



**APROXIMACIÓN HISTORICA Y CONCEPTUAL AL FENÓMENO DE LA
LOCURA**

TRABAJO DE GRADO

JUAN ALBERTO ENCIZO RUBIO

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

OMAR BRAVO

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2017

UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PSICOLOGÍA

**APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUAL AL FENÓMENO DE LA
LOCURA**

JUAN ALBERTO ENCIZO RUBIO

Trabajo de grado presentado como
requisito parcial para optar al título de psicólogo

Director de investigación:

Omar Bravo

Psicólogo

SANTIAGO DE CALI

2017

Dedicado a mis padres

Agradecimientos

A Paola Andrea, por creer en mí y apoyarme.
Al profesor Omar Bravo por su amabilidad,
dedicación y valiosa guía durante todo este proceso.
Y por último, pero igual de importante, a todos los maestros
que contribuyeron en mi formación profesional.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
I. Resumen	1
II. Metodología	2
III. Justificación	2
IV. Pregunta de investigación	3
V. Objetivos	3
I. Objetivo General	3
II. Objetivos Específicos	3
VI. Introducción	4
1 LA ANTIGUEDAD	6
1.1 Antecedentes históricos de la locura	6
1.1.1 La cultura Egipcia:	7
1.1.2 La cultura Hindú:	8
1.1.3 La cultura China:	8
1.1.4 La cultura Hebrea	9
1.2 La cultura Griega: Las formas de locura	11
1.2.1 La locura divina	11
1.2.2 La filosofía y la enfermedad del alma	14
1.2.3 La locura humana	16
1.3 La locura en el periodo Romano	18
1.3.1 Las principales nosologías de la locura del periodo Romano	19
1.3.1.1 Letargia	20
1.3.1.2 Manía	20
1.3.1.3 Melancolía	21
1.3.2 El loco en la cultura griega y romana	21
1.3.3 El tratamiento de la locura en la época griega y romana	23
1.4 Del imperio romano a la Edad Media	25
1.4.1 La crisis del imperio romano.	25
1.4.2 El cristianismo en Roma	26
1.4.3 Consecuencia del cristianismo en el imperio romano.	27

2	LA EDAD MEDIA	27
2.1	Religión y locura	27
2.2	Características del Cristianismo en la Edad Media	28
2.3	Dos perspectivas de la locura en la época Medieval	30
2.3.1	La perspectiva naturalista	30
2.3.2	La perspectiva místico-religiosa	32
2.3.2.1	Los santos que curaban	33
2.4	Los tratamientos de la locura en la Edad Media	35
2.5	El loco en la sociedad Medieval	36
2.6	El loco, “bufón” del pueblo	39
2.7	La exclusión del loco en la sociedad	40
2.8	La locura en la inquisición	41
2.8.1	La “Stultifera navis” o la nave de los locos.	45
3	LA EDAD MODERNA	47
3.1	El renacimiento.	47
3.1.1	Las creencias alrededor de la locura	49
3.1.2	La desmitificación de las brujas.	50
3.1.3	El encierro de los locos.	52
3.1.4	Los primeros manicomios	54
3.2	El Barroco	56
3.3	La Ilustración.	56
3.3.1	El tratamiento moral	57
3.3.2	La reforma en los manicomios	59
3.3.3	El declive del tratamiento moral	60
3.4	Romanticismo	61
3.5	La evolución de la psiquiatría	62
3.5.1	El alienismo (1800-1814)	62
3.5.2	El positivismo naturalista (1814-1914)	65
3.5.3	La psiquiatría moderna (1914 - Presente)	69
3.6	Los tratamientos biológicos	72

3.7	La revolución psicofarmacológica	74
3.8	La antipsiquiatría	75
4	La locura en el contexto colombiano	76
4.1	Las culturas indígenas y las creencias sobre la locura	77
4.2	El chamanismo	79
4.3	Tratamientos terapéuticos de la locura durante la época colonial	80
4.4	La Inquisición y la locura	81
4.5	La locura en Colombia durante el siglo XIX	83
4.6	Los locos populares	84
4.7	Los primeros manicomios en Colombia	87
4.8	La psiquiatría colombiana del siglo XIX	88
4.9	La psiquiatría y el derecho penal	89
4.10	Los tratamientos psiquiátricos del siglo XIX	90
4.11	La psiquiatría del siglo XX	91
4.12	Los tratamientos psiquiátricos del siglo XX	94
5	Conclusiones	96
6	Referencias	98

I. Resumen

Esta investigación, tiene como objetivo estudiar el fenómeno de la locura, desde una perspectiva histórica. A través de la cual, se pretende vislumbrar las principales teorías y explicaciones que surgieron para explicar, abordar y tratar la locura en distintos momentos históricos de la humanidad.

Cabe mencionar que esta investigación es de corte monográfico, esto quiere decir, que está orientada a describir y explicar un fenómeno determinado, en este caso, la locura a través de la historia. Por supuesto, pretender abarcar toda la historia de la humanidad resulta una tarea casi imposible; por este motivo, el presente trabajo hace una aproximación histórica por los principales momentos históricos de la humanidad: antigüedad, pre-modernidad y modernidad, rescatando algunas de las principales teorías, autores y tratamientos que sobresalieron en cada momento histórico. Adicionalmente, se agrega un capítulo final, en el cual se aborda la historia del fenómeno de la locura en el contexto colombiano.

Mediante esta investigación se puede vislumbrar el surgimiento de las instituciones para tratar la locura, el rol que desempeñaron en la historia y la forma como trataban a las personas que eran institucionalizadas, el surgimiento y transformación del alienismo a psiquiatría y la historia de la locura y la psiquiatría en el contexto colombiano.

Palabras claves: Locura, Historia, Antigüedad, Psiquiatría, Alienismo, Enfermedad mental, Tratamientos para la locura.

II. Metodología

La presente investigación es de corte descriptivo, pretende analizar e investigar las características del fenómeno de la locura durante algunos de los principales momentos históricos de la humanidad. Por el motivo anterior, esta investigación no pretende la comprobación de hipótesis, sino más bien, la descripción de hechos a partir de distintas fuentes referenciales.

El método de trabajo para llevar a cabo esta investigación, es a través de la elaboración de una monografía. Una monografía es un estudio teórico, que pretende obtener antecedentes con la finalidad de profundizar en teorías, o aportaciones realizadas sobre un tema que es objeto de estudio (Astivera, 1973; Escorcía, 2009).

La recopilación de información se hace de forma documental, a través de libros, textos, ponencias, páginas webs o cualquier otro tipo de fuente que proporcione documentación sobre el tema a trabajar (Astivera, 1973; Escorcía, 2009). Para la presente investigación se usaron distintos autores principalmente de libros y textos académicos, de los que destacan por ejemplo, *Lecciones introductorias de psicopatología* de Baumgart (2000); *Madness: a brief history* de Porter (2002); *Nueva historia de la psiquiatría* de Postel y Quetel (2000); e *Historia de la psiquiatría en Colombia* de Rosselli (1968).

Otras fuentes de referencia, fueron periódicos virtuales y entradas de blog sobre psiquiatría y salud mental, los cuales se encuentran debidamente referenciados a lo largo del desarrollo del presente documento.

A través del desarrollo de esta monografía, se pretende contribuir a ampliar el conocimiento sobre la locura, sus explicaciones, tratamientos e impacto que tuvieron las instituciones al momento que pretendieron abordar este fenómeno para tratarlo.

III. Justificación

El interés por este trabajo surge del deseo por profundizar sobre el aspecto histórico de la locura; inicialmente el foco estaba dirigido a la evolución del fenómeno de la psicosis y el delirio, sin embargo, durante la revisión bibliográfica realizada se pudo evidenciar que ambos conceptos no existían en la antigüedad, por lo tanto no es posible hablar de estos fenómenos en épocas como la greco romana o la Edad Media. Por el motivo anterior se optó por realizar una revisión bibliográfica sobre la historia de la locura debido a que este fenómeno si puede ser rastreado desde la antigüedad.

Cabe mencionar que durante la revisión bibliográfica que se ha realizado, se ha encontrado una relación en la forma como se entiende el fenómeno de enfermedad mental y el tratamiento que reciben las personas a lo largo de la historia; por ejemplo: si el pensamiento dominante es de carácter místico-religioso aparecen las explicaciones de carácter demonológicos y el tratamiento se da mediante rituales y purgas.

Este trabajo es de carácter monográfico, pretende profundizar sobre el fenómeno de la locura en la historia a través de una exhaustiva revisión bibliográfica; y también pretende indagar en la manera como se ha abordado la locura desde el contexto colombiano.

IV. Pregunta de investigación

¿Cómo ha sido percibido el fenómeno de la locura a lo largo de la historia, sus formas teóricas y de tratamiento asociadas; y como estos procesos se desarrollaron en el contexto colombiano?

V. Objetivos

I. Objetivo General

Analizar las principales explicaciones, formas de tratamiento e instituciones que abordaron la locura desde la época antigua hasta la moderna; considerando de forma particular la manera en que estas mismas características se produjeron en el contexto colombiano.

II. Objetivos Específicos

- Establecer una aproximación histórica desde la época greco romana hasta la modernidad sobre el fenómeno de la locura.
- Mencionar las principales explicaciones y tratamientos de cada época para la locura.
- Considerar el papel que desempeñaron las instituciones que trataron la locura a lo largo de la historia.
- Mostrar cómo se articula y se expresa la trayectoria histórica de la locura en el contexto colombiano.

VI. Introducción

Antes de profundizar en los aspectos históricos de la locura es pertinente hacer por lo menos una breve definición sobre este fenómeno; antiguamente se utilizaban términos como loco, lunático, maniático y demente para describir a quien padecía un desorden mental. En la actualidad el término locura se encuentra fuera de uso en el campo de la salud mental siendo reemplazado por conceptos científicos como enfermedad mental, psicopatología y conducta anormal, sin embargo, sigue siendo usado en campos como el sociológico, el antropológico y la literatura (Galimberti, 2002).

De acuerdo a la definición del diccionario de la real academia española (DRAE) la locura es la privación del juicio o del uso de la razón, también puede ser definida como un comportamiento que se sale de la norma y debido a su carácter anómalo causa sorpresa. La locura por lo general se asociaba (y posiblemente aún se asocie) con cambios repentinos y bruscos en el estado de humor; perturbaciones en el lenguaje y el comportamiento; tendencia a la violencia; canibalismo; sed de sangre, entre otras (Porter, 2002) Como consecuencia se puede considerar que la locura se definía bajo ciertos parámetros particulares, especialmente relacionados al comportamiento de la persona en comunidad.

Maher y Maher (1985; como se cita en Hergenhahn, 2001, p.495) mencionan que el término “loco” era una palabra antigua que significaba perturbado emocionalmente; y procede de una antigua palabra raíz que significaba lisiado, herido. Estos autores mencionan algunos temas que son recurrentes al momento de examinar la conducta y el pensamiento que caracterizaba la locura; entre estos temas se encuentran: la conducta dañina, por ejemplo, la automutilación o el suicidio; los pensamientos y percepciones irreales, como por ejemplo, las alucinaciones, delirios y delusiones; las emociones inapropiadas, como reír cuando las costumbres de una comunidad dictan que debe llorar y la conducta impredecible, como cambios súbitos y persistentes en las creencia y los estados de humor.

Los criterios anteriores definían la anormalidad (locura) en función de los procesos y la conducta promedio de una comunidad. Ciertamente es difícil formular una definición que resulte satisfactoria sobre lo que es la locura, principalmente si se toma como criterio de definición aquello que es normal y anormal; pues estos criterios están sujetos a constructos sociales y culturales; por lo tanto se pierden en una pluralidad de definiciones que están sujetas a múltiples factores propios de cada sociedad, de cada momento histórico u orden etnográfico (Baumgart, 2000).

Para dar un ejemplo de la dificultad de definir la locura en términos de normal y anormal, Hergenhahn (2001) plantea algunos escenarios culturales y sociales en donde fue deseable el daño a uno mismo o a terceros. Por ejemplo, en el antiguo Japón el ritual del harakiri, el cual es un ritual de suicidio; se consideraba una forma de morir con honor para los samuráis en lugar de caer en manos del enemigo; también como una forma de pena

capital para restaurar el honor personal o familiar cuando se cometía una ofensa, o se había sido deshonrado. También se encuentra el caso de los niños castrati en Italia, donde se castraban a los niños con talento musical para prepararlos para una carrera operística y aun más contemporáneo se encuentra la guerra donde se anima a matar al enemigo.

Los escenarios anteriores implican dañarse a uno mismo o a otros, sin embargo son legitimados por un contexto social y cultural específico. Esto refleja la dificultad que plantea Baumgart (2000) cuando se pretende definir la locura desde lo normal y lo anormal; pues son términos que están sujetos y son relativos a cada contexto social y cultural desde el cual se observe una conducta. Aun así, de acuerdo a Hergenhahn (2001) siempre se han considerado las conductas y las creencias de una persona media de una comunidad como marco de referencia para diferenciar aquello que es normal de la locura.

Algunos autores (Coto, E; Fontanil, Y; Belloch, A, 2004) proponen que el término locura no es un concepto neutro y estándar que obedece a una única visión del mundo; para estos autores no es lo mismo pensar la locura como una forma de posesión demoníaca a pensarla como una enfermedad mental, o como una conducta desviada, o como una actividad cognitiva anómala. En este sentido la locura es un concepto que no es estático, pues cambia de acuerdo a las creencias dominantes de una época y también en la medida que surjan explicaciones que sean compatibles con un determinado momento social y cultural. Por lo tanto para no entrar en un eterno debate sobre la complejidad teórico-fenomenológica al momento de definir la locura; y para términos prácticos de este trabajo, se entenderá este fenómeno (la locura) como una conducta, producto de los procesos mentales; específicamente en el pensamiento, en donde se ve comprometido el juicio o uso de la razón y a su vez esta alteración se ve reflejada en la conducta y creencias de la persona, siendo este comportamiento y creencias diferentes o no compartidos por los miembros de su comunidad o por el contexto cultural de una época particular.

1 LA ANTIGUEDAD

1.1 Antecedentes históricos de la locura

Desde tiempos remotos el ser humano ha procurado entender y dar una explicación al fenómeno de la locura. Inicialmente este fenómeno se atribuía a causas sobrenaturales, malos espíritus, intervenciones divinas o hechicería. El tratamiento en estos casos era de carácter mágico-religioso, a través de la confesión, la sugestión y rituales como exorcismos o purgas. Estas primeras aproximaciones y tratamientos al fenómeno de la locura se pueden situar aproximadamente 4000 años atrás en la historia de la humanidad (Baumgart, 2000).

Se consideraba que una fuerza sobrenatural de origen desconocido actuaba sobre el individuo haciéndole perder la razón y lo transformaba en alguien distinto a él mismo (Baumgart, 2000); el tratamiento más común y antiguo del que se tiene registro para tratar la locura fueron las trepanaciones craneales.

De acuerdo con Hergenhahn (2001) algunos arqueólogos han encontrado cráneos de la edad de piedra con evidencias de haber sido trepanados. El procedimiento de trepanación consistía en perforar el cráneo con una piedra afilada para permitir que los demonios salieran de la cabeza (Gonzales y Barrio, 2010; Hergenhahn, 2001; Porter, 2002; Salaverry, 2012).

Se puede decir que la forma de pensamiento que dominaba en el hombre antiguo era de carácter animista por lo tanto las explicaciones para cualquier fenómeno, incluido la enfermedad, eran desde una mirada mágica.

Álvarez (2002) explica que las formas de pensamiento animista suplen a las objetivas en aquellas áreas del conocimiento o de la vida donde los acontecimientos son imprevisibles e incontrolados, y en donde por más voluntad que ponga el hombre no logra escapar a los efectos del fenómeno. Si se toma en cuenta que el hombre antiguo apenas estaba descubriendo el mundo y los fenómenos que había en él, es posible entender porque el pensamiento mágico fue tan dominante en las primeras etapas de la historia humana. Basta decir que estas formas de explicaciones mágicas, prevalecieron hasta la época griega en donde comenzaron a surgir las primeras aproximaciones médicas a las enfermedades, proporcionando nuevas perspectivas al fenómeno de la locura.

De acuerdo con algunos autores (Baumgart, 2000; Postel, J; Quetel, C; 2000; Coto, E; Fontanil, Y; Belloch, A, 2004) se pueden identificar tres momentos fundamentales en la historia de la locura, siendo estos: la época griega; la Edad Media, y la modernidad. Otros autores como Palanco (2008) plantean solamente dos momentos históricos macros y cada uno alberga otros sub momentos históricos; de esta forma los momentos macros serían: uno pre-científico, que abarca todo el pensamiento mágico y místico en torno a la locura y que comprende los periodos desde la era de los egipcios, pasando por la cultura griega y

romana, la Edad Media, hasta llegar al periodo post-científico que abarca desde la ilustración hasta la actualidad.

Otros autores (González et. al, 2010; Gómez, 2011; Palanco, 2008, Porter, 2002) rastrean el fenómeno de la locura hasta la cultura mesopotámica, 4000 años antes de Cristo; en esta época la locura era considerada como una forma de posesión demoníaca a causa de un castigo divino tras la ruptura de algún tabú. La palabra que se usaba para nombrar la locura era shertu que es el equivalente a ira divina, castigo, impureza moral o pecado. El shertu era causado por un demonio que poseía al infractor del tabú; de esta forma el tratamiento quedaba en manos de los sacerdotes assipu, quienes se ocupaban de las enfermedades internas, especialmente las afecciones mentales.

Básicamente el tratamiento consistía en identificar cuál era el demonio que había poseído a la persona y cuál era el pecado que se había cometido o el tabú que había sido transgredido para expiarlo mediante oraciones, salmodias, sacrificios o fórmulas mágicas (Palanco, 2008). Se recomendaba el opio y el aceite de oliva para el tratamiento de los desórdenes mentales, pues al suponer que la locura era causada por posesión demoníaca era necesario hacer uso de ciertas sustancias con la finalidad de purificar el organismo del poseído (Baumgart, 2002).

Conforme a lo mencionado en los párrafos anteriores, se puede afirmar que la locura es un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma (Porter, 2002). Los registros históricos de la locura se remontan a las primeras culturas; a continuación se presentan brevemente algunas de las primeras culturas que registraron la locura en su historia:

1.1.1 La cultura Egipcia:

De acuerdo a Hergenhahn (2001) aproximadamente 3000 años antes de Cristo los egipcios demostraron poseer habilidades en el tratamiento de heridas superficiales, para arreglar fracturas e implementaron tratamientos naturales para dolencias con causas desconocidas, como por ejemplo: baños de vapor, masajes y remedios de hierbas.

Algunos autores (Gómez, 2011; y Palanco, 2008) coinciden que una de las principales características que destacó de la cultura egipcia en torno a la locura, fue el sistema médico, pues crearon espacios en los templos para el tratamiento de la locura a través de actividades recreativas como: excursiones, conciertos, danza, pintura, dibujo y otros. Asimismo, los autores también coinciden en que los egipcios fueron los primeros en considerar el cerebro como el órgano donde se localizan las funciones mentales.

De acuerdo a González et al. (2010) fue en el papiro egipcio de Edward Smith donde se reconoce por primera vez en la historia al cerebro como “localización de las funciones mentales”. Los autores también mencionan que los egipcios atribuyeron al cerebro las funciones motoras.

González et al. (2010) y Palanco (2008) afirman que los egipcios también describieron los síntomas de algunos trastornos mentales que en siglos posteriores serían reconocidos bajo la forma de histeria y la epilepsia, siendo esta última considerada como una forma de locura por varios siglos. Esta cultura fue una de las primeras en hacer uso de

algunas plantas medicinales para hacer un tratamiento farmacológico primitivo, entre las plantas que se usaban estaba el opio como un inductor del sueño para tratar la depresión (Groff, 2011)

1.1.2 La cultura Hindú:

De acuerdo con Grof (2011) los registros de la locura en la cultura hindú se remontan a la época védica, periodo que abarcó los años 2500 y 800 antes de Cristo. En esta cultura se consideraba la locura como una forma de posesión; entre los demonios causantes de la locura se menciona a Grahi, a quien se le describía como un espíritu similar a un perro, el cual era el responsable de las convulsiones de la epilepsia (Porter, 2002) Entre los tratamientos más comunes para la locura, se encontraban las oraciones a los dioses, las ofrendas y los exorcismos. Algo que destaca en esta cultura, de acuerdo con Groff (2011), es que aparte de los tratamientos místico-religiosos, los hindúes implementaron una forma primitiva de terapia de shock, en donde por ejemplo; se exponía al loco a cobras sin colmillos con la intención de disipar la locura a través del miedo. También simulaban falsos ataques con elefantes que habían sido entrenados para detenerse en el último momento; e incluso sorprendían al loco arrojándolo repentinamente en agua fría.

Para las personas de clase alta o de reputación prestigiosa se organizaba una forma primitiva de psicodrama que implicaba, por ejemplo, que el loco fuera capturado por la guardia real, ser sentenciado a muerte, y recibir el perdón del rey en el último minuto. Los hindúes realizaban estas formas de terapias bajo la creencia que una experiencia que confrontara al loco con la muerte, aunque fuera simulada, tenía un profundo efecto terapéutico en la mente trastornada.

Aparte de los tratamientos místicos, las terapias primitivas de shock y psicodramas, los hindúes también usaron plantas medicinales para el tratamiento de la locura. Grof (2011) menciona dos plantas que fueron particularmente usadas para tratar la locura: la primera planta tiene una historia particularmente interesante porque debido al paso del tiempo su identidad se ha perdido, lo que ha generado un amplio debate en el campo de la botánica para identificar qué planta era; esta planta poseía potentes cualidades psicodélicas y con ella se realizaba una bebida ritual que era tan potente que recibió el nombre de un dios, Soma. Algunas de las plantas que han sido consideradas como candidatas a ser el ingrediente del Soma son: Amanita muscaria, Psilocybe cubensis, Peganum Harmala y Ephedra sinica. La segunda planta fue la Rauwolfia Serpentina que se usó como una forma de tranquilizante para tratar la locura, en la actualidad de esta planta se extrae la base para la reserpina el cual es un alcaloide que se usa en farmacología como antipsicótico.

1.1.3 La cultura China:

Esta cultura tampoco fue ajena al pensamiento mágico; de acuerdo a Grof (2011) algunos de los primeros registros de la locura datan del periodo shang, el cual comprendió los años 1766 al 1122 antes de Cristo. En esta cultura predominaban las ideas de la

influencia de dioses y demonios en la conducta anormal de los locos; nuevamente se ven tratamientos como exorcismos llevados a cabo por chamanes.

No obstante, el pensamiento mágico también convivía con otras explicaciones de carácter holístico. Entre estas explicaciones se encontraba la teoría de los flujos de energía que fue base fundamental en la medicina china. Según esta teoría, las enfermedades eran ocasionadas como resultado de una perturbación en el flujo de energía del cuerpo; en este sentido la medicina china no distinguía entre una enfermedad física o una enfermedad mental, ambos casos eran simplemente considerados como manifestaciones de una perturbación en el equilibrio energético del cuerpo.

La teoría de los flujos de energía planteaba el universo como un entramado complejo de cinco elementos o principios cósmicos: metal, tierra, fuego, agua, y madera; estos elementos influían tanto en el macrocosmos como en el cuerpo y en la mente, a través de una fuerza en forma de energía que se llamaba Chi. Esta energía circulaba por el cuerpo a través de canales; por lo tanto al bloquearse un canal, el flujo de energía se desequilibraba y como consecuencia se producía la enfermedad (Grof, 2011).

El tratamiento, por lo tanto, implicaba abrir nuevamente los canales de energía que se habían cerrado; esto se realizaba aplicando agujas frías y calientes en diferentes puntos del cuerpo. Este procedimiento se conoce como acupuntura en la actualidad. Sin embargo, como ya se ha mencionado, debido a que la medicina china no distinguía entre una enfermedad física de una mental el tratamiento era el mismo tanto para una dolencia física como para alguien que enloquecía (Grof, 2011).

1.1.4 La cultura Hebrea

Es posible rastrear también en la cultura hebrea registros de casos de locura; por ejemplo, en el antiguo testamento, en el libro de Daniel; se cuenta el caso del rey de la dinastía caldea de Babilonia, Nabucodonosor, cuyo reinado comprendió el periodo de 605 al 562 antes de Cristo.

De acuerdo a la biblia, el rey Nabucodonosor es castigado por Dios con la locura a causa de sus pecados e injusticias. El rey pierde la razón, es expulsado de entre los hombres y vive como bestia entre los animales por un periodo de siete años, hasta que se recupera por decisión divina (Salaverry, 2012).

En el libro de Mateo, Marcos y Lucas del nuevo testamento, se cuenta el caso del endemoniado de Gadareno. De acuerdo a la historia, esta persona estaba poseída por una legión de demonios y a causa de esto no vestía ropas ni vivía entre las personas, además vivía en los sepulcros y era tan violenta que ninguna persona podía pasar por el camino de los sepulcros; en uno de sus viajes Jesús llega a la región de Gadara, donde se encuentra con el endemoniado y lo libera de los espíritus malignos que lo atormentaban.

Algo que llama la atención de los dos casos mencionados, es que en ambos el loco es excluido de la vida entre las personas “normales”, es segregado de la comunidad. Postel, et. al (2000) explica que esta conducta se debía a que en muchas ocasiones el loco amenazaba la paz o el orden público. Como resultado el trato de la sociedad hacia el loco

casi siempre era cruel, podían ser condenados a muerte o apedreados por considerarlos portadores de malos espíritus.

Debido a que no había santuarios terapéuticos o instituciones hospitalarias para tratar a los locos en la cultura hebrea antigua, muchos huían a los bosques para escapar del trato cruel de la sociedad, allí eran olvidados y al no recibir ninguna forma de cuidado su condición empeoraba, en ocasiones se podían volver una amenaza para los que tropezaran con ellos (Postel, et. al 2000), como se mencionaba en el caso del endemoniado de Gadareno. Es probable que tanto Nabucodonosor como el endemoniado de Gadareno huyeran de la comunidad para evitar el trato cruel y sin recibir un ninguna clase de cuidado sus estados se deterioraran y empeoraran hasta el punto de volverse tal y como son descritos en la biblia.

Se pueden apreciar hasta el momento cinco culturas, que surgieron en determinados momentos históricos, en diferentes regiones, con diferentes creencias; pero con una cosa en común: la noción de locura. A pesar de que cada una tuvo un acercamiento particular al fenómeno de la locura, se puede ver que la idea más común era que este fenómeno era ocasionado por fuerzas externas de origen divino o demoníaco. Es así como por ejemplo, de acuerdo con Porter (2002) se puede apreciar en un texto asirio que data del 650 A.C los síntomas de la epilepsia asociados con demonios:

“Si al momento de la posesión, la persona se encuentra sentada y su ojo izquierdo se desvía hacia un lado; frunce los labios; empieza a salir saliva de su boca y las extremidades del lado izquierdo de su cuerpo se retuerce como una oveja sacrificada, es Migtu (N. del T: nombre del demonio responsable de la convulsión epiléptica). Si al momento de la posesión la mente de la persona está consciente, el demonio puede ser expulsado. Si al momento de la posesión la mente de la persona no está muy consciente el demonio no puede ser expulsado” (Porter, 2002; p 12-13) (Traducción del autor)

De acuerdo a lo anterior, se puede apreciar la forma como el pensamiento dominante determina la manera como se explica el fenómeno de la locura; las culturas mencionadas en los párrafos anteriores tenían un pensamiento dominante de carácter mágico-religioso, a través del misticismo y la religión se explicaba aquello que era anormal o escapaba de la razón.

Salaverry (2012) propone que esta visión generalizada que había en torno a la locura alrededor del mundo, era producto de un pensamiento primitivo que a su vez daba tratamientos primitivos como sacrificios, purgas, fórmulas mágicas e incluso las trepanaciones craneales, con evidencias de su aplicación en casi todo el mundo, y cuya finalidad era permitir que salieran de la cabeza los demonios que causaban la locura.

Incluso en la cultura griega el pensamiento mágico-religioso dominaba al momento de explicar la locura en sus primeros tiempos (Coto, E; Et al, 2004) sin embargo, es a partir de esta cultura que se comienza a ver la locura desde una perspectiva más naturalista, gracias al desarrollo de la medicina griega. Lo anterior se podrá apreciar con más detalle en los siguientes apartados.

1.2 La cultura Griega: Las formas de locura

Antes de profundizar en el tema de la locura griega es necesario contextualizar algunos aspectos de esta cultura. Algunos autores (Parra, 2014; Portilla, 2010) sitúan los orígenes de esta cultura cerca del año 3000 antes de Cristo en la isla de Creta, se considera que esta cultura no desapareció como tal sino que fue absorbida por el imperio romano hasta su caída en el año 476 después de Cristo (Portilla,2010).

Portilla (2010) describe a los griegos como politeístas, es decir que adoraban a varios dioses, como por ejemplo: Zeus, Atena, Afrodita, Poseidón, entre otros, y rendían culto en templos dirigidos por sacerdotes. Los cultos consistían en oraciones, ofrendas, oráculos y sacrificios. Esta postura politeísta iba de la mano con el pensamiento animista, en otras palabras, los griegos creían en la intervención de fuerzas sobrenaturales en aquellos fenómenos que no podían ser explicados mediante la razón o la experiencia.

No fue sino a partir del periodo clásico, aproximadamente a partir del año 494 hasta el 359 antes de Cristo (Portilla, 2010) que empezó un crecimiento en el conocimiento científico y los griegos empezaron a acercarse al fenómeno de la locura desde una perspectiva naturalista; gracias a que en el campo de la medicina griega se desarrolló el concepto de enfermedad, lo que permitió explicar desde una perspectiva natural aquellos fenómenos que anteriormente eran atribuidos a la acción de fuerzas superiores.

Es importante mencionar que el desarrollo del concepto de enfermedad fue un proceso lento que implicó la participación de los campos filosóficos y médicos. Como se podrá apreciar en los siguientes párrafos, los griegos creían en la acción de fuerzas divinas en las etapas iniciales de su cultura. Es a partir del periodo clásico, con el aporte de Hipócrates que las enfermedades empiezan a perder su carácter divino para ser explicadas como manifestaciones somáticas de un desequilibrio en el cuerpo. Aun así, se podría decir que las explicaciones médicas no erradicaron del todo las creencias sobrenaturales en torno a la enfermedad.

El pensamiento griego en torno a la enfermedad se consolidó como una mezcla de misticismo y razón, ambas posturas encontraron un punto intermedio para coexistir; lo anterior se ve por ejemplo, en la forma como se concebía la locura, es así como de acuerdo con López (2006) los griegos creían que habían dos formas de locura: la divina y la humana.

El periodo de avances en la forma de entender las enfermedades; entre ellas el fenómeno de la locura, tiene su final con la caída del imperio romano; ya que a partir de este acontecimiento, se inicia un nuevo ciclo en la historia de la humanidad que se caracterizó por una involución en el conocimiento científico, la Edad Media. Sin embargo, lo anterior es una discusión reservada a futuros capítulos; por el momento es suficiente con profundizar en las dos formas de locura que los griegos creían.

1.2.1 La locura divina

En los inicios de la cultura griega, aproximadamente en el año 3000 antes de Cristo (Parra, 2014; Portilla, 2010) la locura era vista como una forma de posesión demoníaca o

de algunos dioses. En el pensamiento popular predominaba la creencia que la locura era una forma de posesión que en ocasiones, en caso que la posesión fuera producida directamente por un dios, podía otorgar dones proféticos al poseído. En este sentido la locura tomaba un carácter de enfermedad sagrada y el loco era visto como una persona que había sido elegida por los dioses, un ejemplo particular ocurría con la epilepsia, que fue considerada enfermedad sagrada debido a que las convulsiones súbitas que ocasionaba esta enfermedad se interpretaban como augures de los dioses (Salaverri, 2012).

Los griegos creían que la locura era producto de la posesión de dos espíritus malignos que eran personificados por dos diosas: Manía y Elisa, que eran enviadas por los dioses en estado de cólera (Coto, E; Et al, 2004; Groff, 2011; Porter, 2002). Algunos de los principales tratamientos que se usaban para tratar la locura fueron: la inducción de sueño e interpretación de los sueños a cargo de sacerdotes y el diálogo con el paciente (Palanco, 2008).

Algunos de los dioses que popularmente se asociaban con la locura eran: Ares, Zeus, Apolo, Hera, Afrodita, las ninfas, entre otros. De esta forma, de acuerdo con Porter (2002), por ejemplo, si el loco se comportaba como un animal de ganado, como una cabra o una vaca, y convulsionaba entonces la locura se atribuía a Hera, la madre de los dioses. De igual forma, si el loco lanzaba patadas y babeaba por la boca, entonces el responsable de la locura era Ares. Álvarez (2002) también da algunos ejemplos de la locura como producto de intervención divina, por ejemplo, si la persona se ponía a dar gritos agudos como caballo se atribuía a una ofensa hacia Poseidón; quienes se atrevían a mirar a Medusa eran castigados con la parálisis.

De acuerdo a lo anterior, se puede entender que cada dios tenía una forma de locura con síntomas característicos; es decir, cada dios y su ira desencadenaban una enfermedad que solo el mismo dios era capaz de curar (Sigerist como se cita en Álvarez, 2002 p.15) De esta forma, se crea una dualidad de ira-enfermedad y bondad-cura que con el paso del tiempo cristaliza en la figura de Asclepio, dios que tenía el don de curar la ira de los demás dioses y de esta forma también las enfermedades que sus iras provocaban (Álvarez, 2002).

Según las creencias populares, existían diversos motivos por los cuales un dios decidía enviar la locura; podría ser por capricho; como una forma de castigo a causa de una falta cometida; o por un acto que provocaba la ira de los dioses como una ofensa o sacrilegio. Por lo general, la cura era efectuada por el mismo causante de la falta a través de sacrificios u ofrendas ofrecidas al respectivo dios en su respectivo templo (López, 2006).

Tal como se mencionó en párrafos anteriores, con el paso del tiempo la dualidad entre ira-enfermedad y bondad-cura que caracterizó la dinámica de los dioses, dio lugar al surgimiento de Asclepio (los romanos lo conocerían como Esculapio), dios que se encargó de curar los males de todos los dioses.

De acuerdo con algunos autores (Groff, 2011; Porter, 2002), había una forma especial de terapia para curar cualquier padecimiento entre los griegos; esta terapia se llevaba a cabo en templos dedicados a Asclepio (Esculapio). El ritual de curación era conocido como incubación o temple sleep (por su término en inglés), consistía en realizar

un ritual de purificación antes de entrar al templo; por este motivo la persona se abstenía de comer alimentos y beber vino; para entrar al templo se debía realizar el sacrificio de un animal de ganado como una oveja o cabra en la entrada del templo, cerca a la imagen de la deidad. Una vez adentro la persona debía vestirse con una túnica especial del templo que era proporcionada por los sacerdotes y pasar la noche en el templo. Se creía que durante la noche Asclepio (Esculapio) visitaba a la persona y durante el sueño realizaba la curación de cualquiera que fuera el mal que tuviera (Grof, 2011).

Otra de las creencias en torno a la locura, era que podía ser causada al profanar una imagen o un lugar cultural; por ejemplo, al mirar, al tocar, o al ingresar a un sitio sagrado. En estos casos la locura no era producto de un castigo divino sino que era consecuencia de la santidad del lugar o de las imágenes lo que ocasionaba la locura. López (2006) relata un caso registrado en la mitología griega: Atenea le entrega a una de las hijas de Cécropo su hijo (Erictonio), que era fruto de una unión con Hefestos, la doncella al ver al niño, en una canasta, custodiado por dos serpientes enloquece y se suicida. En este caso, la locura, más que un castigo divino, era una forma de ceguera mental, producto de un deslumbramiento que produce lo sagrado en el alma humana (López, 2006).

Entre las creencias populares sobre la locura, también se encontraba la idea que la locura podía ser inducida por encantamientos y rituales mágicos a través de brujos o hechiceros y las divinidades que influían en este tipo de locura eran de origen subterráneo como Hermes o Hecates (López, 2006; Postel, et. al, 2000).

Con el paso del tiempo y a medida que la astrología empezaba a tener auge en la cultura griega, se empieza a aceptar la idea que los astros tienen influencia sobre el comportamiento, la muerte, el destino, y la fortuna de las personas. De esta forma, los dioses son introducidos en las teorías astrales y se comienza a deducir de que la locura se origina debido a que algunos cuerpos celestes estaban alineados en una posición determinada; por lo tanto esta alineación tenía influencia sobre el estado mental del loco (Rosen como se cita en López, 2006. p.193).

A través de la literatura, especialmente los mitos y las tragedias, quedaron registrados casos de locura; así mismo estos mitos funcionaron como una forma de explicar la locura divina (Porter, 2002). Por ejemplo, de acuerdo con López (2006), Hesíodo afirmaba que el sol de verano tenía efectos nocivos sobre las personas debido al calor, pues las mujeres enloquecían de amor y los hombres se debilitaban.

En los mitos y las tragedias los protagonistas estaban a merced de fuerzas superiores, los dioses o el destino. Algunos casos que retrataron al hombre como un ser sometido a fuerzas externas se puede encontrar en los relatos de la Ilíada, por ejemplo, cuando Ulises debe navegar por la isla de las sirenas.

Saer (2004) relata el caso de la Ilíada de forma breve: habiendo sido advertido por la adivina Circe sobre el peligro de escuchar el canto de las sirenas, Ulises cubre los oídos de su tripulación con cera y se hace amarrar al mástil de su barco (pues él quería escuchar el canto); de esta forma consiguen pasar la isla sin ser hechizados por el canto de las sirenas; aquellos que escuchaban el canto de las sirenas se precipitaban a una muerte segura

a manos de estos monstruos marinos, pues eran devorados por ellas.

Otro caso clásico que refleja la influencia de fuerzas externas en el hombre es el relato de Edipo, quien se determina a luchar para no cumplir aquello a lo que estaba destinado y sin embargo termina asesinando a su padre y casándose con su madre. López (2006) relata el caso de las hijas del rey Minia de Órcomeno quienes deciden quedarse en casa hilando durante una de las celebraciones de Dionisio, como castigo por desprecio a su culto, el dios le envía una locura mística que hace que maten y despedacen a uno de sus hijos al confundirlo con un cervatillo.

Los relatos de los párrafos anteriores, refuerzan la idea que plantea López (2006) al afirmar que el pensamiento primitivo del hombre griego lo ponía en un mundo rodeado de fuerzas desconocidas; estas fuerzas podían afectarlo para bien o para mal y que en ocasiones se materializaba en seres reales, demonios, o espíritus. En el caso de Ulises esta fuerza se materializa en las sirenas y su tentador canto; en el caso de Edipo la fuerza es el destino que resulta inevitable; y en el caso de las hijas del rey Minia es la locura de Dionisio.

La locura por lo tanto es interpretada como una de las tantas manifestaciones de las fuerzas superiores o divinas que recaen en la vida del hombre, en ocasiones por capricho de los dioses, o por castigo.

1.2.2 La filosofía y la enfermedad del alma

Aparte de las creencias populares que había en torno a la locura también se encontraban las posturas filosóficas.

De acuerdo con Porter (2002), los filósofos griegos de los siglos V y IV antes de Cristo estudiaron la naturaleza, la sociedad y la consciencia como un intento de encontrar un orden en los fenómenos que se manifestaban en el mundo. Según Huertas (2014) los filósofos griegos también se interesaron por la locura, pues sentían la necesidad de describir y entender ciertos comportamientos humanos; de acuerdo al autor los filósofos fueron los primeros en plantear respuestas ante los interrogantes de la locura aun antes que los médicos. Se puede decir que mientras los médicos griegos trataron la locura como una enfermedad del cuerpo, los filósofos se interesaron por la locura como una forma de enfermedad del alma.

El pensamiento filosófico griego consideraba el alma o la mente como algo que era cualitativamente distinto al cuerpo (Huertas, 2014). En este sentido, el ser humano se constituía por una dualidad; por un lado estaba su esencia física, mortal, representada en el cuerpo, y por el otro se encontraba una esencia superior, inmortal, representada en el alma.

Algunos de los principales filósofos griegos que hablaron sobre la locura como enfermedad del alma fueron Platón y Aristóteles.

De acuerdo con Huertas (2014) Platón estableció tres tipos de alma: la apetitiva que acogía las necesidades y apetitos de la persona; la afectiva que acogía las emociones, percepciones y conocimiento concreto; y la racional que asumía las funciones más elevadas como el conocimiento general y abstracto. De esta forma las primeras dos almas (apetitiva

y afectiva) eran inferiores y estaban relacionadas con el cuerpo y la parte irracional humana; mientras que el alma racional era la parte superior, inmaterial e inmortal.

De acuerdo a Coto, Et al (2004) para Platón, cuando las almas irracionales rompían el vínculo con el alma racional; esta última enfermaba y la persona enloquecía. El vínculo de las almas se rompía cuando los apetitos irracionales vencían la razón; es por este motivo que la irracionalidad representaba una amenaza que el alma debía combatir a través de la razón (Porter, 2002).

Aparte de la locura producida por la irracionalidad, Platón también planteó una forma de locura divina que era enviada por los dioses y dotaba de habilidades proféticas al loco (Rivera, 1998); dicho en otras palabras, para este filósofo habían dos formas de locura, una producto de la enfermedad del alma y la otra divina.

Por su parte, Aristóteles dividió el alma en tres estratos; de acuerdo con Huertas (2014) la posición de Aristóteles se diferencia de la de Platón, porque introdujo una noción más naturalista; de esta manera, el alma, según este filósofo, se dividía en el estrato vegetativo, que regulaba las funciones del crecimiento, la asimilación y la reproducción; el sensitivo, al que le correspondía el movimiento y las sensaciones; y el racional, donde se ubicaban las funciones intelectuales.

Muy similar al planteamiento de Platón, Aristóteles consideraba que sólo el estrato racional era inmaterial e inmortal (Huertas, 2014). De acuerdo a estas ideas, la locura se consolidó como un defecto moral en donde se producía un desequilibrio entre distintas partes o estratos del alma; particularmente cuando las partes inferiores del alma dominaban sobre la parte superior; por ejemplo, en el pensamiento platónico había una relación entre la enfermedad del alma y las pasiones; era por este motivo que se producía la locura, pues la parte del alma inferior, aquella que contenía los apetitos, dominaba la parte racional del alma.

Hasta este punto se han visto las principales ideas que había en torno a la locura durante los primeros siglos de la cultura griega. Como se puede apreciar según lo expuesto en los párrafos anteriores, no hay una diferencia muy significativa entre las explicaciones místico religiosas griegas y las de otras culturas como la mesopotámica, la hindú, la egipcia, la china o la hebrea.

En todas aparece un factor externo como causante de la locura, bien sea en forma de demonio, en forma de energía universal o de dioses, que influye sobre el comportamiento de la persona que enloquece, es así como el loco se encuentra a merced de fuerzas que lo sobrepasan y no puede controlar.

Lo que hace particular a la cultura griega es el hecho de que en primer lugar, gracias a los filósofos, se formula una primera aproximación a la relación entre el sujeto y la locura, tal como se puede ver por ejemplo en el pensamiento de Platón y Aristóteles; en estos caso la locura no era el resultado de la acción de fuerzas externas, por el contrario era el producto de un desequilibrio, un conflicto interno que se generaba en el alma del hombre, entre las pasiones y la razón.

En segundo lugar, a partir del periodo clásico, los avances de la medicina griega

permitieron formular las primeras explicaciones de corte naturalista en torno a la locura; como se podrá apreciar en los siguientes párrafos, gracias al desarrollo del concepto de enfermedad, la locura pierde en gran parte el carácter divino y místico en el que había estado envuelta en los siglos anteriores.

Es así como con el paso del tiempo, las teorías místico-religiosas y las posturas filosóficas relacionadas con el alma van a encontrarse con las posturas de carácter racional (natural) relacionadas con el cuerpo, propias de la medicina griega. A pesar de que las teorías místicas y las racionales eran la antítesis de la otra, lograron coexistir; y aunque las teorías de corte naturalista fueron ganando terreno con el paso del tiempo, no lograron sustituir por completo las teorías místicas; se considera que en lugar de una verdadera oposición entre estos marcos teóricos más bien se dio una coexistencia pacífica (López, 2006).

1.2.3 La locura humana

Los griegos fueron los primeros en estudiar las alteraciones mentales, entre ellas la locura desde una perspectiva naturalista. Durante el siglo V y IV antes de Cristo, Grecia entra en lo que se conoce como la era clásica, una época que se caracterizó por el desarrollo del conocimiento médico y científico, además de múltiples aportes en campos como el arte y la literatura (Portilla, 2010). Fue durante este periodo que surgieron los primeros intentos de explicar la locura desde una perspectiva que se apartaba del misticismo y abogaba más por una visión natural (Gonzales y Barrio, 2010, Palanco, 2008).

Distintos autores (Baumgart, 2000; Coto, E; Et al, 2004; Giraldo, 2008; Grof, 2011; Hergenhahn, 2001; López, 2006; Postel, et. al; 2000; Palanco, 2008; Porter, 2002; Salaverry, 2012) concuerdan con que Hipócrates y su teoría de los humores fue el punto de partida para el estudio de la locura como un fenómeno natural.

Hipócrates (460-355 A.C.) fue un médico griego quien postuló que todas las enfermedades incluso las mentales, entre ellas la locura, tenía un origen natural al igual que las enfermedades físicas. Esta postura revolucionó el concepto de locura, pues aquello que anteriormente era visto como una maldición o una imposición divina, pasó a ser conceptualizada como una enfermedad con causas naturales (Coto, E; Et al, 2004)

La teoría humoral de Hipócrates tuvo un gran impacto en el campo de la medicina porque formuló el primer concepto de enfermedad, además naturalizó la locura y se la arrebató a los dioses (Baumgart, 2000; Coto; Et al, 2004; Giraldo, 2008; López, 2006; Postel, et. al; 2000; Palanco, 2008; Porter, 2002; Salaverry, 2012). Básicamente esta teoría explicaba que existían cuatro tipos de fluidos en el cuerpo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema; junto con una cualidad que acompañaba estos fluidos: calor, frío, sequedad y humedad (Postel, et. al; 2000). Dependiendo de la predominancia de dichos fluidos en el cuerpo se constituía un tipo de personalidad; si predominaba la sangre, la personalidad era sanguínea; si predominaba la bilis amarilla, la personalidad era colérica; si predominaba la bilis negra, la personalidad era melancólica; y si predomina la flema, la personalidad era flemática (Baumgart,2000. p. 49).

De acuerdo a la teoría de Hipócrates la salud se determinaba por un equilibrio adecuado de los humores y sus cualidades, se consideraba que el desequilibrio entre los humores y sus cualidades era el causante de las enfermedades en general, entre estas la locura (Coto, E; Et al, 2004; Postel, et. al; 2000).

En palabras de Postel, et. al (2000) para Hipócrates todas las enfermedades, incluso los trastornos mentales como la locura, tenían un origen físico, es decir, que tenían una explicación fisiológica y requerían un tratamiento somático o físico, por ejemplo, implementando un régimen alimentario, o la aplicación de frío o calor con la finalidad de mantener un equilibrio en los humores.

Un ejemplo de un tratamiento físico que aplicaron los médicos griegos para tratar la locura, lo menciona Porter (2002). El autor menciona que si la persona tenía la sangre contaminada con toxinas, esto podría llevar a un estado maníaco, por lo que el tratamiento que se recomendaba era la aplicación de sangrías; el mismo autor también menciona que con los pacientes delirantes se les recomendaba una dieta basada en ensaladas verdes, carnes rojas, abundante agua y leche. Además de las sangrías y las dietas, también se recomendaba el ejercicio físico.

La teoría de Hipócrates no excluye las partes del cuerpo, es decir que las enfermedades afectan partes específicas del cuerpo. En el caso de la locura, Hipócrates consideró que la parte afectada era el cerebro, sin embargo, para Hipócrates este órgano no producía la locura, si no que a través de él se manifestaban los trastornos humorales en expresiones psíquicas como preocupación, errores, angustia, delirios, entre otros, siendo el cerebro principalmente afectado por la flema o la bilis (Postel, et. al 2000). Es así como por ejemplo, un exceso de bilis negra causaba que el temperamento de la persona se tornara difícil e impulsivo, celoso, de mal humor y con impulsos suicidas.

La teoría humoral dio paso a la fundación de numerosas escuelas que estudiaron las enfermedades desde una perspectiva naturalista. Las principales escuelas que se fundaron después de la teoría hipocrática fueron: la metodista, la neumática y el eclecticismo (Postel, et. al; 2000).

La escuela metodista veía el cuerpo humano como un conjunto de partículas o átomos que permanecían en perpetuo movimiento y circulaban por una serie de conductos en el cuerpo; para esta escuela la enfermedad se presentaba cuando se producía una alteración o desorden en el movimiento de los átomos o en los conductos del cuerpo; por ejemplo, la Frenitis era la constricción de los conductos por lo tanto se dificultaba la circulación de los átomos al cerebro (Huertas, 2014). La explicación de enfermedad propuesta por esta escuela, comparte similitudes con la teoría de los chis y los canales de energía de los antiguos chinos.

Por otro lado, de acuerdo con Huertas (2014), la escuela neumática propuso la enfermedad como un desequilibrio en la mezcla de los humores; este desequilibrio ocasionaba una alteración en el pneuma, que era el aire respirado; de esta manera, la locura se podía ocasionar a causa de un desequilibrio bilioso, el exceso de esta sustancia impedía el paso del aire con su inteligencia hasta el cerebro, por lo tanto el cerebro al verse privado

del elemento que lo hacía racional y coherente sucumbía a la locura y la persona manifestaba síntomas como espuma por la boca, alucinaciones auditivas y olfativas, ilusiones y espasmos (López, 2006).

La influencia de la teoría de los humores de Hipócrates marcó un antes y un después en la historia de la locura, pues esta fue la primera teoría que clasificó la enfermedad como algo natural, y debido a que los griegos anteriormente no hacían una distinción entre enfermedad física y enfermedad mental, se puede considerar que gracias a esta teoría la locura pudo ser explicada desde una perspectiva naturalista, alejándose de las explicaciones místicas. En palabras de Ristich (1970), la medicina hipocrática rechazó la medicina sacerdotal en beneficio de la observación médica.

La influencia de la teoría de los humores fue ganando fuerza con el paso de los años e influyó en otros médicos y pensadores griegos que se interesaban por estudiar las enfermedades.

1.3 La locura en el periodo Romano

El estudio de las enfermedades y los avances médicos se extendió hasta el periodo romano; Grecia fue conquistada por Roma aproximadamente en el año 146 antes de Cristo. La cultura griega no desapareció como tal, se podría decir que más bien experimentó un fin en su independencia política, mientras que su arte, pensamiento y ciencia, continuaron en el imperio romano.

Ristich (1970) afirma que durante el periodo de transición de la cultura griega a la romana, solo dos hombres sobresalieron; el primero fue Herófilo, quien estudió el cuerpo humano y distinguió los nervios de los ligamentos y tendones, además de describir la función de la médula y los nervios para transmitir información externa al cerebro. El segundo hombre que menciona Ristich (1970) es Erasístrato quien estableció una relación entre la cantidad de circunvoluciones en el cerebro y la inteligencia, a mayores circunvoluciones mayor el grado de inteligencia. Es poco o nada lo que se puede decir sobre el estudio de la locura durante ese periodo de transición.

Una vez establecido el imperio romano entre los griegos, el estudio de la medicina y las enfermedades continuaron a manos de los médicos romanos. Las explicaciones naturalistas permanecieron firmes, aunque no se puede negar que las explicaciones místicas seguían teniendo fuerza en el pensamiento popular, esta dualidad de pensamiento perduró hasta el final del imperio romano.

Se podría decir que los médicos romanos continuaron con el legado y el conocimiento de los médicos griegos a través del estudio y la creación de una primera forma de nosología de la locura, algunos de los médicos que contribuyeron a este nosología, de acuerdo con González et al. (2010) y Palanco (2008) fueron: Cornelio Celso quien dividió las enfermedades en locales y generales, incluyendo la locura en las enfermedades generales; así mismo subdividió la locura en dos estados: la febril (ocasionada por delirios) y la no febril (la locura propiamente).

Los mismos autores (González et al, 2010; Palanco, 2008) también mencionan a

Areteo de Capadocia, quien estableció la manía y la melancolía como extremos de una misma enfermedad. De esta manera, Areteo planteó que las personas propensas a la manía eran irritables y violentas, mientras que las personas propensas a la melancolía eran de carácter depresivo.

Así mismo, Areteo de Capadocia junto con Sorano, otro médico romano contemporáneo, fueron los primeros en enfatizar el tratamiento al loco basado en principios humanitarios. Es así como estos médicos hicieron énfasis en el trato con gentileza y discreción en el tratamiento con el loco, de igual manera resaltaron la necesidad y la importancia del contacto por parte del loco con otras personas y la supervisión durante el periodo de convalecencia (Groff, 2011)

Un último médico romano que los autores (González et al, 2010; Palanco, 2008) destacan es a Galeno de Pérgamo, quien basó sus postulados de salud principalmente en la teoría de los humores de Hipócrates, adicionalmente, Galeno estudió las lesiones cerebrales y descubrió que las lesiones de un lado del encéfalo se veían reflejadas en alteraciones de las extremidades del lado opuesto.

Galeno tomó los trastornos psíquicos y los dividió en orgánicos y mentales. Los trastornos psíquicos orgánicos hacían referencia a estados producido por lesiones craneoencefálicas o el uso de sustancias como el alcohol; mientras que los trastornos mentales se referían a estados de alteración emocional, como por ejemplo, los temores o los desengaños amorosos (González et al, 2010; Palanco, 2008).

Adicional los estados emocionales alterados, Galeno también abordó la melancolía y la manía explicándolas desde una interpretación propia de la teoría humoral de Hipócrates. De esta forma plantea que la manía era producto de un exceso de bilis amarilla que se manifestaba con alucinaciones y delusiones; Mientras que la melancolía era el resultado de un exceso de bilis negra y su principal manifestación sería la depresión (Salaverry, 2012)

De acuerdo a Palanco (2008) con la muerte de Galeno concluye una etapa en el estudio de la locura que da paso a un periodo de oscurantismo donde ocurre una involución en el conocimiento que se había desarrollado hasta el momento sobre este fenómeno; este periodo se extenderá hasta el siglo XVIII y será conocido como la Edad Media. Este último tema será abordado más adelante, en el desarrollo de este documento.

Se podría decir que entre los aportes más significativos que hicieron los médicos romanos al estudio de la locura fue el de formular un primer intento de clasificación de las formas de locura.

1.3.1 Las principales nosologías de la locura del periodo Romano

Como se ha visto hasta el momento, el estudio de la locura desde una perspectiva naturalista tiene sus orígenes en la medicina griega; en este sentido, toda enfermedad tenía orígenes somáticos; sin embargo, había algunas enfermedades que afectaban el carácter de las personas y su conducta, que transformaban su espíritu y perturbaban su alma; esto era la locura. El estudio de este fenómeno continúa en el periodo romano; una vez Grecia cae en manos de Roma, los avances e ideas de los médicos griegos son adoptados por la medicina

romana y de esta forma la línea de pensamiento naturalista continúa en esta época.

Postel, et. Al (2002) menciona cuatro tipos de locura que fueron catalogadas por los médicos romanos; a continuación se describen de manera breve:

Frenitis

Ya desde la época clásica de Grecia se hablaba de ella, fue clasificada como una forma de locura aguda en el Corpus Hippocraticum de Hipócrates; entre sus síntomas estaban los delirios; cuadros de fiebre intensos y continuos; insomnio o sueño agitado con pesadillas y anomalías en el pulso, entre otros. La explicación a esta forma de locura, de acuerdo a la teoría hipocrática consistía en que se producía un exceso de bilis que penetraba en los vasos sanguíneos y se mezclaba con la sangre; de esta forma, la mezcla de la bilis con la sangre calentaba todo el cuerpo, produciendo los cuadros febriles y como consecuencia la persona empezaba a delirar. Los delirios se caracterizaban por persistir aun cuando la fiebre bajaba.

Para Celso era una afección de todo el cuerpo cuya fiebre continua, llevaba a un estado delirante; para Areteo, la frenitis era ocasionada por un neuma seco que atacaba el cerebro y los nervios. Similar a Areteo, Galeno también consideraba que la frenitis atacaba al cerebro, ocasionando trastornos en el juicio pero principalmente afectaba los sentidos (Postel, et. al 2002)

1.3.1.1 Letargia

De acuerdo a Postel, et. Al (2002) fue considerada como una enfermedad más severa que la Frenitis; su principal característica era un debilitamiento en los sentidos. El autor menciona que Celio Aureliano describió la letargia como un estado de estupefacción. Se describía al enfermo como si estuviera hundido en un sueño; se volvía lento en sus reacciones y respuestas; respondía con dificultad si se le llamaba por su nombre o incluso no respondía; si decía algo, el enfermo olvidaba lo que acaba de decir; en ocasiones su discurso era ininteligible; no prestaba atención, ni se percataba de lo que pasaba a su alrededor. Básicamente los sentidos de la persona se encontraban embotados; si la condición empeoraba la respiración se hacía lenta y forzada, dejaba de comer y podían presentarse convulsiones.

1.3.1.2 Manía

Inicialmente en el pensamiento médico griego, era considerada como un síntoma de otras formas de locura, se caracterizaba por los delirios y un estado de agitación constante. Sus síntomas variaban de persona a persona; en algunos se manifestaba en forma de cólera, alegría, tristeza, sentimientos de futilidad o temores.

Su duración era variada, la persona podía caer en un estado de manía continuo, o entrar y salir de ella en distintos periodos de tiempo. Se presentaba falsedad en el juicio, por lo tanto las personas creían ser, por ejemplo animales, dioses u objetos. A diferencia de la Frenitis, la manía no se presentaba con fiebre.

Según Postel, et. al (2002) para Celio Aureliano la manía era una forma de

alienación crónica que tenía su asiento en la cabeza y afectaba los nervios; para este médico romano la manía tenía más posibilidades de presentarse en jóvenes y hombres de Edad Media, que en ancianos, niños pequeños y mujeres.

1.3.1.3 Melancolía

Presentaba dos sentimientos específicos: la tristeza y el miedo. Hipócrates describió la melancolía como un estado en el cual la tristeza y el miedo se manifestaban por un largo periodo de tiempo.

Se creía que la bilis negra atacaba el cuerpo, afectando al pensamiento con tristeza y aversión hacia las cosas queridas; no se presentaba fiebre entre sus síntomas. La persona caía en un estado de abatimiento, deseaba la muerte, se volvía hostil hacia sus familiares y amigos. La persona que padecía de melancolía solía sospechar sin fundamento que lo querían matar, así mismo al igual que en la manía hay falsedad en el juicio, y era probable que las personas creyeran ser animales, dioses u objetos.

1.3.2 El loco en la cultura griega y romana

Los griegos consideraban loco a todo aquel que se extralimitara de lo culturalmente aceptado y admitido (López, 2006, Porter, 2002; Postel, et. al; 2000). En este sentido se puede apreciar que la idea de definir locura de acuerdo a los parámetros de normal y anormal según las convenciones sociales y culturales han estado presentes desde las primeras civilizaciones.

De acuerdo al párrafo anterior, la locura, aparte de estar ligada a factores religiosos y místicos, también lo ha estado a factores sociales y culturales. Para los griegos una persona loca era aquella propensa a la violencia, que vagaba por las calles riendo, cantando, bailando; aquella que perturbaba el orden; que cuestionaba y acusaba; aquel que cometía un asesinato junto con actos de canibalismo; el que salía solo de noche; el que se acostaba en los sepulcros; el que rasgaba sus vestidura y perdía lo que se le había dado. Entre los signos físicos de la locura se destacaban los delirios, sudores, dolores punzantes, babeos, convulsiones, pérdida de la consciencia, y en especial las alucinaciones auditivas y visuales. (López, 2006; Postel et. al, 2000; Porter, 2002).

Continuando con esta línea argumentativa, al loco se le consideraba principalmente como una persona de comportamiento errante según las normas de la sociedad; es así como cualquier reacción que fuera considerada extraña, inesperada o fuera de las convenciones sociales podría ser suficiente para tildar a una persona de loca, aun sin estrictamente padecer un trastorno (López, 2006).

Esta definición tan amplia y ambigua de la locura fue aprovechada en algunas ocasiones por personas completamente sanas para evitar responsabilidades o huir de situaciones o compromisos que consideraban peligrosos. En la mitología quedan registrado casos de locuras fingidas, llama la atención que para fingir la locura los protagonistas se comportaban de forma inverosímil, es decir el comportamiento de estos personajes que fingían estar locos estaba fuera de los parámetros de normalidad de la sociedad; es así como

por ejemplo, Odiseo para no acudir a la guerra de Troya finge estar loco plantando sal.

Continuando con los casos de locura fingida, se encuentra el caso de Metron quien para evitar el servicio militar le prende fuego a su casa (López, 2006). A pesar de que tanto en el caso de Odiseo como el de Metrón la locura era fingida, el comportamiento con el que pretendían convencer a los demás de su locura era extraño o anormal de acuerdo a las convenciones sociales.

Aunque los griegos no lo consideraron, lo mencionado en los párrafos anteriores puede permitir considerar la locura como una forma de desarreglo en la medida que una persona decide o no adaptarse, e interiorizar un conjunto de normas y parámetros propios de una sociedad.

Volviendo a los casos de Odiseo y Metron, se pudo ver que ambos personajes fingieron estar locos para evitar responsabilidades; esto se debe a que el derecho griego incapacitaba al loco y le quitaba algunos derechos como ciudadano, por ejemplo: entrar a los gimnasios, prestar el servicio militar (ir a la guerra), tampoco se le permitía casarse, ni dejar herencia (testar) (López, 2006; Postel, et. al; 2002; Porter, 2002).

Respecto a la actitud de la comunidad hacia el loco, se podría considerar que se les toleraba en términos generales; sin embargo, existía la posibilidad de que los locos con tendencias violentas fueran apedreados o azotados en las calles como una forma de reducir su lado violento o ahuyentar los malos espíritus; por este motivo algunos médicos recomendaban el encadenamiento de los locos (López, 2006).

Los griegos en sí no condenaban ni juzgaban el hecho de estar loco, pues como se ha visto con anterioridad, en algunos casos la locura se consideraba una forma de manifestación divina, bien podía ser una forma de castigo pero en otros casos era una forma de señal de elección sobrenatural; así los dioses demostraban su preferencia a las personas que se le consagraban poseyéndolos y en consecuencia haciendo sagrado al loco (López, 2006; Postel, et al, 2000; Porter, 2002).

Por lo tanto, el hecho de estar loco no era algo que se juzgara o se condenara, sin embargo, si se condenaban y juzgaban los actos que se cometían bajo este estado, por ejemplo, el asesinato, agredir a otras personas, o perturbar el orden. En este sentido, el aspecto social de la locura se condenaba, mientras que la parte fisiológica o místico-religiosa era la que se curaba (García, M. 1991 como se cita en López, 2006; p. 198)

De acuerdo con Huertas (2014), durante la era polis griegas el loco tenía permitido vagar por las calles, sin embargo, con la llegada del imperio romano, la locura se volvió un problema de interés general (Ristich, 1970) por lo que las familias se vieron en la responsabilidad de cuidar y contener al loco encerrándolo en su casa bajo la pena de multa (Huertas, 2014)

Es importante mencionar, que tanto Grecia como Roma tenían un modo de producción esclavista, esto marcó una fuerte relación entre la locura y la pobreza; debido a que eran las familias ricas quienes podían contratar criados para contener y cuidar al loco, además de costear múltiples tratamientos para ofrecerle una mejor calidad de vida. Por su parte los locos de familias pobres no tenían más opción que recurrir al destierro, el

confinamiento con grilletes y la carencia de algún tratamiento médico (Huertas, 2014).

Debido a que en esta época no existían los hospitales, Ristich (1970) menciona que las únicas “instituciones” que estaban destinadas al cuidado del loco eran los templos dedicados a Esculapio, o las iatrons, que eran tiendas de medicina administradas por médicos públicos, elegidos y pagados por la ciudad.

Sin embargo, estos lugares funcionaban más como sitios de paso, en donde el loco o enfermo llegaba a realizar alguna consulta y permanecía allí cierto tiempo. Más tarde, durante la época romana surgieron los valetudinarius, las cuales eran casas de familias ricas que acogían esclavos enfermos. De acuerdo con Ristich (1970) estos sitios sirvieron como lugares donde el loco podía encontrar refugio temporal a su malestar.

1.3.3 El tratamiento de la locura en la época griega y romana

El tratamiento más común para la locura eran los rituales religiosos y místicos. Ya se ha mencionado que el tratamiento más popular era el ritual de la incubación que se realizaba en los templos dedicados a Asclepio (Esculapio). Este ritual se creía que curaba cualquier mal porque intervenía directamente el dios sobre el enfermo.

Debido a que la locura también se consideraba como una “mancha”, se hacía necesaria la purificación del loco durante su tratamiento. Por el motivo anterior, de acuerdo a López (2006), se empleaban diversos agentes y sustancias a las que se le atribuían propiedades curativas principalmente derivadas de mitos.

Destacan entre estos agentes y sustancias: el agua salada marina, pues de acuerdo con la mitología las propiedades medicinales y termales de este tipo de agua habían convertido a las ninfas en deidades curativas. El fuego se consideraba un elemento purificador y profiláctico que expulsaba los seres o dioses que ocasionaban la locura, también se usaba la sangre y el barro.

Según López (2006) Filostrato afirmaba que el barro de Lemnos tenía propiedades terapéuticas porque estaba en el lugar donde cayó Hefestos (dios del fuego y la forja) luego de ser arrojado del Olimpo por Zeus; se creía que el barro de este sitio había adquirido parte del poder catártico y purificador de Hefestos cuando este tocó la tierra.

Los griegos también usaron tratamientos farmacológicos para tratar la locura, particularmente usando plantas, por ejemplo el laurel, el eléboro negro y el olivo, aunque estas plantas fueron más usadas por su carácter sagrado que por sus propiedades medicinales (López, 2006).

Sánchez (2010) relata brevemente un mito griego en donde se pueden apreciar el tratamiento farmacológico, y algunas de las cualidades de la locura divina. Este mito es el de las Pretides: Petro, rey de Argos tuvo tres hijas; Lisipe, Ifinoe e Ifianasa. Las tres eran conocidas como las Pretides. Eran de extraordinaria belleza, pero también eran extremadamente vanidosas, tan vanidosas que se proclamaban más hermosas que Hera (esposa de Zeus).

Como castigo por su vanidad, Hera decide enloquecer a las Pretides haciéndolas creer vacas. Aquí se puede apreciar una de las creencias populares sobre el carácter divino

de la locura, es decir, la locura enviada como una forma de castigo por parte de los dioses ante una ofensa. En este caso, las Pretides habían ofendido a Hera al compararse y ponerse a la misma altura de la diosa; como resultado Hera las enloquece por su exceso de arrogancia y vanidad. También se pueden ver los elementos que menciona Porter (2002) de la locura ocasionada por Hera, es decir, la locura de Hera consistía en que las personas se comportaran como animales de ganado.

Continuando con el mito, Argos llama a Melampo (adivino griego) y llega a un acuerdo con él para que cure a sus hijas. Melampo extrae una droga del eléboro negro y consigue devolverle la cordura a las hermanas (López, 2006). Como ya se ha mencionado, el tratamiento farmacológico con las plantas principalmente se usaba por el carácter sagrado más que por las propiedades de la misma planta.

En realidad el eléboro negro no tiene propiedades curativas, es altamente tóxica y tiene propiedades cardiotónicas (aumentan el ritmo cardíaco) y el único uso que tiene es como planta ornamental. Aun así, los griegos la usaban para tratar la locura, esto quizá se debe a que los mitos ayudaron a investir algunas plantas con propiedades milagrosas sin importar que tipo de planta fuera, tal como se puede apreciar en el mito de las Pretides.

Aparte de los tratamientos mediante rituales, purificaciones y plantas medicinales, los griegos también usaron el teatro como una forma de terapia. En esta forma de terapia, tanto los personajes trastornados, como el público en general, participaban en una forma de catarsis donde se liberaban de las tensiones y problemas cotidianos; en algunos casos incluso se ponían en escena pequeñas alucinaciones y pesadillas de los pacientes como una forma de sacar la locura de los mismos. Esta forma de tratamiento funcionaba mejor como terapia colectiva donde las personas se liberaban de las tensiones de la vida en sociedad y además proveía una forma de resolución a algunos conflictos (Entralgo, P. 1958 como se cita en López, 2006; p. 197; Porter, 2002).

Los médicos solían prescribirle al loco descanso, una dieta moderada, por ejemplo nada de carnes, grasas o vino; también recomendaban el uso de sangrías (Ristich, 1970). Algunos médicos usaban medidas violentas para tratar a los locos más agresivos, por ejemplo, encadenándolos; también emplearon el método de inmersión en agua usado inicialmente por los hindúes, y golpizas y ayunos, para los locos furiosos (López, 2006; Ristich, 1970). En el caso de las persona deprimidas se recomendaba el uso de la música, que la persona se rodeará de ruido; si sabía leer se recomendaba la lectura en forma correcta o con errores voluntarios para llamar la atención del enfermo (Ristich, 1970)

Debido a la influencia de la concepción corporal de la locura por parte de la medicina hipocrática, los médicos recomendaban principalmente terapias físicas; Huertas (2014) menciona que aquellos médicos que manejaban una perspectiva humoralista, recomendaban tratamientos enfocados en la eliminación o la purificación del humor sobrante; lo anterior se lograba principalmente mediante sangrías, baños, ejercicios evacuantes, diuréticos o purgantes.

Siguiendo con la línea argumental del autor, la escuela metodista planteaba otras formas de tratamiento; con la finalidad de desbloquear los canales de circulación de los

átomos se recomendaban ejercicios mecánicos como masajes o paseos, en otras palabras se recomendaba la aplicación del movimiento al cuerpo, para que de esta manera mejorar los estados constrictivos de los canales de circulación (Huertas, 2014).

De acuerdo a Huertas (2014) una forma particular de tratamiento a través de la palabra fue descrito por Galeno, era una forma primitiva de psicoterapia, en donde el médico señalaba los defectos y ayudaba a equilibrar emocionalmente al paciente usando la palabra, es decir el médico abría un espacio de diálogo con el paciente para intentar estabilizarlo emocionalmente. Sin embargo, Huertas (2014) menciona que esta forma de terapia no tuvo mucha aceptación entre los médicos y más bien quedó en manos de poetas, dramaturgos y filósofos en una terapia que el autor denomina curación por la palabra. Como se puede apreciar, de acuerdo al autor, el tratamiento de la locura no estaba limitado exclusivamente a los médicos, también podían participar artistas como poetas, dramaturgos e incluso ramas fuera del arte como la filosofía.

Los filósofos aconsejaron los tratamientos físicos para tratar la locura, por ejemplo, recomendaban una buena alimentación y ejercicio; también aconsejaban el consumo de jugo de opio, vino y mandrágora, como una forma de limpiar el cuerpo y el alma, fueron quienes más usaron la curación por la palabra. Los sacerdotes en los templos de Asclepio también usaron el método de la palabra al aplicarla en ensalmos, conjuros y palabras mágicas en los rituales de curación. (Huertas, 2014)

Se puede decir que este periodo de descubrimientos y aportes al estudio del fenómeno de la locura, llegó a su final en el año 476 después de Cristo con la caída del imperio romano. Este acontecimiento dio paso a la Edad Media; un periodo que desataca en la historia de la locura por representar una involución en el conocimiento que se había desarrollado hasta el momento sobre este fenómeno. A continuación se describen algunos de los elementos que llevaron al periodo de transición del imperio romano a la Edad Media.

1.4 Del imperio romano a la Edad Media

1.4.1 La crisis del imperio romano.

El imperio romano no se detuvo después de la conquista de Grecia, continuó su expansión hasta que dominó prácticamente todo occidente. De acuerdo con Suárez (2006), el tamaño del imperio llegó a ser tan vasto que ocupó toda la cuenca del mediterráneo. En el siglo III el imperio comenzó a experimentar una serie de crisis a nivel económico y político-militar.

Una enorme epidemia de peste y condiciones climáticas adversas golpearon los campos, reduciendo los cultivos y las cosechas; la moneda sufrió una devaluación; los bárbaros (término que designaba a los pueblos extranjeros) ejercieron presión en las fronteras del imperio hasta que finalmente invadieron de forma violenta territorios del imperio; el ejército sufrió un periodo de anarquía y los militares luchaban por usurpar el poder del emperador. Es así como en este periodo hay un total 27 emperadores legítimos y 30 usurpadores (Suárez, 2006).

Como una manera de contrarrestar las crisis se proponen un conjunto de reformas: se renueva todo el ejército, las defensas y se intenta recuperar las actividades económicas que se habían visto afectadas por las guerras (Suárez, 2006).

No obstante, todas estas reformas son insuficientes para que el imperio pueda recuperarse del estado crítico en el que había caído; por el motivo anterior, de acuerdo con Suárez (2006) en el año 395 después de Cristo, el emperador Teodosio decidió dividir el imperio en dos: la parte más grande, la de oriente cuya caída es la que marca el inicio de la Edad Media, la cede a su primogénito, siendo su capital Constantinopla.

La parte más pequeña, la de occidente que más adelante se convertiría en el imperio Bizantino, la cede a su hijo menor; siendo su capital Rávena. Finalmente el imperio occidental es invadido por un pueblo bárbaro germano en el año 476 después de Cristo, deponiendo al emperador y poniendo fin al imperio de occidente (Suárez, 2006).

Estas crisis tuvieron un papel importante para dar inicio a la Edad Media, pues fueron gradualmente debilitando el imperio occidental hasta su caída; además favorecieron que gran parte del pueblo romano paulatinamente se convirtiera al cristianismo, pues como se verá en el siguiente apartado, esta religión ofrecía esperanza y salvación a pesar de las crisis que atravesaran aquellos que depositaban su fe en esta doctrina.

1.4.2 El cristianismo en Roma

El cristianismo se volvió una luz de esperanza ante las crisis que el imperio romano atravesaba durante el siglo II, fue introducida al imperio por los militares que llegaban de las guerras de oriente; se aceptó con más rapidez en las sociedades urbanas, mientras que en las rurales fue un proceso lento (Suárez, 2006).

Según Romero (2010) durante el siglo II los gobernantes consideraban las ideas del cristianismo desleales al imperio, por este motivo, quienes se habían convertido al cristianismo se volvieron víctimas de persecución y condenas a muerte. Sin embargo, de acuerdo con Porter (2002) en el año 312 después de Cristo el emperador del imperio de occidente, Constantino, se convirtió al cristianismo.

El suceso anterior marcó una reforma en la religión del imperio de occidente a través de dos edictos: el primero fue el edicto de Milán en el año 313 que permitía el culto cristiano y el segundo fue el edicto de Tesalónico en el año 380 que reconoció al cristianismo como la religión oficial del imperio (Suárez, 2006). Este evento, junto con la conversión de los invasores bárbaros (pueblos extranjeros) al cristianismo, fue fundamental para cimentar y legitimar las bases en los siglos posteriores para el pensamiento sobrenatural en torno a la locura, pues para el cristianismo, la locura era la manifestación de fuerzas demoníacas.

El reconocimiento del cristianismo como la religión oficial del imperio, supuso el final del culto a los dioses. Por este motivo, los templos dedicados a los antiguos dioses griegos pasaron a ser considerados paganos y fueron transformados o destruidos (Suárez, 2006). Sin embargo, las costumbres paganas sobrevivieron y se adaptaron a la época; las creencias místicas se disimulaban bajo la propia religión, por ejemplo a través del culto a

los santos, que eran exactamente igual a los cultos y rituales paganos (Ristich, 1970).

1.4.3 Consecuencia del cristianismo en el imperio romano.

En palabras de Suárez (2006) el reconocimiento del cristianismo como la religión oficial del imperio de occidente favoreció que esta se fuera difundiendo gradualmente por todo el territorio romano; fue un proceso lento y poco a poco fue ganando seguidores. Se incorporaron nuevos cristianos, como por ejemplo los pueblos bárbaros.

La iglesia se organizó como una institución que gozó de privilegios y honores; por ejemplo, a los obispos se les exoneró del pago a impuestos; también se les otorgó jurisdicción episcopal, desarrollando el derecho episcopal.

Siguiendo con la línea argumental del autor (Suárez, 2006), poco a poco la iglesia empieza a fortalecerse económica y socialmente. Debido a que el cristianismo condenaba la abundancia de bienes por considerar que degradaba la vida moral y espiritual, y además pregonaba la humildad como una forma de acercarse más a Dios (Álvarez, 2002), personas ricas e importantes de la sociedad comenzaron a realizar enormes donaciones a las iglesias, de esta forma la iglesia como institución fue acumulando un patrimonio sólido.

Los obispos empezaron a acoger hombres bajo su patronaje, lo que se traduce en la adquisición de un poder militar por parte de la iglesia; adicionalmente con la caída del imperio de occidente, la figura del emperador desaparece, lo que se traduce en que el Papa (obispo de Roma) se convierta en una figura importante que representa la unión de la iglesia a través de los numerosos reinos germánicos que se formaron después de la caída del imperio; de esta forma el Papa consigue una mayor independencia como figura de autoridad (Suárez, 2006).

Para cuando el imperio de occidente cayó, una amplia mayoría de los pueblos que habían formado parte del mismo se habían convertido al cristianismo, al igual que los pueblos extranjeros que habían invadido territorios romanos. Adicionalmente la iglesia había adquirido un capital y patrimonio sólido a través de las donaciones de personas importantes y también había comenzado a adquirir poder político y militar.

El párrafo anterior permite entender la afirmación de Suárez (2006) al mencionar que entre el legado que el imperio romano le dejó a Europa, destaca principalmente la sociedad cristianizada, y la iglesia como una figura institucional que permeó en todos los aspectos de la sociedad medieval. Fue este legado el que permitió que el cristianismo escalara y controlara rápidamente todos los estatutos sociales, incluido el conocimiento médico durante la Edad Media.

2 LA EDAD MEDIA

2.1 Religión y locura

Aunque no hay un acuerdo entre los historiadores para determinar una fecha específica donde inició la Edad Media, algunos autores (Derito, 2006; González, 2010;

Grof, 2011) afirman que se puede tomar como referencia la caída del imperio romano en el año 476 después de Cristo. Derito (2006) afirma que este periodo tuvo una duración de mil años, que abarcó desde el siglo V al XV después de Cristo.

Varios autores (Baumgart, 2000; Hergenhahn, 2001; González, 2010; González y Barrio, 2010), concuerdan que el periodo de la Edad Media marcó un retroceso en el conocimiento naturalista que se había desarrollado hasta el momento en torno al fenómeno de la locura; estos autores concuerdan en que el responsable de este retroceso fue el cristianismo que gradualmente ganó poder como institución y su forma de pensamiento terminó dominando en la Europa medieval.

González (2010) afirma que la ignorancia y las interpretaciones teológicas nuevamente se impusieron para explicar la locura. Así mismo, González y Barrio (2010) explican que la iglesia excluyó el estudio de la locura de la medicina, sin embargo, no pudo abolirla y reapareció bajo la forma de demonología; es así como la locura vuelve a ser considerada nuevamente como posesión demoníaca.

La Edad Media suele dividirse en dos periodos: el primero es la alta Edad Media, que va de los siglos V al X; y el segundo es la baja Edad Media, que abarcó del siglo XI al XV. De acuerdo con Baumgart (2000) entre los XII y XIII se inicia el periodo de la inquisición, que se caracterizó por la cacería de brujas y terminó sumergiendo a Europa en un régimen de terror.

En palabras de Hergenhahn (2001), el periodo de la inquisición tuvo una duración de casi tres siglos. Según este autor, la persecución de brujas inicia alrededor del año 1450, alcanzó su pico más alto aproximadamente en el 1600 y finalizó en el año 1750, por lo que se extendió hasta una parte inicial del periodo del renacimiento.

Posteriormente, en el renacimiento, se da un auge del individualismo y se retorna a una comprensión piadosa del loco, de nuevo empiezan a surgir las explicaciones de corte natural (Baumgart, 2000); sin embargo, este tema será abordado en los capítulos del periodo post científico.

Antes de abordar la locura en el periodo de la Edad Media es importante conocer de forma breve las características del cristianismo, debido a que esta religión influyó de forma significativa en cómo fue comprendido el fenómeno de la locura durante esta época.

2.2 Características del Cristianismo en la Edad Media

De acuerdo con Huertas (2014) el cristianismo logró establecerse como la nueva religión en Europa y fue afianzándose por todo el continente; esto fue debido a que durante el periodo del imperio romano el cristianismo logró crecer en patrimonio y adeptos; es así como gradualmente fue ganando poder y empezó a impregnar todos los órdenes de la vida a nivel social.

El conocimiento médico griego que sobrevivió las invasiones bárbaras, quedó en manos de la iglesia cristiana, custodiado y guardado en monasterios mientras eran traducidos por monjes. Cárdenas (2001) comenta que la iglesia vio en el conocimiento médico griego una forma de continuar consolidando su poderío y autoridad; es así como

para ser médico, era necesario ordenarse antes como sacerdote o teólogo y la medicina era sólo ejercida en los conventos y hospitales cristianos.

Entre las particularidades del cristianismo, Álvarez (2002) menciona que éste se autoproclamó como la religión de curar. Uno de los principios del cristianismo era la curación por fe, de manera que cuando alguien enfermaba los sacerdotes oraban por la persona invocando a Dios y a su hijo, de esta manera los cristianos fueron ganando influencia sobre la función de curar. El autor también menciona que el cristianismo estaba dirigido principalmente a los pobres, enfermos, afligidos y desarraigados. Esta religión condenaba la abundancia de bienes, consideraba la humildad como una forma de acercarse más a Dios, siendo la fe, esperanza y caridad los valores básicos que predicaba.

Para los cristianos, lo importante era resistir a la tentación, no caer en pecado, ayudar al prójimo, respetar la voluntad divina, el amor y la fe. Según Porter (2002), el cristianismo predicaba una narrativa apocalíptica del pecado y el perdón; el ser humano estaba rodeado y superado en número por seres espirituales (ángeles y demonios). Dios a través del espíritu santo batallaba contra Satanás por poseer el alma del individuo; evidencias de estas batallas espirituales, se apreciaban en el individuo bajo la forma de síntomas de una mente alterada, por ejemplo: la angustia, la ira, la desesperación o la desesperanza.

Considerando lo expresado en el párrafo anterior, se puede entender que la locura para los cristianos era la forma como se manifestaban las consecuencias del pecado, y la expresión diabólica del triunfo de las fuerzas del mal sobre el alma del individuo. Por este motivo, de acuerdo con Ristich (1970), el tratamiento de la locura pasó a corresponder al campo de la fe, y la curación quedó a cargo de los sacerdotes y obispos de la iglesia a través de exorcismos.

Ristich (1970) también afirma que la historia de la locura de este periodo es escrita principalmente por los teólogos exorcistas, quienes desconocían el funcionamiento del sistema nervioso e ignoraban el conocimiento médico desarrollado en la antigua Grecia, pues casi todos los registros históricos se destruyeron con las múltiples invasiones bárbaras y los pocos tratados de medicina que sobrevivieron fueron rescatados por los árabes.

De acuerdo a lo anterior, el cristianismo empezó a crear sus propias definiciones sobre la locura. Porter (2002) menciona una de ellas: los cristianos creían en una forma de locura buena, “la locura de la cruz”. Esta locura era un trance de éxtasis producto de revelaciones sagradas a los santos. En estos casos el loco era visto como un santo inocente, un profeta o un visionario. La otra forma de locura era la demoníaca como consecuencia de los pecados del hombre.

Existe un personaje histórico que puede representar la definición de locura sagrada en la época medieval, su nombre fue Juana de Arco. También conocida como la doncella de Orleans, Juana de Arco fue una militar y santa francesa, quien a la edad de 17 años puso en jaque al ejército inglés y liberó del sitio a la ciudad de Orleans (Ramos, 2012). Juana de Arco realizó estas hazañas asegurando que cumplía un mandato divino de Dios. Esta inspiración divina llegaba a Juana a través de dos voces que la doncella atribuía a dos santas enviadas por Dios para aconsejarla en sus campañas militares.

Bajo esta inspiración divina, Juana encabezó el ejército real francés, y lideró distintas batallas entre las que más destaca la liberación de Orleans y la batalla de Patay. Posteriormente fue capturada y ejecutada por los ingleses acusada de herejía. Sin embargo los franceses y la iglesia católica reconocieron como verdadera la inspiración divina de Juana y posteriormente fue canonizada como santa y mártir.

Llama la atención que esta forma de aproximación a la locura por parte de los cristianos, es decir, una distinción entre locura “buena” y “mala”, es compartida con las creencias antiguas de los griegos, pues se debe recordar que entre los griegos también había una forma de locura benévola, la cual indicaba la preferencia de un dios hacia la consagración de una persona por su culto, así como también había una forma de locura maligna que indicaba un castigo ante una ofensa realizada hacia determinado dios.

2.3 Dos perspectivas de la locura en la época Medieval

2.3.1 La perspectiva naturalista

A pesar de que la explicación de posesión demoníaca fue la preferida durante el periodo medieval, es necesario mencionar que no fue la única que se le dio al fenómeno, aunque si fue la que tuvo un fuerte impacto a nivel social y cultural. Mucho del conocimiento médico naturalista que habían desarrollado los griegos, quedó en manos de los árabes, quienes desempeñaron un papel importante al momento de conservar y continuar desarrollando este conocimiento.

Postel et al, (2000) menciona que a pesar de que en la Edad Media predominaron las explicaciones religiosas en torno a la locura, muchos de los médicos medievales estaban del lado de la racionalidad, tanto así, que para comprender los trastornos mentales recurrían a la filosofía si lo consideraban necesario. En este sentido, la cultura árabe funcionó como un nexo gracias a las traducciones que realizaron del conocimiento medicinal antiguo, el cual fue utilizado por los médicos medievales.

A continuación se describen brevemente algunas de las principales aportaciones por parte de la cultura árabe al estudio de la locura y los trastornos mentales. De acuerdo con Postel et al, (2000) los médicos árabes siguiendo la tradición galenista, formularon la explicación a los trastornos mentales basándose en dos criterios: el primero, la presencia o ausencia de una lesión anatómica; el segundo, la función perturbada.

Las enfermedades que causaban trastornos mentales fueron clasificadas en tres grupos (Postel et al, 2000): los apostemas, que eran inflamaciones en alguna parte del cerebro y producían el frenesí o la letargia; las afecciones que perturbaban el movimiento, como por ejemplo la epilepsia, el vértigo o la apoplejía; y las afecciones que perturbaban los sentidos, como por ejemplo, la alienación del espíritu, confusión de la razón, o corrupción de la memoria.

Como se ha podido apreciar, los árabes tendieron un puente entre el conocimiento médico antiguo y el conocimiento medieval. Gracias a lo anterior, de acuerdo con Huertas (2014) distintos autores de la época Medieval como por ejemplo; Anselmo de Canterbury,

Tomás de Aquino, Alberto Magno y Guillermo de Echan, iniciaron un movimiento al que se denominó escolástica.

Este marco de pensamiento utilizaba el conocimiento griego para comprender la revelación divina en el cristianismo, sin embargo, la medicina pudo encontrar un lugar en el movimiento escolástico debido a que se retomó parte del conocimiento de Aristóteles, Hipócrates y Galeno. Como consecuencia, la noción de enfermedad mental vuelve a ser retomada, un poco más enriquecida por las aportaciones de la cultura árabe que siguió estudiando la enfermedad desde una perspectiva naturalista, siendo capaz de mantenerse distanciada de la religión (Huertas, 2014).

De acuerdo con Huertas (2014), la perspectiva escolástica dio como resultado la formulación de nuevos trastornos mentales. Es así como por ejemplo, se describe la licantropía como un trastorno mental en el cual la persona creía que se transformaba en lobo y actuaba como tal. Los escolásticos clasificaron dos formas de licantropía: la manía lupina y la manía canina, dependiendo del animal en que la persona creía convertirse.

En ambos trastornos, se creía que la persona era dominada por un humor colérico o melancólico; en este sentido es posible apreciar como gracias a la perspectiva escolástica se inicia un movimiento lento a nivel de la medicina, que busca rescatar el carácter naturalista de las enfermedades para explicar la locura, el cual solo germinará entrado el renacimiento.

Los tratamientos médicos para el loco por lo general requerían que la persona estuviera en un ambiente favorable que fuera calmado, bien iluminado y limpio; así mismo se recurría a tratamientos homeopáticos como drogas a base de lechuga y opio; también se actuaba a nivel psicológico mediante terapias como la música, o el relato de historias; se usaban hidroterapias, sumergiendo al loco en tinajas de agua fría o tibia como una forma de equilibrar la temperatura de los humores; finalmente se podía recurrir a las sangrías para ayuda a restablecer un equilibrio entre los humores, acompañado de una dieta alimenticia (Postel et al, 2000).

A pesar de los intentos por parte de algunos médicos medievales por entender la locura desde una posición naturalista, se puede apreciar que la locura en la Edad Media continuaba compartiendo elementos de las culturas antiguas; un ejemplo es la transformación del hombre en animal. Aquí cabe recordar casos como el del rey Nabucodonosor que enloqueció y se describió su comportamiento semejante al de una bestia, e incluso en los antiguos griegos quienes consideraban a Hera con el poder de enloquecer a las personas y hacerlas comportar como animales de ganado.

Lo anterior podría indicar que a pesar de que hubo un intento por razonar y abordar la locura desde una perspectiva natural, el contexto social y cultural que predominaba durante la Edad Media, favorecía más el pensamiento místico y religioso. Es por este motivo que se mezcló el conocimiento naturalista con elementos sobrenaturales, dando como resultado definiciones de trastornos mentales como por ejemplo, la licantropía; así mismo era común cierta ambigüedad en el vocabulario médico, los términos solían cruzarse y usarse sin distinción específica; un ejemplo era el uso de la palabra manía por la de demonium (Postel et al, 2000).

2.3.2 La perspectiva místico-religiosa

Ya se ha mencionado en párrafos anteriores que una serie de situaciones a nivel político y económico cimentaron las bases para que la iglesia subiera al poder durante la Edad Media, instaurando de esta forma los valores y el pensamiento cristiano en toda la sociedad de la Europa medieval. Se explicó cómo el culto a los santos ayudó a fortalecer la posición del cristianismo como una religión especializada en la curación de cualquier enfermedad, desprestigiando el conocimiento médico.

Aunque se ha mencionado con anterioridad que el culto cristiano a los santos compartía algunas similitudes con rituales y tradiciones de las antiguas culturas, es importante mencionar una diferencia significativa en la forma como los cristianos entendían la locura y la relación con el culto a los santos.

Álvarez (2002) dice que el cristianismo, a diferencia de los griegos, no atribuía la locura, las enfermedades y las calamidades, a la ira de los santos. Estos males para los cristianos, eran el castigo por los pecados cometidos por las personas y por los pueblos; es así como a través del sufrimiento, Dios hacía que los pecadores se purificaran y se desarrollaran espiritualmente.

De acuerdo con algunos autores (Álvarez, 2002; González, 2010; Hergenhahn, 2001) para los cristianos, la locura también podía ser la manifestación de una posesión demoníaca; se consideraba que nadie podía escapar de la influencia del demonio. Tanto fieles, monjes o herejes tenían las mismas posibilidades de ser poseídos. Estas posesiones demoníacas eran el resultado del debilitamiento espiritual a causa de los pecados cometidos por las personas, sus padres o antepasados (Huertas, 2014).

Sin embargo, no sería apropiado afirmar que la locura se entendió exclusivamente en términos de posesiones demoníacas durante la Edad Media. Algunos de los conceptos de locura de la época hipocrática-galénica sobrevivieron durante la época de la Alta Edad Media, por ejemplo en el libro cuarto de la etimología de Isidoro de Sevilla, se establece la división de enfermedades entre agudas y crónicas, y se mencionan enfermedades mentales como el letargo y el frenesí. Sin embargo, se caracterizan por ser definidas de forma pobre y tosca respecto a las definiciones de la medicina griega (Huertas, 2014)

Aparte del Letargo, el Frenesí y las posesiones demoníacas generales, los monjes establecieron un nuevo tipo de trastorno mental y del comportamiento. De acuerdo con Huertas (2014) la acedía fue un tipo de trastorno que era exclusivo de los monjes y religiosos que se aislaban del mundo. Este particular trastorno era producto de una soledad que no acercaba a las personas a Dios, sino que por el contrario, producía indolencia, aburrimiento, dejadez y otros síntomas que se relacionaban con la debilidad del espíritu.

Por el motivo del párrafo anterior, el autor menciona que la acedía reflejaba la manera en cómo el pecado y la enfermedad fueron de la mano durante siglos, pues el hombre era más propenso a pecar cuando su espíritu era débil; en este caso la acedía, al ser una forma de debilidad espiritual tenía el potencial de llevar al pecado, y de esta forma ser

más vulnerable a la posesión demoníaca y por consiguiente a terminar enloqueciendo.

Muchas de las explicaciones naturalistas que aun sobrevivían en torno a la locura, se mezclaron con explicaciones religiosas; como resultado surgieron discursos y explicaciones tergiversadas. Por ejemplo, la melancolía se entendió como un desequilibrio humoral pero también se agregó que los melancólicos eran más propensos a ser poseídos por espíritus malignos (Huertas, 2014). Dicho de una forma resumida, la explicación preferida para la locura en la Edad Media, según el dogma cristiano, fue la posesión de espíritus demoníacos en aquellos que eran débiles de espíritu y cometían pecados.

Se podría considerar que durante la Edad Media (siglo V al X) muchos elementos paganos persistieron a pesar de que la iglesia los había prohibido, y había erradicado de los templos a dioses paganos. Ristich (1970) menciona, que principalmente durante el período de la alta Edad Media, abundaron pozos y fuentes que poseían virtudes milagrosas que devolvían la razón a los locos; así mismo una forma de culto pagano resurgió disimulado bajo la forma de adoración a santos que curaban los males de las personas.

A continuación se describe brevemente el fenómeno de los santos.

2.3.2.1 Los santos que curaban

De acuerdo con Ristich (1970) en los primeros siglos de la Edad Media (V al X), el loco no era atormentado ni perseguido cruelmente, al contrario era ayudado y recibía acogida por la iglesia, pues era considerado como un deber del cristiano ayudar al desvalido (Álvarez, 2002). En este sentido, había un trato humanitario hacia los locos en los monasterios, aunque aquellos locos que exhibían conductas violentas o desagradables quedaban excluidos de este trato. Durante este mismo periodo, los rituales paganos y el culto a los dioses no desaparecieron del todo, más bien se adaptaron a las costumbres y fueron disimulados bajo la forma de culto cristiano donde se reemplazaron a los dioses por santos.

Por lo anterior, durante el periodo inicial de la Edad Media, los santos ejercieron una función importante en la tarea de curar a aquellos que se consideraban poseídos, pues al igual que Cristo, quien realizaba curaciones a los enfermos tocándolos o imponiendo las manos, todo santo era considerado como un médico que disponía de un poder sobrenatural reconocido por la iglesia (Postel et al, 2000).

De acuerdo a lo anterior, Álvarez (2002) afirma que a medida que el cristianismo se extendía y empezaba a ganar reconocimiento como la religión que curaba, empezaron a surgir santos que realizaban curaciones milagrosas. Esto generó una división y especialización en los milagros. De esta forma, había un santo o apóstol que se especializaba en curar o proteger de un mal particular; es así como por ejemplo: San Lázaro, protegía de la lepra; San Vito, protegía de la epilepsia; San Sebastián, protegía de las plagas; San Avertin, curaba el vértigo; San Leonardo, curaba la epilepsia.

En otras palabras, cada enfermedad o mal tenía un santo que lo curaba; este es un elemento muy similar que el cristianismo compartió con las creencias de los antiguos griegos. Cabe recordar, tal como se mencionó en el capítulo del periodo griego, que en los

inicios de la cultura griega los dioses representaban una dualidad en las enfermedades, siendo ellos los causantes y al mismo tiempo la cura de males particulares. Si bien en el caso del cristianismo los males tenían una causa única (los pecados), había un santo particular que curaba cada mal.

Ristich (1970) y Huertas (2014) comentan sobre un caso particular de una santa que se encargaba de curar la locura. La historia cuenta que Dimphna, una princesa irlandesa recién convertida al cristianismo, tuvo que huir del reino en compañía de su confesor Gerebernus, debido a que el rey había enloquecido y acosaba a la princesa con proposiciones incestuosas. El rey enfurecido, persiguió y capturó a los prófugos en Geel, una provincia en el camino hacia Roma; la princesa se negó a regresar y opuso tanta resistencia que el rey ordenó ejecutar a Gerebernus y decapitó personalmente a su hija.

De acuerdo a Huertas (2014), en ese preciso instante, ante la barbarie del acto, tanto el rey como algunos locos presentes recuperaron la razón; se consideró que el espíritu mártir de la princesa había derrotado a los demonios que se habían apoderado de su padre. Posteriormente Dimphna fue canonizada y se construyó una iglesia en su honor con una cámara de enfermos que contenía los restos de la princesa; fue así como Geel se convirtió en un lugar de peregrinación para los locos.

Los locos que llegaban a Geel se sometían a un ritual de curación que duraba nueve días, cada día debían escuchar la misa y dar tres vueltas alrededor de la iglesia, caminando tres veces por su interior y tres veces por su exterior; una vez cumplida la novena los locos debían pasar tres veces por debajo de un baldaquín que contenía los restos de Dimphna para ser exorcizados; si el ritual no funcionaba entonces se volvía a realizar otra novena (Huertas, 2014; Ristich. 1970)

Dimphna no fue la única santa que curó la locura con sus milagros. Villar (2014) relata el caso de otro santo que le devolvió la razón a un loco: San Glutaco fue un santo inglés que un día se encontró con un loco llamado Ecgga; Glutaco puso su cinturón alrededor de la cintura de Ecgga y apretó con fuerza hasta que un demonio salió por la boca del loco. A partir de ese día Ecgga nunca se quitó el cinturón y su locura nunca regresó.

Como se puede apreciar, según lo expuesto en los párrafos anteriores, hay una similitud entre los griegos y los cristianos de la alta Edad Media, en el sentido que ambos creían inicialmente que el poder de curar la locura lo tenían ciertas representaciones divinas.

En el caso de los griegos estas representaciones divinas, eran los mismos dioses que causaban la locura y las personas apelaban a su misericordia a través de ofrendas y sacrificios. Por su parte, las representaciones divinas en la alta Edad Media, eran los santos, los cuales eran personas que por inspiración divina o consagración a Dios, tenían la facultad de realizar actos milagrosos; en estos casos los enfermos o locos peregrinaban al lugar donde estaba determinado santo para pedirle ayuda para curar su mal (Álvarez, 2002).

El auge en la popularidad de los santos, le permitió a la iglesia sacar provecho de esta situación, para desprestigiar el conocimiento médico general que aún sobrevivía, acusando a los médicos de charlatanes incapaces de hacer algo que pudiera compararse con

el poder de Dios (Álvarez, 2002). De esta forma se reforzaron las creencias místicas y sobrenaturales en torno a la locura desplazando el conocimiento médico que prevalecía.

Lo anterior facilitó aun más que, por ejemplo, una conducta anormal, un discurso incoherente o descontrolado, fuera inmediatamente catalogado como síntomas de posesiones demoniacas o maleficios satánicos (Porter, 2002). Así mismo, aquellas personas que buscaban una explicación racional, un tratamiento naturalista, o solicitaran ayuda médica se les consideraba como herejes, o faltos de confianza en las bondades y acciones de Dios (Álvarez, 2002; Porter, 2002).

Lo anterior permite plantear la siguiente idea a modo de hipótesis: tanto las enfermedades, como el fenómeno de la locura durante el periodo de la Edad Media, adquirieron un enorme poder simbólico, siendo la cura más efectiva a nivel espiritual, por lo que el cristianismo sacó provecho de esto para mantener un orden social.

2.4 Los tratamientos de la locura en la Edad Media

Como se ha mencionado en párrafos previos, la enfermedad y el pecado iban de la mano, se consideraba que la enfermedad era una forma de limpieza enviada por parte de Dios y que atacaba solamente a los impuros.

Aquellos que eran débiles de espíritu, se volvían particularmente más susceptibles a ser asediados por espíritus impuros y a pecar, estas personas eran más vulnerables a ser poseídas por demonios, los cuales eran espíritus malignos que poseían el cuerpo de hombres y mujeres llevándolos a la locura y por consiguiente a la pérdida de sus almas (Huertas, 2014).

De acuerdo al párrafo anterior, las posesiones demoniacas y las impurezas requerían un tratamiento a nivel espiritual; es así como el cristianismo establece como principales tratamientos los exorcismos en masa y los peregrinajes. En algunos casos, los locos debían ser aislados de la población y sometidos a flagelaciones y exorcismos privados (Postel et al, 2000; Porter, 2002; Álvarez, 2002).

Estas formas de tratamiento dieron lugar a dinámicas particulares para intentar curar las enfermedades y la locura como, por ejemplo, los vía crucis, en donde las personas imitaban a Cristo en el camino a la crucifixión; también proliferaron grupos de personas conocidas como flagelantes que consistían en una procesión de personas que avanzaban vestidas en harapos entonando cantos y azotándose a sí mismos.

Los peregrinajes se convirtieron en un fenómeno común, el cual consistía en grandes recorridos al lugar donde estaba determinado santo para pedirle ayuda para curar su mal; muchos de estos viajeros por lo general llegaba a su destino desnutridos y exhaustos debido a las exigencias del recorrido. Otra forma de tratamiento eran las confesiones en donde aquellos que eran considerados impuros de pensamiento y acción debían contar al sacerdote sus pecados y así imponer una penitencia para aplacar la molestia de Dios (Álvarez, 2002; Postel et al, 2000).

Como se puede apreciar, el elemento principal e indispensable para cualquiera de los tratamientos mencionados en los párrafos anteriores era la fe. No obstante también se

recurrían a otras formas de tratamientos a nivel farmacológico; por supuesto la iglesia se encargaba de controlar este conocimiento.

En palabras de Ristich (1970) la iglesia era la depositaria de muchos de los secretos de la farmacopea; es así como por ejemplo, consideraban que la raíz de la peonía, la pezuña de alce, la mandrágora o la artemisa (una planta) podían suprimir las posesiones demoniacas. De igual forma, la iglesia también solía fabricar una pócima con azafrán, granos catárticos y beleño, machacados y sumergidos en cerveza, que se administraba a los enfermos y endemoniados (Ristich, 1970).

Estas pociones se creían que podían ser más efectivas si se cumplían algunas condiciones particulares, como por ejemplo, que la persona bebiera la poción en una campana de la iglesia; decir siete misas mientras el enfermo cantaba salmos, tener en cuenta ciertas cifras mágicas como, 11,13 o 30 noches, 3 o 9 días, o 7 misas.

También se recomendaba el uso de amuletos y talismanes; por ejemplo, según Ristich (1970) el trébol trenzado con hilo rojo llevado alrededor del cuello de abril a octubre, protegía contra los demonios. Adicionalmente, con la formación del movimiento escolástico, al retomar el conocimiento antiguo, vuelven a surgir las sangrías para equilibrar los humores como una forma de combatir la locura (Huertas, 2014; Ristich, 1970)

Como se puede apreciar de acuerdo a lo mencionado en los párrafos anteriores, todos los tratamientos que la iglesia proporcionaba para curar las enfermedades y la locura, eran principalmente rituales que apelaban a la cura mediante símbolos sagrados (por ejemplo los santos) o místicos (por ejemplo los amuletos o las plantas), cuyo principal catalizador para que tuvieran efecto era la fe en Dios.

2.5 El loco en la sociedad Medieval

Durante el siglo V y X de la Edad Media el loco no era perseguido ni atormentado; al contrario era un deber de todo cristiano ayudarlos, pues todo enfermo (incluso el mental) era una imagen del Cristo sufriente (Postel y Quetel, 2000; Ristich, 1970); aun así, vale la pena destacar, de acuerdo con Postel et al,(2000) que si bien era cierto que había un ambiente de tolerancia, este coexistía con actitudes negativas donde predominaba el miedo, el rechazo y la exclusión.

Peñalta (2008) menciona que el loco suscitaba una amplia cantidad de emociones en las personas que podían variar entre la repulsión, curiosidad, horror, compasión, diversión y respeto. Aparte de la perspectiva del loco como un ser endemoniado, algunas personas lo veían como un ser dotado de habilidades especiales; creían que podía ver cosas que los demás no, que conocían el futuro y el destino de los hombres. Peñalta (2008) señala que ese estatus místico con el que se investía en ocasiones al loco, por ejemplo, creer que tenía acceso a lo vedado, era el mismo que inspiraba el miedo y la repulsión.

En este clima ambivalente de aceptación y rechazo, parte de la tolerancia que había hacia el loco era debido a que se buscaba que éste se pudiera curar para volver a ser integrado en la sociedad (Postel y Quetel, 2000), además de ser la representación del sufrimiento de Cristo y por lo tanto se le debía brindar ayuda sin cuestionar.

Los locos por lo general eran libres de andar por las ciudades y los campos (Barbero, 2009), la atención y cuidados se prestaban principalmente en los monasterios, que estaban situados en los caminos de las ciudades y pueblos. La función principal de los monasterios era atender a los peregrinos y caminantes, pero también podían albergar locos si era necesario. La atención que se recibía en estos lugares podía ser de forma gratuita o mediante el pago de una pensión. En casos especiales, si el loco era de una familia acaudalada, podía recibir atención a domicilio (Postel et al, 2000; Ristich, 1970).

A pesar de que existe una visión idealizada de que la Edad Media fue la época de oro para los locos, por gozar de libertad; lo cierto es que en la realidad aquellos locos que deambulaban por las calles eran debido a que sus familias los habían abandonado.

El cuidado y atención de los locos por lo general siempre quedaba a cargo de sus familias, las cuales eran civilmente responsables de sus actos. Es así como el loco quedaba relegado al encierro en una granja, a permanecer amarrado bajo una escalera, o al confinamiento en alguna cabaña al fondo del jardín, participando ocasionalmente en los trabajos de temporada, o recibiendo algún tratamiento terapéutico cuando llegaba la época de peregrinación hacia algún santo curador (Postel y Quetel, 2000).

Aunque era menos frecuente encontrar locos en los hospitales, se podría decir que solo los hospitales importantes como el hospital general de París recibían a este tipo de pacientes, para su tratamiento e investigación del origen de la locura.

En estas instituciones, por lo general los locos más violentos eran amarrados para contenerlos y evitar que se hicieran daño entre ellos; algo particular era que se les rapaba la cabeza para evitar que se arrancaran el cabello y facilitar la aplicación de ungüentos (Postel y Quetel, 2000).

En este punto es importante destacar la influencia que el contexto religioso tuvo en la mente de las personas de la Edad Media. De acuerdo a Postel et al, (2000), un delirio común era el de aquellas personas que creían ser profetas, e inspiradas por el espíritu santo recorrían las calles predicando el futuro del mundo y la llegada del anticristo. Así mismo, no era raro que alguien perdiera la razón o se hundiera en la melancolía después de escuchar un sermón apocalíptico.

Los monasterios ofrecían tratamientos farmacológicos para los locos, entre los fármacos que se administraban, se encontraba principalmente el opio porque permitía tranquilizarlos y ponerlos en un estado de sueño. De igual manera, se administraban eméticos, purgantes y sangrías para liberar los excesos de humores. También se realizaba un procedimiento quirúrgico muy similar a la trepanación el cual consistía en rapar la cabeza y realizar una perforación en forma de cruz en el cráneo y dejar sangrar abundantemente al loco por la herida, con la finalidad de liberarlo del exceso de sangre en la cabeza (Postel et al, 2000).

Como se puede apreciar, había un esfuerzo por parte de la sociedad por tolerar y ayudar al loco en su recuperación. Sin embargo, como ya se mencionó en párrafos anteriores, también había un ambiente de rechazo y exclusión. Lo anterior se debía principalmente al malestar y miedo que el loco sembraba cuando era presa de sus delirios

que lo tornaban agresivo, además de recordarles a las demás personas constantemente la encarnación del Mal (el demonio) y el riesgo de las posesiones demoníacas. Por este motivo, poco a poco se inicia un proceso de regulación social que buscaba contener y marginar a aquellas personas que representaban la anormalidad (Postel et al, 2000).

Al igual que los griegos, quienes privaban al loco de algunos de sus derechos y deberes de ciudadano como por ejemplo no prestar servicio militar, contraer matrimonio o dejar testamento, en la Edad Media, una serie de decretos y escritos fueron publicados con la intención de imponer algunas restricciones y regulaciones por medio del derecho canónico o civil, debido a que se le empezaba a considerar como un ser incapaz de comprender sus actos, inmaduro, y un potencial peligro para sí mismo y los demás (Postel et al, 2000).

Por el motivo anterior, una de las restricciones que se les impusieron a los locos, en palabras de Postel et al, (2000), fue la prohibición para que contrajeran matrimonio, porque se le consideraba carentes de lucidez y por lo tanto incapaces de dar consentimiento. En el caso de las familias nobles, si el hijo mayor enloquecía, perdía el derecho de la primogenitura, pasando este título al hermano menor y sus bienes se dividían entre los miembros de su familia directa.

Continuando con las restricciones impuestas al loco, si una persona que era dueña de bienes enloquecía, se asignaba un curador o tutor designado por su familia, este se encargaba de administrar adecuadamente sus bienes y de igual manera era responsabilidad del tutor velar por su bienestar, impidiendo que se suicidara o cometiera un delito grave. Adicionalmente, igual que en la época griega, a estas personas se les prohibía testar (dejar testamento) debido a que se les consideraba carentes de sentido.

En el ámbito judicial los locos tenían prohibido ser escuchados como testigos, pues se consideraba que sus promesas y juramentos carecían de valor. También se impedía participar de toda actividad económica al prohibirle la firma de cualquier tipo de contrato ya fuera de compra, venta, renta, préstamo o intercambio. Adicionalmente, de acuerdo con Postel y Quetel (2000) se le prohibía ocupar un cargo público o administrativo, por lo menos en un nivel importante.

Respecto a los derechos canónicos del loco, Postel et al (2000) menciona que estas personas no tenían derecho a ser bautizado, ni a recibir el sacramento de la eucaristía, debido a que se consideraba que carecían de intención resuelta. Sin embargo, esta restricción cambió gracias a Santo Tomás de Aquino, que intercedió y fue así como se le permitió al loco ser bautizado y recibir el sacramento de la eucaristía como una forma de facilitar su proceso de curación y garantizar la salvación de su alma. Sin embargo, se hacía una excepción particular en el caso de ese sacramento, pues solo podía recibir el sacramento “in articulo mortis” es decir cuando la persona estaba a punto de morir; esto se hacía por temor a la profanación de la hostia, pues algunos locos al momento de recibir la hostia la escupían. Foucault (1995) menciona que los locos tenían prohibido ingresar a las iglesias, sin embargo el derecho eclesiástico no les vedaba los sacramentos.

2.6 El loco, “bufón” del pueblo

De acuerdo a Barbero (2009), era normal que en la Edad Media hubiera una “figura pública” en algunas ciudades o pueblos, conocida como el “tonto del pueblo” que no era ni más ni menos que el mismo loco, el cual tenía un estatus marginal: no trabajaba, no tenía familia y su lenguaje estaba relativamente desvalorizado; este estatus marginal podría estar relacionado con las restricciones civiles que se mencionaron en los párrafos previos.

A pesar de estas restricciones, los locos que vagaban de ciudad en ciudad eran recibidos, alimentados y hasta cierto punto soportados en cada lugar. Para los más violentos y agitados, había ciertos puntos de coacción en los límites de pueblos y ciudades donde se les encerraba (Barbero, 2009).

Sin embargo, la vida del loco en la sociedad medieval no era fácil; aquellos que vagaban libremente por el territorio medieval, se debía a que habían sido abandonados por sus familiares y corrían el riesgo de volverse un objeto de burla en algunos lugares: en estos casos, el loco podía ser sometido a malos tratos y humillaciones. Se podría decir que en algunos lugares el loco vagabundo, era una suerte de “entretenimiento público”, se volvía una especie de chivo expiatorio o mula de carga, al que la gente usaba para desquitarse de las vicisitudes de la vida cotidiana (Porter, 2002).

Esta especie de “rol” que asumía el loco en algunos lugares, como una especie de objeto de entretenimiento, llegó incluso hasta las cortes reales europeas; es así como surge el bufón real. Según algunos autores (Australia, 2012; Peñalta, 2008), durante la Edad Media era frecuente encontrar en las cortes reales europeas personajes locos y deformes, que servían de entretenimiento al Rey. Estos personajes recibían el apelativo de bufón, independientemente de si se trataba de hombres de ingenio, truhanes, locos, enanos o jorobados (Peñalta, 2008).

Entre las características del bufón se encontraba el discurso libre, es decir, que este personaje tenía la libertad de decir todo lo que quisiera a quien quisiera sin ofender a nadie, poseía el privilegio de ser irreverente incluso con el rey. Sin embargo, este privilegio podía ser un arma de doble filo, ya que un mal chiste en ocasiones podría costarle la cabeza.

No obstante, debido a que el principal recurso que el bufón de la corte tenía a su disposición era el humor, todo lo que decía carecía de un valor real, y por lo tanto sus palabras generalmente eran tomadas como simples bromas por las demás personas.

De acuerdo con Australia (2012) el bufón de la corte debía ser capaz de aguantar una enorme cantidad de humillaciones e insultos por parte de las demás personas, y en lo posible debía ser enano y deforme para provocar el efecto de la risa en los demás. Se podría decir que el bufón era la representación de la locura en la corte real, actuaba o imitaba la locura de tal manera que podía poner en circulación su discurso, desvalorizado, desarmado de cualquier efecto habitual que podría tener la palabra ordinaria.

Algunos autores (Australia, 2012; Barbero, 2009) permiten establecer algunas similitudes y diferencias entre el bufón de la corte y el loco medieval, por ejemplo; al igual que el bufón, el loco tenía el “privilegio” de hablar impunemente, dar rienda suelta a sus delirios. En algunas ocasiones las personas encontraban cómicos estos discursos, en otras

ocasiones se podían ver estas charlas necias como “conocimientos superiores” (Barbero, 2009).

Sin embargo, las razones de esta libertad de expresión eran diferentes en ambos roles. Como ya se ha mencionado, el bufón encontraba su libertad de discurso legitimada en el humor, con el que debía entretener a la corte real o la nobleza. Por su parte, la sociedad legitimaba la libertad de discurso del loco basado en su condición, al verlo como una persona meramente dirigida por sus instintos, marginada, incapaz de aceptar códigos de conducta y comportamiento (Barbero, 2009).

Al igual que los bufones de la corte real, los locos también estaban sometidos a humillaciones; sin embargo, la principal diferencia subyace que en las humillaciones que recibía el bufón eran en función de la representación de su rol ante la corte real. Por su parte, de acuerdo a Postel y Quetel (2000), la mera presencia del loco en ocasiones solía ser suficiente para que fuera perseguido, hostigado, tironeado e insultado por otras personas en la calle; le arrojaban lodo, zapatos viejos y desperdicios.

Es así como el loco, al igual que el bufón, tiene un “rol” como una especie de chivo expiatorio cuando se trata de ser el centro de las risas y las humillaciones (Barbero, 2009; Postel et al, 2000). La principal diferencia que existía entre estos dos personajes es que el bufón elegía representar el rol de la locura en la corte real, es retribuido por soportar humillaciones y actuar de manera irreverente, mientras que el loco no podía elegir ser o no ser loco; para las personas en ocasiones era simplemente un objeto de diversión, un objeto ante la sociedad, que perdía su humanidad y se reducía a algo que podía ser violentado.

Aparte de las restricciones civiles; las burlas y humillaciones eran quizá la forma de exclusión más evidente de la sociedad medieval hacia el loco, debido a que este se volvía una especie de juego, en el cual era el centro de atención.

2.7 La exclusión del loco en la sociedad

De acuerdo a lo mencionado en los párrafos anteriores, se puede encontrar una similitud que las sociedades comparten frente al loco, y que está presente desde culturas antiguas como la hebrea y la griega hasta llegar a la medieval e incluso podría considerarse que sobrevive en nuestro tiempo, esto es, la exclusión y la segregación. Es razonable afirmar que todas las sociedades tienen una serie de reglas y sistemas de coacciones que permiten mantener un orden, también se puede considerar normal que algunos hombres dentro de la sociedad tengan cierta tendencia a escapar de este sistema de reglas.

El loco aparece en estos márgenes del sistema social, bien sea desajustándose a las reglas o simplemente no siguiéndolas; en estos casos es donde la sociedad pone en marcha sus sistema de coacción y exclusión, reservado para aquellas personas que se mantienen al margen del orden. De acuerdo a lo mencionado en párrafos anteriores, se puede decir que el sistema de exclusión medieval funcionaba en cuatro niveles.

El primer nivel es en relación con el trabajo y la producción económica, al considerar al loco como una persona incapaz de asumir responsabilidades y cumplir con un rol funcional en una dinámica laboral, se le niega su derecho a negociar o firmar contratos

de cualquier tipo. El segundo nivel es en relación con la familia, bien sea impidiéndole al loco formar una familia, negándole el derecho al matrimonio o forzarlo a un celibato vitalicio; de igual forma se puede apreciar cómo los roles en la jerarquía familiar cambian, perdiendo ciertos títulos o privilegios familiares, como por ejemplo, la primogenitura y la administración de sus bienes.

El tercer nivel era en relación con la palabra; su palabra no era recibida de la misma manera que la palabra de cualquier otra persona “normal” de la sociedad. La misma no tenía valor alguno y por lo tanto sus juramentos o función como testigo en procesos judiciales quedaba anulada. El último nivel es en relación con el juego; tomando como analogía el rol del bufón en la sociedad medieval, se puede apreciar que algunos de los locos durante este periodo histórico cumplían con el rol del “payaso” callejero que servía para las burlas de las demás personas; en este sentido la exclusión se refiere a que el loco se convierte en un objeto de burlas y juego, pero está excluido en la participación de esta dinámica como una persona que pueda ser reconocida como par por lo demás.

Estas restricciones de carácter simbólico se aplicaban a los locos más tranquilos, que vivían en comunidad; Peñalta (2008) señala que en el caso de los que eran violentos, había una forma de exclusión que operaba en un carácter más literal. Esta forma de exclusión era la expulsión del loco fuera de las murallas de la ciudad, su encierro en las prisiones o en las Narrenturme (torres para locos).

2.8 La locura en la inquisición

Con el paso del tiempo, las restricciones hacia locos fueron haciéndose más severas. Poco a poco se empezó a ver a estas personas como una amenaza al orden social, y por ende se reforzó más la necesidad de controlar y contenerlos.

Barbero (2009) menciona que la sociedad medieval a partir del siglo XVII empezó a volverse intolerante frente a la locura. El autor explica este cambio de actitud, debido a que a partir de este periodo se inicia un proceso de organización social, político y económico alrededor de los estados y naciones para dar lugar a la llegada del modelo económico capitalista.

De acuerdo a Barbero (2009), en esta sociedad en transición al capitalismo, la idea de que exista una masa de población ociosa se vuelve intolerable. Además vale la pena recordar que de acuerdo con algunos autores (Baumgart, 2000; Benazzi, 2000; Hergenahn, 2001; Huertas, 2014) la inquisición se encontraba en su pico más intenso alrededor del siglo XVII, lo que también puede ayudar a explicar el cambio de actitud por parte de la sociedad hacia una postura más hostil hacia el loco.

A continuación se describe de forma breve una serie de elementos a nivel social y cultural que sirvieron como base para originar el periodo de la inquisición y cómo éste afectó a la manera como se veía la locura en la sociedad medieval.

De acuerdo con Álvarez (2002), durante los primeros ocho siglos del cristianismo la iglesia hablaba de usar sus bienes para corregir las desigualdades sociales y condenaba la abundancia de riquezas. No obstante, estas ideas comenzaron a cambiar con el paso del

tiempo. Por el motivo anterior, se termina imponiendo la idea de que la iglesia en lugar de combatir la desigualdad, no debe suprimirlas en función de mantener el orden social establecido para conservar la paz.

Lo anterior significó que los ricos podían conservar los privilegios que ya poseían, argumentando que Dios podía haber hecho a todos los hombres ricos, pero había creado a los pobres como la vía para que los ricos pudieran redimir sus pecados. Esto, combinado con una serie de estragos económicos y calamidades debidas a los rigores de la naturaleza, empezaron a sembrar desconfianza en la población sobre la idea de que Dios era justo con los pobres (Álvarez, 2002).

Benazzi (2000) explica que la inquisición inicia históricamente a finales del siglo XII y comienzos del XIII. Después de siglos de un conformismo sustancial por parte de la sociedad al cristianismo, aparece a mediados del siglo X por toda Europa, un movimiento catalogado por la iglesia como herejía llamado catarismo, el cual era una doctrina gnóstica, que rápidamente empezó a penetrar en las clases sociales, posiblemente como una respuesta a la creciente desconfianza en torno a la fe cristiana.

De acuerdo con Benazzi (2000), el catarismo creó iglesias, sacerdotes, ritos, oraciones y libros con los principios fundamentales de la doctrina. Este movimiento de herejía representaba una amenaza para la iglesia, pues por primera vez después de tantos siglos aparecía una forma de organización religiosa alternativa a la oficial.

Ante esta amenaza creciente, la iglesia cristiana llega a la decisión de usar la fuerza para reprimir la herejía a través de pena de muerte, confiscación de bienes y tortura. El impulso final que afirma el papel de la inquisición en la historia lo da la victoria de la cruzada contra los cátaros alrededor de 1229. A partir de ese momento, la iglesia decide vigilar a cualquiera que pueda ser considerado sospechoso de ser un potencial enemigo para la doctrina cristiana que se disfrazara tras la fachada engañosa de una falsa religión (Benazzi, 2000).

En palabras de Benazzi (2000), a pesar de que la inquisición enfrentó a diferentes enemigos a lo largo de la historia como los judíos, moriscos, brujas, librepensadores y místicos, el hecho de que este movimiento surgiera inicialmente para luchar contra el catarismo, ofrece una visión de los verdaderos motivos y justificaciones de la persecución: rechazar la diferencia, la diversidad de opiniones, de creencias y la expresión libre de una individualidad.

De acuerdo al párrafo anterior, se podría decir que el verdadero objetivo de la inquisición era crear homogeneidad y compacidad, a través de la práctica religiosa. Lo anterior significaba unir la sociedad bajo una forma única de pensamiento, creencias y valores morales, determinados por una sola religión: la cristiana. Por lo tanto, se podría considerar que en realidad, la inquisición más que un movimiento de intereses religiosos, fue un movimiento con intereses políticos para mantener al cristianismo y a la iglesia en la cúspide del orden social.

Las amenazas a la fe cristiana se hicieron cada vez más frecuentes a causa de prácticas de herejía, heterodoxias y creencias heréticas que paulatinamente siguieron

surgiendo y creciendo por toda Europa (Huertas, 2014). El cristianismo encuentra en la inquisición un instrumento para sembrar miedo y terror en la conciencia de las personas, siendo capaz de mantener al pueblo en un estado de total sumisión absoluta conforme la autoridad moral de la iglesia. Dicho en otras palabras, uno de los objetivos de la inquisición, era forzar la fe del pueblo medieval.

Según Benazzi (2000), la inquisición necesitaba de herejes y si no los encontraba, entonces los creaba. Esto se hacía con la intención de crear y perseguir a un enemigo público y de esta forma causar horror a nivel colectivo al aplicar castigos como ejecuciones públicas, torturas, vergüenza y ruina pública.

Es así como la persecución de la herejía deja de ser un fin para convertirse en un medio cuya finalidad es crear y alimentar el terror en las personas para conservar el status quo de la iglesia.

Poco a poco la herejía fue desplazada como la razón fundamental de la inquisición; es así como el tribunal especial de la inquisición empezó a identificar nuevas formas de desviaciones que se consideraron signos de herejía.

De esta forma, toda práctica sexual no aceptada canónicamente, la blasfemia, costumbres alimenticias que violaran las prescripciones eclesiales, leer o escribir libros condenados por la iglesia, y cualquier conducta que la iglesia considerara desviada eran causantes de procesos inquisitoriales (Benazzi, 2000).

La brujería, que hasta ese momento era considerada normalmente como un residuo del paganismo y cuya práctica estaba ligada a ritos populares inofensivos, solía implicar sanciones y castigos leves; sin embargo, con la llegada de la inquisición empieza a ser duramente perseguida (Hergenhahn, 2001; Huertas, 2014)

En 1484, el papa Inocencio VIII emite el edicto papal, *Summis desiderantes affectibus*, en donde le declara guerra abierta a las brujas; a partir de este momento la iglesia reconoce la existencia de las brujas, que había negado hasta entonces (Hergenhahn, 2001; Huertas, 2014).

Tras la publicación de su bula, el mismo papa autorizó a Heinrich Kramer y a James Spenger a actuar como inquisidores en Alemania, ambos publicaron el *Malleus Malleficarum* (martillo de las brujas) el cual era una guía para la identificación y caza de brujas; así mismo describía los modos como debían interrogarlas, torturarlas y castigarlas (Hergenhahn, 2001; Huertas, 2014).

De acuerdo con Hergenhahn (2001), el *Malleus Malleficarum* constaba de dos partes; en la primera intentaba probar la existencia del diablo y las brujas; en la segunda parte se describía la forma como se realizaban los pactos con el diablo, las diversas formas de brujería y las curas para los que sufrían de embrujos. De esta forma (Hergenhahn, 2001), tanto los trastornos físicos, como mentales, cuyos orígenes se desconocían, fueron categorizados ante la perspectiva del *Malleus Malleficarum* como consecuencia de pactos satánicos y brujerías. De esta manera, se abrieron procesos de inquisición a personas con trastornos mentales, muchas de ellas fueron torturadas hasta la muerte, otras condenadas a prisión perpetua.

Es así como muchas mujeres que fueron procesadas por brujería y murieron a manos de la inquisición, podrían haber simplemente sufrido de alguna forma de locura o epilepsia, pues se consideraba que las convulsiones eran evidencia de posesión. De igual forma, el debilitamiento y deterioro mental en los hombres en muchas ocasiones era sinónimo de comercio sexual con espíritus malignos, en este caso súcubos, que se alimentaban de la energía de los hombres (Huertas, 2014).

Es posible apreciar que la brujería pasara a estar al mismo nivel que la locura durante la inquisición en términos de códigos sociales, ambas representaron una transgresión a la norma y la moral establecida por la iglesia. Es por este motivo, que la brujería, la herejía y la locura, eran una forma de comportamiento anormal que la iglesia consideraba que debía ser controlada y en lo posible reprimida para mantener el orden social. Dicho en palabras de Ordorika (2009) el buen cristiano era el que se sometía y era un buen súbdito de las normas de la iglesia, mientras que el hereje era aquel que representaba un peligro para el control político y moral de la sociedad.

Sería plausible afirmar que la inquisición creó una nueva forma de locura: la herejía. La herejía, como ya se ha mencionado, era cualquier comportamiento que estuviera fuera de línea según los estatutos morales y civiles que la iglesia había definido. Lo anterior trajo consigo un dilema al momento de determinar quien era un loco y quien era un hereje al momento de ser juzgados por la inquisición, pues cualquier conducta extravagante era un causante suficiente para ser arrestado y procesado.

Adicionalmente, es importante resaltar el impacto a nivel mental que la inquisición tuvo en las personas que fueron arrestadas para ser procesadas; algunos enloquecían a la espera de su proceso en las cárceles secretas. Estos arrestos se hacían sin que la persona conociera el motivo por el cual era detenido, lo cual generaba un enorme sentimiento de culpa y en ocasiones los llevaba a perder la razón. Sin embargo, en algunos casos las personas fingían locura para de esta forma escapar al castigo de la inquisición (Trope, 2010).

De acuerdo con Ordorika (2009) esa línea delgada que separaba la herejía y locura creó un dilema constante al que se enfrentaban los inquisidores. Si castigaban a un loco por considerarlo hereje estarían cometiendo una injusticia; pero si dejaban libre a un hereje que se hacía pasar por loco estarían cometiendo una afronta a su misión de proteger la sociedad y la religión de la herejía. Se podría considerar que el dilema de locura real versus fingida fue reforzado en parte por el *Malleous Malleficarum*, pues en efecto, el manual establecía que entre las diez estrategias que el hereje podía usar para responder sin confesar, la novena consistía en fingir estupidez o locura (Trope, 2010).

Aun así, la inquisición no dudaba en torturar a sospechosos de simular locura; esto se hacía bajo el argumento que el bienestar público debía prevalecer sobre la salvación del alma de un solo individuo; lo anterior, significaba que castigar a un verdadero loco por equivocación no era visto como una falta muy grave (Trope, 2010)

No obstante, algunos autores (Ordorika, 2009; Trope, 2010) coinciden al afirmar que los inquisidores podían ser más condescendientes cuando consideraban que el loco no

representaba un peligro político, es decir que no había riesgo de que contagiara a otras personas con sus ideas, o incitara a la creación de cultos.

Con el fin de diferenciar la locura real de la fingida, los inquisidores echaron mano de todos los recursos que tenían a su disposición para identificar quien era un loco y que no. Entre los criterios que la inquisición usaba para juzgar al loco, se encontraba distinguir el momento en el que sobrevenía la locura; si la persona enloquecía después de cometido el supuesto crimen, se le asignaba un curador y el proceso inquisitorio continuaba.

Por otra parte, si se establecía que el loco era víctima de un tipo de locura llamado furor que por ejemplo, lo llevaba a gritar palabras heréticas, no se le castigaba inmediatamente porque se consideraba que su locura ya era un castigo suficiente; sin embargo, eran arrestados, sus bienes confiscados y se encarcelaban a la espera que recuperara el juicio para aplicar la respectiva pena (Trope, 2010).

Como se puede apreciar, la inquisición fue un periodo en el cual la hostilidad hacia el loco aumentó; durante este periodo se podría considerar que el loco fue más vulnerable a ser castigado de formas crueles por actos que anteriormente podrían haber sido vistos por otras personas como disparates, mero entretenimiento o simple conductas extravagantes.

De acuerdo a Hergenbahn (2001), la inquisición se extendió hasta inicios del Renacimiento. Durante este periodo, se empezó a retomar nuevamente una visión naturalista de las enfermedades y surgen los primeros movimientos humanistas; la persecución a las brujas empezó a disminuir, y poco a poco el loco perdió su investidura mística y maligna, para ser visto como una persona que necesitaba atención y cuidado.

Sin embargo antes de entrar en el periodo del renacimiento, es necesario abordar un último fenómeno que surgió durante finales de la Edad Media y principios del renacimiento: la nave de los locos.

2.8.1 La “Stultifera navis” o la nave de los locos.

De acuerdo a Peñalta (2008), en la literatura y el arte medieval, quedó plasmada una forma de exclusión particular hacia los locos: la deportación masiva. En estos casos, no se trataba de encerrar o aislar a un loco arrojándolo fuera de la ciudad, si no que se reunían a todos los locos de la región para expulsarlos más fácilmente a algún lugar distante del que no pudieran regresar.

Los locos eran obligados a abordar una embarcación conocida como la Narrenschiff (nombre en alemán), Stultifera navis (en latín) o simplemente la nave de los locos. Una vez embarcados, navegaban por los ríos de Europa, de una ciudad a otra, desembarcando y embarcando locos dependiendo de donde amarrase la nave (Peñalta, 2008).

Gamero (2005) menciona que existe un debate acerca de la veracidad histórica sobre la existencia de esta nave. Lo anterior, debido a que el término “nave de los locos” aparece por primera vez en 1494, como el título de una obra satírica y moralista publicada en Alemania por Sebastián Brant.

En palabras de Gamero (2005) esta obra es un poema largo, compuesto por 2079 octosílabos pareados, que narra el viaje de 111 personajes de diferentes clases sociales,

cada uno de los personajes representaba un vicio de la sociedad. Es así como, de acuerdo a Peñalta (2008), los pasajeros insensatos de esta nave eran avaros, borrachos, delatores, aquellos que se entregan a la orgía y el desorden, quienes interpretaban mal las escrituras, los adúlteros, entre otros; que en su viaje se dirigían a un país llamado Narragania (Narr: loco o bufón). Así mismo, Gamero (2005) comenta que el poema también narra el viaje de otra nave tripulada por personas cuerdas que buscaban la tierra de la eterna juventud.

Gamero (2005) afirma que el término “nave de los locos”, se extendió por toda Europa a modo de símbolo, gracias a obras de autores como Brueghel, del Bosco y Durero, que fueron influenciados por la obra de Brant y que acuñaron el término “nave de los locos”. Adicionalmente, Gamero (2005) menciona que el término “nave de los locos” aparece presente en fiestas y carnavales celebrados en las fiestas de locos de Bramante o Basilea; lo anterior podría significar que más que un barco real, la nave de los locos era un símbolo que representaba la marginación y la exclusión de todo individuo que desafiara o criticara las normas sociales y morales.

Foucault (1998), arroja un poco de claridad sobre el debate de la existencia de la nave, explicando que la nave de los locos fue un estilo de composición literaria, en donde la nave y sus tripulantes, no eran más que representaciones imaginarias de modelos éticos o tipos sociales, que embarcaban en un viaje simbólico en búsqueda de la forma de su destino, o la revelación de una verdad.

No obstante, Foucault (1998), afirma que de todas las naves imaginarias, el Narrenschiff fue el único barco real que transportaba locos de una ciudad a otra. Por ejemplo, algunos autores (Foucault, 1998; Ristich, 1970) cuentan un caso en que la nave llegó a Fráncfort (Alemania), y se le encargó a los marineros que librasen a la ciudad de un loco que se paseaba desnudo.

Distintos autores (Foucault, 1995; Gamero, 2005; Peñalta, 2008; Ristich, 1970) coinciden en una idea: la nave de los locos era una forma de expulsar de las ciudades a todo individuo al margen de la norma. No obstante, Foucault (1995) y Gamero (2005) se atreven a proponer una interpretación diferente para el Narrenschiff; según estos autores, los navíos podrían haber servido para la peregrinación de los locos, conduciéndolos en busca de la razón. Lo anterior, debido a que muchos de los destinos de estos navíos eran lugares de peregrinación, como por ejemplo Geel, donde yacían los restos de la princesa Dimphna, venerada por curar la locura.

Adicional a la peregrinación, Gamero (2005), menciona que los locos también podían ser empujados por la borda, como un método para eliminar aquello que resultaba amenazador o ridículo para la sociedad, siendo quizá esta una de las formas más crueles de limpieza de la locura.

Dejando a un lado la discusión sobre la existencia de la nave, independientemente de si fue real o no lo fue; se puede señalar que la nave de los locos tuvo una fuerte carga simbólica, que permitió plantear una reflexión en torno a la locura como una falta o defecto en algunos individuos por ajustarse a las normas sociales.

Se podría considerar que la nave de los locos fue una forma de denuncia sobre uno

de los tratamientos que la sociedad aplicaba para tratar la locura: el exilio y la marginación. No está de más plantear la posibilidad de que la nave de los locos como símbolo, fue una de las primeras formas de conciencia crítica que se construyó en torno al fenómeno de la locura; quizá esta forma de crítica fue un intento incipiente por desmitificar la imagen del loco como un ser sobrenatural que se dio a finales de la Edad Media y comienzos del renacimiento.

3 LA EDAD MODERNA

Este periodo de la historia comprende desde el renacimiento, iniciando alrededor del siglo XV, hasta aproximadamente la segunda mitad del siglo XX, en donde inicia la posmodernidad.

La modernidad comprende los siguientes momentos históricos: renacimiento, barroco, ilustración y romanticismo, siendo quizá el renacimiento y la ilustración, los dos momentos históricos que fueron más importantes en torno al fenómeno de la locura.

En el renacimiento se produce un movimiento que pretende desmitificar a las brujas, también se da un fenómeno particular al que algunos autores (Foucault, 1995; Porter, 2002) se refieren como “el encierro de los locos”, donde los hospitales se convierten en centros de detención para estas y otras personas.

En la ilustración, se produce un cambio completo en las ciencias médicas, gracias al auge de la anatomía y nuevo avances científicos. Quizá el elemento más importante de la ilustración en torno a la locura, se refiere a la revolución de Pinel en el tratamiento de los locos; sin embargo, esto será abordado en el apartado de la ilustración.

A continuación, se hace un breve recorrido histórico por cada una de las etapas históricas de la modernidad mencionando algunas de sus principales características, iniciando por el renacimiento.

3.1 El renacimiento.

Este periodo de la historia se considera como una transición de la Edad Media para dar inicio a la edad moderna. Sus inicios, suelen establecerse entre los siglos XV y XVI. González y Barrio (2010) ubican el inicio del renacimiento a partir de la toma de Constantinopla por parte de los turcos.

Diversos factores sirvieron de antecedentes para cimentar los pilares de este periodo histórico. cabe destacar por ejemplo: el debilitamiento de la iglesia a causa de las divisiones en las doctrinas cristianas y los movimientos heréticos, el aumento del escepticismo en la teología, y el sumergimiento de Europa en una profunda crisis económica a causa de la caída del sistema feudal.

Durante casi todo el inicio del renacimiento, en el siglo XVI, la locura continúa siendo tratada exclusivamente por exorcistas e inquisidores; algunos pensadores y médicos, empezó a destacar el carácter natural de la locura, retomando principios de las teorías clásicas mientras que otros propusieron nuevos paradigmas y teorías para explicar este

fenómeno, lo que dio como resultado que en épocas posteriores, la locura se transformara en enfermedad (Huertas, 2014).

De acuerdo a Giraldo (2008), a partir del periodo del renacimiento, las nociones fisiológicas y cerebrales empezaron a relacionarse con la locura; lo anterior significa, que las enfermedades que posteriormente fueron denominadas mentales, para la medicina renacentista empezaban a tener un origen en un trastorno físico o somático ligado al cerebro.

No obstante, de acuerdo a Giraldo (2008), aún persistía la idea de la relación directa entre posesión demoníaca y locura. Por el motivo anterior, aún se mezclaban las creencias con el conocimiento médico; es así como, por ejemplo, algunos médicos alejaban el mal que inundaba al paciente con rituales específicos, antes de tratar la enfermedad desde un punto de vista diferente al demonológico.

Gradualmente, la idea de posesión demoníaca y locura fue perdiendo fuerza; el fenómeno de la locura empieza una transición que va de lo sobrenatural hacia lo natural (Giraldo, 2008). Lo anterior significa, que la locura empieza a dejar de ser comprendida como un encuentro con fuerzas sobrenaturales invisibles, para ser vista más bien como la naturalización de lo humano, exacerbando su propia debilidad (Giraldo, 2008). La locura deja de ser una imposición en el ser humano a causa de fuerzas superiores, para ser simplemente vista como una alteración en su propio cuerpo.

Esta nueva concepción sobre la locura no trajo consigo ninguna mejora en el tratamiento para el loco, por el contrario, la actitud hacia estas personas encrudeció. Si bien con el paso del tiempo el loco dejó de ser perseguido por la inquisición, a partir del siglo XVI por toda Europa se inicia un movimiento de confinamiento masivo que busca la represión de la locura (Porter, 2002)

Aunque ya desde la Edad Media, existía un grado de percepción hacia el loco como una persona peligrosa, no es sino hasta la llegada del renacimiento, que esta idea toma más fuerza. Por el motivo anterior, empieza a surgir la necesidad de encerrarlo. Es así, como surgen los primeros asilos, como instituciones cuya función era quitar de las calles a estas personas. Sin embargo, no solo los locos empiezan a ser encerrados, también criminales, rebeldes, mendigos, prostitutas, ladrones, son arrojados sin distinción a las celdas de confinamiento de estas instituciones. Se podría considerar que en realidad, estos asilos eran cárceles, en donde las personas capturadas permanecían encadenadas, rodeadas de suciedad y oscuridad (Porter, 2002).

Pero no todo es tan negativo, de acuerdo a González y Barrio (2010) algo positivo de esta época, fue la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409 a cargo del sacerdote Fray Juan Gilbert Gofré; los autores mencionan que posteriormente entre 1412 y 1489 se fundaron en España otros cinco centros similares y en 1567 se forma el primer centro mental en el nuevo mundo, específicamente en México.

Gradualmente, a lo largo de este periodo se empieza a desarrollar un pensamiento crítico que retoma los postulados de la antigua Grecia. De acuerdo con Baumgart (2002), el renacimiento puede ser entendido como una reacción en contra del oscurantismo, el

dominio y el control teológico del Medioevo sobre la sociedad; es así como se da un auge DEL humanismo durante este periodo.

Baumgart (2002) menciona que durante el renacimiento se retornó a una visión piadosa y comprensiva del enfermo mental; esta idea podría ser cuestionable, si se toma en cuenta que algunos autores (Foucault, 1995; Porter, 2002) plantean que a partir del renacimiento se comenzó a encerrar los locos en cárceles y hospitales; lo anterior, como una especie de medida de contención y segregación, más que como una forma de tratamiento. Por lo tanto, la idea de una visión compasiva hacia el loco durante el renacimiento podría ser cuestionable y debatible.

No obstante lo mencionado en el párrafo anterior, Baumgart (2002) coincide con otros autores (Giraldo, 2008; Porter, 2002) al afirmar que durante el renacimiento se volvió a indagar en causas naturales de la enfermedad mental, desplazando poco a poco las explicaciones mágicas y sobrenaturales.

A nivel de la literatura en el campo de la locura, se destaca Erasmo de Rotterdam, reconocido humanista que escribió un libro titulado Elogio a la locura, en 1509. Su obra es una mezcla de loa satírica de las virtudes de la locura sobre la razón, y al mismo tiempo una denuncia sobre las prácticas “piadosas” y corruptas de la iglesia católica.

Adicionalmente, Rivera (1998) destaca en esta época al autor Theophrastus Phillippus Aureolus Bombastus von Hohenheim, también conocido como Paracelso; médico y alquimista suizo, quien en su obra *Sobre las enfermedades que privan de la razón* escrita en 1525, defendió la idea de que las enfermedades mentales no tenían un origen divino, si no causas naturales. Estudió las alteraciones mentales, clasificándolas en cinco grupos: epilepsia; manía; locura verdadera; baile de san vito y Suffocatio intellectus. De acuerdo a González y Barrio (2010), Paracelsus dividió la locura verdadera en cuatro tipos: lunáticos, insanos, melancólicos y obsesos.

3.1.1 Las creencias alrededor de la locura

Es importante mencionar, que aunque se podría pensar que el Renacimiento marcó corte definitivo entre el misticismo y la ciencia, lo cierto es que durante este período aún persistían muchas de las creencias de la Edad Media.

Era común que se hablaran de posesiones demoníaca, se realizaran exorcismos y que las personas aún vieran la locura como una forma de castigo y al mismo tiempo de revelación divina (Postel y Quetel, 2000). Hay que tener en cuenta que el cambio del paradigma místico al científico fue un proceso lento que solo se consolidó con fuerza en la ilustración.

Las interpretaciones de las conductas anómalas desde una perspectiva religiosa mantuvieron su protagonismo; un ejemplo de esto, fue la fundación de la academia platónica florentina, que pretendía recuperar las ideas de Platón y hacerlas compatibles con el cristianismo (Huertas, 2014).

Es así como, para este neoplatonismo, la locura sagrada se clasificó en cuatro categorías de furor: poético, místico, profético y amoroso; siendo todas estas categorías inspiradas por intervención divina. Así mismo, síntomas como, visiones, alucinaciones,

temblores, convulsiones e incluso autoflagelación; eran características de una experiencia mística en personas que habían sido tocadas por la mano de Dios y elegidas para llevar a cabo su designio en la tierra (Huertas, 2014).

Aparte de las interpretaciones religiosas de la locura, probablemente, una de las creencias que fue más representativa de esta época, y que ha quedado plasmada en obras artísticas, como los cuadros de El Bosco, Brueghel y Sanders, es la extracción de la piedra de la locura. En estos cuadros se representa a un falso médico realizando una especie de falsa trepanación craneal para sacar la piedra de la locura de la cabeza del paciente.

Durante el renacimiento, la piedra de la locura se creía que era un objeto material que estaba alojado en la cabeza de los locos y necios, por lo que era necesaria su extracción o expulsión del cuerpo con la finalidad de regresarle la cordura al loco. Huertas (2014), explica que la piedra de la locura, es simplemente una reminiscencia de los tratamientos de la medicina medieval, en donde se hacían trepanaciones craneales con el fin de liberar al cerebro de malos vapores.

No obstante, a pesar de que la piedra de la locura era una mentira, muchos charlatanes y curanderos sacaron provecho de esta creencia para su beneficio propio. Es así, como era común que en las calles se practicaran falsas cirugías por parte de charlatanes, quienes tras realizar un pequeño corte en el cuero cabelludo, y tras un hábil juego de manos, hacían aparecer una piedra o guijarro, frente a la vista de numerosos curiosos (Huertas, 2014).

Por su parte, fenómenos que se habían popularizado en la Edad Media, como por ejemplo las peregrinaciones, procesiones y santos que curaban toda clase de males, continuaron presentes hasta casi la mitad del inicio del renacimiento.

3.1.2 La desmitificación de las brujas.

Ya se ha mencionado que la inquisición se extendió hasta una parte inicial del renacimiento; hasta entrado el siglo XVI la cacería de brujas seguía siendo popular. Hergenbahn (2001) menciona que durante los siglos XV y XVII alrededor de 500.000 personas fueron ejecutadas por brujería; no obstante, el autor reconoce que es difícil establecer un número exacto de personas ejecutadas por la inquisición y menciona que el número de víctimas es normalmente muy exagerado.

Independientemente del número de víctimas a manos de la inquisición, es importante mencionar que durante esta época, algunas voces valientes se levantaron en contra de este fenómeno y argumentaron que las brujas no estaban poseídas por demonios o el diablo, y que estas conductas que la iglesia consideraba como herejías eran causadas por trastornos emocionales o físicos (Hergenbahn, 2001).

Entre estas voces que se levantaron en contra de la inquisición, se destaca la del médico y alquimista suizo Phillipus Paracelso. Aunque Paracelso se oponía a la demonología, creía en la existencia de un “espíritu universal” que estaba presente en la naturaleza; en este sentido, cuando las personas estaban en armonía con este espíritu, tenían buena salud, la enfermedad por lo tanto era la pérdida de armonía con el “espíritu

universal”; también creía que cosas como productos químicos, imanes y alineaciones de cuerpos celestiales podían influir en la armonía de la naturaleza de una persona y por consiguiente en su salud (Hergenhahn, 2001).

A pesar de que las explicaciones de Paracelso pareciera abogaran más por el misticismo, Hergenhahn (2001) afirma que las interpretaciones que Paracelso postulaba tendían hacia explicaciones naturalistas, alejándose de las sobrenaturales. De acuerdo con el autor, Paracelso fue el segundo médico que argumentó en contra de etiquetar a las personas como brujas, siendo el primero Cornelio Agrippa. Adicionalmente, Paracelso estudió las alteraciones mentales y las clasificó en cinco grupos: epilepsia; manía; locura verdadera; baile de San Vito y Suffocatio intellectus; también describió una “estructura mental” similar a lo que en la actualidad se conoce como inconsciente en sus estudios sobre la etiología de la locura.

Entre otras de las voces que se opusieron a etiquetar a las personas como brujas, destaca Johann Weyer, fue un médico quien en 1563 publicó *La decepción del demonio*. Esta obra era una antítesis del *Malleus maleficarum* que refutaba metódicamente los postulados de este último libro (Hergenhahn, 2001).

Para Weyer, lo que la iglesia catalogaba como brujas, eran realmente personas con conflictos psicológicos y relaciones interpersonales desequilibradas a causa de trastornos mentales. Por el motivo anterior, Weyer insistió en que las brujas no eran criaturas diabólicas, sino simplemente personas perturbadas mentalmente que en lugar de recibir un tratamiento teológico, debían ser tratadas mediante la medicina (Sarason y Sarason, 2006).

De acuerdo a Sarason y Sarason (2006), Weyer describió una amplia gama de conductas anormales, algunas de ellas trastornos que en la actualidad se conocen como: paranoia, epilepsia, depresión, psicosis y pesadillas recurrentes. Además, dedicó mucho tiempo a la escucha, observación e interacción con sus pacientes, debido a que consideraba necesario tener un conocimiento de primera mano de aquellas conductas anormales; por el motivo anterior, Weyer llega a la conclusión, que las experiencias internas como los conflictos psicológicos y las relaciones desequilibradas con los demás eran causa importante de las enfermedades mentales (Sarason y Sarason, 2006).

La idea de que las brujas eran realmente personas con enfermedades mentales, también encontró apoyo con autores como Reginal Scot en la publicación de su obra *Descubrimiento de la brujería* (1584) y el psiquiatra Félix Plater con su obra *Práctica de la medicina* (1583). De acuerdo a Hergenhahn (2001), finalmente los argumentos de todas estas personas son escuchados; tanto así, que en Francia el Rey Luis XIV abolió la pena de muerte para las brujas.

Lo anterior representó uno de los primeros cambios en la forma de entender la enfermedad mental; gradualmente se empezaron a considerar orígenes naturales en lugar de sobrenaturales. Aun así, el conocimiento que se tenía en torno a estas afecciones era muy poco y los tratamientos eran escasos.

Hergenhahn (2001) comenta que entre los tratamientos más populares persistieron las sangrías; adicionalmente se inventaron nuevas formas de inducir el shock en el paciente,

por ejemplo, arrojando cubos de agua fría sobre pacientes encadenados, o hacerlos girar rápidamente sobre una silla. También se administraban golpizas o la inmovilización completa del paciente, mediante el uso de amarras.

Como se ha podido apreciar según lo expuesto en los párrafos anteriores, la persecución y tortura a las brujas empezaba a perder fuerza, pero un nuevo fenómeno comenzaba a gestarse: la persecución y el encierro en cárceles y hospitales a cualquier loco que deambulaba por las calles.

3.1.3 El encierro de los locos.

Porter (2002) afirma que la práctica de encerrar a los locos en instituciones diseñadas exclusivamente para la atención y cuidado de los mismos, fue más bien tardía.

Como se pudo apreciar en el apartado de la Edad Media, los locos eran atendidos principalmente en los monasterios; de acuerdo con Porter (2002) algunas ciudades en la Edad Media tenían torres especiales llamadas “Torres de los tontos” en donde los locos eran encerrados.

Ristich (1970) menciona que entre los pocos hospitales que existían, solo el hospital de París recibía locos, y aun así, sus instalaciones no estaban adaptadas para el cuidado y tratamiento de estas personas, por lo que simplemente ingresaban al hospital para dormir en catres.

Según Barrionuevo (1975), ya en el renacimiento, los locos empezaron a ser admitidos en otros hospitales; sin embargo, esto supuso más un mal que un bien, debido a que coexistían pacientes con diversas enfermedades en un mismo lugar, además las camas eran compartidas por dos e incluso tres pacientes. De acuerdo a Barrionuevo (1975) no era extraño que los pacientes despertaran junto a un muerto.

Adicional a lo mencionado en el párrafo anterior, durante el renacimiento, Europa experimenta una fuerte desorganización social como resultado de una serie de crisis económicas; debido a lo anterior, el número de vagabundos y personas en condición de miseria aumentó en las calles de los núcleos urbanos (Aztarain, 2006; Desviat, 1989).

En un intento del estado por ocultar la miseria, de acuerdo con Aztarain (2006) en 1656 se emite el edicto real del “Gran Encierro” en París. Dicho edicto, en palabras de Desviat (1989) postulaba que se prohibía a todas las personas, de cualquier edad, sexo, condición de salud, mendigar por los barrios de París, sus iglesias, o casas, de día o de noche, a pena de encierro y látigo para aquellos que fuesen capturados mendigando.

Adicionalmente, Desviat (1989) enlista la tipología de ciudadanos que según el edicto deberían ser removidos de las calles, siendo estos: mendigos; vagos: personas sin hacienda, trabajo u oficio; criminales; rebeldes; alcohólicos; locos; hijas violadas; esposas molestas; hijos derrochadores; idiotas y hombres estafalarios. Todas estas personas fueron consideradas por el edicto como una desviación y amenaza al orden de la monarquía, y por lo tanto “borradas” del público.

Es así, como poco a poco el loco empieza a ser percibido como una persona peligrosa, y surge la necesidad de alejar a los locos y todas estas personas desviadas de las

calles. En palabras de Porter (2002), a partir del siglo XV el hecho de que locos e indigentes vagaran por las calles, era un escándalo para la ley y el orden; es por este motivo, que se empezó a gestar un movimiento que buscaba encerrar de forma masiva a los locos e indigentes.

Como resultado de lo anterior, un gran número de personas entre locos, ladrones, prostitutas y otros, empiezan a ser encerrados en prisiones y hospitales sin distinción de su condición mental (Turnes, 2009). Esta necesidad de confinamiento masivo, es explicada por Foucault (1995) debido al surgimiento del absolutismo monárquico durante el Renacimiento.

El absolutismo monárquico, era la concentración de todo el poder del estado en las manos de una persona, en este caso el Rey quien dictaba, aprobaba y modificaba leyes sin consultar a nadie. En este sentido, se podría considerar que el encierro fue un movimiento mediante el cual la monarquía buscaba proteger los intereses del estado, específicamente, mantener la ley y el orden.

El resultado de esta limpieza masiva y generalizada en las calles y los sitios públicos, fue un incremento en el número de “pacientes mentales” que ingresaron a los hospitales y cárceles de Europa. Porter (2002) menciona que tan solo a partir de la década de 1660 alrededor de 6.000 “pacientes mentales” habían sido ingresados al hospital general de París.

Si se considera lo mencionado por Ristich (1970), de que el hospital general de París no estaba adaptado para el cuidado y tratamiento de locos, es posible considerar que la situación de este hospital después de 1660 fuera simplemente de hacinamiento, sin posibilidad de ayudar a los pacientes considerados verdaderamente locos, y sirviendo solo como una especie de edificio de contención para aquellas personas que no debían estar en las calles.

Con el paso del tiempo, el número de hospitales a lo largo de las provincias francesas se multiplicó; para Foucault (1995) lo anterior correspondía más que a una medida terapéutica, a una medida meramente policial, a través de la cual el estado podía custodiar a todas las personas que consideraban un peligro para el orden social.

La persecución y el encierro a los locos, representó un cambio en torno a la forma como la sociedad veía la locura. Como se podrá recordar, en el apartado de la Edad Media, el loco medieval tenía cierta libertad de ir y venir de ciudad en ciudad; además, gracias a que su palabra estaba desvalorizada, podía expresarse con libertad y ser irreverente; adicionalmente, algunas personas encontraban al loco como una fuente de entretenimiento, de sabiduría o de terror.

Todo lo anterior cambia, de acuerdo a Foucault (1995) con el encierro; para el autor, esta nueva forma de abordar la locura, implicó la pérdida de todas las características mencionadas en el párrafo anterior; como consecuencia se redujo al loco a una simple negación de su humanidad. Según Foucault (1995), los locos fueron igualados con animales salvajes, encerrados y encadenados, habiéndoseles negado la razón.

Bravo y Olivier (2010) analizan la dinámica del encierro de infractores de la ley en

manicomios judiciales de Brasil en la actualidad. En su análisis, explican en términos foucaultianos que la lógica que sustentaba el encierro a los locos, consistía en colocar el “excedente social”, es decir, locos, mendigos, prostitutas, criminales y otros, en un sistema institucional que aislara y etiquetara a estas personas, de manera tal que parecieran ser responsables de su situación.

A continuación se hace un breve resumen del surgimiento de estas instituciones destinadas para el “tratamiento” de los locos durante el renacimiento

3.1.4 Los primeros manicomios

Como se ha podido apreciar, durante el periodo del encierro (siglo XV al XVII) los locos simplemente eran arrojados a cárceles u hospitales en donde permanecían amarrados en celdas o calabozos, sin esperanza de recibir algún tratamiento apropiado.

Ristich (1970) menciona que la mayoría de estos hospitales, no contaban con espacios adecuados para recibir a los locos. De acuerdo con Sacristán (2009), partir del siglo XIV se conoce de la existencia de hospitales con celdas especiales dedicadas a su aislamiento, entre los que destacan por ejemplo, los hospitales de Upsala, Brescia, Bérgamo y Hamburgo.

Por lo mencionado en el párrafo anterior, se puede entender que los locos que ingresaban a estos hospitales, simplemente eran arrojados a estas especies de calabozos, en donde permanecían aislados e incluso encadenados.

Se podría especular que no había un tratamiento oportuno y adecuado, y que la acogida de los locos en estas instituciones no tenía ningún fin terapéutico, más bien correspondía a desplazar la tutela legal del loco de una persona física, normalmente representado por un familiar, a una persona jurídica, representada por la institución hospitalaria (Sacristán, 2009).

Poco a poco empieza a volverse inviable albergar pacientes enfermos y locos en una misma institución, y adicionalmente se sumaban pordioseros que eran arrestados, por esto muchos hospitales empezaron a sufrir dificultades financieras. Postel y Quetel (2000), también explican que el hecho de que convivieran tanto heridos como locos en un mismo lugar imposibilitaba que hubiera reposo en los hospitales, debido a que muchos locos eran ruidosos.

Debido a lo anterior, el incremento de locos encerrados, trajo como consecuencia la demanda de más hospitales que se ocuparan exclusivamente del “tratamiento” de estas personas. Es así, como surgen los primeros manicomios. De acuerdo a algunos autores (Barrionuevo, 1975; Porter, 2002; Postel y Quetel, 2000) uno de los primeros manicomios de los que se tiene registro, es el Hospital Real de Bethlem, popularmente conocido como Bedlam.

El hospital Bedlam inició funciones aproximadamente en el año 1403 y para 1472, ya era conocido como “el hospital de lunáticos” o “la casa de locos” (Barrionuevo, 1975). De acuerdo a Ruggeri (2017), Bedlam inició como una orden religiosa dedicada a Santa María de Belén, que en sus inicios no implicaba cuidados médicos, sino simplemente, un

refugio para personas desamparadas y mendigos.

Ya para el siglo XVII el hospital se había convertido en un símbolo de locura, principalmente, debido a que aparecía referenciado en muchas obras de teatro y baladas de la época; su opulenta fachada también contribuyó a que destacara por encima de los otros hospitales, ganando de esta forma una mayor notoriedad.

Adicionalmente, Porter (2002) menciona que el hospital de Bedlam estaba abierto al público, en otras palabras, las personas podían pagar para ingresar a ver a los pacientes del hospital a modo de atracción popular. Por el motivo anterior, Bedlam fue incluido entre las principales atracciones de Londres, debido a que las personas consideraban este hospital como una forma de zoológico humano, un circo de fenómenos o una diversión pública; estas visitas continuaron hasta aproximadamente el año 1800.

Ruggeri (2017) explica que visitar Bedlam era considerado en esa época como una experiencia edificante, debido a que le recordaba a sus visitantes, la importancia de mantener sus “instintos” bajo control, pues nadie estaba exento de terminar del otro lado de las rejas.

El tratamiento en el hospital de Bedlam no se destacaba por ser el mejor; cabe mencionar que para la época aún no había médicos completamente especializados en el tratamiento de la locura. Por el motivo anterior, los psiquiatras no existían, debido a esto, en Bedlam, el cuidado de los locos estaba a cargo de guardianes quienes recurrían principalmente a tratamientos coercitivos como encadenamiento, baños de agua fría o golpizas hasta que los pacientes se comportaran como los guardianes lo exigían.

De acuerdo a Ryan (1981), muchos de estos guardianes a cargo del cuidado de los locos e incluso algunos directores de manicomios, en realidad eran hombres de negocios que se aprovechaban de los pacientes para su beneficio personal. Como ejemplo de lo anterior, Barrionuevo (1975), comenta el caso de uno de los directores del Bedlam, Helkiah Crooke, quien contradiciendo toda ley, enviaba a los pacientes a pedir limosna a la calle, tomando el dinero de la caridad para sí mismo.

Lo anterior cambia, de acuerdo con Aztarain (2006) y Porter (2000), a partir de 1820, en donde se aprueban una serie de decretos que exigen la presencia de médicos en los manicomios. No obstante, estos médicos tenían ideas abstractas sobre la locura y desconocían como podían tratar a los pacientes; es por este motivo que Porter (2000), plantea la idea que la psiquiatría fue la práctica que se desarrolló con el paso de los años para manejar a los pacientes.

A pesar de las malas prácticas en el hospital de Bedlam, no todos los manicomios de la época recurrían a tratamientos crueles y coercitivos para sus pacientes; un ejemplo de esto, fue el Hospital de los pobres inocentes fundado en Valencia en 1409, por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré. De acuerdo a Sacristán (2009), este fue uno de los primeros establecimientos destinado para el cuidado de hombres y mujeres que habían perdido la razón.

El tratamiento que se ofrecía en este hospital era sanitario, basado en ejercicios, trabajo, juego, dieta e higiene. Sacristán (2009) afirma que en este hospital donde por

primera vez se aplicaba un tratamiento en donde los locos eran libres de sus cadenas y eran tratados y considerados como enfermos. Por el motivo anterior, el autor menciona que el hospital de los pobres inocentes, fue el primero en implementar un tratamiento humanitario, una especie de antecesor del tratamiento moral, incluso antes de que Pinel liberara de las cadenas a los locos del Bicetre Asylum.

Más allá de discutir y criticar sobre los tipos de tratamientos, y las condiciones de vida que se ofrecían en estos primeros manicomios, es importante mencionar que estas primeras instituciones representaron un campo fértil para el estudio del loco como objeto de interés científico, pues estos manicomios, fueron los primeros lugares en donde se pudo aislar, observar y estudiar su conducta con una mirada científica. Como consecuencia de lo anterior, entre los siglos XVIII y XIX nace el precursor de la psiquiatría, el alienismo, y con este la posibilidad de estudiar de forma objetiva la enfermedad mental (Baumgart, 2000).

En resumen, se puede decir que durante el renacimiento se dieron 3 momentos históricos que fueron relevantes alrededor del fenómeno de la locura, siendo estos, la desmitificación de las brujas, seguido por el gran encierro, y posterior a esto la creación de los primeros manicomios. Vale la pena resaltar la importancia que tuvieron los primeros manicomios, que aunque en un principio funcionaron como una especie de institución coercitiva, con el paso de los años se convirtieron en la cuna para el estudio de la locura, permitiendo aislar al loco como un sujeto capaz de recibir un tratamiento.

Los tratamientos precarios y coercitivos al que el loco era sometido en estas instituciones se extendieron hasta el periodo de la ilustración, durante el barroco no hubo muchos aportes significativos para estudiar o entender la locura, tal como se puede apreciar a continuación.

3.2 El Barroco

Durante este periodo no ocurren muchos aportes significativos al campo de la locura, los tratamientos en los manicomios siguen siendo por lo general de medidas coercitivas y abusivas hacia los pacientes. Palanco (2008), destaca en este periodo al médico alemán Georg Stahl, quien propuso la división de la enfermedad mental en dos grupos: las simpáticas, donde había una afectación a nivel orgánico y las patéticas, en donde no había hallazgos patológicos.

3.3 La Ilustración.

Como se pudo apreciar en el apartado del renacimiento, los manicomios se convirtieron en instituciones que con el paso del tiempo permitieron un auge lento en el desarrollo de la perspectiva científica y médica sobre la locura, que se extendió hasta la ilustración. Se podría decir que la ilustración arrasó con todas las concepciones antiguas que se tenían en torno a la enfermedad mental. Surgió un nuevo interés por el enfermo mental desde una perspectiva de asistencia, el trato cordial y humanitario.

Algunos autores (Baumgart, 2000; Hergenhahn, 2001; Mur, 2010; Palanco, 2008;

Postel y Quétel, 2000) coinciden en afirmar que uno de los hechos históricos, que fue clave en este cambio de paradigma, fue el nombramiento de Phillip Pinel como director del asilo de Bicetre en 1792; allí Pinel liberó a los pacientes de sus cadenas, enfocándose en comprender los síntomas de los enfermos mentales, lo anterior se puede considerar que marcó un antes y un después en el tratamiento y estudio de la locura.

Adicionalmente, Pinel intentó realizar un primer esfuerzo por clasificar los síntomas de la enfermedad mental en su obra *Nosographie Philosophique* (1818). A partir de este periodo, se puede considerar que nacieron las bases de la psiquiatría, el alienismo y con ella el estudio de las enfermedades mentales (la locura) desde una perspectiva científica (Baumgart, 2000).

3.3.1 El tratamiento moral

Huertas (2014) menciona que a partir de la Ilustración, entre los siglos XVII y XVIII, se produce un cambio en la concepción de la locura que culmina con su secularización. El autor menciona que este cambio fue un proceso que se dio dos niveles, siendo el primer nivel religioso, pues se produce un marcado distanciamiento de todas las interpretaciones que asociaban la locura con herejías, posesiones demoníacas, o inspiración divina. El segundo nivel, es el inicio de un proceso de medicalización, donde se estudian y clasifican los síntomas de la locura, lo que convierte gradualmente la locura en un sinónimo de enfermedad.

Aparte de lo mencionado en el párrafo anterior, una de las primeras formas de entender los trastornos mentales en este nuevo paradigma, fue atribuir la locura a errores de juicio; en este sentido, el loco era visto como un alienado que había perdido la razón. Lo anterior representa un cambio a nivel conceptual, la palabra loco es reemplazada por alienado. Huertas (2014), explica que un alienado es un “extranjero de sí mismo” que aún conserva un núcleo inalienable de humanidad que permite establecer una relación transferencial y por lo tanto desarrollar una terapia, en este caso, la terapia moral.

Es gracias al concepto de alienación mental, que los trastornos mentales entran de lleno en el campo médico (Huertas, 2014). Desde la perspectiva de la alienación mental, las afecciones mentales, eran producto de presiones externas y hábitos de vida incorrectos.

De acuerdo a lo anterior, toda clase de conducta anormal o desviada, podría ser susceptible de ser corregida. Es así como esta forma de entender la locura, es la base para el tratamiento moral, el cual pretendía intervenir sobre una voluntad errada, a fin de que la persona pudiera vivir sanamente en sociedad.

Básicamente el planteamiento del tratamiento moral consistía en ofrecer una ayuda a las personas con enfermedades mentales, permitiéndoles participar en tareas cotidianas, trabajos, juegos y educación, ya que esto se consideraba que ayudaba en su mejoría.

Esta forma de tratamiento, fue una de las primeras que adoptó una postura humanitaria y benevolente hacia sus pacientes. Ryan (1981) explica que esta nueva forma de tratamiento, pretendía ofrecer mayores comodidades al paciente, estimular su interés y motivación, a través del ejercicio, condiciones de vida saludables e interacción con otras

personas.

Hergenhahn (2001) y Ryan (1981) mencionan como pioneros en la práctica del tratamiento moral a Vincenzo Chiarugi en Italia, quien se desempeñó en el hospital de Bolifalio de Florencia. Chiarugi propuso que la restricción física de los enfermos mentales debía ser mínima en la medida de lo que fuera posible, estableció que los médicos visitaran diariamente a las personas internadas de todas las unidades del hospital e inició un programa de trabajo y recreo aplicado a los enfermos mentales. Adicionalmente, enfatizó en la necesidad e importancia de tener una historia clínica detallada del enfermo mental y sus familias, igualmente en la necesidad de normas de limpieza para el hospital y que cada internada tuviera su cuarto individual.

Como se menciona en párrafos anteriores, también destaca Pinel, quien por ejemplo prohibió las sangrías y todo tipo de tratamiento cruel, fomentó la terapia ocupacional, se opuso a cualquier forma de castigo o exorcismo adicionalmente mantuvo un historial y una estadística del caso de sus pacientes, incluyendo un cuidadoso registro de los porcentajes de cura (Hergenhahn, 2001). Pinel se puede considerar como una de las figuras más representativas en el estudio de la locura, su historia y aportes, serán desarrollados con más profundidad, en un apartado posterior donde se desarrolla la evolución de la psiquiatría y su relación con la locura.

Un tercer pionero en la aplicación del tratamiento moral que mencionan Hergenhahn (2001) y Ryan (1981), fue William Tuke en Inglaterra; curiosamente Tuke no fue un médico ni psiquiatra, era un comerciante retirado que se dedicó a mejorar las condiciones de vida de quienes sufrían algún tipo de trastorno mental, luego de visitar un asilo de lunáticos, quedando horrorizado con lo que observó en ese lugar (Hergenhahn, 2001). Tuke fundó el *Retiro York*, diseñado más como una granja que un hospital, a los internos se les suministraba alimentación, instrucción religiosa y recreo, señalando la importancia de que los pacientes convivieran en comunidad en un ambiente doméstico (Porter, 2000).

Ryan (1981) plantea cinco elementos claves en el tratamiento moral: el primero, es la eliminación de la restricción física en los pacientes; el segundo, es la minimización del estigma, pues se buscaba normalizar las condiciones sociales del paciente y minimizar los estigmas y tabúes sociales mediante actividades y situaciones de inclusión, por ejemplo, el personal y los pacientes podían comer juntos en la misma mesa. Adicionalmente, se buscaba crear un ambiente de cordialidad y familiaridad, como ejemplo de esto, en los jardines del *Retiro York*, los pacientes podían tener mascotas como perros, gatos o conejos.

El tercer elemento clave en el tratamiento moral, de acuerdo a Ryan (1981), es el énfasis en la actividad constante y creativa, donde se buscaba mantener a los pacientes ocupados a través de tareas y oficios cotidianos; de esta forma algunos pacientes tenían el cuidado de los animales a su cargo, mientras que otros se encargaban del cuidado de los jardines; las mujeres se ocupaban en tejer o coser y los pacientes también podían tener acceso a una selección de libros, principalmente de ciencias naturales y matemáticas.

El cuarto elemento, siguiendo la línea argumental de Ryan (1981), es la provisión

de condiciones saludables e higiénicas; se procuraba suministrar a los pacientes dietas alimenticias saludables, con abundante leche, carne y frutas; adicionalmente se procuraba que cada paciente tuviera su propio cuarto y en caso que esto no fuera posible, entonces al menos que tuviesen su propia cama y almohada. Adicionalmente, se favorecía el cuidado y la higiene personal de los pacientes.

Finalmente, el último elemento que Ryan (1981) plantea en el tratamiento moral, es la inspección constante, permitiendo inspecciones públicas en los hospitales con el fin de mejorar constantemente la calidad del servicio, esto en contraste con la actitud hostil de los hospitales de antaño hacia las inspecciones, pues debido a las malas condiciones que se ofrecían a los pacientes muchos hospitales se oponían a ser supervisados.

3.3.2 La reforma en los manicomios

El tratamiento moral trajo consigo un cambio a nivel institucional, los manicomios se transformaron en asilos, la reclusión en una institución mental dejó de ser vista como algo precario para convertirse en un ideal. Por ejemplo, en Francia, gracias a las reformas de Pinel y la declaración de un estatuto en 1838 se decretó que cada *departement* debía tener por lo menos un asilo o en su defecto proveer los servicios adecuados para el cuidado y tratamiento de pacientes mentales. Para evitar reclusiones indebidas en estas instituciones, se establecieron normas, en las cuales los médicos debían certificar oficialmente la locura de un individuo (Porter, 2000).

En Inglaterra, luego de que se revelara que algunas personas sanas habían sido encerradas en manicomios, se proclamó el decreto de asilos de 1774, el cual establecía que los manicomios privados debían obtener una renovación anual de su licencia para funcionar a través de una visita de reconocimiento en donde se evaluaban las condiciones de estas instituciones para seguir llevando a cabo sus funciones (Porter, 2000).

Junto con todo lo mencionado anteriormente, hacia 1828 en Francia, se organizó un comité de inspectores, conformado por doctores y abogados que buscaban perseguir las prácticas coercitivas que aún subsistían en algunos manicomios con el objetivo de negar la renovación de las licencias a estas instituciones.

Se puso especial atención en el refinamiento de las técnicas de los asilos, haciéndose popular la idea de “no sujeción”, se reemplazaron los grilletes, cadenas y camisas de fuerza por asistentes entrenados que se encargaban de vigilar a los pacientes y adicionalmente se organizaban regímenes de tareas y ejercicios con la finalidad de estimular la mente y disciplinar el cuerpo (Porter, 2000).

De esta forma, se podría decir que no solo la concepción del loco cambió, sino también la forma de pensar los manicomios, de manera que estos también sufrieron una transformación al punto que se popularizó la idea de que un manicomio bien diseñado y bien administrado, podría convertirse en una maquinaria para curar la locura.

Huertas (2014) resume los efectos de la reforma en los manicomios como consecuencia del tratamiento moral, en tres puntos: el primero, es que el encierro ya no se da forma arbitraria como solía ocurrir en la época del gran encierro, cuando se encerraba al

loco en calabozos o prisiones, pues con esta reforma se precisaba de un protocolo que apelaba a la legalidad e implicaba la evaluación y certificación de la locura en un paciente por parte de un médico.

El segundo punto, es la aparición de agentes sociales como médicos, jueces y procuradores, que intervenían en la regulación de la locura y los locos. Finalmente, el tercer punto de acuerdo a Huertas (2014), es la forma de entender al loco, ahora denominado como alienado, como un enfermo susceptible de recibir tratamiento (el tratamiento moral) en una institución adecuada (el manicomio/asilo).

Adicionalmente se puede decir que la locura renace como un objeto diferenciado del saber, siendo susceptible de ser estudiado con una mirada objetiva y racional. Lo anterior, permite pensar la locura como una enfermedad que es posible de ser tratada.

3.3.3 El declive del tratamiento moral

Algunos de los motivos que llevaron al declive de esta forma de tratamiento, son atribuidos por Ryan (1981), a que a medida que fueron muriendo los líderes de este campo, como por ejemplo, Pinel, Chiarugi o Tuke, no surgieron otras personas que continuaran con el liderazgo de este movimiento.

Adicionalmente durante el siglo XIX, apareció la postura filosófica darwiniana que se popularizó a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX. La filosofía darwiniana dio una interpretación errónea sobre la enfermedad mental. En este sentido, la enfermedad mental era una de las maneras como la naturaleza eliminaba a los individuos defectuosos (Ryan, 1981).

Como consecuencia de lo anterior, el ambiente optimista que el tratamiento moral había creado sobre la posibilidad de curar la locura, empezó a verse opacado por la postura de la filosofía darwiniana, la cual aparte de considerar la enfermedad mental como una forma de selección natural, también veía en la locura una forma de enfermedad orgánica degenerativa para la cual no había tratamiento ni cura (Ryan, 1981).

Sumándose a todo lo anterior, Porter (2000) menciona que el índice de los pacientes que se recuperaban a través del tratamiento moral empezó a decrecer pero al mismo tiempo, los asilos empezaron a llenarse de pacientes cuya estancia se hacía indefinidamente prolongada; los costos de los tratamientos para la rehabilitación de estas personas eran excesivamente altos y muchos asilos empezaron a tener dificultades financieras para costear los tratamientos.

También los asilos empezaron a recibir otro tipo de personas a parte de los alienados. Porter (2000) comenta que entre los nuevos pacientes se encontraban epilépticos, paralíticos y quienes padecían de sífilis terciaria y otros trastornos neurológicos degenerativos. Es así, como los asilos se convirtieron gradualmente en depósitos para personas cuyas enfermedades tenían pronósticos desoladores y casos terminales (Porter, 2000).

Porter (2000) y Ryan (1981), coinciden en que ante el panorama de que la terapia moral no funcionaba, los alienistas se cuestionaron si acaso la locura no tenía sus orígenes

en la constitución del individuo, y por ende podría ser innata o hereditaria. De esta forma, se reforzó la idea de que era muy poco lo que se podía hacer por el loco, quien empezó a ser visto como una especie de ser defectuoso, víctima de una enfermedad degenerativa.

Lo anterior dio como resultado que se abandonaran los esfuerzos por intentar rehabilitar al loco y se empezó a considerar la posibilidad de que simplemente era mejor tanto para este como para la sociedad, permanecer recluido permanentemente en el asilo. De esta forma, el loco podía mantenerse a salvo de sí mismo y al mismo tiempo se impedía la procreación de nuevas generaciones “defectuosas” (Porter, 2000; Ryan, 1981).

Porter (2000), dice que a partir de esta nueva forma de ver la locura, los asilos pierden su objetivo inicial, el cual era proporcionar un tratamiento casi personalizado para los alienados y pasan a convertirse en domicilios para toda clase de casos incurables. Poco a poco los asilos convierten la atención de los pacientes en procesos meramente formales, donde lo usual es simplemente administrar a los pacientes calmantes, sedantes y estupefacientes con el fin de mantenerlos bajo control. De esta forma, se dejan a un lado las terapias donde se buscaba mantener al alienado ocupado a través de actividades cotidianas y una vida en comunidad, para reducir a los pacientes a una vida rutinaria y vacía (Ryan, 1981).

Debido a estas nuevas condiciones culturales y sociales que se desarrollaron entre el siglo XVIII y XIX, el tratamiento moral terminó por desaparecer. No obstante, de acuerdo a Ryan (1981), el énfasis que el tratamiento moral puso al momento de eliminar el estigma social de la enfermedad mental, brindar un tratamiento humanitario y resaltar la importancia de brindar actividades que ocuparan al alienado, fomentaron las bases para los tratamientos actuales de rehabilitación de personas con trastornos mentales.

También se puede considerar que durante el renacimiento y la ilustración, la institucionalización fue un rasgo característico. La manera como evoluciono esta característica, se dio de tal forma, que trascendió del encierro del loco en cárceles y hospitales, hasta alcanzar la cúspide en el tratamiento moral, el cual dio como resultado el surgimiento de un espíritu optimista y quizá asistencialista sobre el tratamiento de la enfermedad mental, para finalmente desaparecer y relegar el tratamiento a un simple protocolo formal, limitado al uso de medicamentos.

Se puede considerar que las instituciones que surgieron para tratar a los locos (manicomios y asilos) permitieron pensar la locura como un objeto diferenciado de saber. En palabras de Porter (2000), estas instituciones instalaron una especie de cordón sanitario simbólico que separó la locura de la “normalidad”.

El siguiente periodo de la modernidad que fue representativo en torno a lo locura, es el romanticismo. A continuación se describe de forma breve algunas características de este periodo.

3.4 Romanticismo

El romanticismo se desarrolla a inicios de la primera mitad del siglo XIX, aunque ya para esta época el tratamiento moral comenzaba a entrar en su ocaso. González y Barrio

(2010) mencionan que Jean Esquirol fue un continuador del tratamiento moral durante este periodo, por ende, los autores lo plantean como el alienista más representativo de esta época.

Entre los aporte de Esquirol al estudio de la locura, Gonzales y Barrio (2010), le atribuyen la diferenciación del término alucinación de ilusión, además inauguró el primer curso de psiquiatría.

De esta época también destaca el neurólogo francés Jean Martin Charcot, el cual estableció una diferenciación entre las personas que tenían un trastorno mental a causa de una lesión orgánica y aquellos cuyos síntomas tenían un origen psicológico (Gonzales y Barrio, 2010).

El siglo XIX se caracterizó por los primeros intentos de clasificar la enfermedad mental, así mismo, se empezaron a formular descripciones más modernas en torno al trastorno mental.

Bajo el marco del romanticismo, empezó a gestarse y surgir la psiquiatría como una forma de tratar a los alienados. A partir de este periodo, se empezó a realizar un esfuerzo por describir y sistematizar los trastornos mentales, adicionalmente se inicia una época de introducción a la investigación científica que busca encontrar las causas de la enfermedad mental a través de la comprobación de hipótesis causales.

Como se ha podido apreciar, durante todos estos periodos de la modernidad, se produjeron una serie de cambios y reformas en el tratamiento y la concepción de la locura, que al final llevó al surgimiento de la psiquiatría como la disciplina que asumió la tarea de estudiar y tratar a las personas con trastornos mentales.

A continuación, se hace de forma un poco más elaborada, el proceso evolutivo del alienismo hacia la psiquiatría y su relación con el fenómeno de la locura.

3.5 La evolución de la psiquiatría

A partir del siglo XIX, se consolida la psiquiatría como una especialización en el campo de la medicina, que se encarga de estudiar los trastornos mentales.

A continuación, se hace una clasificación de tres periodos, en donde se exponen los principales aportes y autores que contribuyeron a la evolución del conocimiento psiquiátrico, es importante mencionar que las fechas utilizadas para indicar el inicio y duración de cada periodo son aproximaciones y estimaciones basadas en las fechas de las biografías de los autores que representaron dicho periodo.

3.5.1 El alienismo (1800-1814)

De acuerdo a Baumgart (2000), este periodo tiene como representantes más significativos en Francia a Phillip Pinel (1745-1826) y a su discípulo Esquirol (1772-1840).

Pinel, como se ha descrito con anterioridad, es considerado como el padre de la psiquiatría y fundador de sus bases metodológicas. Entre las aportaciones de Pinel que más se destacan en la evolución de la psiquiatría, se encuentra la introducción de la cuestión de

la alienación mental, la liberación a los locos de las cadenas y fomentar la observación y análisis sistemático de los síntomas de la enfermedad mental.

Vale recordar que Pinel, inspirado por la idea de proporcionar un tratamiento humano a los alienados, impone un nuevo modelo de tratamiento basado en el respeto y contacto personal hacia ellos, el tratamiento moral.

Aunque el tratamiento moral estaba basado en la amabilidad en el trato hacia sus pacientes, también había una relación indiscutible de autoridad entre alienado y alienista. En este caso, los consejos y amonestaciones del alienista debían ser obedecidos por el alienado. Lo anterior se hacía con una doble finalidad, la primera era crear condiciones en donde el alienado pudiera ser influido de manera positiva, estableciendo una relación de dependencia con una figura de autoridad y la segunda, como una forma de combatir y destruir la idea delirante (Baumgart, 2000; Huertas, 2014).

Pinel consideraba las afecciones mentales como una perturbación de las funciones intelectuales superiores sin ningún tipo de lesión orgánica (Baumgart, 2000). Esto significa que para Pinel, la locura era localizable en el cuerpo, particularmente a nivel cerebral; en 1800 Pinel define estas afecciones bajo el término de alienación mental. En este sentido, se puede decir, que la locura fue vista a partir de este momento como una estructura única, dentro de la cual, se agruparon distintos síntomas o síndromes que hacían parte de un único fenómeno, es decir, la locura o el alienismo mental (Zlotnik, 2008)

Además de lo mencionado en los párrafos anteriores, Pinel realizó una primera forma de clasificación de los trastornos mentales, dividiéndolos en comatosos y vesanias. De acuerdo con Zlotnik (2008), los comatosos se referían a estados donde se anulaban las funciones mentales como la memoria, intención e inteligencia; por su parte, las vesanias hacían referencia a la locura o la alienación mental en donde no había pérdida de las funciones mentales, sino solo una perturbación de estas.

Adicionalmente, Pinel realizó una subdivisión de las vesanias en cuatro categorías: manía, melancolía, demencia e idiotismo (Baumgart, 2000). En el caso de la manía, esta se entendía como un delirio generalizado, donde se perturbaba el entendimiento, la razón y la memoria; la melancolía por su parte, era una forma de delirio reducida a un objeto particular, manteniendo las facultades mentales intactas.

Continuando con el hilo argumental, la demencia era la incoherencia y el desorden en las facultades mentales. Así, por ejemplo, las personas con demencia eran descritas como sujetos cuya existencia era automática y cuya función de síntesis estaba desintegrada; finalmente, el idiotismo era la anulación de las facultades intelectuales y afectivas (Zlotnik, 2008).

El sistema de clasificación de Pinel seguía el criterio sincrónico, es decir, la clasificación se realizaba de acuerdo al síntoma o comportamiento más notorio que presentara un trastorno. También propuso tres causas por las cuales se podía producir el alienismo, la primera por causas físicas, como por ejemplo, lesiones o traumatismos; la segunda, por motivos hereditarios y la tercera por motivos morales, en este caso las pasiones dominaban al sujeto (Zlotnik, 2008).

Por su parte, Jean-Etienne Esquirol, discípulo de Pinel, es considerado por Baumgart (2000) como el iniciador del abordaje clínico que le permitió al alienismo establecerse como una rama de la medicina. Esquirol continuó con la línea de tratamiento moral de Pinel y enriqueció las clasificaciones de trastornos mentales que su maestro había formulado.

Es así, como de acuerdo a Postel y Quétel (2000), Esquirol propone la clasificación de la enfermedad mental en cinco tipos: lipemanía, monomanía, manía, demencia e idiocia. Lo anterior como una forma de matizar y hacer más operativa y funcional la clasificación de Pinel. Además, también separó lo adquirido de lo congénito en las enfermedades mentales y destacó el papel de las conmociones sociales y el aislamiento en la génesis de la enfermedad mental (Baumgart, 2000)

De igual manera, Esquirol le dio una nueva definición al concepto de alucinación. Postel y Quétel (2000) explican que anteriormente las alucinaciones eran consideradas enfermedades de la imaginación. Esquirol diferenció las alucinaciones de la fantasía y señaló hasta entonces las alucinaciones eran percepciones sin objeto.

La locura o el alienismo, fue entendido por Esquirol como una forma de afectación cerebral crónica cuya principal característica eran desórdenes a nivel de la sensibilidad, inteligencia y voluntad; adicionalmente siguiendo con el mismo modelo de clasificación nosológica de Pinel, Esquirol definió la idiotez como un trastorno hereditario que a su vez se subdividió en tres categorías imbecilidad, idiotez y cretinismo; la demencia la dividió en dos formas clasificadas como crónica o incurable; la manía tenía la misma definición que planteó Pinel, excepto que se excluía la forma sin delirio razonante.

Esquirol removió la melancolía de su nosografía, y en su lugar planteó las monomanías, las cuales a su vez se subdividieron en dos categorías, la lipemanía que correspondía a las pasiones tristes y la monomanía (valga la redundancia) que correspondía a las pasiones alegres (Zlotnik, 2008).

De acuerdo a Baumgart (2000), por parte de la escuela alemana el autor más representativo en esta época fue Griesinger (1817-1868), quien consideraba el trastorno mental como una pérdida de libertad. Esta pérdida de libertad no estaba adjudicada a ideas religiosas, como por ejemplo limitaciones del alma, sino a una pérdida de libertad en la medida que el trastorno mental creaba un conflicto entre las ideas y el modo en que participaba el campo emocional.

El aporte más grande que Griesinger realizó para la escuela alemana fue la introducción de las ideas de Pinel y Esquirol. Adicionalmente, creó el estudio de las enfermedades mentales desde una perspectiva organicista en Alemania; esto significa que Griesinger creía que los trastornos mentales tenían un origen a nivel orgánico, específicamente en el cerebro. De esta forma, la locura fue entendida por Griesinger como un síntoma de diversos estados anormales del cerebro (Baumgart, 2000).

Adicionalmente, fue el primer autor que escribió un tratado de psiquiatría, titulado *Tratado de las enfermedades mentales: patología y terapéutica* (1865), donde expone que el trastorno mental debe ser visto antes que nada como una afección del cerebro (Escobar,

2012).

Para Griesinger la locura tenía origen en estados de angustia o depresivos, que debilitaban la personalidad generando una reacción anormal en el cerebro; debido a esto, de acuerdo a Baumgart (2000), Griesinger plantea una relación interesante entre la historia física y psíquica del individuo.

Además de lo anterior, Griesinger, también analizó los trastornos afectivos, del pensamiento, la voluntad, la sensibilidad y la motricidad. Su obra, aparte de introducir los conceptos de Pinel y Esquirol en Alemania, también conceptualizó la idea de psicosis única. De esta forma, planteó la locura como ciclos en los cuales a cada estadio le correspondía una de las clasificaciones de Pinel (Baumgart, 2000).

Se puede decir que el punto central de esta primera etapa en la evolución de la psiquiatría fue la consolidación de la locura en una sola estructura, a partir de la cual se clasificaron distintos tipos de trastornos.

De acuerdo a lo anterior, Baumgart (2000), explica que la locura era vista como un concepto macro del cual se desprendían especies más pequeñas, que se clasificaban según sus síntomas más sobresalientes; así, los estados de excitación eran catalogados como manía; los estados de depresión, catalogados como lipemanía; los estados delirantes, catalogados como monomanía; los estados de estupor, catalogados como cuadros de estupidez; los estados de incoherencia, catalogados como estados demenciales y los estados impulsivos, catalogados como cuadros de locura instintiva.

No obstante, las causas de la locura no están bien definidas en este primer periodo, pero Baumgart (2000) explica que la mayor contribución de esta primera forma de psiquiatría yace en el hecho de que los trastornos mentales se inauguraron como enfermedades psico-cerebrales, la locura fue considerada como una alteración fisiológica del sistema nervioso y por lo tanto susceptible de recibir tratamiento médico.

Zlotnik (2008) hace referencia a este periodo, como la etapa de la clínica sincrónica, pues sus principales representantes pusieron su acento en la observación clínica y la descripción objetiva de los trastornos mentales. De esta forma, el autor explica que no se buscaba dar propiamente una explicación a la locura sino más bien realizar una observación detallada de la misma, para describirla de la forma más objetiva posible.

El final del tratamiento moral y el alienismo se sitúa a mediados del siglo XIX, a partir de este periodo se inició un cambio de paradigma en donde predominaron las lesiones como causantes de la enfermedad mental. Con esta nueva perspectiva llegó también el concepto de incurabilidad y se reemplazó el concepto de alienación mental por el de enfermedad mental (Desviat, 2016). Durante este nuevo periodo de la evolución de la psiquiatría, se dio la formación de los primeros fundamentos nosológicos

3.5.2 El positivismo naturalista (1814-1914)

El término nosología hace referencia a la descripción, explicación, clasificación y diferenciación de las enfermedades y patologías existentes, mediante la agrupación de sus síntomas. Con la formación de la nosología clásica, la locura dejó de ser un concepto

homogéneo, es decir, ya no es visto como un fenómeno único y más bien es entendido como un conjunto de trastornos que podían ser agrupados, clasificados y diferenciados entre sí, además se intentó encontrar una causa para cada trastorno (Desviat, 2016; Zlotnik, 2008).

Los autores más representativos de este periodo de acuerdo a Baumgart (2000) fueron: en la escuela francesa: Bayle (1799-1858), Falret (1794-1870) y Morel (1809-1873); por su parte en la escuela alemana se destacó a Kahlbaum (1828-1899).

Bayle enfocó sus estudios en encontrar la patogenia de la alienación mental, haciendo una prolongación de los estudios sobre la parálisis general progresiva (P.G.P). Falret, estableció que la meningitis crónica es un desencadenante de la alienación mental, que a su vez genera perturbaciones motoras (la parálisis general) y que evolucionó en tres fases: el delirio mono maniático con exaltación, el delirio maniaco general con agitación y la demencia (Baumgart, 2000; Zlotnik, 2008).

Gracias al descubrimiento de Bayle, se perfiló el método “anatomo-clínico” que abre el terreno para el campo de la investigación, pues este método implicaba la observación junto al lecho del enfermo y adicionalmente buscaba localizar lesiones a posteriori al realizar necropsias o autopsias a los alienados que fallecían (Baumgart, 2000; Desviat, 2016).

Durante este periodo, surgieron los grupos de patologías exógenas y endógenas; los grupos exógenos tenían su origen en causas externas como infecciones, tumores o traumatismos, mientras que los grupos endógenos, tenían su origen en factores congénitos, hereditarios o adquiridos tempranamente (Desviat, 2016).

La postura endógena influyó de forma significativa en la teoría degenerativa de Morel. En este sentido, la degeneración se transmitía de forma hereditaria, pero además los efectos degenerativos se acentuaban y progresaban a medida que pasaba de generación en generación, agravándose hasta llegar al punto de la imbecilidad, idiotez o la degeneración cretinosa.

Con el tiempo, la teoría degenerativa terminó por evolucionar en una etiología general de la enfermedad mental, en donde locos, criminales, alcohólicos, revolucionarios entre otros, fueron considerados sospechosos de padecer algún tipo de trastorno degenerativo. Se podría considerar que uno de los efectos que la teoría degenerativa dejó al campo de la enfermedad mental fue el de los conceptos de incurabilidad y cronicidad (Baumgart, 2000; Desviat, 2016; Zlotnik, 2008).

Por su parte, Falret se ocupó de estudiar los estados delirantes, investigando sobre el delirio de persecución y la locura circular. Falret consideraba que era necesario realizar una observación rigurosa y detallada tanto de los síntomas positivos como los síntomas negativos del alienado; adicionalmente, resaltó la importancia de encontrar síntomas en los trastornos mentales y la necesidad de observar la evolución de la enfermedad (Baumgart, 2000).

Por su parte, en Alemania, Kahlbaum introdujo el criterio “clínico evolutivo” haciendo referencia al proceso total de la enfermedad; de esta forma se fomentaba el

análisis de los síntomas a lo largo del tiempo y la forma cómo evolucionaba la enfermedad. Adicionalmente, agregó las características que permiten diagnosticar la catatonía.

De esta etapa SE destacan los autores Krafft-Ebing (1840-1902), Magnan (1835-1916) y Kraepelin (1856-1926). De acuerdo a Baumgart (2000), la escuela francesa aún usaba el término de alienación, mientras que la escuela alemana a partir de este periodo formó nuevas clasificaciones, usando por primera vez el término "*Psychose*" (Psicosis). Este término fue inventado por un médico llamado Feuchtersleben y se volvió de uso común en Alemania alrededor de 1845, para describir los trastornos mentales. Se podría decir que gradualmente el término *Psychose* fue desplazando al de alienación en Alemania.

En esta línea de pensamiento, Krafft-Ebing, estableció una diferenciación entre las psicosis funcionales y las psicosis con lesiones anatómicas. De esta forma, en la primera categoría de psicosis no era posible detectar una lesión, mientras que en la segunda si había presencia de una lesión (Baumgart, 2000).

Krafft-Ebing, junto con Magnan, fueron exponentes de la teoría de la degeneración de Morel. En este sentido, Krafft-Ebing trabajó sobre las cuestiones relativas a las desviaciones y perversiones sexuales, atribuyéndolas a la degeneración, dejando los resultados de su trabajo registrados en su obra *Psicopatía sexual* (Baumgart, 2000; Palanco, 2008).

Por su parte, Magnan se constituyó como el sucesor teórico de Morel, modificó la teoría de la degeneración y logró situarla en el contexto evolucionista darwiniano (Baumgart, 2000). De esta forma, la enfermedad mental fue entendida en el nuevo marco de la teoría degenerativa bajo cuatro conceptos fundamentales: el primero fue la predisposición a desarrollar una enfermedad mental, siendo causada por factores hereditarios o adquirida por factores psicológicos, sociales u orgánicos; el segundo fue el desequilibrio de la sinergia entre los centros nerviosos produciendo una desaparición de la armonía entre las funciones mentales.

El tercer concepto correspondía a los estigmas. Magnan hizo una distinción entre estigmas morales, que se caracterizaban por el retraso afectivo o intelectual y la inadaptación social, y los estigmas físicos que correspondían a atrofas, hipertróficas y distrofias. Finalmente, el último concepto corresponde a los síndromes episódicos. Para Magnan, los degenerados padecerían en algún momento de accidentes agudos o cuadros episódicos en donde situaba las obsesiones, las compulsiones y los delirios.

Quizá el autor más representativo de este periodo fue Kraepelin. De acuerdo con Baumgart (2000), Kraepelin inicia una nueva etapa en la evolución de la psiquiatría con la clasificación y la descripción de las enfermedades mentales, siendo este modelo de clasificación la base de la actual taxonomía de la clasificación actual de la psiquiatría.

De acuerdo a Del Barrio (2009), Kraepelin es considerado el padre de la clasificación de los trastornos mentales. Los criterios de clasificación usados por Kraepelin se basaban en las causas orgánicas, hereditarias, metabólicas, endocrinas y alteraciones cerebrales; por este motivo las clasificaciones de las enfermedades mentales actuales, iniciaron solamente por los trastornos con causas orgánicas.

Es así como, a partir del año 1900, aparece el primer sistema clasificatorio en Europa promocionado por la OMS, el *International Classification Diseases* (IDC por sus siglas en inglés), el cual hasta su sexta edición (1948) solo incluía enfermedades mentales con base orgánica en su clasificación; en 1952 aparece un nuevo sistema clasificatorio en América, promocionado por la APA, conocido como el *Diagnostic and Statistic Manual* (DSM por sus siglas en inglés). Estos dos sistemas de clasificación rivalizaron en cierta medida, hasta que finalmente en 1980 el DSM con su tercera edición termina por sustituir en uso al IDC (Del Barrio, 2009).

Del Barrio (2009) menciona que el DSM-III se mantuvo en un marco atórico, siendo fiel al fisicalismo; adicionalmente, menciona que las principales novedades del DSM-III que terminaron por favorecer su uso sobre el IDC fueron: la explicitación de los criterios con lo que se construían las categorías, la ampliación de los ejes de diagnósticos en donde incluyeron alteraciones que resultaban difíciles de diagnosticar como por ejemplo el retraso mental. Adicionalmente, proporcionaba criterios de clasificación y definiciones más precisas para cada trastorno lo que significó para los psiquiatras una mejoría en la cuantificación y objetivación al momento de realizar un diagnóstico.

De acuerdo a lo anterior, se puede apreciar el impacto que tuvo el sistema clasificatorio de Kraepelin para los manuales que surgieron años después de su contribución inicial. Debido a esto, Desviat (2016), considera que Kraepelin fue el principal contribuyente a la construcción de la psiquiatría del siglo XIX, debido a que su esquema de clasificación de las enfermedades mentales permitió estructurar las mismas en el campo de la medicina y cimentó las bases para los futuros sistemas de clasificación y diagnóstico.

Durante su carrera, Kraepelin realizó una serie de modificaciones y correcciones a su sistema de clasificación a lo largo de una serie de ediciones de su trabajo. Es así como, en 1883, publicó su obra *Compendio de psiquiatría*, para que en el transcurso de treinta años, realice aproximadamente un total de ocho ediciones. De esta forma el tratado original de 380 páginas, se transformó en un tratado de tres tomos con 2500 páginas.

Adicionalmente, Kraepelin también delimitó las enfermedades mentales con una etiología; de esta forma, estas eran manifestaciones, que tenían un curso y una histopatología propia. (Baumgart, 2000; Desviat, 2016).

De igual manera, Kraepelin estudió las psicosis maniaco-depresivas, la demencia precoz, las parafrenias y las paranoias. Baumgart (2000) menciona que Kraepelin no creó muchos conceptos, sin embargo, destaca que fue el primero en sistematizarlos y organizarlos; el autor también menciona que Kraepelin realizó una división de las enfermedades mentales en exógenas, siendo estas psicosis producidas como una forma de reacción a situaciones o eventos traumáticos, mientras que las psicosis endógenas eran de origen biológico y por lo tanto incurables.

Gracias al trabajo de Kraepelin, la psiquiatría es introducida definitivamente en la medicina, esto trajo consigo un cambio en la forma como se veía al loco. Si anteriormente, gracias al alienismo y el tratamiento moral, el loco había recuperado su estatus de ciudadano, con la reforma conceptual de Kraepelin, el loco pasó a ser visto como un

enfermo que debía ajustar su padecimiento a los patrones de la práctica médica (Desviat, 2016).

El trabajo de Kraepelin no solo se limitó al campo teórico; de acuerdo a Baumgart (2000), también tuvo un impacto a nivel institucional, pues fundó el instituto de psiquiatría de Munich, el cual se convirtió en el modelo de las instituciones psiquiátricas contemporáneas. Adicionalmente, de acuerdo a Palanco (2008) otro hecho significativo en la vida de Kraepelin fue su concepción de acercarse al lecho del enfermo y observarlo. De esta forma, se puede apreciar que había cierto valor por la investigación científica en el trabajo de Kraepelin, al estudiar el curso completo de la enfermedad mental, más que en enfocarse por especular a nivel teórico.

A modo de resumen, se puede decir de acuerdo con Palanco (2008), que hay una serie de características que marcaron el desarrollo de la psiquiatría durante el siglo XIX, siendo estas: la búsqueda de una historia natural y causa de la enfermedad mental lo cual culmina en la obra de Kraepelin; el desplazamiento del concepto de alienismo por el de psicosis y el hecho de que la base de la psiquiatría clínica se basa en las grandes enfermedades, las psicosis, desplazando problemas menores que no requieren tratamiento.

De acuerdo con Desviat (2016) durante el periodo de la psiquiatría clásica fue donde la clínica tuvo más fuerza y presencia tanto en la escuela alemana como la escuela francesa, también fue donde la construcción de las enfermedades por parte de los psiquiatras estuvo estrechamente ligada con los pacientes que ingresaban a los hospitales.

Lo anterior cambia con la psiquiatría moderna. Desviat (2016) menciona que a partir del siglo XX se inicia un periodo de separación entre la psiquiatría de hospital y la psiquiatría universitaria. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que el siguiente periodo en la evolución de la psiquiatría es la era psicodinámica o la psiquiatría moderna, la cual nace como una respuesta a la psiquiatría clásica. A continuación, se describen los principales representantes de este periodo.

3.5.3 La psiquiatría moderna (1914 - Presente)

De acuerdo a Baumgart (2000), durante este periodo se da más importancia a la patología mental, se pone especial énfasis en el impacto de las situaciones vitales y la forma como las reacciones frente a estas situaciones pueden desencadenar una patología. Un ejemplo de esto es el estudio de la psicosis de los prisioneros que se realizó durante este periodo, el cual planteaba que esta psicosis eran una forma de patología reactiva frente al encierro.

Gradualmente a lo largo del siglo XX, el modelo de las enfermedades mentales fue reemplazado por las estructuras patológicas, empezó una búsqueda de sentido a los síntomas y el establecimiento de un contacto con la totalidad del paciente, más allá del modelo descriptivo y operativo de Kraepelin. Esto quiere decir, que en lugar de ver el cuadro clínico de una enfermedad mental como una especie de colección de síntomas, se buscaba establecer lo que hacía de esos síntomas un conjunto (Desviat, 2016).

La psiquiatría moderna planteó el contrapunto entre enfermedad mental adquirida y

enfermedad mental hereditaria o constitucional, alcanzando su máximo desarrollo durante el siglo XX con la aparición de la psicofarmacología, las clasificaciones internacionales y las diferentes psicoterapias (Palanco, 2008). De acuerdo a Baumgart (2000), los principales representantes de este periodo son Bleuler (1857-1939), Jaspers (1883-1963), Clérambault (1872-1934) y Henry Ey (1900-1977).

Bleuler introdujo el concepto de escisión y autismo, también la pérdida de contacto vital de la realidad en la demencia precoz, las cuales denominó como esquizofrenias; de esta forma, la enfermedad mental no era un curso si no un estado, una escisión en la personalidad en el caso de la esquizofrenia, que se caracterizaba por un hundimiento en las funciones psíquicas y disociación; también mencionó cuatro síntomas fundamentales en la esquizofrenia: autismo, ambivalencia, alteraciones en la asociación y alteraciones en la afectividad (Desviat, 2016; Palanco, 2008).

De acuerdo a Baumgart (2000), Bleuler asimiló algunas de las ideas del psicoanálisis freudiano para utilizarlas en el campo de la psiquiatría. Por ejemplo, hizo hincapié en el problema de la asociación de ideas y el papel del complejo ideo-emocional en el desarrollo de las psicosis. Adicionalmente, Palanco (2008) menciona que con Bleuler se inició una nueva línea de enfoque clínico más ricas en posibilidad debido a que planteó que incluso los trastornos más graves podían ser curados o tratados.

Por su parte, Jaspers se opuso a la excesiva objetividad con la que la psiquiatría francesa abordaba la enfermedad mental, insistió en la necesidad de una psicopatología afirmando que la psiquiatría era una profesión práctica mientras que la patología era una ciencia. En este sentido, el psiquiatra debía usar la psicopatología para tratar a los enfermos, mientras que el psicopatólogo usaba la experiencia psiquiátrica para elaborar su ciencia (Desviat, 2016).

Lo anterior se relaciona con la división que Desviat (2016) menciona entre la psiquiatría de hospital y la psiquiatría universitaria, siendo la primera orientada al tratamiento de los enfermos mentales a través de la psiquiatría, mientras que la última apuntaba más a la elaboración del conocimiento psiquiátrico.

Jaspers tuvo una importancia considerable en la psiquiatría. Su obra *Psicopatología general* (1913) representa la suma del conocimiento psiquiátrico de su época, además de definir los límites y la naturaleza de la psicopatología. Adicionalmente, Jaspers rompió con el modelo cientificista y se alejó de él, en su lugar adoptó el modelo fenomenológico. Es así como plantea su psicopatología en el marco de las ideas de la fenomenología (Ivanovic-Zivic, 2000)

En este sentido, el método de la fenomenología abordaba de un modo diferente la enfermedad mental; mientras que el paradigma científico se basaba en la observación de las conductas externas del paciente, por ejemplo en el caso de los delirios, el tipo de pensamiento, para posteriormente describirlos y clasificarlos, el método fenomenológico de Jaspers buscaba profundizar tanto en sus síntomas externos como subjetivos (Ivanovic-Zivic, 2000).

De acuerdo a lo anterior, para Jaspers los síntomas subjetivos eran los de mayor

valor al momento del diagnóstico más que aquello que era observable. De esta forma se hacía hincapié en que el enfermo mental relatara libre de cualquier influencia, de manera espontánea y en lo posible con la mayor exactitud que pudiera sus vivencias, lo novedoso de esta metodología, es que el psiquiatra ya no era un simple observador sino también un participante, al hacer un intento de experimentar la vivencia (Ivanovic-Zuvic, 2000).

Es así como la fenomenología pretendía tomar distancia de los prejuicios teóricos, que de acuerdo a este modelo, distorsionaban o no permitían comprender el vivenciar tal y como se manifestaba en la conciencia del enfermo mental; de esta forma, a través del uso de comparaciones, repeticiones y el reexamen de las vivencias, la fenomenología logra relacionarse con lo que es realmente vivenciado por el paciente, con aquello que es intuible y no con aquello que se considera un supuesto teórico (Ivanovic-Zuvic, 2000).

Dicho en otras palabras, la fenomenología se preocupaba por el contenido de la vivencia y no pretendía buscar el origen de los fenómenos mentales. De esta manera el modelo científico se encargará de explicar los trastornos de la mente a través del establecimiento de una correlación entre los fenómenos psíquicos y su base somática, mientras que el modelo fenomenológico buscaba comprenderlos estudiando la conducta en términos de la historia y biografía personal del enfermo mental (Desviat, 2016; Palanco, 2008).

Siguiendo con la línea de autores representantes de la psiquiatría moderna, se encuentra Clerambault (1872-1934), quien estudió las manifestaciones psíquicas de la epilepsia y describió las formas clínicas de los delirios pasionales. Se destacó principalmente en la psiquiatría clínica por sus descripciones de las formas clínicas de la erotomanía y el síndrome de automatismo mental.

Clérambault describió la erotomanía como una forma de trastorno delirante, donde el enfermo mental tenía la convicción de tener una relación amorosa imposible generalmente con una persona de estatus social superior inalcanzable, adicionalmente las personas con este clase de delirio veían pruebas de amor en el acto más insignificante. Para este trastorno Clérambault propuso tres fases: esperanza, despecho y odio (Lerma, 2012).

De acuerdo a Baumgart (2000), Clérambault fue un genio de la observación clínica, estudió la psicosis con la intención de encontrar el mecanismo genético del delirio; la psicosis para Clérambault eran aquellas ideas de tono mórbido que proporcionaban el fondo material necesario para que se produjeran y desarrollaran los delirios.

Interesado por detectar el fondo material de la psicosis, Clérambault afirmaba la noción de automatismo mental, el cual para este autor era el síndrome nuclear de la psicosis. El automatismo, en este sentido, era definido como la aparición automática de una actividad involuntaria neutra y atemática que servía como la base para el desarrollo de las ideas delirantes.

Un último representante de este periodo es Henry Ey. De acuerdo a González y Barrio (2010), en 1950 fundó el primer congreso mundial de psiquiatría; fue uno de los últimos psiquiatras en proponer una teoría general de las enfermedades mentales: el órgano-dinamismo y además se destacó por su modelo de trabajo docente y asistencial.

De acuerdo a Palem (2009), en la teoría órgano-dinámica, la enfermedad mental tenía sus orígenes a nivel orgánico, pero al mismo tiempo se debía a una desorganización del *Ser* el cual se organizaba a un nivel dinámico inferior. Esta forma de entender la enfermedad mental es organogénica en la medida que ubica el origen o el proceso generador de la enfermedad mental en un trastorno orgánico.

Este aparato teórico diseñado por Henry Ey, pretendía brindar un modelo teórico que posibilitara la comprensión de todos los fenómenos psicopatológicos para de esta forma poder establecer la génesis, sintomatología, evolución y explicación de las enfermedades mentales (Palem, 2009).

Ey, ideó el grupo de los cuadros clínicos que se organizaron en torno a las formas de angustia. Tomando la definición de neurosis de angustia, construyó la base desde la cual organizó las neurosis más estables y estructuradas, hasta las formas menos estructuradas; en este sentido, el límite superior de las neurosis representaba la normalidad psicológica, mientras que el límite inferior representaba las psicosis.

Finalmente, de acuerdo con Palem (2009), se podría considerar que otra de las aportaciones de Henry Ey al campo de la psiquiatría, fue poner al hombre, al ser, como el objeto específico de la psiquiatría. Para Ey, la enfermedad mental representaba una pérdida del ser, una forma de deshumanización y por este motivo planteaba que la psiquiatría, más que tomar como objeto específico el cerebro, las neuronas o la conciencia, debía tomar al hombre y su ser para de esta forma intentar trabajar en su recuperación.

Esto concluye los principales autores de cada una de las etapas en la evolución de la psiquiatría en la modernidad. A continuación, se hace una breve descripción de los principales tratamientos que se destacaron durante los primeros años de la modernidad de la modernidad.

3.6 Los tratamientos biológicos

A medida que el conocimiento psiquiátrico se iba refinando, también lo hacían sus formas de tratamiento. Huertas (2014), comenta que durante la primera mitad del siglo XX, aproximadamente durante los años treinta y cuarenta, la psiquiatría ya disponía de un amplio y sofisticado catálogo de tratamientos para la enfermedad mental, estos tratamientos eran principalmente de un corte biologicista.

Entre los tratamientos que más destacaron, se encontraba por ejemplo la malarioterapia, que consistía en inyectar a los pacientes con el virus de la malaria. Una vez infectados, el virus provocaba cuadros de fiebre muy elevados en los pacientes; esto se hacía con la intención de que las altas temperaturas actuaran sobre el cerebro del paciente (Huertas, 2014).

Otra forma de tratamiento que se utilizó bajo la perspectiva biológica, fue el de las terapias de choque; entre estas se destacaron la terapia de choque insulínico que consistía en inyectar a los pacientes con insulina, de esta forma se inducía a la persona a una crisis hipoglucémica que le causaba fuertes convulsiones y terminaba sumiéndola en un estado de coma (Huertas, 2014).

El tratamiento por choque insulínico fue ideado por el neurofisiólogo y psiquiatra Manfred Sakel, quien lo consideró como una forma de tratamiento útil para la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Este tratamiento alcanzó gran aceptación y popularidad, tanto que para finales de la década de los 40, los grandes hospitales psiquiátricos americanos lo utilizaban para tratar a sus pacientes (Alonso, 2014).

No obstante lo mencionado en el párrafo anterior, el choque insulínico era una terapia compleja y larga. Se requerían dosis diarias de insulina aproximadamente durante un periodo de dos meses, adicionalmente se necesitaban salas y personal especializado para aplicar esta terapia; también era muy riesgosa, pues algunos pacientes morían durante el tratamiento a causa de las crisis hipoglucémicas a las que eran sometidos. Todo esto hacía que la experiencia de someterse a este tratamiento fuera aterradora y peligrosa (Alonso, 2014).

Siguiendo con la línea de terapias de choque, se encuentra la terapia de choque cardiazolico. Este tratamiento fue desarrollado en 1933 por el médico húngaro Ladislaus Von Meduna, quien aunque no conocía la hipótesis de Sakel, terminó coincidiendo con esta al plantear la idea de que las convulsiones podían curar la esquizofrenia.

Por el motivo anterior, Meduna se propuso encontrar el fármaco convulsivo perfecto; luego de probar muchas sustancias, encontró el metrazol también conocido como cardiazol. Este fármaco producía violentas convulsiones de forma inmediata, una vez administrado.

Tras realizar un tratamiento con 110 personas, Meduna escribió un informe reportando la mejoría de un 50 % de los pacientes sometidos al tratamiento. Adicionalmente, durante un congreso de psiquiatras en Suiza, Meduna presentó los resultados de su investigación. De esta forma la terapia con cardiazol fue aceptada por la comunidad psiquiátrica, llegando a estar a la par con la terapia de choque insulínico (Alonso, 2014).

No obstante la popularidad del cardiazol, las convulsiones que inducía este fármaco en las personas eran muy violentas, tanto que muchos de los pacientes que fueron sometidos a esta terapia presentaron lesiones y fracturas en la columna vertebral. Tanto la terapia de choque de insulina como la terapia con cardiazol, fueron reemplazadas por la terapia electroconvulsiva o electroshock (Alonso, 2014).

De acuerdo a Alonso (2014), la terapia de electroshock fue introducida en 1938 por los psiquiatras Ugo Cerletti y Lucio Bini, y es la única terapia de choque que se sigue usando en la actualidad. Al igual que las dos terapias mencionadas en párrafos anteriores, el electroshock se pensó como una forma de tratar la esquizofrenia; básicamente, esta terapia consiste en administrar una breve descarga eléctrica en la cabeza del paciente a través de una serie de electrodos que se ponen en el cuero cabelludo. Esta descarga produce una convulsión en la persona.

Cerletti creía que durante la aplicación del electroshock el cerebro producía una sustancia a la que denominó “*acroagonina*”, la cual era como una especie de anticuerpo para la enfermedad mental. Bajo esta línea de pensamiento, Cerletti intentó aislar la acroagonina, de esta forma preparó e inyectó extractos de cerebros de cerdo que habían

recibido electrochoques en enfermos mentales como una alternativa al electroshock; sin embargo estos experimentos fueron fútiles y no produjeron ningún resultado (Alonso, 2014).

Como se mencionó con anterioridad, el electrochoque se ha mantenido hasta la actualidad. Por supuesto, existen opiniones encontradas respecto a esta forma de tratamientos. Por un lado, los detractores argumentan que este tratamiento solo es una forma de volver dóciles y facilitar el manejo de los pacientes, mientras que quienes lo apoyan, argumentan que es una técnica segura y eficaz para tratar especialmente trastornos graves que no responden a ninguna otra forma de tratamiento, como por ejemplo algunos casos de depresión refractaria, manía y psicosis (Alonso, 2014).

El principal motivo por el cual las terapias de choque consideraron la hipótesis de que inducir convulsiones en el enfermo mental podría funcionar como una forma de cura, se debe a que durante este periodo se pensaba de forma errónea que la epilepsia hacía inmune a la esquizofrenia (Alonso, 2014); es por este motivo que se creía que inducir un ataque epiléptico de forma artificial, en este caso a través de una convulsión por medicamentos o descarga eléctrica, podría ayudar a curar la enfermedad mental.

Una de las últimas terapias que de acuerdo a Huertas (2014), se podría considerar de corte biologicista, fue la lobotomía. De acuerdo al autor, la lobotomía consistía en un procedimiento quirúrgico que seccionaba los fascículos cerebrales del lóbulo frontal. Este procedimiento era extremadamente rudimentario, se introducía un estilete (inicialmente se usó un picahielos) a través de la órbita ocular y se golpeaba con un mazo de goma hasta que llegaba al cerebro cortando las conexiones nerviosas del lóbulo frontal.

Después del procedimiento, los pacientes experimentaban un cambio en su personalidad, se volvían indiferentes, indolentes, apáticos, lo cual favorecía su manejo. Huertas (2014), describe la lobotomía como un procedimiento que destruía la conciencia; una crítica que el autor hace a estas formas de terapia, es que eran tratamientos muy agresivos que en muchas ocasiones, más que buscar la recuperación del paciente, pretendían conseguir la sumisión del mismo.

El uso de estas terapias empieza a perder fuerza con la llegada de la revolución farmacológica, la cual pretende tratar la enfermedad mental mediante el uso de fármacos.

3.7 La revolución psicofarmacológica

A mediados de 1949, se inicia una revolución en el campo de la psiquiatría. Este movimiento se caracterizó por el inicio de nuevas formas de tratamiento basadas principalmente en el uso de la medicalización.

Huertas (2014) menciona que durante este periodo, se realizaron descubrimientos importantes en el uso de ciertos fármacos para tratar a los enfermos mentales; por ejemplo, uno de los primeros descubrimientos, fue el de las propiedades anti maníacas de las sales de litio.

Posteriormente, en 1952 se probaron las propiedades tranquilizantes de la clorpromazina en pacientes psicóticos, lo que significó el primer tratamiento significativo

para la esquizofrenia (Palanco, 2008). De acuerdo a Huertas (2014) y Palanco (2008), al final de los años cincuenta aparecieron los primeros antidepresivos, particularmente en 1957 se demuestran los efectos antidepresivos de la imipramina y de la fenelzina. En 1960 se sintetiza la clozapina, siendo uno de los primeros antipsicóticos de la historia, de forma similar en 1987 se introduce la fluoxetina como uno de los primeros inhibidores de serotonina (Palanco, 2008).

Esta serie de avances en el descubrimiento y uso de fármacos para tratar al enfermo mental, marcaron las bases para un cambio en la forma de tratamiento para las enfermedades de mayor gravedad, que anteriormente habían sido tratadas mediante terapias de shock o lobotomía.

De acuerdo a lo anterior, la aparición de los fármacos representó una revolución en el campo de la psiquiatría, a tal punto que la medicación se convirtió en un elemento indispensable al momento de tratar algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, trastornos de ansiedad y trastornos obsesivos compulsivos (Palanco, 2008).

3.8 La antipsiquiatría

De acuerdo a Palanco (2008), en la década de los años 60 surge en Inglaterra el movimiento de la antipsiquiatría, que tuvo como iniciadores a Ronald Laing (1927-1989) y David Copper (1931-1986), con sus respectivas obras *El yo dividido* (1960) y *Psiquiatría y anti psiquiatría* (1967). Otro de los autores representativos de la época, fue Franco Basaglia, fundador del movimiento antipsiquiátrico en Italia, destacó debido a que en 1978, influyó en la promulgación de la ley 180, la cual regulaba y reducía los internamientos psiquiátricos de personas en contra de su voluntad.

El movimiento antipsiquiátrico, cuestionó el concepto de enfermedad mental, lo planteó como un mito que era usado por los psiquiatras de la época como una forma de descalificar a ciertas personas. Desde la perspectiva antipsiquiátrica, la enfermedad mental era vista como un instrumento de poder opresivo.

Huertas (2014) explica la motivación del movimiento antipsiquiátrico de la siguiente forma: de acuerdo al autor y como se ha podido ver en párrafos anteriores de este trabajo, la locura se transformó en enfermedad a partir de los siglos XIX y XX, debido a esto se convirtió en sinónimo de déficit y anormalidad. Lo anterior facilitó la dinámica de control social que definía lo normal de lo anormal, esta vez usando como criterio la distinción entre lo normal de lo patológico.

Uno de los efectos de esta dinámica distintiva entre lo normal y lo patológico, fue el peso del diagnóstico psiquiátrico sobre el enfermo mental y las consecuencias negativas que traía el ser etiquetado de una u otra forma. Huertas (2014) define este efecto como la *cosificación* (se podría considerar que es un fenómeno que persiste hasta nuestros días), es decir, que el diagnóstico psiquiátrico producía una deshumanización del problema, el enfermo mental se convierte en una cosa, un objeto, sobre el cual se trabaja con objetividad.

La etiqueta del diagnóstico psiquiátrico creaba una forma de estigma en el enfermo

mental. A diferencia del diagnóstico físico, donde el paciente podía tener una afectación en el corazón o el riñón y su problema se localizaba en un órgano específico que podía ser tratado, el enfermo mental se convertía en la enfermedad, es como si el diagnóstico le obligará a asumir una nueva identidad. De esta forma, el sujeto se convertía en un esquizofrénico, un depresivo, un borderline. En este sentido, las enfermedades orgánicas aunque afectaban la vida del paciente, permitían que la persona fuera ella misma, que tuviera una personalidad; por su parte la enfermedad mental, debido al peso de la etiqueta patológica, terminaba determinando la personalidad del sujeto (Huertas, 2014).

De acuerdo a lo anterior, Desviat (2016) menciona que el movimiento antipsiquiátrico, más que ser una crítica al discurso psiquiátrico, fue propiamente una forma de detracción a su esencia: la psicopatología. Adicionalmente, la antipsiquiatría también cuestionó el manicomio y la institucionalización. Aunque nunca llegó a poner a la psiquiatría contra las cuerdas (Desviat, 2016), por lo menos fomentó la práctica de una terapéutica basada en un clima de libertad, sin violencia ni restricciones para los pacientes.

Como crítica a la institucionalización, la antipsiquiatría cuestionó los manicomios, al considerarlos como instituciones totalitarias. De acuerdo a Huerta (2014), este paradigma consideraba que la propia psiquiatría era la que fabricaba al loco, de esta forma la locura es entendida bajo la perspectiva antipsiquiátrica como una construcción socio cultural.

Como respuesta a los manicomios y la institucionalización, a partir de 1956 se funda la *Philadelphia Association* y junto con ella empiezan a fundarse las denominadas comunidades terapéuticas, que consistían en casas psiquiátricas que funcionaban bajo un modelo horizontal entre pacientes y terapeutas, había un clima de libertad de comunicación y se permitía que los pacientes se sumieran en su delirio, en lugar de intentar combatirlo (Desviat, 2016; Huertas, 2014).

De acuerdo a Huertas (2014), la antipsiquiatría fue la manifestación de una profunda crisis a nivel científico, ideológico, político y social, que constituyó un llamado de atención y permitió que se tomara conciencia sobre la situación de muchos pacientes que permanecían internados en los manicomios, no obstante, las casas psiquiátricas no tuvieron una trascendencia importante y solo fueron comunidades terapéuticas demasiado cerradas. Aunque el movimiento antipsiquiátrico terminó decayendo y convirtiéndose en una especie de moda contracultural, se podría decir que su mayor legado es la lucha contra el estigma de la enfermedad mental y el favorecimiento del empoderamiento del sujeto con diagnóstico psiquiátrico (Huertas, 2014).

De esta forma, concluye un breve recorrido por los principales acontecimientos históricos en la evolución del conocimiento psiquiátrico y su relación con la locura. A continuación se aborda el fenómeno de la locura en el contexto colombiano.

4 La locura en el contexto colombiano

A continuación, se hace un breve recorrido por las principales características del desarrollo de la psiquiatría y las formas como se pensaba y el tratamiento de la locura en el

territorio colombiano.

Es importante resaltar, que para la elaboración de este capítulo, se utilizó como principal referencia la obra del doctor Humberto Rosselli (1923-2009) *Historia de la psiquiatría en Colombia* (1968), por ser uno de los autores más significativos en el campo de la historia de la psiquiatría en nuestro país, no obstante, también se hará uso de otras fuentes bibliográficas para complementar este capítulo.

El territorio Colombiano actual estuvo habitado por tribus indígenas antes de la conquista de América en 1492 por los españoles. Durante el proceso de la conquista, muchas de estas tribus fueron sometidas a un proceso de aculturación, donde se impusieron las costumbres, idioma y religión de los españoles, mientras que otras tribus lograron conservar su núcleo cultural. En este sentido, se puede decir que los españoles introdujeron una segunda cultura (su cultura) en la región colombiana.

Adicionalmente, los españoles trajeron esclavos africanos para que trabajaran en las minas durante la época de la colonia, lo que significó la inserción de una tercera cultura en el territorio colombiano.

Como consecuencia de las condiciones anteriores, Colombia se convirtió en un país donde convergen múltiples sistemas de creencias y culturas, un territorio complejo y diverso a nivel socio-cultural. Rosselli (1968), menciona que los medios culturales del país, difieren significativamente de una región a otra, en otras palabras, Colombia es un país de múltiples culturas.

No obstante lo anteriormente mencionado, durante la época de la conquista, había algo en lo que nuestras tribus indígenas coincidían, esto era, la creencia y las prácticas supersticiosas alrededor de la locura. A continuación se hace un breve recorrido por las principales creencias, rituales y aproximaciones que las tribus indígenas tenían sobre la locura.

4.1 Las culturas indígenas y las creencias sobre la locura

Como se pudo apreciar al inicio de este trabajo, las creencias supersticiosas alrededor de la locura han estado presentes en todas las culturas ancestrales. La cultura mesopotámica, la cultura egipcia, la cultura china, entre otras; tenían cada una un sistema de creencias particulares para explicar la locura, sin embargo coincidían en una cosa, la locura era producto de fuerzas externas y superiores que escapaban del control del ser humano.

Las tribus indígenas no se distanciaron mucho de esta forma de pensamiento sobrenatural; Rosselli (1968), comenta por ejemplo, como algunas tribus indígenas de América creían en seres sobrenaturales, así por ejemplo las tribus la tribu de Tucumán en

argentina y algunas tribus de Uruguay, creían en la existencia del padrejón y el madrejón los cuales eran seres que se metían a la cabeza de las personas y ocasionaban la locura.

En Colombia, propiamente en algunas regiones del Huila, existía la idea de que la locura era causada por mariposas nocturnas que se metían en la cabeza de las personas y cuyo aleteo provocaba el desequilibrio mental, en estos casos se recomendaba el uso de contras o amuletos preventivos para proteger a las personas de este mal, de esta forma, portar piedras bezoares ayudaba a protegerse el trastorno mental. Entre otras creencias sobre las causas de la locura, se encontraba la influencia de las fases lunares, de las almas de los muertos, y de los espíritus invisibles (Rosselli, 1968).

Una de las creencias populares sobre la influencia de los espíritus invisibles, se encuentra por ejemplo en la representación del duende, el cual se creía que era un ser sobrenatural que se enamoraba de las mujeres jóvenes y las raptaba. Se creía que cuando la mujer rechazaba al duende, este las enloquecía haciendo uso de sus malas artes, acechándolas y acosándolas; de esta forma la mujer caía en una especie de demencia donde se volvía distraída, distante y fuera de sí misma, en cuyo caso la forma de tratamiento era realizar un exorcismo a la mujer, a su vivienda y a su familia (Rosselli, 1968)

Adicionalmente, Rosselli (1968), explica que otras de las principales creencias de los indígenas en torno la locura, y la enfermedad en general, era que se estas se producían como resultado del robo del alma, o la introducción de un cuerpo extraño o perturbador; en este sentido, se puede decir que hay cierta similitud con otra de las creencias de las antiguas culturas europeas, siendo esta la idea de posesión demoníaca o de una fuerza externa.

Entre las tribus que creían que la enfermedad y la locura eran causadas por el robo del alma, se encuentran los guajiros y los chocóes, en cuyo caso era deber del médico de la tribu recuperar el alma robada venciendo con sus poderes mágicos los encantamientos malignos que habían ocasionado la alienación (Rosselli, 1968).

La forma como los indígenas trataban estos males, era mediante rituales mágicos que pretendían reintegrar el alma al cuerpo o extraer el elemento extraño que había invadido el cuerpo de la persona. También se recurría al uso de plantas medicinales como la belladona, la coca y el chamico; algunos de los rituales usados para la curación de males y enfermedades nerviosas, eran por ejemplo, los bailes ceremoniales o exorcismos; cabe mencionar que cuando un loco se tornaba extremadamente violento era amarrado y sometido a sudaciones con el fin de tranquilizarlo (Rosselli, 1968).

Estas formas de tratamiento, responden al marco de la medicina chamánica y sacerdotal que utilizaban los indígenas. Para esta forma de medicina, existía una figura que era sumamente importante en los tratamientos de los males, esta era, el chamán. A continuación se aborda el rol del chamán y sus funciones para tratar las enfermedades y

males en general.

4.2 El chamanismo

De acuerdo con Rosselli (1968), el chamán era el médico, brujo y curandero de las tribus indígenas; tenía el poder de comunicarse con los espíritus sin ser dominado ni poseído por ellos, su objetivo era ayudar a las personas a sobreponerse y liberarse de sus males, además de redimirlos en la desgracia.

En este sentido, el chamán era un puente entre el mundo natural y espiritual que ayudaba a las personas a lidiar con los males causados por fuerzas sobrenaturales a través de la realización de milagros.

No obstante lo anteriormente mencionado, el chamán tenía una segunda función que era la de realizar maleficios produciendo enfermedades o daños sobre sus enemigos. En este sentido, se puede encontrar en el chamán, la misma dualidad que los griegos tenían en torno a los dioses y la enfermedad, donde los dioses eran los causantes de los males, pero al mismo tiempo quienes se encargaban de curarlo. Así, se puede apreciar que el chamán, al igual que los primeros dioses griegos, tenía la cualidad de curar los males pero al mismo tiempo causarlos sobre las personas.

El chamanismo era una de las técnicas de curación mágica que empleaban los indígenas, la cual consistía en un estado de trance por parte del chamán a través del cual se ponía en contacto con los espíritus para encontrar la causa de la enfermedad y averiguar el tratamiento más eficaz (Rosselli, 1968).

Rosselli (1968), describe algunos de los rituales chamánicos que utilizaron algunas tribus indígenas colombianas. Así por ejemplo, el chamán de la tribu de los paeces realizaba los rituales ceremoniales de curación durante la noche. Durante estos rituales se pasaba sobre el cuerpo de la persona enferma un atado de plantas medicinales, así mismo se le administraban algunas de estas plantas a la persona para que la masticara; tanto el chamán como el enfermo bebían aguardiente juntos y el chamán succionaba partes del cuerpo del enfermo, enterrando los escupitajos en la tierra, donde se suponía que quedaría contenida la impureza que agobiaba a la persona.

Otro de los rituales chamánicos que Rosselli (1968) describe, es el de la tribu de los indígenas catíos del Golfo de Urabá. En este caso, el chamán hacía uso de un bastón y figuras antropomorfas talladas en madera, donde cada figura representaba una enfermedad. El chamán rendía culto a estas figuras en un altar, para de esta forma poder curar determinado mal; adicionalmente, también hacía uso de los sueños orales pues creían que los espíritus mordían y devoraban las almas para causar las enfermedades.

Con la llegada de los españoles, mucho del conocimiento mágico de las tribus

indígenas colombianas se perdió, mientras que otro se mezcló con la nueva religión introducida por los conquistadores, el cristianismo. Es así como Rosselli (1968), menciona que durante la época de la colonia, hubo un cierto número de curanderos populares que fueron conocidos con el nombre de “rezadores” los cuales curaban mediante el uso de ensalmos, es decir el uso de oraciones.

Se puede decir que con la llegada de los españoles, se produjo una hibridación en las creencias populares de la medicina folclórica. Es así como por ejemplo, entre la herencia de creencias que los españoles trajeron, se encuentra la creencia en las propiedades mágicas de los números; el uso de enemas, purgantes y sangrías para tratar la locura; la interpretación de las enfermedades como debilidad de los órganos, entre otros (Rosselli, 1968).

Es poco el desarrollo que hay en torno al estudio del fenómeno de la locura durante la época del descubrimiento, conquista y colonia. De acuerdo a Rosselli (1968), no es sino hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XIX, que se empiezan a crear los primeros hospitales especializados en el tratamiento de las enfermedades mentales, y los médicos empiezan a interesarse científicamente por el fenómeno de la locura. Mientras tanto, la medicina mágica tendrá un extenso auge y uso entre las clases rurales y las capas bajas de la población urbana.

4.3 Tratamientos terapéuticos de la locura durante la época colonial

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, durante el proceso de la colonización, hubo muy pocos avances y novedades en el campo de la locura; sin embargo, poco a poco empezaron a llegar a la región colombiana médicos y boticarios que establecieron un modelo de medicina pobre y primitivo que se vio hibridado en sus inicios con el conocimiento mágico, la hechicería y el curanderismo de las tribus indígenas.

Rosselli (1968), menciona que hasta finales de la época de la colonia (1550-1810), el conocimiento médico en la mayoría de las ciudades era ejercida por médicos empíricos sin ningún tipo de conocimiento científico. De acuerdo al autor, algunos de los tratamientos populares que se utilizaban en Europa durante el siglo XVII migraron al nuevo mundo; de esta forma, por ejemplo se recomendaba la aplicación de rodajas de pepino para el tratar el frenesí, se aplicaba la hiedra para curar la locura ocasionada por la borrachera, e incluso se recomendaba la extracción de la famosa piedra de la locura.

Estos modelos primitivos de tratamientos, quedaron representados con claridad en un caso particular que se presentó en el siglo XVII cuando uno de los gobernadores de Antioquia en aquella época fue afectado por la psicosis. De acuerdo con Rosselli (1968), el caso ocurrió en 1653, cuando el gobernador Manuel de Ayala y Benavides perdió la razón e

intentó asesinar a su esposa en varias oportunidades.

Debido a que en la ciudad no había médicos certificados, Manuel de Ayala fue atendido por un curandero llamado José Rendón, quien como tratamiento le administró al enfermo agua de azahar con piedra de bezoar, baños de leche y posteriormente baños de vino con romero, así como también el consumo de altamisa en la mañana y tarde. Posteriormente, Manuel de Ayala recobró la razón pero alegaba que no habían sido los remedios del curandero lo que lo había curado, sino que simplemente había sido la naturaleza obrando, mientras que José Rendón, alegaba que aunque no era médico certificado, había sido capaz de curar al gobernador debido a la experiencia que había acumulado luego de haber visto curar achaques y otros males más rigurosos.

El caso anterior, sirve como ejemplo para reflejar cómo funcionaba la medicina precientífica en la época colonial, muchos de los curanderos aprendían a través del ensayo y error, por lo que no había un conocimiento que se pretendiera científico y objetivo en torno al fenómeno de la locura.

Rosselli (1968), menciona que durante la época colonial no hay registros de que hubiera manicomios en el país, el loco en esta época simplemente era encerrado en celdas especiales en los pocos hospitales que había en las ciudades o en las cárceles en aquellas ciudades donde no había hospitales. De acuerdo con el autor, en 1564 se funda en Bogotá el hospital general de San Juan de Dios en el cual se empiezan a recibir algunos locos, el cuidado de estas personas quedaba a cargo de los religiosos hospitalarios de San Juan de Dios, quienes desempeñaban las funciones de médico a pesar de ser monjes católicos, sin embargo no será sino hasta 1870 cuando se funden los primeros asilos para enfermos mentales.

4.4 La Inquisición y la locura

De acuerdo a Rosselli (1968), el tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, se estableció en Colombia en la ciudad de Cartagena de indias en 1610, como se pudo ver en capítulos anteriores de este trabajo, aunque algunos pensadores como Paracelso y Weyer se opusieron al dogma de la demonología, el pensamiento dominante durante el periodo de la Inquisición fue el de atribuir cualquier conducta desviada de la norma a efectos del demonio sobre el alma del hombre.

En Colombia no fue diferente el fenómeno de la Inquisición, la enfermedad mental fue objeto de consideraciones teológicas y religiosas. Uno de los principales motivos por los cuales se estableció en Cartagena el tribunal del Santo Oficio, se debía a que era la principal entrada al país, de esta forma la Inquisición podía vigilar y controlar todo lo que pretendía ingresar al territorio. Así se evitaba el ingreso de libros o personas infectas de

herejía (Rosselli, 1968).

Al igual que en Europa, el tribunal de la Inquisición Colombiano estaba encargado de vigilar, perseguir y castigar a herejes, judíos, luteranos, brujas, intérpretes de sueños, bígamos, poseedores de libros, entre otros. Una de las cosas que más sorprendió a los inquisidores, fue el gran número de brujas y hechiceros que pululaban la región; curiosamente, la Inquisición no tenía permitido perseguir y procesar a los indígenas por sus prácticas y rituales, sin embargo si emprendía contra los esclavos negros y los mulatos sospechosos de brujería (Rosselli, 1968).

Llama la atención que la Inquisición en Colombia tuvo un carácter más templado y benevolente en comparación con el modelo del santo oficio europeo. De acuerdo con Rosselli (1968), en dos siglos que opero la Inquisición en Colombia, solo seis personas perecieron en la hoguera. Lo anterior el autor lo explica debido a que los inquisidores venían prevenidos de proceder con templanza y suavidad para que de esta forma, el santo oficio fuera temido más no odiado.

Entre las pocas actividades psicoterapéuticas que se pueden encontrar durante el periodo de la Inquisición, destaca la de San Pedro Claver, el cual desde la instauración del santo oficio, hasta su muerte, se preocupaba por visitar a los prisioneros y penitenciados de las cárceles secretas, ofreciéndoles auxilio espiritual y consuelo para soportar la prisión y el tormento de las penas impuestas (Rosselli, 1968).

Igual que en los tribunales europeos, la Inquisición en Cartagena también enfrentó la dicotomía de distinguir entre un enfermo mental y alguien que pretendía serlo para escapar de su castigo. Ante este fenómeno, la respuesta fue la misma que la de los tribunales europeos, se llamaban testigos y médicos para que se pronunciaran sobre el estado mental de la persona. (Rosselli, 1968).

De los castigos que aplica la Inquisición, se podría decir que fueron los mismos que se aplicaban en Europa, cabe recordar algunos como por ejemplo, la confiscación de bienes, cárcel perpetua, los autos de fe y la ejecución, aunque esta última fue poco usada en Colombia.

Una forma particular de castigo que se impuso en Colombia, es relatada por Rosselli (1968). De acuerdo a este autor, en ocasiones la pena que se decretaba por parte del tribunal inquisidor consistía en servir en los hospitales de Cartagena por varios años y sin sueldo; de esta forma, algunos brujos y curanderos terminaron trabajando en los hospitales de Cartagena mezclando la medicina con terapéuticas como por ejemplo los ensalmos.

Se puede decir que el impacto que la Inquisición tuvo en el territorio colombiano fue más bien poco significativo, pocos procesos podrían considerarse importantes y la mayoría de las investigaciones se limitaron a vigilar rumores, fraudes, engaños y creencias

animistas ingenuas como el uso de oraciones y ensalmos para influir sobre la salud y la enfermedad (Rosselli, 1968).

Da la impresión que durante la época colonial, no había ni el más remoto interés por comprender o explicar el fenómeno de la locura, tal parece que las prioridades de los conquistadores correspondían más a intereses políticos. De esta forma, es plausible afirmar que la locura en el contexto colombiano durante esta época, estuvo en un segundo plano y fue de poco interés; sus explicaciones se limitaron a interpretaciones mágicas y animistas de las tribus indígenas, como por ejemplo el efecto de los espíritus y otros seres sobrenaturales. Una vez instaurada la Inquisición en el territorio, se podría decir que tanto las explicaciones teológicas como las animistas coexistieron sin ninguna forma de conflicto sobresaliente.

De acuerdo a Rosselli (1968), a mediados del siglo XVIII la Inquisición en Cartagena empezó a perder fuerza y a entrar en decadencia, este fenómeno fue similar en todo el continente hispánico, es así como el santo oficio, de forma tardía intenta convertirse en un instrumento de represalia política y juez de las verdades científicas. Quizá uno de los procesos que vale la pena mencionar, es el del padre de la medicina colombiana José Celestino Mutis, quien fue acusado ante el tribunal en 1775 por sostener la tesis de Copérnico, sin embargo, este proceso se envió para consulta a España en donde fue archivado.

Finalmente durante la revolución del 11 de noviembre de 1811 el tribunal es expulsado de Cartagena y se instaura en Santa Marta, y desaparece completamente a través de un decreto fechado en Cúcuta el 6 de noviembre de 1821 en donde el gobierno de Colombia decreta la abolición definitiva del tribunal del santo oficio.

De acuerdo a Rosselli (1968), cuando finalmente la Inquisición es abolida en Colombia, ya hacía casi más de 30 años en Europa, Pinel había iniciado el modelo de tratamiento moral y liberado a los locos de sus cadenas, dando inicio a la era de la psiquiatría moderna; de esta forma, es plausible afirmar que durante esta época hubo un enorme atraso en el territorio colombiano respecto al estudio de la locura y el conocimiento psiquiátrico.

No es sino hasta la primera mitad del siglo XIX que en Colombia empiezan a surgir las primeras formas incipientes de psiquiatría. A continuación se hace un breve recorrido por las principales contribuciones que se realizaron en el siglo XIX.

4.5 La locura en Colombia durante el siglo XIX

Rosselli (1968), menciona que durante esta época los enfermos mentales se encontraban abandonados tanto por las leyes como la medicina, el autor destaca la

existencia de un decreto que data de 1844 en donde se mencionan los deberes de la policía referente al trato con los locos. De acuerdo al autor, era deber de la policía impedir que las estas personas deambularan por los espacios públicos, por lo tanto la policía tenía la autoridad para retenerlos, generalmente se enviaba al loco a su hogar en donde debía permanecer bajo custodia de sus familiares, de lo contrario eran internados en hospitales o cualquier otro establecimiento de caridad.

Durante esta época, en Bogotá había un fenómeno particular que consistía en la recolección periódica de los locos callejeros violentos, en un carruaje con una jaula, este vehículo era conocido como “la jaula de San Juan de Dios”, la aparición de este vehículo por las calles suscitaba la aglomeración de curiosos quienes contemplaban a los enfermos encerrados, en ocasiones el loco era sometido a burlas y pullas por parte del público, al final de la recolección los locos eran descargados en el hospital San Juan de Dios (Rosselli, 1968).

Las condiciones de vida en los hospitales, no eran muy diferentes a las de los hospitales europeos en la época del encierro, Rosselli (1968), comenta que los locos eran tratados de forma irracional e inhumana, los calabozos donde eran internados eran oscuros y sucios, las cadenas y los grilletes era cotidianos para contener al loco, de igual forma se azotaban a los locos rebeldes y agresivos.

De acuerdo a lo anterior, se puede evidenciar un marcado retraso en el conocimiento psiquiátrico en Colombia, mientras que en Europa alrededor de 1835 se empezaba una reforma en los hospitales que promovía la higiene y tratamientos más humanitarios, en Colombia las condiciones de salubridad eran deplorables, de tal forma que Rosselli (1968) comenta que en un decreto fechado en el año 1835, se comparaban las cárceles y salas donde se recluían los enfermos mentales, con los calabozos del mismo infierno.

A pesar del trato inhumano que recibían los enfermos mentales en las instituciones de salud pública, la forma como el loco solía relacionarse con la comunidad, se podría decir que en ocasiones era benevolente, un ejemplo de esto, es el fenómeno de los “locos populares” que surgieron en algunas ciudades de Colombia, tal como se menciona a continuación.

4.6 Los locos populares

En la primera mitad del siglo XIX, Bogotá era una ciudad relativamente pequeña, a duras penas contaba con unos 50.000 habitantes, esto permitió que surgiera un fenómeno particular en la población, la aparición de los locos populares, es decir, enfermos mentales que por distintos motivos se hicieron merecedores del reconocimiento de las personas y pasaron a la historia como iconos de identidad de la ciudad (Barón, 2008; Rosselli, 1968).

Anteriormente, durante los capítulos de la Edad Media, se habló sobre una especie de rol que la población imponía al loco, como una especie de bufón que alegraba particularmente las cortes reales, pero también las calles de los pueblos. Rosselli (1968), menciona que el historiador Gustavo Otero Muñoz, publicó en 1945 un artículo sobre los locos de Bogotá. En esta obra se mencionan algunos personajes, destaca por ejemplo, un loco conocido con el apodo del “Escribano” quien salía a predicar todos los días por las calles, reprendiendo los vicios y el pecado mortal.

Barón (2008), narra detalladamente tres casos de locos que fueron populares y reconocidos durante esta época. El primero es “Perjuicios”, de acuerdo al autor, “Perjuicios” era un artesano de la madera, cuyo talento ganó tanto reconocimiento que fue llevado a Europa para mostrar sus dotes de ebanista, una vez de vuelta en Colombia, empezó a manifestar los primeros síntomas de locura.

Aunque “Perjuicios” era de familia acaudalada, empezó a vestirse con andrajos, prometiendo no cambiarse de ropa hasta que subiera al poder el partido conservador; solía pararse a predicar en las esquinas de las calles, anunciando catástrofes venideras, y debido a que durante sus peroratas usaba con frecuencia la palabra “Perjuicio” terminó ganándose el mismo apodo. Debido a que era un católico devoto, el padre de la iglesia local le permitía a “Perjuicios” ayudar en las misas; cuando murió se le hicieron solemnes exequias (Barón, 2008).

Siguiendo con los casos de locos memorables durante el siglo XIX, Barón (2008), relata la historia de “Gonzalon”, hijo del coronel Francisco Javier Lozano. De acuerdo al autor, “Gonzalon” se hizo famoso por sus comentarios sarcásticos y ácidos sobre diversos temas; su apariencia de estatura alta y hombre decorosamente vestido, le ganaron su apodo aumentativo.

Aunque se le consideraba loco, “Gonzalon” estaba casado, así que mientras salía a la calle a hacer sus excentricidades su esposa trabajaba para mantenerlo. Barón (2008), relata una de las anécdotas memorables de “Gonzalon”, según el autor al enterarse que estaba próximo a fallecer, ya en su lecho de muerte, sacó una monedas de plata de debajo de su almohada y con aire filosófico reflexiono: “me sobró plata o me faltó vida”.

Rodríguez (2013) también comenta sobre otro loco popular de Bogotá, conocido como “Perico” el cual se ganó reconocimiento entre sus vecinos debido a que trituraba trozos de vidrio con sus propios dientes.

Uno de los últimos locos memorables que comenta Barón (2008), fue “Goyeneche”, quien se hizo merecedor de reconocimiento al convertirse en el eterno candidato presidencial, entre sus promesas de campaña prometió pavimentar el río Magdalena para tener una vía de acceso rápido a la costa.

Este fenómeno de locos famosos no se limitó exclusivamente al siglo XIX, no es necesario viajar mucho en el tiempo para encontrar un caso representativo en las últimas décadas. Hace solo 47 años atrás, la ciudad de Santiago de Cali, una madrugada de julio de 1970, Cali perdía una reina pero veía nacer una leyenda.

Esta leyenda es la famosa reina eterna de Cali “Jovita”, De acuerdo con Cruz (2015) “Jovita” era descrita como una mujer loca, que hablaba sola, se bañaba sin pudor en el río Cali, y ganó su reconocimiento en la comunidad al pasearse por las calles con ropa que le regalaban mujeres de la alta sociedad, se auto proclamó a sí misma reina de reinas y así se quedó en la memoria de la ciudad. Su legado perdura en la memoria colectiva, de tal forma que es representada y personificada cada año durante el desfile de Cali viejo, e incluso se erigió un monumento en su honor en el 2008.

Todos estos casos de locos populares, permiten apreciar la actitud de la comunidad hacia el loco, se podría decir que era una actitud más bien tolerante y caritativa. Rodríguez (2013), menciona que estas formas de locura callejeras eran observadas con fascinación y diversión más que con temor por parte de las personas.

De acuerdo a lo anterior, se puede entender la explicación de Barón (2008), cuando dice que algunos de estos locos callejeros podían vivir de la caridad pública, mientras que otros se ganaban la vida haciendo pequeños trabajos y mandados o llevando recados.

No obstante, es importante recalcar la probabilidad que lo anterior esté teñido por una cierta visión romántica de la época, tal vez solo unos pocos locos podían darse el privilegio de vivir de la caridad y de hacer pequeños trabajos, de lo contrario fenómenos como la “Jaula de San Juan de Dios” nunca se habrían presentado y se habría permitido a todos los locos deambular por las calles libremente.

Se podría decir que la figura del loco popular ha desaparecido por completo, por lo menos en las grandes ciudades. Uno de los motivos de la desaparición de estas “figuras públicas” lo explica Barón (2008), debido al crecimiento poblacional de las ciudades. De acuerdo al autor en una ciudad grande el loco tiende a desaparecer y no ser reconocido, adicionalmente el autor también plantea que con la aparición de las drogas, la actitud hacia el loco también cambió, debido a que empezó a ser percibido más como una figura amenazante y peligrosa que aquella pintoresca y excéntrica con la que se solían asociar a los locos de antaño.

Sin embargo, no deja de llamar la atención, el hecho de que estas personas de una u otra manera se convirtieron en iconos de identidad de las ciudades a las que pertenecieron. Valdría la pena preguntarse si este particular fenómeno también estuvo presente en Europa, o incluso, si aún sobrevive de alguna manera en nuestro territorio.

Dejando a un lado la temática del loco “popular” a continuación se describe la

aparición de los primeros manicomios en nuestro país.

4.7 Los primeros manicomios en Colombia

Como se ha mencionado con anterioridad, los locos generalmente estaban al cuidado de sus familias pero lo cierto es que muchos andaban con total libertad por la ciudad, no había nadie que se preocupara por ofrecer un tratamiento o una cura a estas personas. Por lo general los locos solo eran ingresados al Hospital de San Juan de Dios de Bogotá cuando se tornaban violentos y esto era usado como última medida en caso que el loco no tuviera un hogar en donde ser recluido (Rosselli, 1968).

La condiciones del Hospital San Juan de Dios no eran las mejores para recibir pacientes mentales, los locos simplemente eran encerrados en calabozos oscuros y fríos, las cadenas y grilletes estaban a la orden del día como una medida para contener a los locos, las torturas y los castigos eran implacables, se podría decir que el trato que recibían estas personas en las instituciones sanitarias de Colombia, no se distanciaba mucho del modelo que era aplicado en caso todo el mundo para tratar al enfermo mental (Rosselli, 1968).

Para el año 1870, se funda en Bogotá el primer asilo para enfermos mentales, el cual albergaba a locos, mendigos y otros marginados sociales. Este primer manicomio, era exclusivo para varones y en 1874 se funda el asilo para mujeres (Bravo, 2011; Rosselli, 1968). En Medellín, en el año 1878 se funda el primer manicomio de la ciudad, el cual albergaba tanto a mujeres como hombres, los primeros pacientes de estos manicomios fueron los locos de las prisiones, junto con mendigos, Pérez (2012) menciona que esto marcó la necesidad de separar a los locos de los criminales para situarlo en un sitio propio.

De acuerdo con Rodríguez (2013), solo a partir del siglo XX se empezaron a aplicar nociones de psiquiatría en estas instituciones, las cuales durante el siglo XIX estaban centradas en la medicina legal. Mientras tanto la administración, la labor logística y el cuidado de los locos, estuvo a cargo de las órdenes religiosas. En Bogotá por ejemplo, los primeros asilos fueron administrados en sus inicios por la orden religiosa de las Hermanas de la Presentación (Rodríguez, 2013; Rosselli, 1968).

Posteriormente, en 1920 la atención estuvo a cargo de la orden de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes tenían experiencia en el trato con los enfermos mentales y conocían algunas nociones de psiquiatría. Vale la pena resaltar que la orden de los Hermanos de San Juan de Dios atendía exclusivamente los asilos para los hombres, en este sentido las mujeres que padecían alguna forma de locura tuvieron menos posibilidades de recibir un tratamiento a través de las instituciones de asilo mental (Rodríguez, 2013).

El asilo de locos de Bogotá, pasó a llamarse asilo de San Diego y después Manicomio de varones de la Beneficencia de Cundinamarca, permaneció en Bogotá hasta

1937, después se trasladó a Sibaté, en donde fue renombrado como Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique; por su parte el asilo de locas de Bogotá, pasó a ser conocido como frenocomio de mujeres y para 1968 se renombró como Hospital neuropsiquiátrico sección Bogotá (Rodríguez, 2013; Rosselli, 1968).

La fundación de los asilos implicó un progreso en el campo de la medicina, particularmente en el área de la psiquiatría, ya que al igual como ocurrió en Europa con los manicomios, estas instituciones permitieron aislar y observar al loco como un objeto de interés científico.

Adicionalmente, Rodríguez (2013), menciona que otro de los motivos que llevó al surgimiento de los asilos para enfermos mentales, respondía a la necesidad de poner un final al fenómeno de mezclar mendigos con locos al momento de encerrarlos, así que de acuerdo al autor, el surgimiento de los asilos en Colombia se puede entender desde una perspectiva incipiente en el conocimiento científico sobre el cuidado y tratamiento de la locura y una perspectiva que buscaba poner un orden en una ciudad que estaba en constante crecimiento.

Se puede decir que con la fundación de los asilos también se favoreció la entrada en vigencia del pensamiento moderno, la psiquiatría encontró su lugar mediante las distintas instituciones de salud mental que se fundaron en el país. A continuación se describe de forma breve el pensamiento psiquiátrico de la época.

4.8 La psiquiatría colombiana del siglo XIX

De acuerdo con Rodríguez (2013), la mayoría del conocimiento médico y científico vino de Francia e Inglaterra, este conocimiento aportó gradualmente a mejorar las condiciones de salud pública. A partir de 1981, se funda la academia nacional de medicina y con ella empiezan a realizarse las primeras publicaciones de índole científico, unas de estas publicaciones, es la revista de higiene, la cual buscaba promover actividades de saneamiento en la ciudad de Bogotá.

Se podría decir que esta primera forma de conocimiento psiquiátrico se configuró desde una perspectiva moral y judicial. De acuerdo a lo anterior, se puede entender porque no había un verdadero interés por desarrollar un verdadero tratamiento para la población de personas locas, debido a que más bien lo que se buscaba era promover un buen comportamiento moral por parte de la población como la única forma de mantener la conservación de la salud moral y física (Rodríguez, 2013).

Es debido a lo anterior que durante el siglo XIX se dio tanta prioridad en perseguir, prohibir y encerrar principalmente aquellas personas que mendigaban en las calles, pues no se tenía claro si eran locos o personas desamparadas, pero ciertamente eran consideradas

como promotoras de un estilo de vida inmoral y amenazante para el orden moral, cuya locura se podía contagiar.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Rodríguez (2013) menciona que durante el siglo XIX, conductas como por ejemplo el tabaquismo y alcoholismo, estuvieron asociadas con múltiples enfermedades, entre ellas la locura, solo es hasta entrado el siglo XX, que el consumo de estas sustancias pasa a ser visto como un problema de salud pública.

Se podría decir que la psiquiatría que se desarrolló durante este periodo fue un modelo incipiente, le tomaría años a esta disciplina establecerse desde una perspectiva completamente científica, esto debido a que la psiquiatría empezó a mezclarse en el campo judicial. Es así, como antes de dedicarse a tratar a los enfermos mentales, la psiquiatría en Colombia estuvo más bien centrada en determinar la culpabilidad o inocencia de los locos acusados de cargos criminales. A continuación se describe la forma como se relacionaron la psiquiatría y el derecho penal.

4.9 La psiquiatría y el derecho penal

Rosselli (1968), comenta que las primeras nociones de psiquiatría empezaron a ser aplicadas con verdadero rigor en el campo judicial, principalmente para determinar la condición mental de individuos que habían sido acusados de actos criminales y sobre quienes se cuestionaba su cordura.

De los casos que resaltan durante la mitad del siglo XIX, Rosselli (1968) comenta el del padre José María Botero, el cual incitó a una revolución en contra del gobierno del general Santander en 1846. Ante esta situación, fue capturado y sentenciado a la pena capital. Sin embargo, su caso fue apelado ante el tribunal de Cundinamarca y se ordenó que se realizara un examen psiquiátrico para determinar su condición mental.

De acuerdo a Rosselli (1968) el comité médico que examinó al Padre Botero, determinó inicialmente que padece manía intermitente y posteriormente cambiaron el diagnóstico a Polimnia razonable intermitente, esta valoración psiquiátrica le permitió conseguir el indulto de la pena capital.

Otro de los casos en donde la psiquiatría intervino en el ámbito legal, lo comenta Rodríguez (2013). El caso en particular fue el del General Pedro Aldemar Sánchez, acusado de asesinar a su esposa en 1890. La psiquiatría intentó demostrar que el General no se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales al momento de cometer el crimen; sin embargo, a diferencia del caso del padre Botero quien encontró indulto gracias a la valoración psiquiátrica, la autoridad judicial ordenó arrestar al General Sánchez, no obstante, el general escapó y nunca más se supo de su paradero.

Los casos mencionados, reflejan la manera como la psiquiatría colombiana en sus

inicios encontró su lugar como criterio de autoridad mediante el derecho penal. De acuerdo a lo anterior, Rodríguez (2013), explica que parte del conocimiento psiquiátrico en Colombia evolucionó mediante el estudio de los casos de desórdenes mentales que afectaban el orden social y tenían implicaciones legales.

Por su parte, Rosselli (1968) resalta la forma como durante esta época, el diagnóstico y la observación de los casos examinados por parte de la psiquiatría, se sujetaba a los conocimientos de figuras como Pinel y Esquirol, los cuales, vale la pena recordar, eran unos de los principales autores exponentes sobre la teoría de los desórdenes mentales.

La relación entre la psiquiatría y el derecho dio como resultado que se crearan cátedras de medicina legal en donde el enfoque psiquiátrico apuntaba a descifrar las causas de los crímenes (Rodríguez, 2013). Esta relación entre ambas disciplinas se extendió hasta bien entrado el siglo XX.

4.10 Los tratamientos psiquiátricos del siglo XIX

Rosselli (1968), menciona que solo a partir de 1875, los médicos empezaron a preocuparse científicamente por el fenómeno de la locura. Algunos autores (Rodríguez, 2013; Rosselli, 1993), describen ciertos tratamientos que se utilizaron en el siglo XIX. De acuerdo con Rodríguez (2013) y Rosselli (1993) en el año 1888 aparece en Bogotá *El tratado de terapéutica general y especial* escrito por el doctor Manuel Plata Azuero (1823-1899), este texto abordaba de manera simple, algunas ideas sobre la terapia psiquiátrica; como por ejemplo, recomendar el uso de plantas medicinales como la valeriana y el uso de narcóticos como la morfina, para tratar la enfermedad mental.

Rosselli (1993), describe algunas formas de tratamientos previos al modelo farmacológico; de esta manera, se recomendaba el uso de jarabe de diacodión, el cual tenía un compuesto opioide cuyas propiedades se usaban principalmente como sedantes, analgésicas e hipnóticas. También se usaba el toronjil en infusión o alcoholado como una bebida sudoral y antiespasmódica.

Otras formas de tratamiento que se recomendaban en esta época, de acuerdo a Rosselli (1993) eran por ejemplo, los baños con agua fría, la administración de alimentos blandos e hidratantes, ejercicio moderado a pie o a caballo. El autor menciona que para esta época aún no había indicios de un modelo de psicoterapia.

Adicionalmente a estas formas de tratamiento, Rosselli (1993), menciona que dos años después de la publicación del doctor Plata, se publica en Bogotá *El diccionario de los medicamentos médicos* por los doctores Nicolás Osorio y Pablo García Medina; de los 370 medicamentos que se reseñaban en la obra muy pocos eran de uso psiquiátrico.

Principalmente se recomendaba el uso de sustancias hipnóticas como el

paraldehído, el uretano y el tetronal. Adicionalmente, el bromuro de níquel se recomendaba para el tratamiento de la epilepsia, la melancolía y las afecciones histéricas, para los casos de histeria, se recomendaba el uso de morfina y el sulfato de quinina para la depresión.

De acuerdo a Rosselli (1993) estas formas pobres de tratamiento para la enfermedad mental continuaron hasta principios del siglo XX, en donde se empezaron a poner en práctica nuevas formas de tratamientos, especialmente desde una perspectiva biologicista. A continuación se describe el modelo psiquiátrico del siglo XX.

4.11 La psiquiatría del siglo XX

Como se ha podido apreciar en párrafos anteriores, antes de que la psiquiatría se ocupara completamente de estudiar y tratar los trastornos mentales, en sus inicios se encargó de realizar una actividad de carácter más bien investigativo, para determinar la condición mental de personas que habían cometido actos criminales. No obstante, algunos de estos médicos y psiquiatras que se dedicaron al estudio de casos forenses, y destacaron por su contribución al campo de las enfermedades mentales.

De acuerdo a Rosselli (1968), se destaca por ejemplo el doctor Carlos Putnam (1850-1915), quien se especializó en el estudio de los problemas neuropsiquiátricos y medicolegales, también por sus publicaciones sobre los trastornos mentales, entre las cuales se destacan: *Desarreglos funcionales de los nervios vaso-motores en la evolución del tabes sensitivo* (1883), *Contribución al estudio de la parálisis agitante* (1890) y *La lipemania y el delirio de persecución en los tabéticos* (1980).

Arango (2012) menciona que Putnam fue el precursor de la psiquiatría y la medicina legal en Colombia. De acuerdo al autor, un influjo importante del conocimiento psiquiátrico francés llegó a Colombia a través del doctor Putnam, debido a que fue discípulo de Charcot en Francia. La perspectiva de Putnam sobre los trastornos mentales fue fisiológica y fisiopatológica con un corte organicista. Curiosamente, el autor menciona que aunque Putnam hizo énfasis en sus preceptos sobre la importancia de los aspectos biológicos, evidenciaba una realidad dicotómica del psiquismo entre lo material y espiritual.

Entre otras de sus aportaciones, se encuentra que en 1891 el doctor Putnam fundó la oficina de medicina legal en Medellín. Rosselli (1968), menciona que Putnam enfatizó en la necesidad de que rehacer el código penal colombiano sobre bases más científicas. Adicionalmente cuestionó la perspectiva de que el enfermo mental debía ser visto como una persona que era completamente irresponsable de sus actos, cuyo mal tenía un origen en una debilidad cerebral y defendió la idea organicista de que la locura se debía en la mayoría de los casos a lesiones cerebrales.

Putnam dividió las causas de la locura en tres: intelectuales, morales y físicas. Las causas intelectuales hacían referencia a creencias y fascinación por leyendas, cuentos y supersticiones, también los sentidos hacían que la persona experimentara sensaciones defectuosas. Las causas morales, hacía referencia a un desbordamiento de las pasiones y los sentimientos que provocaban una desproporción entre las facultades afectivas e intelectuales. A las causas físicas, las dividió entre exteriores y personales, las exteriores hacían referencia al entorno y la influencia de factores como el clima, las estaciones y sitios geográficos; mientras que las personales, las subdividió en fisiológicas y patológicas (Rosselli, 1968).

Las causas personales fisiológicas, aludían a condiciones como la edad, el sexo, temperamento, los hábitos y las profesiones; mientras que las causas personales patológicas hacían referencia a trastornos como el histerismo, la epilepsia, hipocondría, las conmociones y contusiones cerebrales, ciertas enfermedades del oído interno, entre otras.

Otro de los pioneros de la psiquiatría en Colombia, fue el doctor Antonio Gómez Calvo. En 1897 fue nombrado médico del asilo de San Diego, fue de los primeros médicos en preocuparse científicamente por los pacientes mentales. Rosselli (1968), menciona que trabajó en el diagnóstico clínico psiquiátrico y al mismo tiempo en una terapéutica individual con sus pacientes. Consideró el alcoholismo como una de las causas de alienación mental, y de diversas afecciones mentales, en 1912 pidió que se cambiaran las palabras demencia y sordomudez por enajenación mental.

Adicionalmente, Arango (2012) menciona que el doctor comparó las condiciones precarias en las que vivían los enfermos mentales en Colombia con la escena europea previa a la revolución de Pinel. La aportación más significativa del doctor al campo de la psiquiatría colombiana, fue la introducción de las primeras nociones nosológicas, epidemiológicas y psicoterapéuticas (Arango, 2012).

Se puede afirmar, de acuerdo a lo que menciona Arango (2012), que el primer modelo de psiquiatría que se instauró en Colombia fue el de la psiquiatría francesa; posteriormente el autor menciona que llega al país un influjo del modelo de la psiquiatría norteamericana que termina por desplazar paulatinamente el modelo francés.

El primer psiquiatra con formación colombiana, fue el doctor Maximiliano Rueda Galvis (1886-1944), quien se destaca por introducir al país algunas de las terapias biológicas más conocidas como por ejemplo, la malarioterapia, la convulsoterapia con cardiazol y la lobotomía frontal, adicionalmente, fue el fundador de la sociedad colombiana de psiquiatría, neurología y medicina forense, que funcionó entre 1940 y 1943 (Arango, 2012).

Es importante mencionar un suceso que ocurre durante los inicios del siglo XX: en

1904 se aprueba en Antioquia la ordenanza número 8. Esta ordenanza demandaba la creación de departamentos especializados en los manicomios, de esta forma, los manicomios debían tener un departamento para adultos, niños, locos excitados y tranquilos, toxicómanos, entre otros. Adicionalmente, los pacientes debían pasar por un examen psiquiátrico. De esta forma, se determinaba quienes debían permanecer recluidos y cuáles no deberían permanecer o ser recluidos en los manicomios (Rosselli, 1968).

Rosselli (1968), también menciona que hay por lo menos tres momentos que son de importancia en la historia de la psiquiatría colombiana; el primero ocurre a finales del siglo XIX (1870-1880) y es la fundación de los primeros establecimientos para los enfermos mentales; el segundo es a inicios del siglo XX (1913-1926) con la fundación de las cátedras sobre enfermedad mental y finalmente, el tercer momento ocurre a mediados del mismo siglo con la introducción de la psicoterapia y la orientación dinámica de la psiquiatría.

Cabe resaltar que aun durante los inicios del siglo XX, la medicina legal seguía predominando el campo de la psiquiatría; no obstante; las cosas empezaron a cambiar lentamente, debido a que se empiezan a estudiar patologías que no necesariamente estaban asociadas con patrones criminales (Rodríguez, 2013).

La locura se empieza a estudiar bajo el marco de la patología y de esta forma se empieza a desligar de modelos metafísicos, morales y religiosos que habían intentado explicar con anterioridad el fenómeno. Este cambio de paradigma implicó que al loco ya no se le intentaba confinar o encerrar, sino que más bien, en teoría, se buscaba un tratamiento para un problema que empezaba a ser visto como perteneciente al campo de la salud (Rodríguez, 2013).

Algunos autores (Ospina, 2006; Rosselli, 1993; Rodríguez, 2013) mencionan que los tratamientos se comenzaron a fundamentar en las teorías y prácticas que tenían preponderancia en Francia e Inglaterra. De esta forma, Colombia intenta estar a la vanguardia de las teorías y la escena Europea, sin embargo esta forma de operar sobre la enfermedad mental, trae algunas consecuencias poco favorecedoras para las personas que recibían estos tratamientos.

De acuerdo con Ospina (2006), esta tendencia de mantenerse a la vanguardia tuvo como consecuencia que el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental siguiera un patrón de “modas” médicas que en ocasiones resultaban ser contradictorios entre sí y adicionalmente acarrearón problemas de salud en las personas a quienes se les aplicaban estos tratamientos, quizá siendo el ejemplo más claro, el tratamiento por abscesos de fijación, tal y como se podrá apreciar en el apartado sobre los tratamientos psiquiátricos del siglo XX.

Arango (2012) menciona que durante el segundo cuarto del siglo XX,

aproximadamente en 1917, la psiquiatría colombiana empieza a tener una mayor influencia de los modelos psiquiátricos norteamericanos; de este periodo se destaca el doctor Luis López de Mesa, quien estudió psicopatología, neurología y fisiología en Harvard e introdujo en Colombia la psiquiatría de Kraepelin.

De acuerdo a lo mencionado en los párrafos anteriores, se puede apreciar que la psiquiatría colombiana, tuvo en sus inicios una influencia por parte de la escuela francesa, debido a que el doctor Putnam, uno de los pioneros de la psiquiatría en Colombia, fue discípulo de Charcot.

Como resultado de lo anterior, durante los primeros años del siglo XX el principal influjo de conocimiento al campo de la psiquiatría colombiana, provenía de la escuela francesa. Posteriormente, se produce una transición de la perspectiva organodinámica de la escuela francesa hacia la perspectiva biológica de la escuela norteamericana (Arango, 2012).

A continuación, se describen algunas formas de tratamientos biológicos que fueron usados en el siglo XX.

4.12 Los tratamientos psiquiátricos del siglo XX

Rodríguez (2013) menciona que durante la primera mitad del siglo XX, la psiquiatría empezó a poner un énfasis sobre los tratamientos biológicos, se intentaban comprender los trastornos mentales a través del funcionamiento del sistema nervioso.

Distintos autores (Ospina, 2006; Rodríguez, 2013; Rosselli, 1968; Rosselli, 1993) coinciden en que uno de los primeros tratamientos fue por absceso de fijación. Este tratamiento, en realidad más que buscar una cura para la enfermedad mental, pretendía inmovilizar al paciente y así facilitar su manejo y control.

El tratamiento consistía en inyectar sustancias aceitosas como la trementina o petróleo a nivel subdérmico en la región del glúteo, esto ocasionaba un absceso (una acumulación de pus) con gran inflamación, y cuadros febriles altos, adicionalmente el dolor que causaba el absceso, junto con las elevadas temperaturas producían que el paciente quedaría inmovilizado (Ospina, 2006; Pérez, 2012; Rodríguez, 2013; Rosselli, 1993).

Este tratamiento fue introducido por el doctor Antonio Calvo en 1910, y se usó por primera vez en el asilo de locas de Bogotá, posteriormente el tratamiento se popularizó y se usó ampliamente en Colombia, (Ospina, 2006; Pérez, 2012; Rosselli, 1993).

Según Ospina (2006), los asilos de mujeres fueron los primeros lugares en donde se probaban procedimientos cuya aplicabilidad no se había comprobado. De esta forma, tratamientos como el absceso de fijación, la terapia electroconvulsiva, la malarioterapia, las sillas y camisas de sujeción, fueron probados primero en los asilos femeninos, antes de

aplicarse en el Hospital Neuropsiquiátrico masculino.

La malarioterapia fue introducida en Colombia por el doctor Maximiliano Rueda en 1925, se usó principalmente para tratar la parálisis general producida por la sífilis, sin embargo con el advenimiento de la penicilina como medicamento para tratar esta enfermedad, la malarioterapia cayó en desuso (Rosselli, 1993).

Las terapias convulsivas por choque insulínico y cardiazol también se usaron en Colombia, la primera fue introducida a al país por los doctores Julio Manrique y Alfonso Agustí Pastor en 1937; la segunda terapia convulsiva, fue introducida a Colombia por los doctores Julio Manrique y Luis Sánchez en 1938. De acuerdo con Rosselli (1993) se recomendaba el uso del choque insulínico para personas con estado pre psicóticos, mientras que la terapia con cardiazol se recomendaba para casos de esquizofrenia donde la persona llegaba a la catatonía.

Rodríguez (2013) comenta que entre 1938 y 1942 se da un incremento en el personal científico y auxiliar que apoyaba las funciones en los asilos y hospitales. De acuerdo con Ospina (2006), en 1942 se realiza la primera lobotomía en Colombia, esta se realiza en el asilo de locas de Bogotá.

Para el año 1944 la terapia de electrochoque entró en uso y fue desplazando gradualmente los abscesos de fijación, y las terapias de choque insulínico y cardiazol; esta forma de terapia fue introducida al país por el doctor Julio Asuad, y fue ampliamente usada durante desde la década de los años 40 hasta aproximadamente los años 60; no obstante, en la actualidad se sigue usando en algunas clínicas psiquiátricas.

Finalmente, Arango (2012), menciona que entre los años 1975 y 1990, se plantearon programas de aplicación comunitaria de la psiquiatría, sin embargo este enfoque no fue muy popular y no volvieron a realizarse reportes ni publicaciones sobre la experiencia comunitaria. De acuerdo al autor, hasta el año 2012 aún no había un departamento de psiquiatría en Colombia cuya práctica y producción intelectual apuntara a la salud mental y la psiquiatría comunitaria.

De igual forma, Arboleda (2013), menciona que los principios de la psiquiatría comunitaria, se establecieron a finales de los años sesenta y principios de los ochenta en Latinoamérica, este modelo surgió a partir de las políticas de desinstitucionalización que provenían de Europa y Estado Unidos. De acuerdo al autor, parte de la propuesta de la psiquiátrica comunitaria implicaba por ejemplo, atención territorializada, atención prioritaria a poblaciones vulnerables, rehabilitación y participación de la comunidad; todo lo anterior funcionando bajo una intención de trabajo en equipo.

Sin embargo, Arboleda (2013) menciona que el modelo de psiquiatría comunitaria implicaba un cambio completo de paradigma y de la forma en cómo se había organizado el

esquema de medicina tradicional. Debido a esto, el alcance disciplinar de la psiquiatría comunitaria fue limitado y gradualmente empezó a minimizar su presencia. De esta manera, la psiquiatría comunitaria quedó reducida a partir de los años 80, a simples actividades exclusivas de capacitación de agentes de salud con la finalidad de aumentar su capacidad de detectar enfermedades mentales. Cabe destacar, que el autor menciona que detrás de esta actitud cortante hacia la psiquiatría comunitaria, había un interés por parte de la industria farmacéutica, la cual había encontrado en los países en vía de desarrollo un nicho de mercado.

Lo anterior quizás pueda ser explicado a través de Rodríguez (2013) quien dice que a finales del siglo XX, el conocimiento y el campo de acción de la psiquiatría en Colombia se amplió pero su práctica más fuerte se desarrolló en el sector privado. De esta forma, los tratamientos que se ejecutaban quedaron prácticamente destinados para el tratamiento de los miembros de las familias más pudientes.

5 Conclusiones

Teniendo en cuenta lo expuesto en la presente investigación, podemos concluir algunos puntos. En primer lugar, la locura es un fenómeno que ha estado presente de tiempos remotos de la humanidad, se podría decir que es un fenómeno que ha acompañado a la humanidad desde sus inicios. Cabe mencionar que este fenómeno, no corresponde a una categoría clínica, sino más bien, es una sanción social frente a una conducta

Segundo, es posible dividir la historia de la locura en dos momentos, la pre modernidad y la modernidad. El periodo de la pre modernidad, se puede comprender desde la era de las primeras civilizaciones de la humanidad como la mesopotámica, la egipcia y la hebrea que datan aproximadamente de hace 5000 años antes de Cristo; y se extiende hasta los inicios de la era moderna, aproximadamente a partir de 1492.

Durante esta época, la locura estaba rodeada de un carácter místico, prevalecieron las explicaciones en base a posesiones demoníacas o fuerzas divinas como los principales agentes desencadenantes de la locura.

Las primeras explicaciones que buscaban alejarse del carácter místico y animista vienen de los griegos, quienes intentaron explicar los trastornos mentales desde una perspectiva de corte más naturalista. No obstante, estas formas de explicaciones naturalistas para la locura desaparecieron casi por completo con la llegada de la Edad Media, y nuevamente la comprensión y explicación de este fenómeno queda sujeta a causas sobrenaturales y teológicas.

El periodo de la modernidad representa un cambio en la forma como se entiende la

locura. A partir de esta época, la forma de entender y explicar la locura se desliga de los modelos animistas y teológicos, dando inicio a un periodo de racionalidad y favorecimiento del conocimiento médico y científico. A partir de este periodo el loco deja de ser visto como un ser místico, poseído, con dones sobrenaturales, para convertirse en una persona que padece una enfermedad y que necesita de un tratamiento para su condición.

Con la modernidad las formas de tratamiento mejoraron y se favoreció la condición humana del loco. A partir de mediados del siglo pasado surge una nueva tendencia de tratamiento conocido como farmacología, la cual supuso el final de muchas formas de tratamiento crueles, traumáticas y dolorosas para el loco favoreciendo el uso de medicamentos que actúan sobre la química del cerebro.

No obstante, vale la pena cuestionar y pensar que el usar la farmacología como la única forma de tratamiento también es una manera de contener al sujeto, una forma de quitarle su ser, su identidad. En este sentido, se podría considerar que el uso de la medicación como única forma de tratamiento, se vuelven las nuevas cadenas para contener la locura.

Como una consideración, se podría decir que en lugar de limitar el tratamiento al uso exclusivo de medicamentos, es importante tener en cuenta que la persona con un trastorno mental es un sujeto, y como tal necesita una u otra forma establecer una red simbólica en su entorno. En este sentido podemos pensar que la institucionalización y la medicación crean al loco agresivo, en la medida que le impide inscribirse en una red simbólica al pretender por ejemplo erradicar su delirio.

Vale la pena, pensar en los locos populares mencionados en este trabajo, los cuales eran capaces de vivir en comunidad. Lo anterior, posiblemente debido a que al interactuar con otras personas, el loco lograba ajustarse en cierta medida a la comunidad a través de un intercambio simbólico con otros individuos. De esta manera estos locos recuperaron por lo menos un fragmento de su ser y consiguieron un lugar en la comunidad.

Caso contrario, ocurría con aquellos locos que eran capturados y encerrados, a estas personas se les negaba la posibilidad de inscribirse en un intercambio simbólico con otro, lo cual llevaba a un deterioro de su condición mental, posiblemente creando hostilidad y agresión. Lo mencionado anteriormente, permite pensar en el efecto estabilizador que tiene el intercambio simbólico, posiblemente más efectivo que cualquier terapia o medicamento.

Es importante mencionar que no se pretende satanizar las instituciones, ni la medicación, por el contrario, estas formas de tratamiento son útiles en ciertos casos; sin embargo, el punto de esta consideración, es plantear la idea de la importancia de un tratamiento que sea multifactorial, es decir, que una lo institucional, lo farmacológico y lo comunitario, como una forma de tratamiento dinámica que permita al loco, principalmente

establecer un intercambio simbólico con su entorno y las demás personas.

En el caso de Colombia, se podría decir que el estudio de la locura es aún más incipiente, habiéndose iniciado solo a principios del siglo pasado. Anterior a este siglo, este fenómeno estuvo sujeto a las creencias autóctonas de las tribus indígenas, atribuyendo los trastornos mentales a causas espirituales, posesiones espirituales, o encantamientos de brujos y chamanes.

Algo que llama la atención sobre la locura tanto en el contexto europeo como en el contexto colombiano durante la modernidad, es el hecho de que este concepto se movía entre las nociones de enfermedad y las nociones de orden social. De esta forma, no solo se podía considerar loco a una persona con una enfermedad reconocida médicamente como tal, sino que también, parecería ser que se denominaba loco a aquellas personas que de una u otra manera se oponían o amenazaban el orden social. En este sentido, el loco en ocasiones es visto como un individuo que padece una enfermedad mental y debe recibir un tratamiento; pero al mismo tiempo existe la visión del loco como aquel que representa una amenaza para el estado y para los demás y por lo tanto la prioridad es encerrarlo, alejarlo de los demás, pues solo de esta forma se puede “garantizar” su bienestar y el de los demás.

Queda a modo de impresión después de la elaboración de esta investigación, que a partir de la modernidad el loco ha estado sometido a las instituciones, pues son ellas las que determinan qué hacer con él, bien sea anteriormente la iglesia que buscaba redimir su alma a través de exorcismos, o en la actualidad el estado que pretende controlarlo y mantenerlo fuera de la mirada pública, mediante el encierro en instituciones de salud mental o la medicalización forzada como única forma de tratamiento.

Frente a lo mencionado en el párrafo anterior, vale la pena preguntarse si acaso la locura es más un fenómeno social que un problema de salud, en el sentido que se considera loco a aquel quien en ocasiones cuestiona o no se ajusta a la normativa social o a los ideales de un determinado momento o contexto histórico.

Finalmente, esta investigación abre una ventana para futuros temas de interés investigativo, como por ejemplo, indagar con más profundidad en las tribus indígenas colombianas, para entender que otras nociones, tratamientos y explicaciones de locura tenían nuestros pueblos indígenas. Otro tema investigativo que puede resultar de interés es sobre los locos populares y la relación que puede existir entre la comunidad y el intercambio simbólico, como una medida de estabilización frente a la locura.

6 Referencias

Alonso, J (2014) La terapias de choque. [Mensaje en un blog] <http://jralonso.es/2014/12/17/las-terapias-de-choque>

Álvarez, J (2002) Estudio de las creencias, salud y enfermedad: Análisis psicosocial. México: Editorial Trillas, S.A.

Álvarez, J; Ramón, E; Sauvagnat, F, (2004) Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis S.A. Citado por Valdecasas, J y Vispe, A (2010) Historia del término psicosis [mensaje en un blog] recuperado de: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.co/2010/10/historia-del-termino-psicosis.html>

Arango, C. (2012) Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 41. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000500002

Astivera, A. (1973). Metodología de la Investigación. Buenos Aires: Kapelusz, S.A

Australia, G (2012) Risas y bufones en la Edad Media, un loco en casa. [Mensaje en un blog] recuperado de: <http://revistareplicante.com/risa-y-bufones-en-la-edad-media/>

Aztarain, J. (2006) El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra, 1858 - 1954. Madrid: Comunidad autónoma de navarra.

Barbero, L (2009) Payasos sacrados y tontos sabios [mensaje en un blog] recuperado de: <http://clownludens.blogspot.com.co/2009/01/sabios-tontos.html>

Barón, F (8 de noviembre de 2008) “Gonzalon”, “Perjuicios” y “Tamayo”, tres locos bogotanos del siglo XIX. El tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4653746>

Barrionuevo, J. (1975) Historia de los hospitales, apuntes de administración hospitalaria. Hospitales de costa rica (4) (pp. 13-15)

Baumgart, A. (2000). Lecciones introductorias de psicopatología. Buenos aires: Eudeba.

Benazzi, N (2000) El libro negro de la inquisición. Madrid: Robinbook.

Bravo, O y Olivier, M. (2010) Instituciones, discurso y violencia: La asociación entre locura y peligrosidad.

Cárdenas, J. (2001) La maravillosa historia de la medicina. Recuperado de: <http://www.cardenashistoriamedicina.net/capitulos/es-cap7.htm>

Coto, E; Fontanil, Y; Belloch, A. (2004) Historia de la psicopatología. En Belloch, A; Sandín, B; Ramos, F. (Ed.) Manual de psicopatología volumen 1 (pp.5-41) Madrid: McGraw-Hill

Cruz, S (15 de Julio de 2015) Hace 45 años Cali despidió a Jovita Feijoo, su “reina eterna”: recuerdos del adiós. El País. Recuperado de: <http://www.elpais.com.co/calihace-45-anos-despidio-a-jovita-feijoo-su-reina-eterna-recuerdos-del-adios.html>

Del Barrio, V. (2009) Raíces y evolución del DSM. Revista historia de la psicología. Vol. 30 (2) 81-89

Derito, M (2006) Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. Alcmeon, revista argentina de clínica neuropsiquiatría. Vol. 13 (3) 67-108

Desviat, M (2016) Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. Madrid: Editorial grupo 5.

Desviat, M (3 de Junio de 1989) Los “homeless” ¿Indigentes o locos? El País. Recuperado de: http://elpais.com/diario/1989/06/03/opinion/612828008_850215.html

Escobar, E (2012) Figuras históricas de la psiquiatría Alemana. GPU. Vol. 8 (3) Recuperado de: http://revistagpu.cl/2012/GPU_sept_2012_PDF/HIS_Figuras.pdf

Escorcia, O (2009). Manual para la investigación: guía para la formulación, desarrollo y divulgación de proyectos. Bogotá.

Foucault, M (1998) Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. Bogotá, Colombia: Fondo de cultura económica Ltda.

Galimberti, U. (2002) Diccionario de psicología. México: Siglo XXI editores.

Gamero, A. (2005) La stultifera navis o la nave de los locos. Recuperado de: <http://lapiedradesisifo.com/2005/03/24/la-stultifera-navis-o-la-nave-de-los-locos/>

Giraldo, G. (2008) La idea de locura: una perspectiva histórica del “desarreglo”

Gómez, S. (2011) Historia de la locura en el mundo. [Presentación en PowerPoint] Recuperado de: <http://fundacionparalasamericas.org/wp-content/uploads/2013/11/presentacion-segundo-modulo-historia-de-la-locura-y-discapacidad-psicosocial-final.pptx>

González, A (2010) Historia de la psiquiatría. En Toro, R; Yepes, L; Palacio, C (2010) Fundamentos de medicina: Psiquiatría. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas.

González, C y Barrio, E (2010) Historia de la psiquiatría (pp. 5-13) En: Manual del residente en psiquiatría. Madrid: Diapasón

Grof, S. (2011) Psychosis and human society: a historical perspective. Recuperado de: http://www.stanislawgrof.com/wp-content/uploads/pdf/Psychosis_Human_Society_History_2011.pdf

Hergenhahn, B. (2001) Introducción a la historia de la psicología. Madrid: Thomson Learning.

Huertas, R (2014) ¿Qué sabemos de? La locura. Madrid: Catarata.

Ivanovic-Zivic, (2000) El legado de Karl Jaspers. Revista Chilena de neuropsiquiatría. Vol. 38 (3) Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272000000300004

J, Ramos. (2012) “Juana de arco, la espada de Dios” Recuperado de; http://clio.rediris.es/n38/articulos/Juana_de_Arco.pdf

Lerma, I (2012) La erotomanía o el síndrome de Clérambault. [Mensaje en un blog] recuperado de: <https://ivanlerma.com/2012/11/27/la-erotomania-o-el-sindrome-de-Clérambault/>

López, J. (2006) Psicopatologías en la Grecia antigua a través de sus mitos. Revista semestral de filosofía práctica; Universidad de los andes. 17, (1), 186-204

Mur, C. (2010) El trastorno delirante crónico: Hipótesis etiológicas y nuevas terapéuticas. (Tesis de doctorado) Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Ordorika, T (2009) ¿Herejes o locos? Cuicuilco. Vol. 16 (45) Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100007

Ospina, M (2006) Con notable daño del buen servicio: Sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. Antípoda. Vol. 2. p. 304-310. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/antpo/n2/n2a16.pdf>

Palanco, R. (2008) Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud 1995-2003 [Tesis doctoral]. Universidad complutense de Madrid, Madrid.

Palem, R (2009) Actualidad del pensamiento de Hery ey (1900-1977). Revista salud mental. Vol. 32 (3)

Parra, R. (2014) Grecia. La civilización olvidada. Recuperado de de: <http://brd.unid.edu.mx/grecia-la-civilizacion-olvidada/>

Peñalta, R (2008) Locos y locura a finales de la Edad Media. Revista de filología románica. Vol. 25 (pp. 127-138)

Pérez, M (2012) De loco a enfermo mental. (Mensaje en un blog) Recuperado de: <http://rosadelosvientos77.blogspot.com.co/2012/11/de-loco-enfermo-mental.html>

Porter, R (2002) Madness: A brief history. New York: Oxford University Press Inc.

Portilla, M (2010) Resumen de Grecia. Recuperado de: <https://portillameruelo.files.wordpress.com/2010/05/resumen-de-grecia8.pdf>

Postel, J y Quetel, C. (2000) Nueva historia de la psiquiatría. México: Fondo de cultura económica.

Ristich, M (1970) La locura a través de los siglos. España: Editorial Bruguera S.A.

Rivera, G. (1998) Evolución histórica de la psiquiatría. Psiquis. Vol. 19 (5) (pp.183-200) recuperado de http://www.psicoter.es/_arts/98_A155_02.pdf

Rodríguez, D (2013) Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930 (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Romero, E (2010) Desarrollo del cristianismo durante la Edad Media. Mar oceana, revista del humanismo español e iberoamericano Vol. 14 (2) 205-2011

Rosselli, H (1968) Historia de la psiquiatría en Colombia. Tomo I. Editorial Horizontes. Bogotá

Rosselli, H (1993) In memoriam: Terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. En IV simposio internacional de actualizaciones en psiquiatría, Bogotá, Marzo de 1993. Recuperado de: http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen2-1/10_Psimonart_03_in_memoriam.pdf

Ruggeri, A. (2017) Bedlam, el hospital psiquiátrico londinense que se convirtió en un “palacio para lunáticos “en el siglo XVII. BCC. Recuperado de: <http://www.bbc.com/mundo/vert-cul-38517703>

Ryan, P (1981) El origen del tratamiento moral en psiquiatría. Revista de salud mental. Vol. 4 (2) Recuperado de: www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/download/91/91

Sacristán, C (2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco. Vol. 16. (45) (pp. 164-181)

Saer, J (17 de Julio de 2004) El hombre que oyó el canto. El País. Recuperado de: http://elpais.com/diario/2004/07/17/babelia/1090019839_850215.html

Salaverry, O. (2012) La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Revista Peruana de medicina experimental y salud pública. 29, (1), 143-148

Sánchez, L (27 de Agosto de 2010) Las Prétides. La prensa. Recuperado de: <http://www.laprensa.com.ni/2010/08/27/opinion/456236-las-pretides>

Sarason, I y Sarason, B (2006) Psicopatología, psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Pearson Educación de México S.A.

Suárez, M. (2006) Historia de la alta Edad Media. Recuperado de: <http://www.edugoro.org/arte/wp-content/uploads/2015/03/Historia-de-la-Alta-Edad-Media.pdf>

Trope, H (2010) La Inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII (I). Manifestaciones, tratamientos y hospitales. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría. Vol. 30 (2) Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200007

Turnes, A. (2009) Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas.

Recuperado de: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>

Villar, V (2014) Los 9 milagros más singulares de la Edad Media. [Mensaje en un blog] recuperado de: <http://www.labrujulaverde.com/2014/08/los-9-milagros-mas-singulares-de-la-edad-media>

Zlotnik, M (2008) La psiquiatría clásica y sus dos clínicas. En Mazzuca, R (2008) Psicoanálisis y psiquiatría: encuentros y desencuentros. Buenos aires: Berggasse 19 ediciones.