

Análisis de dos Estudios sobre el Encierro de la Locura desde el Siglo XV hasta Nuestros Días:

Paralelo del Fenómeno Europeo, Según Michael Foucault, y colombiano, según Humberto

Rosselli. Vestigios en la Psiquiatría del Siglo XXI

Johana Patricia Mogollón Díaz

Trabajo de Grado presentado para optar el título de Magister en Filosofía

Director:

Jorge Francisco Maldonado Serrano

Doctorado en Problemas del Pensar Filosófico

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Filosofía

Maestría en Filosofía

Bucaramanga

2021

A ellos...

**"Lo que nos parece hoy maravillosamente abigarrado, profundo, lleno de sentido, se debe a
que una multitud de errores y de fantasmas lo han hecho nacer y lo habitan todavía en
secreto"**

Michael Foucault

Contenido

	Pág.
Introducción.....	7
 1. Psiquiatría en Colombia: Humberto Roseelli	 10
1.1 Análisis de la Temporalidad	13
1.2 Análisis de los Actores	14
2. Historia de la Locura en la Época Clásica: Michael Foucault.....	22
2.1 A Quién se Encierra: al Loco	24
2.1.1 Primera Idea.....	25
2.1.2 Segunda Idea	25
2.1.3 Tercera Idea	26
2.1.4 Cuarta Idea.....	27
2.2 Dónde se Encierra: en el Manicomio	27
2.3 ¿Quién Encierra? El Estado, La Iglesia, El Psiquiatra	28
3. El Discurso del Encierro en la Psiquiatría a Partir de la Segunda Mitad del Siglo XX	31
3.1 Primer Momento arqueológico: Discurso del Encierro en la Psiquiatría	33
3.1.1 Qué se encierra	37
3.1.2 Quién encierra	38
3.1.3 Cómo se encierra	40
3.1.4 Dónde se encierra	41
3.2 Segundo Momento.....	42

3.2.1 Regímenes de Poder	42
3.2.2 Dispositivos de Poder	45
3.2.2.1 Relacionados directamente con el paciente	45
3.2.2.1.1 Operativización del hospital mental.	45
3.2.2.1.2 Dispositivos que involucran la intervención directa sobre el cuerpo del paciente.	49
3.2.2.2 Involucrados con el médico	54
3.2.2.2.1 Reglamentación de la participación de personal en fase de formación.	54
3.2.2.2.2 Jerarquización de los prestadores de servicios de salud.	54
3.2.2.2.3 Protocolo para la formulación.	54
3.2.2.2.4 Protocolo de habilitación de los prestadores de servicios de salud.	55
3.2.2.2.5 Participación como testigos o peritos de sistema judicial.	56
4. Conclusiones	58
Referencias Bibliográficas	60

Resumen

Título: Análisis de dos estudios sobre el encierro de la locura desde el siglo xv hasta nuestros días: paralelo del fenómeno europeo, según Michael Foucault, y colombiano, según Humberto Rosselli. vestigios en la psiquiatría del siglo XXI*

Autor: Johana Patricia Mogollón Díaz**

Palabras claves: Locura, Encierro, Enfermedad mental, biopolítica, Foucault, Humberto Rosselli

Descripción: El presente trabajo se constituye en un análisis histórico y filosófico del encierro, tanto en Europa como en América. Toma como referencia el trabajo de Foucault, a partir de su texto *Historia de la Locura en la Época Clásica*, y del trabajo del psiquiatra Humberto Rosselli, en su libro *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Se analiza el encierro como método de control social utilizado por la medicina desde el siglo diecisiete hasta hoy. Se explora la transformación del encierro a través de los nuevos mecanismos de control que despliega la psiquiatría, los cuales ya no están exclusivamente dirigidos a la movilizad del cuerpo del paciente, sino que, se extienden a otros órganos y sistemas del cuerpo humano. Adicionalmente, se desarrolla el argumento que en la actualidad existen nuevos actores sobre los cuales se ejerce el encierro. En este sentido, es el médico, un nuevo depositario del ejercicio del poder que el estado impone a través de las cambiantes dinámicas de regulación del ejercicio médico. Así en una línea sutil, el encierro extiende sus linderos, con nuevas figuras, actores y opresores, como parte de microfísica del poder que implica el ejercicio de la medicina y el abordaje de la enfermedad mental.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Filosofía. Maestría en Filosofía. Director: Jorge Francisco Maldonado Serrano. Doctorado en Problemas del Pensar Filosófico.

Abstract

Title: Analysis of two studies on the closure of madness from the 15th century to the present day: parallel to the European phenomenon, according to Michael Foucault, and Colombian, according to Humberto Rosselli. vestiges in 21st century psychiatry*

Author: Johana Patricia Mogollón Díaz**

Keywords: Insanity, Madness, Confinement, Mental illness, biopolitics, Foucault, Humberto Rosselli

Description: The present work constitutes a historical and philosophical analysis of the confinement, both in Europe and in America. It takes as a reference the work of Foucault, based on his text, History of Insanity in the Classical Age and the work of the psychiatrist Humberto Rosselli, in his book History of Psychiatry in Colombia. The confinement is analyzed as a method of social control used by medicine from the seventeenth century to today. The transformation of confinement is explored through the new control mechanisms deployed by psychiatry, which are no longer exclusively directed at the mobility of the patient's body, but are extended to other organs and systems of the human body. Additionally, the argument is developed that at present there are new actors on whom the confinement is exercised. In this sense, he is the doctor, a new depository of the exercise of power that the state imposes through the changing dynamics of regulation of medical practice. Thus, in a subtle line, the confinement extends its boundaries, with new figures, actors and oppressors, as part of the microphysics of power implied by the practice of medicine and the approach to mental illness.

* Bachelor Thesis

** Faculty of Human Sciences. School of Philosophy. Master of Philosophy. Director: Jorge Francisco Maldonado Serrano. Doctorate in Problems of Philosophical Thinking.

Introducción

El presente trabajo se ocupa del trato que ha recibido la locura, en cuanto al encierro, desde dos campos del conocimiento, la filosofía con Foucault (Foucault, 1993) y la psiquiatría con Rosselli (Rosselli, 1868). En este sentido, se propone realizar un estudio que tome como referencia la historia de la locura, donde el filósofo explora el proceso que se lleva al reconocer en un individuo la condición de loco y cómo el encierro ejerció un aparente correctivo. Por su parte, el psiquiatra Roselli aborda lo atinente a la historia de la locura y el desarrollo de la psiquiatría en Colombia.

Con base en lo expuesto surge el interés de analizar las posturas académicas de estos autores, centrada la atención en sus reflexiones y aportes y tomada en cuenta la postura del filósofo frente al encierro, y la del psiquiatra, como agente del proceso de recuperación del individuo alienado.

Así, desde la arqueología filosófica del encierro que se observa en Foucault, se puede relacionar la forma en cómo el psiquiatra Rosselli describe dichas prácticas en el argot colombiano de la psiquiatría.

Por otro lado, y sin menor importancia, esta investigación tiene como propósito establecer las diferencias y coincidencias presentes en los autores a través de la historia de la psiquiatría europea y colombiana a partir de los principios filosóficos foucaultianos y su crítica a la psiquiatría.

Respecto a esto último, lo que el Dr. Humberto Rosselli afirma, sobre la historia de la psiquiatría en Colombia (Rosselli, 1868) hasta mediados del siglo XX, repite o refleja especularmente la historia de la psiquiatría europea, tal como Foucault la presenta en su texto

Historia de la locura en la época clásica (Foucault M. , 1964), en sus momentos centrales. Razón por la que se puede realizar una división cronológica del discurso de Rosselli con el desarrollo de los siguientes temas: el devenir de la locura, el encierro como tratamiento único y la aparición del médico psiquiatra en medio del escenario.

Al basar la revisión de modo paralelo de las dos obras, sin perder el contexto y el rol social de los autores, se permite entender, la evolución histórica del alienado tal y como sucedió en Colombia. En Foucault, desde el análisis histórico, se evidenció que el encierro fue el principal método para separar la enfermedad mental, pone de manifiesto que se encerró primero al leproso, luego al sifilítico y posteriormente al loco. De alguna forma en Colombia se utilizaron estas mismas medidas, en tanto que, el encierro fue el mecanismo de separación de la enfermedad, en una época donde no existían tratamientos farmacológicos para contener la locura (Lieberman, 2015) .

De esta manera, mientras que (Rosselli, 1868), describe los hechos o eventos de la psiquiatría en Colombia, Foucault aporta una crítica arqueológica a la psiquiatría en Europa. Bajo esta perspectiva, ambos contextos son sujetos de exploración. Es posible pensar, desde la crítica foucaultiana, una crítica a la psiquiatría en Colombia.

Para poder sostener esta idea, se debe primero explicar por qué, frente a Foucault, el trabajo de Rosselli resulta relevante; segundo, distinguir ambos tipos de acercamiento, y tercero, mostrar que, a pesar de las diferencias entre ambos autores, las similitudes nos permiten justificar la aplicación de la crítica que Foucault hace a la psiquiatría europea, al proceso histórico de la psiquiatría en Colombia.

Para hacer comprensible esta propuesta, el trabajo está estructurado en capítulos. En el primero se hará una reconstrucción sintética de la obra de Humberto Rosselli sobre la historia de

la psiquiatría en Colombia, donde se hace alusión al análisis de la temporalidad, de los actores y del médico. En un segundo capítulo se abordará lo atinente a la historia de la locura en la época clásica desde la mirada de Michel Foucault. En él se responderán las preguntas: ¿Quién se encierra? ¿Dónde se encierra? y ¿Quién encierra? con base en los planteamientos foucaultianos.

En el tercer y último capítulo se tratará el tema sobre el discurso del encierro en la psiquiatría a partir de la segunda mitad del siglo XX, soportado teóricamente sobre los aportes de Foucault. Es significativo que aquí se destacan dos momentos. Un primer momento relativo a la voluntad de verdad y a la voluntad de saber en el discurso del encierro en la psiquiatría (Foucault, M., 2015) En el segundo momento se expondrá lo concerniente a los regímenes de poder y dispositivos de poder.

Posteriormente se formulará una línea de discusión sobre las nuevas formas del encierro en la psiquiatría que exceden al paciente como sujeto, y se traslada ahora el escenario del ejercicio del médico psiquiatría.

1. Psiquiatría en Colombia: Humberto Roseelli

Antes de entrar de lleno en el contenido de este capítulo se aclara que, a pesar de estar centrado en la obra de Humberto Rosselli, se irán intercalando, paralelamente, aportes y comentarios referidos a la teoría de Michel Foucault. De esta manera se da más fluidez al análisis comparativo de ambos autores, propósito general de esta investigación. (Rosselli, 1868)

La obra de Rosselli es el punto de partida para realizar una aproximación al ejercicio de la psiquiatría en Colombia, puesto que es el único trabajo que da cuenta de manera sistemática de la evolución de la psiquiatría en nuestro país. Sin embargo, requerimos de un aparato crítico como el de Foucault, para interpretar a la psiquiatría en Colombia, pues, para entender la evolución histórica del alienado en los diferentes contextos sociales, europeo y americano, la historia de la psiquiatría nos permite rastrear los aspectos sociales que ocultan los problemas y fenómenos psicológicos más profundos como el poder, el control y el castigo que hace parte de la línea de pensamiento desarrollada por Foucault. (Rosselli, 1868)

Ciertamente, (Rosselli, 1868) es el primer psiquiatra que publica una historia completa de la enfermedad mental y su devenir en Colombia. Su obra *Historia de la Psiquiatría en Colombia*, en ochocientas cincuenta y seis páginas describe lo que hasta finales del siglo XX fue la historia de los acontecimientos más importantes en el desarrollo del ejercicio de la psiquiatría en Colombia. En sus quince capítulos, recorre seis temas, a saber: la revisión de la medicina indígena y la psiquiatría popular, los aspectos médicos psicológicos de la inquisición en Cartagena de Indias, (donde recopila episodios y aspectos anecdóticos de personajes de la independencia), la exploración de las características principales de la psiquiatría en la primera mitad del siglo XIX,

los avances o profundización de la psiquiatría y su incursión en el derecho y la aparición de la medicina legal. Asimismo, hace alusión al nacimiento de los manicomios, la relación entre literatura y psiquiatría a través de algunos autores; aspectos relevantes a la hora de realizar un proceso reflexivo sobre el ejercicio del poder del médico psiquiatra. Todos los tópicos abordados por Rosselli cobran valor en la medida en que es el único autor conocido que, de manera sistemática, relata los hechos significativos de la psiquiatría en Colombia, secundado y aprobado por el gremio de psiquiatras colombianos, lo cual confirma la veracidad de los hechos descritos en su obra.

El paralelismo entre la obra de Rosselli y la de Foucault se da en dos aspectos fundamentales: el primero, la coincidencia de eventos tratados en relación al encierro, y el segundo, la contemporaneidad del trabajo investigativo por ambos autores. Conviene subrayar respecto a las coincidencias por lo menos tres asuntos importantes: primero, ambos autores describen el papel histórico y social de la figura del “loco” a partir del siglo XV hasta mediados del siglo XX; segundo, ambos señalan que la asistencia inicial de los alienados estuvo a cargo de las instituciones jurídicas y no médicas, y tercero, que la figura del psiquiatra surgió de manera progresiva como una línea imaginaria de límites borrosos entre la medicina y el derecho.

Ahora se comprende por qué es relevante el hecho de que sus trabajos coinciden en la misma época y aborden el problema de la locura, como tema preponderante a tratar a mediados del siglo XX. Adviértase, en efecto, que no se puede argumentar que la visión que Rosselli tiene acerca de la psiquiatría esté influenciada por el trabajo de Foucault por la contemporaneidad de los trabajos. Aunque Rosselli en la publicación de su obra es claro que no hace referencia al filósofo francés, de todos modos, el trabajo de Foucault llega a ser conocido en Colombia solo hacia finales de la década del setenta. Así pues, el trabajo de Rosselli es el equivalente académico

al de Foucault, ausente, no obstante, del análisis crítico que este último hace respecto a la evolución de la locura a lo largo del renacimiento, de la época clásica y de la moderna. Añádase a esto que, en la obra de Foucault, está presente un tema fundamental, sobre el ejercicio del poder a través de mecanismos discursivos y no discursivos, donde el encierro, como un esbozo del panóptico, se plantea a modo de metáfora en cuanto al funcionamiento del control social, que se filtra en la mayoría de las instituciones sociales y de las cuales el hospital no logra escapar.

Aunque no podemos desconocer los artículos sobre la psiquiatría en Colombia, ni los textos que consideramos epistemológicos sobre la especialidad médica en nuestro país, realmente no hay un trabajo equiparable sobre la historia de la psiquiatría en Colombia como el de Rosselli. Por ello es significativo, que una comprensión global del proceso de lo que es la práctica psiquiátrica en Colombia en lo que respecta al “loco”, a las instituciones no médicas que lo tratan y a la figura del psiquiatra, sólo se encuentra en la obra de Rosselli.

La línea fundamental que trazan ambas obras es el encierro. Nótese que, para Foucault es un eje fundamental de su trabajo, visto como mecanismo de control social. En este sentido la idea del autor al respecto establece que el deterioro de la función mental está en una relación proporcional con las características de hacinamiento, el ambiente insalubre, la privación de la interacción social y el maltrato físico que caracterizó a los manicomios de la época clásica. En contraposición, la mirada de Rosselli de formación psiquiátrica deja ver al encierro como la alternativa justificable, en tanto que, se convierte en el método de tratamiento médico único en las épocas donde no existían opciones farmacológicas para regular la violencia contenida en la manía o la psicosis de los pacientes.

Entre los dos autores en cuestión hay discrepancias importantes. La primera diferencia que se da entre los trabajos de Rosselli y Foucault consiste en que, si bien tratan de eventos similares,

el primero relata cronológicamente lo que sucedió en la psiquiatría colombiana, mientras que el segundo analiza críticamente lo acontecido en la psiquiatría europea, principalmente en la francesa y, por ende, su cronología está sujeta a esta crítica. Veamos tres ejemplos de las diferencias planteadas: la temporalidad en la descripción de los hechos narrados, los actores que aparecen en escenario de la locura y el médico como parte del escenario. A este último le dedicaremos algunas líneas adicionales, dada la transición de su papel en medio de la historia de la locura y la medicina.

1.1 Análisis de la Temporalidad

Apréciase la temporalidad, la cual es fundamental para entender el presente trabajo, dado el carácter histórico de ambas obras. Rosselli describe las características de la medicina indígena en cuanto al abordaje de los problemas mentales. Luego, tras el descubrimiento de América, surge en la colonia la concepción no médico científica de la locura. A diferencia de Foucault, Rosselli aporta algunos datos del encierro en España, muy significativos en nuestro análisis, debido a la relación de la Nueva Granada, como colonia española con el país europeo. Allí se muestra a la iglesia en su papel protagónico en el abordaje de la enfermedad mental, se describe el primer manicomio en España que se creó en Valencia en 1407 por el Padre Mercedario Juan Gilabert Joffre. Ciento sesenta años después, en el nuevo mundo, el primer hospital mental se fundó en México en 1567 por parte de la orden religiosa de San Hipólito. En Colombia, el hospital General de San Juan de Dios, de Bogotá, inició sus actividades en 1564. Treinta y dos años después, en 1596, llegaron al país los religiosos hospitalarios de San Juan de Dios y 195 años después, en 1759, se amplían las instalaciones para crear el primer servicio de enajenados.

En Foucault el orden cronológico dista de ser sencillo de establecer, puesto que avanza y retrocede en una mezcla de datos históricos y su propio análisis sobre el papel de la locura y el abordaje del alineado en cada época. Sin embargo, es claro que recorre la locura desde el renacimiento, que inicia en el siglo XV con el descubrimiento de América en 1492, para después desglosar los eventos de la época clásica desde finales del siglo XVI hasta el siglo XVIII. (Foucault M. , 1964)

1.2 Análisis de los Actores

Podemos imaginar la historia de la locura como una obra de teatro, donde el escenario es el tiempo cronológico que transcurre en medio de los territorios, y el guion, es la locura misma, con todas sus formas y manifestaciones. Los actores, sin duda, interpretan un papel que la historia les impone. Algunos de ellos son el Estado, la iglesia, el médico y el enfermo. Es interesante ver cómo los dos primeros, son instituciones sociales, dinámicas, poseedoras de un gran poder que se usó sobre la locura, usaron el encierro como un método de control social. Los dos últimos actores, de modo individual, lidian de cerca con la locura: uno como depositario de esta y el otro como el guardián del loco, quien se ve envuelto en las intrigas que los primeros dos personajes traman.

En el caso del Estado, su participación es evidente a lo largo de toda Europa, así como en las diferentes colonias de América. El inicio formal del confinamiento surgió en Francia a partir 1656, cuando se dicta la reorganización del hospital general. Instituciones como La Salpêtrière y La Bicêtre, de París, se transforman al servicio del Estado. En ellas, se encerró a líderes políticos, individuos con ideas revolucionarias, visionarios o todo aquel que decidiera pensar diferente a la línea política del momento; se impone el concepto de normalidad en estas instituciones como

método clasificatorio. En Colombia, el fenómeno del control del Estado se observó en el poder que la corona española le otorgó a la Iglesia al instaurar en Cartagena de Indias el Tribunal del Santo Oficio, que inició en 1610 y en cuyo ejercicio de funciones aparece la clasificación de la conducta herética, a través de prácticas persuasivas que incluían el impartimiento del dolor físico y el adoctrinamiento, entre otras formas de persuasión. En este punto podemos considerar aquella como una de las primeras prácticas de la biopolítica en América.

En la obra de Foucault, *La historia de la locura en la época clásica*, no se menciona la palabra *biopolítica*, dicho concepto se desarrolló en su crítica de modo progresivo, explicitado en *Historia de la sexualidad* (Foucault M. , 1987). Así mismo, Rosselli no lo menciona, como tampoco se percata de los mecanismos discursivos del poder que ejerce la psiquiatría.¹

Al reanudar el análisis del encierro, obsérvese que una gran proporción de la población acusada de algún tipo de herejía, concierne a personas con algún tipo de afección neurológica o psiquiátrica. En estos casos la cura consistía en dos alternativas. En la primera se le sugiere al hereje el arrepentimiento de su conducta desviada y del pensamiento que le antecede; en este caso, el sacrificio del cuerpo es el método para salvar el alma perdida del sacrílego. Este ejemplo, sirve para comprender, la incursión del Estado, tanto en Europa como en América, en donde las políticas públicas se dirigían a proteger a la población civil de las potenciales acciones dañinas de los alienados. Rosselli menciona la recopilación de leyes de 1844 de la Nueva Granada respecto al manejo de los locos: “deben los empleados de policía impedir, que anden por las plazas, calles y caminos, locos o personas furiosas. También impedirán que nadie tenga en los mismos lugares, animales feroces, venenosos o dañinos” (Rosselli, 1868, pág. 103). Esto evidencia el contenido filosófico, biopolítico si se quiere, tras la norma. Devela un sistema de clasificación de la

¹ El concepto de biopolítica abre tres campos que permiten entender la forma como la medicina forjó la sociedad moderna. Se trata de los ejes biopolítica-medicina, biopolítica racismo y biopolítica-gubernamentalidad.

población que se divide entre el derecho adquirido para permanecer en interacción con la sociedad, además de poner el límite entre la animalidad y la humanidad y el futuro destino del diferente: el manicomio.

Se ha pretendido mostrar que la iglesia en Colombia, como en otras regiones de Sudamérica, jugó un papel protagónico, al dedicarse históricamente, al cuidado físico y espiritual de los más desvalidos, que por múltiples razones de índole psicosocial están confinados a sus instituciones religiosas y atendidas por cada orden. Sin embargo, la participación de la Iglesia en el nuevo continente tuvo una relación, principal en relación con la extensión de la doctrina de la fe cristiana entre la población indígena local. Para tal fin, se buscó anular las creencias de los nativos, al imponer de modo paulatino un nuevo paradigma acerca del mundo; fenómeno que podríamos entender como un retroceso de las culturas autóctonas del territorio americano.

Este periodo bien definido podría llamarse la “Edad Media en América”, refiriéndose al bloqueo del libre conocimiento y la expresión de las ideas por parte de los aborígenes de acuerdo con sus conocimientos milenarios. En muchas culturas indígenas, incluyendo las americanas, lo que hoy llamaríamos enfermedad mental, locura, o en neurología epilepsia², consistía, de algún modo, en el estigma o la señal que poseía el chamán, por alguna razón por ellos desconocida pero comprendida para nosotros a la luz del estudio de las ondas cerebrales a través del electroencefalograma. Compréndase que la mayoría de los chamanes actuales, y seguramente del pasado, presentaban algún grado de funcionamiento diferente en la actividad eléctrica del cerebro. La medicina con el tiempo clasificó dicho funcionamiento como patológico, pero en las culturas indígenas este fenotipo conductual fue el que les permitió conectarse con sus divinidades y era parte de la conducta esperada del chamán. Todos los aspectos de la praxis de la medicina indígena

² La epilepsia corresponde a un trastorno de la actividad eléctrica excesiva, de un grupo de neuronas hiperexcitables. En ella se presentan síntomas motores, como afectivos, conductuales, e incluso de la sensoripercepción. Los fenómenos alucinatorios están en relación con la epilepsia del lóbulo temporal. Muchos de los chamanes y curanderos, a quienes se les atribuyen poderes, corresponden a paciente diagnosticados con esta patología.

desde entonces emprenden la huida de los sistemas clasificatorios de la iglesia y el Estado, quienes, en el avance de su adoctrinamiento y establecimiento de las nuevas creencias, limitan la cosmovisión indígena al campo del pecado y la herejía con sus correspondientes implicaciones legales.

El tercer personaje que aparece en el teatro de la locura es el médico. Se retoma ahora el análisis de Rosselli, médico de formación, quién redacta su libro histórico con la presunción de inocencia del personaje, pues lo cuenta desde la mirada esperada del médico que, a lo largo de cientos de años, navega en el mar de la locura del lado “correcto”, del “sano”. (Rosselli, 1868)

Recuérdese ahora que, para Foucault, el médico y la medicina fueron su objeto de estudio, al menos en la fase inicial de su trabajo. A modo especular seguramente, surgió una transferencia negativa con la profesión como médico de su padre; además de la represión que experimentaba en relación con su orientación sexual y el resultante rechazo a los sistemas de clasificación y exclusión del momento (Conforti, 2017). Algunos autores lo observan como juez, como crítico asiduo de la medicina, sin embargo, existe una suave línea en la que Foucault describe al médico como víctima del sistema y como cautivo del encierro, de un encierro no físico, que en el capítulo tres será tema de profundización.

Algo más hay que añadir, el discurso médico hace parte de la modernidad, de la voluntad de saber y de verdad validada por diferentes áreas del conocimiento; subyace en dicho discurso médico, en concepto de las tecnologías del yo (Foucault, M., 2013), enunciadas por Foucault, derivado de este asunto, es necesaria y urgente una mirada más profunda³. (Mesa, 2015)

En el ejercicio de su sapiencia, el médico asume el cuidado del cuerpo. Sin embargo, en la época clásica, el terreno de la locura está dirigido por el Estado y la iglesia. En este escenario, el

³ A este respecto es interesante lo escrito por Mesa donde describe el discurso que se integra a un conjunto de instituciones, donde las sociedades modernas lo toman, así como también los estrados políticos que se usufructúan de las racionalidades médicas para forjar un orden moral específico.

galeno es invitado a participar, como auxiliar de la justicia. En el caso de Francia, específicamente, debido al sobrecupo en las instituciones de confinamiento se genera la necesidad de tratar a las enfermedades físicas que emergen como producto de las precarias condiciones de salubridad; y dado que en plena revolución muchos simulaban cuadros de alteraciones mentales para ingresar al hospital general y preservar su vida tras las rejas, el médico aparece, como perito inevitable del límite entre la razón y la sinrazón. Equipado escasamente con los conocimientos teórico-científicos de la época, esposado al concepto cartesiano de la dualidad mente-cuerpo (Descartes, 1981), es investido de una capacidad que aún en nuestros días es compleja determinar, pues tan complejo es el concepto de la razón que no bastan los tres tomos desarrollados por Immanuel Kant para llegar a una verdad concluyente. En este sentido, revisar la obra *El nacimiento de la clínica* de Foucault, ampliará para el lector el panorama, en cuanto al desarrollo progresivo del trabajo clínico del médico. (Mesa, 2015)

De modo similar, en Colombia, el médico es invitado por la Iglesia, en cabeza del Tribunal de la Santa Inquisición, cuando se requería los servicios médicos para determinar si el hereje podía soportar la tortura, sin riesgo a morir. Posteriormente, la segunda función que el médico desarrollaría en Colombia estuvo más próxima al papel que desempeñó en la Francia de la Revolución Francesa. Su punto de inicio se da en 1837, cuando en Medellín se realiza el primer peritaje psiquiátrico a un sacerdote que promovió una revolución contra el gobierno. Aquí nuevamente aparece el galeno, aún no llamado psiquiatra, en su progresivo ingreso en el abordaje del fenómeno de la enfermedad mental (Rosselli, 1868, pág. 97).

Abordada ya la justificación de la cronicidad del fenómeno de la locura en Foucault y Rosselli, retomemos ahora la segunda gran diferencia que encontramos tras la lectura crítica que Foucault desarrolla, como principio de interpretación de la historia de la psiquiatría: el problema

del encierro. Nótese que cada época establece diferentes fenómenos de marginación. Recuérdese que en su momento la lepra y las enfermedades venéreas determinaron el punto de separación y confinamiento del hombre; sin embargo, superadas estas dos enfermedades, gracias al avance de la microbiología y la farmacología, surgen nuevos fenotipos conductuales de carácter social, que reemplazaron la ecuación que determinó el balance de la población circulante, crítica en una Europa insalubre y en una América colonial. La locura es, entonces, el foco del confinamiento. En aquella época no abundaban los métodos efectivos para tratar las alteraciones de la conducta disruptiva de los hombres furiosos, aún no considerados enfermos, aparece así el confinamiento como alternativa, se extendiendo luego a lo largo del continente europeo. No obstante, algunas excepciones hicieron su aparición, y un ejemplo de esto fue lo que ocurrió en la comunidad de los cuáqueros en Norteamérica, donde los ambientes amplios, ventilados y con zonas verdes fueron considerados fundamentales en el proceso de recuperación de la insania, como era también llamada la locura. Así, el discurso de Foucault se dirige de modo extenso a plantear la manera en la que el encierro se usó como método de control social, que no permitió la recuperación de los hombres confinados, y que, además, luego se convertirían en pacientes, muestra cómo se favoreció el proceso mórbido y la perpetuación de la dependencia que el alienado generó hacia sus cuidadores, en este caso el Estado o la Iglesia. A diferencia de Foucault, Rosselli no se percata de la condición del encierro como génesis o agente perpetuador de la locura, sino que describe de modo histórico el fenómeno del manicomio, como parte de la historia de la psiquiatría, sin apreciar que ésta es muy posterior al fenómeno del confinamiento.

Para entender lo planteado en este punto, obsérvese que tres grandes personajes de la psiquiatría, tanto en su enfoque dinámico como en el de la nosología psiquiátrica y el enfoque biográfico de la enfermedad mental, como lo son, Sigmund Freud (1856-1939), Karl Jaspers

(1883-1969) y Emil Kraepelin (1856-1926), quienes son considerados íconos de la psiquiatría, fueron muy posteriores al fenómeno del encierro, el cual podría llamarse “pre-psiquiátrico”. El inicio del encierro en América Latina no dista mucho de lo ocurrido en Francia e Inglaterra. En un momento histórico donde la locura no tenía como depositario más que al Estado y el encierro como su espacio propio o hábitat natural, en Colombia se abre, en 1847, el primer manicomio para varones, y luego, en 1874, la casa de las locas. Así mismo, en Suramérica, el manicomio de Río de Janeiro y la casa de Morante, de Santiago de Chile, se inauguraron en 1852; el hospicio de Lima, en 1859; la casa de los locos, de Buenos Aires, en 1863; el Manicomio Nacional de Uruguay, en 1880 y el asilo de Quito, en 1867. Con estas fechas podemos evidenciar que el inicio de la psiquiatría, tal como hoy se conoce, es muy posterior al establecimiento de los hospicios a lo largo de Suramérica. (Rosselli, 1868)

Para reforzar la idea planteada en relación a este hecho, Rosselli explica, según su visión, tres hechos de importancia de la psiquiatría en Colombia: el primero va de 1870 a 1880, y lo constituye la fundación de los establecimientos para enfermos mentales; el segundo, entre 1913 y 1926, representado por la fundación de las cátedras de trastornos mentales, y el tercero, a partir de 1950, tiene que ver con la instrucción de la psicoterapia científica y la orientación biológica de la psiquiatría. (Rosselli, 1868)

En este sentido, nuevamente surge un paralelismo entre los eventos de la psiquiatría en Colombia y Europa, específicamente Francia: la aparición del psiquiatra, que surge como una mezcla de respuestas ante la necesidad de acercar la medicina a la cura de las enfermedades corporales que padecían los alienados; además, como auxiliar de la justicia al desempeñar el papel de perito en medio de los juicios de la inquisición para determinar si el hereje podría, desde la integridad de su cuerpo, soportar mayores métodos de castigo hasta lograr su arrepentimiento y

confesión. La función adicional del médico se orientó en la expectativa de su capacidad para identificar a los simuladores escondidos tras las rejas, cuya conducta simulada de alienación les mantenía a salvo en medio de la sangrienta revolución francesa.

Se ha querido, en este capítulo, poner en claro que la lectura filosófica, desde el análisis crítico, que hace Foucault del problema de la locura y, por ende, de la psiquiatría, contrasta con la exposición pretendidamente neutral o positiva de Rosselli de la psiquiatría en Colombia.

2. Historia de la Locura en la Época Clásica: Michael Foucault

En el capítulo anterior se expuso los eventos históricos centrales descritos por Rosselli, al hacer referencia, a la vez, a los planteamientos críticos de Foucault sobre el encierro. En este capítulo se hará una inversión del procedimiento, pues haremos un recorrido por la crítica de Foucault en su obra *Historia de la locura en la época clásica*, pero implícitamente, se tendrá en cuenta lo que coincide con la obra de Rosselli y la psiquiatría en Colombia, para poder en el siguiente capítulo, resaltar la persistencia del encierro como fenómeno de control social, que permanece aún dibujado entre líneas, pero con nuevos protagonistas. Se enfatiza, en que la interpretación de Foucault propone entender que el eje articulador de su obra, *Historia de la locura en la época clásica*, (Foucault M. , 1964) muestra al fenómeno del encierro como instrumento utilizado para el ejercicio del poder de quien legítimamente le fue otorgado por el Estado, sobre los individuos que experimentan estados mentales alterados perennes o transitorios. Así mismo Foucault evidencia la ruptura de la visión romántica de la locura en contraposición con el desarrollo de los métodos de contención física y de aislamiento que surgieron en la época clásica. (Rosselli, 1868)

Basado en las anteriores premisas, de modo esquemático se dividirá el análisis del encierro en la obra de Foucault en tres temas: a quién se encierra, dónde se encierra y quién encierra. Esta propuesta de clasificar el análisis del encierro es fundamental para comprender el tercer capítulo, debido a que, más allá de la visión foucaultiana del encierro, a partir de la segunda mitad del siglo XX se da una transformación de los personajes que protagonizan el encierro, pero éste permanece

vigente entre líneas, de forma no explícita en el ejercicio multidisciplinario de los agentes que hoy en día participan en el concepto de la salud mental.

No parece excesivo afirmar que, para Foucault, el encierro, al menos en la obra que concierne a este análisis, se limitó a lo corpóreo. Este punto se destaca, al observar la imagen que nos revela en su descripción sobre la *Nave de los Locos*, en la que los no deseados son desterrados hacia nuevos horizontes que transitan por una vasta autopista marítima, inexplorada para la época, la cual proporcionaba una alta probabilidad de disminuir la población indeseable, que correspondía, al inicio, a los leprosos y sifilíticos, y posteriormente los enfermos mentales.

Añádase que el encierro del cuerpo encuentra, con el pasar de los años y a lo largo de Europa y América, espacios cerrados de confinamiento públicos, privados e incluso familiares, que servían para apaciguar el daño físico y moral que los locos producían a su alrededor y que ocasionaron a sus familias. Es precisamente este encierro el que se convierte en la tesis de la obra y la crítica fundamental de Foucault.

Se enfrenta ahora, a la existencia de algunos hechos no examinados por Foucault, que exceden el análisis de su obra, pero que, a la luz de la mirada que se realiza sobre el encierro en Europa y América, son de suma importancia. Es preciso señalar que dichos hechos están relacionados con los estudios científicos que se desarrollaron en diferentes latitudes del hemisferio y que dieron inicio a la aparición, en 1953, del primer neuroléptico, más adelante llamado antipsicótico. No cabe duda de que este momento histórico debe ser interpretado desde diferentes perspectivas, pero la que nos interesa, y es tema de esta discusión, tiene que ver con los nuevos mecanismos farmacológicos, no físicos, de control, los cuales no son tan fácilmente observables por los mismos participantes de lo que podría llamarse “sobre la cura de la locura”.

Después de comprender los dispositivos de poder sobre la vida y de modo específico sobre la enfermedad mental, es oportuno explorar, la voluntad de saber y la voluntad de verdad, que subyace el ejercicio del poder sobre los dos personajes que transitan como una díada inseparable: el loco⁴ y el loquero. (Foucault M. , 1964). Términos clásicos para el paciente que debuta con una enfermedad mental, y el médico psiquiatra, quien ejerce una función de cuidador y aspira ofrecer una cura. Nótese que detrás de ellos, detrás del telón de la comedia de la locura, se articulan gran parte de los guiones, donde se hace referencia ahora, fundamentalmente al estado y las entidades privadas que venden insumos relacionados con la enfermedad mental. Estos son los nuevos escenarios donde la obra de la locura se desarrolla.

2.1 A Quién se Encierra: al Loco

Si se reflexiona sobre lo que Foucault describe de manera casi poética, la existencia del loco, como una forma diferente de realidad no comprendida. Se expondrá su visión de la locura, que parece aproximarse a la perspectiva romántica del renacimiento. A diferencia de Rosselli, quien, por ser psiquiatra, deja ver entre líneas la connotación negativa de la conducta disfuncional o desadaptativa, como síntoma cardinal de la enfermedad mental. En relación con esto, se observa como ejemplo que, a lo largo del capítulo X del tomo I de la obra de Rosselli —titulado “Literatura y psiquiatría: de *La María* a *Cien años de soledad*”—, se resaltan las características patológicas de los personajes y no el genio mismo que reside en la locura⁵ (Vallejo, 1390). Importa conocer pues, que en esto dista de la obra de Foucault, quien, en su interpretación de la alienación, ve de

⁴ Sólo se usará la expresión “loco” para referirse al personaje de la obra de Foucault. En la actualidad el término técnico es el paciente con trastorno mental. Se indica además trastorno y no enfermedad, en la medida en que las enfermedades describen patologías de un órgano específico, mientras que el término trastorno se refiere a la disfunción del cerebro en relación con el concepto biopsicosocial del sufrimiento mental.

⁵ Es notorio en la historia que muchos de los grandes personajes de la ciencia, la pintura, la escultura, la política entre otras, fueron portadores de un tipo de conducta diferente, lo que clásicamente se llamaría como locura. Hoy muchos de ellos a la luz del actual conocimiento, podrían corresponder a pacientes con un trastorno afectivo bipolar e incluso esquizofrenia.

modo poético a la locura, como un fenómeno intensamente humano. Ahora, se recorrerán cuatro ideas ejemplares de Foucault sobre el encierro que nos permitirán conocer su visión sobre la locura y su tratamiento en la época clásica.

2.1.1 Primera Idea

Foucault realiza el tránsito que acompaña a la alienación, desde el renacimiento hasta la época clásica, analiza cómo la locura es despojada de la investidura simbólica, que le acompañó durante un largo periodo de tiempo, para entrar en el terreno de lo indeseable. “La aparición de la locura en el horizonte del renacimiento se percibe primeramente entre las ruinas del simbolismo gótico” (Foucault, M., 2014, pág. 34). Nada más complejo que revisar las innumerables descripciones que se realizan en la época clásica sobre la conducta del loco muestran la deplorable condición a la que conduce su destino: el encierro. Se puede imaginar los calabozos oscuros, insalubres, con precarias condiciones médicas y escasez de alimentos, este fue el hábitat heredado del loco. Precisa advertirse que ni la inclemencia del clima de los manicomios ni el aire putrefacto, diezmó a la población de los reclusos en la Bicêtre y la Salpêtrière de París. Precisamente, dichos acontecimientos llevan a la revisión de las propuestas de Timothy Crow sobre el valor adaptativo de la esquizofrenia y su relación con la hipótesis de que ésta aparece como factura evolutiva por el logro del lenguaje y la adaptación de un cuerpo más resistente a los patógenos e incluso al dolor (Crow, 2014).

2.1.2 Segunda Idea

Explórese ahora la concepción clásica de la locura descrito en Foucault:

La locura aparece aquí como el castigo cómico de saber y de su presunción ignorante. Es que, de alguna manera, la locura no se encuentra unida al mundo y a sus fuerzas

subterráneas, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y sus ilusiones. La locura ya no acecha al hombre desde los cuatro puntos cardinales, se insinúa en él o, más bien, constituye una relación sutil que el hombre mantiene consigo mismo. (Foucault, M., 2014, pág. 44).

Al detenerse en la observación que hace Foucault sobre la locura como castigo crónico, aparece en el horizonte una descripción poética de lo que hoy en medicina se llama el espectro de las demencias, en el cual existe un deterioro mental variable que llega al final del tiempo de los hombres y del cual no hay regreso, solamente un avance más calmo que genera un peso enorme sobre las familias del paciente. Por otro lado, en la segunda línea de esta frase de Foucault, señala a la locura en relación a las debilidades del hombre; se adentra en el terreno de la personalidad, no como trastorno definido, sino como los rasgos profundos que desde la adolescencia tejen la interacción del hombre consigo mismo y su entorno y en este terreno podría desarrollarse la conducta desviada, que, si se expresa en gran magnitud, es evidentemente observada y tipificada desde el exterior como expresión de locura. Finalmente, en esta frase, Foucault se anticipa, de modo casi predictivo, al conocimiento actual de la enfermedad mental, pues la locura no acecha ya desde los cuatro puntos cardinales, sino que aparece insinuada en el hombre, anticipándose a la comprensión de la susceptibilidad genética de la enfermedad.

2.1.3 Tercera Idea

Siguiente idea:

La locura es un momento duro pero esencial en la labor de la razón; a través de ella, y aún en sus victorias aparentes, la razón se manifiesta y triunfa. La locura sólo era, para ella, su

fuerza viva y secreta. Poco a poco la locura se encuentra desarmada y al mismo tiempo desplazada. (Foucault, M., 2014, pág. 61).

Si se piensa en un síntoma de sufrimiento mental, y no exclusivamente en la psicosis, a la que se refiere Foucault en la frase expuesta, se observa al hombre en un estado meditativo, de profunda introspección, es allí, en el devenir del pensamiento, de los estados disociativos de la conciencia, donde muchas personas descubren aspectos profundos de su existencia, y donde aparentemente la razón gana frente a la locura. Pero en realidad no hay un ganador, solo dos aspectos de la mente de un hombre que trata de lidiar con dos asuntos escindidos de su ser.

2.1.4 Cuarta Idea

Por último, se revisa la frase que menciona “Es cierto que la locura atrae, pero ya no fascina. Gobierna todo lo que es fácil, alegre y ligero en el mundo...Sin duda la locura tiene que ver algo con los extraños caminos del placer” (Foucault, M., 2014, pág. 43). Insiste Foucault en la relación del saber y la locura, tan evidente ahora a la luz de los conocimientos integrados de la neurociencia, del estudio de la conciencia, a nuestro parecer más allá de lo explorado por Hegel en la *Fenomenología del Espíritu* (Hegel, Roces, & Leyva, 2017), y del entendimiento de los conceptos del psicoanálisis del inconsciente, pulsiones y los sueños, donde nos damos cuenta, de cómo los fenómenos creativos y de genialidad navegan más allá de la razón, más allá del hemisferio izquierdo que la domina, navega sin duda por el hemisferio derecho de lo analógico, lo poético, lo artístico. Son estos esos *extraños caminos del saber* a los que se refería Foucault.

2.2 Dónde se Encierra: en el Manicomio

Puede afirmarse que Foucault expone la dramática situación del inicio formal del encierro “Hospital de los locos incurables donde son exhibidas todas las locuras y enfermedades del espíritu, tanto de los hombres como de las mujeres, obra tan útil como recreativa y necesaria para la adquisición de la verdadera sabiduría”. El manicomio, que hace su aparición en la forma del Hospital General para el Internamiento de los Pobres y Vagabundos de París en 1656 (Hôpital Général pour le Renfermement des Pauvres de Paris), fue el inicio claro del encierro formal en Francia, con sus tres pabellones, La Pitié, Bicêtre y La Salpêtrière, para niños, hombre y mujeres, respectivamente.

La historia y el séptimo arte ilustran la penumbra que existió en torno a los manicomios, no solo en Europa, sino en las diferentes latitudes del planeta. En la obra de Rosselli está ausente de la crítica histórica a los manicomios, no presenta los detalles que los delatores de la psiquiatría gritan al mundo entero, y que hoy, en un mundo del siglo XXI, con un acceso casi ilimitado a la información, a la revisión del pasado con ojos críticos. No pueden los psiquiatras justificar los métodos poco ortodoxos de una psiquiatría naciente, tan solo aceptar que, así como previa a la razón subyace la locura, en la luz que ahora creemos ofrecer a nuestros pacientes es tácita una historia de oscuridad.

2.3 ¿Quién Encierra? El Estado, La Iglesia, El Psiquiatra

En la obra de Foucault, pertinente a este trabajo, son claros los tres personajes involucrados como gestores del encierro. El Estado, La Iglesia y el psiquiatra. En Europa el objeto del encierro es la locura que deambulaba por las calles, y de pronto, al cabo del tiempo, se vio encerrada por los tres actores.

El Estado como actor del encierro en la obra de Foucault, es concebido como una organización política constituida por instituciones burocráticas estables, a través de las cuales se ejerce la soberanía dentro de un territorio establecido, se encarga de los problemas derivados de aquellas personas con alguna afección mental, independiente del origen, que se convertían en un obstáculo para el desarrollo armonioso de los ciudadanos. Es entonces cuando se emiten leyes dirigidas a limitar la movilidad de los alienados. Así, como se mencionó previamente cuando se analizaba el fenómeno del encierro en Rosselli, en Europa también existieron leyes que sancionaban la prohibición de la libre movilidad del loco (Foucault, M., 2013)⁶.

En este contexto es válido el argumento de Benente quien ilustra como la revolución intervino en el discurso médico y justificó el encierro:

El relato sobre la medicina moderna fue una investigación que mostraba cómo la Revolución Francesa modificó las reglas que dieron vida al discurso médico. Era necesario realizar un acto de "excavación" para identificar dichas reglas. Sin embargo, los alcances del recurso metodológico emprendido en esta obra no abarcan propiamente el plano de las relaciones de poder tal y como serán comprendidas por el propio Foucault durante la década de los setentas. (Benente, 2017).

Respecto al médico y a la Iglesia, no se ahondará más en este segmento. En la medida en que la incursión de ambos personajes, tal como los muestra Foucault, es la misma que Rosselli describe en Sur América y ya fue ampliamente discutida en el capítulo uno. En cuanto al análisis de los personajes se continúa en el capítulo tres, pero allí se realizará la exploración de lo no visto

⁶ Según Foucault, M. (2013), en su obra *El nacimiento de la clínica*, continúa con la exploración del avance de la medicina en el establecimiento de una de las estructuras sociales, que, bajo la superficie, desarrolla el discurso de la enfermedad, con todo lo que esta implica.

Foucault ni por Rosselli. En tanto que, son actores de un encierro diferente, uno que va más allá de los muros y los barrotes de la época clásica europea y de la colonial americana.

3. El Discurso del Encierro en la Psiquiatría a Partir de la Segunda Mitad del Siglo XX

La obra de Foucault, como ontología del presente, permite descubrir quiénes somos y entender por qué creemos que somos eso⁷. (Sacchi, 2016, pág. 33). Los dos primeros capítulos del presente trabajo analizaron dos obras referentes, en cuanto al contenido histórico de la locura y del encierro; en el caso de Foucault con el componente crítico, ausente en Rosselli. Se identificó que el encierro es una de las estrategias de manejo médico psiquiátrico de la enfermedad mental. Ahora, es muy pertinente que se explore la transformación actual del encierro en nuevos escenarios y se dé una respuesta ante las preguntas y las demandas históricas de los pacientes psiquiátricos.

Adviértase el desarrollo del constructo teórico que subyace a la psiquiatría, su voluntad de verdad, que se solventa en otras áreas del saber complementarias a la medicina. Tómese como ejemplo, la antropología social, la cual establece, con sus principios una mirada que nutre a la de la psiquiatría tradicional.

Conviene subrayar en este momento, lo enunciado por (Caffarena, 2021), psiquiatra chileno quien plantea cómo, desde los bases de la antropología social, se puede desarrollar una psiquiatría desmaniacomializada. Este autor tiene relevancia, por el contexto histórico de su trabajo. Como psiquiatra y antropólogo describe la crisis en la definición de la especialidad médica. En este sentido, es pertinente exponer lo que señala el psiquiatra al tratar de definirse profesionalmente:

⁷ Obsérvese la idea de Sacchi, la cual es acertada respecto de la biopolítica: Intentar recomponer estos umbrales de la biopolítica no tiene un valor meramente erudito. Se trata de los prolegómenos de una escritura en dos sentidos a la vez. Uno que, a través de Foucault, nos lleva al pasado, al nacimiento de la vida y de la política, de la vida en la modernidad occidental; otro, en el que por medio de ese desvío nos conduce a la parte de lo actual en la biopolítica, a las transformaciones en los enunciados que describen la vida y a las prácticas que la producen, tanto como, a las técnicas que se encargan de su control hoy.

Muchos años me he venido presentando como anti-psiquiatra y psiquiatra, intentando reflejar en esa doble identidad, la tensión contradictoria entre usar herramientas de la psiquiatría tradicional como psicofármacos y psicoterapia, y a la vez, cuestionar las múltiples relaciones de poder que se reproducen acríticamente. (Caffarena, 2021, pág. 281)

Sin lugar a dudas, el ejercicio actual de la psiquiatría exige, la incursión de diferentes disciplinas, así como el desarrollo de una mirada crítica desde adentro, ya no solo de los documentos históricos acerca de la especialidad médica, sino a partir de la obra de Foucault. Por lo anterior, en este capítulo, se toma el marco conceptual del análisis de los dispositivos de poder en el desarrollo de la psiquiatría actual (Sacchi, 2016, pág. 32)⁸.

En la exploración del encierro, que se realiza en este trabajo, se desarrollarán los momentos arqueológicos y genealógicos según lo propuesto por Foucault, en su disertación *El Orden del Discurso* (Foucault, 2026). En este orden de ideas, en el primer momento, el arqueológico, se descifra la voluntad de verdad y la voluntad de saber de la psiquiatría, para responder a las preguntas, cómo se desarrolla actualmente el discurso del encierro, que se encierra, quién encierra, cómo se encierra y dónde se encierra. En el segundo momento, el genealógico, se dilucidará la voluntad de poder en la psiquiatría a través de las formas concretas del ejercicio del poder con los dispositivos del poder psiquiátricos⁹ (Sacchi, 2016, pág. 29).

⁸ Cabe resaltar el aporte de Sacchi a este respecto cuando enfatiza que un estudio arqueológico sobre el nacimiento de la vida, tal como el que delinea Foucault, presenta un desfase entre el recorrido arqueológico y el genealógico. En la genealogía se da cuenta de cómo se forman esas positividades que en la arqueología aparecían como producto de unas rupturas cuya historia se esfumaba.

⁹ En relación a este punto Sacchi expone como Foucault traza una nueva analítica del poder, una nueva economía de las relaciones de poder que debe inscribirse en el intento de dar cuenta de una modalidad particular e históricamente definida de las relaciones de poder que tiene como blanco la vida, tanto en su faz individual cuanto en su dimensión colectiva.

3.1 Primer Momento arqueológico: Discurso del Encierro en la Psiquiatría

Obsérvese como Foucault, desarrolla el uso del término Biopolítica en el capítulo final del primer volumen de su obra *Historia de la sexualidad* (Foucault, M., 2014), donde enuncia la mutación histórica que se prolonga en el tiempo, del poder sobre la biología. Expone además que la vida no es una realidad natural originaria ni inalterable, sino que se encuentra sujeta a diversos procesos de modulación técnica y social (Campillo, 2015).

Ahora se comprende por qué en la visión foucaultiana existen dos vertientes de los dispositivos de poder sobre la vida. El primero anatomo-político, dirigido al control del cuerpo humano y el segundo, la biopolítica de las poblaciones, llamado por Foucault en una fase inicial, biopolítica cuerpo-especie (poblaciones), enfocado a los procesos comunes a todos, como el nacer, el morir, el producirse y el enfermar. Así, en palabras de Foucault:

“Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida. El establecimiento, durante la edad clásica, de esa gran tecnología de doble faz —anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar, sino invadir la vida enteramente” (Foucault, M., 2014, pág. 152).

En este sentido, y con el fin de precisar por qué en la actualidad el discurso de la psiquiatría sigue vigente, se recorrerá la voluntad de verdad y la voluntad de saber que implica hoy el ejercicio psiquiátrico (Rodríguez, 2014).

Recuérdese que la locura acompaña al hombre desde sus inicios (Róterdam, D. E.; 2019), arqueológicamente hablando si se quiere; transcurre silenciosa como una forma diferente de entender y experimentar la realidad; cuando aparece el estudio de su causa, la voluntad de saber de la medicina, incursiona como salvadora de la locura y se puede hablar de una voluntad de poder, genealógicamente hablando. Aquí empieza la separación entre la conducta normal y la anormal, según el concepto que se prefiera, ya sea el estadístico, el sociológico, o el biológico (Fuente, de la Fuente, & Muñoz, 2014).

Como se mencionó en el capítulo dos, el poseer una conducta mental alterada o rasgos emocionales y de pensamiento excéntricos, le asignaban a su portador dos posibilidades frente al funcionamiento de su mente (Silva, 2017). En primer lugar, los atributos psicológicos diferentes, y poco habituales, le otorgaban una posición de supremacía psicológica o espiritual, específicamente en las culturas a las cuales hoy el conocimiento científico no validaría en sus creencias. En segunda instancia, la conducta, como expresión de su pensamiento alterado, le asigna a quien la padece, el estatus de enfermo y, por ende, surge la necesidad de un tratamiento (Jaspers, 2014). Este último es el enfoque dado desde la voluntad de verdad en el discurso psiquiátrico.

Así aparece la psiquiatría como especialidad médica. Emerge como una respuesta ante la necesidad de comprender el sufrimiento mental del otro, fundamentada en las ciencias básicas médicas¹⁰. Mientras se desarrolla, los nombres de la locura cambian, se transforman dependiendo del nivel de acercamiento al cuerpo que el saber médico vigente tuviera¹¹ y de los avances en la

¹⁰ Cuando se mencionan ciencias básicas, se hace referencia a las ciencias básicas en medicina, es decir, bioquímica, histología, fisiología, anatomía y farmacología; las cuales le dan a la medicina el cuerpo teórico sobre el cual se estudia el funcionamiento del cuerpo humano, su variación, disfunción y posibilidad de tratamiento cuando es menester.

¹¹ Por ejemplo, en un primer momento, cuando al abrir los cuerpos, se identificaron áreas de hemorragias en los cerebros de los pacientes se inició la época de la neuralgia, que encontraba correlación del hallazgo con la clínica del paciente. Posteriormente con el uso de la microscopía electrónica, el estudio del cerebro se dirigió más a nivel de los tejidos. En la actualidad el uso de las neuroimágenes, permiten un acercamiento diferente de la dinámica funcional cerebral.

medicina del cerebro en cada periodo¹². Así las enfermedades mentales fueron nominadas en diferentes categorías en cada momento particular.

Cabe ahora considerar, el papel de la filosofía en la construcción de la voluntad de saber de la psiquiatría. Un ejemplo de esto, es la obra *Psicopatología general* de Karl Jaspers, la cual, determina la base de la construcción de la psicopatología aún vigente, de la semiología psiquiátrica y de algunos vestigios en el sistema de clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Importa dejar sentado además que, en cada una de las corrientes filosóficas que se desarrollaron durante la edad media, el renacimiento, la edad moderna y la edad contemporánea, el hombre se planteó interrogantes y sentó las bases del entendimiento de la mente, que luego la psiquiatría, utilizó como un marco referente para la construcción de su lenguaje (Jaspers, 2014).

La psicopatología abarca el fundamento teórico de lo que estudia hoy la psiquiatría (Jaspers, 2014), nutrida del cocimiento del conductismo, de la psicología experimental, del psicoanálisis, de la etología, y de la sociobiología. Cada uno de estos aportes son fundamentales para el cimiento del saber psiquiátrico. Se puede describir brevemente algunos aportes de cada una de estas áreas, para tener una imagen de la construcción de la voluntad de saber de la psiquiatría actual.

Obsérvese cómo desde el del conductismo, se entiende el modelo sistémico del cerebro, donde cada entrada genera una salida. Por ejemplo, la sensación de calor intenso, es interpretada como dolor en el encéfalo, el impulso doloroso es devuelto por el sistema nervioso periférico a los músculos y generan así la retirada del miembro en forma de movimiento. A nivel emocional sucede lo mismo. Imagínese al estrés, entendido como toda noxa externa que afecta al cerebro. La agresión

¹² Tómese como ejemplo, la histeria, la psicosis maniaco depresiva y la demencia precoz. Con el avance del entendimiento de dichas condiciones clínicas, el nombre asignado cambia en las clasificaciones diagnósticas ulteriores.

continúa, realiza cambios en diferentes niveles como sucede en las glándulas suprarrenales, en las cuales se aumenta el cortisol, la hormona del estrés encargada de preparar a todo el cuerpo para la huida.

La psicología experimental introdujo el pensamiento matemático y la medición cuantitativa de las funciones psicológicas. Sus aportes permitieron objetivizar las sospechas clínicas observadas por los médicos. A pesar del aporte, es un claro ejemplo de un dispositivo de control, pues con la parametrización de las evaluaciones, las personas son clasificadas según los resultados. Por fortuna, en la práctica clínica, dichos reportes, no se analizan fuera del contexto clínico.

Reviste gran importancia entender el aporte del psicoanálisis, a la voluntad de saber de la psiquiatría, pues fundamentó la teoría del inconsciente, de la represión de la angustia, de los mecanismos de defensa; temas que están aún vigentes y subyacen a todas las psicoterapias.

No menos trascendente, es el estudio de la etología en la psiquiatría. Esta permite comprender la *impronta* como fundamento del apego, crucial en el desarrollo del vínculo en el ser humano y la estabilidad futura del *yo*. Nutrida de la etología se desarrolla la sociobiología cuya premisa, sobre la estrecha relación existente entre el ambiente y la herencia es el fundamento de la epigenética¹³.

Ya descifradas las áreas que complementan el saber psiquiátrico, es pertinente ahora señalar que, frente al entendimiento progresivo de la conducta desviada y ante la presión que el Estado dirige hacia el médico, al solicitar esclarecer si un sujeto simula o no una alteración mental; surge en la medicina la necesidad de identificar o no la presencia de una patología y de ofrecer un tratamiento efectivo. Ahora se comprende por qué, en cada periodo de tiempo y según los

¹³ La epigenética estudia la transformación en la función de los genes y la transformación de estos por las influencias del ambiente. Se ha utilizado la metáfora de las palabras y los acentos. Las palabras son los genes, y los, modificadores, que pueden ser ambientales, son los acentos

conocimientos predominantes, se realizaban aproximaciones terapéuticas, para contrarrestar la conducta anormal categorizada como patológica (Lieberman, 2015)¹⁴.

3.1.1 *Qué se encierra*

Históricamente se encierra todo cuanto es diferente. Tómese como ejemplo, en la mitología griega el rey Minos, quién encerró al minotauro en el laberinto, dada su ferocidad y monstruosidad, con el fin de ocultar su existencia (Jünger, 2014). Así mismo los registros bíblicos sobre Nabucodonosor describen cómo este fue separado, alejado de su palacio y destinado a permanecer en el campo hasta que su locura cediera (Rvr Biblia 1960). Con esto vemos al hombre y su incesable posición de juez sobre el otro, que le lleva a justificar el encierro.

En el análisis actual sobre que se encierra, nótese que aún el hombre separa la enfermedad mental, que a partir del siglo veinte, ya no es más llamada locura. Separa el pensamiento diferente que se opone a los intereses de los grupos dominantes. Separa al hombre por el color de su piel, separa los territorios en naciones independientes. Así también la psiquiatría, nutrida de un compendio más amplio de conocimientos, separa incluso a los trastornos mentales, entre las alteraciones del funcionamiento cerebral orgánico, que son evidenciables macroscópicamente, microscópicamente y por neuroimágenes; y entre las que no están relacionados con ninguna alteración observable y no explicados por la alteración de otros órganos del cuerpo humano¹⁵.

En cuanto a la medicina, todavía se encierra, sí, pero bajo criterios diferentes. El objetivo ya no es el confinamiento en sí, sino que es el procedimiento que permite ofrecer el tratamiento,

¹⁴Como podrá observarse en el autor una visión crítica de la especialidad, a pesar de ser uno de los más grandes investigadores en esquizofrenia en el momento. Considerada autoridad, por su carrera como investigador y su libro sobre la psiquiatría en Norte América, completa el panorama de cómo la psiquiatría actual, observa con ojos críticos la profesión de la psiquiatría y como se transforma desde adentro.

¹⁵ Cuando se da la aproximación al estudio macroscópico del cerebro, se divide entre la neurología y la psiquiatría. Todas las alteraciones que mostraban base orgánica alterada, fueron objeto de estudio de la neurología. Todas las que no mostraban una correlación anatómica, se le llamaron funcionales, y pasaron a ser estudiadas por la psiquiatría. Tiempo se determinó la existencia en algunos casos de parecimientos mentales que se relacionaban con alteración por ejemplo del sistema endocrino. Así surge el estudio de las enfermedades psicosomáticas.

dentro del hábitat natural del médico, el hospital. En este se realiza la supervisión diaria de los síntomas y la observación de la respuesta ante las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Todo esto confirma que el manicomio dejó de existir, su nombre cambió al de hospital, al de clínica psiquiátrica e incluso al de fundación¹⁶. El encierro se transformó, con nuevas y sutiles matices que se explorarán más adelante.

3.1.2 Quién encierra

Como se revisó en el capítulo dos, sobre los tres actores del encierro en la época clásica, nótese que en la actualidad dos de ellos siguen activos, el médico y el Estado. En contraposición a la descripción de Foucault, ahora aparecen dos nuevos personajes, la familia y las instituciones privadas, de las cuales se tomará como ejemplo, la industria farmacéutica y las aseguradoras.

En cuanto al médico es clara su participación y responsabilidad en el confinamiento del paciente que padece de una enfermedad mental. Su papel como prescriptor del encierro, se desarrollará en líneas posteriores, cuando se revisen los dispositivos de poder en la medicina.

Por su parte el Estado, participa del mecanismo del encierro, en la medida en que la rama judicial, a través del Código Penal Colombiano, en su artículo 33, contempla la condición de Inimputabilidad de una persona que comete una conducta típica y antijurídica, y es hallado inimputable por un juez. La consecuencia es la asignación de su reclusión a uno de los pabellones destinados a los inimputables dentro del hospital mental (Trespalcios, 2005).

Existe una nueva incursión del estado en el encierro, que no está relacionada con la inimputabilidad. Tiene que ver con la regulación del ejercicio médico, donde el objeto de supervisión y un tipo diferente de encierro es ahora el psiquiatra. Nótese que, con la legislación

¹⁶ Se incluye el término fundación, que corresponde actualmente a diferentes instituciones privadas, que se constituyen por particulares con el fin de recibir y complementar el cuadro del paciente psiquiátrico o que presenta una condición de adicción no resulta

vigente, el estado valida la incursión de un personaje hasta ahora ausente, las instituciones privadas, entre las que se encuentra la industria farmacéutica y las aseguradoras. Cabe resaltar que en la actualidad el sistema de aseguramiento limita al médico, en la prescripción de medicamentos y tecnologías que implican un gasto al sistema de salud. Como se indicó, delimitan cuánto es la duración promedio de una hospitalización, cuáles procedimientos que cubren y cuáles no, cuáles son las patologías que asumen y cuáles quedan excluidas de la posibilidad de manejo, e incluso cuánto es el tiempo que dura una valoración médica, esto relacionado, con la regulación de los precios de cada acto médico.

Se había mencionado con anterioridad a la familia quien también encierra, en la medida en que, agobiada por la conducta disfuncional de su pariente, busca en la medicina opciones de un tratamiento. Cuando los dispositivos de poder en la psiquiatría dejan por fuera el cubrimiento de los gastos de la enfermedad, o no hay resolución de los síntomas más problemáticos de la conducta del paciente, las familias acuden a fundaciones privadas sin ánimo de lucro, con el fin de controlar en un espacio físico a sus familiares. Esto se da, debido a la falta de control total de los síntomas, durante los tiempos estipulados por el sistema para la recuperación del paciente. La familia invierte más recursos económicos, en dichas instituciones y da curso al dispositivo del encierro de modo voluntario, sin la incursión directa del médico ni del estado.

3.1.3 Cómo se encierra

Revisar cómo se encierra en la actualidad la enfermedad mental, anticipa el desarrollo de los dispositivos de poder de la psiquiatría. Estos métodos del encierro se clasificarán entre los que se relacionan directamente con el paciente y los que involucran al médico.

Los relacionados con el paciente, a su vez se agruparán en el encierro temporal propiamente dicho y en otras esferas del encierro más allá del confinamiento. Estos últimos se refieren, a las implicaciones de poseer un diagnóstico mental y los efectos adversos de los antipsicóticos y los estabilizantes del ánimo en el cuerpo del paciente.

Por otro lado, el otro encierro que se propone analizar es el encierro del médico. Los médicos psiquiatras experimentan una lista de mecanismos limitantes de su ejercicio dentro de los que sobresalen: el alto número de pacientes que deben ser valorados por hora, el bajo costo de la remuneración de cada valoración por paciente (cuando se realizan dentro del marco del sistema general de seguridad en salud), los requisitos administrativos extensos en la prescripción de los medicamentos que el paciente necesita, su función como perito innegable del sistema judicial si se requiere, su función como perito en los casos que la justicia considere (en el contexto de que sean pacientes previamente valorados), la cualidad de documento legal de la historia clínica, y la necesidad de adherirse a alguna de las instituciones académicas válidas para tener representación.

La propuesta de revisar cómo se encierra actualmente, será explorada más adelante al señalar cada dispositivo de poder. Ahora se revisan los aspectos que sí están vigentes en el encierro físico y temporal de la psiquiatría. Lo que se mencionara es lo único que queda del encierro que describieron Foucault y Rosselli.

En relación con el encierro del paciente en la actualidad, toma el nombre de hospitalización. Inicia desde el momento del traslado a una unidad de urgencias psiquiátricas. Se encierra cuando,

para contener la violencia física, se le prescribe una dosis inicial de benzodiacepinas, sustancias que actúan como sedantes con una duración variable en el cuerpo, entre cuatro horas y doce horas, en combinación con neurolépticos que doblegan la voluntad. Se encierra, de un modo no deseado por el médico, cuando dicho neuroléptico excede su mecanismo de acción farmacológica y limita la movilidad del cuerpo, al producir temblor, rigidez, espasticidad, contracturas faciales o empeoramiento de la inquietud (esto sucede en algunos casos, donde hay una susceptibilidad a la medicación). Se encierra cuando otros sistemas del cuerpo, por ejemplo, el sistema cardiovascular, e inmunitario o el metabólico, que estaban indemnes antes del tratamiento, ahora se ven comprometidos por los efectos adversos de los medicamentos prescritos. Se encierra al paciente cuando, como parte del ejercicio médico y por exigencia del sistema de seguridad social en salud y las aseguradoras, se exige documentar y tipificar un código que se aproxime al sufrimiento mental del paciente, que esté acorde con el tratamiento indicado y que cubra los procedimientos en insumos que se requieren en su atención.

Lo mencionado, como se puede observar, no tiene nada que ver con el encierro descrito por Foucault. Es tan sutil, está tan normalizado, que ni los médicos ni el paciente son conscientes de la nueva dinámica del poder sobre la vida, que va más allá, de los límites que la piel impone.

3.1.4 Dónde se encierra

En cuanto al lugar donde se encierra la enfermedad mental, es evidente que las instalaciones que reemplazaron al manicomio son ahora los lugares físicos del encierro corporal. Es el mismo cuerpo del paciente. Considérese ahora que el encierro, acompaña al paciente, aún después ser dado de alta de la hospitalización, del encierro temporal.

A diferencia de la época clásica, donde la permanencia del enfermo era casi indefinida, el paso por una institución de salud mental tiene la clara indicación de ser por una temporada corta, que busca restablecer el nivel de funcionamiento previo antes de la exacerbación de los síntomas. La hospitalización no tiene por objeto la cura. Dentro de las limitaciones de la psiquiatría, esta es la principal: no existe cura para los trastornos mentales, solo se alivia el sufrimiento, se enseña a convivir con él, a generar mecanismos psicológicos que contrarresten la desregulación afectiva, cognitiva y conductual. En algunos casos, a utilizar por tiempo largo o indefinido, moléculas exógenas, los psicofármacos, que ayudan en el proceso de recuperación, más no en la cura.

3.2 Segundo Momento

En el segundo momento, el genealógico, se dilucidará la voluntad de poder de la psiquiatría en su nivel del régimen de poder o de los dispositivos del poder.

3.2.1 Regímenes de Poder

Cada uno de los dispositivos de poder está supeditado a quien lo ejerce, en este sentido se han mencionado, los ejecutores del confinamiento: el Estado, la Iglesia, la familia y el médico. En el análisis subsecuente se referirá sólo al Estado y al médico. Como parte de los dispositivos que el estado estable, permite que surja la empresa privada, representada por la industria farmacéutica y las aseguradoras en salud. Tal inclusión se realiza, no de forma arbitraria; en este trabajo se considera que la relación existente entre estado y la industria se da, porque en la legislación colombiana, se valida la incursión de este quinto actor, ausente en el análisis de Foucault y de Rosselli.

Respecto al régimen de poder del estado se puede afirmar que su acción la ejerce en tres niveles. Primero sobre la organización del sistema general de seguridad social en salud. Segundo, a través del ministerio de educación y las instituciones de acreditación que supervisan todo lo relacionado con el ejercicio médico. Tercero en la vinculación del médico al sistema judicial, con la figura de perito o de testigo en un juicio, o como tratante del paciente psiquiátrico que debuta con una condición de inimputabilidad.

En línea con el análisis del Estado y su despliegue de los dispositivos de poder, es notoria su participación en el campo de la salud mental. La constitución nacional de la República de Colombia, define a la salud como un derecho, en los artículos 44 y 49. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud, avala el concepto de salud, que incluye el bienestar físico, mental, emocional y no solamente la ausencia de la enfermedad. Como se observa, las instituciones gubernamentales desarrollan políticas públicas dirigidas al abordaje de la enfermedad. Para ejemplificar este asunto, nótese en Colombia la Ley 100 de 1991, que reorganizó y permitió el desarrollo de un régimen de poder que utiliza los dispositivos de poder visibles e invisibles en la medicina y por ende la psiquiatría. (Ley 100, 1991)

Otro ejemplo de la incursión del estado se observa, en la supervisión de las instituciones académicas, que, vía Ministerio de Educación, regulan el ejercicio médico en el país. Lo que se describe a continuación no es exclusivo de la psiquiatría, se da en todas las esferas del ejercicio médico en Colombia, pero solo se hará referencia a la psiquiatría, por ser el campo de estudio que se limita en este trabajo.

Con el establecimiento de las cátedras de psiquiatría y las asociaciones científicas psiquiátricas, surge la figura de la certificación, que permite el ejercicio legal de la psiquiatría en el territorio colombiano. Allí, Se presenta una estricta supervisión por parte de las instituciones

estatales que da paso una rigurosa parametrización de los contenidos curriculares, de las nosologías diagnósticas apropiadas, de los tratamientos farmacológicos que se pueden o no prescribir, de los procedimientos médicos dirigidos al diagnóstico y al manejo de la enfermedad mental.

Más allá de lo dicho es necesario aclarar que cuando Foucault explora los dispositivos de poder, enfatiza en que estos no son exclusivos del estado¹⁷, pero en lo mencionado hasta ahora, toda la regulación del ejercicio médico un ejemplo evidente de la función reguladora del estado sobre los aspectos mórbidos de la vida y los personajes relacionados con la salud y la enfermedad.

El poder que el médico ejerce tiene que ver directamente con la investidura que el estado le otorga a través del ministerio de educación y el ministerio de salud. Sin embargo, existe también un poder que el estado ejecuta sobre el médico. Para su comprensión, se describe como ejemplo, los prerequisites para el ejercicio de la psiquiatría en Colombia, vigentes al momento de desarrollar este trabajo.

Tras finalizar la formación académica en medicina, se realiza un año de práctica de internado rotatorio por todas las especialidades, después de esto, se obtiene el grado de médico en Colombia. Posteriormente, y después de un año de ejercicio de la práctica rural obligatoria, el estado otorga el carné de médico, con lo que se puede iniciar el ejercicio como galeno. Al cabo de la realización de la especialidad médica, que en el caso de la psiquiatría son tres años, el Ministerio de Educación emite el diploma de Especialista en Psiquiatría. Es significativo mencionar, que poseer el título, aún no es suficiente para poder ejercer la especialidad; se debe tramitar el registro ante el Ministerio de Salud y a través del Colegio Médico Colombiano, del Registro Único del Talento Humano en Salud. Solo hasta entonces se puede ejercer la especialidad. Adicionalmente es requisito cada dos años que el psiquiatra actualice el curso de reanimación cardiovascular y de

¹⁷ La disciplina es una modalidad de aplicación de poder que no funciona a través del consenso sino a partir de la normalización, y si bien las instituciones disciplinarias despliegan un tipo de ejercicio de poder que distingue lo normal de lo anormal, es importante tener presente que su coherencia no resulta de la puesta en juego de un proyecto, sino de la lógica de estrategias que se oponen unas a otras.

atención a víctimas de violencia sexual. Finalmente, solo al cumplir tales requisitos, se puede ejercer la labor como médico especialista en psiquiatría.

3.2.2 Dispositivos de Poder

Ahora se revisarán algunos de los procedimientos que se constituyen como dispositivos de poder. Se plantea la discusión sobre la dinámica del ejercicio de la psiquiatría, los renovados métodos de encierro y los nuevos actores involucrados. Se espera suscitar una reflexión crítica en torno a ellos.

3.2.2.1 Relacionados directamente con el paciente. A continuación, se determinan los dispositivos, relacionados directamente con el paciente. Por un lado, están los que tienen que ver con la operativización de todo lo que sucede dentro del hospital mental y las consultas médicas ambulatorias. Aquí se mencionan, la historia clínica, los protocolos de informe de efectos adversos, la realización de juntas médicas, las incapacidades y los certificados médicos. Por otro lado, están los que tienen que ver con los dispositivos que involucran la intervención directa sobre el cuerpo del paciente. Se mencionan aquí los protocolos de inmovilización, de sedación, el uso de los medicamentos y el protocolo de terapia electroconvulsiva.

3.2.2.1.1 Operativización del Hospital Mental. La historia clínica: La historia clínica es el documento legal por excelencia que sustenta el ejercicio clínico del médico. Tiene el carácter de prueba jurídica, de soporte documental para las aseguradoras, es el registro de los datos biológicos, psicológicos y de la historia de vida del paciente. La redacción de la historia clínica está parametrizada y debe incluir una serie de ítems determinados. En la formación del estudiante

de medicina, se le dedica un año al entrenamiento para la construcción de la historia clínica, como principal mecanismo de poder documental. Después de realizada y consignada física o electrónicamente es inmodificable. En la época en que los registros se realizaban a mano, estaba prohibido el uso de tachones o correctores; siempre se debían dejar notas aclaratorias ante cualquier error. Ahora, con el uso de la digitalización, se corren riesgos en cuanto a que se realiza en un tiempo corto en cada consulta, sin un entrenamiento del médico en mecanografía, con lo cual es susceptible de cometer errores de digitación, que podrían tener implicaciones legales.

Dentro de la historia clínica, está el apartado del diagnóstico clínico. La mayoría de las veces se registra como una impresión diagnóstica, ante la posibilidad de que dicha asignación cambie con el tiempo. El diagnóstico nutre las bases de datos que se reportaban a las entidades encargadas de la vigilancia epidemiológica en salud mental. Ahora, en línea, con el análisis del encierro, nótese que los diagnósticos se constituyen como camisas de fuerza invisibles para el paciente, pues para ser apto dentro de la mayoría de las esferas laborales, no se debe tener ningún diagnóstico mental. Cuando el paciente presenta alguno de estos, podría convertirse en un impedimento para el trabajo.

Protocolos de ingreso, egreso, salida voluntaria. Todo acto médico dentro del hospital está supervisado y documentado. Los protocolos son socializados por las áreas encargadas de la gestión de calidad. Su cumplimiento, en el caso del protocolo de ingreso y de egreso, le dan al paciente la garantía de que, todo lo que implica la atención en salud, cumple los estándares de calidad que la institución ofrece. En el caso del protocolo para la salida voluntaria, el paciente y su familiar, asumen el ejercicio del derecho a rechazar la hospitalización. Se observa aquí un agravante en el ejercicio de este derecho, pues los soportes documentales de la atención solo los puede solicitar el paciente en días posteriores, pero no en el mismo momento de la realización del

retiro voluntario. Todos los protocolos mencionados encierran al médico en un ejercicio mecanizado donde gran parte del tiempo de la atención se utiliza en el diligenciamiento de los mencionados protocolos.

Protocolo de reporte de eventos adversos. Si Foucault, estuviera presente en la actualidad, se sorprendería del beneficio para el paciente de este dispositivo de poder. Todos los desmanes de la época clásica que se presentaban en los manicomios, no se contemplan hoy en día. Se insiste en usar el verbo contemplar, dado que, existe la posibilidad de que en el ejercicio médico se realicen acciones u omisiones a la seguridad del paciente, bajo el entendido que los prestadores no son infalibles. Pero precisamente este dispositivo les da a los pacientes la seguridad ante una hospitalización. Este dispositivo de poder, más que otros, se comporta como el panóptico, que vigila todo el procedimiento médico y de enfermería. Aquí el prisionero es otro, no el paciente sino el médico y su personal auxiliar quienes son supervisados en todas sus acciones.

Juntas médicas: Las juntas médicas existen, en la medida en que el médico reconoce la complejidad de un caso. Es un dispositivo que ratifica el concepto médico, en cuanto está respaldado por tres psiquiatras. Ante la decisión de una junta médica, no hay mucho que se pueda argumentar. En la medida en que queda por escrito y, a pesar de que la investidura médica la respalda, es una camisa de fuerza para el médico, en cuanto que alguna instancia judicial puede solicitarle que participe como auxiliar de la justicia ante dicho concepto.

La Ley 23 de 1981, en el artículo 19, contempla lo relacionado a las juntas en Colombia:

Artículo 19.- Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutirle el caso del paciente confiado a su asistencia.

Los integrantes de la Junta Médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante”.

Las incapacidades médicas. Las incapacidades médicas son otra esfera del ejercicio del poder. La investidura que se le otorga al médico implica la potestad de determinar quién está o no apto para el ejercicio laboral. Obsérvese que el número de días también está parametrizado. Así, el médico general puede indicar hasta 8 días, mientras que el psiquiatra prescribe hasta 30 días y el médico laboral, es el que tiene mayor poder decisivo en este respecto, pues asigna hasta 12 meses. Todas las incapacidades son susceptibles de prórroga. Ahora bien, con la incapacidad sucede algo particular en la psiquiatría.

En los pacientes que padecen una enfermedad del sistema musculoesquelético presentan también trastornos de índole emocional, que, en la mayoría de los casos, son adaptativos, es decir transitorios, y que se traducen en una disminución de su desempeño laboral. Estas enfermedades son crónicas y generalmente deteriorantes de la calidad de vida del paciente, se acompañan de síntomas dolorosos; todo esto afecta la vida mental de quien la padece.

Muchos de estos pacientes son dados de alta por fisiatras, ortopedistas y reumatólogos, quienes desplazan en la psiquiatría la responsabilidad de las incapacidades médicas del paciente, hasta que las instituciones encargadas de definir la posibilidad de retorno al trabajo determinen si se asigna o no una pensión. En todo este proceso, los pacientes con patologías musculoesqueléticas engrosan las listas de los pacientes psiquiátricos; en este sentido, el peso sobre la especialidad aumenta y se constituye un tipo de presión y encierro, dado por la lista interminable de pacientes que son atendidos por la psiquiatría.

Los certificados médicos. En línea con lo expuesto hasta ahora, los certificados médicos son otra forma de despliegue del poder que ejerce el médico, quién es autónomo en certificar lo que a su criterio es pertinente. En este sentido, suceden las mismas dinámicas descritas cuando se mencionó la historia clínica.

3.2.2.1.2 Dispositivos que involucran la intervención directa sobre el cuerpo del paciente. Protocolos de inmovilización. La contención física aún es un procedimiento que se realiza en el paciente psiquiátrico. La imagen de la camisa de fuerza genera de algún modo una mirada de desagrado frente a dicho procedimiento. Si bien la prenda de lona rígida que envolvía el cuerpo del paciente no se usa en la actualidad, sí se transformó en un dispositivo con menor cantidad de tela, pero cuyo objetivo es el mismo, limitar la movilidad del paciente.

Con la camisa de fuerza el paciente podía transitar por las instalaciones del hospital aun con sus brazos adheridos al pecho. Los inmovilizadores actuales son unas tiras de lona de cinco centímetros, que se aseguran con una llave de hierro, y se ajustan a la cama del paciente. La inmovilización actual dura un máximo 48 horas, que es el tiempo promedio para que un paciente mejore su estado de agitación. Después de administrarle una dosis seriada de neurolepticos, la agitación psicomotriz se resuelve. Como se advierte, este procedimiento es un remanente de uno de los dispositivos del encierro de la época clásica.

Protocolos de sedación. Cuando un paciente experimenta un estado de agitación que pone en riesgo su vida o la vida de terceros, el médico indica el uso de moléculas farmacológicas de acción rápida que puedan inducir un estado de sueño en el paciente. Estas moléculas son los benzodiacepinas que actúan a nivel del sistema nervioso central al suprimir el estado de vigilia.

Adicionalmente se combina con un antipsicótico, que interviene sobre las áreas del cerebro donde yace la génesis de la conducta violenta, relacionada con el neurotransmisor dopamina.

La combinación de ambos tipos de psicofármacos doblega la voluntad del paciente más violento. Así se ejerce el dominio sobre el cuerpo, sobre la biología; con la modificación temporal de las moléculas relacionadas con la conducta violencia. Nótese que el interés, no es que el paciente permanezca en un estado de sedación perenne, sino que se regulen sus emociones para que, de modo apacible, reciba los consecutivos tratamientos que le ayuden a su estabilidad mental. Se enfrenta pues a la dicotomía de que, a pesar del objetivo positivo para con el paciente, se despliega un dispositivo de poder médico a un nivel molecular.

El uso de los medicamentos. Ciertamente los psicofármacos son un gran apartado de la psiquiatría. El año de 1953 es una fecha histórica, determina el antes y el después en el uso de las terapias biológicas. Cuando se recuerda el panorama de la locura descrito en Foucault, salta a la vista que pacientes con patología mental grave sin la posibilidad de cura, quienes, reclusos en el manicomio, no estorbaban la mirada esquiva de los sanos. Con la introducción del uso de la clorpromacina en el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos afines, se le da la posibilidad al enfermo mental de una vida lejos del manicomio.

Como se mostró al discutir el procedimiento de la hospitalización, su objetivo no es la reclusión permanente. Con el uso de las moléculas antipsicóticas, se le permitió a las familias permanecer con sus familiares enfermos en su casa. A partir de este punto, un vertiginoso avance en el uso de nuevas moléculas derivadas de la clorpromazina, se dio inicio al surgimiento a gran escala de la industria farmacéutica, que exploró diferentes sustancias que mostraban ser prometedoras. Así se desarrollan los cuatro principales grupos farmacológicos que utiliza la psiquiatría como un dispositivo de poder, sobre la enfermedad mental: los antipsicóticos, los

antidepresivos, los estabilizantes del ánimo, los hipnóticos. En todo caso, también se puede considera otro grupo variado de moléculas que, diseñadas para otros fines en la medicina, ofrecen alivio a los síntomas de la esfera mental.

Así pues, tras sesenta y ocho años del inicio del uso de los psicofármacos, la medicina basada en la evidencia¹⁸, pone a prueba la efectividad y la seguridad de las moléculas utilizadas en la enfermedad mental. Es absolutamente cierto que, en la medicina, todo fármaco produce efectos adversos de variable grado de severidad. Análogamente, acontece el mismo fenómeno con los medicamentos utilizados en la psiquiatría. Con esto, se comprueba un aspecto que sobresale y se plantea como un mecanismo del encierro, el cual funciona en modo automático, sin la dirección voluntaria del médico.

El encierro de los psicofármacos sobre el paciente surge en una línea sutil, que controla al cuerpo en relación con los efectos adversos principales de los antipsicóticos. Se describirán los dos principales efectos adversos que en este análisis se consideran.

El primero tiene que ver con los efectos extrapiramidales¹⁹ que se presentan en los pacientes, donde se compromete la expresión facial, aparece la expresividad contenida como una máscara que borra las líneas sutiles del rostro, que limita las expresiones emocionales. Este es el primer nivel del encierro, el encierro de la mirada.

Existe una paridad en esa primera conexión que los seres humanos establecen al mirar a otros. Con los efectos adversos de los psicofármacos, la mirada se ve desdibujada, aparece la mímica congelada descrita en la semiología psiquiátrica. La alteración de la mímica no hace parte

¹⁸ La medicina basada en la evidencia, también conocida como medicina basada en hechos o pruebas, está dirigida a que las decisiones de la práctica clínica se tomen, a la luz de los aportes que ofrece las estadísticas y la epidemiología.

¹⁹ En medicina se le llaman síntomas extrapiramidales, a todos los síntomas que se presentan en relación con las alteraciones de los movimientos de la musculatura estroada. Es decir, la que corresponde a los músculos sobre los que se tiene control voluntario, como los de los de la cabeza, los brazos, las piernas y el tronco.

de la enfermedad mental, pero está directamente relacionada con la administración del psicofármaco.

La alteración de la motórica es otro componente que encierra el cuerpo del paciente. La fluidez de su marcha se altera, los pasos se acortan. Ante la visión del otro, algo no está bien, la marcha lenta delata al padecimiento. La fisonomía del paciente psiquiátrico fue asociada por mucho tiempo a esta marcha lenta, temblorosa y espástica, que nada tiene que ver con la enfermedad, es la cadena física que le queda, o el precio que paga el paciente ante el control del cuadro alterado de su pensamiento y sensopercepción. En algunos casos, las vías neurológicas relacionadas con los movimientos quedan permanentemente alteradas. En otros, dicha alteración es temporal y con un minucioso ejercicio clínico se pueden identificar y ajustar la dosis.

El segundo efecto adverso, que se interpreta como escenario del encierro farmacológico, se da en relación con la disfunción metabólica que producen los antipsicóticos y los estabilizantes del ánimo. Se afirma que la asociación es de tipo genético y se debe a una activación de genes que predisponen la resistencia a la insulina, al aumento de peso, por una alteración a nivel del metabolismo de las grasas en el cuerpo, que se expresa en el aumento de peso y tiene consecuencias en la salud cardiovascular. No es casualidad que una de las principales causas de muerte en los pacientes psiquiátricos, esté relacionada con eventos cardiovasculares.

Considérese ahora la existencia relacional entre tratamiento farmacológico y la aparición de nuevas entidades mórbidas. Lo complejo de este asunto es que, aunque es evidente la existencia de un encierro farmacológico y mórbido, los síntomas de la enfermedad mental, son tan devastadores en el paciente, en la familia y en la sociedad que aspiran que la medicina ofrezca una solución a los síntomas mentales del paciente. En consecuencia, el encierro aparece, ante la falta de nuevos avances que puedan encontrar un alivio al sufrimiento mental.

El protocolo de terapia electroconvulsiva. La terapia electroconvulsiva comenzó su uso en 1938, es otro de los dispositivos de poder de la psiquiatría. Tiene clara su indicación, como protocolo en algunas patologías, en la psiquiatría. Por desconcertante que parezca, su uso genera menos efectos adversos en los pacientes, si se compara con los psicofármacos, a tal punto de que es la terapia de elección para cuadros psicóticos graves o depresión grave con ideación suicida persistente. El criterio de elegibilidad en estos casos se da ante la menor posibilidad de que el paciente desarrolle efectos adversos, sobre todo en el caso de las mujeres embarazadas.

En cuanto a los efectos adversos, el más frecuente, es la confusión, donde el paciente experimenta estos síntomas, horas después del procedimiento. Dicho síntoma se resuelve de manera espontánea con el pasar de los días.

En cuanto al encierro, se podría interpretar que la terapia electroconvulsiva es un procedimiento bárbarico, cuya técnica consiste en aplicar corriente controlada sobre el tejido cerebral. Efectivamente podría ser interpretado como un procedimiento cruento. Sin embargo, tómese como ejemplo el acto quirúrgico; en el que, para acceder a los órganos internos, se realiza un daño a los tejidos sanos de la piel y los músculos, en forma de incisión con un bisturí; todo con el fin de llegar a los tejidos enfermos que van a ser operados. Por otro lado, si se realiza un análisis minucioso del mecanismo de acción de la terapia electroconvulsiva, existe un profundo vacío teórico. El mecanismo de acción molecular que explica la efectividad de la técnica se desconoce. En este sentido, el encierro que se propone delata la ignorancia de la psiquiatría en explicar, a la luz de la ciencia, el porqué de la efectividad de algunos de sus métodos utilizados.

3.2.2.2 Involucrados con el médico

3.2.2.2.1 Reglamentación de la participación de personal en fase de formación. En líneas anteriores se describió, el largo camino que el médico recorre, para poder ejercer como psiquiatra en Colombia. Se enfatiza aquí que el cumplimiento de dicha normatividad está regido por mecanismos estrictos que se constituyen en prerrequisitos para el ejercicio de la medicina.

3.2.2.2.2 Jerarquización de los prestadores de servicios de salud. La jerarquización de la prestación del servicio de salud es una clara muestra del poder clasificatorio del estado, en los actos cotidianos de salud y la enfermedad. Los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria clasifican a las instituciones de salud y a las especialidades médicas. El estado clasifica incluso los honorarios pagados por especialidad. Todo esto evidencia la desigualdad en la remuneración económica que se desarrolla dentro del personal asistencial en salud y se constituye en otro tipo de encierro. Todos los médicos evitan permanecer como médicos generales, en un país donde la barbarie de la especialización y las dificultades en el acceso de la educación superior son un enorme problema que excede el análisis de este trabajo.

3.2.2.2.3 Protocolo para la formulación. El acto médico de formular es uno de los más importantes. Es un registro indispensable en el acto médico ambulatorio, dentro de los hospitales y las clínicas, así como para las oficinas de vigilancia epidemiológica y para las aseguradoras. También para el paciente la fórmula médica y su firma equivale al cierre de la atención en salud.

Ahora bien, la fórmula inviste con un poder sobre la enfermedad; sí como cuando los reyes sellaban con su anillo los edictos, la firma de la fórmula por parte del médico equivale al

“comuníquese, ordénese y cúmplase”. Es tan cierta esta aseveración, que los pacientes con cualquier indicación que el médico haya prescrito pueden entablar ante el estado, una acción de tutela que obliga a las aseguradoras a cumplir lo que el médico ordenó. Nótese el control, a modo de un doble vínculo entre las partes. Como consecuencia, el estado valida el ejercicio médico y la orden del médico debe ser cumplida por el estado.

En cuanto a la rutina de la formulación médica y el doble vínculo que se afirma, surge como una realidad en la prescripción. El treinta por ciento del tiempo del acto médico se dedica a la digitación, de una cantidad de formatos que se le exigen al médico cada vez que da una indicación que esté por fuera del plan obligatorio de salud que, como se conoce en Colombia, deja por fuera muchos de los medicamentos que se usan de modo rutinario. La progresiva aparición de estos requerimientos hace sospechar, de un modo sutil, de mecanismos de control a la baja, en la prescripción de insumos de los recursos en salud.

La mayoría de los médicos realizan una honesta formulación de los insumos que el paciente necesita; esto le lleva a tener que ocupar gran parte de la consulta en el diligenciamiento de documentos administrativos y el resultado es la minimización en la calidad del acto médico en relación con el interrogatorio y el examen físico. Como se observa, en el encierro administrativo del médico, es uno de los más nocivos y deletéreos de la calidad del ejercicio médico.

3.2.2.2.4 Protocolo de habilitación de los prestadores de servicios de salud. La resolución 3100 de 2019 es el manual de inscripción de prestadores, y habilitación de servicios de salud, que incluye los estándares y criterios mínimos para prestar servicios de salud en Colombia. Pero cada cierto tiempo en el país se cambia y se actualiza dicha resolución, lo que lleva a que los prestadores de servicios de salud, deban actualizar y sujetarse a la norma, tanto en las instalaciones como los

insumos. Ante el incumplimiento, se puede caer en sanción o incluso en el cierre de la prestación del servicio de salud. En este punto, es evidente el despliegue del dispositivo de poder del estado sobre la medicina.

3.2.2.2.5 Participación como testigos o peritos de sistema judicial. La Ley 23 de 1981 dictamina la norma en materia de ética médica en Colombia y describe en el artículo 6°:

El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley (Ley 23 , 1981); ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y solo la verdad.

En este sentido, nótese la importancia de un correcto ejercicio médico, por la implicación legal que tiene. Sin embargo, y a la luz de lo que se ha expuesto en este tercer capítulo, los mecanismos del encierro no están limitados al paciente, el médico se encuentra cautivo de la estructura actual del sistema de salud y está coartado para poder cumplir lo que expresó en día de su grado en el juramento hipocrático, contemplando también en la Ley 23 de 1981, en el capítulo II, artículo 2°: (Ley 23 , 1981, pág. 2)

Para los efectos de la presente ley, adoptándose los términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, con la adición consagrada en el presente texto.

El método deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente.

Juramento Médico

Prometo solemnemente:

- Consagrar mi vida al servicio de la humanidad.
- Otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen;
- Enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica a los

más puros distados de la ética:

- Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;
- Velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente;
- Guardar y respetar los secretos a mí confiados;
- Mantener incólumes por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones

de la profesión médica;

- Considerar como hermanos a mis colegas;
- Hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, raza, rangos sociales, evitando que estos se interpongan entre mis servicios profesionales y a mi paciente.

- Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.

Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho.

4. Conclusiones

El presente trabajo surgió como respuesta a la pregunta histórica que los pacientes, que padecen de alguna enfermedad mental, le hacen a la medicina en cuanto al encierro como método de tratamiento. Quedan claros los siguientes postulados:

Primero, la separación del cuerpo se estableció como un dispositivo en la historia, en cuanto a la marginación física del que es diferente, que apareció en el panorama de la psiquiatría muchos años después de ser validado por el estado, la iglesia y la familia.

Segundo, en Michael Foucault, se encuentra al autor que con mayor proximidad permite hacer un análisis de los mecanismos de control sobre la vida y del ejercicio del poder sobre el cuerpo. Su obra devela de modo progresivo los dispositivos de la regulación que la sociedad ejerce sobre sí misma; y en su libro *Historia de la Locura en la Época Clásica* (Foucault M. , 1993), el autor ofrece la visión de una sociedad que controla, que separa, que clasifica y que trata todo cuanto es diferente. En este sentido Foucault permite una fotografía histórica, del encierro de la locura y los diferentes caminos que recorre por Europa, en medio de una medicina en desarrollo.

Tercero, que Humberto Rosselli dio cuenta de la historia de la psiquiatría en Colombia, con atisbos de los principales hechos del encierro en América Latina, que permite ahora subrayar en la locura, una condición diferente de funcionamiento cerebral, que se presenta de modo global, sin distinguir la raza, el género, o el país de origen; y que exige de la medicina, una visión más justa, al sopesar el ejercicio del poder sobre la vida, en cada procedimiento médico psiquiátrico ejecutado.

Cuarto, se logró observar al encierro en paralelo, en cuanto a lo histórico y lo criticó que los autores mencionados permiten, facilitó la visión realista del método de separación, como el fracaso histórico de la psiquiatría y la demanda de nuevas respuestas frente a la enfermedad mental que aún no llegan para los pacientes. Además de establecer como imperativo que la medicina sea consciente, de las nuevas formas en que el dispositivo de control aparece en la psiquiatría y que haga visible como se incorporó con tal sutileza que llegó incluso a ser normalizado.

Quinto, que en la actualidad se observa un menor despliegue de los dispositivos de poder sobre el cuerpo del paciente, en relación con el encierro como el espacio físico que impide su movilidad. Hoy el escenario es otro, se relaciona con los efectos adversos que los psicofármacos, tienen sobre el funcionamiento cognitivo a la baja en el enfermo y principalmente sobre su salud cardiovascular y metabólica.

Finalmente, sexto, que el vacío de Foucault y de Rosselli, en cuanto a la visión del encierro, está en considerar solo al paciente, como sujeto de acción, sin observar que, para ese momento, y por las características propias de la medicina de la época; la línea traslacional de los dispositivos de control, que pasaron la línea y extendieron sus parales. Ahora también se encierra al médico, donde lo limitan y lo bloquean el libre ejercicio de la medicina psiquiátrica.

Referencias Bibliográficas

- Benente, M. (2017). *Poder disciplinario y capitalismo en michel foucault*. *Revista De Estudios Sociales*, (61), 86-97. . Obtenido de doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.7440/res61.2017.07>.
- Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana De Metodología De Las Ciencias Sociales*, 9(1) doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.24215/18537863e052>
- Caffarena, A. B. (2021). *Ejedesencuadrá: Del encierro hacia el vy'a (PSI CRÍTICA no1)*. *Arandurã*.
- Cadahia, M. L. María del, R. A., & (2020). Algunas anotaciones en torno a 0RW1S34RfeSDcfkexd09rT2mediaciones de lo sensible: Hacia una economía crítica de los dispositivos1RW1S34RfeSDcfkexd09rT2. *Ideas y Valores*, 69(173), 229-243. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.15446/ideasyvalores.v69n173.84901>
- Camargo, R., & Ried, N. (2020). LA RESISTENCIA ANTE EL BIOPODER MOLECULAR. *Alpha*, (50), 9-20. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.32735/S0718-2201202000050785>
- Campillo, A. (2015). *Biopolítica, totalitarismo y globalización/Biopolitics, totalitarianism and globalization*. *Sociología Histórica*, (5), 7-42. Retrieved from. Obtenido de <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/biopolítica-totalitarismo-y-globaliza>.

- Cano, G. L. (2020). La arqueología del saber. relectura, 50 años después, de un método olvidado. *Anuario Colombiano De Historia Social y De La Cultura*, 47(2), 283-308,441. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.15446/achsc.v47n2.86162>
- Castrillón-Valderrutén, M.,Del Carmen. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiatricos. una reflexion historiografica sobre el programa institucional de atencion a la locura en colombia '. *Sociedad y Economía*, (40), 143-162. Retrieved from <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/entre-asilos-y-hospitales-psiquiatricos-una/docview/2406987121/se-2?accountid=29068>
- Conforti, R. M. (2017). *Educación de la naturaleza y profesión de fe del vicario saboyano de Rousseau* . Bogotá: Universitas Philosophica: Vol. 34 Núm. 68 .
- Crow, T. (2014). *A Gene ic Theor of Hominin E ol*.
- Descartes, R. (1981). *Meditaciones metafísicas. Hispanoamérica*. .
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Obtenido de https://proletarios.org/books/Foucault-Historia_de_la_locura_I.pdf.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad. Foucault. In Foucault*.
- Foucault, M. (1993). *Historia de la locura en la Época Clásica III. Bsolut.Info*, 479. Obtenido de [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6696\(199924\)35:1<63::AID-JHBS15>3.3.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6696(199924)35:1<63::AID-JHBS15>3.3.CO;2-O).
- Foucault, M. (2013). *El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores México*.
- Foucault, M. (2014). *Historia de la sexualidad /Vol. 1. La voluntad de saber (Teoría)*. . México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2015). *El orden del Discurso* . 1 edición.

Fuente, R., de la Fuente, R., & Muñoz, M. C. (2014). *La patología mental y su terapéutica, I. Fondo de Cultura Económica.*

Gómez-Arias, R. D. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? Revista De La Facultad Nacional De Salud Pública, 36 Retrieved from <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/qué-se-ha-entendido-por-salud-y-enfermedad/docview/2138067619/se-2?accountid=29068>

Hegel, G. W., Roces, R. G., & Leyva, G. (2017). *Fenomenología del espíritu. Fondo de Cultura Económica.*

Hernández-Holguín, D. M., & Sanmartín-Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en colombia: Entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. Revista Gerencia y Políticas De Salud, 17(35), 43-56. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.11144/javeriana.rgps17-35.psmc>

Hurtado, J. D. G. (2017). "El delincuente de hoy, será el obrero del mañana"1. políticas de la infancia y trabajo: Instituciones, discursos, prácticas en colombia (1920-1940) *. Historia y Sociedad, (32), 285-315. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.15446/hys.n32.55512>

Jairo Gutiérrez Avendaño. (2019). Historiography of madness and psychiatry in colombia: From medical writers to the critical perspective, 1968-2018.Historelo, 11(21), 285-318. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.15446/historelo.v11n21.65660>

Jaspers, K. S. (2014). *Psicopatología general (2.a ed.)*. . Fondo de Cultura Económica.

Ley 100. (1991). *Protección Para Todos*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM->

424575#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Colombia, con%20participaci%C3%B3n%20de%20la%20comunidad.

Ley 23 . (1981). *Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica*. Obtenido de https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf.

Lieberman, J. A. (2015). *Historia de la psiquiatría. (1ra ed.) Ediciones B, S. A.*

Martínez-Posada, J. E., Hernández-Molina, N., & Luz Mery Hernández-Molina. (2019). Ontología crítica de las prácticas formativas en medicina y enfermería. *Magis*, 11(23) doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.11144/Javeriana.m11-23.ocpf>

Mesa, D. A. (2015). *La medicina como producción de subjetividad. una aproximación a michel foucault/medicine as producer of subjectivity. an approach to michel foucault/a medicina como produção de subjetividade. uma aproximação a michel foucault*. Obtenido de <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/la-medicina-como-producción-de-subjetividad-una/docview/1814283272/se-2?accountid=29068>.

Muñoz, A. S. (2017). LA SOCIEDAD DE CONTROL: UNA MIRADA A LA EDUCACIÓN DEL SIGLO XXI DESDE FOUCAULT. *Revista De Filosofía*, 73, 317-336. Retrieved from <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/la-sociedad-de-control-una-mirada-educación-del/docview/1986317359/se-2?accountid=29068>

Normas sobre etica medica: ley 23 de 1981 ; decreto reglamentario 3380 de 1981. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Orellana, N. d. V. (2012). ENTRE PODER Y RESISTENCIA. TRAS LOS RASTROS DE LA POLÍTICA EN FOUCAULT/Between power and resistance. following the trace of politics

- in foucault. *Revista Enfoques*, 10(17), 147-168. Retrieved from <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/entre-poder-y-resistencia-tras-los-rastros-de-la/docview/1350366863/se-2?accountid=29068>
- Pestaña, J., Luis Moreno. (2015). El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: Un balance/Psychiatric power and the sociology of mental illness. *Sociología Histórica*, (5), 127-164. Retrieved from <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/el-poder-psiquiátrico-y-la-sociología-de/docview/1777715511/se-2?accountid=29068>
- Rodríguez, J. I. (2014). *Breve historia de la Inquisición*. Nowtilus.
- Rosselli, H. (1868). *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Horizontes (ed.).
- Róterdam, D. E. (2019). *Elogio de la locura (Ensayo) (Spanish Edition) (1.a ed.)*. Editorial Verbum.
- Sacchi, E. (2016). *Umbrales biológicos de la modernidad política en michel foucault */Biological thresholds of modern politics in michel foucault*. *Daimon*, (68), 19-35. Obtenido de [doi:http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.6018/daimon/202801](http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.6018/daimon/202801).
- Silva, B. F. (2017). *Entre la razón y la sinrazón: Concepciones y prácticas sobre las enfermedades mentales o del alma en Bogotá*. Bogotá (1.a ed.). : Universidad Santo Tomás.
- Trespalcios, J. G. (2005). *La inimputabilidad: Concepto y alcance en el código penal colombiano*. *Revista Colombiana de psiquiatría*(1).
- Uruchurtu, I. E., & Echebarría, R. S. (2013). *Introducción a la psicopatología: Una visión actualizada (3.a ed.)*. Editorial Médica Panamericana
- Valderrama, J. M. (2020). *Locura y sociedad. alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968*. *Anuario Colombiano De Historia Social y De La*

Cultura, 47(1), 400-403. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.15446/achsc.v47m.83212>

Vallejo, N. J. (1390). *Locos Egregios*.

Vásquez, M. F. (2018). La higiene intelectual infantil o los comienzos de la psiquiatrización de la infancia en Colombia, 1888-1920. Anuario Colombiano De Historia Social y De La Cultura, 45(1), 105-129. doi:<http://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2135/10.15446/achsc.V45n.1.67553>

Zuluaga, J. C. D., Cruz, J., & Meneses, M. (2018). Medicalización, promoción de la enfermedad y disfunción sexual femenina ****. CS Ciencias Sociales, (24), 41-66. Retrieved from <https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2171/scholarly-journals/medicalización-promoción-de-la-enfermedad-y/docview/1994263339/se-2?accountid=29068>