

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador
Departamento de Antropología, Historia y Humanidades
Convocatoria 2019-2021

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Historia

La luz de la mirada oculta: La Psiquiatría en Quito (1892-1929)

Claudio Mauricio Yépez Guerra

Asesor: Nicolás Cuvi

Lectores: Delfín Viera y Eduardo Kingman

Quito, julio de 2022

Dedicatoria

A mi madre, Diana, a quien debo todo mi conocimiento.

A mi padre, Jorge, a quien debo todas mis aventuras.

A Chéjov, por su formidable descripción de la sala de los locos, y que causó en mí el enigma de la mente humana.

A mi familia numerosa que, si tuviera la posibilidad de nombrarla, sus nombres llenarían todas las páginas de este trabajo.

A Felipe, a Pablo, a Byron, quienes con su poesía me desprenden de la sombra de la melancolía y me llevan a la risa infinita y desesperada.

A Jill Valentine, por su entretenida e incondicional compañía en los días solitarios de la investigación.

A Anderson Vaca, por su honestidad y respeto ante la vida.

Índice de contenidos

Resumen	VIII
Agradecimientos.....	IX
Introducción	1
Capítulo 1. Marco teórico y estado de la cuestión	11
1.1 Espacio, observación, orden y disciplina.....	13
1.2 Locura.....	15
1.3 Raza y género	17
1.4 Paradigma y tipología.....	19
1.5 Estado de la cuestión	21
1.5.1 El desarrollo de la Psiquiatría en Francia y sus primeros hospicios	22
1.5.2 La teoría de la prevención social	23
1.5.3 La anti psiquiatría en Thomas Szasz.....	25
1.5.4 La historia clínica como documento científico e histórico	25
1.5.5 Historia de la Psiquiatría en Quito	26
Capítulo 2. La Psiquiatría en Quito: Instituciones, actores, academia y justicia	36
2.1 Contexto social.....	37
2.2 La concepción del espacio y la institución psiquiátrica quiteña	40
2.3 Los primeros representantes de la Psiquiatría en Quito.....	48
2.4 Las Hermanas de la Caridad y su importancia en el Manicomio de Quito.....	52
2.5 La Psiquiatría en la academia	53
2.6 Psiquiatría y justicia.....	55
Capítulo 3. Paradigma Kraepeliniano y clasificación de las enfermedades mentales	59
3.1 Clasificación de las enfermedades mentales a partir de los artículos, estudios de caso y de los diagnósticos de las historias clínicas	67
3.1.1 Delirium tremens	68
3.1.2 Histeria.....	68
3.1.3 Epilepsia.....	69
3.1.4 Manía	70
3.1.5 Excitación maníaco-felicidad mental.....	70

3.1.6 Demencia senil.....	71
3.1.7 Demencia precoz.....	72
3.1.8 Delirio crónico de persecución y delirio sistematizado	74
3.1.9 Psicosis maníaco-depresiva	75
3.1.10 Melancolía.....	76
3.1.11 Hermafroditismo y estados congénitos	80
Capítulo 4. El poder de la observación	85
4.1 La historia clínica: Documento del saber médico.....	86
4.2 La observación en la historia clínica y en el estudio de caso.....	92
4.3 Las dualidades y la observación en Julio Endara.....	98
4.4 El diálogo frente a la observación.....	100
Capítulo 5. Conclusiones.....	105
Anexos.....	120

Ilustraciones

Gráficos

Gráfico 2.1. Actores y obras de la Psiquiatría a través del tiempo.....	51
Gráfico 3.1. Proceso de la observación en los diagnósticos de una enfermedad mental.....	62

Figuras

Figura 1 Libro de historias clínicas del área de mujeres (1901-1928).....	7
Figura 2.1. Manicomio de Quito, inicios del siglo XX.....	43
Figura 2.2. Manicomio de Quito, 1909.....	43
Figura 2.3. Historia clínica número 10 de 1904, área de mujeres.....	46
Figura 2.4 Pacientes del Manicomio de Quito a inicios del siglo XX.....	47
Figura 3.1. Cuarta página de la historia clínica número 39 de 1921, área de hombres.....	66
Figura 3.2. Poetas de la Generación Decapitada.....	67
Figura 4.2. Historia clínica número 17 de 1912 llenada por Julio Calderón, área de mujeres	88
Figura 4.3. Historia clínica número 34 de 1921 llenada por Julio Endara, área de hombres	89
Figura 4.4. Etiqueta Edad de la historia clínica número 21, área de hombres (fecha ilegible)	91
Figura 4.5. Etiqueta Edad de la historia clínica número 13 de 1909, área de mujeres	91
Figura 4.6. Examen del enfermo de las historias clínicas del manicomio de Quito	103

Anexos

Figura 1. Tercera página de la historia clínica número 50 de 1918, área mujeres.....	120
Figura 2. Tercera página de la historia clínica de 1926, área mujeres (carece de número)	121

Tablas

Tabla 2.1. Plan de estudios y actas obtenidos de los Anales de la Universidad Central del Ecuador.....	55
Tabla 3.1. Sistematización de las historias clínicas del área de mujeres.....	64
Tabla 3.2. Sistematización de las historias clínicas del área de hombres.....	65
Tabla 3.3. Cuadro de comparación entre los diagnósticos de las historias clínicas y la tipología de Emil Kraepelin.....	84
Tabla 4.1. Etiquetas de la segunda página <i>Examen del enfermo</i> de las historias clínicas.....	102

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Claudio Mauricio Yépez Guerra, autor de la tesis titulada “La luz de la mirada oculta: La Psiquiatría en Quito (1892-1929)” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría y que la he elaborado para obtener el título de maestría de investigación en Historia concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia de Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, julio de 2022



Claudio Mauricio Yépez Guerra

Resumen

En este trabajo se estudia la Historia de la Psiquiatría en Quito (1892-1929). Se realiza una descripción de la institución psiquiátrica quiteña con el fin de explicar la relación médico-paciente, y se destaca el papel que cumplieron los actores de la Psiquiatría en Quito. Además, se analizan y se describen artículos y estudios de caso encontrados en la revista *Anales* de la Universidad Central del Ecuador, e historias clínicas del Manicomio de Quito tanto de hombres como de mujeres, por medio de la aplicación del paradigma kraepeliniano.

Asimismo, se estructura una clasificación de las enfermedades mentales más frecuentes de las tres primeras décadas del siglo XX. Por último, se estudia el concepto de la observación, elemento nuclear de la Psiquiatría kraepeliniana, y se demuestra su importancia en el proceso del diagnóstico de una enfermedad mental.

Se seleccionó este espacio temporal por las primeras publicaciones relacionadas con la Psiquiatría a partir de la última década del siglo XIX, por la inclusión de la Psiquiatría como cátedra universitaria en el pensum de estudios de 1908 de la Facultad de medicina de la Universidad Central del Ecuador, por la aplicación de paradigmas positivistas europeos de la Psiquiatría y por el uso de las historias clínicas en el Manicomio de Quito.

La principal conclusión de este trabajo es que el paradigma kraepeliniano fue aplicado en los procesos terapéuticos, y su influencia en las investigaciones académicas fue importante, en especial en los estudios de caso, porque se resalta el proceso de observación para el diagnóstico de una enfermedad. Además, los nombres de las enfermedades mentales de las historias clínicas del Manicomio de Quito coinciden con la tipología de Kraepelin.

Agradecimientos

Agradezco a la “Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Ecuador”, por confiar en mi capacidad, y haberme permitido ahondar en el campo del conocimiento humano y de los enigmas del tiempo y de la Historia.

Considero que al camino de la sabiduría se lo abre mediante una luz que guíe nuestros pasos. Esa luz fueron todos mis profesores y profesoras que me compartieron su sabiduría y su conocimiento, en especial mi asesor Nicolás Cuvi, por su paciencia y sus consejos. A ellos, mi total agradecimiento.

El Archivo Nacional de Medicina, “Eduardo Estrella”, fue el espacio de reencuentro con el pasado del “Manicomio de Quito” a través de las historias clínicas archivadas en dos grandes libros. Un espacio pequeño y grande a la misma vez, porque recoge tantos años del pasado que, al estar dentro de él, se respira un olor a nostalgia, húmedo y triste como debieron ser los pasillos del extinguido manicomio. A él y a sus trabajadores, en especial a Rocío Bedón, su directora, mi agradecimiento.

Agradezco a la vida que, a pesar de estancar una parte de su río de sangre, me regaló más vida para poder terminar esta investigación.

Introducción

En esta sala hay unas camas clavadas al piso; en las camas-éstos, sentados; aquéllos, tendidos- hay unos hombres con batas azules y bonetes en la cabeza: Son los locos.

(Chéjov 2018, 4)

En la presente investigación se aborda el tema de la Historia de la Psiquiatría en Quito (1892-1929). La característica principal del trabajo consiste en los análisis comparativos entre las historias clínicas del Manicomio de Quito (1901-1929) y los distintos estudios realizados por los primeros actores de la Psiquiatría, a partir del concepto de la observación y de la relación médico-paciente. Para contextualizar los mencionados análisis, se realiza una breve historiografía del Manicomio de Quito y de la inclusión de la Psiquiatría en los estudios médicos de la Universidad Central del Ecuador. En la revisión de las fuentes secundarias no se encontraron explicaciones, ni análisis del paradigma que siguieron los pioneros de la Psiquiatría en Quito en la última década del siglo XIX y los primeros años del siglo XX por parte de sus autores; por tal razón, mediante la búsqueda de información de las fuentes primarias, en esta investigación se elaboró un modelo o un paradigma en cuya base están las ideas y planteamientos del psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926).

Esta es la primera vez que se relaciona a los paradigmas europeos con las prácticas psiquiátricas en Ecuador dentro de los estudios académicos. Emil Kraepelin fue un psiquiatra alemán muy influyente en toda Europa y su trabajo tiene un gran impacto científico en la psiquiatría moderna y la comprensión de las enfermedades mentales (Eber y Jürgen 2010, 191). En sus estudios se desarrolla el concepto de la observación como el método más acertado para el diagnóstico de las enfermedades mentales. Al no existir ningún análisis profundo de historias clínicas, ni de estudios de caso a partir del concepto de la observación, el presente trabajo constituye el primero en hacerlo. Además, a partir de los diagnósticos de las historias se establece una clasificación de las enfermedades mentales con sus respectivas definiciones.

La Psiquiatría es la disciplina de la medicina que estudia las enfermedades mentales. Las investigaciones de la Antigüedad colocaron sus bases y limitaron al cuerpo y al alma como su objeto de estudio (Postel y Quérel 2000, 137). La Psiquiatría moderna se consolidó a finales del siglo XVIII (Kapsambelis 2016, 23) y por algún tiempo, esta disciplina fue parte de la

neurología, pero conservando “sus espacios terapéuticos -los asilos- y sus particulares referencias; de tal modo que su objeto, incluso potencialmente, vino a ser de alguna manera el sistema nervioso central” (2016, 23). No fue sino hasta mediados del siglo XX que llegó a ser una disciplina médica independiente.

En la Edad Media, al introducirse los estudios de la Psiquiatría al campo religioso, se generó su visión demonológica, que se extendió hasta el siglo XVIII, la época de la Ilustración. Esta visión consistía en considerar a los locos como seres poseídos por el demonio. Se manifestaba que, al no tener alma, no eran seres humanos y por el peligro que pudieron constituir se los abandonaba y se los encadenaba en las cárceles.

El psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826), al igual que Kraepelin, fue uno de los más influyentes en toda Europa. Pinel introdujo la concepción del psiquiatra como profesional al ser catalogado como el fundador del Tratamiento moral, que consistía en brindar un trato más humano a los alienados mentales o locos (Cano 2020, 16). A él se debe la Liberación de los locos (Huertas 2001, 13), una práctica que eliminó el uso de grilletes dentro de los manicomios en 1793. A finales del siglo XVIII e inicios del XIX, las investigaciones relacionadas a esta disciplina tomaron un gran desarrollo con los aportes de varios médicos como Jean Colombier, François Doublet, Jean-Martin Charcot, Phillippe Pinel y Jean Étienne Dominique Esquirol. La formación científica de la Psiquiatría se consiguió por su inclusión en la institución hospitalaria y universitaria y en la demanda de una organización de saber y de poder.

A partir de los intereses de los estudios psiquiátricos, surgió la necesidad de formular una clasificación de las enfermedades mentales. A finales del siglo XIX, Kraepelin propuso una nosografía compleja y estructurada, partiendo desde la demencia precoz y la psicosis-maníaco depresiva. El *Tratado de psiquiatría* de Emil Krapelin comprende ocho ediciones: 1883, 1887, 1893, 1896, 1899, 1909, 1912 y 1915 (Postel y Quérel 2000, 218). A lo largo de las ocho ediciones, incluía cada vez más distintos tipos y clasificaciones de las enfermedades y trastornos mentales; se sumaron a las primeras la melancolía, la manía, el delirio y los estados de agotamiento.

Para la última y más compleja edición del *Tratado de psiquiatría* de 1915, Kraepelin incluyó enfermedades del grupo de afecciones endógenas como las formas de la demencia precoz, sus parafrenias, además de las afecciones degenerativas, congénitas y adquiridas (Postel y Quérel 2000, 218). Esta elaboración nosográfica la pudo realizar mediante su presencia al interior de los manicomios, y una observación muy detallada del proceso de la enfermedad mental en el individuo:

Vemos, pues, cómo las bases teóricas de la psiquiatría, como la de cualquier otro saber pretendidamente científico, dependen en última instancia, ya no solo de factores políticos y sociales generales, sino de aspectos que tienen que ver con el susodicho “lugar de observación”, sus condiciones materiales, el destino laboral de los profesionales, la pertenencia a una u otra escuela o tradición de pensamiento psiquiátrico, etc (Huertas 2001, 15).

Antes de la publicación de la última edición del *Tratado de Psiquiatría* en 1915, Kraepelin publicó en 1905, *Introducción a la clínica psiquiátrica*, a partir de varios estudios de caso realizados junto a sus alumnos al interior de una institución psiquiátrica. El modelo de la clasificación de las enfermedades mentales de esta tesis, realizado a partir de los diagnósticos de las historias clínicas del Manicomio de Quito, se basó en la tipología descrita en el libro nombrado con anterioridad.

Según Ackerknecht (1993, 13) la psiquiatría ha sido catalogada por varios investigadores como la disciplina médica más humana e interesante; la validez de esta afirmación se encuentra en los tres elementos que la componen: Medicina, biología y ciencias humanas (Kapsambelis 2016, 17). Por ello, la Psiquiatría, de acuerdo a su objeto de estudio, es la disciplina médica que se encuentra más cerca del ser humano. Es decir, de las características específicas que lo diferencian de los demás mamíferos (Kapsambelis 2016, 19). Es por eso que, en los siglos anteriores al XX, los profesionales de la salud mental tenían la imagen de un voluntario social, en lugar de un médico propiamente dicho, además de dedicar un espacio de tiempo más amplio a sus pacientes.

Según Huertas (2001, 10), los estudios históricos de la Psiquiatría han sido objeto de discusiones relativas a la perspectiva desde la cual se la mira. Muchos historiadores argumentan que, para establecer una Historia de la Psiquiatría, se deben tomar en cuenta la

nosología de las enfermedades mentales y su aspecto clínico. El historiador de esta disciplina médica necesita apoyarse en clínicos con el fin de percibir la enfermedad objeto de estudio, por ello es importante admitir que, “no sólo la colaboración y el intercambio entre ambos colectivos profesionales es deseable, sino que una ‘interacción dinámica’ entre los mismos, es absolutamente necesaria para que la Historia de la Psiquiatría tenga una verdadera ‘razón de ser’” (Huertas 2001, 10).

Las investigaciones históricas de la Psiquiatría en Ecuador son diversas (Barreto s.f.; Cueva 1970; Cruz 2003; Hidalgo 2013; Jaramillo 2010; Landázuri 2008; Osorio 2017; Peñaloza 2015; Ramírez 2011; Robalino 1995; Zúñiga y Riera 2018). Se relacionan con la estructura de los centros psiquiátricos, la política y la vida que los rigen, la concepción de las enfermedades mentales en una época específica, y el cambio que han sufrido a través del tiempo.

En el periodo liberal del Ecuador (1895-1925) se elaboraron las Constituciones de 1897 y la llamada “Carta Magna” del liberalismo de 1906, que “definitivamente consagraron la separación entre Estado e Iglesia, definieron abiertamente la libertad de conciencia, opinión y de cultos, introdujeron los principios de la legislación civil e implantaron el laicismo” (Ledezma y Ledezma 2017, 9). Ecuador adoptó un sistema médico positivista europeo e impulsó “de manera franca el desarrollo de la medicina a través de la incorporación de nuevas técnicas, nuevos principios que modernizarán tanto la enseñanza como la asistencia hospitalaria” (Barreto s.f., 19). Sin embargo, la mencionada influencia positivista no terminó radicalmente con la concepción de la Psiquiatría demonológica, que se aplicaba en el sistema de salud mental en Quito a inicios del siglo XX (Barreto s.f., 20).

Una de las propuestas del presente trabajo es demostrar la influencia del concepto de la observación planteado por Kraepelin, en el plano del comportamiento y de la personalidad del ser humano para diagnosticar una enfermedad mental. Los análisis de los contenidos de las fuentes principales de esta investigación, tanto de historias clínicas como de estudios realizados por diversos actores de la Psiquiatría en Ecuador, son el reflejo de la aplicación de la observación como una técnica de investigación y de diagnóstico.

El Manicomio de Quito fue la institución psiquiátrica que acogía a locos¹, delincuentes callejeros, alcohólicos y vagabundos y, como todo manicomio, lo hacía con el fin de restringir su libertad, porque el Estado los consideraba un peligro para el normal funcionamiento de la sociedad. Además, esta institución fue un campo de saber, porque existían terapéuticas que ayudaban a calmar la angustia y la inestabilidad del comportamiento de los locos: Baños de agua fría, latigazos y camisas de fuerza. Por eso, se realiza una breve descripción de la institución psiquiátrica quiteña y se la relaciona con las investigaciones de los actores de la Psiquiatría, el concepto de espacio y los archivos educativos y jurídicos.

Al interior de la institución se generaron diversos tipos de conceptos que se encadenaron y originaron relaciones de poder entre los pacientes, las pacientes, los médicos y el resto del personal que trabajaba allí. Estas relaciones se pueden observar en los estudios de caso de los médicos y de los contenidos de las historias clínicas; incluso en la clasificación del libro de Kraepelin, *Introducción a la clínica psiquiátrica*.

El estudio histórico de las enfermedades mentales en Quito es importante porque permite demostrar la organización de la disciplina que aborda este campo, y su forma de ponerla en práctica, además de considerar su tipología. Con el apareamiento de bases teóricas complejas alcanzadas a finales del siglo XIX e inicios del XX, influidas por la medicina positivista, el psiquiatra ganó mayor prestigio como médico y, en consecuencia, las investigaciones científicas orientadas a esta disciplina tomaron mayor valor.

En la investigación se brinda un recorrido histórico de las enfermedades psiquiátricas en Quito (1892-1929), para entender la causa de su abandono no solo de su teoría como disciplina psiquiátrica, sino también de sus pacientes. De igual forma, se intenta comprender la concepción de los enfermos mentales catalogados como un desecho de la sociedad, que no tenían el derecho de vivir libremente porque, muchos de ellos, esperaban su muerte dentro del manicomio.

Además, es importante explicar los roles que tuvieron los psiquiatras en el cuidado de estos pacientes, porque son los actores principales que intentaron realizar una tipología de las

¹ Según Foucault (1998, 150,151), el loco es el individuo que se diferencia del Otro en cuanto al funcionamiento de su razón, que le impide pensar y actuar como el resto. El loco es un alienado que no se encuentra en el sistema común de la sociedad y que actúa de forma distinta e imaginativa.

enfermedades mentales siguiendo un proceso clínico, como se manifestó en el caso de Kraepelin.

La selección del espacio temporal de la investigación 1892-1929, se justifica por la situación y el contexto académico que sufría la Psiquiatría como disciplina médica, por la creación del “Manicomio de Quito” a causa de la influencia del positivismo médico europeo, por la llegada de las Hermanas de la Caridad desde Francia con aplicaciones terapéuticas modernas, por los modelos positivistas traídos de Europa, desde finales del siglo XIX hasta los inicios del XX, y por el uso de las primeras historias clínicas archivadas en dos libros que terminan, precisamente, en 1929. La Psiquiatría cada vez adquiría más elementos científicos en su estudio y aplicación, por lo tanto, la figura del psiquiatra como profesional ganaba categoría dentro del ámbito de la medicina.

Metodología

Para el desarrollo de la tesis se investigaron fuentes secundarias y primarias. Con el fin de abrir y construir un panorama general sobre la Historia de la Psiquiatría en Quito, se empezó con la consulta y la recopilación de la información bibliográfica. A estas fuentes se las clasificó en cuatro carpetas: Conceptos, paradigmas, instituciones psiquiátricas y textos varios. En la carpeta *conceptos*, se incluyeron textos de autores que describen y analizan cada uno de los conceptos y categorías que se usaron en el contenido de la investigación. En la segunda carpeta, se integraron investigaciones relacionadas al pensamiento del psiquiatra alemán Emil Kraepelin y una de sus obras, *Introducción a la clínica psiquiátrica*. En la tercera, se incluyeron textos que vinculan la Historia de la Psiquiatría con la construcción, estructura y manejo de los hospicios y manicomios tanto del Ecuador como de otros países. Por último, en la cuarta carpeta se colocaron trabajos cuyo contenido se vincula a la Psiquiatría como disciplina médica y científica con la Historia de la misma.

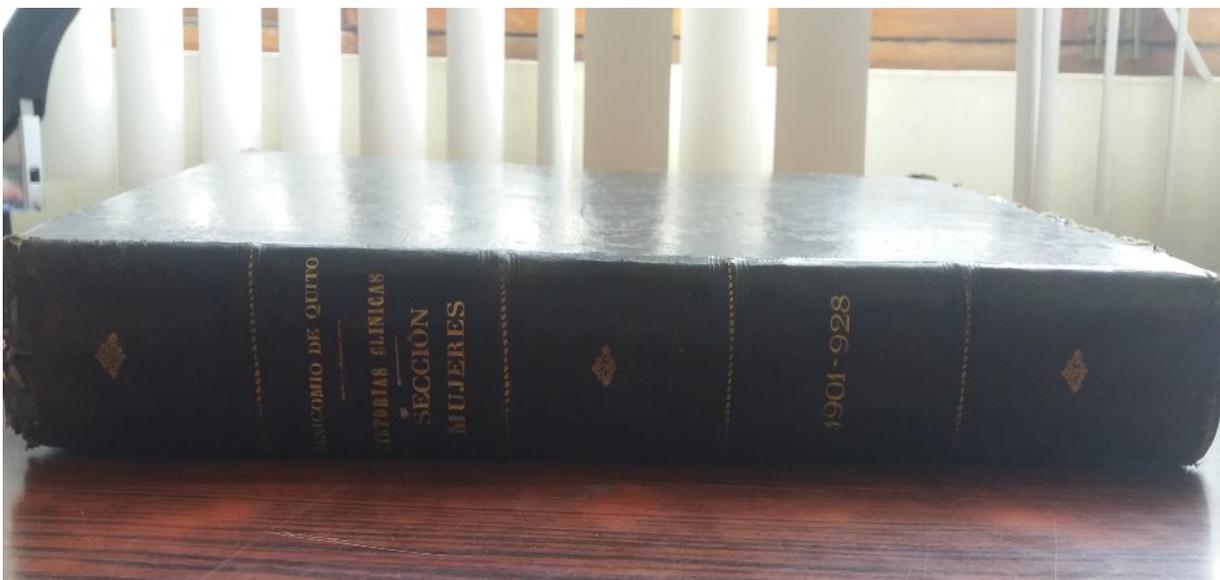
Se visitó el Archivo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella” por cinco ocasiones. Al igual que con las carpetas de las fuentes bibliográficas, las actividades a realizar allí estuvieron divididas por los días visitados. La primera visita permitió reconocer de forma general al archivo y desempolvar algunas revistas de Julio Endara² tituladas: *Archivos de Criminología*,

² Julio Endara (1898-1969) fue un médico ecuatoriano y uno de los psiquiatras más influyentes del siglo XX en Ecuador, por sus investigaciones relacionadas a la psicofarmacología y a la concepción científica de la enfermedad mental.

Neuro-Psiquiatría y disciplinas Conexas. Por el hecho de que se encontraban en desorden, hubo que sistematizarlas de acuerdo a su volumen y año de publicación. Ese mismo día se tomaron los libros tanto de mujeres (1901-1928) como de hombres (1911-1929) de las historias clínicas del Manicomio de Quito, y se los examinó brevemente porque el tiempo estaba a punto de consumir el día.

El objetivo de la segunda visita fue realizar una búsqueda de artículos que informen sobre los paradigmas usados por los médicos y estudiantes de inicios del siglo XX en la Facultad de Medicina, de la Universidad Central del Ecuador. Sin embargo, no se encontró ningún archivo, por lo que hubo que empezar con las fotografías de las historias clínicas. Por el hecho de que los libros son bastante grandes y tomando en cuenta la edad de sus hojas se lo hizo con cautela y cuidado. Se fotografió la cuarta parte del libro de mujeres y las horas de las siguientes tres visitas fueron dedicadas a esta actividad por completo. Luego, las fotografías fueron digitalizadas en un computador y se las incluyó en carpetas que reflejaban los años en que fueron llenadas. La imagen a continuación presentada es una fotografía del libro del área de mujeres que, dicho sea de paso, está mejor conservado que el del área de hombres.

Figura 1. Libro de historias clínicas del área de mujeres (1901-1928)



Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"

Se analizaron 70 historias minuciosamente y se elaboraron cuadros que organizaron la información obtenida de las siguientes etiquetas: Año, edad, raza, lugar de nacimiento y diagnóstico.

Además, se indagaron las revistas *Anales* de la Universidad Central del Ecuador, a partir del año de 1892 hasta 1929, espacio temporal que abarca la investigación. Los archivos relacionados con estudios psiquiátricos encontrados en dichas revistas fueron clasificados en tres partes; la primera contiene documentos que vinculan a la Psiquiatría con aspectos legales; la segunda, documentos de planes de estudio y reformas académicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador; y la tercera, artículos y estudios de caso propiamente científicos. En el desarrollo de la investigación, se los enlaza con el fin de generar un diálogo entre éstos y así determinar sus similitudes y sus diferencias que cambiaron a través del tiempo.

Por otro lado, se obtuvieron fotografías históricas e imágenes de páginas web y se las colocó en espacios de acuerdo al contexto de los contenidos desarrollados en los capítulos. Las imágenes representan los espacios del Manicomio de Quito y a los enfermos mentales. También se destacan figuras de varias historias clínicas con el fin de explicar los procesos de observación realizados por los médicos.

La clasificación de las enfermedades mentales obtenidas a partir de los diagnósticos de las historias clínicas del Manicomio de Quito, tomó el modelo clasificatorio del libro *Introducción a la clínica psiquiátrica* de Emil Kraepelin. Este libro se escribió a partir de estudios de caso y definiciones desarrolladas en las lecciones que el psiquiatra alemán impartió a sus estudiantes. Por lo mismo, las enfermedades mentales de las historias clínicas, objeto de estudio, se organizaron de acuerdo a las lecciones, y a los grupos patológicos que allí se presentan.

Estructura de la tesis

Esta investigación se divide en cinco capítulos. Se inicia con el “Marco teórico y estado de la cuestión”. La teoría de este trabajo se enfoca principalmente en el desarrollo del concepto de la observación como un método de diagnóstico y de estudio del comportamiento de los locos. Este concepto se apoya en el orden disciplinario, la vigilancia, el poder y el saber psiquiátrico. Al primero se lo define como el estado de interrelación entre la mirada médica y su objeto y de la operación terapéutica (Salgado 2012, 22). La vigilancia es la mirada constante del

personal de la institución psiquiátrica realizada al paciente con el fin de restringir sus actos (Visacovsky 2008, 98). Por lo general, el saber psiquiátrico ejecutaba acciones que reflejaban el poder del médico. Es decir, la capacidad de tomar decisiones y de influir en la vida de los otros, al interior del manicomio (Parra 2017, 34-35), como la selección de la raza de los individuos o las decisiones de la justicia frente a diversos problemas sociales y de género.

El segundo capítulo denominado “La Psiquiatría en Quito: Instituciones, actores, academia y justicia” aborda de un modo general el espacio de la institución psiquiátrica quiteña, los primeros médicos que ejercieron la Psiquiatría, su ingreso como cátedra a la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador y varios estudios legales relacionados con la misma. Los dos periodos de gobierno de Eloy Alfaro³ (1895-1901 y 1906-1911) cambiaron la administración de todas las instituciones serranas de asistencia social y también estructuraron la Junta de Beneficencia a la que se subordinó el ya llamado Hospicio y Manicomio de Quito (Landázuri 2008, 33). La Conferencia de San Vicente de Paúl abandonó las funciones relacionadas a la salud, pero las monjas de la Caridad mantuvieron sus actividades en esta área. El rol de las monjas en el sistema de salud en 12 hospitales públicos de la Costa y de la Sierra fue de vital importancia, porque fueron las únicas en cumplir las funciones de las enfermeras (Landázuri 2008, 37), pues los estudios y la profesión de la enfermería todavía no se consolidaba en Ecuador.

El tercer capítulo denominado “Paradigma Kraepeliniano y clasificación de las enfermedades mentales” recopila la teoría de Emil Kraepelin abordada a lo largo de la investigación con el fin de modelar su propio paradigma psiquiátrico y brindarle mayor valor a su trabajo en las lecciones con sus estudiantes, dentro de las instituciones psiquiátricas. Además, se establece un cuadro de clasificación de las enfermedades mentales obtenidas a partir de los diagnósticos de las historias clínicas, en base al modelo del libro *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Dentro de este cuadro se incorporan las enfermedades obtenidas de los estudios de caso de los actores de la Psiquiatría como el delirium tremens, la histeria, el homosexualismo o locura moral y el delirio alucinatorio crónico.

³ Eloy Alfaro Delgado (1842-1912), fue presidente de la República del Ecuador por dos ocasiones 1895-1901 y 1906-1911. Se constituyó en el líder de la Revolución Liberal en Ecuador. Entre sus más importantes obras estuvo la construcción del ferrocarril que unió la Costa con la Sierra ecuatoriana, esto permitió mejorar la rapidez del tránsito y la comercialización de los productos.

El cuarto capítulo se denomina “El poder de la observación”. Aborda el tema de la observación como técnica de evaluación y experimentación de las enfermedades mentales, apoyándose en varios ejemplos de los contenidos de las historias clínicas y tres estudios de caso escritos por médicos ecuatorianos de la época. Este capítulo empieza con un epígrafe que resalta la importancia que Kraepelin cedió a la observación dentro de los estudios de las enfermedades mentales y su clasificación. Se describe la estructura de la historia clínica y se brinda mayor importancia a la información expuesta dentro de la segunda página llamada *Examen del enfermo*. El análisis de la historia parte de esta sección porque contiene precisamente descripciones hechas por los médicos a partir de un proceso de observación minucioso, en algunos casos y, en otros, superficial.

Por último, en el quinto capítulo se establecen las conclusiones; por lo que está constituido por un conjunto de afirmaciones y resultados que condensan todo el contenido de la presente investigación.

Capítulo 1. Marco teórico y estado de la cuestión

La Historia de la medicina estudia las actividades personales, institucionales o colectivas relativas a las enfermedades, su origen, y evolución en donde el ser humano ha realizado de acuerdo “a determinados paradigmas científicos y dentro de situaciones histórico-sociales diferentes, sus sucesivas capacidades para entender, curar y prevenir la enfermedad, más ampliamente, para promover la salud, como, por otra parte, el relato sistemático de esa constante obra creadora y operativa” (Laín 1978, 31). Sus paradigmas de estudio se adaptan de acuerdo a la especialidad médica que se investiga.

Los procesos mentales a los que el ser humano se sometió en su etapa primitiva fueron los causantes de la creación de un ente que fortalezca su sobrevivencia. Por eso, la religión constituye uno de los antecedentes iniciales dentro de la esfera de la Psiquiatría y de las ciencias de la salud en general (González 1998, 183). Los enigmas de las enfermedades mentales hicieron que su explicación se introdujera en el ámbito de los hechos demonológicos y con el paso del tiempo a la Historia de la Psiquiatría se la conoció como el estudio de la interpretación de la locura a partir de enfoques de carácter médicos (González 1998, 183).

Pero para que la Psiquiatría pudiese ingresar a esa visión médica tuvo que atravesar por una serie de obstáculos que la marginaron por mucho tiempo: Las supersticiones, la creencia en los hechizos, la magia y la brujería (Marietán 2004). Una vez superadas las dificultades, la idea de enfermedad mental la catalogó como disciplina médica. Por esa razón, la Historia de la Psiquiatría entra en los estudios históricos de la medicina, teniendo como objeto de estudio a los procesos que la locura ha sufrido a lo largo del tiempo.

En el presente capítulo se abordarán los elementos teóricos de este trabajo. La teoría se enfoca principalmente en el desarrollo del concepto de la observación, por algunos motivos. Primero, porque la Psiquiatría de finales del siglo XIX e inicios del XX tenía la concepción de que el comportamiento del ser humano no se lo podía analizar, ni evaluar desde un proceso de diálogo con el enfermo, porque al loco se lo consideraba un ser delirante, imaginativo y alucinante; en otras palabras, que vivía una realidad diferente a la del mundo exterior.

En segundo lugar, porque el Estado era un agente que restringía la libertad de estas personas al considerarlas un peligro para la vida común del resto de la gente. Así que, no tenían la facultad de emitir opiniones y sí lo hacían, se las consideraban nulas. Por lo tanto, al ser la

opinión parte del diálogo del paciente frente al médico, no tenía ningún valor, y la observación era la única forma para evaluar y diagnosticar.

Tercero, porque la influencia del positivismo generó en la Psiquiatría la necesidad de experimentar con las pacientes y los pacientes, enfocándose plenamente en la experiencia del comportamiento de la personalidad y, como el manicomio fue comparado con un laboratorio, los enfermos y las enfermas mentales fueron los sujetos y a la vez objetos de la observación. Y, por último, porque el psiquiatra alemán Emil Kraepelin había realizado la clasificación más compleja y estructurada hasta el momento a partir del concepto de la observación, así que se afirmaba que era la forma más adecuada para llevar a cabo los procesos psiquiátricos.

Sin embargo, la observación no pudo desarrollarse sin la intervención de algunos conceptos auxiliares como: El orden disciplinario, la vigilancia, el poder y el saber psiquiátrico. Las interrelaciones de estos conceptos permiten llevar a cabo el proceso de observación eficientemente. Por ejemplo: La disciplina y la vigilancia son elementos fundamentales para el ejercicio de la Psiquiatría dentro de un manicomio o cualquier institución de restricción de libertad. Sin disciplina no existe orden, y el caos no es una buena forma de llevar a cabo los procesos de observación. Aunque la institución psiquiátrica era incipiente, no significaba que haya sido un centro de libertinaje o un albergue en donde las reglas y las normas eran una quimera; quizás en lugares como éstos, el orden disciplinario y la vigilancia fueron las acciones que se practicaban con mayor grado; de hecho, en muchos casos, pudieron ser más violentas.

El poder y el saber psiquiátrico se concentraban en los médicos. Las relaciones de poder entre los dos sujetos eran verticales. No existía la posibilidad de que un loco practique sus conocimientos, excepto si el médico lo requería con fines analíticos de personalidad. Por lo general, el saber psiquiátrico ejecutaba acciones que reflejaban el poder del médico al interior del manicomio, como la selección de la raza de los individuos o las decisiones de la justicia frente a diversos problemas sociales y de género.

1.1 Espacio, observación, orden y disciplina

El espacio constituye el escenario y el área vital en donde se inserta la aplicación de la Psiquiatría, y se observa la fuerza y las relaciones de poder ejecutadas por el saber médico (Parra 2017, 26). El lugar preciso y privilegiado en donde la locura puede reflejar sus formas de vida, sus terapéuticas y sus relaciones es el hospital, un espacio artificial creado para este fin especialmente (Foucault s.f., 51). En la institución psiquiátrica o en el manicomio se aprecian el comportamiento y las relaciones de los individuos (profesionales de la salud y pacientes) que realizan diversas actividades diarias a través de distintos métodos o formas de aplicación de la medicina. De este modo, el cuerpo del enfermo se enfrenta al poder que ejerce el médico a través de su observación.

En la obra de Foucault, *El poder psiquiátrico* (2003), se describen y se determinan los espacios en los cuales se desenvuelve el individuo, y las relaciones de poder dentro de las prácticas psiquiátricas; su inclinación investigativa y su campo de análisis “no es la locura sino la Psiquiatría, para ser más específicos, el saber y la institución psiquiátrica desde su nacimiento a finales del siglo XVIII hasta la constitución del dispositivo de la neuropatología hacia la segunda mitad del siglo XIX” (Salgado 2012, 19). El espacio es un elemento creado con el fin de desarrollar el sistema de poder planteado por Foucault, “el poder es esencialmente lo que reprime” (Citado por Ávila 2006, 223), así que no es posible intercambiarlo o cederlo a otro u otros, sino que únicamente se lo ejerce. De modo que el espacio y las relaciones de poder que en él se desarrollan, guardan un vínculo estrecho hasta el punto que no se las puede estudiar independientemente en temas de Psiquiatría.

La categoría del espacio será aplicada en las descripciones que se realizarán sobre el Manicomio de Quito entre 1892 y 1929, del cual existen varios estudios tanto de su estructura (Ramírez 2011), como de su historia (Landázuri 2008); además, la existencia del manicomio tenía como fin ser un instrumento del Estado para separar a los alienados o locos del resto de la sociedad. A los locos se los consideraba extraños y con la perspectiva demonológica de la Psiquiatría su dignidad se desintegraba aún más. Por eso, la locura constituía un elemento que generaba diferencias entre los alienados y las personas normales.

Para que la institución psiquiátrica se maneje sin dificultad, y para que las relaciones de poder logren ejercerse, es necesario determinar un orden disciplinario. Foucault manifiesta que este orden se define como “la condición de posibilidad de la relación entre la mirada médica y su

objeto y de la operación terapéutica” (Citado por Salgado 2012, 22). El papel del médico en el orden disciplinario es fundamental, pues es él quien controla al enfermo con el uso de distintos tipos de terapéuticas que han ido cambiando a lo largo del tiempo, desde el uso de las duchas de agua fría y los latigazos hasta la utilización de los sedantes.

El médico es el personaje principal que se desarrolla en el espacio, de hecho, es su figura misma, “me parece que la marcación médica dentro del asilo es en lo fundamental la presencia física del médico, su omnipresencia; en líneas generales, la asimilación del espacio asilar al cuerpo del psiquiatra” (Foucault 2003, 211-212). Por lo mismo, más que el estudio en sí del espacio como tal, el autor se orienta al estudio de la disciplina social (Huertas 2014), aunque como ya se ha mencionado, sin el espacio no existiría la aplicación de las relaciones de poder que se podría reflejar en la omnipresencia del médico, el orden disciplinario y las normas que rigen la institución.

El concepto de “bio-poder” se define como el poder que relaciona al cuerpo y a la población y que no está ligado únicamente a un individuo, sino a la vida cotidiana de la sociedad en general. Por ello, una de sus intenciones es el control del cuerpo, su normalización y su forma de prepararlo ante la vida, por lo tanto, es “un poder cuya más alta función no es ya matar, sino invadir la vida enteramente” (Foucault 2007, 169).

El bio-poder es un tipo de implantación de los cuerpos en el espacio, un fluido de relaciones entre los individuos de la sociedad, de orden jerárquico “de disposición de los centros y de los canales de poder, de definición de sus instrumentos, y de sus modos de intervención, que se puede utilizar en los hospitales, los talleres, las escuelas, las prisiones” (Foucault 2009, 238 Citado por Calderón). Para que el control del cuerpo pueda ejercerse es necesario llevar a cabo un largo proceso de observación, cuyos resultados determinarán el grado de enfermedad del ser humano.

La observación es un elemento que tiene como fin establecer cualidades del comportamiento humano. En medicina, ésta se refleja en el uso de las historias clínicas por parte del personal médico. Los mencionados actores constituyen personajes imprescindibles en el proceso de sanación del enfermo y el desarrollo de su enfermedad. En las lecturas exhaustivas de los archivos, la observación establecerá interpretaciones que permitan determinar un orden lógico

en las descripciones de la Historia de la Psiquiatría en Quito a inicios del siglo XX. En la obra de Foucault conocida como *El nacimiento de la clínica*,

(...) aparece la tesis de la construcción del saber médico a través del aprendizaje directo vía la observación, en un espacio creado especialmente para albergar los cuerpos de los pacientes, extraídos de sus hogares. Los cuerpos de los pacientes dejaban de sufrir y morir en sus hogares, y eran reubicados en un ámbito en el que no solo recibían cuidado, sino que también eran vigilados a través de la mirada (Visacovsky 2008, 98).

Una mirada oculta se la define en este trabajo como la observación sigilosa del médico hacia el paciente, en donde éste último desconoce la información plasmada en las historias clínicas, o el largo proceso intermitente de su vigilancia dentro de una institución. Por lo tanto, aparece una dualidad entre médico-paciente, porque el primero es quien controla el cuerpo del segundo durante el proceso y evolución de la enfermedad.

El psiquiatra alemán, Emil Kraepelin, usa la observación para establecer el proceso de sanación de la enfermedad mental y para crear la clasificación de éstas que, dicho sea de paso, se constituyó en una de las más acreditadas de la época; de hecho, las estructuradas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y por el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aún están influenciadas por el modelo Kraepeliniano (Eber y Jürgen 2010). Para Kraepelin, la observación es el método más adecuado para establecer el comportamiento humano, sus acciones, sus eventos, sus hechos y sus deficiencias.

1.2 Locura

Al hablar de Psiquiatría a inicios del siglo XX se forma la idea de la enfermedad reflejada en la locura. Anteriormente, a causa de los diversos estigmas y prejuicios, la locura fue considerada el reflejo de una manifestación diabólica y espiritual. Las interpretaciones y concepciones demonológicas se encontraban en boga y el carácter médico de la Psiquiatría todavía era nulo; por eso Calvino afirma que la locura es “la medida propia del hombre cuando se la compara con la desmesurada razón de Dios” (Foucault 1998, 28). Esta definición apegada a la religión contrastó en el siglo XIX con la inclinación científica de la Psiquiatría en Europa a través de la influencia del positivismo.

En sus inicios, el fin del manicomio fue acoger a los enfermos y tratarlos, y pretendía constituirse en un símbolo de prestigio y valor de la Ilustración. Sin embargo, con el tiempo la degeneración del espacio manicomial y su inadecuado manejo hicieron que la profesión del psiquiatra perdiera privilegio, y generara exclusión hacia los enfermos por parte del Estado (Sacristán 2009, 165). A pesar de que aquel espacio se distorsionó hasta el punto de generar un cambio semántico en la práctica, el manicomio aún afrontaba la función para la cual fue construido. El carácter de centro de acogida nadie pudo quitárselo, pero la forma de trato de los enfermos hizo que se convirtiera en un lugar de infortunios. La locura era el resultado de sus prácticas deficientes y su concepción con sentido negativo de peligrosidad y exclusión se mantuvieron por mucho tiempo. Aunque Kraepelin tuvo una concepción científica de ésta al afirmar que:

(...) la locura altera la personalidad mental, esto es, aquella suma de propiedades características que singularizan al individuo humano en grado superior al de sus atributos físicos, razón por la cual todas sus manifestaciones y relaciones de los enfermos mentales con su medio ambiente han de hallarse modificadas, por lo mismo que están influidas en su raíz (Kraepelin 1988, 22).

Debido a la concepción religiosa de la locura, ésta no fue tratada como una patología, sino más bien como un sufrimiento del alma y del espíritu (Peñaloza 2015, 43), en donde la aplicación de terapéuticas ligadas al contacto directo con el cuerpo como los latigazos, las duchas de agua fría o la camisas de fuerzas, constituían el pilar del proceso de control del loco. De algún modo, se afirmaba que el cuerpo del ser humano sufría las consecuencias de un alma desligada de la realidad del mundo y de la razón.

La visión de que el loco constituía un peligro para la sociedad proviene del lado opuesto del ser humano como tal, es decir, del bestialismo que vio su horizonte en la relación del alma con la naturaleza. Así,

(...) la locura es la encarnación del hombre en la bestia que, como último grado de la caída, es la señal más notoria de su culpabilidad; y al ser objeto último de la complacencia divina, es el símbolo del perdón universal y de la inocencia recuperada (Foucault 1998, 131).

El loco fue el centro de las instituciones de control que determinaron su encierro en lugares aledaños a las ciudades y el trato que recibieron no fue del todo acogedor, porque al inicio fueron tratados como criminales. La observación, el orden, la disciplina y el espacio fueron elementos clave para que la ejecución de la vida de los locos fuera conveniente, y para mantenerlos alejados y sumisos.

1.3 Raza y género

Al concepto raza se lo vinculaba con el aspecto biológico del ser humano, el mal linaje y en especial con la sangre (Leal y Henrik 2010, 11). Tenía como fin excluir a diversos tipos de grupos humanos y establecer a uno de ellos como el superior. Por esta razón, en las historias clínicas del Manicomio de Quito no existen datos de internos indígenas, ni de afrodescendientes. Sin embargo, la raza es un concepto no tan acertado que cae en la mentira y,

(...) mientras la gente pueda ver y señalar la diferencia de color de piel (sin mencionar la textura del cabello u otros rasgos físicos) será difícil evitar que saquen conclusiones sobre el origen de tales diferencias; así como lo que, a su juicio, significa tal diversidad: desde una variación del cociente intelectual de cada grupo basada supuestamente en la genética, hasta una aptitud “natural” para la producción de cultura y el alcance de la civilización. Una idea tan antigua como la “Ilustración” (Hall 2019, 12).

Desde la Edad Media, la Iglesia Cristiana tomó un protagonismo importante en la difusión de la raza por medio de la concepción de la pureza de la sangre, lo que hizo posible la discriminación racial hacia grupos que no profesaban el cristianismo (como es el caso de los judíos), privándoles del acceso a instituciones de poder y de saber (Hering 2010, 34) y degenerando su visión espiritual. En el siglo XVIII y en el XIX la visión de raza llegó a concebirse y desarrollarse dentro de las teorías antropológicas monogenistas y poligenistas (Lipko y Di Pasquo 2008, 222-223). La primera manifestaba que el origen del ser humano partía de una única fuente, es decir, “las razas humanas son producto de la degeneración que sucedió a la perfección del paraíso” (Lipko y Di Pasquo 2008, 222); mientras que los poligenistas argumentaban que el ser humano descendía de diferentes fuentes o de distintos Adanes, religiosamente hablando; por tanto, estaban biológicamente separadas. La base del poligenismo creaba mayor desigualdad entre los seres humanos, como ejemplo de ello, se puede decir que esta teoría decía que la variedad etiópica (africanos) no podía ser incluida en la igualdad entre humanos. Las teorías raciales del siglo XVIII y del XIX jerarquizaban a los

grupos humanos, con el fin de mostrar la superioridad de unos sobre otros. Esta época quedó marcada por un constante rechazo al otro (Lipko y Di Pasquo 2008, 223).

Entrado el siglo XX la raza se insertó en los estudios de la biología expresada en una teoría sintética de la evolución llamada “genética de poblaciones” (Lipko y Di Pasquo 2008, 228). Es a partir de los estudios de la biología que los experimentos relacionados a identificar a la raza superior aparecen, considerando que las razas son un fenómeno objetivamente biológico (Lipko y Di Pasquo 2008, 229). Una de las máximas expresiones de los experimentos raciales del siglo XX se refleja en el Nazismo.

La etiqueta *raza* de las historias clínicas del Manicomio de Quito no solo fue un elemento que servía para organizar la información de los internos, sino también para definir una actitud más afectiva y compleja frente a una de menor valor si al comparar a mestizos y blancos se refiere. Mientras que el indígena y el afrodescendiente son seres que no intervinieron en el espacio en donde el ejercicio de la medicina relacionada con la locura se manifestaba, el mestizo y el blanco representaban a los grupos de mayor prestigio.

Si de exclusión y discriminación se trata, el problema de género que aparece en los archivos del presente trabajo se relaciona con el rezago del hermafroditismo en la sociedad, y a la concepción de personas con ambigüedad sexual catalogadas como locos y delincuentes en la estructura legal del Estado. El sexo es una categoría que permite clasificar al ser humano en dos formas básicamente: Varón y mujer (Burggraf 2001, 1). Pero esta clasificación concede la discriminación de aquello que no pertenece a las dos formas citadas anteriormente y, por esta razón, un tercer elemento no podría encajar en la sociedad. Así, la exclusión de grupos humanos que no se identifican ni con lo masculino, ni lo con femenino aparece como un rechazo a los mismos (Izquierdo 1994, 34), generando violencia e incluso encierro en las cárceles por cargar con una identidad de ambigüedad sexual.

A diferencia del sexo, el género admite tres formas: Masculino, femenino y neutro (Burggraf 2001, 1). La palabra neutro abre nuevos modelos, así “los géneros serían varios, tantos como modos culturales de comprender y vivir la sociedad y la orientación sexuales” (Carreras s.f., 1). Esta categoría rescata y valora los grupos excluidos por la naturaleza del sexo y los inserta dentro del plano del sistema social. El género pretende evitar la discriminación a causa de orientaciones sexuales distintas, y evita desarrollar la concepción natural del sexo; así, es un

elemento independiente y libre de ataduras (Burggraf 2001, 1). El hermafroditismo del cual se habla en uno de los archivos a estudiar en la presente investigación queda inserto en el problema de género y no en la categoría del sexo.

El género no es una construcción biológica, sino cultural y social (Conway, Bourque y Scott 2013, 22). Los factores exógenos hacen que el ser humano adquiera un comportamiento estructurado y modelado ya impuesto por la sociedad en la que interactuará. Por el contrario, el sexo se relaciona con el aspecto biológico y clasifica al ser humano en dos categorías: Mujer y varón. Por lo tanto, se genera a partir de componentes biológicos como: genitales, cromosomas, aparato sexual interno, estado hormonal, características sexuales secundarias e incluso el cerebro (Bolin 2003, 2). El género constituye un “sistema de significados multidimensional que incluye a la identidad de género tanto personal (individual) como de la social (cultural)” (Bolin 2003, 2). De este modo, el sexo se cierra en dos categorías, mientras que el género, al admitir la identidad, es un concepto que incluye otros grupos (Burggraf 2001, 1) y a la vez, los diversifica.

Por otro lado, y al tomar en cuenta uno de los objetivos de la investigación, se realizará una tipología de las enfermedades mentales. Se sabe que esta categoría contiene varias cualidades que permiten clasificar a distintos casos de acuerdo a las características comunes que éstos poseen y, a la vez, diferenciarlos.

1.4 Paradigma y tipología

El concepto paradigma constituye el pilar que permite desarrollar dos elementos. En primer lugar, los modelos de la Psiquiatría dominantes de la época y, en segundo lugar y como consecuencia del anterior, la clasificación o nosología de las enfermedades mentales. Según Damiani, el paradigma “constituye un sistema de ideas que orientan y organizan la investigación científica de una disciplina, haciéndola comunicable y modificable al interior de una comunidad científica que utiliza el mismo lenguaje” (Damiani 1997, 56). Es decir, es un concepto que proporciona una organización compleja de varias categorías que permiten explicar una determinada disciplina científica; “El paradigma sirve como guía para la ciencia: ‘los paradigmas proporcionan a los científicos no solo un modelo, sino también ciertas indicaciones necesarias para construirlo’” (Corbetta 2007, 5). Kuhn define al paradigma como

(...) un sistema de creencias, principios, valores y premisas que determinan la visión que una determinada comunidad científica tiene de la realidad, el tipo de preguntas y problemas que es legítimo estudiar, así como los métodos y técnicas válidos para la búsqueda de respuestas y soluciones. En consecuencia, el enfoque o paradigma en que se inscribe un estudio, sustenta el método, propósito y objetivos de la investigación (González 2005).

De acuerdo a Lanteri Laura, existen cuatro paradigmas en el estudio de la Psiquiatría: Paradigma de la alienación mental, paradigma de las enfermedades mentales, paradigma de las estructuras psicopatológicas y paradigma actual (Cohen 2011, 27). En la presente investigación se desarrollará el segundo y se profundizarán los criterios de clasificación, en especial los del modelo del psiquiatra alemán Emil Kraepelin, y cuya nosología se reconocerá en las descripciones de las enfermedades mentales más frecuentes de la época por medio de su libro *Introducción a la clínica psiquiátrica*.

En los diagnósticos provisionales y definitivos de las historias clínicas del Manicomio de Quito se visualiza la onomástica de las enfermedades que los pacientes sufrieron. De acuerdo al tipo de enfermedad se desarrollará una tipología a partir de las bases de la clasificación kraepeliniana porque se pretende relacionar el punto de vista del psiquiatra alemán y su intervención en la nosología psiquiátrica. La nosología es la clasificación de distintas enfermedades a partir de cualidades y características que las asemejen y que, a la vez, las diferencien. Se puede definir el concepto clasificación como el

(...) el acto fundamental para el estudio cuantitativo de todo fenómeno; se le reconoce como base de toda generalización científica, y representa, por tanto, un elemento de carácter esencial desde el punto de vista de la metodología estadística. La uniformidad de las definiciones, de una parte, y la uniformidad en los sistemas clasificatorios, de otra, deben ser, pues, condiciones previas al progreso del conocimiento científico (Solé 2002, 242).

Para que la clasificación se lleve a cabo es necesario el uso de la terminología adecuada para poder definir la enfermedad. Por ello, la guía de Kraepelin es importante, puesto que su teoría clasificatoria es la más apegada a los términos usados en las enfermedades de las historias clínicas de inicios del siglo XX en Quito, por ejemplo: Melancolía, psicosis maníaco-depresiva o demencia precoz. La clasificación permite ordenar la información y las palabras con el fin de generar un mayor entendimiento de las causas y orígenes de las psicopatologías. Además, el sistema clasificatorio debe constituirse en un elemento homogéneo que no

desvirtúe, ni diversifique opiniones al momento de decidir las cualidades que adoptará una definición (Solé 2002, 243). Es decir, no cabe la posibilidad de la existencia de regionalismos que desvirtúen la semántica de una enfermedad.

A más de desarrollar las bases de Kraepelin, se tomará como modelo dos trabajos relacionados a la clasificación de las enfermedades: *Nueva historia de la Psiquiatría*, de Postel y Quérel (2000), y *Manual de Psiquiatría clínica y psicopatología del adulto*, (2016) cuyo compilador es Vassilis Kapsambelis. La teoría planteada por las dos investigaciones demuestra un recorrido histórico que abarca un largo tiempo; sus estudios parten desde la Antigüedad hasta el siglo XX. Incluso incorporan casos clínicos, algunos obtenidos de hechos reales y otros, de obras literarias, idea representada en el libro *Introducción a la clínica psiquiátrica* de Kraepelin ([1905] 1988), cuyo planteamiento clasificatorio parte de varios análisis de caso de muchos de sus pacientes. El comportamiento del ser humano en la sociedad y su tipología constituyen la esencia de estas tres últimas obras que, sin duda, serán útiles para el proceso de la investigación en el ámbito teórico. El *Manual de Psiquiatría clínica y psicopatología* (2016) es un texto que parte o es concebido desde la práctica clínica, en donde se observa la relación del enfoque francés y el global y estandarizado de las grandes clasificaciones internacionales, tales como las de la OMS (Organización Mundial de la Salud), y el Manual del diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. A esto hay que añadir la obra de Germán Berrios, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales* (1996), misma que permitirá establecer un análisis de las historias clínicas, la terapéutica de cada enfermedad y la determinación de los diagnósticos provisionales y definitivos del paciente y de la paciente.

1.5 Estado de la cuestión

La Psiquiatría ha generado distintos debates en lo relativo a sus estudios y sus posturas ideológicas. Este conflicto se genera porque es la disciplina médica más humana de todas, pues el contacto del médico con el paciente es más complejo e íntimo. De esta manera, la observación del primero sobre el otro aparece como principal acontecimiento en el desarrollo del internamiento y de la evolución de la enfermedad.

Anterior al siglo XIX, las investigaciones sobre Psiquiatría eran escasas y se fundamentaban básicamente en su idea demonológica. Es decir, el elemento religioso constituía una parte

esencial en la estructura del conocimiento psiquiátrico; en otras palabras, los locos eran seres poseídos por el demonio.

Según Ackerknecht (1993, 51), la Ilustración eliminó “fundamental y definitivamente (salvo algunas reincidencias de los románticos alemanes durante la primera mitad del siglo XIX) con la idea de posesión diabólica, la cual era considerada como una de las formas de la aborrecida superstición”. En el siglo XIX y principios del XX aparecieron nuevos estudios psiquiátricos enfocados en el positivismo europeo, por lo que esta disciplina tomó la forma de una ciencia propiamente dicha. Además, de acuerdo con Heggin (2006, 12) el Estado naciente y su sistema jurídico influyeron en ésta.

1.5.1 El desarrollo de la Psiquiatría en Francia y sus primeros hospicios

Existen varios estudios relativos a la Psiquiatría a lo largo del tiempo. Postel y Quétel (2000) explican las distintas etapas por las que tuvo que pasar esta disciplina hasta catalogarse como especialidad médica, al dejar de lado su cualidad alienista y empírica. En la segunda mitad del siglo XVIII y a lo largo del siglo XIX fueron importantes los aportes de Colombier, Dublet, Jean Étienne Dominique Esquirol y en especial el de Phillipe Pinel, pionero y fundador de la Psiquiatría francesa (Postel y Quétel 2000, 9). La estructura de la concepción de la Psiquiatría como especialidad se obtiene por su inclusión en la institución hospitalaria y universitaria y en la demanda de una organización de saber y poder (Postel y Quétel 2000, 9).

Robalino (1995), a partir de una clasificación hecha por la Organización Mundial de la Salud sobre los diversos tipos de trastornos mentales, realiza un repaso por las concepciones del comportamiento humano a través del tiempo y afirma al igual que Postel y Quétel que tanto Phillipe Pinel (1745-1826) y Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) fueron actores clave para el desarrollo de la medicina y sus aportes a la Psiquiatría; ambos “convirtieron a Francia en el centro más importante del saber psiquiátrico durante el siglo XIX” (Robalino 1995, 25). Al igual que Robalino y Postel y Quétel, Castel (2009) afirma que los estudios sobre la salud mental a inicios del siglo XIX tuvieron su auge en Francia. Por eso, la Psiquiatría europea parte de los estudios del positivismo francés.

Los hospicios creados en la Francia de inicios del siglo XIX con Napoleón Bonaparte eran establecimientos mixtos. Instalaban a los insensatos o alienados (palabras usadas como sinónimos de locos) y a prisioneros. Por lo tanto, según Castel (2009, 149), fueron

instituciones híbridas que yuxtaponían en un solo sitio dos establecimientos con objetivos oficiales contrapuestos: El manicomio y la prisión. Este hecho marca la política empleada para dividir lo normal de lo anormal, es decir, de lo que podría atentar contra la seguridad de la sociedad o lo que no podría hacerlo. Postel y Quetel (2000) estudian precisamente las instituciones psiquiátricas mencionadas por Castel en la Francia de Napoleón manifestando lo siguiente:

(...) en algunos de estos sitios se pensó instalar establecimientos especiales para los enfermos mentales, pero hubo que esperar a que transcurrieran varios decenios y se efectuasen algunos cambios de régimen para que la situación evolucionara: el poder revolucionario y luego el imperial tuvieron que hacer frente a otras urgencias y no dieron impulso a ninguna política, no dieron orientaciones de ninguna clase y la administración mostró muchas vacilaciones (Postel y Quetel 2000, 189).

Aquellos establecimientos tenían como finalidad la rehabilitación social del ser humano, tanto de delinquentes como de locos y, aunque se intentó dividir y determinar lugares adaptados para cada grupo, ese objetivo no se concretó.

Hegglin (2006) hace hincapié en la relación de la violencia con el Estado en la vida de la institución psiquiátrica. Luego de que el individuo era considerado enfermo mental se lo recluía en estos centros con el fin de purificar su alma. Por eso, al conectar el proceso de internamiento de los individuos en el centro psiquiátrico, se manifestaba que era necesario recordar el nivel de principios existente entre “la exigencia de secuestro de los locos y el respeto de las reglas jurídicas que deben acompañar a toda medida preventiva de libertad. Por un lado, la salvaguarda de la seguridad pública y, del otro, la libertad de las personas” (Castel 2009, 149). Entonces, lo importante a destacar fue precisamente el grado de controversia que aquejaba al Estado frente a las decisiones que debía tomar al momento de realizar la diferencia entre lo normal o, en este caso, lo seguro y lo anormal, o la pérdida de la libertad del loco.

1.5.2 La teoría de la prevención social

Dentro de las teorías sociales que manejan el tema de la Psiquiatría se destaca principalmente la de la prevención social, que sustituyó al pensamiento iluminista y a las teorías retribucionistas planteadas por Kant y Hegel.

La teoría de la prevención social, según Hegglin (2006, 17), propone una protección de delitos que el delincuente podría cometer en un futuro inmediato; esta función solo se aplicaría por dos formas, “la positiva de la reeducación del delincuente y la negativa de su eliminación o neutralización” (Ferrajoli, Citado por Hegglin, 2006, 17). Esta visión positivista, adhirió al contexto social y psicológico del actor del delito y del enfermo mental una causa biológica, en donde el individuo caía en una especie de efecto determinista y en la negación de la idea del libre albedrío.

Por ello, mientras Ferri (Citado por Hegglin 2006, 18) expone un postulado de carácter positivista sobre la vida: “El hombre como otro ser que tenga vida, no es más que una máquina de transformación de fuerzas, sujeto a las leyes universales de la máquina de transformación de fuerzas, sujeto a las leyes universales de la causalidad”, Ferrajoli (Citado por Hegglin, 2006) valida las dos formas de prevención social. Esta connotación científica, psicológica y social del delincuente y del enfermo mental, no solo produce un paradigma, sino que también destaca el nivel de importancia que adquiriría la Psiquiatría frente a los hechos jurídicos del Estado.

No obstante, entrados ya los primeros años del siglo XX, la modernización de la medicina invalidó la aplicación del paradigma mencionado anteriormente (Hegglin 2006, 31), porque no se encontraron ningún tipo de cualidades y causas biológicas de la enfermedad, ni tampoco se moduló un método adecuado para su tratamiento.

La relación de la Psiquiatría con el Derecho fue muy estrecha en los siglos XIX y XX. El enfermo mental se vio sujeto a distintos criterios que lo catalogaban como delincuente. Castel (2009) explica la situación del loco y mira los cambios ocurridos a lo largo de un lapso, aunque bastante amplio, quizá no tanto en el desarrollo del trato al enfermo mental. Por otro lado, Robalino (1995) concluye en la determinación ejercida por la legislación al establecer la imputabilidad de un individuo según su condición mental.

El Derecho demanda en la vida jurídica del Estado, “frente a hechos delictivos insólitos e inexplicables, sin una finalidad aparente, el Derecho confió a la medicina y específicamente a la Psiquiatría la posibilidad de descubrir el enigma y los mecanismos que desencadenaron tales acciones” (Robalino 1995, 114). En este plano, la importancia de la política surgió a

partir de las decisiones tomadas por los legisladores al fijar en la ley lo referido a lo normal y anormal, a la seguridad, a la libertad y a la inseguridad frente a la sociedad y al Estado.

1.5.3 La anti psiquiatría en Thomas Szasz

Postel y Quetel (2000) además de describir y explicar los avances biológicos de la Psiquiatría, los elementos de laboratorio con sus nuevas técnicas de terapias y la introducción de la psicofarmacología, analizan la construcción de una visión opuesta al carácter médico de la Psiquiatría. La llamada teoría de la anti psiquiatría pone en duda a su forma científica por falta de objetividad en sus análisis.

Thomas Szasz (1989) habla sobre el mito de la Psiquiatría y resalta la imposición política que el Estado ejecuta ante los individuos considerados enfermos mentales. Argumenta que las personas que involuntariamente se someten a un supuesto tratamiento psiquiátrico reciben un peso negativo en la sociedad al manifestar que las enfermedades mentales no son enfermedades propiamente dichas, porque no están relacionadas con algún elemento de carácter físico o corporal: “En cuanto a los llamados pacientes mentales, no tienen enfermedades médicas y corporales; esto es, en tanto que las enfermedades mentales son funcionales, no resultan ser, en mi opinión, verdaderas enfermedades” (Szasz 1989, 92).

Una de las conclusiones a la que llega la anti psiquiatría es que el psiquiatra es un alienista dentro de las funciones que ejerce el Estado y las políticas adoptadas por él mismo: “Estos alienistas o psiquiatras, siempre han sido agentes de la sociedad, su labor ha sido siempre la de librar a la sociedad de ciertos indeseables tal y como son definidos por los que detentan el poder” (Szasz 1989, 97). La posición de este autor es muy crítica frente al aparato estatal y al método de tratamiento psiquiátrico; así pone en conflicto y en duda a la función de la Psiquiatría como ciencia.

1.5.4 La historia clínica como documento científico e histórico

Es necesario destacar también algunos trabajos relacionados a las definiciones y concepciones de la historia clínica como documento científico y como fuente histórica. Barreto (2000) y Guzmán y Arias (2012) tienen información básica sobre el significado de una historia clínica, enfocándose a un aspecto técnico-científico que la definen como un elemento esencial en la relación médico-paciente.

Existen estudios mucho más específicos relativos a la historia de la Psiquiatría, como el artículo de Rafael Huertas (2001), *Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos*, y el amplio trabajo de Pedro Laín Entralgo (1950), *La historia clínica: Historia y teoría del relato patográfico*. Ambos trabajos abordan el mismo tema, su diferencia radica en su extensión y complejidad. Mientras el primero realiza un breve recorrido histórico de la historia clínica, el segundo aborda su historia de un modo muy complejo, desde la Edad Antigua, con el trabajo de Hipócrates, hasta la teoría de la historia clínica moderna, pasando por los análisis de la Edad Media, el Renacimiento y el siglo XIX.

En el capítulo relativo a la teoría de la historia clínica, Laín menciona que “la historia de la historia clínica aparecerá ante nuestros ojos como la dialéctica sucesiva de los patógrafos originales” (Laín 1950, 730), en torno a la cuestión de la morbilidad individual y no en sentido general; por ello, como lo afirman Guzmán y Arias “por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona” (2012, 15) y, por consiguiente, el acceso a su vida íntima como se mencionó ya anteriormente.

1.5.5 Historia de la Psiquiatría en Quito

Las investigaciones sobre la Historia de la Psiquiatría en Quito coinciden en los procesos que sufrió esta disciplina para su ingreso en el sistema universitario. Además de la incidencia de los elementos religiosos y míticos en su aplicación, el origen y la estructura de la institución psiquiátrica quiteña y la influencia del positivismo europeo. Pero, sobre todo, existen diversos estudios que abordan una historia lineal, sin analizar profundamente los acontecimientos y los eventos a través del tiempo. Estas últimas investigaciones son realizadas por médicos que intentan escribir una Historia de la Psiquiatría en Quito, a partir de sus inicios en su visión demonológica hasta los tiempos actuales como disciplina médica y científica.

Uno de los principales intereses de las historiadoras y de los historiadores ecuatorianos es la Historia del Manicomio de Quito, porque su existencia es fundamental para el desarrollo de la relación médico-paciente y para la realización de estudios de caso tomados del comportamiento de las enfermas y de los enfermos mentales. Además, fue la primera institución psiquiátrica del Ecuador.

Otro tema que aparece constantemente en la bibliografía es la relación del Estado con la Psiquiatría y los procesos judiciales. Por lo general, la influencia de éste determinó su poder frente al sometimiento de las enfermas y de los enfermos mentales, a través de las decisiones dictaminadas por el sistema judicial. Esta relación es el tema más común de las investigaciones, porque aparece en cada una de ellas, pero con mayor énfasis en los trabajos de Peñaloza (2015) y de Osorio (2017).

La presencia de la Religión Católica en los hechos históricos de la Psiquiatría, en especial por su visión demonológica, constituye un tema muy recurrente, sobre todo, en las funciones del Manicomio de Quito y de su dirección. El estudio de los elementos religiosos es muy importante porque el Manicomio de Quito surgió a partir de una institución católica como fue el Hospicio Jesús, María y José. Además, la dirección de este centro estuvo a cargo de las Hermanas de la Caridad hasta la primera mitad del siglo XX.

El proceso de la inclusión de la Psiquiatría en el ámbito universitario es un tema de menor interés por parte de los investigadores, porque no existen análisis a profundidad sobre asuntos de mallas curriculares, ni de plan de estudios. Tan solo constan datos específicos como el año en el cual la Psiquiatría se convirtió en una cátedra de la carrera de medicina. Por esa razón, este trabajo da importancia a este tema, y muestra el transcurso que siguió la Psiquiatría para su inserción como cátedra universitaria en la carrera de medicina de la Universidad Central del Ecuador.

1.5.5.1 Institución psiquiátrica quiteña

Landázuri (2008) realiza una descripción de la estructura del Manicomio de Quito con profundidad, repasando etapas que van desde sus inicios como Hospicio Jesús, María y José hasta la década de 1950. Ramírez (2011) describe el modelo y el diseño de las instituciones europeas para luego hablar sobre el término hospicio que imitó la institución psiquiátrica quiteña. Según Ramírez, ésta tenía la figura de un panóptico, aunque esta afirmación no es del todo cierta, porque el diseño del panóptico de Bentham (Foucault 2003, 98) no guarda relación con el del Hospicio Jesús, María y José, pues éste era un lugar destinado a la formación de los aspirantes al sacerdocio y a los seglares que recibían ejercicios espirituales, incluso se convirtió en un cuartel real (Landázuri 2008, 25). Por lo tanto, no fue construido desde cero y en particular como manicomio. Efrén Cruz (2003, 45), en base a un documento

de 1790, describe con detalle toda el área del hospicio, desde el tejado hasta cada una de sus puertas, sus estatuas sagradas y su capilla.

Ramírez (2011, 45) afirma que quienes ingresaban al hospicio eran personas segregadas por la sociedad en general como leprosos, mendigos y prostitutas; más tarde lo hicieron también los alcohólicos y algunos delincuentes. En este sentido, Ramírez coincide con la idea de la función del hospicio al compararlo con las instituciones psiquiátricas francesas híbridas. Es decir, con su finalidad doble al constituirse como manicomio y cárcel.

Al tomar en cuenta que los avances y los estudios relacionados con la salud mental provenían de Europa, en especial de Francia, y que su llegada a Ecuador demandaba varios años, no es correcto hablar de Hospital o Manicomio, como lo hacen Landázuri y Ramírez. La institución psiquiátrica con la etiqueta de Manicomio apareció en Francia a finales del siglo XVIII e inicios del XIX. Por ello, al principio la institución psiquiátrica quiteña debía tomar el nombre de Hospicio, porque precisamente su función era la de acoger y no la de ejercer terapéuticas.

Landázuri (2008), al igual que Ramírez (2011), explica el estado de las instituciones psiquiátricas y su funcionamiento como híbridas y mixtas. También la función que ejercía el Estado sobre los hospicios y manicomios de inicios del siglo XX. Es decir, la de separar a las personas indeseables de las que tenían la facultad de desenvolverse por sí mismas; en este caso se intentó insertar al individuo albergado, luego de la aplicación de distintas terapias (baños en agua fría, las camisas de fuerza o los castigos con látigo) al mercado laboral y convertirlo al cristianismo. En este sentido, la hidroterapia constituía una terapéutica muy usada no solo en los manicomios europeos, sino también en los latinoamericanos, por lo tanto

(...) la hidroterapia era común y de administración muy variada. Con anterioridad a 1850, los tratamientos se realizaban con agua fría, pero luego se comenzó a modular también la temperatura para abarcar un sinfín de enfermedades en la creencia de que las variaciones de la temperatura propiciarían la activación o la relajación del organismo. También se manipulaba la presión del agua administrada. El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX era el tiempo del baño, la parte del cuerpo que debía tratarse, etc. Se indicaba especialmente para el tratamiento de hipocondrías, clorosis, manías, melancolía, epilepsia y parálisis. Durante la hidroterapia se podía dejar al paciente inmerso en una bañera durante horas e incluso días (Pérez y Peñaranda 2017, 98).

De esta manera, surgió un concepto de dualidad reflejado en la norma de salud-enfermedad y normal-patológico (Hidalgo 2014, 134). La causa de los conceptos de dualidad devino del sistema anátomo-patológico que permitió a la Psiquiatría independizarse de la neurología. En este sentido, Hidalgo (2014) construye la categoría del saber psiquiátrico manejado en la institución quiteña.

1.5.5.2 El desarrollo de la Psiquiatría en Quito

Según Hidalgo (2014), la individualización de la Psiquiatría y el principio de su configuración en Ecuador arrancaron de la influencia de la Revolución Liberal y la Revolución Juliana. El liberalismo fue una corriente histórica de pensamiento que influyó de manera notoria en las sociedades modernas y sus ideas giraron en torno a la defensa de las libertades y los derechos de las personas (García y Ruiz 2011, 13). La República del Ecuador no fue un caso olvidado. En la última década del siglo XIX, Ecuador adoptó algunas políticas inspiradas en la doctrina del liberalismo, en especial aquellas que relacionaban al estado y a los indios, los grupos de las élites presentaron “regulaciones básicas para proteger el trabajo de los indios conciertos, abolieron su tutela legal, reconocieron su propiedad comunal, eliminaron los mecanismos tributarios orientados específicamente a los indios y pusieron en marcha la educación pública para este sector de la sociedad” (Prieto 2004, 25). Es decir, el objetivo del liberalismo se concretó de manera eficaz en las actividades mencionadas en Ecuador. Sin embargo, esta corriente desató tensiones entre los grupos políticos conservadores y liberales; hecho que originó el evento bélico de la Revolución Liberal que llevó a Eloy Alfaro al poder mediante el proceso de un golpe de Estado y una guerra civil en 1895 (Ledezma y Ledezma 2017, 6). Este gobierno sustituyó al de Vicente Lucio Salazar y de este modo terminó el régimen conservador.

Dentro de los estudios relativos a la Revolución Liberal, se manifiesta que ésta fue el resultado de tensiones políticas y de poder ejecutadas por la burguesía costeña, cuyo interés se enfocaba en instaurar las instituciones modernas del mercado y expandir el capitalismo. Por lo tanto, se observó un contraste claro entre el movimiento económico de la Costa que se inclinaba a establecer un sistema global frente a uno de la Sierra muy conservador y vinculado a la iglesia que pretendía conservar el sistema colonial de Hacienda (Prieto 2004, 44). Por el hecho de que existieron diversos desarrollos agrícolas a inicios del siglo XX, como la

producción y exportación de cacao y de azúcar, fue inevitable que el mercado rompiera las fronteras del país.

La Revolución Liberal fue un acontecimiento que originó un aparato estatal y un orden jurídico avanzados en relación a la vía y el ritmo que imprimía su desarrollo mismo (Moreano 1995, 52). Por ejemplo, lo público y lo privado adoptaron estructuras autónomas por medio de la implantación del laicismo que rompió el vínculo de la Iglesia y el Estado. Además, este orden jurídico avanzado se reflejó también en varias reformas como el matrimonio civil y el divorcio, evento que sucedió en Ecuador antes que algunos países europeos y latinoamericanos. Del mismo modo, valen la pena mencionar la soberanía popular, los derechos del individuo y las libertades ciudadanas (Moreano 1995, 52). Entre 1850 y 1880 se desarrolló a plenitud el liberalismo en los países latinoamericanos, por lo que el proceso de modernización económica dio como resultado su unión al mundo capitalista, la influencia cultural de Europa y la inserción y el progreso del positivismo a la academia y el origen del higienismo (Rodas 2013, 65). En el segundo periodo de gobierno de Alfaro (1906-1911) se promulgó el 6 de noviembre de 1908 la Ley de Beneficencia “mediante la cual se crearon las juntas de beneficencia en las principales ciudades del país, las mismas que a su vez, se encargarían de crear hospitales de atención gratuita, asunto este último que difícilmente se puso en marcha” (Rodas 2013, 69).

Las bases teóricas de la salud mental en Ecuador procedieron del modelo positivista europeo, en especial del de Phillipe Pinel y Emil Kraepelin, y se insertaron en la institución psiquiátrica a inicios del siglo XX, “si la Revolución Liberal abre las puertas para el desarrollo de nuevas concepciones sobre la salud, la Revolución de 1925 lo acelera: La tarea política, respecto de la salud, es extender los beneficios de la medicina a toda la sociedad” (Hidalgo 2014, 136). La Revolución Juliana fue un golpe militar ejecutado el 9 de julio de 1925 y fue provocado esencialmente por el agotamiento del Estado Liberal que, como se mencionó con anterioridad, lo emprendió Eloy Alfaro a partir de 1895 (Paz y Miño 2002, 13). La Revolución Juliana constituyó un evento que discordaba con la plutocracia y la bancocracia desarrolladas desde la extinción del liberalismo radical y la muerte de Alfaro (1911). Junto a las dos debilidades del liberalismo, la economía nacional se vio afectada por la reducción de la exportación de cacao y la marginación a la clase obrera fue notoria (Paz y Miño 2002, 14). Al verse sometidas las esferas políticas liberales, al no existir un apoyo a los proletarios y tomando en cuenta que el

socialismo apenas se desarrollaba en Ecuador, era imposible realizar reformas sin la intervención de la institución militar.

Por esa razón, la única salida para resolver los problemas del país fue una revolución de tipo militar (Paz y Miño 2002, 15). El 25 de octubre de 1924 se creó la Liga Militar, un conjunto de oficiales jóvenes que sintieron deseos de terminar con la problemática del país. Para ello tuvieron que enfrentarse a las decisiones de los oficiales de los altos mandos que eran la base de la plutocracia. La Liga Militar no tuvo tendencias liberales, ni conservadoras, pues su objetivo fue terminar con la crisis que enfrentaba el país en ese momento (Paz y Miño 2002, 15-16). La Junta de Gobierno creada a partir de la Revolución Juliana realizó diferentes reformas que desembocaron en la creación de ligas de salud pública y organizó el Servicio Sanitario Nacional. Pero lo más importante fue la creación del que se llamó “Ministerio de Previsión Social, Trabajo, Agricultura, Beneficencia, Sanidad, Higiene, Estadística e Inmigración y Colonización” (Paz y Miño 2002, 47). En este contexto, la salud en general y la Psiquiatría de manera especial, toman un rumbo de mayor importancia, porque el objetivo del nombrado Ministerio fue difundir los beneficios de la medicina a todo el país. Así, el asistencialismo público y la concepción de brindar únicamente acogida, amparo y ayuda del siglo XIX se terminó.

Cueva (1970) realiza un recorrido histórico general sobre la Psiquiatría en Ecuador, y plasma un concepto de progreso que termina con la concepción de una disciplina psiquiátrica humana y acogedora, “porque si hay una especialización médica que obligue al profesional a mantenerse vivo, alerta y vigilante sobre muchos dominios, desde donde el panorama se ensancha o cobra calidades insospechadas, es justamente la bella disciplina de la Psiquiatría” (1970, 86). Además, menciona a varios médicos de la época, destacando las figuras de Carlos Alberto Arteta (1877-1977) y Julio Endara (1898-1969).

Barreto (s.f.) coincide con Hidalgo (2014) al mencionar la influencia del positivismo europeo, aunque agrega que la concepción demonológica que, al igual que el planteamiento de Zúñiga (2018, 40), se juntaba con la científica. La participación de las Hermanas de la Caridad en el cuidado de la institución psiquiátrica quiteña corrobora lo dicho. Planteamientos similares manifiesta Cueva (1970), al relacionar a la Psiquiatría con hechos religiosos e incluso míticos y supersticiosos, “la locura, como en la mitología homérica, volvió a ser obra de los entes sobrenaturales-dioses o demonios-que se introducían en el cuerpo del hombre para perturbar

su alma racional” (1970, 72-73). Es decir, para Cueva (1970) los inicios de la Psiquiatría en Ecuador se conjugaban con hechos derivados de las creencias populares que, aunque muy superficiales, estuvieron enraizados en sus propuestas.

Lo interesante del análisis de Barreto (s.f.) es la inclusión de la creatividad y del arte en el ámbito de la enfermedad mental. El reflejo de la melancolía en los poetas de la Generación Decapitada⁴ se consolidó en su escritura y en la forma de concebir al mundo. Una visión lúgubre y carente de un futuro prometedor que encontró salida en el suicidio, en la suma de las dificultades que trae la melancolía y sus cualidades, como la sensibilidad, la imaginación, la emotividad pero, sobre todo, el desasosiego ante la vida y el interés por la muerte. De este modo, Barreto (s.f.) muestra su interés por la relación entre el arte y la Psiquiatría.

Zúñiga destaca las cualidades de la Psiquiatría como ciencia en Ecuador, y formula la aparición de la especialidad de Psicología como carrera en varias universidades del país. Además, forma una lista sobre las instituciones psiquiátricas ecuatorianas y nombra eventos históricos fundamentales sobre el desarrollo de la Psiquiatría. Una de las conclusiones a las que llega Zúñiga es la siguiente:

La salud mental estuvo ligada desde sus orígenes a los procesos históricos que vivió el Ecuador; en cada periodo, se evidencia el abandono y la exclusión de las autoridades de turno hacia los llamados “locos”. Existió una disociación de marcada profundidad entre la academia y las autoridades sanitarias de turno. Esta separación que confronta posiciones, pierde el criterio de grandes profesionales en salud mental con un Ministerio que parece importar solo el número de pacientes atendidos con la mínima inversión y donde el único gran perdedor es el conglomerado de pacientes que no entran en el cálculo del político (Zúñiga 2018, 44).

Lo planteado por Zúñiga se complementa con una investigación que abarca el tema del control del Estado sobre los individuos. Peñaloza (2015), al igual que Ramírez (2011) y

⁴ La Generación Decapitada constituye un grupo de cuatro poetas alineados en el movimiento modernista ecuatoriano que, a su vez, estuvo conformado por 24 poetas. Esta generación se enfocó a la escritura plena de la poesía y una idea persistente relacionada por la novedad (Espinosa 2012, 9-11). La poesía de los cuatro poetas, Arturo Borja, Humberto Fierro, Ernesto Noboa y Caamaño y Medardo Ángel Silva estuvo marcada por el reflejo de la tristeza y de la sensibilidad profunda del ser humano, en donde el amor, las ilusiones, la desesperanza y las ansias de muerte fueron sus temas centrales. El nombre de Generación Decapitada se debe a que los cuatro integrantes murieron a causa del suicidio a muy temprana edad; por este hecho, se puede afirmar que la producción lírica de la Generación Decapitada se vio cercenada “ante el frenesí y la melancolía de sus integrantes” (Espinosa 2012, 11).

Landázuri (2008), aborda la historia del Hospicio Jesús, María y José. Además, formula desde el punto de vista histórico, la relación de la Psiquiatría del poder (psiquiátrico y disciplinario) con el Estado y la normalización de conductas dentro de la población (Peñaloza 2015, 1). Aplica la teoría de la *Arqueología del saber de Foucault* y explica las discontinuidades de la historia.

Asimismo, es importante “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” (Peñaloza 2015, 71). Esta crisis no se producía particularmente por la política de la institución, sino por los manejos económicos y sociales inadecuados que el Estado brindaba a estos lugares.

Peñaloza (2015) aborda el tema de las Hermanas de la Caridad y afirma que éstas tenían mucho poder dentro de la vida del manicomio, a pesar de que Landázuri (2008) manifiesta lo contrario. Por ejemplo, la Madre Superiora tenía la facultad de seleccionar al director del manicomio y éste debía subordinarse a sus mandatos. A esto hay que agregar que, como la profesión de la enfermería aún no se consolidaba, al tomar en cuenta que en 1921 apenas estudiaban dos mujeres en este campo (Arteta 1921, 495), las Hermanas de la Caridad eran las únicas personas que se dedicaban al cuidado de los enfermos.

Hegglin (2006) manifiesta la importancia del orden jurídico ante la aplicación de la Psiquiatría en el aspecto científico, psicológico y social del delincuente y del enfermo mental. Osorio (2017) menciona que la toma de decisiones judiciales a inicios del siglo XX en Ecuador era determinada de un modo incipiente y superficial por un médico y un juez (2017, 69); la intervención del Estado más tarde adoptaría un modelo modernista de la Psiquiatría, en el que el paciente se sometía a un proceso de observación de su comportamiento para convertirlo en partícipe y hasta protagonista de su vida.

Sin embargo, este nuevo modelo no constituía aún el indicado para el trato de pacientes con enfermedades mentales. El trabajo de Osorio (2017) se destaca precisamente por su título: *El juicio final: contribución para una lectura del nacimiento de la psiquiatría en Ecuador*. Esta investigación toma un ejemplo de 1909 de un caso legal, en el cual se aprecia no solo la intervención de las partes familiares de un alienado o loco ante un juzgado, sino también la

intervención del Estado, puesto que, como ente político, dictaminaba si el enfermo debía o no ir al manicomio. El caso trataba sobre una herencia y se lo puede resumir así: Una mujer acudió a un juzgado con el fin de que el Estado declarase a su hermano como persona demente (así perdería sus derechos civiles), con el fin de adquirir toda la herencia que su padre había dejado. Por supuesto, el médico declaró al individuo un demente por medio de preguntas simples y métodos superficiales que ejercieron poder sobre el juez, quien dictaminó a favor de la demandante.

El ejemplo que resalta Osorio (2017) para la redacción de su texto, aparentemente no tiene implicaciones políticas graves. Sin embargo, la realidad es otra. El mismo ejemplo sirve de muestra sobre las decisiones de la medicina, en este caso de la Psiquiatría, en el futuro de la vida de las personas. Por lo tanto, el diagnóstico de una persona sobre alguna enfermedad mental alteró el movimiento de la sociedad y produjo decisiones graves, a partir de un abuso amplio de un método psiquiátrico incipiente.

A excepción de la época de inicios del siglo XX, en donde Ramírez (2011) habla sobre la función de albergue de los manicomios (refugio de vagabundos, alcohólicos, prostitutas, etc.), el trabajo de Osorio (2017) encaja en el hecho de que no todos los internos del centro de salud mental fueron locos, y que su estadía, en muchos casos por años, respondían a intereses de carácter político.

A diferencia de los trabajos anteriormente mencionados, la presente investigación se destaca principalmente por los análisis de las historias clínicas, artículos y estudios de caso por medio del concepto de la observación. Además, por el estudio del paradigma psiquiátrico kraepeliniano y su aplicación en la Psiquiatría de Quito. También es el único trabajo que analiza el ingreso de esta especialidad como cátedra en la carrera de medicina, a través de los planes de estudio y de reformas curriculares.

La clasificación de las enfermedades mentales planteadas por el paradigma kraepeliniano fue una de las más estructuradas de la época. Por el hecho de que esta investigación lo estudia, se realizó una tipología de las enfermedades mentales más comunes registradas en las historias clínicas del Manicomio de Quito (1901-1929), a partir de la base de los estudios de caso descritos en el libro *Introducción a la clínica psiquiátrica* de Emil Kraepelin. En ninguna de

las fuentes bibliográficas relacionadas con los estudios históricos de la Psiquiatría en Quito se encontró una clasificación como la elaborada en el presente trabajo.

Capítulo 2. La Psiquiatría en Quito: Instituciones, actores, academia y justicia

La Psiquiatría como disciplina médica y científica en Ecuador adquirió importancia en la última década del siglo XIX, con la publicación de “Caso notable de histeria sin ataques” de José María Troya (1892), en la Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador número 42 de mayo de 1892 y con la publicación de “Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol” de Jenaro Rivadeneira en la misma revista, número 86 de junio de 1895; esta información se la obtuvo a partir de los archivos revisados en la presente investigación y marca el inicio de su espacio temporal objeto de estudio (1892-1929). En 1908 La Psiquiatría ingresó como Cátedra optativa al pensum de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador (Consejo Superior de Instrucción Pública 1908). El ideal liberal de la separación de la iglesia dentro del ámbito educativo influyó en su consolidación como disciplina médica y científica. Sin embargo, las huellas de la concepción demonológica y mítica todavía no desaparecieron.

Al tomar en cuenta que la Psiquiatría fue por mucho tiempo una disciplina médica segregada, sus actores no eran más que el resultado de ello. Es decir, personas que ayudaban a los enfermos a calmar sus dolores y no a establecer una curación; se los llamaba médicos alienistas, cuyo principal fin era filantrópico y no científico. Por ello, la influencia del positivismo europeo fue crucial a partir de los inicios del siglo XX, porque el médico adquirió mayor importancia y participación en el saber psiquiátrico, y estableció una relación íntima con sus pacientes. Muestra de la científicidad de la Psiquiatría en Quito fue el uso de las historias clínicas que datan desde el año de 1901, mismas que fueron revisadas en el Archivo Nacional de Medicina Eduardo Estrella en este trabajo y que permitieron establecer la clasificación de las enfermedades mentales en Quito que se verá en el Capítulo III. Otra muestra de la científicidad de la Psiquiatría fueron las publicaciones de varios estudios de caso y artículos científicos que serán analizados más adelante.

En el presente capítulo se aborda la historia de la institución psiquiátrica quiteña. Se inicia con el contexto social de fines del siglo XIX, para luego partir de una definición de espacio, se concibe a este establecimiento como un centro en el cual se ejerce la relación médico-paciente. Además, se construye una breve historia del manicomio a partir de sus orígenes en la Edad Media y su visión moderna en el Siglo de las Luces. Asimismo, se establece una discusión sobre el nombre adoptado por el Manicomio de Quito.

Posterior a ello, se mencionan a los primeros médicos que ejercieron la Psiquiatría y se enumeran algunos de sus trabajos. Luego, se explica el proceso que se siguió para el ingreso de esta especialidad como cátedra a la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Por último, se discuten algunos trabajos de carácter legal relacionados con la Psiquiatría.

2.1 Contexto social

El siglo XIX marcó el inicio de la República del Ecuador y una naciente y débil institución estatal. Por eso, las normas que presidían las relaciones de las clases no obedecían al gobierno central, sino a los gobiernos locales. Este hecho se modificó con la Revolución Liberal, pues el Estado se convirtió en mediador de estas relaciones, aunque no suplantó los dispositivos de control local y doméstico por completo (Kingman 2006, 157). La influencia de la cultura europea en Ecuador partió desde su fundación como república en 1830. Los primeros dignatarios intentaron implantar un estándar para el futuro del país, principalmente originado en las ideas de libertad, igualdad y fraternidad venidas de Francia, de la Revolución Industrial y el modelo de civilización inglés que enviaba al salvajismo a la mayoría del planeta. A partir de estas ideas, la nobleza criolla vislumbró en el blanqueamiento y en la Ilustración la estabilidad de la república y la eliminación de la ignorancia (Botero 2013, 1).

Las ideas de progreso y de modernidad urbana se instituyeron a finales del siglo XIX e inicios del XX, que por cierto es el espacio temporal que abarca la presente investigación, además de los conceptos de civilización, como ya se ha mencionado, a partir de la perspectiva inglesa, la diferenciación social y étnica (Kingman 2006, 38). Tales aspectos se verán reflejados en la constitución de la Psiquiatría en Quito, en las normas de la salud mental en general, en los estudios psiquiátricos como los estudios de caso y en la estructura y contenido de las historias clínicas del Manicomio de Quito, cuyos análisis se realizan en el Capítulo IV de este trabajo.

Al tomar en cuenta que la modernidad fue un gran proyecto que surgió en el siglo XVII y cuyo símbolo es la Ilustración que desplegó los principios de libertad, igualdad y justicia, se produjo un largo proceso de cambios a partir del mencionado siglo, como la Revolución Industrial, la sustitución de Dios por la naturaleza, el planteamiento del concepto de progreso por medio de la ciencia, el desarrollo del capitalismo, entre otros (Pedroza y Villalobos 2006, 427). Estos cambios de carácter económico, social e institucional aparecen como parte de un

elemento de la dialéctica de la modernidad, mientras que un segundo elemento se refleja en las visiones y valores por medio de los cuales la cultura dirige esos procesos a través de su intento de comprenderlos y entenderlos reflejados en el modernismo (Gorelik 2003, 14); por eso, se puede decir que la modernidad es pensada “como el ethos cultural más general de la época, como los modos de vida y organización social que vienen generalizándose e institucionalizándose sin pausa desde su origen racional europeo en los siglos XV y XVI” (Gorelik 2003, 15). La sociedad europea moderna se movió por el comercio enfocado en el pensamiento clásico del liberalismo como doctrina, representado en los conceptos de oportunidad, igualdad, beneficio y competencia.

La personas acceden a los bienes fácilmente “a partir de mantener entre sí condiciones de equidad para disfrutarlos de manera personal en el marco de la demostración de las capacidades individuales en el mercado” (Pedroza y Villalobos 2006, 427). En Europa, la constitución de la ciudad fue una de las imágenes de la modernidad y para América Latina se puede afirmar lo mismo, hablar de “lo moderno en América Latina es debatir la ciudad: la ciudad americana no solo es el producto más genuino de la modernidad occidental, sino que además es un producto creado como una máquina para inventar la modernidad, extenderla y reproducirla” (Gorelik 2003, 13). Quito guardaba varias similitudes con la ciudad europea del siglo XIX, de manera especial, con las pequeñas y medianas en donde lo urbano se juntaba con lo rural (Capel 2006, 25). En este contexto, a finales del siglo XIX e inicios del XX, Quito era una ciudad en donde se conjugaban dos medidas con cualidades sociales, culturales y urbanísticas distintas: “La ciudad moderna y la ciudad resultado de la anomia, o, si se quiere, de la degradación de las relaciones y de los ambientes, formada por gentes venidas de ninguna parte” (Kingman 2006, 53). Es decir, por gente que migra del campo a la ciudad y de sectores segregados que establecieron sus viviendas en los suburbios.

En la época garciana⁵ (1861-1875) la influencia de la Iglesia y el Estado fue notoria como resultado del Concordato de 1866. Así, los lazos con Roma fueron vínculos que impulsaron el proyecto de nación católica en Ecuador; este hecho provocó en los sectores liberales su rechazo, porque a más de afectar la libertad de conciencia, se permitía la intervención de Roma, una potencia extranjera. En muchos casos, el Concordato establecido entre el Pontífice

⁵ Espacio temporal en el cual el gobierno de Ecuador estuvo al mando de Gabriel García Moreno, cuyos proyectos dieron gran prioridad al desarrollo de la ciencia, a la modernidad, y que, sin embargo, la Influencia de la Religión Católica fue de vital importancia.

y el Presidente fortaleció su autoritarismo en la toma de decisiones, dejando de lado las opiniones del pueblo y de sus representantes, por lo tanto, se creaban fueros controlados por la Iglesia que cedían el derecho a las autoridades eclesiásticas de intervenir en los juzgamientos de las personas por razones de tipo moral.

De igual forma, la educación de la infancia y de la juventud, la circulación y la prohibición de publicaciones estaban controladas por la institución católica y, por ende, el número de diócesis se incrementaba y se concedía con mayor libertad el ingreso al territorio nacional del Ecuador a comunidades religiosas (Kingman y Goetschel 2014, 127-128). Es por esa razón que la segunda mitad del siglo XIX se vio marcada por una etapa de pensamiento enfocado en las ideas de Dios, de la caridad y de la acogida, ideas que fueron modificadas con la Revolución Liberal, en donde la beneficencia y la creación de hospitales fueron elementos clave en el higienismo.

Otro aspecto que se desarrolló en este periodo fue el higienismo que se constituyó con el fin de instaurar la limpieza en la ciudad. Las visitas de los médicos a los domicilios o visitas domiciliarias se realizaron con el fin de evitar expandir pestes y epidemias, “se constató la presencia de enfermos, se examinaron las condiciones de las viviendas (cuartos osuros, poco ventilados, presencia de animales), se desinfectó y se erradicaron ratas y focos de contagio” (Kingman 2006, 293). El higienismo se desarrolló en Europa con las visitas domiciliarias con el objetivo de no solo realizar un mapeo sobre la situación de la salud, sino más bien, prevenir las epidemias y así generar un ambiente más sano.

No obstante, al permitirse el ingreso a las viviendas con el fin de diagnosticar el estado de salubridad se generó una situación de conflicto debido a que surgió una forma de control social en Europa. De algún modo, los salubristas habían adoptado el sistema policial, porque en las rondas a los domicilios y en los ingresos a los mismos, actuaban sorpresivamente para encontrar evidencias (Kingman 2006, 294-295).

Aunque en Quito el higienismo surgió, como se ha explicado ya, con el fin de prevenir las pestes y las epidemias, los médicos salubristas tuvieron una panorámica racista reflejo de la sociedad de la época; además “las políticas salubristas no respondían sólo a criterios médicos sino que existía una relación directa entre limpieza urbana y urbanidad” (Kingman 2006, 298). Es por esta razón que hay la posibilidad de manifestar que la categoría raza se encuentra

sistematizada dentro de las historias clínicas del Manicomio de Quito, como una manera de obtener información del paciente. Análisis de estas historias se realizarán en el Capítulo IV del presente trabajo.

De esta manera, el contexto social en Quito a fines del siglo XIX e inicios del XX, estuvo atravesado por la influencia de la Iglesia Católica, la llegada del positivismo científico, la modernidad, el modernismo como su forma de explicación, el desarrollo de la ciudad en el plano urbano, el higienismo y el liberalismo como una doctrina que rompió los lazos del Estado con la Iglesia Católica. Todos estos elementos influyeron de algún modo, en la constitución de la Psiquiatría en Quito en el periodo que marca esta investigación.

2.2 La concepción del espacio y la institución psiquiátrica quiteña

Al hablar de una institución psiquiátrica, se debe admitir la importancia que tiene el espacio en el cual ocurren los distintos hechos y las relaciones de poder y saber. El espacio, según Vargas,

(...) es una entidad geométrica abstracta definida por lugares y objetos, es una red de lugares y objetos que las personas pueden experimentar directamente por medio del movimiento, el desplazamiento, el sentido de dirección, de la localización relativa de objetos y lugares y de la distancia que los separa y los relaciona (Vargas 2012, 320).

En este sentido, este concepto contiene una serie de elementos que permiten el desenvolvimiento de los individuos que allí se encuentran, en este caso, del personal médico. A este espacio se lo conoce con el nombre de espacio hospitalario, uno en el que la disciplina y el saber se conjugan y se insertan en el orden disciplinario planteado por Foucault (2003, 17). Así, el espacio hospitalario guarda una estrecha relación con el saber y el poder del médico, pues él se convierte en el dueño de la verdad y puede “someterla en la realidad gracias al poder que su voluntad ejerce sobre el propio enfermo” (Foucault 2003, 388). De este modo, la institución tiene como objetivo encontrar la verdad de la enfermedad mental, y dejar de lado todos los elementos que no la definan o la caractericen (Foucault 2003, 387).

Los manicomios se fundaron en Europa a inicios del siglo XIX en lugares apartados de los centros urbanos. Fueron espacios construidos con el fin de albergar y aplicar terapias a los locos, en especial practicando el Tratamiento moral que consistía en la liberación de las

cadena que limitaban su libertad. Este tipo de tratamiento fue concebido a partir del pensamiento de Phillippe Pinel. Más tarde, con los estudios de Jean Étienne Dominique Esquirol y Jean-Martin Charcot, las instituciones psiquiátricas se centraron en el manejo de la salud mental ya casi por completo (Sacristán 2009, 164).

En sus inicios, el manicomio estuvo destinado a las prácticas médicas de la locura y con la influencia del positivismo, se intentó implantar en éste su carácter científico. Sin embargo, a mediados del siglo XIX, este espacio se degradó y su cualidad de producción de saber científico se convirtió en un espacio de poder, de disciplina del comportamiento de la población y de segregación; por lo tanto, el manicomio se constituyó en un espacio de restricción de la libertad antes que en uno de curación del enfermo mental y con la comprensión de la enfermedad mental (Campos y Huertas 2008, 473).

Los manicomios eran lugares estructurados y planificados para acoger a los locos. Desde la Edad Media hasta el Renacimiento, los enfermos mentales eran desterrados de sus lugares de origen por ser peligrosos y diferentes a los demás. Por la misma razón, “la historia de la locura es la historia de la marginación” (Ceberio 2010, 94). Y si de algún modo existen varios modelos y paradigmas de pensamiento, y las diferencias que hay entre éstos, todos puntualizan en la idea de “la segregación, el aislamiento y la separación del enfermo mental de la sociedad” (Ceberio 2010, 94). De ahí surge el mito de *La nave de los locos* creado por el alsaciano Sebastian Brant (1457-1521) y cuya imagen literaria la menciona Foucault en su libro *Historia de la locura en la época clásica* (Araos s.f., 122). De acuerdo a Araos (s.f., 125) la metáfora de *La nave de los locos* está constituida por tres elementos; el primero, hace referencia a toda la humanidad. Algunos hombres y mujeres que expresan sus pecados y vicios deben ser embarcados en la nave por la sociedad con el fin de ser trasladados a un lugar desconocido para segregarlos y exiliarlos; en un segundo elemento aparece la locura como espejo, en donde el ser humano busca una identidad, un reconocimiento “donde el hombre razonable puede verse a sí mismo en el loco. Así, algo de locura, aunque sea potencial, hay también en él” (Araos s.f., 125). Y el último elemento es la movilidad, una analogía que relaciona y analiza el viaje y la locura. Por ello, la metáfora de *La nave de los locos* muestra la vida errante y de exclusión que vivieron los locos en la época medieval (Araos s.f., 126). La figura del manicomio se formó a lo largo del siglo XVIII, el Siglo de las Luces, y se lo percibió “como el símbolo de una civilización ilustrada y progresista que había dejado de ignorar a sus ciudadanos enfermos y que, movida por un espíritu humanitario y abiertamente

reformista, les brindaba finalmente un trato digno y dirigido desde la ciencia” (Sacristán 2009, 165). A pesar de que su significado se relacionaba con el cuidado y la vigilancia del enfermo, la palabra manicomio no tardó mucho en degradarse para tomar como significado a la exclusión y al abandono (Sacristán 2009, 166). De este modo, la condición de vida de los locos no mejoró, de acuerdo a los informes hechos en 1818 por el médico francés Esquirol, del hospital de La Salpêtrière, “quien al hacer una inspección de los manicomios franceses, explicaba que lo que encontró fue un trato cruel que se daba a los enfermos, en medio de espacios físicos muy reducidos, denigrantes de la persona humana” (Cruz 2003, 19). Por lo tanto, al loco se lo consideraba un individuo alienado y peligroso para la sociedad.

Para contextualizar la institución psiquiátrica quiteña se puede decir que en la Colonia la economía de la región serrana giraba principalmente por la producción textil, puesto que en el siglo XVI todas las minas de metales preciosos se agotaron (Borchart 1998, 230). Sin embargo, desde fines del siglo XVII y a lo largo del XVIII ocurrió una crisis económica a causa de varios factores como: Epidemias, catástrofes naturales y el colapso del mercado de paños de Lima (Borchart 1998, 230). Además, la industria textil regional no pudo competir con los textiles europeos que invadían el mercado desde finales del siglo XVII en cantidades cada vez mayores (Büschges 1995, 76).

Para contrarrestar esta crisis, existía en Quito un espacio de producción de lienzos que tenía esquemas organizativos similares a los obrajes. Se trató “del hospital y lazareto, cuyo establecimiento en 1778 se debía justamente a las ideas utilitarias del reformismo borbónico que, tanto en España como en América, luchaba contra la vagancia y mendicidad con el establecimiento de casas de recogimiento y hospicios” (Borchart 1998, 255). Las personas internadas en esta institución debían aportar con su trabajo relacionado a la industria textil su manutención y vestimenta, sin recibir salario alguno (Borchart 1998, 309).

En base a esta institución y a causa de los mismos problemas sociales, se fundó el Hospicio Jesús, María y José (véase figuras 2.1.⁶ y 2.2.⁷) el 15 de marzo de 1785 por el Obispo Blas

⁶ Fotografía Patrimonial. *Antiguo Hospicio y Hospital psiquiátrico “San Lázaro”*. 1909. Archivo histórico del Guayas. 27 de septiembre de 2021. <https://twitter.com/inpcecuador/status/1282670176966709248>

⁷ Flickr. *Hospital San Lázaro*. Inicios del siglo XX. 27 de septiembre de 2021. <https://www.flickr.com/photos/h3ktor2/10121275805>

Sobrino y Minayo, con el apoyo del Presidente de la Real Audiencia de Quito, Juan José de Villalengua (Zúñiga 2018, 40). El hospicio se ubicó en las actuales calles Ambato 771 y Bahía (Beltrán 2021), en el límite sur de la ciudad de Quito, en un antiguo noviciado de los jesuitas expulsados, quienes pertenecían a “Los Regulares de la extinguida Compañía”. Aquel lugar estuvo originalmente destinado a los aspirantes al sacerdocio y a las actividades de algunos seculares que recibían ejercicios de carácter espiritual (Landázuri 2008, 23).

Figura 2.1. Manicomio de Quito, inicios del siglo XX Figura 2.2. Manicomio de Quito, 1909



Fuente: Trabajo investigativo



Fuente: Trabajo investigativo

La mayor parte de los problemas que se trataban en el hospicio tenían que ver con enfermedades de la piel, porque existen varios documentos que demuestran el uso de ungüentos y emplastos; la lepra, por ejemplo, se curaba con aceite de chaulmoogra⁸ (Cruz 2003, 46). Es decir, funcionó como un leprosario, al igual que los hospicios europeos en sus orígenes. Efrén Cruz cita en su libro *El loco y la institución mental: Desde la Real Audiencia*

⁸ “El aceite de chaulmoogra bio proviene del árbol del mismo nombre (*Hydnocarpus wightianus*), y uno de sus usos tradicionales es el de tratar enfermedades de la piel” (Conciencia Eco 2018). Se lo ha usado por mucho tiempo para curar la lepra. Sus orígenes medicinales provienen de la India y China.

de Quito hasta la primera mitad del siglo XX, una descripción del Hospicio, obtenida de un documento de 1790 adquirido del Archivo Nacional de Medicina:

Tenía claustros tumbados altos, una división que hay entre claustros junto a la grada principal con puerta y llave; esta se hizo para dividir el sitio para los hombres y las mujeres, otra división para los lugares comunes. Entrando por otra puerta en el espacio de los dos corredores, ocho cuartos con puertas de madera y cuatro de ellos con ventanas a la calle, rejas de hierro en donde viven las mujeres de los pobres.

Otro cuarto con puerta, llave, dos ventanas a la calle con puertas y rejas de hierro para el capellán. Una capillita o nicho, donde está colocada Nuestra Señora de la Asunción, con puerta y llave, para que allí recen las mujeres y no se mezclen con los hombres. Un galpón con puerta y llave, cuatro ventanas, que queda a un costado de los claustros, hecho para dormitorio de las mujeres presas. A la izquierda del corredor hay un cuarto que sirve de granero con puerta, chapa y llave.

Afuera de un nicho, hay una estatua de San Isidro labrador, otra imagen de San Luís, Rey de Francia, a la derecha una del apóstol San Pablo, otra de la Limpia Concepción de María (encima del sagrario), un Cristo de marfil en cruz negra, cuatro ángeles (Cruz 2003, 45).

Según Beltrán (2021) un año después de la fundación del hospicio, se fundó el Hospital Psiquiátrico San Lázaro que sirvió como leprosario, orfanatorio y manicomio. Sin embargo, el nombre de la institución es incorrecto, porque el concepto de Hospital psiquiátrico aún no se concebía en aquella época.

Por eso, resulta más comprensible la apreciación de Hidalgo (2013, 30) y Landázuri (2008, 28), quienes afirman que el manicomio se creó en 1891, en el área oriental del hospicio, cuya división se estableció por sexo y adoptó dos nombres, a la sala de mujeres que se encontraba en la planta baja se la denominó Santa Magdalena⁹, y, a la de hombres, ubicada en la planta alta, San Lázaro¹⁰ (Hidalgo 2013, 30). La influencia de la religión, también se puede observar en el nombre que adoptó este lugar.

⁹ Mujer pecadora a quien Jesús redimió de sus pecados y que más tarde sería su fiel seguidora. Poco antes de su muerte fue trasladada milagrosamente a la capilla de San Maximino, donde recibió los últimos sacramentos y fue enterrada por el santo (Aciprensa s.f.).

¹⁰ Fue un personaje ficticio formado por la fusión de un Lázaro sano y santo (que sí existió) con otro Lázaro leproso y ficticio, pero soporte de un modelo de santidad evangélica, contado y aprobado por el mismísimo Jesús (Catholic.net 2021). El área de hombres del Manicomio de Quito adoptó este nombre principalmente por sus orígenes como leprosario.

La institución quiteña no se diferenció de la europea, en el sentido del cambio semántico de acogida y vigilancia con el de abandono y de exclusión. El reflejo de lo dicho fue la inclusión de delincuentes y alcohólicos en el hospicio, “la población asilada llega, a finales del siglo, a más de 300, y aumenta por la presión de ebrios que son enviados por la Policía contra toda reglamentación” (Landázuri 2008, 33).

Sin embargo, en la última década del siglo XIX aparecieron estudios científicos relativos a la Psiquiatría en Ecuador como el ya mencionado de 1892 “Caso notable de histeria sin ataques” de José María Troya, y a inicios del XX se sumaron otros. Además, el uso de las historias clínicas facultó a ese centro su función principal. Es decir, de formarse como un espacio de realización de terapias y de internamiento de enfermos mentales que constituían un peligro para la sociedad.

Al manicomio se lo conocía de modo general como Manicomio de Quito, puesto que el nombre San Lázaro pertenecía únicamente al área de hombres, mientras que el de Santa Magdalena era el nombre del área de mujeres. Por eso, en las historias clínicas no están impresos ninguno de los dos nombres y tan solo se observan en la parte superior las palabras: Manicomio de Quito (véase la figura 2.4).

Figura 2.3. Historia clínica número 10 de 1904, área de mujeres

HISTORIA CLINICA

MANICOMIO DE QUITO

Sección de *Mujeres* N.º 10

Jefe del Servicio Dr. *Saldar* Ayudante *Pompeo D.*

1º Nombre del enfermo... *Virgenia Gajardo*
 Fecha de ingreso... *Mayo 14 1904*
 .. de salida o fallecimiento.....

2º Comemorativos o anamnésticos (antecedentes de familia):

a) ascendientes directos: *Padre pariente (de apellido Gajardo)*

b) colaterales: *En importancia*

c) descendientes: *En importancia*

d) antecedentes individuales: Edad: *34 años*

Lugar del nacimiento: *Quito* Residencia: *Quito*
 Sexo: *Femenino*
 Estado Civil: *Soltera* Niños/as abortos etc.: *1*
 Profesión, oficio u ocupación preferente: *En importancia*

3º Estado de la madre durante el embarazo:

1) El parto: *Normal*

2) La infancia: *Normal, algo pálido*

3) La edad adulta (caracteres generales): *Normal, fuerte, nerviosa, irritable*

4) Enfermedades anteriores: (nerviosas, tóxicas, infecciosas, diatésicas): *En importancia*

Expos: de trabajo, alimenticios, venéreas, alcohólicas, tabaco, morfina, etc., intoxicación profesional.....

Constitución física intelectual y moral (carácter, gustos, hábitos, grado de inteligencia, instrucción, etc.) sentimientos religiosos, afectivos, etc.)
Carácter fuertemente instable
Gustos y hábitos peculiares
Inteligencia normal
Intensidad normal
Sentimientos religiosos y afectivos normales

Chocs morales: *En importancia por el embarazo por pérdida por problemas con el*

Chocs traumáticos: *En importancia por el embarazo por pérdida por problemas con el*

Principios de la enfermedad (datos conmemorativos) *Plantéase*
desde el momento de la pérdida de la vida
de la madre, desde el momento de la pérdida de la vida
de la madre, desde el momento de la pérdida de la vida

Marcha seguida: *Normal, con persecuciones de este*
tipo, nerviosas, instables, a la pérdida
de los sentimientos, por la pérdida de los sentimientos
de los sentimientos, por la pérdida de los sentimientos

Causa o causas probables o supuestas: *Normal, con pérdida*
de los sentimientos, por la pérdida de los sentimientos
de los sentimientos, por la pérdida de los sentimientos

Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"

Este espacio estuvo preparado para acoger a los enfermos mentales y, por ende, los primeros médicos se convirtieron en los principales actores de la mencionada institución. El Manicomio de Quito fue

(...) 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, que justifica el encierro especialmente de los vagabundos, que al igual que el caso de la lepra, se tenía miedo de que se expanda y afecte a los demás (Peñaloza 2015, 35).

El Manicomio de Quito también fue un laboratorio, en el que se intentaban controlar las enfermedades por medio de la observación y la aplicación de diferentes terapias como los latigazos, las camisas de fuerza o los baños de agua fría. De algún modo, “fue un verdadero laboratorio social, una especie de purgatorio mundano del que se esperaba que salgan almas purificadas y cuerpos listos para introducirse en el mercado laboral” (Landázuri 2008, 25). No obstante, ese objetivo tan solo fue una quimera porque sus primeros habitantes eran viejos, débiles y achacosos, así que sus capacidades frente a un sistema laboral, prácticamente eran inútiles. En la figura 2.4.¹¹ se observa a cuatro pacientes del manicomio.

Figura 2.4. Pacientes del Manicomio de Quito a inicios del siglo XX



Fuente: Trabajo investigativo

¹¹ Foto tipo Laso. *Enfermos del hospital San Lázaro*. 27 de septiembre de 2021. <https://nep.facebook.com/359490914137939/photos/a.2035176749902672/3343430969077237>

A la imagen se la puede describir así: Al fondo se levanta una pared de adobe cuyos colores no se alcanzan a distinguir, pues la sombra del blanco y negro clásico de la fotografía cubre todo el espacio. En el centro de la pared se dibuja una ventana de madera y justo debajo de ésta se encuentra clavada en el piso una especie de banca que se extiende por todo lo ancho del cuadro. Al interior del patio central del establecimiento están cuatro hombres que, por su apariencia corporal, no podrían ejercer labores en donde la fuerza física del ser humano sea el núcleo de su trabajo. Visten ropa vieja y floja. El que se encuentra de pie en el medio de todos, levanta sus brazos en señal de súplica y por eso, en los rostros de tres de ellos se percibe tristeza y dolor. El hombre que está a la izquierda de quien mira tiene los pies descalzos sobre las piedras estampadas en el piso. El que está sentado muestra una sonrisa extraña, como si solo la formara para posar frente a la cámara, o como si alguien le habría dicho en aquel momento que lo hiciera: Son locos del Manicomio de Quito.

A fines del siglo XIX, al manicomio se le atribuyeron funciones que se alejaban de su existencia como institución. Se constituyó en una pequeña prisión destinada a la recepción de ebrios enviados por la Policía (Landázuri 2008, 33). En otras palabras, el Estado deseó que el manicomio funcionara como ente de acogida de personas excluidas no solo por el hecho de ser locos, sino también por los factores caracterizados anteriormente.

A lo largo del siglo XIX el espacio en el que se fundó el Manicomio de Quito en 1891 se centraba en el tratamiento de los leprosos, más no en la locura propiamente dicha y es por eso que el psiquiatra aún conservaba su estatus de protomédico (Peñaloza 2015, 35) o médico alienista si se desea usar la expresión europea.

2.3 Los primeros representantes de la Psiquiatría en Quito

Uno de los primeros actores que realizó estudios psiquiátricos en Ecuador y profesor de la Universidad Central del Ecuador fue José María Troya, quien publicó un caso titulado: “Caso notable de histeria sin ataques” (Troya 1892, 271). Dentro del análisis de caso, Troya mencionó a dos médicos comprofesores¹², los doctores Nicolás Aurelio Espinosa y Ezequiel Muñoz. El experimento con la enferma se realizó en 1880; el análisis de caso fue escrito en

¹² En el estudio de caso de José María Troya, “Caso notable de histeria sin ataques”, la palabra *comprofesores* refiere a los profesores colaboradores dentro del proceso médico.

1885, pero se publicó en la revista *Anales* número 46 de 1892 de la Universidad Central del Ecuador.

Vale la pena mencionar que, aunque no se determina la fuente en la que fue publicado el estudio de caso, Cueva cita al “Caso notable de histeria sin ataques” y destacó las características del proceso de curación que tuvo la enferma histérica:

En el año de 1892, el Dr. José María Troya (1850-1933), uno de los médicos más consagrados a la ciencia, destacado alumno de los sabios que trajo García Moreno para organizar la Politécnica, publicó un estudio con el título “Un caso notable de Histeria sin ataques” en el que describe las características, reacciones y actitudes del caso histérico con tanta sobriedad, como sinceridad y, necesariamente, con las limitaciones conceptuales propias del tiempo, a base de los conocimientos divulgados por la Escuela de la Salpêtrière, en la que Charcot sorprendió al mundo científico con sus magistrales investigaciones sobre la *gran simuladora*, la Histeria, sobre la cual gravitaba un cúmulo de errores y bizantinas discusiones. De los conceptos de Charcot, Babinski, Berheim, Freud, Bleurer, Dupré, etc. es posible que nuestros clínicos de fin de siglo hayan asimilado las ideas de alguno de ellos y este es el caso del Dr. Troya (Cueva 1970, 74).

Cueva confirma la gran influencia de la Psiquiatría europea en Quito, e incluso nombra a varios autores que construyeron sus propios paradigmas y teorías científicas positivistas de finales del siglo XIX. Este caso también es puesto como ejemplo en el trabajo de Emilio Peñaloza (2015, 52) junto a un breve análisis del mismo.

Por su parte, Jenaro Rivadeneira publicó un artículo titulado: “Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol” (1895, 540). Dicho estudio aborda el tema de una de las enfermedades producidas por el alcoholismo crónico y por su abstinencia: *El delirium tremens*. Esta enfermedad será explicada en el capítulo III que se relaciona a la clasificación de las enfermedades mentales en Quito a inicios del siglo XX, teniendo como base al modelo de Emil Kraepelin.

Por otro lado, Carlos Alberto Arteta fue uno de los psiquiatras más prolíficos de la primera mitad del siglo XX en Quito, porque fue el encargado de elaborar informes académicos y planes de estudio del pensum de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, resaltando el valor de la Cátedra de Psiquiatría en la profesión del médico. Además,

publicó varios artículos relacionados a la salud mental, entre ellos sobresale: “Un caso de hermafroditismo” (Arteta 1918, 300).

Junto con Carlos Alberto Arteta, los doctores García y Gallegos Anda conformaron el tribunal para la rendición de los exámenes de la Cátedra de Psiquiatría del curso escolar de 1916-1917 (Facultad de Medicina de la Universidad Central 1917, 308). De este modo, se aprecia que la Cátedra de Psiquiatría adquirió mayor relevancia, porque en sus inicios fue opcional y sin ningún tipo de evaluación.

Julio Endara, al igual que Carlos Alberto Arteta, fue uno de los psiquiatras más prolíficos en Ecuador en la primera mitad del siglo XX. No obstante, en el espacio temporal que abarca la presente investigación se lo mencionará en la época de su juventud. En 1926 publicó un artículo llamado: “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” (Endara 1916, 370); y en 1927 un artículo relacionado a la Psiquiatría como ciencia: “La constitución en Psiquiatría” (Endara 1927, 243). Dicho artículo es uno de los más complejos y sistematizados de entre los estudios de Psiquiatría de inicios del siglo XX. De los dos, se hablará más adelante.

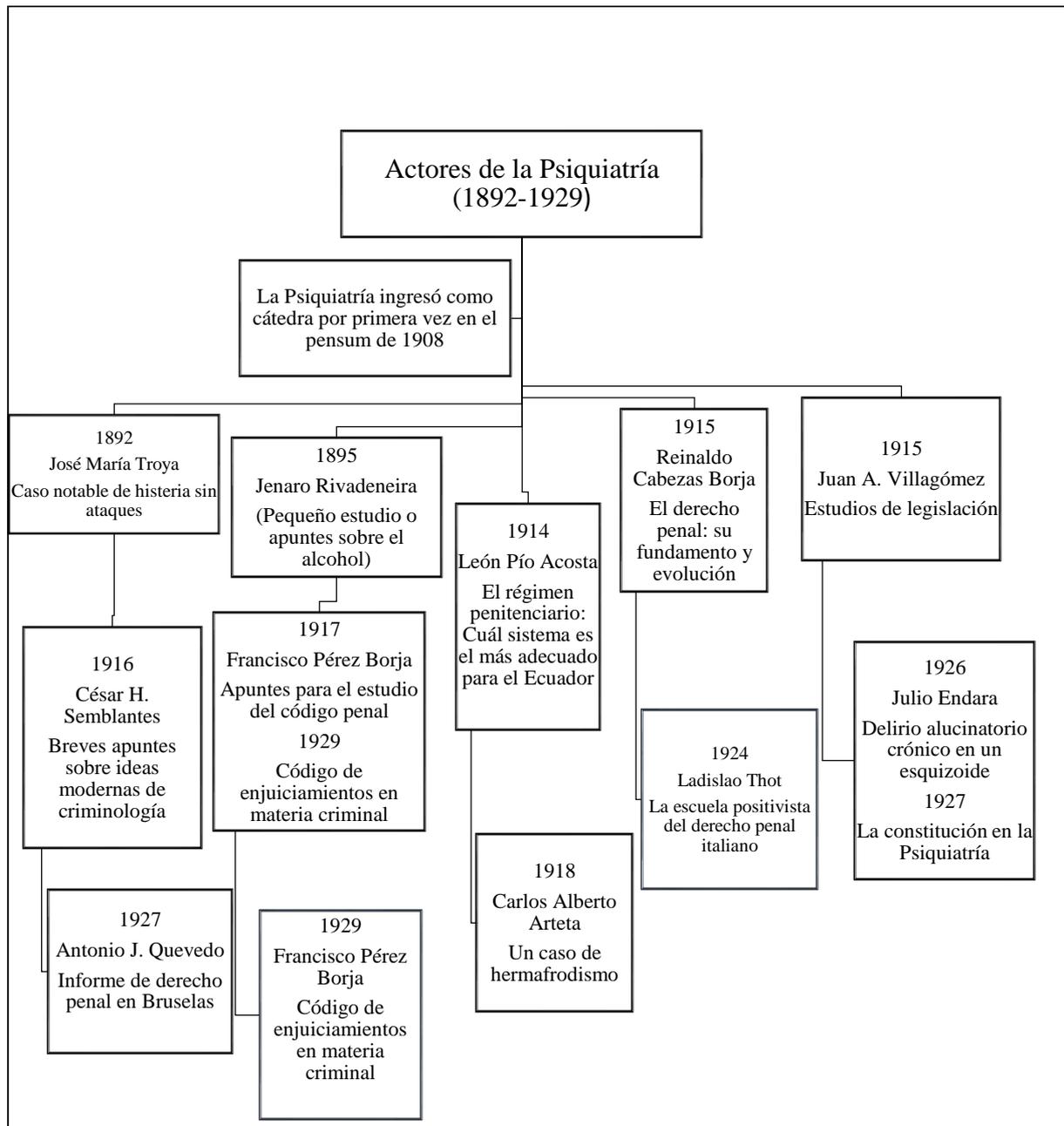
En temas de criminología y ciencias penales relacionados con elementos de la Psiquiatría y de las enfermedades mentales son relevantes los estudios de León Pío Acosta, Reinaldo Cabezas Borja, Juan A. Villagómez, Cesar H. Semblantes, Francisco Pérez Borja, Ladislao Thot y Antonio J. Quevedo.

Las investigaciones de estos autores abordan el régimen penitenciario, el derecho penal, los estudios legislativos y la criminología. Si bien es cierto que los estudios realizados por estos investigadores no guardan una relación directa con la Psiquiatría, sí tienen vínculos con los comportamientos y personalidades de los delincuentes. Es decir, el desenvolvimiento del delincuente dentro de la penitenciaría y fuera de ella constituyen dos hechos importantes que ayudan a determinar y entender sus actos.

Existen nombres de actores de la Psiquiatría en Ecuador que han permanecido ocultos por la Historia, porque en los archivos revisados no se los encontraron y, únicamente, se puede saber de ellos por los archivos de las historias clínicas. En la etiqueta de la información sobre el médico tratante aparece el nombre de Julio Calderón y su ayudante por alrededor de dos décadas, Alfonso Romo. En la mayor parte de las historias de hombres y mujeres revisadas

desde 1902¹³ (algunas tienen la etiqueta vacía) aparecen estos dos últimos. De hecho, fueron los únicos que llenaron, junto a Julio Endara, las historias clínicas de los enfermos mentales dentro del espacio temporal que abarca la presente investigación. En el siguiente gráfico se muestran los autores y sus publicaciones a través del tiempo.

Gráfico 2.1. Actores y obras de la Psiquiatría en Ecuador a través del tiempo



Fuente: Trabajo investigativo

¹³ El libro revisado contiene historias clínicas a partir de 1901. Sin embargo, la primera página de la primera historia se encuentra arrancada, por lo que no es posible observar la anamnesis.

2.4 Las Hermanas de la Caridad y su importancia en el Manicomio de Quito

Las actividades de las Hermanas de la Caridad constituían un eje vital dentro del proceso de sanación de los enfermos, porque al no existir la idea de la enfermera como profesión en Quito, éstas desempeñaban tales acciones. Por esa misma razón sus conocimientos se fundamentaban en los avances de la ciencia y del positivismo francés (Peñaloza 2015, 3). Las Hermanas de la Caridad tomaron la dirección de la institución psiquiátrica quiteña en 1882, luego de haber llegado desde Francia en 1870 por medio del contrato firmado con el presidente de aquel periodo Gabriel García Moreno. En el mismo año de 1882, “el gobierno entrega la dirección del Hospicio a la conferencia San Vicente de Paúl, 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” (Peñaloza 2015, 38). Las Hermanas de la Caridad constituyeron un dispositivo de control moral y disciplinario, que ejercían sus prácticas sobre las partes más complejas de la población y difíciles de tratar dentro de la ciudad de Quito (Kingman y Goetschel 2014, 144). Este concepto de disciplina se expresó en el encierro a los enfermos mentales en celdas, la disminución de raciones de comida y en el uso de camisas de fuerza.

Además, por el hecho de que su conocimiento provenía del positivismo, las Hermanas de la Caridad ejercían también prácticas médicas que fueron cambiando paulatinamente la idea de la locura por la de salud mental, tales como: Las camisas de fuerzas y los baños de agua fría (Peñaloza 2015, 40-42). De este modo, según Peñaloza (2015, 70), este grupo religioso no era sumiso a las decisiones del aparato administrativo y médico, “las Hermanas de la Caridad ostentaban gran poder dentro del Hospicio, incluso más que los médicos en el primer cuarto del siglo XX” (Peñaloza 2015, 70). Por ello, quien decidía la dirección del médico en el manicomio era la Madre Superiora.

Según Peñaloza, a pesar de que las Hermanas de la Caridad constituyeron un dispositivo de control, su valor humano de caridad y de acogida era indiscutible, pues fueron quienes terminaron con el concepto de animalidad del loco para considerarlo una persona enferma de espíritu. Es decir, su trabajo se reflejó al interior del manicomio en el trato afectivo a los locos, al tomar un giro sobre la forma de acogerlos, proporcionando un valor humano a sus vidas a la cual se vieron enfrentados desde la fundación de la institución (Peñaloza 2015, 66). Por esa razón, los elementos científicos y religiosos cayeron en conflicto y la Psiquiatría positivista avanzaba poco a poco a lado de la demonológica. En ese sentido, a pesar de que las

Hermanas de la Caridad conocían prácticas médicas modernas y las aplicaban, la relación de la enfermedad mental con lo religioso no terminó ni siquiera con la llegada al poder del liberalismo.

Por la influencia de la Iglesia Católica el poder de las religiosas se encontraba sobre el de los médicos, como ya se ha mencionado. No obstante, esta afirmación no quiere decir que las prácticas de los médicos no hayan tenido relevancia, puesto que los artículos encontrados en los archivos revisados reflejan su gran valor y aporte a la Psiquiatría, como los de la *Revista Anales* de la Universidad Central del Ecuador: “Caso notable de histeria sin ataques” (Troya, 1892), “Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol” (Rivadeneira, 1895), “Un caso de hermafroditismo” (Arteta, 1918), “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” (Endara, 1926) y “La Constitución en Psiquiatría” (Endara, 1927).

2.5 La Psiquiatría en la academia

En 1908 la Psiquiatría ingresó al pensum de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador (Consejo Superior de Instrucción Pública 1908, 13). En dicho pensum, la Cátedra de Psiquiatría se encontró en el sexto año escolar, por lo tanto, se la impartió por primera vez en 1913 con Carlos Alberto Arteta como su primer profesor, puesto que elaboró varios informes académicos y planes de estudios de la Facultad de Medicina; de esta manera se pudo resaltar el valor de la Cátedra de Psiquiatría en la profesión del médico. Incluso, Arteta publicó artículos psiquiátricos como “Un caso de hermafroditismo” (1918, 300) y practicó esta disciplina en el Hospicio y el Manicomio de Quito. Sin embargo, el mencionado pensum de estudios no detalla el contenido, ni los temas que se estudiaron.

En 1921 se manifestó que la Psiquiatría fue una de las disciplinas con mayores problemas en su enseñanza, según los resultados de los tribunales examinadores al mando del doctor E. Gallegos Anda. Esta cátedra carecía de un espacio adecuado para el desarrollo de sus investigaciones porque,

(...) aparte de no contar con la base esencial que es un asilo de psicópatas científica y modernamente organizado, faltan elementos que pudieran contribuir al mejoramiento del manicomio actual: Un gabinete de Electroterapia, una instalación de baños de diversas clases, un Anfiteatro propio para Autopsias y estudios histológicos, un aparato fotográfico, instrumentos antropométricos, etc. etc. (Arteta 1921, 498).

La realidad de las proyecciones de Arteta fueron imposibles para esa época, puesto que recién en la década del cincuenta se empezó a usar el electroshock en Quito sin parámetros médicos, ni terapéutica (Ramírez 2011, 47) y tan solo como una forma de castigo para aquellos pacientes cuyo comportamiento se desequilibraba o se angustiaban al sentir nostalgia por sus familiares.

Es válido afirmar entonces que el Manicomio de Quito todavía no cumplía con su objetivo o el Estado no lo permitía. Hay que recordar el ejemplo de Osorio (2017) sobre un caso legal de 1909, en el que se aprecia directamente la influencia del Estado por medio del sistema judicial al declarar como loco a una persona demandada por su hermana, con el fin de apropiarse de una herencia de gran valor por completo. La decisión del juez y del médico envió al individuo al manicomio. De este modo, se refleja el poder que tenía el Estado al decidir quién se encuentra enfermo o sano. Así, aparece el concepto de dualidad reflejado en la norma de salud-enfermedad y normal-patológico planteado por Hidalgo (2014, 134) y del poder y el saber del médico (Foucault 2003).

Entre los años de 1916 y 1917, se formó uno de los primeros tribunales para los exámenes del curso escolar, cuyos médicos evaluadores fueron Carlos Alberto Arteta, E. Gallegos Anda y García D. (Egas 1917, 308). En el Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador de 1922, la Cátedra de Psiquiatría apareció en el quinto año escolar con el nombre de Clínica psiquiátrica (Arteta 1922, 71). En consecuencia, se la impartió con esa designación desde 1927. Sus clases se dictaban tanto en la Universidad, como en el Manicomio de Quito.

En ese mismo año se establecieron el Reglamento general y el Plan de estudios de la Escuela de Enfermeras anexa a la Facultad de Medicina; sus estudiantes realizaron prácticas en diferentes instituciones, una de ellas fue el Manicomio de Quito, junto a sus guías, los profesores de la cátedra de Clínica psiquiátrica de turno (Arteta 1922, 84). Lamentablemente, no se pudieron encontrar en ningún documento revisado, los detalles de los temas que se trataron en esa cátedra, por lo que fue imposible verificar los paradigmas y modelos que pudieron seguir los estudiantes de medicina. En la Tabla 2.1. se encuentran sistematizados los documentos relacionados al ámbito universitario de la Psiquiatría.

Tabla 2.1. Plan de estudios y actas obtenidos de la revista *Anales* de la Universidad Central del Ecuador

Título	Año	Autor	Nº de revista
Actas de la Facultad de Medicina	Sesión de noviembre de 1895 (publicadas en 1897)	Administrativos y profesores de la Facultad de Medicina	85
Plan de estudios	1908	Consejo Superior de Instrucción Pública.	158-159
Informe	1913	Alejandro Villamar	181
Tribunales para los exámenes del curso escolar	1916-1917	E. Gallegos Anda	225
Informe correspondiente al año escolar 1920-1921 dificultades de la enseñanza de la psiquiatría	1921	Carlos Alberto Arteta	243
Plan de estudios	1922	Carlos Alberto Arteta	244

Fuente: Trabajo investigativo

En 1929, los temas legales relacionados a la Psiquiatría como “Nociones de psiquiatría forense” y “Estudio médico-legal y judicial de la responsabilidad criminal”, ingresaron al programa de Medicina legal y Deontología Médica y Odontológica en la Quinta parte (Pérez 1929, 633). Por ello, la criminología estuvo ligada a los estudios psiquiátricos, en especial por sus investigaciones de la personalidad del criminal.

2.6 Psiquiatría y justicia

En el presente apartado se realizará un diálogo entre las distintas fuentes históricas encontradas en las revistas *Anales* de la Universidad Central del Ecuador, en relación a temas de carácter legal y a decisiones judiciales que tuvieron como base al estudio de la criminología y a la Psiquiatría, en las tres primeras décadas del siglo XX.

En “Un caso de hermafroditismo” escrito por Carlos Alberto Arteta (1918) se manifestó que un hermafrodita, a quien el autor llamó en su artículo N.N. fue apresado por su comportamiento amoral y femenino. Sin embargo, el médico Arteta redactó algunas notas en las que se mencionaba que este individuo no había cometido ningún crimen y que, por lo mismo, la cárcel no era el lugar apropiado para él. El espacio que le correspondía era el manicomio y una vez allí se debía realizarle una especie de profilaxis social que le impidiese con el tiempo influir y corromper a la sociedad.

La institución psiquiátrica propuesta era un manicomio de carácter judicial, y a aquellos que cambiaron su modo de enfrentarse a la vida en la prisión al convertirse en locos, se los pudo enviar a un manicomio de criminales (Quevedo 1927, 21), aunque sin habérselos impuesto una pena, sino algunas medidas de seguridad, puesto que los locos no eran personas punibles (Pérez 1928, 107). A inicios del siglo XX, en Quito había un solo manicomio que apenas daba sus pasos en el internamiento psiquiátrico a los civiles, porque su estructura y su tamaño limitaban el acceso a personas enfermas mentales relacionadas con el crimen. En este sentido, el espacio determinó la condición del individuo. Es decir, si se toma en cuenta que la cárcel y el manicomio constituyen dos lugares que restringen la libertad de los individuos determinan dos identidades, la de un delincuente si se lo traslada a la cárcel, y la de un loco si se lo traslada al manicomio. Por ello, en este caso, el ser humano está destinado a *ser* de acuerdo al lugar en el que es encerrado.

Arteta manifestó la necesidad de la construcción de un espacio dentro del manicomio que permitiese encerrar a psicópatas judiciales con el fin de establecer una rehabilitación en ellos. Los dos espacios en los que se pudieron desenvolver las personas anormales como los delincuentes y los locos fueron

(...) verdaderos laboratorios o gabinetes científicos utilizados para investigar y definir, con ayuda de la medicina, la psicología, la antropología y ciertas indicaciones sociológicas, la personalidad del individuo anormal con los cuales tienen que ver los funcionarios encargados de velar por la defensa social (Quevedo 1927, 15).

Por supuesto, en estos laboratorios, en sentido figurado, la observación tomó un papel muy relevante al momento de intentar buscar las cualidades de la personalidad y el comportamiento del individuo en sus acciones criminales. Con esto, como en cualquier historia clínica y en los análisis de una enfermedad mental, se pudo llegar a fijar un diagnóstico (Quevedo 1927, 15) y posteriormente tomar una decisión judicial.

El interés del ser humano por conocer la personalidad de un delincuente ha sido constante e interminable. A inicios del siglo XX, los investigadores de Quito, tanto psiquiatras como profesionales del derecho, desarrollaron varios estudios sobre este tema. Así, la Psiquiatría intentaba estudiar la personalidad y el comportamiento del criminal (Thot 1924, 147). Estos

estudios de criminología se relacionaron con la Psiquiatría en cuanto las dos disciplinas intentaban empatizar con aquellos que diferían de la gente común.

León Pío Acosta (1914) explicó en su tesis de licenciatura en Derecho, titulada *El régimen penitenciario. Cuál sistema es el más adecuado para el Ecuador*, algunas ideas que permitiesen seleccionar la penitenciaria mejor estructurada para la rehabilitación del delincuente en los primeros años del siglo XX; describió el régimen penitenciario filadélfico que consistió en la construcción de varias celdas destinadas a una sola persona, quien permanecería encerrada todo el día y la noche durante el tiempo de su condena. Así, el individuo entraría en un estado donde el pensamiento y la conciencia tuviesen mayor cabida, provocando en él arrepentimiento y su posterior rehabilitación.

Sin embargo, al ser aplicado este régimen se corría el peligro de que el delincuente, al no generarse una rehabilitación, caiga en la locura y hasta en el suicidio (Pío 1914, 292), como de hecho sucedió en varios lugares en los cuales se aplicó tal sistema. En ninguna de las historias clínicas revisadas se manifestaron comportamientos criminales, ni tendencias suicidas de los enfermos, a pesar de que los casos de melancolía pudieron ocasionar la autodestrucción de la vida.

Dentro de las leyes y el derecho, la concepción de locura no solo se reflejaba en las prisiones, sino también en la cotidianidad. A muchos enfermos mentales les dictaron una sentencia de interdicción debido a su incapacidad de razonar. Los derechos que se les arrebató se relacionaron al de la propiedad privada, al de la herencia, a la firma de contratos (Villagómez 1915, 474), entre otros de carácter civil. Sin embargo, en lo relativo al derecho penal tuvieron un enfoque distinto, porque un delito cometido depende del estado del comportamiento y de la personalidad del individuo. Es decir, en el caso de los locos, un delito se lo ejercía inconscientemente, pues vivían una realidad distinta a la del ser humano normal (Villagómez 1915, 474), aunque las decisiones de la justicia dependieron mucho del tipo de enfermedad mental que adolecía el hombre o la mujer; por ejemplo, no fue el mismo caso de un demente precoz frente al de un melancólico.

Pero para que la justicia determinara si un criminal fue un loco, debieron existir especialistas, en este caso un médico psiquiatra, quien con su opinión como perito ayudase al juez en su sentencia y “no emplear un hombre, el más burdo y soez, como generalmente se escoge para

tales puestos” (Cabezas 1915, 440). Como se hizo en el proceso legal llevado a cabo en 1909, cuyo contenido lo menciona Andrés Osorio (2017).

Los estados de demencia se representaron en: “Idiotismo, imbecilidad, debilidad de espíritu, con perversión de instintos, locura moral” (Pérez 1917, 264). La última se reflejó en el ejemplo de Arteta, *Un caso de hermafroditismo*. Es decir, fueron trastornos que provocaron distorsiones en el raciocinio del ser humano, por lo que se originaban comportamientos anormales que pudieron ser peligrosos para la vida de los demás.

Esa elección del loco como delincuente debía ser precisa y detallada, porque se trataba de un tema muy delicado que puede desgraciar la vida a un hombre normal o enviarle a un lugar infernal a un loco. Aunque entre el manicomio y la prisión existen similitudes, la segunda institución es mucho más peligrosa; por ello “la dificultad está en saber cuándo ha existido verdaderamente una enfermedad mental que esté incluida en la palabra demencia, y como ésta es una cuestión de psiquiatría, el juez debe recurrir a los dictámenes de médicos especialistas en enfermedades mentales” (Pérez 1917, 264). De no ser así, la imparcialidad del juez se pondría en duda, porque, aunque no se han encontrado casos en esta investigación, muchos delincuentes prefirieron el manicomio antes que la prisión, y la intervención del juez debió ser sustancial.

Entonces, la relación de la Psiquiatría con las leyes y las sentencias judiciales fue muy íntima. Primero, porque al ser el loco y el delincuente personas distintas al resto de la gente en lo relativo a su comportamiento dentro de la sociedad, pudieron constituir una dualidad encadenada por la justicia; segundo, porque esa dualidad pudo reflejarse en el cambio de papeles entre los locos y criminales al momento de seleccionar el espacio que les correspondía, ya sea éste un manicomio o una prisión; y tercero, porque esa selección o decisión debió ser muy meticulosa, pues se trataba de la limitación de la libertad del ser humano por varios años o, en algunos casos, por el resto de sus días.

Capítulo 3. Paradigma Kraepeliniano y clasificación de las enfermedades mentales

En el siglo XIX, el alienismo constituyó el paradigma imperante por medio de la aplicación del tratamiento moral, que consistía en brindar un trato más humano al loco al interior del manicomio. Esto se pudo conseguir a partir de la supresión de las cadenas por parte de uno de los proyectos encabezados por Pinel. Sin embargo, el alienismo, a pesar del modo de tratar a las personas, estuvo ligado a la segregación del loco de la sociedad. Es decir, uno de sus planteamientos era separarlo de la comunidad con el fin de que no genere un peligro en la vida de los demás. De acuerdo a Campos y Huertas (2008, 476) el alienismo fue la primera medicina social capaz de ser exportada hacia el mundo exterior, al espacio social. Por eso, el alienismo tuvo la idea de intervención social y domesticación de la pobreza y “el interés por los locos, la psiquiatría y el manicomio surgirían en el contexto de la lucha contra la pobreza y de sometimiento de las clases populares de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX (Campos y Huertas 2008, 476).

Al igual que en otras ramas de la medicina, el positivismo y el empirismo biomédico influyeron en la disciplina psiquiátrica, en especial con los trabajos del alemán Emil Kraepelin. Las clasificaciones de las enfermedades mentales elaboradas por este psiquiatra se mantuvieron en vigencia por varios años a lo largo del siglo XX (Pacheco, y otros 2015, 84). De hecho, las estructuradas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y por el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aún tienen bases en el concepto del modelo kraepeliniano (Eber y Jürgen 2010).

En los archivos revisados no se nombran los modelos psiquiátricos usados tanto en el Manicomio de Quito, como en la teoría en general, tampoco aparece esta información en los documentos relacionados a la Psiquiatría como cátedra universitaria. No obstante, en base al concepto de la observación y su desarrollo en la presente investigación, además de la información de los estudios de caso y de las historias clínicas se puede afirmar que el paradigma kraepeliniano influyó en el proceso de los diagnósticos de las enfermedades mentales. Si bien el alienismo se hizo presente en Quito en la reclusión de la libertad de las personas junto al higienismo, el paradigma de Kraepelin las estudiaba. Es decir, entre ambos modelos existe una diferencia con una perspectiva distinta. Mientras el alienismo se encargaba de recluir a los enfermos desde la sociedad y segregarlos, el paradigma kraepeliniano los estudiaba al interior mediante un riguroso proceso de observación con el fin

de diagnosticar las enfermedades. En este sentido, el alienismo no cumplía un papel médico, ni científico, sino de poder y de disciplina, mientras que el paradigma kraepeliniano constituía un modelo científico, basado en el concepto de observación para el diagnóstico de las enfermedades mentales.

Por otro lado, al estar vinculado el alienismo al higienismo, ejerció un papel importante de dominación, pues transformó al manicomio “en un gran laboratorio social en el que se producirían y ensayarían técnicas que se utilizarían para disciplinar a las clases populares. La psiquiatría no aparece entonces como una respuesta a la enfermedad mental” (Campos y Huertas 2008, 476), sino más bien a uno de carácter judicial y legal, en donde la justicia y las leyes influían en la vida de los enfermos, al ser dictaminados como delincuentes o como locos o, simplemente al dejar de lado sus derechos como personas. De la idea de laboratorio social se ha hablado ya en el capítulo II en una de las afirmaciones de Peñaloza.

Por supuesto, el Manicomio de Quito también resultó ser un laboratorio social, en especial en la aplicación de la observación de los pacientes. De igual forma, el alienismo planteó en el contexto europeo la profilaxis social, que consistía en las distintas actividades realizadas con el fin de prevenir enfermedades y epidemias. En el caso ecuatoriano sucedieron hechos similares. Carlos Alberto Arteta habla sobre la profilaxis social en “Un caso de hermafroditismo” (1918), documento que será analizado más adelante en esta investigación. Así, el Manicomio de Quito era un espacio de poder y de saber. El alienismo determinaba los dispositivos de control y disciplina, mientras que el modelo de estudio basado en el planteamiento de Kraepelin determinaba el carácter de espacio de saber.

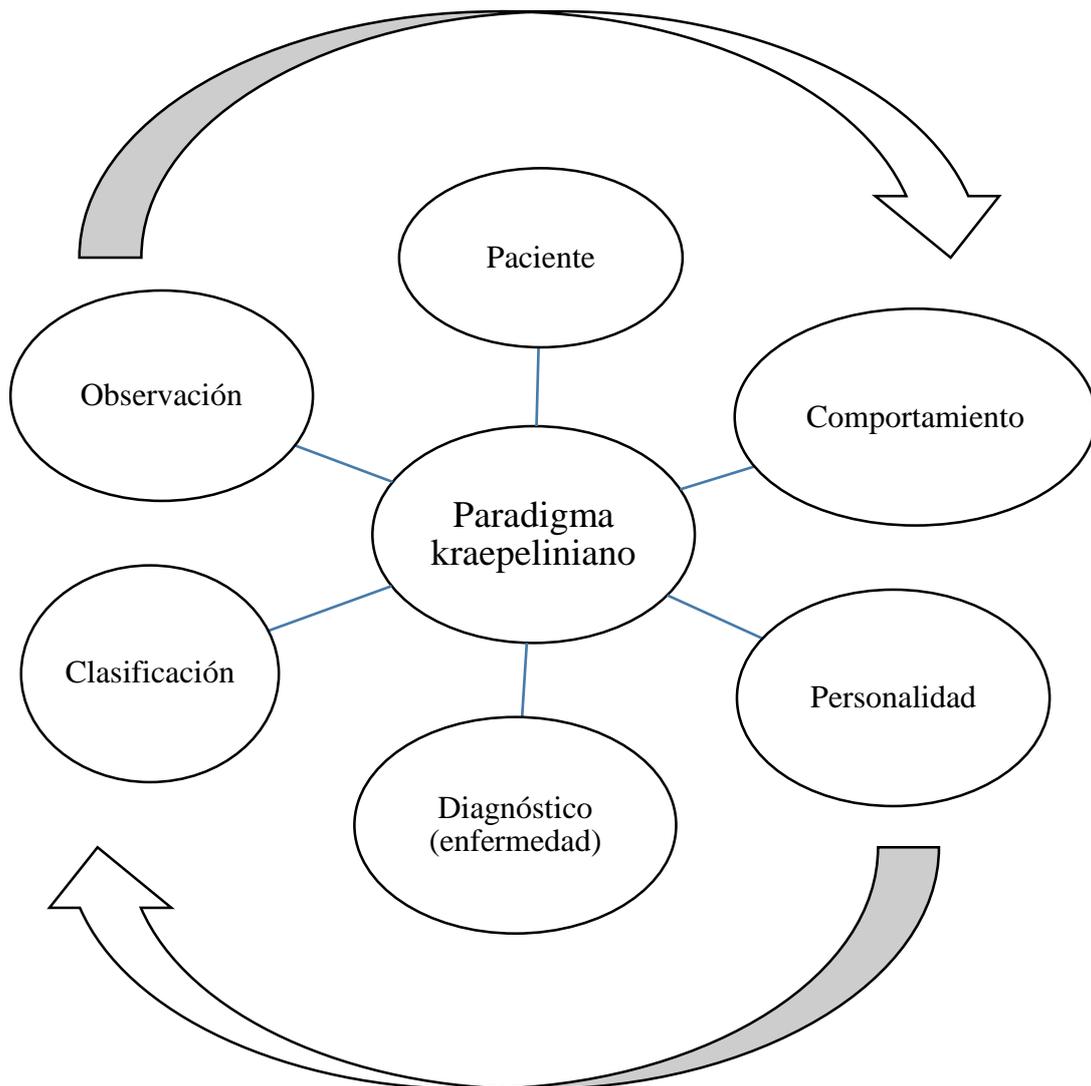
Paralelo a los estudios de Kraepelin se desarrollaban también los estudios del psicoanálisis de Freud, cuyos fundamentos dieron mucha importancia a la subjetividad reflejada en los conceptos del inconsciente-consciente-subconsciente. El positivismo científico desechaba a la subjetividad, porque la consideraba un estorbo para los análisis médicos y la producción de conocimiento y saber (Rojas y Rojas 2013, 71). Por esta razón Kraepelin contrastaba con las ideas de Freud, en la visión de la observación del primero frente al diálogo y a la hipnosis en el tratamiento del segundo (Rojas y Rojas 2013, 72). Por otro lado, un planteamiento diferente al de Kraepelin que surge a partir del psiquiatra francés Henri Ey, quien creó la teoría de la organo dinámica. Esta teoría no se limitó al estudio y al análisis de la enfermedad mental, sino que amplió su grado de estudio y terapéutica al ser, a la concepción ontológica de la

psiquiatría que manifestaba que la enfermedad mental limitaba la libertad del ser humano. En este sentido, la labor moral cumple un papel importante, por el hecho de que esta teoría valoraba en gran medida a las relaciones humanas del paciente frente al médico (Rojas y Rojas 2013, 74). Así, el organodinamismo es una conjunción de la subjetividad y de la científicidad proveniente del positivismo.

Si bien es cierto que Kraepelin fue uno de los fundadores del modelo psicofarmacológico relacionado al consumo de medicinas, su década de oro se consolidó a partir de 1950, en donde se descubrió la actividad que ejercía la antimaniaca del litio en 1949, “además la introducción clínica de la clorpromazina en 1952 y del meprobamato en 1954, el descubrimiento de la imipramina en 1955 y del uso psiquiátrico de la iproniazida en 1957 y la introducción, por último, del clordiazepóxido en 1960” (López, Alamo y Cuenca 2000). En Quito se usan paralelamente los psicofármacos desde la década de 1950 junto con el electroshock.

El objetivo de Kraepelin dentro de la vida manicomial no solo era atender a los enfermos y tratarlos, sino también, a través de sus investigaciones, realizar una clasificación de las diferentes especies psicopatológicas (Caponi y Martínez 2013). El psiquiatra alemán “al poder observar durante largo tiempo a los pacientes en el interior de un manicomio y poder seguir en el tiempo su evolución, pudo proponer su conocida construcción nosográfica” (Campos y Huertas 2008, 475). La importancia que Kraepelin otorgó a las historias clínicas fue decisiva porque transfieren “información universal, en el sentido en que son manifestaciones de un proceso mórbido que responde, como en el caso de una enfermedad física a una etiología orgánica. En este contexto, el síntoma aparece como la expresión de lo orgánicamente patológico” (Caponi y Martínez 2013, 479). Además, sin datos históricos del paciente, ni de la evolución de su enfermedad, la información resultaba incompleta, por lo que emitir un dictamen clínico considerando tan solo el periodo o estado terminal era imposible (Kraepelin 1988, 218). A principios del siglo XX, ocurrió lo mismo en la institución psiquiátrica quiteña, pues las historias clínicas fueron diseñadas para establecer un seguimiento de la enfermedad a través de la observación del médico al paciente, convirtiéndose así el sujeto en objeto de estudio. El siguiente gráfico expresa el proceso de la observación en el diagnóstico de la enfermedad mental y su clasificación.

Gráfico 3.1. Proceso de la observación en los diagnósticos de una enfermedad mental



Fuente: Trabajo investigativo

La clasificación de las enfermedades mentales en el Manicomio de Quito de la época, guarda relación con la realizada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin en su libro *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Hay una coincidencia entre los nombres de las enfermedades mentales encontradas en este libro, publicado en 1905, con las de las historias clínicas. Por ejemplo: La demencia precoz, la psicosis maníaco-depresiva, la melancolía, entre otras.

La clasificación de Emil Kraepelin partió del análisis de los síntomas del cuerpo, “de la identificación de rasgos “repetidos” y “característicos” y de la observación de las manifestaciones de la enfermedad” (Caponi y Martínez 2013, 474-475). En este sentido, su taxonomía consideraba que la observación era un elemento imprescindible en su análisis,

porque, al ser representante del positivismo y empirismo biomédico, el psiquiatra alemán enfocaba sus análisis en la observación de comportamientos y conductas antes que en la atención del relato, por eso no se lo reconoció como un psiquiatra empático en su trabajo cotidiano con sus pacientes, sino que “in his opinion it was more important to observe than to listen to patients’ words. This can also be seen as part of his struggle for objective observation and evidence” (Eber y Jürgen 2010, 119); por otro lado, al referirse a Kraepelin, Caponi y Martínez manifiestan que,

(...) es necesario señalar que cuando comienza a esbozar los principios más fundamentales de su nosología, entre 1886 y 1892, se encuentra en un ámbito cultural y lingüísticamente extraño como es el de la ciudad de Dorpat (actualmente Tartu en Estonia). Allí realiza su práctica entre colectivos no germano-parlantes y ha de utilizar un intérprete en sus entrevistas clínicas (cf. Berrios & Hauser, 1988, p. 816; Beer, 1992, p. 504). Ante la limitación lingüística, la observación de los síntomas adquiere mayor relevancia, una preeminencia que continuará presente en sus producciones (Caponi y Martínez 2013, 475).

En los estudios de caso que serán presentados más adelante de José María Troya (1892) “Caso notable de histeria sin ataques”, en el de Julio Endara “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” (1926) y en las historias clínicas se realizaron procesos de observación que encajan perfectamente con la propuesta de Kraepelin. Es decir, la aplicación de la observación sobre el comportamiento y la conducta de las enfermas y del enfermo, y la limitación del proceso lingüístico producido por el estado de las mismas. Además, Julio Endara colocó al delirio alucinatorio en la clasificación de Kraepelin (Endara 1926, 312).

Por tal razón, se realizará una clasificación y a la vez una definición de las enfermedades mentales encontradas en los diagnósticos de las historias clínicas. Para ello se tomará como guía el libro *Introducción a la clínica psiquiátrica* (Kraepelin 1988) escrito en los primeros años del siglo XX. Este libro realiza la clasificación de las enfermedades mentales por medio de la explicación de un estudio de caso. Es decir, cuenta la historia de una persona que sufrió tal enfermedad y a medida que avanza, explica las cualidades de la patología.

A continuación se presentan dos cuadros que informan el número y nombre de las enfermedades tomadas de los diagnósticos provisionales de las historias clínicas, porque los

diagnósticos definitivos se encuentran vacíos. Se los ha dividido de acuerdo al género. Las etiquetas a tomar en cuenta fueron: *Año, edad, raza, lugar de nacimiento y diagnóstico.*

Tabla 3.1. Sistematización de las historias clínicas del área de mujeres

Nº	Año	Edad	Raza	Lugar de nacimiento y Lugar de residencia	Diagnóstico
1	1901	Hojas arrancadas ¹⁴			
2	1902	55	Mestiza	Texto ilegible	Sin diagnóstico
3	1903	20	Blanca	Riobamba	Sin diagnóstico
4	1904	44	Mestiza	Ibarra	Sin diagnóstico
5	1908	46	Blanca	Incomprensible	Epilepsia
6	1908	61	Mestiza	Incomprensible	Epilepsia
7	1908	50 (más o menos)	Criolla	Incomprensible	Texto ilegible
8	1908	60	Mestiza	Texto ilegible	Sin diagnóstico
9	1908	59	Mestiza	Texto ilegible	Sin diagnóstico
10	1909	60 (más o menos)	Mestiza	Texto ilegible	Texto ilegible
11	1912	39	Mestiza	Ibarra	Hojas arrancadas
12	1912	36	Mestiza	Texto ilegible	Melancolía
13	1913	34	Mestiza	Vacío	Sin diagnóstico
14	1915	49	Mestiza	Pelileo	Manía Intermitente (Ciclotimia)
15	1916	68	Blanca	Cali	Psicosis Maniaco-Depresiva (Forma Hipomaniaca)
16	1917	53 (Más o menos)	Blanca	Quito	Incomprensible
17	1920	40	Mestiza	Incomprensible	Incomprensible
18	1924	39	Mestiza	Ambato	Sin diagnóstico
19	1933	60	Mestiza	Otavaló	Sin diagnóstico
20	1936	22	Blanca	Ipiales	Shock psicosis Maniaco-Depresivo
21	Ilegible	19	Mestiza	Texto ilegible	Melancolía
22	Ilegible	28	Blanca	Quito	Sin diagnóstico
23	Ilegible	22	Blanca	Quito	Sin diagnóstico
24	Ilegible	44	Mestiza	Ibarra	Sin diagnóstico
25	Ilegible	45	Blanca	Riobamba	Amnesia o demencia por revisar
26	Ilegible	Vacío	Vacío	Vacío	Sin diagnóstico
27	Ilegible	60 años aproximadamente	Blanca	Texto ilegible	Vesania secundaria y senilidad
28	Ilegible	Vacío	Vacío	Vacío	Sin diagnóstico
29	Ilegible	80 años aproximadamente	Blanca	Cali	Vesania crónica
30	Ilegible	Vacío	Vacío	Vacío	Sin diagnóstico
31	Ilegible	20 o 30 años	Mestiza	Ibarra/Quito	Epilepsia
32	Ilegible	42	Mestiza	Texto ilegible	Sin diagnóstico
33	Ilegible	Vacío	Vacío	Vacío	Sin diagnóstico
34	Sin fecha	Texto ilegible	Blanca	Texto ilegible	Sin diagnóstico
35	Sin fecha	27	Blanca	Quito	Sin diagnóstico

Fuente: Trabajo investigativo

¹⁴ Esta historia clínica se colocó en el cuadro con el fin de organizar los datos, pues no pudo ser analizada por la ausencia de información.

Tabla 3.2. Sistematización de las historias clínicas del área de hombres

Nº	Año	Edad	Raza	Lugar de nacimiento y lugar de residencia	Diagnóstico
1	1911	Vacío	Mestiza	Quito	Sin diagnóstico
2	1911	45	Blanca	Quito	Demencia precoz (periodo terminal)
3	1913	60	Blanca	Latacunga	Sin diagnóstico
4	1913	50	Mestiza	Quito	Sin diagnóstico
5	1919	19	Mestiza	Quito	Manía
6	1914	22	Mestiza	Texto ilegible	Delirio crónico de persecución
7	1915	Vacío	Mestiza	Guaranda	Excitación Maniaca
8	1915	34	Mestiza	Ambato	Epilepsia
9	1915	38	Mestiza	Amaguaña	Epilepsia
10	1916	46	Mestiza	Machala	Epilepsia
11	1917	20	Mestiza	Latacunga	Sin diagnóstico
12	1917	39	Blanca	Texto ilegible	Sin diagnóstico
13	1918	86	Mestiza	Texto ilegible	Sin diagnóstico
14	1918	45	Mestiza	Quito	Epilepsia
15	1918	61	Mestiza	Quito	Excitación Maniaco-Fidelidad mental
16	1918	55	Blanca	Riobamba/Guaranda	Demencia Senil
17	1919	55	Mestiza	Quito	Demencia secundaria
18	1919	56	Blanca	Por revisar	Sin diagnóstico
19	1919	32 (Más o menos)	Blanca	Riobamba	Epilepsia
20	1920	33	Mestiza	Ibarra	Sin diagnóstico
21	1920	39	Mestiza	Ambato	Demencia Precoz-Fase terminal
22	1921	28 (Más o menos)	Blanca	El Milagro	Sin diagnóstico
23	1922	30	Mestiza	Ibarra	Demencia precoz
24	1922	45	Blanca	Vacío	Incomprensible
25	1922	38	Mestiza	Babahoyo	Sin diagnóstico
26	1925	56	Blanca	Residencia Quito	Epilepsia
27	1927	30	Mestiza	Latacunga	Sin diagnóstico
28	1928	61	Mestiza	Quito	Sin diagnóstico
29	Ilegible	Ilegible	Blanca	Texto ilegible	Delirio sistematizado crónico
30	Ilegible	60	Blanca	Texto ilegible	Sin diagnóstico
31	Ilegible	35	Blanca	Texto ilegible	Sin diagnóstico
32	Ilegible	60	Blanca	Texto ilegible	Epilepsia
33	Ilegible	56	Mestiza	Texto ilegible	Demencia precoz
34	Ilegible	38	Mestiza	Texto ilegible	Epilepsia
35	Ilegible	36	Mestiza	Texto ilegible	Melancolía
36	Vacío	50	Mestiza	Quito	Demencia Senil

Fuente: Trabajo investigativo

Tanto en hombres como en mujeres, la epilepsia fue la enfermedad más común, tres en mujeres y ocho en hombres. La psicosis maníaco depresiva presentada en las mujeres se

expresó de tres maneras: Ciclotimia: Fase leve; forma hipomaníaca: Fase grave; Shock Psicosis maníaco depresivo.

De las 34 historias clínicas de mujeres revisadas todas están incompletas. 13 carecen de diagnóstico. 17 pertenecieron a pacientes de raza mestiza y 12 a pacientes de raza blanca. El resto carece de información. Existió una paciente que sufrió de dos enfermedades: Vesania secundaria y senilidad. De las 36 historias clínicas de hombres revisadas, 35 están incompletas y una se encuentra completa. 13 de ellas carecen de diagnóstico. 22 pertenecieron a pacientes de raza mestiza, y 13 a pacientes de raza blanca. El resto carece de información.

La historia clínica completa es del año 1921 y, aparentemente, el paciente era de clase acomodada por la información mostrada en la etiqueta *ocupación*, la misma que dice: Estudiante cuya educación fue a terminar en los EE. UU. El paciente padecía de demencia precoz-fase terminal (28 años). Es la única historia clínica que contiene dos fotografías del paciente.

Figura 3.1. Cuarta página de la historia clínica número 39 de 1921, área de hombres



Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"

En los diagnósticos de las siguientes historias clínicas aparecen las palabras *vesania secundaria*: Del área de hombres, en la número 28 de 1919, y del área de mujeres en una sin fecha de ingreso. Mientras que en una historia clínica sin fecha de ingreso y en cuya etiqueta *número* marca el 21 aparecen las palabras *vesania crónica*. En “Un caso de hermafroditismo” se pudo observar también esta expresión, pero al analizar su significado de un modo detallado, en aquel estudio esa palabra no es un nombre específico de alguna enfermedad, sino un sinónimo de locura en sentido general. En *Introducción a la clínica psiquiátrica* de Kraepelin aquella expresión no aparece ni siquiera como sinónimo de locura, por lo que es posible afirmar que fue un concepto no desarrollado por Kraepelin y si lo fue, al menos en aquel libro no se lo menciona. Es por esa razón que a ese supuesto diagnóstico no se lo incluirá en la clasificación establecida en la presente investigación. Así que no es posible marcar la diferencia entre *vesania secundaria* y *vesania crónica*, porque es válido recordar que la clasificación será a partir de la visión de Kraepelin; además, se debe tomar en consideración que dos de esas historias ni siquiera tienen fecha de ingreso.

Aparte de los diagnósticos de las historias clínicas, como ya se ha estudiado, también aparecieron en los estudios de caso enfermedades como la histeria, el delirio crónico, el delirium tremens y el alcoholismo. El delirium tremens es explicado en el artículo “Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol” de Jenaro Rivadeneira (1895).

3.1 Clasificación de las enfermedades mentales a partir de los artículos, estudios de caso y de los diagnósticos de las historias clínicas

La definición de las enfermedades establecidas en la presente investigación parte de la base de los ejemplos estudiados por Kraepelin en el libro, *Introducción a la clínica psiquiátrica*, y la comparación con las actitudes de la enferma o del enfermo descritas en los exámenes de las historias clínicas de las segundas páginas, de los estudios de caso y de los artículos históricos.

Como se mencionó antes, Kraepelin describe la enfermedad mental dentro de varios estudios de caso; en el argumento se menciona una parte de la historia del enfermo: Qué hacía antes de ingresar a la institución, cuáles fueron las causas de su ingreso, los síntomas de su enfermedad y sus características. En ese panorama aparece el concepto de la observación como punto esencial de los estudios de caso. A continuación, se presentan las definiciones de las enfermedades mentales.

3.1.1 Delirium tremens

El delirium tremens es una confusión mental que se genera por el síndrome de abstinencia del alcohol y que por lo general se mezcla con el estado onírico del individuo (Zaks 2016, 383). En el artículo “Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol” de Jenaro Rivadeneira (1895, 540) se describe con detalle lo mencionado, destacándose los elementos de carácter moral, los traumatismos, los sustos o la cólera. Además, se puede observar ya una especie de periodos y formas de la enfermedad, por lo que se deduce que el delirium tremens ha sido ya estudiado años atrás. De hecho, los análisis de este trastorno del comportamiento, según Rivadeneira, datan de la época de Hipócrates, y así lo confirma Zaks: “Hipócrates distinguía, (...), la *frenitis* (estado de agitación de excitación del cuerpo y de la mente que se conoce ahora con el vocablo *frenesí*)” (2016, 377). En el siglo XIX fue objeto de estudio de Pinel, Esquirol y Baillarger, aunque cada quien usó sus propios términos y conceptos.

Las formas del delirium tremens que describe Rivadeneira son: Aguda, subaguda, febril y convulsiva. Al describir cada una de las formas, se resaltan con detalle los síntomas y efectos que producen. Por último, se explica el pronóstico de la enfermedad y su tratamiento. En el desarrollo del artículo se nombran enfermedades mentales que a inicios del siglo XX fueron estudiadas profundamente como la manía, la melancolía y algunas formas de delirio. De esta manera, la Psiquiatría en Quito adoptó ya, con aquellos estudios, sus primeras clasificaciones de las enfermedades mentales. El delirium tremens se encuentra sistematizado dentro de los trastornos psíquicos de origen alcohólico (Kraepelin 1988, 117) de la clasificación propuesta por el psiquiatra alemán.

3.1.2 Histeria

La histeria que se la trata en “Caso notable de histeria sin ataques” (Troya 1892), y el delirio alucinatorio tratado en “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” (Endara 1926) guardan similitudes a la forma en la que Kraepelin clasifica a las enfermedades mentales en su libro *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Como ya se aclaró, el libro obtiene resultados de la enfermedad mediante el relato de una persona que la sufrió al igual que los estudios de caso hechos en Quito. Lo mismo podría decirse sobre “Un caso de hermafroditismo” (Arteta 1918), aunque este es un tema peculiar por tratarse de una condición de enfermedad mental no vesánica en su totalidad y cuya conciencia de los actos realizados constituye un hecho razonable.

Kraepelin persiste en que el relato se subordina a la observación en el proceso de investigación sobre las enfermedades mentales: “A mi ver, lo que el estudiante debe procurar adquirir en la clínica es la destreza del juicio con la observación, dejando por el momento toda excursión al estudio teórico de los libros de texto” (Kraepelin 1988, 17).

La *histeria* se la aborda en la “Lección XXV” del libro *Introducción a la clínica psiquiátrica* con el nombre de locura histérica. Kraepelin la define como una enfermedad mental en la que confluyen distintos trastornos producidos con sensaciones intensas, destacándose el insomnio, los ataques y los choques emocionales violentos. Estos eventos transcurren sin causa alguna o por un motivo fútil a la condición de la excitación emocional. Además, a las reacciones de carácter mental se suman en varios casos, dolores del cuerpo, como estomacales y de la cabeza (Kraepelin 1988, 261-262).

3.1.3 Epilepsia

La epilepsia fue la enfermedad más común de la época, se encuentra sistematizada dentro de la “Lección VI” como *locura epiléptica*¹⁵ (Kraepelin 1988, 67) y en la “Lección XXIV” como *debilidad epiléptica* (Kraepelin 1988, 249). En las historias clínicas no se especifican las clases de esta enfermedad, así que se intentará realizar una definición general. En el estudio de caso de la “Lección VI”, Kraepelin explica la vida de un hombre corpulento que tuvo cualidades de una persona razonable.

No obstante, la normalidad en su rostro cambió al momento en el que aparecieron síncope en su comportamiento, después de los cuales se generaron delirios, confusiones y, sobre todo, una depresión profunda; esto a causa de una fiebre tifoidea grave que duró nueve semanas. Por la misma razón, según el psiquiatra alemán, la epilepsia es la repetición regular de síncope y ataques, seguidos posteriormente de la depresión que dura por muchos días, y en los siguientes a éstos se produce una pérdida de memoria (Kraepelin 1988, 69). Además, los trastornos epilépticos se relacionan con disfunciones de tipo cerebral congénitas, pudiendo ser adquiridas desde la infancia, por golpes en la cabeza o por enfermedades graves, como la fiebre tifoidea que sufrió el individuo del estudio de caso planteado con anterioridad que, al

¹⁵ A partir de esta lección resaltada, el resto de expresiones que lleven estas palabras pertenecen a las lecciones y nombres de las enfermedades que se encuentran sistematizadas dentro del libro *Introducción a la clínica psiquiátrica de Emil Kraepelin*.

igual que muchos enfermos del Manicomio de Quito, fue un paciente crónico internado ya por nueve años.

3.1.4 Manía

La manía fue una enfermedad mental derivada de la excitación maníaca no muy común, porque apenas se visibilizó un caso en el área de hombres. De acuerdo a las cualidades proporcionadas por el estudio de caso de Kraepelin en el apartado *Excitación maníaca*, correspondiente a la “Lección VII”, la manía es una enfermedad que consiste en la exaltación de la personalidad del individuo y un nivel de comportamiento alterado que genera incongruencias en su pensamiento y en su lenguaje; en el estudio de caso de Kraepelin se describe:

Su contextura mental es de alegría incontinida; bromea de todo; hace chanzonetas del prójimo y de sí mismo; remeda a conocidos personajes y ríe de sus propias travesuras, a las cuales encuentra siempre explicación (Kraepelin 1988, 78).

El comportamiento de este individuo fue contrario al depresivo, pues las alteraciones y exaltaciones de incontenible felicidad y permanente actividad contrastan drásticamente con las de la tristeza profunda, la desesperanza y las ansias de muerte. El mismo Kraepelin desarrolló estudios sobre una enfermedad que es la unión común de la manía y la depresión, y que también es parte de los diagnósticos de las historias clínicas, la psicosis maníaco-depresiva.

Aunque cuando la manía alcanza sus extremos, “no solo es una verdadera inversión de los estados de depresión, sino que además viene a constituir una fase de la locura maníaco depresiva” (Kraepelin 1988, 79). Por tal razón, en la segunda página, *Examen del enfermo*, de la historia clínica número 11 de 1913, sección locos, la información que aparece coincide con las características de la enfermedad descrita: El enfermo fue orgulloso, se negó en ocasiones a hablar y cuando lo hizo pronunció frases incongruentes y alteradas, tuvo delirios de grandeza y una inteligencia mecánica, e incluso reacciona violentamente en ocasiones.

3.1.5 Excitación maníaco-felicidad mental

La excitación maníaca, en sentido general, fue la alteración de la personalidad del ser humano con efectos de exaltación, un alto nivel de afectividad y energía, delirios de grandeza,

imaginaciones, y en los casos más graves, hasta alucinaciones. Además, en ese estado se pudieron producir “la inestable condición del curso de su pensamiento, el humor mudable y exaltado, la inquietud motora y, en especial, su pasión por hablar” (Kraepelin 1988, 84). La excitación maníaca al unirse con las dos palabras siguientes, *felicidad mental*, constituyó una de las más extrañas de los diagnósticos. Kraepelin relaciona a esta variante con el cambio de humor ocasionado por la manía y, al igual que ésta, tan solo existió un caso en el área de hombres.

La historia clínica número 22 de 1919 contiene en la página, *examen del enfermo*, algunas de las características descritas anteriormente; su comportamiento terco al hablar, sus reacciones indiferentes y cambios de humor que en ocasiones produjo melancolía. Aunque no tuvo estados delirantes ni ilusiones, tampoco alucinaciones. Además, su comportamiento fue razonable, excepto en los momentos en las que su orgullo surgió y la exaltación maníaca apareció. La diferencia entre esta historia clínica y el estudio de caso de Kraepelin radica en el uso de fármacos y la aplicación de terapéuticas, porque “he pioneered in the field of psychopharmacological research, which was uncommon in his days” (Eber y Jürgen 2010, 119). En el paciente del psiquiatra alemán se administraron en los síntomas iniciales de excitación “12 gramos de bromuro sódico el primer día y 15 los siguientes durante un año”(Kraepelin 1988, 85); de esta manera el ataque se desplegó más rápido en contraste a los primeros y con mayor suavidad, así se pudo pensar que el siguiente demore en producirse. En el paciente de la historia clínica de 1919 del Manicomio de Quito, no se aplicó ningún medicamento, ni se ejecutó terapia alguna. Hay que recordar pues, que la influencia religiosa en aquellos años por medio de las Hermanas de la Caridad todavía era crucial, y la científicidad de la Psiquiatría apenas empezaba a consolidarse.

3.1.6 Demencia senil

La *demencia senil* fue abordada en la “Lección XXIII” del libro *Introducción a la clínica psiquiátrica*, y se desarrolló en la época de la vejez del ser humano; Kraepelin dijo:

La confusión sobre tiempo y ambiente, asociada á la persistencia de la comprensión y de la actividad mental; las extravagantes ilusiones asociadas á la existencia de cierta sensación de enfermedad; la carencia de entendimiento de su situación general y su buen humor completamente vacuo; pero sobre todo, el profundo trastorno de atención á las impresiones presentes, y la muy extensa pérdida de la memoria, de la cual se han conservado las

impresiones más antiguas, completan el cuadro de la exageración morbosa de la sensibilidad, la cual es conocida con el nombre de *demencia senil* (Kraepelin 1988, 240).

De acuerdo al ejemplo del estudio de caso de Kraepelin, el concepto y el síntoma nuclear de la enfermedad fue la pérdida de la memoria, mientras que el resto de síntomas fueron causa de éste o fueron complementarios. Existen dos historias clínicas con el diagnóstico de esta enfermedad en el área de locos; una de 1919 y otra cuyo año es ilegible. Habría sido interesante realizar una comparación y establecer un análisis de los síntomas de las historias con el estudio de caso de Kraepelin, pero, por la ausencia de información en ambos documentos, fue imposible hacerlo. Por lo tanto, los dos pacientes llegaron al manicomio por cuenta propia o fueron olvidados por sus familias, pues hay que recordar una vez más el planteamiento de Landázuri (2008), aquellas historias vacías pertenecieron a este tipo de enfermos y enfermas. Además, la característica principal de la enfermedad, la pérdida de la memoria, fundamenta lo dicho.

3.1.7 Demencia precoz

La demencia precoz en los archivos revisados aparece en sentido general en una historia clínica de mujeres y de dos hombres; las tres no tienen fecha de ingreso. Además, se presenta una variante de esta enfermedad en los diagnósticos de dos historias del área de hombres, la *demencia precoz fase terminal o periodo terminal*. En la clasificación de Kraepelin la primera es desarrollada en la “Lección III”, mientras que la segunda, en la XXI.

La demencia precoz fue una enfermedad que distorsionaba la memoria del individuo, generaba abatimiento en su vida, y lo consumía en un mundo triste y fuera de la realidad. Quizá por lo último, a simple vista, al observar el rostro y el estado físico y de ánimo de la enferma o del enfermo, se tiende a confundir a la demencia precoz con los estados de depresión. Además, existen otras características importantes como la incapacidad de realizar labores mentales, la figura de una risa vacía y cándida sin constituir un reflejo del humor o la felicidad correspondiente, gesticulaciones y finos sacudimientos musculares (Kraepelin 1988, 43-44). Es decir, entre los estados depresivos y la demencia precoz existe una diferencia que las separaba en un amplio rango; aunque, al menos por la apariencia del estado de los rasgos físicos del individuo pudieron ser confundibles y, por ello, fue necesario observar su comportamiento desde distintas perspectivas.

La estabilidad del diálogo de quienes sufrieron esta enfermedad fue distorsionada, por lo mismo, las etiquetas que se encuentran dentro del interrogatorio de una de las historias clínicas con este diagnóstico son negativas. Es decir, en este caso, el enfermo no sostuvo una conversación seguida, no respondió preguntas bajo presión emotiva, fue incapaz de responder preguntas y habló por su cuenta.

La demencia precoz *fase terminal, periodo terminal* o *estado final* como la llamaba Kraepelin, se expresó de múltiples formas (1988, 217), pero para poder determinarla como tal, se debió tener características esenciales que la definían; éstas fueron “las ilusiones táctiles y auditivas é ilusiones con ellas relacionadas, de las cuales se distingue sólo en grado” (Kraepelin 1988, 221). Es decir, la demencia precoz en su estado final fue una de las variantes psiquiátricas más graves en la historia de las enfermedades mentales. Esto se lo puede confirmar en el extracto del estudio de caso perteneciente a este estado:

Gradualmente le sobrevinieron claras alucinaciones auditivas y del tacto; burlábanse de ella su marido y cuantos la veían en la calle; había máquinas infernales en la cama y en la silla, así como en el hornillo, desde donde alguien le enviaba rayos sueltos. En su cuerpo y en los ladridos de los perros resonaban siniestras voces que no la dejaban descansar ni dormir noche y día, amenazándola con matarla de hambre (Kraepelin 1988, 220).

Otro de los aspectos esenciales del periodo terminal de la demencia precoz fue la intermitencia de la opinión de la enferma frente a su dolencia. Es decir, en ocasiones la enferma estuvo consciente de su enfermedad, y en otras afirmaba que su estado de salud era sano y no necesitaba de ayuda psiquiátrica, peor todavía de ingresarla a un hospital.

Las historias clínicas del Manicomio de Quito que presentan este diagnóstico describen a los enfermos en un estado de gravedad absoluta; por ejemplo, en las historias clínicas número 8 de 1911 y en la número 39 de 1921 se describe el comportamiento de los enfermos dentro de un estado plenamente grave. En una de ellas, en la etiqueta *Reacciones del enfermo; afectuosidad* de la segunda página, se puede leer: “Sentimientos no tiene, pasiones y emociones tampoco. Carácter completamente pasivo” (Endara 1911); mientras que en la etiqueta *Inteligencia global* de la misma historia aparecen las palabras “casi desaparecidos” (Endara 1911). Aspectos similares ocurren en la historia número 39 de 1921. Como dato interesante, vale la pena mencionar que, quienes sufrieron de la demencia precoz en su estado

terminal fueron personas cultas, con un grado de educación universitario. El paciente de la historia de 1911 fue un estudiante de teología y el otro, aunque no se especifica su especialidad, se sabe que fue a terminar sus estudios en Estados Unidos.

3.1.8 Delirio crónico de persecución y delirio sistematizado

En el estudio de caso realizado por Kraepelin en este apartado aparece un dato importante para quienes se interesan por los estudios de la Psiquiatría en Quito. Aunque no se relacione directamente con el aspecto científico y su desarrollo, más bien constituye una anécdota que, por azares de la vida, se pudo encontrar en el libro del psiquiatra alemán. Es fascinante saber que dentro de uno de los más célebres libros de la Psiquiatría, como lo es *Introducción a la clínica psiquiátrica*, se haya tomado como objeto de estudio a un sujeto que vivió por algún tiempo en Quito:

Hállase algo cohibido en un principio, viendo que va á ser interrogado ante gente joven; pero no tarda en entrar franca y decididamente en la conservación entablada. Nos dice que en su juventud fué á América, donde después de mil vicisitudes llegó a establecerse en Quito, logrando labrarse como comerciante una modesta fortuna. Con ella volvió á su país hace veintiún años, no sin perder sumas considerables en la liquidación de los negocios (Kraepelin 1988, 157-158).

Además, el sujeto declaró con ilusiones y alucinaciones que intentó realizar diversos proyectos junto a un Ministro alemán cuyo nombre, ni función, son citados, como la elaboración de trámites para apoderarse de varias tierras; entre ellas, nombra algunas tierras del Archipiélago de Galápagos, las cuales deseó donar al Estado de Ecuador (Kraepelin 1988, 158). Claro está, que lo último fue el resultado de los diversos planes ilusorios y frustrados del individuo a causa de su delirio de persecución que venía arrastrando desde hace algunos años.

El delirio de persecución de este sujeto se reflejó en una mujer imaginaria que, según él, fue hija del cónsul inglés en Quito, a quien la denominó con el sobrenombre de *La Bulldog*. De acuerdo a sus declaraciones, esta mujer lo perseguía desde hace dos décadas aproximadamente con proyectos de matrimonio. Incluso, lo siguió hasta Alemania y con su capacidad de disfrazarse de hombre no lo dejaba en paz. A ella culpó de sus planes frustrados y de sus temores constantes.

Los delirios se encuentran en la “Lección XV” titulada *paranoia* de *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Existen dos historias clínicas del Manicomio de Quito con este diagnóstico; la primera es la número 18 de 1916 y la otra, es la número 20 del mismo año de la sección de locos. Además del estudio de caso de Julio Endara “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide”. Las características del delirio de persecución fueron: Exagerada apreciación personal del paciente, ideas de persecución e ilusión. Además, los enfermos tendían a contradecir argumentaciones razonables y formaban un concepto ilusorio del mundo (Kraepelin 1988, 159-160). De esta manera, el temor que se presentaba en estas personas era relevante frente a los hechos ocurridos en la realidad.

3.1.9 Psicosis maníaco-depresiva

Como anteriormente se mencionó, en las mujeres la psicosis maníaco-depresiva se presenta de tres maneras:

Ciclotimia: Fase leve.

Forma hipomaníaca: Fase grave.

Shock Psicosis maníaco depresivo.

En los hombres no existieron variantes de la misma y apenas se encontró un caso. Este trastorno es tratado en *Introducción a la clínica psiquiátrica* en la “Lección II”, titulada *Estados depresivos circulares* y en la “Lección VIII”, titulada *Estados maníaco-depresivos* con algunas variantes. La historia clínica número 29 de 1916 es la más completa de todas.

En sus estudios de origen, la psicosis maníaco-depresiva fue desarrollada por el psiquiatra francés Jean Pierre Falret con el nombre de locura circular (Belucci s.f., 3), y por ello, Kraepelin creó la concepción de la “Lección II”, *Estados depresivos circulares*. La psicosis maníaco-depresiva fue una alteración de la personalidad del individuo que ocasionaba cambios extremos en su comportamiento, pasando de la euforia a la tristeza profunda; además “esta enfermedad se desarrolla en una serie de ataques aislados, no uniformes, sino manifiestos ya en estados del género de depresión descrito, ó de excitación” (Kraepelin 1988, 32-33). Al ser una enfermedad que se producía por espacios intermitentes y saltos de tiempo “los ataques aislados preséntanse, generalmente distanciados por intervalos libres más o menos largos” (Kraepelin 1988, 33). No obstante, el estado de euforia o maníaco fue el que perduraba más. Es importante citar las palabras de la historia clínica número 29 de 1916:

durante los períodos de agitación se observa en el lecho y en la habitación en general un gran desorden de la enferma, caprichosamente, en los estados de depresión, al contrario, hay cuidado, meticulosidad en los periodos de agitación, lo que llama la atención en el desorden, no hay saciedad (Calderón 1916).

La cita fue tomada de la etiqueta *En el lecho* de la historia clínica mencionada. Se observa claramente los dos estados o periodos como lo llamaba Calderón (1916), de la psicosis maníaco-depresiva. A simple vista, se diría que esta enfermedad provocaba en el individuo doble personalidad, pero Kraepelin manifestó que es un compuesto propio y que no se lo puede segregar. Es decir, fue un solo elemento que provocaba estas características y que no necesariamente originaba actitudes distintas en el individuo, a no ser por los cambios de estado de ánimo producidos, aparentemente, sin razón alguna.

3.1.10 Melancolía

Dentro del modelo historiográfico conceptual de la Psiquiatría con relación al análisis de las palabras, la palabra *melancolía* es una de las que más ha cambiado de significado y ha mantenido su significante (Huarcaya 218, 49). Hipócrates, a partir de la teoría humoral compuesta por cuatro elementos líquidos o humores, flema (agua), bilis amarilla (fuego), bilis negra (tierra) y sangre (aire), definió a la melancolía como un estado de ánimo o temperamento suspenso entre el miedo y la tristeza. De ahí su significado etimológico (del griego: *melas*, negro y *colhe*, bilis; melancolía, bilis negra). Este significado metafórico tomó forma más tarde en un proceso de sufrimiento a partir de la experiencia del mundo vivido (Ahedo 2010, 10-11). A pesar de que Kraepelin ya nombró a la depresión como una actitud de tristeza humana, la melancolía era la enfermedad mental que se acercaba más a la tristeza profunda y constante.

La expresión poética del modernismo ecuatoriano

La melancolía a inicios del siglo XX aún mantenía el significado que en el Siglo de Oro español o Edad Dorada de España se la concedió; en esa etapa de Artes y Letras sobresaliente “se redescubrió la melancolía; una gran transformación que la engarzaba con el arte, la poesía, la medicina y la religión” (Ahedo 2010, 11). No es en vano que se nombra esto en la presente investigación, pues aparte de encontrar diagnósticos de melancolía en tres historias clínicas del Manicomio de Quito, existió su expresión en la poesía modernista ecuatoriana, en especial

con los poetas de la Generación Decapitada: Arturo Borja, Medardo Ángel Silva, Humberto Fierro y Ernesto Noboa y Caamaño.

El modernismo ecuatoriano apareció en Guayaquil en el año de 1896 con la fundación de la revista *América Modernista*, y en Quito en 1906 con la publicación de la revista *Altos Relieves* (Calarota 2015, 34). Al hablar de Psiquiatría, se puede relacionar al modernismo con la melancolía expresada en la actitud suicida de los poetas de la Generación Decapitada. El modernismo ecuatoriano no fue una imitación, sino una innovación y una apropiación de la cultura, el pasado y la estética (Espinosa 2012, 68). Por eso, en la poesía modernista ecuatoriana se vislumbran diferentes usos de símbolos que los poetas usan para su creación literaria como las estrofas del poema <<Emoción Vespéral>> de Ernesto Noboa y Caamaño, presentadas a continuación:

Hay tardes en las que uno desearía
embarcarse y partir sin rumbo cierto,
y, silenciosamente, de algún puerto,
irse alejando mientras muere el día;

Emprender una larga travesía
y perderse después en un desierto
y misterioso mar, no descubierto
por ningún navegante todavía (Noboa s.f.).

Uno de los movimientos literarios del siglo XIX que influyó en gran medida en la poesía modernista ecuatoriana fue precisamente el simbolismo francés, cuya máxima expresión poética encontró salida en *los poetas malditos*. El simbolismo fue un movimiento que buscaba vestir la idea de la sensibilidad, en su poética tenía cualidades metafísicas y elementos relativos al misterio y al misticismo; de este modo, se constituyó en el lado oscuro del Romanticismo (De Uriarte s.f., 2). Esa conjugación de imágenes y símbolos hacía que la lírica tome otros tintes y le diera una estética que rompió con el realismo del que tanto se cansaron los jóvenes escritores. En las estrofas presentadas anteriormente existen dos elementos que justifican su presencia en esta investigación. Por un lado, la presencia del sentido melancólico que más tarde le conduciría al poeta al suicidio y la similitud que guarda con la metáfora de la

Nave de los locos del alsaciano Sebastian Brant (1457-1521) y cuya imagen literaria la menciona Foucault en su libro *Historia de la locura en la época clásica*.

A pesar de que este trabajo no tiene como fin principal la inclusión de análisis literarios, en este pequeño punto habrá un análisis breve con el objetivo de relacionar a la melancolía con la poesía modernista. Sin embargo, esto no quiere decir que la idea sea limitar al movimiento modernista ecuatoriano a una enfermedad, sino más bien, encontrar los puntos de sensibilidad del poeta y su expresión de melancolía en su escritura como lo ha planteado Barreto (s.f., 26), al manifestar que la Generación Decapitada consolidó su escritura enfocada en su forma de concebir el mundo. Una visión oscura que valoraba el suicidio como una forma de escape de la dura realidad que, supuestamente, les tocó vivir. Por eso, la melancolía cumple un papel muy importante en los versos de las dos estrofas arriba copiadas, pues al embarcarse y partir sin rumbo cierto, que es prácticamente uno de los detalles de la *Nave de los locos*, se aprecia la sensibilidad nostálgica del ser humano al alejarse del lugar terrenal. Mientras que en la segunda estrofa se aprecia el deseo de suicidio del poeta, al mencionar que desea viajar a un mar que aún no se ha descubierto por ninguna persona del mundo, es decir, la muerte; de esta manera aparece la cualidad de misterio del modernismo ecuatoriano.

Los cuatro poetas de la Generación Decapitada encajados en el modernismo ecuatoriano fueron Arturo Borja, Ernesto Noboa y Caamaño, Humberto Fierro y Medardo Ángel Silva, los cuatro se suicidaron y, por esta razón, el escritor Raúl Andrade los nombró la Generación Decapitada. El suicidio era el punto final de la melancolía y por ello, no es absurdo pensar que estos poetas sufrían de esta enfermedad; de hecho, lo expresaron en su poesía misma:

Yo fui bueno contigo como una flor. Un día
del jardín en que solo soñaba me arrancaste;
te di todo el perfume de mi melancolía,
y como quien no hiciera ningún mal me dejaste... (Borja s.f.).

Melancolía, madre mía,
en tu regazo he de dormir,
y he de cantar, melancolía,
el dulce orgullo de sufrir (Borja s.f.).

La primera estrofa pertenece al poema *Para mí tu recuerdo* de Arturo Borja (1892-1912), y la segunda al poema *Melancolía, madre mía* del mismo autor. En las dos estrofas se observa con claridad la forma en que el poeta siente angustia ante la vida a causa de un apego enfermo a la melancolía, pues claramente se aprecia que en la segunda estrofa incluso la personifica y siente apegos afectivos ante ésta. Ese tipo de expresiones no solo existieron en Arturo Borja, sino en los demás integrantes de la Generación Decapitada. En la Figura 3.2.¹⁶ se aprecia a los poetas del modernismo, de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha: Arturo Borja, Humberto Fierro, Ernesto Noboa y Caamaño y Medardo Ángel Silva.

Figura 3.2. Poetas de la Generación Decapitada



Kraepelin definió a la melancolía como una enfermedad mental en la cual se apreciaba una marcha gradual de la depresión temerosa, asociada con ilusiones y sentimientos de culpabilidad hacia uno mismo. Todo esto relacionado a emociones religiosas, temores de caer en la indigencia y, por supuesto, ansias de muerte (Kraepelin 1988, 25). Por lo tanto, la melancolía fue una enfermedad muy grave que engendraba en el individuo un estado de tristeza y soledad absolutas.

La historia clínica número 18 de 1912 del área de mujeres presenta este diagnóstico; los síntomas de la paciente guardaban parentesco con las características sentimentales y de tristeza descritas con anterioridad, porque se afirmaba que sus capacidades de razonar y procesar ideas estaban deprimidas, su noción de tiempo y espacio algo alterado y su atención

¹⁶ Modernismo ecuatoriano. *Representantes de la Generación Decapitada*. 28 de septiembre de 2021. <https://modernismogeneraciondecapitada.blogspot.com/2019/01/generalidades-y-caracteristicas-de-la.html>.

disminuida (Calderón 1912). Aspectos similares deberían ocurrir en las otras dos historias clínicas que, por motivos de falta de información tanto de fecha de ingreso, como de número y descripciones del comportamiento, no se las puede citar.

3.1.11 Hermafroditismo y estados congénitos

Arteta (1918, 300) en “Un caso de hermafroditismo” describe el comportamiento de un hermafrodita carchense, a quien llamó N. N. mismo que es apresado por el hecho de mostrar sus rasgos femeninos ante la sociedad. Se realizó un análisis breve de familiares que sufrieron de degeneraciones análogas, y se encontró que uno de sus hermanos fue homosexual (Arteta 1918, 302). Los hábitos y la manera de vivir de este individuo atrajo la atención de la policía, y se procedió a apresarlo; en palabras de Arteta: “Es apresado y se le somete a un examen médico-legal, y juzgándolo como criminal, es condenado a reclusión en la Penitenciaría, en donde he tenido la oportunidad de conocerlo y estudiarlo” (1918, 303). El hermafroditismo y la homosexualidad eran condenados en aquella época y, en este estudio de caso, el hermafrodita se convierte en objeto de investigación.

Para estudiarlo, Arteta dividió su artículo en tres caracteres: Físicos, fisiológicos y psíquicos. En cada uno de ellos realizó descripciones minuciosas de acuerdo a los elementos que contienen; por ejemplo, en lo relacionado a los físicos, se habla sobre las medidas del cuerpo del individuo, en los fisiológicos, acerca de sus signos vitales y, en los psíquicos, de la medida de su comportamiento, su inteligencia y las cualidades de su personalidad como un pseudo homosexual. Además, se rescatan las súplicas de respuestas del individuo frente al lugar de su encierro y de la causa de su criminalidad, siendo la única, la concepción moral de la época.

Hermafroditismo o hermafroditismo (como lo llama Arteta) es un concepto que apareció en la Edad Antigua con la civilización griega y se desarrolló hasta el siglo XIX, aunque su uso no termina ahí, como se puede observar en el título y el contenido mismo del artículo: “Un caso de hermafroditismo” (1918). Con el devenir del tiempo se constituyó en un término cuyo significado se distorsionó e incluso se convirtió en una palabra que injuria a las personas intersexuales (Agudelo, Cárdenas y Cuervo 2015, 102). Si bien es cierto que el intersexualismo surgió como concepto en el siglo XIX, el estilo y las descripciones que usa Arteta en su estudio se relacionan con la concepción de que un hermafrodita es un ser con doble sexo. De este modo, el contenido se enmarca en una especie de relato de ambigüedad sexual, en el que el investigador (médico) forma parte del mismo como interrogador.

Arteta usa dos elementos principales en el desarrollo de su trabajo: La criminalidad y la locura. En aquella época, el hermafroditismo era una condición amoral que no debía presentarse en la sociedad, por ello, al hermafrodita se lo debía excluir, encerrarle en un espacio en el que nadie pueda ser influido por éste: La cárcel o el manicomio.

Así, la condición del hermafrodita se refleja en los dos espacios; en el primero es un delincuente y, en el segundo, un loco. Al tomar en consideración que el homosexualismo o pseudo homosexualismo estuvo considerado un delito y a la vez una distorsión de la mente humana (en el caso del hermafrodita, también de su cuerpo), confluyen los conceptos de criminalidad y locura en un mismo individuo; en este caso, N.N. entraría en el grupo de los degenerados con perversiones distintivas o locura moral (Pérez 1928, 108), y en la clasificación de Kraepelin en la “Lección XXVIII” *Estados congénitos* de su libro *Introducción a la clínica psiquiátrica* (1988, 289). Además, el estudio de Arteta tiene profundas bases psíquicas y define únicamente el físico de N. N. con el fin de mostrar al lector la razón de su comportamiento afeminado, además de mencionar los gustos de la vestimenta de mujer que usa como uno de sus reflejos de la razón de la huida de su provincia natal.

La criminalidad y la locura llevaron al interés del psiquiatra para tomarlo como objeto de estudio, y analizarlo mediante la aplicación de interrogatorios. Por la influencia del planteamiento de Kraepelin, la visión de la observación en contra del relato y el diálogo es muy importante, puesto que Arteta manifiesta en su artículo:

No siendo este tipo un verdadero enajenado, su mímica no puede ser, por lo tanto, un “espejo fiel de su psiquismo”; y como se inquieta y preocupa mucho de los que le rodean, es difícil abordar el examen psíquico, resueltamente; siendo aquí de practicarlo en forma mixta; la observación objetiva como en un vesánico, y la experimentación cual si se tratase de una ontogénesis normal (Arteta 1918, 305).

Aunque se aprecie la importancia que el diálogo y el relato tienen en “Un caso de hermafroditismo”, la observación se interpone y genera presión en el tratamiento del médico sobre el enfermo con el fin de determinar sus síntomas.

Existen tres factores que distorsionan la imagen de N. N. y lo conducen a la discriminación por parte de la sociedad: La condición corporal y psicológica, el espacio y la exclusión. Todos estos elementos están articulados y forman un triángulo de causa y efecto que, lamentablemente, encierran al individuo en un lugar indigno y de valor muy bajo, aunque se intente justificar el contexto de la época, su estructura social, la visión de la sociedad y el sistema judicial.

La condición corporal del individuo, según Arteta, es natural e irremplazable. Es decir, el cuerpo del hermafrodita nació y se desarrolló de esa forma, por lo que es imposible cambiarlo; mientras que el desarrollo de la condición de su personalidad (psicológica) puede detenerse e incluso cambiarse. El cuerpo del hermafrodita conservaba los dos sexos y para tener mayor libertad y huir de los prejuicios de su pueblo, escapó de su provincia para viajar a un lugar cercano a la ciudad de Quito. Allí, decidió adoptar la vida de una mujer al cambiar su forma de vestir. La condición de su personalidad, es decir, adoptar gustos y comportamientos femeninos como “pseudo homosexual”, generó en el pensamiento de la policía, el sistema jurídico y la sociedad en general, una visión amoral y corrupta.

Esas dos condiciones del hermafrodita hicieron que se desplegaran dos espacios que, aparentemente, servirían para detener el daño que él pudo ocasionar a la sociedad. Como ya se explicó, el primero es la cárcel y el segundo, el manicomio. En las primeras décadas del siglo XX, el manicomio constituía un centro de restauración o estabilización de la mente del individuo, por lo que Arteta recomendó en su estudio enviar a N.N. a ese lugar: “Y en el caso presente, se deduce con claridad del estudio psíquico-físico que vengo haciendo, que N.N. (...) no es un criminal, sino un degenerado irresponsable de aquellos actos por los que ha sido penado” (Arteta 1918, 308). Sin embargo, se lo trasladó a la cárcel por sus hábitos amorales y su manera de vivir. Por ello, como se explicó ya, recaen en un mismo individuo dos hechos: la criminalidad y la locura. Además, se aprecia claramente las dos concepciones contradictorias, la opinión del médico y la decisión judicial: Ciencia-ley. En donde la ley está por sobre el conocimiento científico y obedece a los intereses del Estado.

En el siglo XX, el concepto sexo era el impuesto por la sociedad y todo lo que difería o no encajara con éste era excluido como precisamente pasó con N.N. Al ser un caso especial y al pertenecer a un grupo minoritario no valorado por la sociedad, el hermafrodita perdió las opciones de elegir un espacio, ni siquiera entre los dos que le pudieron corresponder (cárcel o

manicomio), pues el peso de la ley fue mayor al del conocimiento del médico. La exclusión se refleja en la siguiente cita del artículo:

este individuo, que fue encarcelado y castigado como un criminal común, sería del caso encerrarlo en una sección especial de psicópatas judiciales del Mancomio, que debiera existir, no para sujetarle a tratamiento terapéutico alguno, pues que su transformación es imposible, sino más bien con el objeto de establecer una profilaxia social. Sí, él no es un verdadero criminal, pero conviértese en un motivo de atentados contra la moral (Arteta 1918, 308).

Además, la propuesta del traslado de la cárcel al manicomio por parte del médico se relaciona ya con el punto psiquiátrico que se deseó tratar: El hermafroditismo es una degeneración mental y es el reflejo de su comportamiento lo que podría constituirse como un crimen. Es decir, el peligro amoral de corromper a la sociedad, en especial a la juventud.

Los Estados congénitos clasificados en la “Lección XXVIII” del libro *Introducción a la clínica psiquiátrica*, son definidos como anomalías e impulsos sexuales que se presentan muy pronto en personas degeneradas, entre ellos, homosexuales y hermafroditas (Kraepelin 1988, 293). Estas degeneraciones “conducen al onanismo, y que tal comienzo, toman las más extraordinarias direcciones, determinando su curso las diferencias de contacto con la realidad, por lo que unas veces se orientan hacia personas del mismo sexo y otras hacia niños” (Kraepelin 1988, 293). El caso del hermafrodita de Carlos Alberto Arteta se lo puede entender dentro de este apartado del libro del psiquiatra alemán.

La tabla 3.3. muestra la clasificación de las enfermedades mentales en Quito en las tres primeras décadas del siglo XX, estructurada a partir del modelo del libro *Introducción a la clínica psiquiátrica* de Emil Kraepelin.

Tabla 3.3. Cuadro de comparación entre los diagnósticos de las historias clínicas y los estudios de caso y la tipología de Emil Kraepelin

Diagnóstico identificado en las historias clínicas del Manicomio de Quito	Nombres de estudios de caso y número de las historias clínicas en donde se encontró la enfermedad	Grupo identificado por Kraepelin	Lección del libro <i>Introducción a la clínica psiquiátrica</i>
Histeria	Caso notable de histeria sin ataques	Locura histérica	XXV
Delirium tremens	Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol	Trastornos psíquicos de origen alcohólico	XI
Delirio alucinatorio crónico	Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide	Paranoia	XV
Epilepsia	HC ¹⁷ N° 10 de 1914 Área de hombres	Locura epiléptica Debilidad epiléptica	VI XXIV
Manía	HC N° 11 de 193 Área hombres	Excitación maníaca	VII
Excitación maníaco-felicidad mental	HC N° 22 1919 Área hombres	Excitación maníaca	VII
Demencia senil	HC Sin número 1919	Demencia senil	XXIII
Demencia precoz	HC N° 39 de 1921 área hombres	Demencia precoz	III
Delirio crónico de persecución y delirio sistematizado	HC N° 18-20 de 1916 Área de hombres	Paranoia	XV
Psicosis maníaco-depresiva	N° 29 de 1916 Área mujeres	Estados depresivos circulares Estados maníaco-depresivos	II VIII
Melancolía	HC N° 18 de 1912 Área de mujeres	Melancolía	I
Homosexualismo	Un caso de Hermafroditismo	Estados congénitos	XXVIII

Fuente: Trabajo investigativo

¹⁷ Historia clínica

Capítulo 4. El poder de la observación

Cualesquiera sean los avatares de la investigación etiológica, que el grupo de las esquizofrenias y el de las psicosis afectiva han de considerarse distintos es fruto de la paciente, meticulosa, reiterada observación de aquellos asilados sobre los cuales no se podía hacer nada que modificase el curso natural de la enfermedad, y a los cuales se les observó constante e insistentemente, entre otros muchos, pero con especial acierto, por Kraepelin (Castilla 1988, 11-12).

En el presente capítulo se aborda el tema de la observación como técnica de evaluación y experimentación de las enfermedades mentales, apoyándose en varios ejemplos de los contenidos de las historias clínicas y tres estudios de caso escritos por médicos ecuatorianos de la época.

Se describe la estructura de la historia clínica y se brinda mayor importancia a la información expuesta dentro de la segunda página llamada *Examen del enfermo*. El análisis de la historia parte de esta sección porque contiene precisamente descripciones hechas por los médicos a partir de un proceso de observación minucioso, en algunos casos y, en otros, superficial. Es decir, los interrogatorios presentados en la segunda página, *Examen del enfermo*, no figuran como un diálogo psicoanalítico, únicamente sirven para obtener información específica y escueta del paciente, en donde intervienen su opinión y su punto de vista, por lo tanto, las relaciones de su comportamiento se ven afectadas por una posible simulación de su estado de ánimo. Por lo mismo, la observación tiene mayor importancia que el interrogatorio realizada en la segunda página *Examen del enfermo* de las historias clínicas del Manicomio de Quito.

La observación constituye uno de los aspectos más importantes durante el desarrollo del proceso médico. Es un elemento básico para la redacción de algunas etiquetas de las historias clínicas. El médico observa cada uno de los elementos de la evolución de la enfermedad y escribe en el papel sus resultados. La paciente o el paciente desconocen toda la información, excepto los datos de la anamnesis, y para poder conocerlos se necesitan realizar trámites para la obtención de la historia, aunque este proceso es un tanto inusual y raro en los hospitales. Muchas personas desconocen de este trámite y quienes saben de él prefieren mantenerlo guardado en las páginas de la mirada oculta del médico, de las hojas sometidas a los brazos implacables del tiempo y que se guardan en los archivos lúgubres y solitarios, hasta que quizás, al pasar varios años, una persona interesada en devolver vida a la época en la que se

guardaron por medio de los estudios de la Historia, las reconstruya, las revista y las muestre a los ojos de los demás. La mirada oculta es la información redactada en las historias, aquella que el médico sistematiza en el proceso de evolución de la enfermedad; una mirada que se esconde en los archivos de un hospital y que es producto de varios factores como la relación médico-paciente, el saber médico, el orden disciplinario y el poder de la observación. Cuando se acude a los archivos y se miran las historias clínicas se ilumina esa mirada oculta y se encuentran los datos íntimos que relacionaron al paciente con el médico. El poder de la observación se genera a partir de la obtención de datos sin necesidad de diálogo. Observar no es dialogar, es mirar con atención y detenimiento cada detalle del comportamiento humano, tocar el cuerpo de los individuos y determinar sus reacciones, oler sus perfumes y su vestimenta. El médico psiquiatra de inicios del siglo XX no dialogaba, solo observaba, no practicaba el psicoanálisis, sino la conflictiva Psiquiatría positivista con tintes religiosos. Por eso, Kraepelin did not become known as an empathetic psychiatrist during his daily work with patients; in his opinion it was more important to observe than to listen to patients' words. This can also be seen as part of his struggle for objective observation and evidence (Eber y Jürgen 2010, 191). Los locos no hablaban, no tenían el derecho a hacerlo (Landázuri 2008, 14). Por eso el diálogo era nulo o, al menos, casi nulo.

Al recorrer los pasillos de los hospitales, tan solo basta un poco de atención para descubrir que la observación divaga por todos lados, ya sea como vigilancia o como instrumento de dominio sobre el enfermo. Al interior del espacio cada elemento se encuentra en su preciso lugar: La sala de espera, la de información, la estructura de los pasillos, la posición de las camas, la información del paciente sobre éstas y las historias clínicas entre las manos de los protagonistas de la medicina.

4.1 La historia clínica: Documento del saber médico

La influencia de los modelos de los principales psiquiatras de la época como Pinel, Esquirol, Charcot o Kraepelin llevó a la importancia que la historia clínica tenía en el proceso del tratamiento de los enfermos mentales (Huertas 2001, 18-19). Aunque en el Manicomio de Quito las primeras historias tienen grandes vacíos en sus distintas etiquetas, su uso hizo que poco a poco aparezca más información que plasmase el conocimiento de las características de las enfermedades mentales, cuya nosología partió de los modelos de los psiquiatras ya mencionados.

Sus numerosas etiquetas que forman una compleja estructura determinan el proceso de la enfermedad hasta generar el diagnóstico del paciente o de la paciente. El uso de las historias clínicas no puede ser superficial, ni puede caer en la simpleza, porque el documento “casi constituye una especialidad, donde deben conjugarse con sabiduría los criterios científicos, docentes, investigativo, administrativo, legal, ético e inclusive económico” (Barreto 2000, 54). Por ello, la historia clínica se constituye en un marco teórico compuesto por las categorías que deben integrarse y relacionarse tales como: Síntomas, signos y documentos paraclínicos (Guzmán y Arias 2012, 16). Barreto realiza un análisis sobre la significación de la historia clínica, y manifiesta que sus funciones principales son recolectar datos de la vida del paciente o de la paciente y establecer signos y síntomas de su enfermedad que permitan al médico plantear un posible diagnóstico, sea éste provisional o definitivo.

Además, una historia clínica constituye un paradigma médico y un modelo metodológico para la identificación integral de los problemas de la salud de cada persona (Barreto 2000, 50). Se la puede comparar a una libreta de notas de un científico, con la diferencia de que este último utiliza símbolos para su estudio, mientras que el médico no lo hace, por el hecho de que su objeto de estudio es a la vez sujeto, y sus interacciones son más versátiles, íntimas y, por supuesto, más humanas, “cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad” (Guzmán y Arias 2012, 16). Con las primeras historias clínicas del Manicomio de Quito surgen algunas dudas: ¿Cuál es la razón de su existencia, quiénes las llenaron y con qué fin? Pues Landázuri responde:

Por primera vez hay registro, por ejemplo, de que unas pacientes se encuentran asiladas desde 1901, es decir, que han pasado buena parte de su vida en el Manicomio y ya nadie sabe nada sobre ellas, tanto que el minucioso formulario impreso en cuatro carillas queda casi en blanco (2008, 146).

De las setenta historias clínicas revisadas en la presente investigación, tan solo una se encuentra llena por completo; es de 1921 y, aparentemente, el paciente era de clase acomodada por la información mostrada en la etiqueta *ocupación*, la misma que dice: Estudiante cuya educación fue a terminar en los EE. UU. El paciente padecía de demencia precoz-fase terminal y tenía 28 años de edad. Además, es la única historia clínica que contiene dos fotografías del enfermo.

Figura 4.3. Historia clínica número 34 de 1921 llenada por Julio Endara, área de hombres

Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”

Las historias revisadas desde 1901 hasta 1929, en su mayoría, constan de cinco páginas. En las primeras se describen la anamnesis del enfermo, su información personal y la de sus familiares, sus enfermedades anteriores y su constitución tanto física como moral. Las siguientes, que toman el nombre de *Examen del enfermo*, están llenas de etiquetas que son producto de la observación del médico frente al comportamiento del enfermo durante su internamiento. Entre las etiquetas más importantes están: La actitud del enfermo *en el lecho* o cuando no lo está, la *expresión mímica*, el *estudio de la escritura*, un pequeño interrogatorio, entre otras.

Las terceras páginas, llamadas *Vida del enfermo*, permanecen vacías¹⁸ y tratan sobre el conjunto sintomático e indicaciones terapéuticas. Se encuentran en ese estado porque las

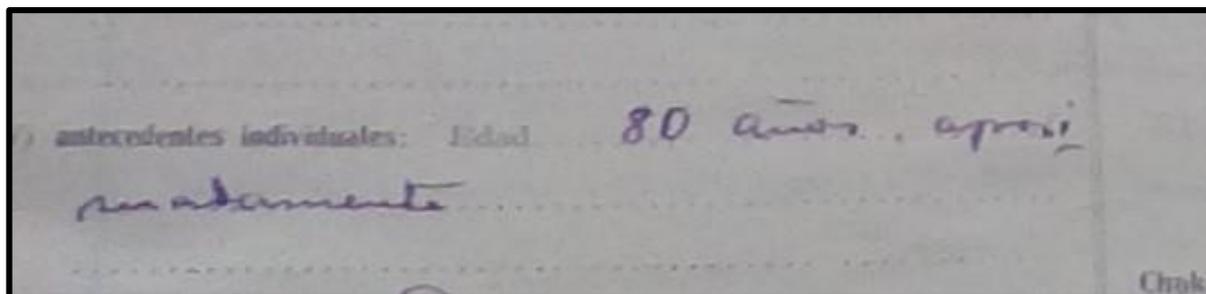
¹⁸ Excepto dos en las que se sobrescriben: En la primera una especie de imploración; y en la segunda, una carta.

terapéuticas a inicios del siglo XX eran limitadas. En las cuartas páginas se pueden encontrar etiquetas que surgen a partir de exámenes físicos de la paciente o del paciente como por ejemplo: *De laboratorio, lengua y aparato digestivo, ojos, aparato circulatorio, sensibilidad, alteraciones de la palabra*, etc. Es decir, a diferencia de las segundas, cuya orientación recae en el comportamiento y la personalidad del ser humano, las cuartas páginas contienen elementos de su estado físico y fisiológico, una dualidad que enfrenta a lo mental con lo corporal.

Las últimas páginas, lógicamente, contienen el resultado de la evolución de la historia. Es decir, los diagnósticos provisionales y definitivos, que son las etiquetas que ayudaron a establecer la clasificación de las enfermedades más comunes de la época.

Las historias clínicas revisadas no están completas por dos factores básicamente; el primero, porque, como ya se mencionó, fueron llenadas en 1926 por Julio Calderón y Julio Endara, sin apegos a la realidad en algunos casos y sin detalles suficientes para determinar un diagnóstico sustentado; y segundo, porque, como muchos de los pacientes y de las pacientes llegaron solos al manicomio o fueron abandonados por sus familiares, su interés por ellos fue muy escaso, de modo que las historias no eran significativas para los médicos, porque “en cuanto al control de calidad de las historias clínicas, durante largo tiempo ha prevalecido el criterio de que una historia clínica <<completa>> es sinónimo de buena atención médica” (Barreto 2000, 54) ¿Pero cómo afirmar o al menos inferir que hubo pacientes que llegaron solos al manicomio? La respuesta se obtiene de las mismas historias. Hay que fijarse en la información personal, en la anamnesis y en especial en la etiqueta *edad*. Existen documentos en los que se pueden leer después de la edad del paciente o de la paciente las expresiones “más o menos” y “aproximadamente” o simplemente se encuentra vacía (Véase las figuras 4.4. y 4.5.).

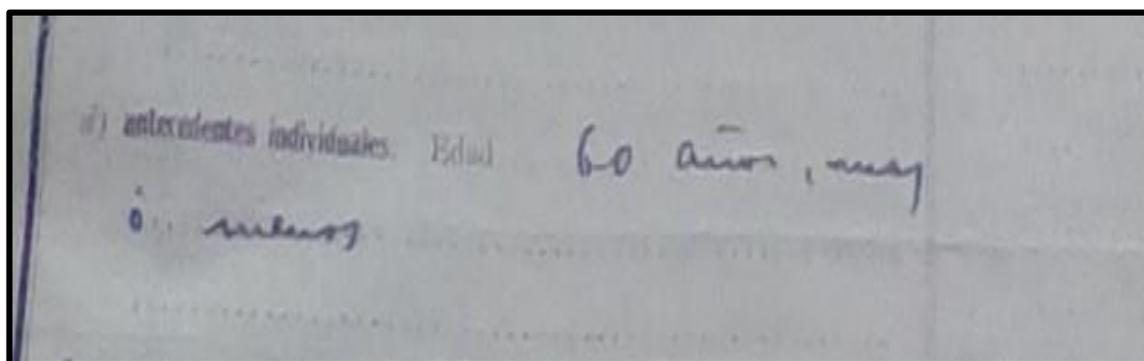
Figura 4.4. Etiqueta Edad de la historia clínica número 21, área de hombres (fecha ilegible)



Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”

Figura 4.5. Etiqueta Edad de la historia clínica número 13 de 1909, área de mujeres



Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”

Existen ocho historias con las características anteriormente citadas. Es decir, en el lapso entre 1901 y 1929 existieron ese mismo número de personas olvidadas por sus familias o que fueron al manicomio por su propia cuenta. Por esa razón, como afirma Landázuri (2008, 146), y los archivos mismos lo comprueban, la mayoría de las historias tienen muchos vacíos.

Las segundas páginas son las más importantes para el desarrollo de un análisis sobre la observación del médico al paciente, porque su función principal es visualizar su comportamiento. Uno de los elementos más importantes aquí es la subjetividad como factor principal de interpretación médica. Además, los estudios de José María Troya, “Caso notable de histeria sin ataques” (1892) y de Julio Endara, “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” (1926) son muy similares a los datos encontrados en dichas páginas.

4.2 La observación en la historia clínica y en el estudio de caso

Se mencionaron ya varias investigaciones de los primeros actores de la Psiquiatría en Quito, entre ellas se encuentra el “Caso notable de histeria sin ataques” de José María Troya. Dicho documento, a pesar de ser más extenso, guarda similitudes con la segunda página de las historias clínicas; la fundamental es que sus datos surgieron a partir de la observación del médico hacia el sujeto. La enferma fue un objeto de estudio y de experimento. No es causa de asombro ver a un médico de pie frente al paciente acostado sobre su cama. Tampoco es extraño saber que lo que hace es observar la evolución de la enfermedad. Es decir, si el tratamiento genera resultados positivos o no.

Los psiquiatras no solo observaban al paciente en la cama, sino también sus actitudes y sus acciones realizadas por todo el manicomio: Pasillos, patio o consultorio. Hay que recordar que los locos no se encuentran siempre sobre la cama, porque su estadía es larga y no necesariamente adolecen de un defecto físico que les impida desprenderse de la misma. El problema de ellos es la mente, no el cuerpo y por esa razón, su figura como objetos de análisis pasan las fronteras de un enfermo que sufre de dolencias físicas. Por eso, el psiquiatra debió ser un buen observador. La influencia de los modelos europeos sobre la institución psiquiátrica quiteña fue notoria. Pinel por ejemplo, habló sobre el orden y la disciplina que se debe mantener en un hospicio destinado a los alienados, con el fin de realizar las debidas observaciones al comportamiento de cada uno de los enfermos (Foucault 2003, 16).

En “Caso notable de histeria sin ataques” se analizó el desarrollo de la histeria en la enferma al interior de su casa, a través de la observación de su comportamiento y sus cualidades. Aquí aparecieron ya tres terapéuticas que se pudieron considerar científicas para el tratamiento de la enfermedad: La hidroterapia, el magnetismo y la electricidad de corriente continua. Además, en el proceso de curación, José María Troya aplicó algunos elementos similares a las cirugías modernas. El estilo de escritura científica de aquel análisis de caso se conjuga con el literario y es fácil de comprender, y describe detalladamente el proceso de curación y aplicación de las terapéuticas a la enferma.

Al sentirse la enferma desesperada y agonizante, pidió a Troya su ayuda, así que éste aceptó y al no existir una metodología para tal enfermedad en aquella época, realizó un experimento. El factor filantrópico se insertó en el interés del médico por aplicar nuevas técnicas con el fin

de ayudar. A continuación se menciona un extracto producto de la observación del comportamiento de la enferma:

Después de unas tantas inspiraciones que hizo la enferma con la repugnancia que es natural, llegó a apoderarse con prontitud de la esponja asiéndola con ambas manos y aplicándosela ella misma a la nariz con tanta violencia que nos fue difícil separarla. Cuando al fin lo logramos, ya la enferma había cerrado los ojos, y en ese estado perseguía olfateando el vapor del cloroformo hasta una distancia de un metro o más, circunstancia que nos entretuvo por algunos momentos. Por lo demás, fueron frecuentes las ocasiones que pudimos confirmar la exagerada sensibilidad y aún la perversión de los sentidos. Frecuentemente tenía deseos de gustar cosas que a cualquiera pueden repugnar, como lo de querer mascar trozos de ladrillo recién asado [pica] cuyo olor le era muy agradable. También la vista llegó a un buen grado de agudeza, especialmente del ojo derecho; distinguía las cosas más pequeñas, y tenía por costumbre escribir en caracteres muy diminutos, lo que hacía con claridad y elegancia. (Troya 1892, 272).

El texto citado fue resultado de la observación del médico a la paciente, y apenas constituye un extracto de cada elemento que se desarrolla en el estudio de caso completo, porque el seguimiento de la enfermedad fue el núcleo mismo del estudio.

Por otro lado, la historia clínica número 29 de 1916 marca el 24 de febrero como fecha de ingreso de una paciente de 78 años de edad. No se especificará toda la información de la historia por dos razones; la primera, porque el objetivo del análisis es obtener información específica que permita construir una breve labor histórica; y la segunda, porque lo que interesa es realizar una explicación sobre el proceso de observación del médico. La historia tiene información considerable para determinar el comportamiento desequilibrado de la paciente, porque los síntomas arrojados por el diagnóstico de la enfermedad guardan similitudes con la Psicosis maníaco-depresiva. A continuación, se presenta una descripción de la enferma en algunas de sus etiquetas:

En el lecho

“durante los períodos de agitación se observa en el lecho y en la habitación en general un gran desorden de la enferma, caprichosamente, en los estados de depresión, al contrario, hay

cuidado, meticulosidad en los periodos de agitación, lo que llama la atención en el desorden, no hay saciedad” (Calderón, Historia clínica 1916).

No está en el lecho [*actitud, marcha, toilette, olor, actitud a la entrada del médico*]

P. de agitación: actitud expresiva, alegre. Marcha llorando ó cuenta insignias y vestidos estrambóticos, objetos caprichosos en la cabeza; peinado raro. Recibe al médico entre alegre y burlona.

P. depresivo: actitud humilde, silenciosa. Solo responde después de muchas insinuaciones. (Calderón, Historia clínica 1916)

Costumbres, temas, aspectos de la habitación: Correcto y ordenado ó revuelto, el asp. de la habitación varía según el periodo en el que se encuentre la enferma. Cuando agitada habló de creer, civismo de medallas, papeles y muchísimos objetos inútiles (Calderón, Historia clínica 1916).

Expresión mímica: viva, expansiva (...) ¹⁹ de un estado eufórico ó triste y algo indiferente (Calderón, Historia clínica 1916).

Orientación, Atención, Percepción: orientación en el espacio conservada, orientación en el tiempo algo debilitada. Percepciones normales, ligeramente falseadas en algunas ocasiones cuando se encuentra en p. de agitación (Calderón, Historia clínica 1916).

Reacciones del enfermo; afectuosidad [*Sentimientos, pasiones, emociones, carácter*]: Se comporta afectiva se presenta alteraciones de importancia, fuente de exaltación emocional de los periodos de agitación y del tono melancólico saliente de los p. depresivos (Calderón, Historia clínica 1916).

Estudio de la memoria: [*Pasada y reciente*] *Conocimientos corrientes:* Hay un debilitamiento global de mediana intensidad, que bien puede estar en caso en relación con la edad de la enferma (Calderón, Historia clínica 1916).

¹⁹ Palabra ilegible

Estudio de la escritura: [Expontánea obligada, dictada copiada]: Cuando quiere escribir, el temblor de la mano derecha es muy intenso, imposibilitando casi al acto de la escritura, de la cual se fatiga pronto, por lo que no quiere seguir (Ver dre) (Calderón, Historia clínica 1916).

Imaginación, juicio, razonamiento: imaginación viva, profunda en el p. de agitación. Capacidad de la autocrítica algo conservadora, asegura no cree en su enfermedad. Razonamiento vivo, pero falseado por la invisibilidad de los p. de agitación (Calderón, Historia clínica 1916).

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

manía de colección en p. de agitación, le gusta dirigir discursos a las demás. Con lo cual algunas veces se disgusta con ellas (...) ²⁰, vestiduras caprichosas (funciones, gomas). Canta y habla en la noche (alg. veces). Cuenta (...) ²¹ (Calderón, Historia clínica 1916).

Investigación de ideas delirantes, Alucinaciones, Ilusiones, Obsesiones, Ideas fijas, etc.: En ocasiones aparecen ideas delirantes de grandeza y de interpretación, no hay un delirio organizado (Calderón, Historia clínica 1916).

Inteligencia Global, Conciencia y personalidad: Int. global conservada. Caminar, debilitar. Capacidad de autocrítica conservada, en cuanto no se refiere a su enfermedad (Calderón, Historia clínica 1916).

Existieron dos casos de mujeres y uno de hombres de Psicosis maníaco-depresiva en el Manicomio de Quito de acuerdo a los diagnósticos de las historias clínicas. Kraepelin “agrupó estas dos formas de expresión clínica (manía-depresión) en una forma especial de estado mixto” (Martínez 2010, 2). Como se puede apreciar en las etiquetas descritas, la Psicosis maníaco-depresiva se reflejó en dos estados de la personalidad del individuo: El periodo de agitación (manía) y el periodo depresivo. Por la misma razón, esta enfermedad se constituyó

²⁰ Palabra ilegible

²¹ Texto ilegible

como la inestabilidad de la personalidad. Tan solo basta leer con atención las etiquetas descritas para inferir que fue una enfermedad muy grave. Los periodos de la enferma fueron intermitentes y frecuentes, de modo que su comportamiento produjo alteraciones en su capacidad de percepción del tiempo, de la realidad y de la aceptación de su enfermedad.

Por todas esas descripciones, la segunda página de la historia clínica N° 29 de 1916 guarda un parentesco con el “Caso notable de histeria sin ataques” de Troya. Ambos documentos obtuvieron información a partir del poder de la observación de la relación médico-paciente. Landázuri también rescata la forma en la que se llenaban estos documentos, añadiendo que “escribir estas historias clínicas es mucho más complicado que hacerlo de enfermedades orgánicas. Requiere de una paciente observación que quizás viene suministrada también por los empleados y por las monjas que son quienes viven con los pacientes” (2008, 161). De este modo, se aprecia el papel que cumplió todo el personal de trabajo en un largo proceso de observación que convirtió a los enfermos en objeto de estudio y, a la vez, en sujetos con necesidad de sanación (Guzmán y Arias 2012, 16). Además, como dato adicional, en la etiqueta *Voluntad y actos* se observa que existió la división en las dos secciones ya nombradas de acuerdo al sexo dentro del Manicomio de Quito, al leer que la enferma dirigía discursos a *ellas* y no a *ellos* como lo afirma Hidalgo (2013, 30).

El “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” es un estudio de caso escrito por Julio Endara en 1926, que surgió a partir de una investigación de Carlos Alberto Arteta. A pesar de haber revisado los archivos de las historias clínicas correspondientes a estos años, no se encontraron evidencias del sujeto que adoleció esta enfermedad, al tomar en cuenta los datos informativos descritos por el autor. Lo que lleva a plantearse como posibilidad y no como certeza que, el caso se estudió en casa del enfermo: “Atento con los visitantes, desde el primer momento da la impresión de un hombre convencido de su superioridad” (Endara 1926, 371). Al igual que las descripciones de las etiquetas de las historias clínicas revisadas, en el estudio “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” de Juio Endara se toman diversas notas similares:

Llaman la atención en primer término ciertos desórdenes sistematizados de la percepción y un delirio interpretativo profuso. Hace algunos años parece que sus alucinaciones podían clasificarse en la forma onírica, pero en la actualidad, y consecutivamente a sus estados emocionales, sumérgese en el recogimiento y la meditación, permaneciendo en un estado

sonambúlico o de vigilambulismo, como diría Sollier. Contempla visiones más o menos claras, las imágenes divinas-téldidas- y escucha las palabras que le dirigen en el lenguaje misterioso y enigmático de las revelaciones (Endara 1926, 371).

Además de una descripción de personalidad, se realizaron descripciones del estado físico del individuo: “El enfermo se queja constantemente de hormigueos, calambres, picaduras, localizados en los miembros inferiores y en la boca” (Endara 1926, 371). Incluso se realizó una descripción de su semblante: “El enfermo presenta una senilidad física muy manifiesta; su aspecto es agradable, simpático; hábitos de limpieza y cuidado personal. Mirada penetrante, viva, atenta a todos los detalles que lo rodean. Cráneo voluminoso. El aspecto general de su faz es ligeramente mongólico” (Endara 1926, 371). Es decir, el estudio demanda dos aspectos: El físico y el psicológico. El primero relacionado al cuerpo y el segundo al comportamiento. Para su diagnóstico se tomaron en cuenta diversos factores obtenidos de las narrativas anteriormente citadas; los delirios, las imaginaciones, la vida en un mundo onírico, las alucinaciones cenestésicas y un factor nuevo que es esencial, como causa de todo, la crisis económica a la que se vio sujeto el individuo, después de perder sus empresas. Al trastorno del Delirio alucinatorio crónico, Julio Endara lo colocó en la clasificación de las enfermedades mentales planteada por Kraepelin:

Ahora bien, este caso de delirio alucinatorio crónico, sobre un fondo mixto megalomaniaco-hipocondriaco, si se tiene en cuenta la clasificación psiquiátrica de Kraepelin, la más generalmente aceptada, podemos incluirlo en el grupo de las *Parafrenias*, (lazo de unión, como se sabe, entre la Paranoia y la Esquizofrenia). El enfermo, eso sí, presenta la mayor parte de los caracteres de la *Paraphrenia sistemática* (delirio crónico a evolución progresiva de Magnan) y algunos de la *Paraphrenia phantástica* (demencia paranoides, en su antiguo sentido) lo cual no es extraño, pues que la clasificación kraepeliniana, si bien satisfactoria, para los actuales conocimientos psiquiátricos, se encuentra en constante evolución y por lo mismo no puede ser considerada como un molde rígido (Endara 1926, 312).

En este apartado se puede apreciar que la clasificación de las enfermedades mentales propuesta por Kraepelin es la que se encontró en boga; por lo tanto, los diversos diagnósticos del grupo de historias clínicas (1901-1929) sistematizado para el presente trabajo se los obtuvo a partir de dicha clasificación, porque los médicos que llenaron esos documentos fueron precisamente Julio Endara (autor de “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide) y Julio Calderón.

De esta manera, la comparación de las publicaciones en la revista *Anales* de la Universidad Central del Ecuador de José María Troya, con la de Julio Endara y la segunda página de la historia clínica de 1916, resulta adecuada al determinar similitudes en las descripciones de las pacientes y el paciente. La figura del concepto del comportamiento al interior de un espacio, ya sea éste el manicomio o una casa, hace que el interés del médico por los actos del enfermo se centre en su observación. De hecho, la principal arteria que une a los trabajos mencionados es la observación.

Como se puede apreciar, el espacio temporal entre 1892, año de publicación del estudio de caso de José María Troya, y el de 1926 del publicado por Julio Endara, pasando por el de la historia clínica de 1916, resulta ser la época temporal en donde la clasificación de las enfermedades mentales propuesta por Kraepelin se encontró en boga, de ahí el diagnóstico de la historia clínica de 1916: Psicosis maníaco-depresiva, una enfermedad muy estudiada por este psiquiatra y cuyo concepto fue creado por él mismo; además del Delirio crónico justificado por Julio Endara.

4.3 Las dualidades y la observación en Julio Endara

Julio Endara escribió dos artículos entre 1926 y 1927; el primero, un estudio de caso llamado: “Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide” (1926, 370) y el otro, “La Constitución en Psiquiatría” (Cueva 1970, 243). Este último es uno de los trabajos científicos más estructurados y complejos de la segunda década de 1920 en relación con la Psiquiatría. En el artículo nombrado, se describen distintas dualidades que permiten determinar las características esenciales de la constitución de la personalidad tanto psíquica normal como psíquica patológica y, a la vez, establecer un origen de relación entre éstas. La constitución de la personalidad es el resultado de las relaciones y combinaciones de los procesos psíquicos del ser humano y tiene dos factores importantes: El fisiológico y el psicológico (Endara 1927, 244). Estos aspectos son dos caras de la misma moneda, no se los puede separar, por lo que su correlación determina el comportamiento del individuo.

La concepción de la evaluación de la personalidad apenas surgió a finales del siglo XX con los trabajos de Francis Galton, Emil Kraepelin y Alfred Binet; cada uno de ellos con su propia técnica. El primero intentó medir las emociones mediante el latido cardíaco y la tasa del pulso, además de usar la observación como técnica de recopilación de datos de acciones

afectivas, el buen humor y el optimismo. Kraepelin desarrolló la técnica de la asociación de las palabras en 1892 y Binet desarrolló algunos métodos que le permitieron recoger información sobre el comportamiento de varias personalidades de algunas personas eminentes (Aiken 2003, 315). En 1905, Carl Jung desarrolló, al igual que Kraepelin, sus pruebas de asociación de palabras que tenían como fin detectar y analizar los complejos mentales. Robert Woodworth realizó en 1919 la Hoja de Datos Personales, que se constituyó en el primer inventario de evaluación de la personalidad masivo. Y Hermann Roschach aplicó la prueba de manchas de tinta en 1920 (Aiken 2003, 315). Julio Endara se desenvolvió en este contexto y declaró que la personalidad estaba constituida por agentes externos y hereditarios y factores psíquicos inmanentes al individuo.

A partir de la concepción de personalidad se manifiestan varias dualidades. En primera instancia se menciona al temperamento frente al carácter. El primero se refleja en los procesos de las cualidades afectivas y, el segundo, en los de aspectos intelectivos (Endara 1927, 246). Las cualidades del temperamento no tienen variaciones, mientras que las del carácter están sujetas a cambios.

El comportamiento introvertido se enfrenta al extrovertido de un modo totalmente opuesto, por lo que la dualidad es muy marcada, además de que su definición sería contraria a la otra. Así, esta dualidad, a diferencia de la fisiológica-psíquica, no se configura como una unidad, sino más bien como una polaridad separada por un vacío enorme (Endara 1927, 250). A partir de la concepción de los temperamentos de Kretschner, se abren dos posibilidades ya relacionadas directamente con enfermedades mentales: El temperamento esquizotímico, relativo a la esquizofrenia, y el ciclotímico, a la psicosis maníaco-depresiva (Endara 1927, 251). Es importante resaltar que, en este artículo aparece ya la palabra *esquizofrenia* en lugar de la *demencia precoz*, pues con el devenir de los años, la primera reemplazó a la segunda, aunque semánticamente con ligeras variaciones como la inclinación hacia lo abstracto, lo metafísico y lo romántico (Endara 1927, 254). Ya se mencionó que existen cinco historias clínicas con el diagnóstico de demencia precoz y tres con el diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva (incluida la variante ciclotimia). No obstante, no se observó ningún caso de esquizofrenia, aunque las historias revisadas avanzan hasta 1929, dos años después de haber sido escrito “La constitución en psiquiatría”.

Del mismo modo, para establecer características del temperamento, surge una dualidad reflejada en la sensibilidad o susceptibilidad afectiva y el impulso (Endara 1927, 252). Y para determinar las cualidades corporales y subjetivas aparece la dualidad del tipo somático y el tipo psicótico, pues vale la pena resaltar que, las influencias raciales en los estudios de la Psiquiatría estaban presentes, porque se intentaba formar la imagen física de un individuo a partir de esta dualidad.

El artículo “La constitución en Psiquiatría” no excluye al concepto de observación, sino más bien lo revitaliza, pues los fenómenos psíquicos y el comportamiento humano requieren de su intervención para los análisis psiquiátricos “como purificados de toda huella afectiva, emocional, caen en la actualidad bajo el dominio de la técnica analítica que, dotada de mejores procedimientos de observación, encuentra el sello olvidado, oscurecido por los automatismos del razonamiento” (Endara 1927, 246). La observación permite establecer distintas formas del comportamiento humano y varias cualidades que los caracterizan. En definitiva, la observación psiquiátrica a inicios del siglo XX, se encontraba por encima del diálogo y del relato y podía determinar los sujetos normales de los anormales.

4.4 El diálogo frente a la observación

El diálogo es el intercambio de ideas entre los seres humanos por medio de la palabra. Según Levinas, se puede “llamar diálogo a la conversación en la que los interlocutores entramos en el pensamiento de los otros, en la que el diálogo hace entender razones” (Levinas 1994, 11). Es decir, constituye una herramienta que permite conocer las opiniones, deseos e incluso sentimientos de los demás. En la relación médico-paciente se obtiene información de las dolencias, el comportamiento y las acciones del enfermo a partir de un interrogatorio. El psiquiatra de finales del siglo XIX e inicios del XX, como se pudo apreciar en las descripciones de los estudios de caso y de la historia clínica, observaba y no dialogaba; el acto fundamental del diálogo se “lo tendría en la interpelación de un Tú por un Yo, en lo que Buber llama la palabra fundamental Yo-Tú que sería el principio y la base-enunciados o implícitos-de todo diálogo” (Levinas 1994, 14). Es decir, la interrelación hace que surja el intercambio de ideas a partir de una acción comunicativa.

Cuando se crea un entendimiento razonable entre los interlocutores surge el diálogo. Así, afirmar que éste constituía una herramienta para obtener información de la paciente o del paciente, en el periodo de tiempo estudiado en esta investigación es incorrecto. Los datos que

se apegaron más a la verdad fueron los pertenecientes a las etiquetas de la anamnesis. No hubo un diálogo entre el médico y el paciente porque no existió un intercambio de ideas, tampoco una interrelación; el principio del Yo-Tú se quedó únicamente en el Yo, en el saber psiquiátrico del médico. El hecho de generar preguntas específicas no ayuda a conocer la personalidad del individuo. Incluso, el pequeño interrogatorio de las segundas páginas no es un diálogo. Se explicarán las razones luego de transcribirlo literalmente.

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

En primer lugar, se observa que el interrogatorio tan solo tiene dos etiquetas divididas en tres subetiquetas; en segundo lugar, en muchas historias clínicas éstas están vacías o incompletas; por último, hay que tomar en consideración que como el loco era considerado una persona incapaz de razonar, el médico intentaba con el interrogatorio determinar si éste alucinaba o malinterpretaba la realidad; por lo que, el interrogatorio tenía únicamente valor para el médico y no para la persona enferma; así que volviendo a la definición de Levinas sobre el entendimiento de las razones, en ese interrogatorio no existió diálogo. A esto hay que agregar la afirmación de Landázuri: Los locos no tenían el derecho a expresarse (2008, 14). Por lo tanto, este interrogatorio, más bien, constituyó una parte del poder de la observación. Además, por la aplicación del modelo kraepeliniano en la práctica psiquiátrica quiteña, se considera que el relato y el diálogo tenían menos valor que la observación, puesto que el psiquiatra alemán manifestaba que ésta última es en realidad la base para la interpretación de los síntomas de una enfermedad (Caponi y Martínez 2013, 475). Así, el diálogo se subordina a la observación y se convierte en un instrumento que sirve para obtener información específica y no tan profunda como para determinar el comportamiento humano. La tabla 4.1. y la imagen

4.6. muestran las etiquetas del examen del enfermo que se encontraban en las historias clínicas.

Tabla 4.1. Etiquetas de la segunda página, *Examen del enfermo*, de las historias clínicas

Inspección del enfermo	Memoria	Capacidades Sensoriales e intelectuales
<p><i>En el lecho</i></p> <p><i>No está en el lecho</i></p> <p><i>Costumbres, temas, aspectos de la habitación</i></p> <p><i>Expresión mímica:</i></p> <p>Interrogatorio</p> <p>1) El enfermo no responde a las preguntas</p> <p>a) sostiene una conversación seguida</p> <p>b) no puede responder bajo una presión emotiva</p> <p>c) puede responder, pero no sostener una conversación</p> <p>2) El enfermo no responde a las preguntas</p> <p>a) es incapaz</p> <p>b) no quiere hacerlo</p> <p>c) no responde, pero habla a su cuenta</p> <p>d) pronuncia frases sin orden o sin significación</p>	<p>Orientación, atención, percepción</p> <p>Estudio de la memoria</p> <p>[Pasada y reciente]</p> <p>Conocimientos corrientes</p> <p>Lugar natal, familia, intereses generales</p> <p>Lectura en alta voz</p> <p>Lectura en voz baja</p> <p>Comentarios</p> <p>Cálculo [Oral y escrito]</p>	<p>Estilo de escritura</p> <p>[espontánea obligada, dictada copiada]</p> <p>Imaginación, juicio, razonamiento</p> <p>Voluntad y actos</p> <p>[actividad general, impulsos, etc.]</p> <p>Desórdenes motrices</p> <p>[Temblores, convulsiones, etc.]</p> <p>Investigación de ideas delirantes, Alucinaciones, Ilusiones fijas, etc.</p> <p><i>Inteligencia Global</i></p> <p><i>Conciencia y personalidad</i></p>

Fuente: Trabajo investigativo

Figura 4.6. Examen del enfermo de las historias clínicas del manicomio de Quito

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.
Actitud personal
Marcha
Toilette cuidadosa
Obj. higiene
Con el médico atento

3) Costumbres, temas, aspectos de la habitación.
Higiene general

4) La Expresión mimica

Interrogatorio

1) El Enfermo responde a las preguntas *R.*

a) sostiene una conversación seguida *S.*

b) no puede responder bajo una presión emotiva *M.*

c) puede responder, pero no sostener una conversación
proporciona datos

2) El enfermo no responde a las preguntas *M.*

a) es incapaz

b) no quiere hacerlo

c) no responde pero habla a su cuenta

d) pronuncia frases o palabras sin orden o sin significación

Orientación, Atención, Percepción
No normal

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, dictada copiada].....

Imaginación, Juicio, Razonamiento
Normal

Voluntad y actos [actividad general impulsos, etc.]

21.

Desórdenes motrices [temblores, convulsiones, etc.]

Investigación de ideas delirantes, Alucinaciones, Ilusiones fijas etc.
M.

Inteligencia Global, Conciencia y Personalidad

Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"

Un factor esencial que aún no se ha tomado en cuenta para suponer que el diálogo entre el paciente y el médico pudo haber sido débil o nulo, en varias ocasiones, fue la subjetividad. El enfermo o la enferma, como se pudo observar en los estudios de caso y la segunda página de la historia clínica, alucinaba, imaginaba, se alejaba de la realidad. Los interrogatorios, los relatos y el diálogo fueron recursos muy débiles como para determinar el comportamiento del ser humano. Así, la observación estuvo por encima de éstos.

Conclusiones

Las investigaciones sobre la Historia de la Psiquiatría en Quito confluyen en la incidencia de los elementos religiosos y míticos en su aplicación, el origen y la estructura de la institución psiquiátrica quiteña, la influencia del positivismo europeo y la intervención del Estado en los espacios de aplicación de esta disciplina médica. Pero la mayor parte de sus estudios son de carácter descriptivos, en donde se aborda una historia lineal y carente de análisis y críticas antes los hechos y eventos que sucedieron a lo largo del tiempo. Estos últimos trabajos fueron escritos por médicos que pretendieron abordar una Historia de la Psiquiatría en Quito, desde sus comienzos junto a su visión demonológica, hasta la actualidad como disciplina médica y científica.

Uno de los principales intereses de las historiadoras y de los historiadores ecuatorianos es la Historia del Manicomio de Quito, porque su existencia es fundamental para el desarrollo de la relación médico-paciente y para la realización de estudios de caso tomados del comportamiento de las enfermas y de los enfermos mentales. Además, fue la primera institución psiquiátrica del Ecuador.

En este estudio se ha contribuido en el aumento del conocimiento de la Psiquiatría en Ecuador, en lo relacionado a los paradigmas y modelos positivistas. Además, se brindó importancia a la investigación de esta disciplina médica en el ámbito educativo universitario, porque es a partir de su ingreso al pensum de estudios que el médico empezó a adquirir conocimientos sistematizados traídos desde Europa. Incluso se señaló la influencia de los estudios jurídicos en los análisis psiquiátricos. Por último, se analizaron historias clínicas, artículos y estudios de caso y se estructuró una clasificación de las enfermedades mentales a partir del paradigma kraepeliniano, temas que en otras investigaciones de la Psiquiatría en Ecuador no han sido tratados hasta el momento.

En 1785 se fundó en Quito el Hospicio Jesús, María y José. Este espacio se destinó a albergar a personas necesitadas y de escasos recursos como vagabundos, niños expósitos, prostitutas, y a los locos. El hospicio, al no tener las características de un centro médico, sino más bien de un centro de acogida, no tuvo el mismo cuidado que el de un hospital, por lo que su estructura tanto física como organizacional constituyeron dos elementos en deterioro. En 1892, al interior del hospicio se construyó el Manicomio de Quito, mismo que estuvo dividido en dos salas, la de mujeres tomó el nombre de Santa Magdalena y la de hombres, el de San Lázaro.

La diferencia entre el hospicio y el ideal del manicomio radicaba en que el primero tenía la finalidad de albergar y acoger a personas de escasos recursos económicos y a locos como ya se explicó, pero sin la aplicación de saberes médicos; mientras que el segundo, tenía una función más específica, la de tratar a los locos y privarlos de su libertad con el fin de que no constituyesen un peligro para la sociedad. Al ingresar las Hermanas de la Caridad al Manicomio de Quito como administradoras del mismo, se implantó una terapéutica moderna, puesto que esta congregación religiosa vino con conocimientos modernos desde Francia. Esta terapéutica se reflejaba en la hidroterapia, los baños de agua fría, las camisas de fuerza, los latigazos y el encierro en celdas. Por esta razón, se puede afirmar también que las Hermanas de la Caridad constituyeron un dispositivo de control sobre los cuerpos y el comportamiento de los individuos internados. El hospicio y el manicomio estuvieron a cargo de las Hermanas de la Caridad hasta la primera mitad del siglo XX.

En el Manicomio de Quito predominó el ejercicio del poder antes que el del saber. Aunque las Hermanas de la Caridad, tenían conocimientos de terapéutica moderna traída desde Francia (hidroterapia, baños de agua fría, latigazos, encierros), constituyeron un dispositivo de control debido al predominio del modelo demonológico y alienista de la Psiquiatría en obediencia a la Religión y al Estado. El ejercicio del saber se concentraba en los médicos, en especial en sus estudios de caso y en la elaboración de artículos.

Con la influencia de la Psiquiatría positivista, el uso de las historias clínicas y las publicaciones académicas, los médicos lo usaron como un laboratorio social y como un espacio de producción de saber al conducir a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, para realizar sus prácticas en aquel espacio.

El proceso de la inclusión de la Psiquiatría en el ámbito universitario es un tema de menor interés por parte de los investigadores, porque no existen análisis a profundidad sobre asuntos de mallas curriculares, ni de plan de estudios. Tan solo constan datos específicos como el año en el cual la Psiquiatría se convirtió en una cátedra de la carrera de medicina. Por esa razón, este trabajo da importancia a este tema, y muestra el transcurso que siguió la Psiquiatría para su inserción como cátedra universitaria en la carrera de medicina de la Universidad Central del Ecuador.

La Psiquiatría ingresó como cátedra en el pensum de estudios de 1908 de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el curso del sexto año escolar. Al ser propuesta en dicho año, fue impartida desde 1913 con Carlos Alberto Arteta como su primer profesor. En el Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador de 1922, la Cátedra de Psiquiatría apareció en el quinto año escolar con el nombre de *Clínica psiquiátrica*, en consecuencia, se la impartió de esa forma desde 1927. Sus clases fueron dictadas en la Universidad, y en el Manicomio de Quito. En ningún archivo revisado se encontró información sobre los temas tratados en esas cátedras.

Los actores más influyentes de la Psiquiatría en Quito de las tres primeras décadas del siglo XX fueron Julio Endara, Carlos Alberto Arteta, José María Troya y Jenaro Rivadeneira. Los dos primeros fueron directores del Manicomio y profesores de la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Julio Endara fue el primer médico que estudió Psiquiatría en Chile y Argentina ya como especialidad médica propiamente dicha, ya que los médicos anteriores a él fueron autodidactas.

A inicios del siglo XX, los investigadores de Quito, tanto psiquiatras como profesionales del derecho, desarrollaron varios estudios relacionados a la mente del criminal. Así, la Psiquiatría estudió la personalidad y el comportamiento del delincuente. Estos estudios de criminología se relacionaron con la Psiquiatría en cuanto las dos disciplinas intentaban estudiar sus comportamientos y así determinar las personalidades. Además, el estudio del comportamiento humano se lo realizó con el fin de determinar la condición del individuo frente a las decisiones judiciales y privar de los derechos civiles a la persona en caso de ser declarada como loca.

El positivismo y el empirismo biomédico influyeron en los estudios psiquiátricos en Quito con el paradigma kraepeliniano. La clasificación de Emil Kraepelin surgió a partir del análisis de los síntomas del cuerpo. Por eso, su tipología consideraba que la observación era un elemento sustancial en su análisis. El psiquiatra alemán enfocaba sus exámenes en la observación de comportamientos y conductas, más no en el diálogo del enfermo o de la enferma y la atención del relato. Por eso, la empatía con los pacientes constituyó una cualidad secundaria en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

El uso de las historias clínicas se debió al avance positivista de la Psiquiatría a inicios del siglo XX, porque la visión de la conciencia de aceptar el paciente su enfermedad comienza a tomar importancia y la influencia que eso pudo haber tenido en el propio curso de la enfermedad. La anamnesis adquirió mayor valor y la interrelación entre médico y paciente se hizo más íntima.

Al considerar que la atención médica es proporcional a la cantidad de información registrada en las historias clínicas (a mayor información, mejor atención), no existió rastro alguno de racismo, porque la mayor parte de las historias clínicas permanecen vacías, tanto de mestizos como de blancos. El uso de las historias clínicas no fue superficial porque fueron documentos en los cuales confluyeron criterios científicos, docentes, investigativos, legales y éticos.

En los documentos analizados en el capítulo IV, la historia clínica de 1916 del área de mujeres, “Caso notable de histeria sin ataques” de José María Troya y “Delirio crónico en un esquizoide” de Julio Endara, se demostró la aplicación del paradigma kraepeliniano por parte de los médicos psiquiatras de Quito del periodo que abarca la presente investigación. En los tres documentos se confirmó cada uno de los detalles de las enfermas y del enfermo que fueron producto de un proceso de observación minucioso y detenido. Además de mencionar los nombres de las enfermedades planteadas en la clasificación de Kraepelin. Por esa razón, el paradigma kraepeliniano y, por lo tanto, la aplicación de la Psiquiatría en Quito, no dieron importancia al diálogo con los pacientes, excepto en los extractos de los interrogatorios y de la obtención de la información de la anamnesis.

Por medio del intercambio de ideas de un sujeto a otro u otros, y sus interrelaciones afectivas surge el diálogo como forma de diagnóstico de una enfermedad. Sin embargo, el diálogo estaba representado en un interrogatorio que solo contribuyó a fortalecer el proceso de observación, porque el médico intentaba obtener información únicamente con la formulación de preguntas sin empatizar con el paciente, y de acuerdo a sus propios intereses. Así, el diálogo se constituyó en una herramienta de la observación.

Las relaciones entre el loco y el delincuente fueron tan íntimas que muchas veces se confundieron los dos sustantivos con sus significados. Es decir, en varias ocasiones, la locura y el crimen eran las dos caras de la misma moneda. Los dos conceptos confluyeron en el manicomio y en la prisión. Aquellas personas que se diferenciaban de las normales o

comunes, debían ser trasladadas a un lugar en el que el encierro las esperaba por mucho tiempo o por el resto de sus vidas.

Si todas las etiquetas de las historias clínicas o, por lo menos, la mayoría, hubiesen estado llenas en su totalidad, la condición económica reflejada en la etiqueta *ocupación* tendría un mayor análisis en esta investigación, porque es un tema muy importante dentro del ámbito de la salud mental. Sin embargo, con apenas dos historias frente a las 68 restantes, no se puede afirmar que los pacientes instruidos y con estudios universitarios tuvieron mayores privilegios al interior del manicomio.

Es curioso que, al tener en consideración que la raza generó controversias y conflictos en el siglo XX, la discriminación generada a causa de este concepto, no pudo haber afectado a la atención médica dentro del Manicomio de Quito, porque, a pesar de que las dos historias con mayor información pertenecieron a pacientes blancos con estudios universitarios, su relación con el trato médico dentro de la institución, pudo haber sido causa de sus ocupaciones, y no necesariamente de su raza.

La mirada oculta del médico se explicó por sí sola en el desarrollo del concepto de la observación, pues la relación médico-paciente fue vertical. Es decir, el médico estuvo siempre sobre los criterios del enfermo y, en muchos casos, ni siquiera en los interrogatorios fueron visibles. Por eso, esa información guardada en los Archivos de medicina, en especial al que se pudo acudir para la realización de esta investigación, esconde las acciones que los psiquiatras miraban para determinar los diagnósticos de los enfermos del manicomio.

La filantropía dentro de la Psiquiatría ecuatoriana es un tema que hasta el momento no ha salido a la luz. Este tema, por el hecho de que la información de la influencia de las Hermanas de la Caridad no es extensa, es complejo desarrollarlo desde el plano histórico, y más aún si se habla de inicios del siglo anterior. Por el momento, vale la pena resaltar la perspectiva altruista que los médicos tuvieron que, aunque aún no fueron especialistas en la disciplina psiquiátrica, trataron de ejercerla del mejor modo posible mediante su autoeducación. Por eso, se deja abierta la posibilidad de desarrollar una investigación relativa a la filantropía en el plano de la aplicación de la Psiquiatría en Quito.

Lista de referencias

- Aciprensa. *Aciprensa*. s.f. <https://www.aciprensa.com/recursos/biografia-2763> (último acceso: 19 de 12 de 2021).
- Ackerknecht, Erwin H. *Breve historia de la psiquiatría*. Universidad de València: Book, 1993.
- . *Breve historia de la psiquiatría*. Universitat de València: Book, 1993.
- Agudelo, Andrés, Yoan Cárdenas, y Hernando Cuervo. «Acercamiento al hermafroditismo, intersexualismo y desorden del desarrollo sexual.» *Revista Academia y Derecho*, 2015: 95-122.
- Ahedo, Elvia. «Melancolía, asco y lenguaje corporal en la anorexia.» *CIENCIA ergo sum*, 2010: 18.
- Aiken, Lewis. «Evaluación de la personalidad: Orígenes, aplicaciones y problemas.» En *Evaluación de la personalidad*, de Lewin Aikes, 313-341. México: Editorial Pearson Educación, 2003.
- Araos, Josefina. «"La Nave de los Locos" de Sebastian Brant: Un viaje de la Humanidad hacia la Locura.» *Revista Electrónica Historias del Orbis Terrarum*, s.f.: 121-128.
- Arteta, Carlos. «Informe del Decano de la Facultad de Medicina.» *Anales*, 1921: 494-500.
- Arteta, Carlos. «Plan de estudios.» *Anales*, 1922: 71-74.
- Arteta, Carlos. «Un caso de hermafroditismo.» *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador N° 241*, 1918: 303-308.
- Barreto, Dimitri. «Salud mental en el Ecuador.» *Revista de la Facultad de ciencias médicas de la Universidad Central del Ecuador*, s.f.: 17-37.
- Barreto, Jesús. «Historia clínica: Documento científico del médico.» *Ateneo*, 2000: 50-55.
- Beltrán, Betty. *San Lázaro, un joven de 236 años*. 19 de Marzo de 2021.
<https://www.ultimasnoticias.ec/las-ultimas/san-lazaro-aniversario-quito-patrimonio.html> (último acceso: 28 de Septiembre de 2021).
- Belucci, Gabriel. «Paranoia, demencia precoz, parafrenias en la obra de Emil Kraepelin.» s.f.: 3.
- Berrios, Germán. *Historia de los síntomas de las enfermedades mentales*. Epulibre, 1996.
- Bolin, Anne. «LA TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO. CONTEXTO CULTURAL Y PRÁCTICAS DE GÉNERO.» *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*, 2003: 231-260.
- Borchart, Christiana. *La Audiencia de Quito. Aspectos económicos y sociales (SiglosXVI-XVIII)*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1998.

- Borja, Arturo. *Poeticous*. s.f. <https://www.poeticous.com/arturo-borja-perez/para-mi-tu-recuerdo?locale=es> (último acceso: 8 de 10 de 2021).
- . *Poeticous*. s.f. <https://www.poeticous.com/arturo-borja-perez/melancolia-madre-mia?locale=es> (último acceso: 8 de 10 de 2021).
- Botero, Luis Fernando. «Ecuador siglos XIX y XX. República, "construcción del indio" e imágenes contestadas.» *Gazeta de Antropología*, 2013: 1-23.
- Burggraf, Jutta. «Qué quiere decir género.» *Un nuevo modo de hablar*, 2001: 1-9.
- Büschges, Christian. «Crisis y reestructuración. La Industria textil de la Real Audiencia de Quito al final del período colonial.» *Estudios americanos*, 1995: 75-98.
- Cabezas, Reinaldo. «El derecho penal: Su fundamento y evolución.» *Anales*, 1915: 397-447.
- Calarota, Antonella. *El Modernismo en Ecuador y la Generación Decapitada*. Madrid: UNED, 2015.
- Calderón, Julio. «Historia clínica.» Quito, 24 de Febrero de 1916.
- . «Historia clínica.» *Historia clínica*. Quito: Manicomio de Quito, 1912.
- Campos, Ricardo, y Rafael Huertas. «Los lugares de la locura: Reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría.» *ARBOR Ciencia, pensamiento y cultura*, 2008: 471-480.
- Cano, Adrián. *Philippe Pinel como precursor de la Psiquiatría moderna*. Jaén: Universidad de Jaén, 2020.
- Capel, Horacio. «Prólogo.» En *La ciudad y los otros. Quito 1860-1940. Higienismo, ornato y policía*, de Eduardo Kingman, 17-33. Quito: FLACSO Ecuador, 2006.
- Caponi, Sandra, y Ángel Martínez. «Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos.» *Artigos*, 2013: 467-489.
- Carreras, Joan. «Hermafroditismo.» *Bibliotecanica*, s.f.: 1-5.
- Castel, Robert. *El orden psiquiátrico: Edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2009.
- Castilla, Carlos. «Prólogo.» En *Introducción a la Clínica Psiquiátrica*, de Emil Kraepelin, 11-16. Córdoba: Ediciones NIEVA, 1988.
- Catholic.net. *Catholic.net*. 21 de 6 de 2021.
<https://es.catholic.net/op/articulos/36148/lzaro.html> (último acceso: 19 de 12 de 2021).
- Ceberio, Marcelo. *La nave de los locos: Historia de la locura, su marginación social y alternativas de cambio*. Buenos Aires: Teseo, 2010.
- Chéjov, Antón. *La sala número seis*. Menorca: Textos.info, 2018.

- Cohen, León. «La recalibración de los conceptos para un nuevo paradigma.» *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 2011: 26-30.
- Conciencia Eco. *Conciencia Eco*. 12 de Diciembre de 2018.
<https://www.concienciaeco.com/2018/12/12/aceite-de-chaulmoogra-bio-el-aceite-cosmetico-y-medicinal-en-china-e-india/> (último acceso: 22 de Marzo de 2022).
- Consejo Superior de Instrucción Pública. «Pensum de estudios.» *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador N° 159*, 1908: 8-20.
- Conway, Jill, Susan Bourque, y Joan Scott. «El concepto de género.» En *La construcción cultural de la diferencia sexual*, de Marta Lamas, 21-34. México: Miguel Ángel Porrúa, 2013.
- Corbetta, Piergiorgio. *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGRAW-HILL, 2007.
- Cruz, Efrén. *El loco y la institución mental. Desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XX*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2003.
- Cueva, Agustín. «La Psiquiatría en el Ecuador.» *Revista Ecuatoriana de Medicina*, 1970: 72-86.
- Damiani, L. F. *Epistemología y ciencia en la modernidad: El traslado de la racionalidad de las ciencias físico-naturales a las ciencias sociales*. Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la UCV/FACES, 1997.
- De Uriarte, Francisco. «El simbolismo literario.» *Corrientes artísticas*, s.f.: 2-6.
- Eber, Andreas, y Karl Jürgen. «Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology.» *Indian Journal of Psychiatry*, 2010: 191-192.
- Eber, Andreas, y Karl Jürgen. «Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology.» *Psychiatric Pearls*, 2010: 191-192.
- Egas, Augusto. «Tribunales para los exámenes del curso escolar de 1916-1917.» *Anales*, 1917: 305-308.
- Endara, Julio. «Delirio alucinatorio crónico esquizoide.» *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador N° 256*, 1926: 370-379.
- . «Historia clínica.» Quito: Manicomio de Quito, 1911.
- Endara, Julio. «La constitución en Psiquiatría.» *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador*, 1927: 243-261.
- Espinosa, René. *ANÁLISIS DIACRÓNICO DE LA RECEPCIÓN LITERARIA DE LA GENERACIÓN DECAPITADA, EL MODERNISMO EN EL ECUADOR*. PUCE: Quito, 2012.

- . *Análisis diacrónico de la recepción literaria de la Generación Decapitada. El Modernismo en el Ecuador*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2012. Facultad de Medicina de la Universidad Central. «Tribunales para los exámenes del curso escolar de 1916-1917.» *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador*, 1917: 308.
- Foucault, Michel. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- . *Historia de la locura en la época clásica*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 1998.
- . *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI, 2007.
- . *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira, s.f.
- García, Marcos, y Carlos Ruiz. *República, liberalismo y democracia*. Santiago: Lom Ediciones, 2011.
- González, Fredy. *SciELO*. 25 de Agosto de 2005.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872005000100002
 (último acceso: 25 de Agosto de 2021).
- González, J. L. «Evolución histórica de la Psiquiatría.» *Psiquis*, 1998: 183-200.
- Gorelik, Adrián. «Ciudad, modernidad, modernización.» *Universitas, Humanística*, 2003: 11-27.
- Guzmán, Fernando, y Carlos Arias. «La historia clínica: elemento fundamental del acto médico.» *SciELO Colombia*, 2012: 15-24.
- Hall, Stuart. *El triángulo funesto: Raza, etnia, nación*. Madrid: Traficantes de sueños, 2019.
- Hegglin, María. *Los enfermos mentales en el derecho penal*. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2006.
- Hering, Max. «"Raza". Variables históricas.» En *Historias de Raza y Nación en América Latina*, de Claudia Leal y Langebaek Henrik, 31-60. Bogotá: Uniandes, 2010.
- Hidalgo, Marlon. *LA COMUNICACIÓN ESQUIZOFRENIZANTE EN LA INSTITUCIÓN DEL SABER: historia de las prácticas discursivas del hospital psiquiátrico San Lázaro*. Quito: Universidad Central del Ecuador, 2013.
- Huarcaya, Jeff. «Cómo investigar en historia de la psiquiatría.» *Revista Psiquiátrica Peruana*, 218: 43-51.
- Huertas, Rafael. «Historia de la psiquiatría ¿Por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias.» *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 2001: 9-36.
- Huertas, Rafael. «Las historias clínicas como fuentes para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos.» *Frenia*, 2001: 7-33.

- . *Michel Foucault y la historia de la psiquiatría*. 15 de Septiembre de 2014.
<https://ripehp.com/2014/09/15/michel-foucault-y-la-historia-de-la-psiquiatria/> (último acceso: 1 de Enero de 2021).
- Izquierdo, María Jesús. «Uso y abuso del concepto de género.» *Pensar las diferencias*, 1994: 31-53.
- Jaramillo, Hernán. *La construcción del enfermo mental en una institución psiquiátrica de Quito*. Quito: FLACSO, 2010.
- Kapsambelis, Vasilis. «Especificidad de la psiquiatría .» En *Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto*, de Vasilis Kapsambelis, 19-33. México: Fondo de Cultura Económica, 2016.
- Kingman, Eduardo. *La ciudad y los otros. Quito 1860-1940. Higienismo, ornato y Policía*. Quito: FLACSO Ecuador, 2006.
- Kingman, Eduardo, y Ana María Goetschel. «El presidente Gabriel García Moreno, el Concordato y la administración de poblaciones en el Ecuador de la segunda mitad del siglo XIX.» *Historia crítica*, 2014: 123-149.
- Kraepelin, Emil. *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Nieva, 1988.
- Laín, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1978.
- . *La historia clínica: Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas de Madrid, 1950.
- Landázuri, Mariana. *Salir del encierro: Medio siglo del hospital psiquiátrico San Lázaro*. Quito: Banco Central del Ecuador, 2008.
- Leal, Claudia, y Carl Henrik. «Introducción.» En *Historias de raza y nación en América Latina*, de Claudia Leal y Carl Henrik, 9-26. Bogotá: Uniandes, 2010.
- Ledezma, Gerson, y Amanda Ledezma. «Eloy Alfaro y las reformas liberales. Género y colonialidad del poder en la fiesta del I Centenario de la Independencia en el Ecuador, 1909.» *NEIBA*, 2017: 1-18.
- Ledezma, Gerzon, y Amanda Ledezma. «Eloy Alfaro y las Reformas Liberales. Género y colonialidad del poder en la fiesta del I Centenario de la Independencia en el Ecuador, 1909.» *NEIBA*, 2017: 1-18.
- Levinas, Emmanuel. «El diálogo.» *Nombres*, 1994: 8-22.
- Lipko, Paula, y Federico Di Pasquo. «De cómo la biología asume la existencia de razas en el siglo XX.» *Scientiæ studia*, 2008: 219-233.
- López, Francisco, Cecilio Alamo, y Eduardo Cuenca. *Psiquiatría.com*. 3 de Abril de 2000.
<https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf> (último acceso: 4 de Abril de 2022).

- Marietán, Hugo. «Historia de la Psiquiatría.» *ALCMEON*. Octubre de 2004.
https://www.alcmeon.com.ar/11/44/08_marietan.htm (último acceso: 11 de 12 de 2021).
- Martínez, Magalis. *Trastornos afectivos bipolares: Perspectivas diagnósticas y terapéuticas*. La Habana: ecimed, 2010.
- Moreano, Alejandro. «Revolución Liberal y Neoliberalismo.» *Ecuador Debate*, 1995: 52-60.
- Noboa, Ernesto. *Archiletras*. s.f. <https://www.archiletras.com/poemassentidos/emocion-vesperal-de-ernesto-noboa-y-caamano/> (último acceso: 27 de 5 de 2022).
- Osorio, Andrés. *El juicio final: contribución para una lectura del nacimiento de la psiquiatría en Ecuador*. Quito: Editorial universitaria, 2017.
- Pacheco, Luis, Daniel Padró, Wendy Dávila, Sofía Álvarez, y Pablo Gómez. «Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales.» *Norte de salud mental Vol VIII N° 53*, 2015: 83-92.
- Parra, María. *Saber médico, disciplina y biopolítica en Michel Foucault*. Bogotá: Universidad Santo Tomás, 2017.
- Paz y Miño, Juan. *La Revolución Juliana: Nación, ejército y bancocracia*. Quito: Abya-Yala, 2002.
- Pedroza, René, y Guadalupe Villalobos. «Entre la modernidad y la postmodernidad: juventud y educación superior.» *Enducere*, 2006: 416-426.
- Peñaloza, Emilio. *La irrupción de la psiquiatría en Quito 1895-1950, estudio del control de la locura desde el Estado en busca de la modernización*. Quito: Tesis de licenciatura en ciencias históricas PUCE, 2015.
- Pérez, Francisco. «Apuntes para el estudio del Código Penal.» *Anales*, 1917: 255-273.
- Pérez, Francisco. «Medicina Legal y Deontología Médica y Odontológica.» *Anales*, 1929: 631-633.
- Pérez, Francisco. «Próximo Congreso Panamericano de Ciencias Penales.» *Anales*, 1928: 187-203.
- Pérez, Francisco, y María Peñaranda. «El debate en torno a los manicomios .» *Neuropsiquiatría*, 2017: 95-112.
- Pío, León. «El Régimen penitenciario. Cuál sistema es el más adecuado para el Ecuador.» *Anales*, 1914: 288-300.
- Postel, Jaques, y Claude Quérel. *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

- Prieto, Mercedes. *Liberalismo y temor. Imaginando los sujetos indígenas en el Ecuador Postcolonial*. Quito: FLACSO-ABYA YALA, 2004.
- Quevedo, Antonio. «Informe del delegado del Gobierno del Ecuador y de la Facultad de Jurisprudencia y ciencias sociales de la Universidad Central de Quito, al Congreso Internacional de Derecho Penal que se reunió en Bruselas.» *Anales*, 1927: 1-103.
- Ramírez, Graciela. *Encierro, patología y género: los sujetos de la exclusión psiquiátrica*. Quito: Tesis de Maestría FLACSO ECUADOR, 2011.
- Rivadeneira, Jenaro. «Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol.» *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador N° 83*, 1895: 540-553.
- Robalino, Marco. *Psicología jurídica y psiquiatría forense*. Quito: PRAXIS, 1995.
- Rodas, Germán. *El Pensamiento Higienista Público en el Periodo Liberal-Alfarista y Juliano y el Pensamiento de Salud Pública en el Periodo Juliano-Ayorista*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2013.
- Rojas, Carlos, y Mariana Rojas. «De Emil Kraepelin a Sigmund Freud y Henri Ey: Fracturas, candiles y penumbras de la Posmodernidad.» *Revista de Neuropsiquiatría*, 2013: 69-76.
- Sacristán, Cristina. «La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar.» *Cuicuilco*, 2009: 163-189.
- Salgado, Carlos. *Un análisis sobre el "Poder psiquiátrico" de Michel Foucault*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2012.
- Solé, María Elena. «Clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento.» *Revista cubana de psicología*, 2002: 242-247.
- Szasz, Thomas. «El mito de la enfermedad mental.» En *Razón, locura y sociedad*, de Thomas Szasz y Franco Basaglia, 85-102. México: Siglo XXI editores, 1989.
- Thot, Ladislao. «La escuela positiva de Derecho Penal Italiana.» *Anales*, 1924: 146-153.
- Troya, José María. «Caso notable de histeria sin ataques.» *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador N° 46*, 1892: 271-276.
- Vargas, Gilbert. «Espacio y territorio en el análisis geográfico.» *Reflexiones*, 2012: 313-326.
- Villagómez, Juan. «Estudios de legislación.» *Anales*, 1915: 455-475.
- Visacovsky, Sergio. «Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino.» *Antípoda*, 2008: 92-111.
- Zúñiga, Danny, y Alba Riera. «Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada.» *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 2018: 39-45.

Archivos revisados

- Actas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
- Plan de estudios de 1908 de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
- Informes de 1913 de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
- Tribunales para los exámenes del curso escolar 1916-1917 de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
- Informe correspondiente al año escolar 1920-1921 de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
- Plan de estudios de 1922 de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
- El régimen penitenciario. Cuál sistema es el más adecuado para el Ecuador.
- El derecho penal, su fundamento y evolución
- Estudios de legislación
- Breves apuntes sobre ideas modernas de criminología
- Apuntes para el estudio del Código Penal
- Un caso de hermafroditismo
- La escuela positiva de Derecho Penal Italiana
- Informe del delegado del Gobierno del Ecuador y de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Central de Quito, al Congreso Internacional de Derecho Penal que se reunió en Bruselas
- Próximo Congreso Pan-americano de Ciencias Penales
- Código de enjuiciamientos en materia criminal
- Caso notable de histeria sin ataques
- Pequeño estudio o apuntes sobre el alcohol
- Delirio alucinatorio crónico en un esquizoide
- La constitución en Psiquiatría
- Medicina Legal y Deontología Médica y Odontológica
- Historias clínicas del Manicomio de Quito del libro de mujeres 1901-1928
- Historias clínicas del Manicomio de Quito del libro de hombres 1911-1929

Referencias de imágenes

Figura 2.1

Fotografía Patrimonial. *Antiguo Hospicio y Hospital psiquiátrico “San Lázaro”*. 1909.

Archivo histórico del Guayas. 27 de septiembre de 2021.

<https://twitter.com/inpcecuador/status/1282670176966709248>

Figura 2.2

Flickr. *Hospital San Lázaro*. Inicios del siglo XX. 27 de septiembre de 2021.

<https://www.flickr.com/photos/h3ktor2/10121275805>.

Figura 2.4

Foto tipo Laso. *Enfermos del hospital San Lázaro*. 27 de septiembre de 2021. [https://ne-](https://ne-np.facebook.com/359490914137939/photos/a.2035176749902672/3343430969077237)

[np.facebook.com/359490914137939/photos/a.2035176749902672/3343430969077237](https://ne-np.facebook.com/359490914137939/photos/a.2035176749902672/3343430969077237)

Figura 3.2

Modernismo ecuatoriano. *Representantes de la Generación Decapitada*. 28 de septiembre de 2021. <https://modernismogeneraciondecapitada.blogspot.com/2019/01/generalidades-y-caracteristicas-de-la.html>.

Fotografías de las historias clínicas

Todas las fotografías de las historias clínicas fueron realizadas por el autor de la presente investigación.

Anexos

Las siguientes fotografías fueron capturadas de las terceras páginas de dos historias clínicas. La particularidad de estas páginas es que son las dos únicas que se encontraron con contenido, el resto se encuentran vacías.

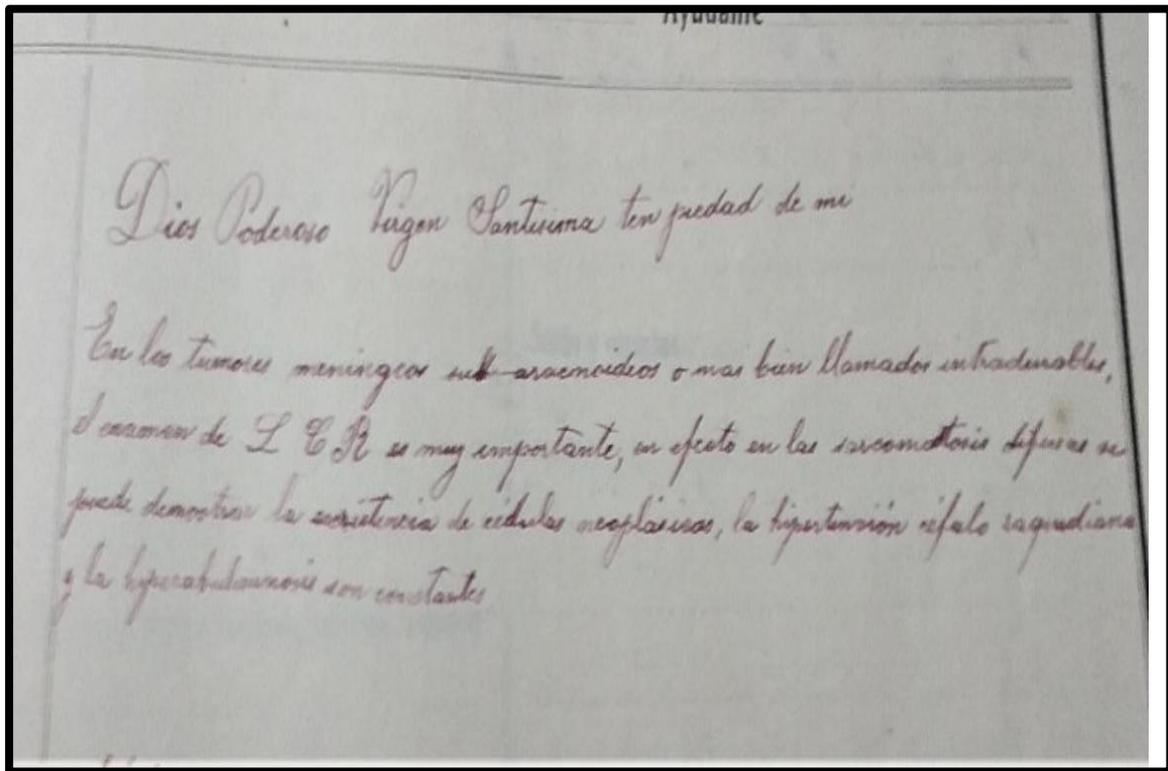
Figura 1. Tercera página de la historia clínica número 50 de 1918, área mujeres

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DOCUMENTOS		
Nombre	Núm.	
Entró el	Salió el	Falleció el
FECHA DE OBSERVACIÓN	Jefe del Servicio	Ayudante
	Larmino Delfilla	Expin y Desallos
	M. Luis	111111 20
	Ramon Obispo	Margarita Madro
	de mis de nuestros jardines	Sola muchacha
	dad Otilde Estin	Marrietas
	den sid Mundana	de Ho Tenendo enmo
	ca Madre Angelina	de Larolle
	Lana Las	

Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"

Figura 2. Tercera página de la historia clínica de 1926, área mujeres (carece de número)



Dios Poderoso Virgen Santisima ten piedad de mi

En los tumores meningeos sub-aracnoideos o mas bien llamados intradurales,
el examen de LCR es muy importante, en efecto en las sarcomatosis difusas se
puede demostrar la existencia de células neoplásicas, la hipertensión cefalo raquidiana
y la hiperostosis son constantes

Fuente: Trabajo investigativo

Nota: Obtenido del Archivo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella"