

## Concepciones y prácticas sobre los "males del alma" o las "enfermedades mentales" en Colombia

**E**l presente capítulo busca establecer las diferentes concepciones y prácticas sobre los "males del alma" o "enfermedades mentales" en Colombia, a través de los periodos hispánico, republicano y contemporáneo. Particularmente, se establecen los modelos de representación social respecto a dichas enfermedades o males, emanados de tres instancias o esferas sociales durante el tiempo estudiado: la medicina (académica y tradicional), la iglesia y el orden jurídico-político. La hipótesis que se intenta demostrar en estas páginas es que los modelos de representación social de las "enfermedades mentales" en Colombia se fueron configurando, muy gradualmente, tanto a partir de los elementos constitutivos (concepciones y prácticas) del esquema traído por los occidentales (especialmente los españoles), como de los componentes que hacían parte de los modelos indígenas, afrodescendientes y mestizos de dichos males o padecimientos.

Adicionalmente, en este apartado se pretende evidenciar que en el largo proceso de fusión e imbricación de representaciones sociales sobre las "enfermedades mentales" en nuestro país, el Estado fue delineando una política de exclusión y de represión del "enfermo mental", que con el devenir del tiempo se ha perfeccionado o tornado implacable. Sin embargo, la medicina tradicional (indígena, afrodescendiente y mestiza) en su papel de prevención y curación de los "males del alma" o las "enfermedades mentales", también ha diseñado diversas *tácticas* frente a las *estrategias*<sup>1</sup> llevadas a cabo por dicho poder hegemónico, con el fin de ejercer sus "saberes" y prácticas médicas en los diferentes sectores sociales colombianos.

### *Periodo hispánico*

A través del desarrollo de la cultura occidental, la "enfermedad mental" ha tenido diversos modelos de representación social. Desde la total y absoluta aversión que profesaron algunos sistemas filosóficos y teológicos medievales o renacentistas

---

<sup>1</sup> En esta investigación se emplearán los conceptos de *táctica* y *de estrategia* de Michel de Certeau (1996): el primero de éstos, para explicar la actitud tanto pasiva como activa (resistencia, rebelión, formas discursivas o retóricas contrahegemónicas, entre otras) de la cultura popular y en particular, de los representantes de la medicina tradicional frente al gobierno nacional y el segundo, con el ánimo de develar los mecanismos empleados por el mismo Estado para legislar o contrarrestar el pensamiento y las acciones de la cultura popular.

que veían en dicha “enfermedad”, ya una alteración del orden natural, ya una marca incuestionable de la justicia providencial, hasta la exaltación por parte de movimientos artísticos que la consideraron como un estado de sensibilidad renovada y genuina. Las reacciones frente a las “enfermedades mentales” han pasado por la tolerancia, la indiferencia, la compasión y el miedo. Perseguida y reprimida durante mucho, la “locura” se constituyó en objeto de conocimiento científico hace relativamente poco. Su estudio y el esfuerzo por comprenderla o curarla son recientes y por tanto, todavía no se han acabado de tipificar sus diferentes causas patológicas. Al margen de ello, su recurrencia, ya sea como problemática social, política, clínica y hasta económica, es evidente en muchos periodos y espacios de la historia occidental (Freud, 1930; Foucault, 1972, 1977, 1984) y no occidental (Postel y Quétel, 1987; Porter, 2003)<sup>2</sup>.

Con el inicio del periodo hispánico en el Nuevo Reino de Granada, todo el cúmulo de creencias milenarias de los pobladores locales, al cual se sumó paulatinamente el componente africano, fue tildado por los conquistadores como simple “charlatanería” y “superstición”, lo que trajo consigo todo un proceso sistemático de extirpación simbólica y material de los pueblos dominados. La implantación del Santo Oficio de la Inquisición en 1610 fue, en parte, la respuesta y la expresión de ese proceso (Ceballos, 2002).

Sin embargo, para el caso de la “locura” esto no significó un avance sino más bien una traspolación en la interpretación. Si bien se buscó desechar el entramado mágico y mítico con el que popularmente se explicaba la “locura”, el foco se trasladó a la mística de la religión católica y no al plano de lo científico. La demonología se adelantó así al desarrollo de un verdadero esfuerzo médico y un pensamiento psicológico. “La enfermedad mental era más bien objeto de consideraciones canónicas y religiosas”, que veían en ella una manifestación del mal, por lo cual “casi todos los enfermos mentales eran sindicados como brujas, hechiceros o hechizados” (Rosselli, 1987, p. 146).

Según Diana Luz Ceballos, la brujería durante el periodo hispánico en el Nuevo Reino de Granada tuvo dos funciones: una social y la otra institucional. En el primer caso, una vez se estableció la brujería como imaginario social, sirvió como canalizador de los problemas (intrigas, envidias, calumnias, etc.) que se gestaron entre los diferentes componentes sociales. En el segundo caso, la brujería sirvió para estigmatizar y controlar a los individuos o grupos subalternos: “Los españoles persiguen a los no blancos por brujos y hechiceros, porque son diferentes, por la necesidad política de aculturar para dominar [...]” (1995, p. 86). Empero, la brujería con un componente “demoníaco” es una invención judeocristiana, como lo anota la misma autora, que tomó gran fuerza durante la Edad Media y el Renacimiento en Occidente y que terminó por instalarse en las sociedades coloniales e hispánicas de ultramar.

2 No se puede desconocer la existencia de las diferentes nociones culturales sobre los “males del alma”, muchas de ellas ajenas a la nosología occidental y estudiadas por diversos investigadores. Entre éstas cabe mencionar: “El ‘Koro’ del Sudeste Asiático, el ‘Amok’ de los Himalayos, el ‘Itcho’ o ‘Rompecorazones’ de los Mohave, el ‘Windigo’ de América del Norte, la ‘Boufée Delirante Aguada’ de los Haitianos y la ‘Muerte Vudú’, el ‘Embrujamiento’ en distintas partes del mundo y el ‘Susto’ o ‘mal de la risa’ en Latinoamérica (Lagarriga, 1988).

De este modo, el esquema brujeril-demoníaco de los conquistadores fue paulatinamente penetrando a la vez que imponiéndose a los imaginarios sociales de los distintos grupos étnicos indígenas, africanos y, finalmente, al de la nueva población mestiza (Rosselli, 1968). Este cúmulo de concepciones mágico-religiosas trajo aparejada la configuración de un modelo de hibridación cultural que respondió a aquella misma naturaleza mística. Pero en Occidente y particularmente en España, la nosología médica (basada en el pensamiento médico griego de Hipócrates y de Galeno), aunque impregnada del misticismo religioso medieval, intentó combatir las diversas enfermedades que aquejaban el cuerpo y la mente de las personas con base en la medicina humoral. En el caso de la "locura", se creía, era causada por un "desarreglo humoral" (exceso de sangre o de bilis negra) que debía combatirse, aparte de los ritos de exorcismo estipulados por los tratados de demonología, con "sangrías, purgas y en ciertos casos, vejigatorios y baños" (Foucault, 1972, p. 176).

Acerca de las terapéuticas empleadas por las distintas comunidades indígenas en la prevención o la curación de los "males" asociados con el "alma", que actualmente habitan el territorio colombiano, puede afirmarse que son un claro remanente de las posibles prácticas empleadas en este sentido por las culturas precolombinas. Según la lectura que dichos pueblos hacían de los "males del alma", estos se relacionaban con la acción de agentes sobrenaturales y mágicos que de alguna manera tomaban posesión del cuerpo del afectado. Por tanto, los tratamientos o las prácticas curativas derivaban en rituales mágicos que incluso hoy gozan de gran acogida entre los diferentes sectores sociales (Gutiérrez, 1961). Cuando la magia buscaba contrarrestar el mal o cualquier enfermedad, se concebía como "magia blanca" y cuando, por el contrario, tenía la función de hacer algún tipo de mal, se denominaba "magia negra" o "brujería" (Gutiérrez, 1985).

Aun con las distinciones referidas, las prácticas y las concepciones médicas de los indígenas que habitaron el actual territorio colombiano y en general del Nuevo Mundo fueron de carácter preventivo y no curativo, como sucedió y sucede con la medicina occidental. De hecho, las "enfermedades mentales" eran reconocidas como "males del alma" o como el "mal de la risa" y no tuvieron connotaciones negativas entre estos pueblos, más bien se trataba de manifestaciones de genuina creatividad y hasta de poderes mágicos para el individuo que las poseyera. Las culturas precolombinas creían que los "males del alma" como cualquier otro mal, eran producidos por un desequilibrio energético entre el sujeto, la Madre Tierra y el cosmos en general. Esta concepción vitalista del universo determinó las diferentes terapéuticas empleadas por los chamanes (como el empleo de plantas y de ritos mágicos) que fundamentalmente buscaron restablecer dicho orden energético (Sharon, 1980; Anzuarez, 1983; Lagarriga, 1988). La circulación de estos "saberes" terapéuticos se produjo gracias a las redes establecidas entre los chamanes de las zonas andinas y las regiones selváticas desde tiempos precolombinos, las cuales en la actualidad aún se mantienen (Taussig, 1987; Pinzón, 1992; Langebaek, 1996).

Respecto a las concepciones o a las prácticas de la población esclava neogranadina en torno a los "males" asociados con el "alma", cabe anotar que se mantuvieron, como sucedió con la mayoría de sus creencias, en el plano de lo secreto o lo

subterráneo<sup>3</sup> ante la presión ejercida por las autoridades (civiles y eclesiásticas). De este modo, las diferentes terapéuticas empleadas por los esclavos en la curación de las enfermedades iban acompañadas de ritos mágicos que combinaban elementos de diferentes sistemas religiosos (como bantú, yoruba y católico). Este proceso sincrético de los esclavos neogranadinos fue un fenómeno sociocultural complejo, pues como lo asevera Navarrete (1995), los esclavos tuvieron que reestructurar elementos religiosos de varios sistemas (español, indígena y africano), en tanto que lograron conservar algunos de origen africano; es decir que se trató de proceso de “resistencia-acomodación”. Es sabido que la magia, y en especial la brujería, fue una poderosa aliada de los esclavos neogranadinos a la hora de soportar su estado de vulnerabilidad e impotencia en la sociedad esclavista, y que terminó perpetuándose en muchas comunidades negras del continente americano (Price, 1973; Bastide, 1977; Bowser, 1977; Taussig, 1979; Friedemann, 1993; Díaz, 2001, 2009).

Por otro lado, durante todo el periodo hispánico no se estableció ningún manicomio u hospital para enajenados mentales en el Nuevo Reino de Granada, por el contrario, éstos “eran reclusos en celdas especiales, o en los hospitales de las ciudades que los tenían, y si no en las cárceles, a falta de instituciones hospitalarias” (Rosselli, 1987, p. 145). Esa indeterminación se mantuvo hasta bien entrado el periodo republicano; y aunque la creación del primer servicio de enajenados en 1759 en el hospital San Juan de Dios de Santafé se considera como el referente original de los frenocomios y asilos del país, la especificidad, reflejada en instalaciones adecuadas y una conciencia médica, no se cristalizaría realmente sino hasta las primeras décadas del siglo XX.

En el Derecho Indiano (contenido en la *Recopilación de las Indias*), que fueron las disposiciones jurídicas contempladas en 1680 para las colonias españolas en América, no se contemplaron medidas de ningún tipo (caritativas o punitivas) para los enfermos mentales ni para la población desvalida o pobre (enfermos, valetudinarios, menores expósitos, mujeres de dudosa reputación, mendigos y vagabundos)<sup>4</sup>, aun cuando en España ya se habían puesto en práctica ciertas medidas de “asistencia” y “caridad cristiana” frente a este problema social<sup>5</sup>. Más

3 Por ejemplo, la santería se configuró como un sistema terapéutico y religioso oculto de la mirada maniquea de las autoridades y de los propietarios de esclavos (sobre todo en países como Cuba y Brasil) durante el periodo hispánico. Por tal motivo, es solo hasta la década de los ochenta del siglo XX que este sistema hizo su arribo a nuestro país. De acuerdo con los estudiosos de la santería, los kariochas o santeros tras haber superado los distintos “rituales de paso” (*Iyabó, Babalocha, Oriaté y Balalao*), conseguían la facultad de conjurar las enfermedades mediante los poderes de los diversos orishas o dioses: Olodumare, Olofi, Olorún, Elegguá, Obatalá, Changó, Ochosí, Oggún, Osun, Yemayá, Obatalá, Osun, Babalu ayé y Osaín. En el caso de los “males del alma”, los sacerdotes santeros creían que eran producto del enfrentamiento desatado entre Obatalá y Osun que se manifestaba en el cuerpo y la mente de una persona. Entonces, la terapéutica empleada por los kariochas consistía en que el afectado o sus familiares dieran ofrendas o sacrificios (de animales como cabras o aves) a los orishas en discordia, con el fin de mitigar su ira o malestar (Bastide, 1969; Klein, 1986; Reis y Dos Santos, 1996; Uribe, 2003).

4 El Derecho Indiano estuvo destinado a regular la vida política administrativa de las colonias españolas en el Nuevo Mundo y a frenar los excesos de poder de los encomenderos de los que era víctima la población indígena. Sin embargo, estas disposiciones no tuvieron mayor alcance, puesto que las necesidades e intereses de los gobernantes ibéricos en tierras americanas (virreyes, oidores, fiscales, gobernadores, alcaldes, entre otros) respondieron a otras realidades jurídicas y sociales (locales o provinciales); apelando a un nuevo sistema que algunos autores han denominado *Derecho indiano criollo* (García, 2003).

5 Por ejemplo, la práctica de recoger a los pobres y menesterosos en hospicios, al tiempo que ocuparlos en oficios benéficos para el Estado y el “público bien”, habían sido planteados en los tratados de Juan Luis Vives (1526)

adelante, los reformadores borbónicos que orientaron todo el proceso en España y en sus territorios en América a fines del siglo XVIII y las primeras décadas del siglo XIX (con base en los planteamientos de autores como Jovellanos, Ward, Cabarrús y los condes de Floridablanca y Campomanes), encontraron en la pobreza un "asunto de policía" y empezaron a darle un nuevo tratamiento.

Por lo anterior, a la miseria le fue otorgado un "estatuto" absolutamente diferente, en el cual los miserables y el mundo de la miseria en general no eran concebidos como un asunto solamente religioso que tocara exclusivamente a la caridad cristiana, sino que se trataba de un problema que atentaba contra la "pública utilidad" (Martínez, 1984; Rodríguez, 2007).

Las prácticas de policía se orientaban a controlar la ociosidad o la vagancia y todo lo que generaba pobreza en términos de gobierno de la población. Además de las medidas de orden práctico, como los censos de mendigos y enfermos (entre ellos, los "locos"), su reclusión en hospitales, la fundación de casas de misericordia, casas de niños expósitos, licencias para mendigar o las penas de flagelación y expulsión para ociosos y mendigos disfrazados, surgieron propuestas y planes de solución sobre el pauperismo. Por ejemplo, Ward (1782) vio en el trabajo de los pobres peninsulares y de la América española una forma posible de aumentar la "opulencia" y "prosperidad" del Estado,

Al emplear en fábricas un millón de gentes, que hoy viven sin ocupación alguna, toda su ganancia es un nuevo aumento a la riqueza de la Nación sacado de la nada; esto es, del tiempo que gastan hoy los holgazanes en la inacción, ociosidad, vagabundería y mendicidad (1782, p. 96).

Aun cuando la caridad para Ward era "la reina de las virtudes", si no se dirigía bien, fomentaba la ociosidad de la población, por lo que las autoridades estaban en la obligación de hacer trabajar a los pobres.

Durante el gobierno del virrey Guirior (1772-1776) las prácticas de recogimiento de pobres se llevaron a cabo, por un lado, porque era un "acto de caridad que dictan la religión y la naturaleza para socorro de la humanidad desvalida y, por el otro, con el objeto de "separar los muchos holgazanes que con el disfraz de mendigos cometen excesos y gravan la República" (Colmenares, 1989, p. 311). Por tal motivo, se adicionó una sección nueva al Hospicio de Santafé para alojar a los varones (enfermos, desvalidos o mendigos) durante este periodo y se mantuvo la sección antigua del establecimiento para "mujeres públicas" o "casadas mal avenidas" y niños expósitos que se había establecido en 1642. De este modo, el virreinato únicamente contaba con este hospicio (puesto que el de Popayán dejó de funcionar a mediados del siglo XVIII) para alojar a este variopinto e "indeseable" sector de la sociedad, que se tornó en un problema apremiante para las autoridades virreinales hacia finales del periodo hispánico, como puede apreciarse en las *Relaciones e informes de los gobernadores de la Nueva Granada* (Colmenares, 1989).

Si bien, en principio, el gobierno buscó librar las calles de la capital del virreinato de los sectores sociales mencionados, esta medida también se hizo extensiva a quienes ejercían la medicina tradicional, en vista de la escasez de médicos con formación, como lo expresó el Virrey José de Ezpeleta (1789-1796) en la relación de su mando:

La falta de cirujanos es absoluta, y acaso es más necesaria esta facultad que la otra [médico]. Son frecuentes los casos de personas que quedan lisiadas y defectuosas por caídas y otros accidentes, sin recurso para el remedio. Aun la parte obstétrica se desempeña de un modo bárbaro, por rutina y sin el menor conocimiento de sus reglas, y son raras las ocasiones de peligro en este pueblo, que es ya bastante numeroso.

No obstante, sobran en él muchos infelices curanderos que yo he procurado desterrar, pero no ha sido fácil, porque, prescindiendo de las preocupaciones del vulgo, al fin estos médicos supuestos aplican sus remedios, y aunque a vuelta de un cierto casual que publican y los acredita, cometen mil errores, siempre tienen a su favor la confianza de muchas gentes que imploran sus auxilios y sus escasos conocimientos.

Lo mismo o poco menos sucede en países más cultos, y así no me admira lo que aquí se experimenta. Tampoco creo asequible evitar del todo el daño; pero sí disminuirá mucho cuando haya algunos buenos médicos y cirujanos, y para tenerlos en esta capital es menester traerlos de Europa, con alguna dotación (citado en Colmenares, 1989, p. 337).

Una de las primeras noticias que se tienen sobre los “indios teguas” o “curanderos” es gracias al cronista fray Pedro Simón, quien hace una referencia a su longevidad hacia las primeras décadas del siglo XVII: “pasan su vida hasta llegar a cien años [...] pues el simple manjar de unas raíces y hormigas les acrecienta un año sobre otro [...] hasta llegar a más de ciento y al cabo mueren sin enfermedades” (Simón, 1991, p. 121). El clérigo Basilio Vicente de Oviedo, a mediados de la segunda mitad del siglo XVIII, describe a los curanderos teguas de la siguiente manera:

El curato del pueblo de los Teguas, en el Distrito del Corregimiento de Tensa [...] hacia el sureste, entre Lenguapá y Tensa, inclinado hacia los Llanos, creo ser de pocos indios, y estos tan reputados en el vulgo por yerbateros y los temen mucho [...]. (Oviedo, 1990, p. 270).

A lo sumo, las posiciones frente a la locura que convivieron en las postrimerías del periodo de dominación española se materializaron en: la asistencia fundamentada en la caridad cristiana, brindada por los Hermanos de San Juan de Dios; la herencia de las prácticas médicas indígenas y africanas fusionadas con algunas concepciones médicas o creencias populares españolas, representadas a su turno por los curanderos y médicos; las disposiciones gubernamentales y eclesiásticas que procuraron mantener el buen funcionamiento de la sociedad —marcha que los locos ensombrecían—. Asimismo, por un primer asomo de pensamiento médico-científico sobre las “enfermedades” que aquejaban la “mente” humana, representado por José Celestino Mutis “quien en su escrito *Sobre los hipocondriacos* (1773) defiende el origen médico de estas enfermedades mentales, sus causas específicas y psicológicas, acordes claro está con la medicina de la Ilustración” (Rosselli, 1968 [vol. 1], p. 126).

Sin embargo, debe anotarse que en los más de tres siglos de colonización, los modelos de representación social (tanto médicos como populares) que poseían los españoles sobre las “enfermedades mentales”, se impusieron a los esquemas

de los demás grupos étnicos neogranadinos subalternizados y terminaron objetivándose por dos vías: la primera, bajo la forma de valores morales e ideológicos impartidos a la sociedad de los principales centros de provincia del virreinato, pues la "locura" fue estigmatizada de manera negativa por la Iglesia católica y avallada a su vez por los mismos médicos, al considerársele un castigo providencial por todos aquellos abusos típicos de una vida licenciosa e inmoral; y la segunda, como una práctica de exclusión y de segregación legitimada por el Estado, el cual dispuso a los grupos de milicianos y a las reales fuerzas para que confinaran no solo a los dementes sino a todo mendigo, desvalido u ocioso en los diferentes hospicios, hospitales y cárceles.

La política de higienización ya se había cristalizado en Europa hacia finales del siglo XVIII, momento en el cual los centros metropolitanos del capitalismo mundial instauraron el nuevo régimen (democrático) y la sociedad burguesa ("sociedad de control"), y era evidente la obsesión por establecer un mundo libre de los humores pútridos y viciados, así como de los desórdenes que el pueblo pudiera protagonizar (Foucault, 1996). Era, pues, necesario controlar y segregar a las mentes "anómalas" que no se sometieran a la moral social, notablemente impregnada por la moral cristiana y cuyos guardianes inflexibles habían sido por varios siglos los tribunales inquisitoriales. Para este momento la medicina, íntimamente relacionada también con las concepciones religiosas, asumiría el papel de vigilar la moral social y de perpetuar la noción del "loco" como un sujeto "inmoral" o "licencioso" que debía ser encerrado (Szasz, 1974).

### *Periodo republicano*

En Colombia durante el periodo republicano, el internamiento apenas se vislumbró como una necesidad y más bien, la "locura" estuvo fuertemente ligada a la miseria, en cuanto a su tratamiento y valoración. Esa equiparación fue precisamente la que propició el planteamiento de la separación de la sociedad entre los habitantes perniciosos al "público bien" y los que le apostaban a la prosperidad del Estado y a la "pública felicidad". Con esta certidumbre, el internamiento se perfiló como una empresa y una institución, al ser percibida la locura como la consecuencia de una vida licenciosa e inmoral. José Félix Merizalde, una de las figuras médicas más representativas del siglo XIX, consideraba por ejemplo como causales de los desarreglos mentales los problemas de índole moral (sentimientos, vicios, pasiones) y ambiental (clima, sociedad, alimentación). Para este personaje, la aparición de un desorden nervioso era "la consecuencia de los excesos (alimenticios, alcohólicos, sexuales, pasionales), de [ahí] su severidad en condenar los vicios y en predicar la frugalidad y la higiene, ya que patología venía a confundirse, en su concepción, casi con inmoralidad y salud con virtud" (Rosselli, 1987, p. 151). El inconveniente de esta posición doctrinaria se hizo manifiesta en que, asociando a la "locura" con el vicio o el exceso, trajo consigo su condenación y censura social.

En ese contexto la terapéutica se inclinó por la coerción física y el encierro se convirtió en la práctica más difundida. No obstante, cierta especialización y especificidad del confinamiento solamente se vislumbrarían hasta finales del siglo XIX y principios del XX, con la creación de unos cuantos hospitales y el interés

de algunos médicos por la psiquiatría<sup>6</sup>. En otras palabras, ni siquiera la práctica del encierro constituyó una especialidad, sino que en sus inicios fue más bien un anexo de ciertas políticas de control y de organización social.

Como consecuencia de esa censura, los “locos” cayeron en el mismo saco que los enfermos contagiosos y en 1835, el gobernador de Cundinamarca decretó su aislamiento en los hospitales. Así, la “locura” y la “mendicidad” se convirtieron en un problema de sanidad y seguridad pública; lo que condujo irrevocablemente a que esta dupla de “indeseados” fuese presa “de acciones de policía para recluirllos y exiliarlos”, siendo el encierro la forma “más conveniente” de “separar de la sociedad a los que por sus enfermedades y minusvalías amenazaban la salud de sus vecinos” (Restrepo, 2002, p. 2).

Reflejo irrefutable de aquella concepción negativa de la locura en la época fue a su vez otro decreto promulgado en 1845, el cual ordenaba a las autoridades impedir que anduviesen “por las plazas, calles y caminos públicos, locos o personas furiosas; y que nadie tenga en los mismos lugares animales feroces, venenosos o dañinos” (Pombo, 1845, p. 77). La animalización del enfermo mental contemplado en este decreto muestra el grado de temor y de repulsión que despertaba en la sociedad en general, máxime cuando la misma disposición contemplaba que los locos fuesen conducidos de inmediato a los hospitales y establecimientos de caridad, mientras que sobre los animales apenas se lanzaba la vaga sugerencia de “tomar las precauciones necesarias”, en últimas, haciendo más extrema la peligrosidad del loco que la del animal.

En 1871 que se creó el Asilo de San Diego de Bogotá para indigentes, en donde progresivamente y ante la inexistencia de un establecimiento, se fueron acogiendo también a los dementes de la ciudad. Pero ante las precarias condiciones de hacinamiento e insalubridad, se construyeron algunas celdas para los enajenados mentales que iban ingresando, puesto que anteriormente eran mantenidos en “jaulas reducidas, oscuras i húmedas” (Barriga, 1871, p. 270). Aunque la Junta de Beneficencia del Estado Soberano de Cundinamarca tuvo la tentativa de construir un hospital para enfermos mentales, ésta no pudo llevarse a cabo hasta 1883 por las constantes necesidades económicas del Estado y por los obstáculos que impuso la guerra civil de 1880 (Restrepo y Vileikis, 2006). Para este momento también se fundó en Bogotá un establecimiento para mujeres denominado la Casa de Locas (1874), en donde las pacientes tuvieron igualmente que sufrir todo tipo de vejaciones físicas y mentales, como puede constatarse en los diferentes reportes consignados en la *Revista de la Beneficencia de Cundinamarca* para este periodo.

Más tarde, en 1874, en el *Tratado de nosología* del Hospital San Juan de Dios fundamentado en la nomenclatura médica del doctor escocés William Aitken, se estableció que las enfermedades humanas se clasificaban en dos grupos: las patologías que afectaban los sistemas generales del cuerpo como la “sífilis” o las “úlceras de la piel” y aquellas que incidían en ciertos órganos como las “lesiones”

6 Por el contrario, en Occidente durante el Renacimiento y, sobre todo, a partir de la Ilustración (con la aparición de las ciencias positivas), las enfermedades en general fueron ordenadas en familias, géneros y especies. Por ejemplo, la “nosología” de las “enfermedades” que se creía afectaban la mente de las personas era la siguiente: delirios, melancolias, manías, histerias e hipocondrías (Foucault, 1972, 1977).



o las "fracturas". Dentro de las enfermedades del primer grupo se encontraban tipificadas las del sistema nervioso como la "manía" y la "epilepsia" (Restrepo y Vileikis, 2006).

No obstante, debemos tener en cuenta que tras la imposición de los modelos occidentales de las "enfermedades mentales" en Colombia, los esquemas de representación del componente indígena y africano pervivieron no solo en las llamadas "zonas fronterizas" donde la presencia simbólica o material del Estado era ínfima o nula (Escalante, 1954; McFarlane, 1997; Tovar, 1992; Kuethe, 1993; Múnera, 1998), sino que ahora cobraban fuerza y sentido en la mente de la población mestiza ubicada en los principales centros administrativos del país. Los mestizos, ante la imposibilidad de acceder a un médico con formación académica de tipo occidental, optaron por recurrir a la medicina tradicional. Es decir que aparte de establecerse una dependencia mutua entre los distintos grupos étnicos nacionales respecto a las prácticas médicas sobre las "enfermedades mentales" o "males del alma" (Ramírez, 1996-1997, p. 173), se reorientaban o establecían nuevas rutinas sociales, que según Kaplan (1995), podría interpretarse como un esfuerzo de "prácticas consolidatorias" entre colonizadores y colonizados, que buscaron saldar definitivamente las contiendas existentes.

De este modo, durante el periodo republicano las diferentes terapéuticas folclóricas o tradicionales (indígenas, afrodescendientes y mestizas) demostraron su flexibilidad y permisividad en relación con los procesos de fusión e imbricación (Gutiérrez, 1985; Pinzón & Suárez, 1991). Una de las pruebas más palpables en este sentido fue la capacidad que tuvieron los curanderos teguas en Bogotá de adaptarse y acomodarse, a un medio, en ocasiones hostil y adverso a sus intereses, durante este periodo y el precedente. A comienzos del siglo XX, el curanderismo en la capital de la república tendió a fortalecerse a través de la figura de José Domingo Muñoz, campesino boyacense (natural de la vereda de Teguas) y curandero de profesión. Se sabe que él llegó a Bogotá a dedicarse al oficio y se hizo famoso ejerciéndolo, volviendo a rescatar la tradición del curanderismo. La gente lo llamó Tegua, palabra que se hizo pronto familiar en Bogotá y luego, en toda Colombia, para nombrar a los curanderos, que mantienen viva la medicina tradicional y por extensión a los que ejercían la medicina sin título (Huertas, 1995).

Sin embargo, la oposición entre "conocimiento científico" y "creencia popular" establecida por la esfera académica hacia finales del siglo XIX, la cual se mantuvo hasta el último tercio del siglo XX, coadyuvó a desvirtuar aún más las prácticas y las concepciones de la medicina tradicional, ponderando la una sobre la otra y de esta forma, se estableció toda una estructura de relaciones de poder. Así, el esquema biomédico y, posteriormente, el psiquiátrico terminaron imponiéndose respecto a los modelos existentes de representación social de las enfermedades en el mundo occidental u occidentalizado (Foucault, 1977, 1984; Good, 2003).

### *Arribo de la medicina psiquiátrica al país*

Colombia llegó a la era del exilio del alienado cuando la desacralización de la mendicidad arrastró a la "locura" a su irrevocable condena y así, pues, todo sujeto ocioso e incapaz de integrarse al sistema social, fue estigmatizado con la marca de

la represión y el castigo. El salto, si así se le puede llamar, que significó la creación de los primeros establecimientos manicomiales en nuestro país hacia el último cuarto del siglo XIX<sup>7</sup> y en América Latina a partir de la segunda mitad de la misma centuria<sup>8</sup>, no se tradujo en un mejoramiento súbito y sustancial de las condiciones materiales o psíquicas de la existencia de los “locos”.

La dinámica del internamiento de la locura en Colombia fue un remedo del proceso experimentado por Europa. Mientras allí el encierro se argumentó como la lucha contra “el imperio de la sinrazón” (Foucault, 1972, 1977); aquí se convirtió en una indiscriminada práctica de higiene social disfrazada de asistencia y filantropía (Rosselli, 1968 [vol. 1]).

Los médicos de la primera mitad del siglo XX, pese a que tenían claro el origen de muchas enfermedades y generalmente a éstas se les daban explicaciones científicas, también seguían siendo atribuidas a causas morales. De este modo, los médicos e higienistas emplearon el término de “enfermedades sociales” para referirse a un “conjunto amplio y no bien delimitado de síntomas y signos que afectaban el ‘cuerpo social’ cuyas consecuencias más evidentes eran la degeneración fisiológica y moral” (Noguera, 2003, p. 183). Entre las enfermedades que hacían parte de este grupo se encontraban: el alcoholismo, la prostitución, el chichismo, la criminalidad, la mendicidad, la epilepsia y la locura.

Asimismo, ciertos individuos o sectores de la población considerados como marginales —sobre todo en sociedades modernas o disciplinares como la europea—, que escaparon o escapan a los patrones establecidos (locos, vagabundos, pordioseros, mujeres solitarias, entre muchos otros), terminaron siendo excluidos o segregados socialmente. Ellos también pudieron convertirse en “chivos expiatorios” que sirvieran a su vez como válvulas de escape de las presiones sociales generadas por determinados conflictos (Foucault, 1996).

En Colombia este proceso fue más tortuoso y dilatado, pues a principios del siglo XX el encierro seguía formando parte de las políticas de asistencia social, más que ser una práctica clínica consciente (Rosselli, 1987). Por ejemplo, en 1913, una ley de la República ordenó a la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de la Universidad Nacional ensanchar su plan de estudios y crear la cátedra de medicina mental y nerviosa, junto a urología, ortopedia y cirugía infantil. Este hecho, aun cuando en la historia de la psiquiatría se considera un hito importantísimo, no

7 Para este periodo se fundaron los siguientes establecimientos en Bogotá: el Asilo de Locas (1874), el Asilo de San Diego para varones (1883) y el Hospital Neuropsiquiátrico (1968), sin contar las diversas clínicas privadas que abrieron sus puertas en la capital del país hacia la segunda mitad del siglo XX. Los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios fundaron a su vez las siguientes clínicas y hospitales mentales: Hospital San Rafael de Pasto (1932), Casa de Reposo de Chía (1935), Clínica del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Clínica de San Juan de Dios en Manizales (1953), Clínica de la Paz en Bogotá (1956), Clínica de la Inmaculada en Bogotá (1957), Residencias el Sagrado Corazón en Medellín (1960) y Residencias de San Juan de Dios en La Ceja (1963). En las demás capitales de departamento se produjeron otras fundaciones: Manicomio de Varones de Barranquilla (1933), Hospital Mental Rudesindo Soto de Cúcuta (1943), Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Hospital Psiquiátrico San Isidro en Cali (1944), Clínica los Ángeles en Medellín (1951), Clínica del Atlántico en Barranquilla (1952) y Hospital Mental de Antioquia (1958).

8 A partir de esta fecha se percibe una proliferación de fundaciones de hospitales mentales en toda Latinoamérica, entre los que se cuentan: el Manicomio de Rio de Janeiro: 1852, La Casa de Orestes, Santiago de Chile (1852), el Hospital de Lima (1863), el Manicomio Nacional de Uruguay (1880) y el Asilo de Quito (1887) (Rosselli, 1968).

tuvo un impacto y una resonancia inmediata, pues la introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de la psiquiatría se pospondría hasta 1950 (Rosselli, 1968, [vol. 1]).

El discurso de los primeros estudios psiquiátricos estuvo fuertemente imbuido por las ideas de degeneración de la raza. Asimismo, cierto determinismo ambiental y una retórica moral frente al alcoholismo y el chichismo marcaron la pauta de su desarrollo. Hacia mediados del siglo XX, todo este proceso se aunó a la creación de institutos públicos y privados especializados en el tratamiento de la "locura" en Colombia y, en general, en toda Latinoamérica. Empero, los avances médico-psiquiátricos del mundo occidental y occidentalizado no consiguieron superar la "inveterada" connotación esencialmente negativa de la locura para este momento y el sistema de higiene mental, más que curar, estilizó y diversificó los mecanismos de anulación de los "locos", eludiendo de esta forma el costo económico que supondría la rehabilitación cierta y efectiva de los enfermos (Herrera y Martínez, 1981; Foucault, 1984).

Así, empezaron a llegar a Colombia los nuevos métodos psiquiátricos como los famosos choques eléctricos, las lobotomías, los comas insulínicos o con cardiazol. Todos estos tratamientos arrojaban resultados cuestionables, al dejar a los pacientes en estados lamentables de salud física y mental, amparados en la premisa de entender el complejo funcionamiento del cerebro humano y curar sus disfunciones.

Una de las figuras médicas destacadas de este periodo fue el doctor Julio Manrique, quien trató por primera vez en Colombia a algunos pacientes sicóticos con insulina. A su vez, fue una influencia para la investigación del doctor Agustín Pastor, *Tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico* (1937) y, en compañía del doctor Luis Jaime Sánchez, publicó un par de años más tarde *Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia* (1939). El doctor Julio Asaud fue la persona que introdujo al país el primer aparato de electrochoques en el año de 1942, e igualmente, uno de los pioneros en la práctica de lobotomías prefrontales para el tratamiento de psicosis en el país.

Pero fue bajo la dirección del doctor Edmundo Rico que se formó la primera generación de médicos psiquiatras del país, entre los que se cuenta el propio Humberto Rosselli. El doctor Rico estudió el pregrado en la Universidad Nacional de Colombia y se especializó en clínica médica y neuropsiquiatría en París. Fue director del Asilo de Locas entre 1943 y 1948, lapso durante el cual implementó los servicios de: 1) consulta externa, 2) rayos X, 3) sifilografía, 4) electroencefalografía, 5) endocrinología, 6) electrochoque, 7) neurocirugía y 8) laborterapia. En aquel entonces, el doctor Salvatore P. Lucia (profesor de medicina de la escuela de la Universidad de California) visitó los asilos de Bogotá y Medellín, experiencia sobre la cual escribió un informe; en el cual resaltaba la labor del doctor Rico y sus discípulos en el caso del Asilo para mujeres de Bogotá. En contraste, Lucia llamó la atención sobre la deficiencia material de los hospitales, y en general, sobre el atraso de la psiquiatría en Colombia (Rosselli, 1968 [vol. 2]).

*Imagen 1:  
Patio Santa  
Ana. Hospital  
Neuropsiquiá-  
trico de Bogotá  
(1963)*

Fuente: En:  
Rosselli, H.  
(1968). Historia  
de la psiquiatría  
en Colombia.  
Bogotá: Edito-  
rial Horizontes,  
p. 474.



En el plano estrictamente jurídico encontramos que hacia la primera mitad del siglo XX en Colombia, las disposiciones sobre los enfermos mentales “criminales” no solo siguieron siendo de carácter punitivo, sino que eran ambiguas, en particular en lo que respectaba al tiempo de reclusión. Así, en el Código Penal de 1936 se estipuló que una de las “medidas de seguridad” para los “alienados” que cometieran delitos, fuese “la reclusión en un manicomio criminal o en una colonia agrícola especial” (Código Penal Colombiano, 1936- 1942, p. 69).

En relación con la “reclusión” se estipulaba (en el capítulo II, art. 64) que ésta

Subsistirá hasta que el enfermo o intoxicado deje de ser un peligro para la sociedad, pero en ningún caso podrá ser menos de dos años en el manicomio criminal, ni de un año en la colonia agrícola especial. Dicha reclusión no podrá cesar sino condicionalmente en virtud de decisión judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos, que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo vuelva a causar daño (Código Penal Colombiano, 1936- 1942, p. 69).

En síntesis, se estableció el tiempo mínimo de reclusión de un enfermo mental (de 1 a 2 años) en dichos establecimientos, pero el de salida era indeterminado o incierto. Además, la decisión de que saliera el “alienado criminal” recaía en primera instancia en las manos del perito (un psiquiatra). Si la decisión se encontraba mediada por el dictamen de este profesional, es indiscutible también que pudiera llegar a obrar en ciertas ocasiones de manera subjetiva (como cualquier ser humano) en dicha determinación. Tampoco se contempló un tratamiento para los enfermos mentales criminales diferente del encierro y el trabajo. La “rehabilitación” (aunque no aparece esta palabra en el código) consistió en que el enfermo no causara “peligro” o no volviera a “causar daño”.

La situación jurídica y penal del enfermo mental en el plano regional o local no fue mejor. Por ejemplo, el Código de Policía de Boyacá de 1937 (y las ordenanzas número 32 de 1946 y 30 de 1963), contempló en su artículo 89 que los "alienados criminales" debían ser recluidos "en un manicomio hasta que el enfermo deje de ser un peligro para la sociedad, previo dictamen de peritos médicos" (1963, p. 21). Pero no solo fue la ambigüedad del tiempo de reclusión de los enfermos mentales que "hubieren cometidos contravenciones", sino la exclusión social que se impuso a los "enajenados mentales" en general (no criminales): "Artículo 366. El que sin licencia del respectivo alcalde reciba para su custodia o curación personas que se encuentren en estado de enajenación mental, incurre en una multa de diez a cien pesos (\$ 10.00 a \$ 100.00)" (1963, p. 73). Para este efecto disponía la ley los manicomios y las casas de salud.

El sistema jurídico colombiano apoyado por la ciencia médica (la psiquiatría y la psicología) fue adoptando conceptos como los de "locos furiosos", pasando por los de "alienado criminal" o "sujetos exentos de responsabilidad penal", hasta acoger el de "inimputabilidad". Este último concepto aparece, por ejemplo, en el Código Penal Colombiano de 1980, el cual permitió discriminar entre las personas que no tuvieran "la capacidad de comprender su ilicitud [de un hecho punible] o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental (C.P.P., 608)". En el caso de los enfermos mentales que hubiesen incurrido en algún delito también se hizo la distinción entre las supuestas y las reales patologías mentales que pudieran padecer (trastorno mental preordenado, trastorno mental transitorio y permanente).

Sin embargo, al

Inimputable por enfermedad mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda. Esta medida tendrá un mínimo de 2 (dos) años de duración y un máximo indeterminado. Se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica (C.P.P., 617) (Código Penal Colombiano, 1980-1987, p. 24).

Como puede apreciarse, la ambigüedad respecto al tiempo de internación del enfermo se mantuvo de forma literal ("indeterminado") y el dictamen de recuperación quedó sujeto al criterio del establecimiento psiquiátrico.

La gradual adopción del concepto de inimputabilidad en la legislación colombiana supuso un cambio sustancial en el trato penal de los enfermos mentales acusados de cometer algún delito, que trajo consigo también un cambio en la concepción social sobre esta población (Rojas, 2004). De este modo, el Código Penal colombiano del año 2000, en consonancia con la Carta Política del 1991, incorporó al concepto de inimputabilidad el componente de "diversidad socio-cultural" y se mantuvieron los de "inmadurez psicológica" y "trastorno mental". También el tiempo de internamiento de las personas con "trastorno mental permanente" que incurrieron en un hecho punible dejó de ser ambiguo y se incluyó un tratamiento médico acorde a las necesidades de cada paciente:

ARTÍCULO 70. INTERNACIÓN PARA INIMPUTABLE POR TRASTORNO MENTAL PERMANENTE. Al inimputable por trastorno mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera.

Esta medida tendrá un máximo de duración de veinte (20) años y el mínimo aplicable dependerá de las necesidades de tratamiento en cada caso concreto. Cuando se establezca que la persona se encuentra mentalmente rehabilitada cesará la medida.

Habrá lugar a la suspensión condicional de la medida cuando se establezca que la persona se encuentra en condiciones de adaptarse al medio social en donde se desenvolverá su vida. Igualmente procederá la suspensión cuando la persona sea susceptible de ser tratada ambulatoriamente.

En ningún caso el término señalado para el cumplimiento de la medida podrá exceder el máximo fijado para la pena privativa de la libertad del respectivo delito (Código Penal Colombiano, 2000, p. 21).

Cabe anotar que el cambio de la situación jurídica del “enfermo mental” (y en general con las personas inimputables) producido en los últimos 20 años en Colombia, no solo estuvo inspirado por la ciencia médica o el derecho (nacional e internacional), sino también por los aportes efectuados en las ciencias sociales, al abogar por un trato más humano e incluyente del enfermo mental criminal y no criminal, como se verá a continuación.