cierta humanidad y genere un sentimiento de bochorno al concebir que hayan sido tratados como meros criminales. Pero, esta revalorización *positiva*, esta diferenciación, o ese *mejor* tratamiento del loco en el siglo XIX, no responde a una evolución de la conciencia. La conciencia de la locura no se ha vuelto más humanitaria.

La conciencia de la locura ha cambiado lentamente, y lo ha hecho en el espacio, real y artificial a la vez, del confinamiento; es por medio de deslices imperceptibles en las estructuras, o en instantes de crisis violentas, como poco a poco se forma la conciencia de la locura que será contemporánea de la Revolución. Si los locos llegan a estar aislados, si la monotonía del insensato se divide en especies rudimentarias, no es gracias a ningún progreso médico o a algún acercamiento humanitario. Es en el fondo mismo del confinamiento donde nace el fenómeno; es a él al que hay que preguntar cuál es esa nueva conciencia de la locura. [...] Conciencia política mucho más que filantrópica. Pues si se percibe en el siglo XVIII que hay entre los internados, entre los libertinos, los depravados, los hijos pródigos, hombres cuyo desorden es de otra naturaleza, que tienen una inquietud irreductible, es a esos internados precisamente a quienes se debe el descubrimiento. [Foucault, 2015: 91]

Son los irracionales, ya sea el libertino, el pródigo, el vagabundo, el borracho, el violento... son los encerrados acusados de sinrazón los que comienzan a manifestar una frontera entre ellos y los locos. Son los primeros que exigen y piden que se les separe, que se haga una distinción y se imponga un distanciamiento, una clasificación que es fruto de una nueva episteme, de una nueva transformación social, embrionaria de la Ilustración.

El segundo elemento destacable que debemos advertir como preludeo a la *ruptura de las cadenas* de Pinel es heredero de este nuevo proceso histórico. La Ilustración no

sólo será el Siglo de las Luces, del esplendor, de la ciencia, de la claridad, del orden... será también un periodo en el cual se normalice, se clasifique, se divida, se cuantifique, se jerarquice y se realice una distinción entre trabajadores útiles e inútiles. En época de crisis económica el hospital general servía como lugar de encierro de masa ociosa o sin trabajo, mientras que, fuera de las épocas de crisis, el hospital general adquiere una nueva significación; a su función de represión se agrega una nueva utilidad; se trata de obligar a trabajar a quienes se ha encerrado y hacerlos así útiles para la prosperidad general. «La alternación es clara: mano de obra barata, cuando hay trabajo y salarios altos; y, en periodo de desempleo, reabsorción de los ociosos y protección social contra la agitación y los motines» (Foucault, 2013: 107). Es gracias a esta doble finalidad del hospital general como comienza a surgir la primera bivalencia dentro de la masa uniforme de la sinrazón. Dentro del hospital general comienzan a surgir dos categorías, los pobres válidos, es decir, aquellos capacitados y disponibles para ser empeñados en funciones productivas, y los pobres inválidos, es decir, aquellos que no pueden ser ocupados en el trabajo, es decir, los locos. Este es el primer momento en el cual la locura comienza a despojarse de las demás formas que la ligan a un mismo espacio, la locura comienza a cobrar independencia; independencia que se convertirá en sus nuevas cadenas. Es bajo el amparo de estas circunstancias donde encontramos la liberación de la locura, la liberación de Pinel.

Liberada, la locura ya lo está, en el sentido en que está libre de las viejas formas de experiencia en que se hallaba prisionera. Liberada no por alguna intervención de la filantropía, no por un reconocimiento científico y finalmente positivo de su «verdad», sino por todo ese lento trabajo que se ha efectuado en las estructuras más subterráneas de la experiencia: no allí donde la locura es enfermedad, sino allí donde está anudada a la vida de los hombres y a su historia, allí donde ellos experimentan concretamente su miseria y donde llegan a rondarles los fantasmas de la sinrazón. En esas regiones oscuras se ha formado lentamente la noción moderna de locura. [...] Tenemos así la locura restituida en una especie de soledad: no aquella ruidosa, y en cierto modo gloriosa que había podido conocer hasta el Renacimiento, sino otra, extrañamente silenciosa, una soledad que la separa poco a poco de la comunidad confusa de las casas de internamiento, y que la cerca como a una zona neutra y vacía. [Foucault, 2015: 122-123].

Pinel será quien finalmente de la estocada final. Abrirá las puertas del hospital general y permitirá salir a todos los reclusos, excepto, a los locos. A estos les espera un

nuevo destino, ya no seguir encerrados dentro del hospital general, sino dentro de un nuevo espacio de encierro, el asilo. La diferencia entre el asilo y el hospital general es muy amplia, y quizás el elemento más reseñable sea que en el asilo se practica propiamente la medicina psiquiátrica mientras que el hospital general carecía de este tipo de asistencia y su funcionalidad era similar a la de una prisión. Sin embargo, hay un elemento que los hace aún más diferentes; el hospital general es una institución propia de un diagrama soberano en el cual prioriza la función de extracción; ya vimos su utilidad con respecto a las masas inadaptadas, a los que no querían trabajar o bien eran un peligro social, pero el asilo responde a un nuevo diagrama, a una nueva funcionalidad del poder, se trata de un poder disciplinario. Un poder que hará surgir las ciencias humanas y con ellas la psiquiatría.

La funcionalidad del poder disciplinario puede ejercerse bajo dos ámbitos diferentes. El poder puede ser ejercido sobre una multiplicidad humana poco numerosa en un espacio reducido; en este sentido podemos observar el ejemplo de un paciente dentro de un asilo; sobre el cual se impone una tarea determinada como puede ser seguir las consignas médicas, regular su comportamiento, etc. Del mismo modo, el tiempo y el espacio también están regulados, nos encontramos con un espacio definido, el asilo, cuadriculado, organizado, delimitado; dentro de la arquitectura del hospital se sitúan diferentes cuadrículas, caracterizadas por ser zonas diferentes, con funciones divergentes; tenemos por ejemplo la zona de recreo, las habitaciones, el comedor, la sala de enfermería, la sala de operaciones, la sala de duchas, etc. Pero no sólo está estructurado y organizado el espacio; el tiempo también está sometido a las mismas directrices. Por ejemplo, y estos datos son ficticios, están programadas las visitas o reuniones con los médicos desde las 08:00h hasta las 10:00h, sirviéndose el desayuno a las 09:00h, la comida a las 13:00h; a las 16:00h reunión grupal, a las 17:00h hora de recreo, de 18:00h a 20:00h horario de trabajo, la cena a las 21:00h y luces apagadas para proceder a dormir a las 22:00h. Nos encontramos ante una práctica disciplinaria dentro de un contexto específico; bajo el axioma de un espacio cerrado, pero la disciplina podría fundamentarse igualmente en un espacio ilimitado y bajo multiplicidades indefinidas. Supongamos que el ejercicio del poder disciplinario ya no se aplica dentro de un asilo sino dentro de las demarcaciones limítrofes de un país. En este caso, el espacio es inmenso, pero, además, la multitud es inconmensurable, se trata

de toda la sociedad, del conjunto de ciudadanos. En este caso, la disciplina se manifestará del mismo modo, pero a una escala mayor; ejemplos de ello podrían ser la prevención de la enfermedad, la prevención de la criminalidad, el control de la natalidad, el control de la salud, etc. En definitiva, tareas destinadas al control de multitudes humanas muy numerosas.

A partir de estos dos modos de ejercicio, podemos definir la disciplina como el conjunto de técnicas que permiten regular las multitudes humanas. La finalidad de la disciplina es *fabricar* individuos, hacerlos a imagen y semejanza de las necesidades que imperen en cada momento, por tanto, «las disciplinas no solamente reprimen conductas, sino que se encargan de formar sujetos» (Fortanet, 2010: 127), «la meta básica del poder disciplinario era producir un ser humano que pudiese ser tratado como un “cuerpo dócil”» (Dreyfus y Rabinow, 2001: 164). Para lograrlo es necesario modelar el cuerpo y el alma, reorganizarlos para hacerlos productivos, no exclusivamente en un sentido económico, sino intensificar y optimizar sus capacidades en función de la finalidad para la que sean inscritos, ya sea el trabajo en una fábrica, ya sea como soldados dentro de un ejército o como meros reproductores de nuevas vidas. Este proceso sólo puede llevarse a cabo mediante la imposición de determinados elementos. Estos son, la organización y estructuración del espacio y del tiempo, la vigilancia constante, el examen y procesos de individualidad.

El mejor ejemplo de esta práctica dentro del asilo nos la ofrece Foucault (2007: 255) cuando cita a Bourneville, el cual decía lo siguiente:

Los niños deben estar ocupados desde que se levantan hasta que se acuestan [los niños también fueron incorporados al asilo]. Sus ocupaciones deben variar de manera incesante [...] Desde el despertar, lavarse, vestirse, cepillar la ropa, lustrar los zapatos, hacer la cama y, a partir de allí, mantener la atención despierta sin cesar (escuela, taller, gimnasia, canto, recreaciones, paseos, juegos, etc.) [...] hasta el acostarse, cuando es preciso enseñar a los niños a disponer con orden, sobre su silla, sus distintas prendas.

Observamos una organización del tiempo; aunque podemos presuponer una organización del espacio, y una vigilancia constante. Aparecen todos los elementos propios de la disciplina.

El carácter terapéutico de esa acción del asilo, veremos que se consideraba que éste era terapéutico porque obligaba a la gente a plegarse a un reglamento, un uso del tiempo, la forzaba a obedecer órdenes, a ponerse en fila, a someterse a la regularidad de una serie de gestos y hábitos, a supeditarse a un trabajo [Foucault, 2007: 179].

Por tanto, «No hubo verdaderas teorías de curación, y ni siquiera tentativas de explicación de ésta; no hubo sino un corpus de maniobras, tácticas, gestos por hacer, acciones y reacciones por desencadenar, cuya tradición se perpetuó a través de la vida asilar y en la enseñanza médica» (Foucault, 2007: 195). Esta misma idea puede ser encontrada en Foucault (2007), parafraseando el *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía* de Pinel cuando dice: «la terapéutica de la locura es “el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas”».

De lo expuesto hasta ahora podemos extraer dos conclusiones, la primera, las ciencias humanas, incluida la psicología o la psiquiatría, parten de la idea de una *hombre* normal, de un individuo primigenio. Cada ciencia humana tiene la suya, la antropología tiene a su hombre ideal, un hombre que representa la esencia de lo humano, la economía tiene a un hombre cuya función es consumir y producir y, por su lado, la psiquiatría y la psicología, tienen como idea de hombre a un individuo sano, exento de neurosis, psicosis o cualquier problema psíquico. Todos apuntan a un prototipo de individuo y ese prototipo de individuo, que se pretende alcanzar, que parece que está oculto y es inaccesible, es en realidad el hombre disciplinado. La segunda conclusión se fundamenta en el hecho de que toda medicación prescrita y administrada dentro del asilo, no estaba destinada a la curación, estaba destinada a la dirección de la conciencia y del comportamiento. Uno de los ejemplos más reveladores es el *electroshock* o la lobotomía, los cuales no tenían una finalidad curativa, sí es cierto que mitigaban los efectos de las enfermedades mentales, pero, su función no era curativa, su función era facilitar la dirección de conciencia y de comportamiento. Dentro de este sistema no sólo está la terapia electroconvulsiva o químico-convulsiva y las lobotomías, también encontramos una serie de opiáceos como el éter, el láudano,

etc.; los cuales tienen la finalidad de calmar el sistema nervioso y permitir un mejor disciplinamiento.

El cambio del siglo XVII a los siglos XVIII y XIX es evidente, no sólo por las connotaciones históricas, sino por el cambio de paradigma y por la estructuración de la episteme y las relaciones de poder, por la significativa transformación que se vio reflejada en la desaparición de los hospitales generales, generando una gran masa de locos indefinidos, sustentados y resguardados por sus familias y allegados, hasta su nuevo encierro en los asilos. Pero, a pesar de su libertad, a pesar de salir, aunque no todos, de los muros de sus prisiones, no adquirieron una figura jurídica y pública, en el sentido de ciudadanos; se convirtieron en una masa uniforme e indefinida, a la que se le está buscando categorizar.

La locura, la criminalidad, la inmoralidad eran actitudes que atentaban contra la sociedad y, por tanto, debían ser custodiadas, alejadas, privadas del contacto social. Es en este momento cuando surgen todo tipo de proyectos utópicos que buscan crear dos esferas independientes, la de la sociedad pura e ideal y otra esfera donde habite la locura, el mal, la delincuencia, el horror; permitiendo que esta última sirva como espejo a la primera.

Tales proyectos ya no están dominados más que por una superabundancia de significaciones psicológicas y sociales, por todo un sistema de símbolos morales en que la locura se encuentra nivelada; entonces, ya no es más que desorden, irregularidad, falta oscura, una perturbación en el hombre que perturba al Estado y contradice la moral [Foucault, 2015: 139].

Será dentro de esta corriente donde podemos encontrar a Jeremy Bentham, el cual no es sólo un testigo de su época, también es el fundador del denominado panóptico, un complejo sistema de vigilancia y control que fue aplicado dentro de los asilos y que derivó en sofisticaciones que permitieron su invisibilización y maximización aplicables en otros sectores y ámbitos más cotidianos, resguardando los mismo éxitos y metas iniciales.

Podemos concluir que si se ha producido una segunda liberación en el siglo XX, una transformación de las prácticas psiquiátricas, una nueva revalorización de la locura, esta no ha sido porque se considere que ya no suponga un peligro o una amenaza, ha sido porque el poder de control se ha sofisticado, ya no se necesita tener a la población

encerrada para vigilar, controlar y modelar sus conductas, el cambio de época, el cambio de diagrama ha permitido el surgimiento de nuevas modalidades y ejercicios del poder que permiten un mayor disciplinamiento de las conductas y del cuerpo y, de una forma mucho menos visible que el espacio del asilo. Actualmente se puede mantener el mismo control social y funcionalidad, pero desde el ámbito de la biopolítica.

Bibliografía

- Deleuze, Gilles (2017), *El poder. Curso sobre Michel Foucault*, tomo II. Buenos Aires, Cactus.
- Dreyfus, Hubert y Paul Rabinow (2001), *Michel Foucault. Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Fortanet, Joaquín (2010), *Foucault y Rorty. Presente, resistencia y deserción*. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Foucault, Michel (2018), *La sociedad punitiva*. Madrid, Akal.
- Foucault, Michel (2016), *Enfermedad mental y psicología*. Barcelona, Paidós.
- Foucault, Michel (2015), *Historia de la locura en la época clásica*, tomo II. México, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2013), *Historia de la locura en la época clásica*, tomo I. México, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2007), *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica
- Foucault, Michel (1990), *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre dominación y desviación*. Barcelona, La Piqueta.
- Foucault, Michel (1979), *La arqueología del saber*. México, Siglo XXI.
- Foucault, Michel *et al.* (1976), *Dialéctica y libertad*. Valencia, Fernando Torres.

