



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HDES.

DEPTO. DE CIENCIAS SOCIALES



Escuela de  
Psicología

# Discurso sobre la locura.

Tesis para optar al título de Psicólogo.

Alumnos: Alfonso Espinoza Provoste.

Angelo Espinoza Domínguez.

Docente guía: Soledad Martínez Labrín.

Fecha: 17 de diciembre de 2013.



INDICE	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PRESENTACIÓN	1
II.1 Planteamiento del problema	1
II.2 Justificación	4
II.3 Preguntas primaria y secundarias	5
II.4 Objetivos general y específico	6
III. MARCO REFERENCIAL	6
III.1 Antecedentes teóricos	6
III.2 Antecedentes empíricos	25
III.3 Marco epistemológico	42
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	47
IV.1 Metodología y diseño.	47
IV.2 Técnicas de recolección de información	50
IV.3 Instrumentos	51
IV.4 Población	51
IV.5 Análisis de datos propuesto	53
IV.6 Criterios de calidad	54
IV.7 Aspectos éticos	55
V. Presentación de los resultados	55
Conclusión	77

REFERENCIAS	93
VI. ANEXOS	100
VI.1 Consentimiento informado	100
Vi.2 Cuestionario Abierto	101

## I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por fin ir al encuentro del discurso sobre la locura para, a partir de un análisis crítico del mismo, poder acceder interpretativamente a la ideología que le da vida y a las instituciones que le otorgan validez.

En primer lugar se realizará un recorrido histórico del concepto de locura a la luz del hilo conductor que nos presenta Michel Foucault en sus obras Historia de la locura en la época clásica (2000) y Enfermedad mental y personalidad (1984).

El anterior recorrido será complementado con la visión que tiene el historiador de la ciencia español Rafael Huertas (1997, 1999, 2001) de la enfermedad mental como construcción socio-cultural.

Luego se procederá a la construcción del discurso, primero mediante la aplicación de un cuestionario abierto autoaplicado, y luego a través del análisis crítico hecho a los discursos presentes en estos cuestionarios, el cuál será inspirado en la teoría del lingüista holandés Teun Van Dijk (1980, 1994, 1999, 2003).

## II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

### II.1. Planteamiento del Problema

La locura no es un concepto estable, bien definido, ingenuo, sino que a lo largo de la historia se ha mostrado como una categoría dinámica, ambigua, que ha sido aprehendida y moldeada, en diferentes épocas, por distintas instituciones que, haciendo caso a los paradigmas reinantes, y por ellos empoderadas (las instituciones), han dado un trato particular a este concepto según los intereses propios de las instituciones y de los contextos sociales y políticos en los cuales se hallan inmersos (Foucault, 1999, 2000).

De esta manera, la locura ha prestado una utilidad histórica como mecanismo de control y de normalización, pues ha sido una categoría construida por la medicina para englobar todas las conductas que diverjan de lo que la cultura predominante considera como normal, socialmente deseable o tendientes al bien común (Huertas, 1999). La idea de bien común es un constructo ideológico donde pueden confluir visiones filosóficas, religiosas, económicas, políticas, científicas, etc. (Huertas, 1999) y que da los lineamientos de hacia dónde ha de marchar la sociedad y, en razón de estas directrices, implementa un sistema institucional que permite realizar este cometido. De esta forma las instituciones aparecen como un espacio de resguardo de este bien común generando prácticas coercitivas que obligan a respetarle, como por ejemplo, el encierro en cárceles, manicomios, hospitales psiquiátricos, aplicación de torturas, suministración de medicamentos, etc. (Huertas, Campos y Álvarez, 1997).

Hoy en día, donde el positivismo aparece como el método deseable en la producción de conocimiento científico, conocimiento en que, dicho sea de paso, se sustenta el bien común de la sociedad, la institucionalidad médica ha tomado la palabra a la hora de hablar de la locura (Foucault, 2000; Huertas, 2001; Vásquez, 2011). Esta forma de acercarse a locura que hace la medicina es en base con su propia forma de entender la enfermedad como algo a lo que solo puede accederse por medio de sus manifestaciones sintomáticas, haciéndose cargo de lo visible de la locura, del ser-visto de la locura (Salcedo, 2010). En otras palabras, se hace cargo de la locura como enfermedad mental, a la cual accedemos, igual que a las otras enfermedades, a través de sus síntomas (Foucault, 1984, 2000).

Junto con esto, el discurso de la disciplina psiquiátrica, que es el brazo de la medicina que se hace cargo de lo mental, establece una serie de categorizaciones

que parcelan la enfermedad mental bajo criterios de semejanza, estableciendo para cada una, criterios diagnósticos y tipos de tratamientos (Foucault, 1984).

Estas categorías las podemos encontrar en diversos manuales de diagnóstico, como por ejemplo los DSM, utilizados por distintas disciplinas de la salud, con el fin de compartir criterios y tener un lenguaje unificado (González y Pérez, 2007).

Creemos que la psicología, en este sentido, no es la excepción, pues ha heredado de la psiquiatría esta visión médica, patologizante, de la locura, que la reduce a simple enfermedad mental, como algo externo, maligno e invalidante, de lo que hay que defenderse y limpiarse, y que es preciso curar, preconando así un discurso religioso-científico de la locura como enfermedad mental (Foucault, 1984; Vásquez, 2011).

Este discurso sobre la locura, entendida hoy como enfermedad mental, en que confluyen las visiones de la institución religiosa, médica, política, económica, entre otras, y que nace como una categoría opuesta a la del bien común (Huertas, 1999), cumple hoy en día, como hace quinientos años y más, una función de control, normalización y exclusión social (Foucault, 2000; Vásquez, 2011), y se reproduce mediante la enseñanza de diversas disciplinas de la salud, entre las cuales contamos también la psicología.

Al comprender que es la institución médica, en particular la psiquiatría, quien se hace cargo hoy de la locura, como una enfermedad mental, con una visión patologizante de la misma (Foucault, 1984, 2000) y que además la psicología ha heredado esta forma de entender dicho constructo, es importante detenerse en algunas consecuencias que acarrea esta manera actual de aprehender la locura.

La locura, como decíamos, no es un concepto ingenuo, sino una construcción social ideológicamente determinada, por lo tanto es manifestación de intereses de grupos de poder dominante, con consecuencias sociales importantes como la marginación, exclusión, invisibilización, segregación de una parte de la población (Foucault, 1984, 2000, 2004), cuyo discurso, que es el discurso de *los otros*, es callado mediante el encierro y la indiferencia, avalado todo esto, hoy, por la institución médica. Como dice Foucault (2004) “desde la más alejada Edad Media el loco es aquel cuyo discurso no puede circular como el de los otros: llega a suceder que su palabra es considerada nula y sin valor, que no contiene ni verdad ni importancia.” (pp. 15- 16).

Las prácticas médicas, entonces, se traslapan y se influyen recíprocamente con todas las dimensiones de la sociedad, con el derecho, con lo político, lo económico, etc., y se encuentran al servicio de los intereses de las ideologías dominantes en forma de prácticas coercitivas que tienen por fin restablecer un determinado orden o armonía entre la vida del enfermo o enferma y la sociedad (Foucault, 1999; Huertas, 1997, 1999, 2001; Vásquez, 2011).

Entendemos que las prácticas disciplinares, en donde también encontramos la psicología, no terminan en la relación terapeuta-paciente (Rose, 2007), sino que tienen importantes consecuencias sociales, pudiendo producir y reproducir ideologías de las cuales no siempre se es consciente, y que pueden estar operando como un importante dispositivo de control y exclusión.

Esta importancia de hacernos conscientes de los alcances sociales de las prácticas médicas la recalca Huertas (2001) “Es evidente que en aquellos terrenos en los que la medicina entra en relación con la sociedad que la rodea, lo normal y

lo patológico dejan de ser valoraciones objetivas – y científicas – para convertirse en decisiones sociales” (p. 18).

## II.2. Justificación

La presente investigación pretende contribuir con una perspectiva diferente de algunos procesos de exclusión y estigmatización inherentes al diagnóstico de la enfermedad mental (Huertas y otros, 1997; López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio 2008) y en estrecha relación con los fundamentos ideológicos o creencias compartidas que sustentan esa estigmatización (Huertas y otros, 1997). Es por esto que se busca aportar al conocimiento de las prácticas disciplinarias al momento de enfrentarse y comprender la locura o la enfermedad mental, en aras de un trato menos estigmatizante para quienes son diagnosticados con estas categorías.

En la literatura revisada no se han encontrado estudios cualitativos chilenos que aborden las prácticas disciplinares en torno a la locura, es por eso que esta investigación tiene por fin aportar con conocimientos que pudiesen ser útiles para mirar este objeto dentro de la disciplina psicológica, y las posibles funciones sociales que podría cumplir, tanto la disciplina (Rose, 2007) como la particular forma que se tiene de concebir la locura. Por lo anterior la investigación llevada a cabo se sitúa desde una posición crítica y reflexiva acerca de las prácticas psicológicas referentes al objeto de estudio propuesto en esta investigación .

En el presente estudio, tanto la metodología, el método, como el objeto de estudio se presentan como una relación novedosa para dar cuenta de procesos de control y exclusión social.

### II.3. Preguntas de Investigación primaria y secundarias

Primaria:

¿Cómo es el discurso sobre la locura?

Auxiliares:

¿Cuál o cuáles son los aspectos ideológicos subyacentes en el discurso sobre la locura?

¿Cuáles son los espacios asignados a la locura?

¿Cuál es la relación que se establece entre locura y sociedad en el discurso sobre la locura?

### II.4. Objetivos General y Específicos

**General:** Analizar críticamente el discurso sobre la locura.

**Específicos:**

Identificar los aspectos ideológicos presentes en el discurso sobre la locura.

Conocer cuáles son los espacios asignados a la locura.

Analizar críticamente la relación que se establece entre locura y sociedad en el discurso sobre la locura.

### **III. Marco Referencial**

#### **III.1. Antecedentes teóricos.**

##### **Locura**

La locura es una categoría que está lejos de ser clara por sí misma y a lo largo de la historia ha ido mutando en la forma de ser concebida, esto es, sus límites han ido cambiando y, en consecuencia, el ámbito que abarca, es decir, el tipo de personas susceptibles de caer bajo esta categoría, también cambia (Foucault, 2000). Michel Foucault, en obras como “La historia de la locura en la época clásica” y “Enfermedad mental y personalidad”, hace un trazado histórico, arqueológico, reconstruyendo el recorrido hecho por esta categoría hasta llegar a nuestros días. Esta reconstrucción, nos aclara Foucault (2000), no nos revela una categoría construida coherentemente mediante una suerte de conocimiento acumulativo a lo largo de la historia, de modo que situará la actual comprensión de la locura por sobre las anteriores, como poseedora de una verdad mayor que

las formas previas de concebir la locura. Por el contrario, el devenir de la locura ha sido hasta cierto punto azaroso e ilógico, dándose en su transcurso avances y retrocesos (Foucault, 2000). En este mismo sentido es que nos previene Rafael Huertas (1997), diciéndonos que el devenir de la locura no es homogéneo en el mundo, ni siquiera entre los países europeos, presentándose grandes diferencias entre el transcurso de la interpretación de la locura en España, Francia, Inglaterra o Alemania. Lo mismo nos dice Aroca (2006) respecto de la comprensión de la locura en Chile.

Dicho esto, podemos revisar una breve exposición de la interpretación que Michel Foucault hace del recorrido de la locura desde la Edad Media hasta la Modernidad.

Foucault (1984) nos dice que durante la Edad Media se daba una explicación sobrenatural a la locura, donde era considerada como obra de la divinidad, siendo el loco un poseído, que, manteniendo a salvo su espíritu, por tanto su voluntad y su libertad, ve sometido su cuerpo, sus órganos de los sentidos, al dominio de los ángeles demoniacos.

“De este modo se salva la libertad del poseído. Pero su cuerpo está condenado; y si el ángel posesor está aferrado solo a la carne, si solo agita, atormenta y revoluciona a la existencia animal, matar esta vida bestial y quemar ese cuerpo no es más que devolver al alma la pureza

de su querer, liberarle del instrumento pervertido de su libertad; el fuego liberará al espíritu de su cuerpo poseído, se quemará al insano por su salvación” (Foucault, 1984, p. 89).

Luego, con el Renacimiento, la posesión ya no es entendida como posesión del cuerpo, sino del espíritu y, por lo tanto, abolición de la libertad. Consecuentemente el procedimiento ahora no será destruir el cuerpo, sino cuidarle, resguardarle, pues así se mantendría a salvo de la posesión, para que no sea instrumento de un espíritu insano, cambiando en esta época el sentido de las prácticas hospitalarias desde el castigo hacia la salvaguardia (Foucault, 1984).

Hélen Tropé (2010) nos habla acerca de cómo la locura se transforma en un verdadero problema para la Inquisición de la España de los siglos XV, XVI y XVII, pues eximía de castigo y era considerada una circunstancia atenuante, debiendo recurrirse continuamente a la opinión médica para que ayudase a aclarar si la aparente locura que mostraban algunos y algunas reos y reas era legítima o era fingida para evitar castigos. Cuando se comprobaba, bajo la opinión médica y otras muchas artimañas, que la locura era real, se enviaba a estas personas a hospitales psiquiátricos o al cuidado de sus familiares. Además es muy clarificador ver, en el relato que la autora hace de algunos casos, las razones argüidas para considerar loco o loca a una persona. Era muy común la acusación de ser judaizante, por ejemplo, o de delirios religiosos (oposición a la fe cristiana), equiparando así herejía y locura. Es claro el poder que, tanto en la Edad Media como en el Renacimiento, tenía la institución religiosa a la hora de determinar los límites de la locura, tanto por la explicación sobrenatural (Foucault, 1984) como por su equiparación con herejía (Tropé, 2010).

En este mismo artículo, Tropé (2010) nos muestra la estrecha relación que se establecía en aquella época entre el Tribunal Inquisidor y la institucionalidad médica, siendo la locura el puente de unión entre ambas instituciones.

Luego, en el siglo XVIII, nos dice Foucault (1984), la locura deja de ser entendida como un añadido sobrenatural a lo natural, algo demoníaco a la obra de Dios, y pasa a ser considerada como ausencia o privación de las facultades más altas del hombre; “el insano ya no es un poseído; en todo caso, es un desposeído” (Foucault, 1984, p. 90).

Cuando la razón era considerada la facultad esencial del ser humano capaz de conducirlo al conocimiento absoluto y al máximo progreso y capaz de unir la voluntad individual con el bien común de la sociedad toda, la locura era considerada como ausencia de esta razón, y consiguientemente, ausencia de libertad (Foucault, 1984; Salcedo, 2010). En el siglo XIX, nos dice Foucault (1984), el enfermo mental “es el que ha perdido el uso de las libertades que le ha conferido la revolución burguesa” (p. 92).

En esta forma de entender la locura se percibe una preponderancia de la institución del derecho, por cuanto se entiende que la locura determina la pérdida de autonomía de la persona – al abolir su razón- y la consecuente enajenación de sus derechos (Foucault, 1984).

En el siglo XIX (Foucault, 2000), y bajo el aura de una “humanización” en la forma de comprender la locura, es la institucionalidad médica la que adquiere una mayor importancia en la delimitación de la locura y en la forma de proceder ante ella. La mirada médica, que trata de asir la locura con la misma batería conceptual con que comprende la patología orgánica, funda la institución psiquiátrica que se apropia así del discurso sobre la locura entendiéndola como una enfermedad mental, estableciendo diversas categorías, parcelas de enfermedad mental, cada una con sus respectivos criterios diagnósticos y tratamientos a seguir (Foucault, 1984).

## **Enfermedad mental**

Para comprender los supuestos sobre los que descansa la enfermedad mental (Foucault, 1984; Aroca, 2006) estimamos conveniente recurrir, en un breve análisis, a cómo es que se ha ido entendiendo el concepto de enfermedad, tanto desde la concepción occidental, así como de otras visiones menos hegemónicas. Esto permite hacernos una ligera idea sobre qué es lo que se entiende cuando se habla de enfermedad mental, y sobre qué sustento se ancla dicha construcción (Foucault, 1984).

Según Viniegra-Velázquez (2008) la enfermedad, tal como la comprendemos en la actualidad, está sustentada en el modelo salud-enfermedad, y en donde a su vez este modelo está cimentado en lo que denomina Paradigma de la Historia Natural de la Enfermedad.

Este paradigma sienta las bases para pensar la enfermedad como algo separado del organismo que la experimenta, como una entidad objetiva y, por lo tanto, observable, diferenciable en su conjunto de otras enfermedades. Al observar la enfermedad como un ente natural, lo que se hace es darle una vida propia, dotarle de autonomía, independiente de quién sea el huésped que la aloja. Esta forma de entenderla ha posibilitado que surja todo un campo de conocimiento que busca conocer y determinar sus posibles movimientos, y para ello se ha creado toda una nosología especializada que busca dar cuenta de esa “realidad” llamada enfermedad: conocer su origen, evolución y pronóstico. Este movimiento que realiza la enfermedad permite diseñar estrategias orientadas a su prevención, control, tratamiento y cura (Viniegra-Velázquez, 2008). Dentro de este modelo salud- enfermedad, la enfermedad se concibe como la alteración de los patrones funcionales y estructurales propios de la salud (Viniegra-Velázquez, 2008)

Castro (2008) menciona que la enfermedad, para constituirse como tal, necesitó, a su vez, de una nueva aproximación a los sujetos, una nueva forma de entenderlos, que desde una distancia metodológica los posicionara como entes cosificados, ajenos a su propia experiencia. Esto se logra con la especialización que la medicina hace de los cuerpos, de su anatomía, de su mecánica, despojado de cualquier intento de sentido, o sea, un cuerpo separado del propio sujeto, de su comunidad, del cosmos. Este conocimiento y especialización de los cuerpos permite anclar sobre él a la enfermedad (Castro, 2008).

Si bien la enfermedad se ha venido entendiendo en occidente como nos lo ha propuesto la visión médica-orgánica, existen también otras interpretaciones acerca de sus causas, o del porqué de sus manifestaciones. Entre estas visiones podemos nombrar por ejemplo las de la santería cubana, la cual ve y entiende la enfermedad como algo que va más allá de lo físico, del mundo concreto y visible del sujeto (Castro, 2008). La enfermedad aquí es entendida como una especie de debilitamiento del *arché*, que es la energía vital del sujeto, que a la vez forma parte constitutiva de todo lo que existe, y que es impuesta como castigo por obra de los santos (divinidades). La enfermedad es instalada, así, en una dimensión distinta a la de los sujetos, en un plano divino, en donde el sujeto no tiene ningún control sobre ella y está a merced de estas fuerzas superiores. En esta tradición, tanto la enfermedad, como la cura, están estrechamente relacionadas y dependen de este poder divino (Castro, 2008). Similar a la anterior se encuentra otra tradición de creencias, el espiritismo de Kardec, en donde al igual que en la tradición de la santería cubana se integra la enfermedad como algo externo, que se encuentra en una dimensión paralela al mundo material, y que es producida y arrojada a los sujetos por obra de las divinidades (Castro, 2008).

Si bien estas tradiciones entienden la enfermedad como algo externo y que va más allá de la materialidad de los sujetos, a su vez también conciben que este sujeto no está aislado, forma parte de un todo, se encuentra en estrecha relación con los otros, incluso con las divinidades (Castro, 2008).

En este sentido, Vallejo (2006) hace la diferencia entre el modelo de salud occidental y el modelo indígena de salud. El primero, nos señala, está basado en el paradigma positivista de conocimiento, centrándose en la enfermedad como fenómeno autónomo, mientras que el segundo se arraiga epistemológicamente en su propia cosmogonía y cosmología, comprendiendo la realidad como un todo, entendiendo al hombre en sus dimensiones físicas, social y cultural, como un ser social que enferma en su contexto particular. Esta radical diferencia paradigmática de que parten ambos modelos hace que no sea posible conocer, la una, desde la epistemología de la otra.

Por otra parte, en palabras del mismo autor, la psiquiatría sería fiel seguidora de los presupuestos del modelo de salud occidental, específicamente del modelo biomédico, recurriendo al sistema nervioso central para explicar las alteraciones mentales (Vallejo, 2006).

En la cultura amazónica, por otra parte, la salud es entendida holísticamente y comprende las siguientes dimensiones: emocional, corporal, mental, vincular y espiritual, resaltando la importancia de esta última, pues de su equilibrio depende el equilibrio del resto de las dimensiones. Además cabe mencionar que desde este paradigma no se realiza la separación mente-cuerpo característica del modelo de salud occidental, sino que se entiende al cuerpo como el lugar donde se concretizan las demás dimensiones. Esta visión de la salud está anclada en la cosmovisión de su pueblo que, a diferencia de la occidental, no es racional, y se basa en la subjetividad, el sentimiento, la intuición. Desde esta perspectiva se cree que todos los seres del mundo tienen espíritu y que es la manera en que todos nos ponemos en contacto y dependencia con todos. Este contacto puede ser facilitado por ciertas plantas, como la ayahuasca (Graña, 2013).

Según Foucault (1984), la enfermedad mental surge con la pretensión de la medicina de comprender la locura bajo la misma conceptualización, esto es, siguiendo los mismos supuestos y la misma metodología que la patología

orgánica. Detrás de esta forma médica de entender la enfermedad se esconden dos postulados que moldean su esencia; primero, que ésta (la enfermedad) es una entidad específica evidenciable por sus síntomas, y segundo, que es una especie natural, es decir, que tras las diversas caras de la enfermedad se esconde algo así como una enfermedad en sí, con características permanentes, que adopta distintas formas en los distintos subtipos de enfermedades (Foucault, 1984).

Si se ha venido entendiendo la enfermedad mental con la misma estructura conceptual que la enfermedad orgánica, es porque se ha establecido un paralelismo artificial y abstracto entre ambas por intermedio de dichos postulados (Foucault, 1984). Sin embargo, nosotros creemos que para comprender el significado y el sentido de la enfermedad mental debe buscarse en el contexto cultural y socio-económico en que ella surge, es decir, en los determinantes sociales que posibilitan que ciertas características o signos sean considerados como constitutivos de enfermedad (Foucault, 1984).

Ahora bien, tanto o más importante que lo anterior es la enajenación que trae consigo la enfermedad mental, que quita al enfermo y enferma mental sus derechos para cedérselos a otros y otras, privándoles de su autonomía de manera *a priori* por el solo hecho de ser considerado o considerada enfermo o enferma mental. De aquí en adelante el enfermo o la enferma será el enajenado o enajenada, cuyos derechos han sido puestos en otros y en otras, que administran sus bienes y que, en definitiva, deciden por él o ella. Y el extranjero o extranjera, o alienado o alienada, el o la que no es de aquí, el o la que no es como nosotros o nosotras, o peor aún, la o el que siendo de aquí lo o la considero como otro u otra y le expulso, cuya "libertad se ha convertido en el nudo de las coacciones que sufre" (Foucault, 1984, p. 94), quien se siente a sí mismo como un extraño o extraña. Las significaciones de estas prácticas enajenantes y alienantes que persiguen al enfermo o enferma mental han ido conformando su estigma, una marca que trae aparejada actitudes y creencias en mayor parte negativas (López y otros, 2008) (ver Estigma).

Desde la propuesta crítica de la historia de la psiquiatría que nos propone Ferrández (2013), podemos comprender cómo es que la psiquiatría médica se ha ido adueñando de la concepción que en la actualidad tenemos de la locura, cristalizada como enfermedad mental. La psiquiatría, desde la posición de poder que ostenta, cumple una función que, más que ser de exclusión es de normalización (Ferrández, 2013). Con la creación de nosografías sustentadas y fundamentadas en un paradigma orgánico se naturaliza la existencia de una supuesta enfermedad mental, que es evidente en sí misma, que posee una esencia, y que se puede descubrir mediante sus síntomas (Foucault, 1984).

Esta enfermedad mental comparte junto a la enfermedad orgánica un paralelismo que según Foucault (1984) y Ferrández (2013) resulta imposible de justificar, ya que al aplicar los mismos postulados metodológicos de la patología orgánica a la mental, lo que verdaderamente se hace es crear un paralelismo que desconoce y aísla al individuo, quitándole y sacándolo de su contexto histórico y cultural (Foucault, 1984).

Al introducir la enfermedad mental en su contexto histórico (s. XIX en adelante), como un producto del saber psiquiátrico (Huertas, 2001; Vásquez, 2011), no nace precisamente con la finalidad de ser comprendida, sino más bien para ser controlada, ya que la descripción de su origen, evolución y pronóstico sólo existieron posteriormente, a la necesidad de anclarla en un orden mayor, incluidas la moral, la economía, con el fin de mantener el orden social (Ferrández, 2013). Además de la necesidad de sociabilizar patrones conductuales, que eran propios de las clases dominantes, y frente a lo cual la psiquiatría actuaba contribuyendo y normalizando, además de dotando de un cuerpo teórico-médico que la circunscribía en una realidad objetiva y regulable por los métodos propios de su acción, es decir, el diagnóstico y el tratamiento, además de eso, encubre tras la apariencia de las conductas humanas patológicas, como entidades naturales, la relación social específica y de poder que ella misma produce (Ferrández, 2013). Entonces, así vista la enfermedad mental, y performada desde la psiquiatría, “el mismo acto diagnóstico ya nunca más fue puesto en cuestión. El juicio de valor,

por ser un “juicio clínico”, adquiriría carácter “objetivo” y aun se convertiría en juicio de existencia” (Ferrández, 2013).

“Pretender que la enfermedad mental tal y como ahora se postula, “siempre estuvo ahí” y que sólo el progreso técnico nos ha permitido conocerla “científicamente” no es sino un mito que refuerza sin espíritu crítico las “bondades” del presente, reafirmando al tiempo la tesis médica, su carácter científico, y el contexto socioeconómico mismo en que esa ciencia y esa medicina se dan” (Ferrández, 2013).

Para González y Pérez (2007) las prácticas clínicas se encuentran inmersas en un entramado de relaciones, de las cuales también forman parte, en donde se encuentran tanto la investigación científica, la industria farmacéutica, el estatus de los y las profesionales, las políticas sanitarias, y los y las mismas receptoras de estas prácticas, es decir los y las pacientes .

Para González y Pérez (2007) el término enfermedad mental representa una necesidad abstracta para justificar un cada vez más creciente mercado de la psicofarmacología. Aunque, si bien, tanto en las diversas versiones de los DSM y CIE se habla de trastornos, en vez de enfermedad, estos autores proponen que en la práctica clínica los términos se utilizan de manera indiferenciada, prevaleciendo el uso de enfermedad mental. Este uso y apropiación del término no es una cuestión sencilla, puesto que lo que hace, en realidad, es justificar una visión médica, orgánica, anclando las diversas problemáticas rotuladas bajo el nombre de enfermedad mental en una explicación que recurre a las alteraciones químicas del organismo. Es decir, tal o cual trastorno tendría una justificación científica (o pseudocientífica), en donde la alteración estaría provocada por la presencia o ausencia de ciertos químicos. Entonces, esta visión permitiría a la disciplina médica y psiquiátrica, y a la clínica en general optar por tratamientos que

efectivamente actúen sobre aquella alteración química-orgánica, reafirmandose así la escisión entre lo físico y lo contextual.

Además, argumentan que la enfermedad mental, en sí misma, está en cierta medida producida por el creciente marketing de la psicofarmacología, donde es el fármaco el que actúa como tratamiento, pero a la vez actúa también como diagnosticador, en el sentido de ser él mismo el que visibiliza el problema o el síntoma y su tratamiento, por tanto es fuente u origen y a la vez cura (González y Pérez, 2007).

Estos autores proponen el llamado “efecto Charcot” el cual hace referencia “al fenómeno, según el cual el clínico encuentra lo que él mismo propaga” (González y Pérez, 2007, p. 25). El efecto Charcot en la actualidad estaría representado por el sistema diagnóstico, en tanto creador de su propia objetividad, y por la investigación farmacológica, en tanto también crea su propio modelo de enfermedad basado en la explicación bioquímica (González y Pérez, 2007).

Hasta antes del año 1980, el DSM se encontraba influenciado en sus explicaciones de los trastornos por la teoría psicoanalítica (dominante en el momento), recurriendo a explicaciones de mecanismos psicodinámicos que se encontraban a la base del trastorno, a la vez que se rechazaba el término de enfermedad para recurrir a una explicación de tipo dimensional (González y Pérez, 2007). En el año 1980, con el DSM III, se adopta una visión que pretende ser “ateórica”, fundamentada en la lógica de trastornos como entidades discretas, dando por establecido que son entidades nosológicas, y por tanto con realidad propia, objetiva. Con este cambio de lógica lo que se produce es una patologización de los problemas de la vida cotidiana, recurriendo para ello a los criterios diagnósticos y a explicaciones de tipo biologicistas, las cuales en sí mismas tendrían la verdad sobre los supuestos orígenes de los trastornos mentales, y por tanto la verdad de su tratamiento (González y Pérez, 2007). Esta

última lógica, dicho sea de paso, se encontraría también en el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (González y Pérez, 2007).

Para González y Pérez (2007) al dotar a la enfermedad mental de una explicación científica, lo que se hace es dar la ilusión de progreso, en el sentido que el acercamiento que se realiza a ésta tendría una base caracterizada por la objetividad propia de la ciencia, y por tanto, sería más precisa y confiable que las versiones anteriores. Este conocimiento científico que se tendría de la enfermedad mental libraría a ésta de consideraciones ideológicas, sin embargo la lógica propuesta por los autores es otra. Sería la ideología de la ciencia la que justificaría determinada práctica social, estableciéndose así la conexión entre los intereses que se encuentran a la base de los denominados trastornos y a los intereses a los cuales responde sus prácticas (González y Pérez, 2007).

Aunque si bien no se niega la existencia o realidad de estas entidades, y el eventual sufrimiento que producen, sí se cuestiona su construcción en términos de entidades naturales basadas en explicaciones de orden químico, en desmedro de su consideración histórico-contextual (González y Pérez, 2007).

Los sistemas de clasificación actuarán y tendrán diversas funciones. González y Pérez (2007) proponen las siguientes: la legitimación de la psiquiatría como especialidad médica, dotando a la psiquiatría de un cuerpo nosológico que le da la posibilidad de establecerse con la misma autoridad que la medicina; el sistema de terceros pagadores por tratamiento psicoterapéutico, dentro de los cuales estarían los sistemas de seguros médicos y el sistema público de salud, los cuales necesitarían de un sistema clasificatorio para poder recurrir y así determinar la cobertura y sus respectivos gastos; la promoción de medicamentos, que en psiquiatría alcanza su auge a partir del DSM III (González y Pérez, 2007); las

alianzas a favor de la enfermedad mental, pasando desde una lógica sustentada en el psicoanálisis, en donde el responsable del trastorno era la madre o la sociedad, a justificar su existencia ahora en alteraciones químicas en el cerebro, unificando a través de una suerte de cultura biológica tanto las perspectivas clínicas, como la de los propios pacientes.

“Se profesa una adhesión al modelo de enfermedad sin que haya una evidencia que obligara a ello. La paradoja es que la visión de que la enfermedad debe tener causas biológicas es una construcción cultural. Pero, como tal construcción cultural, tiene sus instituciones que la hacen valer” (González y Pérez, 2007, p. 32).

Estas instituciones actúan fortificando la idea de enfermedad mental como “alteraciones del cerebro causadas por factores biológicos” (González y Pérez, 2007, p. 32). Al crearse esta cultura de carácter biologicista sobre la enfermedad mental, será la gente misma la que se adecúe a ella, y no necesariamente el clínico quien imponga los criterios (González y Pérez, 2007)

Existe una paradoja al referirse a la enfermedad mental. Por una parte el DSM hace referencia a trastorno, evitando el uso del término enfermedad. La psicofarmacología, que como se decía anteriormente, actúa como diagnosticadora y como tratamiento, asume el modelo de enfermedad mental como base de los trastornos psiquiátricos (González y Pérez, 2007). Entonces, si la clínica asume en sus clasificaciones diagnósticas que lo que existe en verdad son trastornos, al paciente se le da a entender que lo que le ocurre es una enfermedad, recurriendo así a una justificación del uso del psicofármaco (González y Pérez, 2007).

“A pesar de que no se conozca a ciencia cierta la causa fisiológica de ningún diagnóstico, la psicofarmacología no se priva de crear «modelos de enfermedad» para diagnósticos psiquiátricos” (González y Pérez, 2007, p. 33).

Esto nos habla del tipo de lógica que se encuentra a la base del diagnóstico psiquiátrico, recurriendo para ello a “construcciones hipotéticas de lo que *podría* ser la fisiología subyacente” (González y Pérez, 2007, p. 33). Esto es lo que los autores denominan como “escuchar al fármaco” en vez de “escuchar al paciente”. Como se decía anteriormente, y recurriendo a la idea del “efecto Charcot”, es el fármaco el que impone su autoridad y su modelo de enfermedad, el cual en la práctica adquiere *status* de objetividad (González y Pérez, 2007).

Los autores refieren que lo que se hace cuando se realiza un diagnóstico de enfermedad mental es individualizar una problemática que va más allá del propio sujeto, liberando así a la sociedad de sus relativas responsabilidades.

### **Estigma.**

Según (Saldivia, Vicente, Kohn, Ríoseco y Torres, 2004)) el estigma es una de las principales razones que argumentan las personas con enfermedad mental para no acceder a un tratamiento. Por tanto, en la presente investigación creemos que el estigma sería un componente relevante dentro del discurso sobre la locura, con consecuencias prácticas en las personas, tal como lo señala el estudio antes citado.

Entonces, y siguiendo a López y otros (2008) comprendemos el estigma como el “conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con

otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos” (, p. 45) . Un atributo o característica que desacredita, desvaloriza a quien lo posee por tener una significación negativa en la conciencia social (López y otros, 2008). Esta conciencia social es lo que Van Dijk (1994) llama cognición social, o ideología que, como quedará claro más adelante, es un conjunto de creencias y actitudes que nos predisponen y que sirven para dar sentido a todos nuestros actos.

Resulta evidente que una de las principales razones por las cuales los chilenos no buscan tratamiento es la estigmatización que acompaña al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental (Vicente y otros, 2007), transformándose el estigma en lo que Saldivia y otros (2004) consideran una barrera al tratamiento indirecta e importante.

### **Marginación social.**

Una arista importante de la enfermedad mental, y del estigma que conlleva es la neutralización de la faceta social de la persona, aislándola de ciertos sectores de la sociedad, a los cuales el resto de la población sana tiene acceso (Huertas, 1997).

Entendemos la marginación social como procesos que tienen por consecuencia limitar el acceso a los recursos más habituales de una sociedad a un individuo o grupo social, situándolos en una clara situación de inferioridad (Huertas y otros, 1997). Creemos también, junto con Huertas (1997), que estos procesos de marginación necesitan de una justificación ideológica que les haga compatibles, y funcionales a la vez, a la estructura socio-económica y al código cultural hegemónico, agregando además que es una construcción social inherente al modelo capitalista de producción.

Por este motivo es que se dará especial atención a cómo se presenta este fenómeno en el discurso sobre la locura.

## **Discurso**

En esta investigación, partimos del supuesto que el discurso está en todos lados, con lo que queremos decir que nada escapa a su orden (Foucault, 2004), pudiendo determinar el funcionamiento de la sociedad (Van Dijk, 1994). Entendemos que el discurso es anterior al sujeto o sujeta y, a la vez, lo performa. El discurso no depende, entonces, de la sujeta o sujeto, quienes, tan solo, lo reproducen.

Es una construcción hecha con lenguaje, por tanto, así como sucede a éste (el lenguaje), tal como lo describe Saussure (1945), como poseedor de un lado social, que es la lengua, que es un sistema homogéneo, común y cuya dinámica no depende de nuestra voluntad, y otro lado individual, el habla, producto único y por tanto heterogéneo, y que depende de nuestra voluntad y nuestra inteligencia. Sucede también en el discurso, que posee un lado social, lo que Van Dijk (1994) llama cognición social o ideología, donde anidan las creencias y actitudes compartidas en determinados grupos, y un lado mucho más restringido que le da un reducido rango de acción al autor o autora material del discurso para modelarlo (Foucault, 2004), que son las creencias más personales del autor o autora, que tiñen, de una u otra manera, el discurso, modulándolo.

Por lo tanto el discurso es el vehículo de la ideología, y, por tanto, es portador de poder, en el sentido de ser capaz de producir acciones — recordemos que la ideología está conformada también por actitudes — lo que adquiere principal importancia al constatar el hecho de que el discurso es, en cierta medida controlado, entiéndase intencionado ideológicamente, por grupos dominantes. “La

forma última de poder”, nos dice Van Dijk (1994), “es influenciar personas hacia lo que se quiere y el discurso puede influenciar la sociedad a través de las cogniciones sociales de éstas” (p. 11). Por esta razón es que Foucault (2004) nos previene diciendo que bajo la realidad material del discurso se ocultan poderes y peligros difíciles de imaginar. Es así como tras los discursos, en la producción de ellos, trabaja una invisible maquinaria seleccionando y controlando los procedimientos que tienen por fin validar, esto es, conferir poder, a los discursos (Foucault, 2004).

El discurso, entonces, se presenta como una vía de acceso privilegiada a la ideología (Van Dijk, 2003). Van Dijk (1980) nos dice que “uno de los medios para analizar las ideologías de una cultura es analizar sus discursos. Esto es, asumimos que los textos *expresan* las ideologías de sus hablantes/redactores” (p. 44).

Según Van Dijk (1984), el discurso debe cumplir con la condición de ser significativo y coherente, para lo cual no resulta suficiente el contenido del texto portador de discurso, pues si bien el contenido explícito del texto nos permite un acercamiento a la dimensión semántica del mismo, no es suficiente para una completa comprensión del discurso, ya que no basta para dotarle de coherencia. En efecto, la coherencia del discurso viene dada por elementos que suelen no estar presentes explícitamente en el texto (Van Dijk, 1984). Por lo tanto, la lógica del discurso, sus supuestos, escapan a la mera formalidad textual patente para anclarse en la dimensión social del ser humano, específicamente en el espacio que Van Dijk (1994) llama “cognición social”. El contenido de esta cognición y el entramado de proposiciones que le componen, y que logra dotar de coherencia al discurso, corresponde a la ideología (Van Dijk, 2003).

## **Ideología**

La ideología es un sistema cognitivo, nos dice Van Dijk (1994), útil y necesario tanto para la interpretación de acciones como la producción de éstas. Es un conjunto de supuestos teóricos y actitudinales que sirven de fundamento a todas las acciones y, en el caso particular del discurso, sirven para dotar de coherencia o cohesión a las proposiciones explícitas en el texto del que se compone el discurso, ya que por sí mismas, estas proposiciones, no son coherentes (Van Dijk, 2003). Ahora bien, a la ideología, implícita en el texto, solo es posible tener un acceso interpretativo, pues viene indicada más bien por las ausencias del texto que por su contenido empírico (Van Dijk, 1984), ausencias que en la lectura o audio del discurso nos obligan a hacer suposiciones para llenar los baches del texto. Estos supuestos, la mayoría de las veces, son inconscientemente formulados (Santander, 2011).

La ideología fundamenta todas las acciones, nos dice Van Dijk (1994), quien llega a afirmar que todo acto es un acto discursivo, en el sentido de que todo acto está fundamentado ideológicamente.

Creemos que la ideología es sumamente importante en nuestra investigación, puesto que permite darle sustento y coherencia a las prácticas disciplinares (médicas, psiquiátricas, legales), las que por sí mismas no lo tienen. Estas prácticas necesitan de un sustento ideológico para poder anclarlas en la sociedad como procedimientos naturales, es decir, lo que se haga en nombre de una disciplina deberá sustentarse en ideologías que trascienden incluso a la propia disciplina.

## **Institución**

Según Berger y Luckmann (2008) las instituciones aparecen en un proceso de habituación de prácticas, y en donde a través de su historicidad van adquiriendo autonomía con respecto a los grupos que las producen, y por lo tanto del conocimiento que de ellas emana. Es decir, a medida que éstas se alejan temporalmente del momento histórico particular que las produjo, van adquiriendo mediante un proceso de habituación de las practicas que ella misma impone su carácter de objetividad, de verdad inamovible, “todas las instituciones aparecen en la misma forma, como dadas, inalterables y evidentes por sí mismas” (p. 76). Así entendida, la institución aparece como una práctica social más (Foucault, 2004), o sea, como una forma legítima de hacer y funcionar en el mundo, esto, por el carácter que ella misma se autoimpone, mediante diferentes estrategias de legitimación, principalmente el lenguaje (Berger y Luckmann, 2008).

Zunino (2002) comprende la institución como un conjunto de reglas reproducidas en el devenir de la vida diaria por agentes operando en distintos niveles funcionales. Estas reglas son, a la vez, parte constitutiva de esa creación, y parte mantenedora o reproductora de ella. En tanto los agentes sociales que participan del juego de su mantenimiento se mueven dentro de espacios que limitan el accionar, enfrentándose a posibilidades provenientes de sistemas sociales más o menos permanentes en el tiempo. Así entendida la formación institucional aparece como un proceso continuo, sustentado sobre la base de reglas construidas socialmente en determinados contextos históricos y políticos. Por muy sólida y permanente que aparezca una institución, su reproducción es sólo posible por el comportamiento de agentes individuales y colectivos de acuerdo a las reglas inherentes a dicha institución (Zunino, 2002). Para comprender este juego de reglas que justifica y ayuda a mantener la institución, podemos recurrir al concepto de campo que nos propone Bourdieu (1990) el cual está formado por dos elementos, por una parte se encuentra la existencia de un capital común, que integra una suerte de acumulación de conocimientos, de habilidades, creencias,

etc.; y por otra, la lucha por la apropiación de dicho capital, en donde participan quienes poseen el acceso privilegiado a ese capital, quienes también de alguna forma definen cuál es ese capital, que es a la vez el que actúa como fundamento y autoridad del campo, y que adoptando diversas estrategias de conservación y ortodoxia instauran y mantienen la legitimidad del campo (científico, artístico, etc.). Y están quienes aspiran a poseer ese capital, los que a su vez utilizan los mismos juegos de reglas que ayudan a mantener la legitimidad del campo. O sea, en este encuentro o antagonismo de apropiación se definen y ponen en práctica las reglas que la misma institución propone, enmarcadas a su vez en un orden social que las justifica.

Althusser (1988) hace referencia a cómo es que las ideas o los sistemas de ideas transforman las conciencias de los individuos para transformarlos en sujetos sujetados a esas ideas, colocando como intermediario aquella función de interpelación que juegan las ideologías, y que se concretizan a través de las instituciones (Foucault, 2004). Esta interpelación ordena al sujeto, lo destina, lo coloca en cierta posición, y lo sume en el reconocimiento de esa idea que aparece como presente, como verdadera, imponiéndole por tanto los límites de su actuar (Althusser, 1988). Incluimos este aporte de Althusser en tanto es la institución la que en gran medida transmite los fundamentos ideológicos de las prácticas sociales (Foucault, 2004).

Para Foucault (2004) la institución cumple diversas funciones, como la de normalización, la de legitimación de ciertas prácticas sociales, la de producción y transmisión de conocimiento. Estas funciones están destinadas a mantener un orden social hegemónico, y a la naturalización de sus propias prácticas.

Goffman (1970), en su estudio sobre los internos de los hospitales psiquiátricos, hace referencia a un tipo de institución que llama institución total, la cual puede definirse como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad, por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (p. 13)”, diferenciándolas así del sentido corriente de la palabra, que se refiere más bien a un conjunto de disposiciones materiales: edificios, recursos industriales aglomerados en un cierto sector, lugar específico donde se realiza regularmente determinada actividad.

Según Goffman (1970) toda institución tiene por característica esencial una tendencia absorbente, es decir, absorbe parte de la vida de sus miembros, su tiempo e intereses, implantando así una forma de mundo muy particular, en donde la “tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior (...), y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambres de púa, etc. (p. 18)”. Es a este tipo de institución al cual Goffman (1970) llama instituciones totales, principalmente por la capacidad que éstas tienen de erguirse de diversas formas, tales como: destinadas al cuidado de personas enfermas; destinadas al cuidado de personas que no pueden cuidar de sí y que constituyen un peligro para la sociedad; están también las que protegen a la sociedad de quienes pueden ser un peligro para ella, en donde el bienestar de los internos pasa a segundo plano; están las encargadas explícitamente de dirigir su labor al mejor cumplimiento de las actividades laborales; por último, se encuentran aquellas que actúan como protección y resguardo del mundo y como instancia de formación. Esta clasificación nos sirve como punto de partida para aterrizar al campo concreto la mirada y el foco de nuestra investigación.

Siguiendo a Goffman (1970), este propone que la institución total tiene un impacto directo sobre el individuo, modificando la propia mirada que éste tiene de concebirse a sí mismo. Mediante lo que él llama los procesos de mortificación del yo, en donde la institución total va imponiendo desde el comienzo del internamiento un stock de prácticas, que tendrán como objetivo la desestructuración y mutilación de ese yo que acaba de ingresar a sus dependencias (Goffman, 1970). Es decir, se destruye al yo mediante la imposición de diferentes procedimientos que apuntan a crear otra identidad en los internos. Esto se pone en práctica para generar un control absoluto de los reclusos (Foucault, 1979).

### **III.2. Antecedentes Empíricos.**

A continuación, se realizará un breve recorrido histórico en torno a la forma que ha ido adoptando la locura en Chile, desde la colonia hasta la década de los noventa. Para ello hemos tomado diferentes estudios relativos al tema, unos que asemejan la historia de la locura con la historia de la Casa de Orates y otros que ponen el énfasis en la locura como una un tema eminentemente de origen social con claras dimensiones políticas. De esta manera, se ha tratado de enfatizar, en este camino, las intersecciones de la locura con el contexto cultural-político-social de Chile, tal como lo requiere nuestro Marco Teórico.

César Leyton (2005), describe la medicina de la conquista chilena como un período que comprende aproximadamente desde 1536 a 1616, años que representan el poblamiento europeo de Chile, por una parte, y la llegada de la primera orden religiosa hospitalaria, por otra. Esta es una etapa de tránsito entre una manera indígena de preocuparse por la salud, y de la manera europea

médico- científica, de entenderla, integrando, esta última, con el paso del tiempo, elementos de la medicina indígena como el uso de plantas consideradas medicinales (Leyton, 2005).

Los diferentes hospitales que se fueron construyendo en este momento histórico obedecían a una lógica militar para proteger el avance de las tropas conquistadoras. Algunos de estos hospitales según lo describe Leyton (2005) son:

- Los Hospitales del Socorro, construidos por Pedro de Valdivia en Concepción (1552) y Santiago (1553).
- Hospital de San Julián en la Imperial (1557).
- Hospitales de San Cosme y San Damián en Osorno (1558).
- Hospitales de Nuestra Señora de la Misericordia en la Serena y Concepción, fundados por García-Hurtado de Mendoza (1559).

Esta medicina de la conquista dependía económicamente del Cabildo (Leyton, 2005), institución representante del poder tradicional criollo, que tenía las funciones legislativa, ejecutiva y judicial, y que entre tantas funciones tenía a su cargo la salubridad urbana, asegurar agua potable y actuar preventiva y curativamente ante las epidemias (Laval, 2003).

Luego, se comienza a gestar la medicina colonial religiosa, cuyo comienzo lo marca la llegada de la congregación religiosa San Juan de Dios, que es una etapa de más de doscientos años dominado por el catolicismo, que va aproximadamente del año 1616 al 1823, en que dicha congregación se hace cargo de los hospitales, donde éstos pasan a depender económicamente de la Iglesia Católica, a través del diezmo obligatorio que debía pagarse a dicha institución religiosa (Leyton,

2005). Los Hospitales del Socorro pasan a llamarse ahora Hospitales de San Juan de Dios (Leyton, 2005).

En esta época, nos dicen Aroca (2006) y Sepúlveda (1998), el lugar de la locura se encontraba en las calles, *extra muro*, pues la alienación mental no representaba una preocupación realmente importante para las autoridades, y no existía, ni un conocimiento, ni los espacios institucionales que se hicieran cargo de ella. La locura compartía los mismos espacios con delincuentes, prostitutas, bebedores, etc., y era clasificada en tres categorías: furiosos, deprimidos y tranquilos, los cuales describe Aroca (2006) de la siguiente manera:

“A los furiosos, se los amansaba mediante ayunos, palos y duchas frías. De no resultar, se los instalaba en el cepo. Como última medida, se les fijaba a un muro, mediante una cadena corta. Los deprimidos, eran cuidados en su domicilio y se les aislaba en una habitación separada del resto de la familia y se les ocultaba de sus relaciones sociales. Los tranquilos, alternaban con la familia y las amistades, pues no constituían peligro.” (p. 26)

Sin embargo, las cosas eran distintas para las familias de mayores recursos económicos, para la oligarquía y comerciantes exitosos, pues lo que se utilizaba en este círculo social era invisibilizar la locura y, por tanto, enviaban a sus “enfermos” a Lima, a las Loquerías de San Andrés, todo por una suerte de temor a que el estigma que acompaña a la locura cayera sobre la familia entera (Aroca, 2006; Sepúlveda, 1998).

En estos momentos se mezclan habitualmente un discurso religioso acerca de la locura, que la considera como una falta de virtud, una falta de Fe, una lejanía de Dios, con uno médico, que la consideraba como una enfermedad de la mente (Sepúlveda, 1998).

En esta época también se construyen diversos recintos hospitalarios y asilares, unos con la finalidad de procurar salud y otros más bien destinados a retener a diferentes grupos que quebrantaban las normas sociales (Leyton, 2005a). Algunos de ellos son (Leyton, 2005a);

- La Caridad, recinto destinado a adoctrinar personas, en el año 1726.
- Las Recogidas, para asilar meretrices, en el año 1734.
- La Casa de Expósitos o de Huérfanos, en 1758.
- Hospital de Mujeres de San Francisco de Borjas, en el año 1772.
- Hospicio de Pobres de Santiago, en 1804.

En 1756 se crea el Protomedicato en Chile (Leyton, 2005; Laval, 2003), a imitación de España, nace en el siglo XV como tribunal encargado de controlar, autorizar y aplicar medidas punitivas, además de regular las profesiones de la salud y de asesorar al Gobierno en el tema de salubridad (Laval, 2003). De esta manera, el Protomedicato reemplaza al cabildo en materia sanitaria, Entre sus funciones estaban (Leyton, 2005):

- Examinar los candidatos al ejercicio de la medicina.
- Fiscalizadora del ejercicio profesional médico.
- Control de epidemias.
- Policía sanitaria (aduana).

Algunos de los métodos utilizados por estas instituciones eran (Leyton, 2005):

- Expulsar enfermos fuera del pueblo.
- Secuestrar enfermos.
- Fumigar embarcaciones sospechosas con vinagre o litre.
- Azotar a plebeyos que se relacionan comercialmente con barcos en cuarentena.
- Trabajos forzados y destierro a indios, negros y mestizos.

El 10 de Enero de 1803, se crea el Hospicio de Santiago, refugio para pobres, dementes y marginados sociales, ubicado en una chacra donde, a fines del siglo XVI, los Jesuitas tenían una fábrica de ollas de barro. Dicho hospicio, administrado por las Hermanas de la Caridad, poseía un departamento para mujeres, uno para hombres y otro para niñas de corta edad y una escuela para “eternos”, que en total hacían aproximadamente 600 personas, donde un médico prestaba atención a los enfermos dos veces por semana (Armijo, 2010).

El 8 de Agosto de 1852, en el barrio Yungay, se funda, en lo que era un antiguo cuartel militar, La Casa de Orates Nuestra Señora de Los Ángeles, lugar destinado a la reclusión de los enajenados mentales, y que tiene la misión de solucionar el problema que significaba la locura en esa época (Muñoz, 2012; Leyton, 2005; Aroca, 2006; Sepúlveda, 1998). Ahora bien, Aroca (2006) nos previene este espacio, al menos en sus inicios, no venía a hacerse cargo de cualquier locura, sino de la que se daba en los sectores de bajos recursos económicos. Lo revelan las estadísticas disponibles de los internados durante la segunda mitad del siglo XIX, que dan cuenta que casi la totalidad de los reclusos en esas instituciones provienen de la marginalidad, y solo a fines de ese siglo se crean servicios pagados de pensión para cubrir las necesidades de las clases más acomodadas, quienes clamaban por la necesidad un recinto más cercano donde poder dejar a sus locos, pues enviarlos hasta Lima era muy oneroso (Aroca, 2006).

“Estamos ante un hecho cultural que los chilenos conocemos bien: en el espacio social de las apariencias, lo que no se ve, no existe, no ha ocurrido, de eso no se habla. Los locos pobres, serán recogidos por la policía y enviados por los jueces a la Casa de Locos, los otros serán reclusos por sus propias familias y negados” (Aroca, 2006, p. 32).

En la construcción del Estado chileno, entre mediados del siglo XIX y principios del siglo XX, se da lugar un proceso de construcción de un determinado orden social, en que el Estado dispone de dispositivos médico-judiciales de disciplinamiento orientados a la promoción del modelo de individuo y sociedad que desea (Muñoz, 2012). Dentro de esta lógica, todo aquello que se contrapone a este modelo de sociedad que se quiere construir es considerado criminal o una locura. Quien es considerado loco o loca por un juez, debe ser enviado al manicomio. Es el juez el que determina quien ingresa al manicomio, y los médicos en este sentido, no solo protegen la vida, sino también la propiedad y el orden público (Muñoz, 2012).

En este sentido, en 1856 se dicta una ley de locos para regularizar el ingreso a las instituciones psiquiátricas, basada en dos principios: libertad personal y tranquilidad social. En esta ley consta que los ingresos deben hacerse solo bajo la autorización judicial que solamente el juez puede otorgar luego de comprobar la enajenación mental del sujeto (Muñoz, 2012). El objetivo de la casa de Orates es asegurar el orden público, puesto que el loco, en esa época, era un individuo peligroso para la sociedad (Muñoz, 2012).

Es más, el proyecto de construir una casa de orates viene desde Diego Portales (Aroca, 2006), quien fue Ministro del Interior, Relaciones Exteriores, de Guerra y Marina, entre los años 1830 y 1831. Portales habría considerado la necesidad de establecer una casa de orates, junto con una reforma a las aduanas, en el marco del restablecimiento del orden “conservador”, posterior a la guerra civil de 1829

entre pipiolos (liberales) y pelucones (conservadores), en que los liberales fueron derrotados y sacados del gobierno.

La Casa de Orates dependía de los fondos administrados por la Junta de Beneficencia, que se encargaba de repartir los dineros obtenidos por medio de la caridad pública (Leyton, 2005; Muñoz, 2012). Cabe mencionar que este recinto fue construido a imitación de la también Casa de Orates de San Andrés en Lima, Perú, desde donde trae la idea el Tte. Coronel de Ejército Francisco Ángel Ramírez (Leyton, 2005; Armijo, 2010).

El Dr. Lorenzo Sazié fue el primer médico asistente de la Casa de Orates, y el Dr. Ramón Elguero llega pronto para colaborar debido al rápido aumento de pacientes, siendo además profesor precursor del alienismo en Chile, enseñando, por primera vez en la Universidad de Chile, acerca de enfermedades mentales y nerviosas, lo que realiza hasta el año 1871. Elguero, realiza por primera vez una descripción estadística de las enfermedades mentales, poniendo el énfasis en el alcoholismo como su factor etiológico más importante (Armijo, 2010). A Ramón Elguero le sucede el año 1874 un joven Augusto Orrego Luco, quien fuera además de médico, escritor, polemista y parlamentario del Partido Liberal (Armijo, 2010).

Cabe señalar que las construcciones hospitalarias de esta época, como la Casa de Orates, se ceñían a la clasificación arquitectónica conocida como “Hospicio de Crucero”, propia del siglo XVI en Europa y que llega a Chile en el siglo XVII con los conquistadores, y que recibe su nombre por la forma de cruz que hacen los dos principales corredores interiores perpendiculares, en cuya intersección se ubica una capilla que sirve como lugar de vigilancia de los pabellones (Leyton, 2005, 2008). Estas construcciones, además debían tener paredes gruesas, pues su fin era aislar lo más posible lo interior de lo exterior. De hecho, es una forma arquitectónica diseñada para que todo se desarrolle en el interior, sin necesidad de contacto con lo externo, básicamente pensadas para el encierro y el

aislamiento, como lo remarca el hecho de que, en sus inicios, no contaban con médicos en las áreas directivas de las instituciones, que comenzaron siendo administradas y dirigidas por la clase aristocrática. Como dijimos, la clase aristocrática cede el mando a la clase médica luego de una ardua batalla de este gremio al ver la ineficiencia de los privados que eran movidos más por las grandes ganancias que generaban estas instituciones por medio de las donaciones en dinero y bienes raíces, que por curar a los “enfermos” (Leyton, 2005).

Así, con el tiempo, la institución va presentando importantes cambios, como el recién mencionado, que dice relación con que la administración pasa a manos de los médicos, y otro cambio importante es que la arquitectura comienza a dejar atrás el modelo de “Crucero” para cambiarlo por el de “Hospicio de Diseminación” que estimula la creación de nuevas dependencias para, entre otras cosas, diversificar y especializar, en recintos separados, las terapias pertinentes para cada tipo de enfermedad mental. Se introduce, por ejemplo, la ergoterapia, implementada por el médico inglés Guillermo Benham, quien es traído a Chile en 1875 como médico residente de la Casa de Orates bajo la dirección de Pedro Nolasco Marcoleta, y que buscaba la recuperación de los enfermos por medio del trabajo, ya sea en la fabricación de objetos como escobas, la imprenta, o en el trabajo agrícola, todo lo cual permitía a las instituciones autoabastecerse y generar aún más recursos monetarios. Esta forma de Hospicio de Diseminación o “psiquiátrico de industrialización” como le llama Leyton (2008) se mantiene por casi todo el siglo XX (Leyton, 2005). La ergoterapia devuelve al enfermo, mediante el trabajo, su utilidad a la sociedad, haciendo de la productividad económica la clave para la integración social, transformando al loco, quien está al margen de la sociedad, en un proletario, cambiando así el centro de lo disciplinario, desde el castigo físico, a un plano más espiritual, el trabajo (Leyton, 2005). Esto produce lo que Leyton (2008) denomina la proletarización de la marginalidad social y del paciente psiquiátrico, y lo describe de la siguiente manera:

“El psiquiátrico de dispersión o industrial fue un establecimiento moderno, con un sistema de asilos, que varían desde la colonia agrícola modelo alemán, hasta el open-door inglés. Una institución con talleres o fábricas de ladrillos, baldosas, jabón, construcción, productos agrícolas, vestuario, impresión, etc., donde los pacientes cumplían todas las funciones de especialidades técnicas, guiados por obreros expertos en las diferentes labores” (Leyton, 2008, p. 268).

Este cambio que, en lo terapéutico, va experimentando la Higiene Mental en nuestro país, va a permitir, con el tiempo, la irrupción de medicamentos científicos, y, en definitiva, de una incipiente industria farmacológica que va a monopolizar el tratamiento. Esto en detrimento de la medicina natural o indígena que se utilizaba con anterioridad, la cual se basaba en la utilización, entre otras cosas, de cannabis sativa y chamico, las cuales, junto con muchas otras drogas naturales terminaron por ser prohibidas comenzando el siglo XX (Leyton, 2005a; Vásquez, 2011). El argumento para ello sería que su uso produce dependencia, haciendo del individuo un irresponsable, discurso que justificará la intervención de un Estado asistencialista, prohibiendo y castigando su utilización (Leyton, 2005). No se debe olvidar, tal como nos lo recuerda Leyton (2005), que a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, era posible encontrar en los Hospitales Psiquiátricos a una gran cantidad de población indígena, siendo la población Aymara, en el Hospital de Iquique, un ejemplo de ello.

Sin embargo, una cosa importante que el hospicio de concentración va a heredar al hospicio de diseminación, es la gran cantidad de funcionarios eclesiásticos en puestos secundarios, pero claves, como por ejemplo, la rectoría de las cátedras médicas (Leyton, 2005). A propósito de este tema académico, es importante resaltar, como lo hacen Araya y Leyton (2009) que la cátedra de Psiquiatría, que se dicta desde 1889 hasta 1927, era compartida con la cátedra de Neurología, lo

cual evidencia la influencia del método anatómico-clínico en la disciplina psiquiátrica, la cual sitúa en el cerebro la causa de la alienación mental. Los primeros en enseñar fueron Lorenzo Sazié y Augusto Orrego Luco, y tanto este último como todos quienes luego le sucedieron (Joaquín Luco Arriagada, Hugo Lea Plaza y Oscar Fontecilla) fueron fuertemente influenciados por el pensamiento de Jean-Martin Charcot, por el método anatómico clínico y por la escuela francesa de la Salpêtrière. Luego de Orrego Luco, Joaquín Luco orienta la cátedra más hacia la neurología, inspirado por F. Raymond, sucesor de Charcot en Salpêtrière. Y siguiendo esta línea, en el año 1937 toma la cátedra Arturo Vivado, en cuya gestión se crea un laboratorio de psiquiatría experimental, y se adquieren las primeras máquinas para la administración de corriente eléctrica en los cerebros de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, además de introducir las terapias biológicas de shock: cardiazolterapia, insulino-terapia, y terapia electroconvulsiva y electroshock (Araya, C., Leyton, C., 2009).

Volviendo a fines del siglo XIX, en Chile la Higiene Pública nace con la creación del Consejo Superior de Higiene Pública en 1889 que absorbe al Protomedicato, durante el gobierno del Presidente liberal José Manuel Balmaceda, debido al intenso proceso de industrialización (Leyton y Huertas, 2011) siendo unos de sus impulsores Benjamín Vicuña Mackenna, y en 1892 se dicta la primera Ley Orgánica de Higiene Pública y, además, se crea el Instituto de Higiene, los cuales tienen por objetivo la profilaxis social, con la facultad para intervenir espacios como conventillos y burdeles (Leyton, 2005; 2005b; 2011). En 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, consolidándose, de esta manera, la relación salud-trabajo (Leyton, 2005). Si bien en Chile la Higiene Pública era entendida como una disciplina médica, funcionaba, a la vez, como política de control social, para controlar las denominadas enfermedades sociales (sífilis, cólera, tuberculosis, etc.), las que se traducían en escasez de mano de obra (Leyton, 2005). La Higiene Social pasa a ser un concepto importante en este momento histórico y que tiene como función la limpieza del proletariado con el fin

de mantener las condiciones de salubridad en la población que posibilite el desarrollo de los modelos económicos, en este caso, el modelo industrial de desarrollo (Leyton, 2005; 2005b). A fines del siglo XIX, en Europa, era el Estado el que se hacía cargo de esta tarea, superando la etapa de la caridad y misericordia religiosa que se ocupaba de este tema mediante instituciones de beneficencia (Leyton, 2005). Es muy importante poner atención al hecho de que, de la radicalización de la Higiene Social, se deriva la Higiene Racial, que posteriormente justificará prácticas de eugenesia, nos dirá Leyton (2005).

Esta Higiene Social, que invade todos los ámbitos de la sociedad, se materializa también en la planimetría modernizadora para la ciudad de Santiago hecha por Vicuña Mackenna el año 1872 e inaugurada el año 1886, inspirada en la reforma urbana realizada en París por el Barón Haussmann entre 1853 y 1870, y que dicho intendente pudiera apreciar en persona en un viaje que realizara a Francia (Leyton, 2005; Leyton y Huerttas, 2011). Entre otras funciones, esta reforma llevada a cabo por Vicuña Mackenna buscaba segregar a la población, mediante un “muro sanitario”, que en realidad era un ancho corredor (Avda. Matta de hoy), dividir el espacio urbano entre centro y periferia e intervenir sanitizando los arrabales o chimbas. En el año 1886 se funda la Policía Sanitaria o Médica, policía que debía encontrar los modos para proteger la salud de la población para que ésta pueda reproducirse y mantener así el desarrollo del sistema económico (Leyton, 2005; 2005b; Leyton y Huertas 2011). Esta policía es descrita por Leyton (2005; 2005b) como un ejército colonialista, con una estructura militar, destinado a controlar la salud de los sectores populares de una forma represiva y policiaca, que tenía por finalidad evitar los contagios. Desde esta perspectiva higienista, el aislamiento y la desinfección son las directrices de todas las acciones (Leyton, 2005).

“A partir del proyecto de Vicuña en 1872 y hasta 1925, fueron apareciendo y modernizándose una serie de instituciones, establecimientos y espacios higienistas que adquirieron una enorme importancia social y se convirtieron en rectoras y reformadoras de una población que producía y se reproducía en el marco de un incipiente modelo industrial” (Leyton y Huertas, 2011, p. 43).

En realidad, lo que se buscaba mediante estos cambios urbanísticos y estas instituciones higienistas es la generación de un nuevo tipo de sujeto chileno, un nuevo ciudadano que forme parte de la modernidad industrial, bajo un modelo eurocéntrico, una identidad inspirada en la ciencia positivista, el evolucionismo y el degeneracionismo, que daban el sustento científico para la marginación de los elementos degenerados que obstaculizaran alcanzar los mencionados objetivos (Leyton y Huertas 2011). Al lado norte del río Mapocho, en la chimba, donde se ubica el bajo pueblo desde los tiempos de la colonia, se yerguen los edificios higienistas como el Desinfectorio Público (Leyton, 2005). Entre las atribuciones del Consejo Superior de Higiene Pública estaban la detención, aislamiento y desinfección de personas, clausura de puertos, etc. (Leyton, 2005).

El degeneracionismo era el paradigma médico predominante en la segunda mitad del siglo XIX, antecesor de la eugenesia, el cual consideraba que la enfermedad mental era expresión de un cuerpo en algún sentido anormal (Leyton, 2005a). Los degeneracionistas hacían la siguiente clasificación nosológica (Leyton, 2005a):

- Degeneración por intoxicación.
- Degeneración por el medio social.
- Degeneración por una afección morbosa o temperamento enfermo.
- Degeneración por mal moral o “vicios” en la educación.

- Degeneración que proviene de enfermedades adquiridas en la infancia.
- Degeneración en relación con la herencia.

La eugenesia, paradigma que proviene del degeneracionismo, y que dominará a comienzos del siglo XX, promueve generar una raza perfecta mediante políticas de Estado, políticas que justifican la esterilización y la lobotomía de los individuos física o mentalmente anormales (Leyton, 2005a; 2005b).

La Psiquiatría en Chile de comienzos del siglo XX proviene y se enmarca en la Higiene Mental (Leyton, 2005), la cual es una profilaxis policíaca médica que ve a la herencia genética como la responsable de todos los males sociales y predecesora directa de la Psiquiatría. Pretende defender la sociedad de los individuos con alteraciones neuro-psicopáticas que puedan alterar el equilibrio social (Leyton, 2005). Desde esta perspectiva la locura era considerada, por la psiquiatría de comienzos del siglo XX, como una herencia genética maldita que corrompía al individuo, su cuerpo, su familia y la identidad social (Leyton, 2005). De esta forma la locura se transforma en un tema con importante relevancia política para la época.

Lo social, mediante una analogía orgánica, también es comprendido como un gran cuerpo, cuyas malformaciones, aquello que no conviene a las clases dominantes, son consideradas como enfermedades que hay que erradicar, poniendo en estrecha comunicación la política con la biología (Leyton, 2005a).

Para la Psiquiatría de finales del siglo XIX y comienzos del XX, la locura es una enfermedad social que corroe al resto de las personas y por tanto hay que perseguir y erradicar (Leyton, 2005a) y como forma de enfrentarle, ya que en último término significaba una escasez de mano de obra producto de la emigración

y las enfermedades, problemas que antes eran enfrentados con soluciones religiosas y militares. Entonces, se planea un nuevo orden social, inspirado en un comienzo, como ya se dijo, por la “utopía urbana” de Vicuña Mackenna, Intendente de Santiago entre los años 1872-1875, que entre otras cuestiones se propone la creación de un “Muro Sanitario” (la actual Avenida Matta, R.M., Chile.) que separe ciertos grupos sucios de la ciudad limpia, obedeciendo a la creencia de dicho Intendente de que existían dos ciudades, una cristiana, ordenada, limpia e ilustrada y otra ciudad bárbara, llena de infecciones (como la sífilis), crimen, vicio y peste (Leyton, 2005a; 2005b).

Otra cuestión importante y llamativa respecto a la locura en Chile, es el tratamiento de la sífilis, pues sirvió de molde para el posterior tratamiento de la locura, tratamiento que consistió en el aislamiento y en la exclusión (Leyton, 2005a). De hecho, nos dice Leyton (2005a), los primeros médicos en hacerse cargo de la locura fueron los primeros también en tratar la sífilis: Lorenzo Sazié, Ramón Elguero, su discípulo Augusto Orrego Luco. Los dos últimos incluso realizaron estudios relacionando ambas enfermedades, llegando a concluir que el mayor problema de la sífilis era el trastorno mental que producía en el hijo de la madre infectada, lo que vinculaba genéticamente ambas cuestiones, la sífilis y la locura, lo que avalaba aplicar a la segunda, el tratamiento de la primera (Leyton, 2005a).

Luego de la Guerra Civil de 1891, en el gobierno de Jorge Montt, se forma una comisión que informa sobre las deplorables condiciones de la Casa de Orates, ordenando la construcción del Manicomio Nacional, inaugurado el 26 de noviembre de 1905, luego de la guerra del Pacífico, cuando Chile experimenta un auge económico que le permite construir un nuevo edificio de dos pisos, que se convertirá en la parte principal del futuro Manicomio Nacional (Armijo, 2010). Gestor de esto fue el hijo de Manuel Montt, Pedro Montt, quien fuera director del

Manicomio entre 1894 y 1906, y que fuera Presidente de Chile entre 1906 y 1910 (Armijo, 2010).

En 1927 se dictamina en Chile el Reglamento General de Insanos, que aún está vigente, y que promueve la creación de un Open Door en cada provincia, aunque solo logró concretizarse en el ahora Hospital Psiquiátrico El Peral (Sepúlveda, 1998), fundado en 1928, y cuya misión era la de recibir enfermos crónicos (Armijo, 2010).

A la vez, con el fin en la Guerra del Pacífico, se genera en Chile, junto con la prosperidad económica, un ánimo triunfalista que lleva a promover, a nivel de discurso político, el mejoramiento de la raza chilena y así hacer de la sociedad un “cuerpo maduro” para la industrialización (Leyton, 2005). Las instituciones hospitalarias se harán cargo, entonces, de esta función de mejorar la raza mediante la eugenesia y con ello evitar la falta de mano de obra productiva.

En el año 1922, con el Dr. Jerónimo Letelier como jefe médico, se reestructura el Manicomio Nacional creándose las secciones de Hospital Psiquiátrico, para pacientes agudos y voluntarios, el Manicomio, para pacientes crónicos y con problemas judiciales, y el Asilo de Temperancia, para pacientes alcohólicos (Armijo, 2010).

En 1950 la Honorable Junta Nacional de Beneficencia ordena la construcción de la Clínica Psiquiátrica Universitaria en los terrenos del Manicomio Nacional (Armijo, 2010). En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud, con la intención de unificar el sistema público de salud y al mismo tiempo integrarlo en una red nacional completa, en complejidad y extensión (Sepúlveda, 1998).

En 1953 se inaugura, bajo el gobierno del presidente Carlos Ibáñez del Campo, una nueva parte física del Hospital Psiquiátrico que incluía la Administración, Sector de Agudos, Posta Antialcohólica, Servicio de Urgencia, Servicio de Neurocirugía, Servicio de Electroencefalografía (Armijo, 2010). Este conjunto conforma el Hospital Psiquiátrico, dependiente del Servicio Nacional de Salud, recientemente creado (Armijo, 2010). En dicho Hospital se constituyeron cuatro servicios clínicos, cuyos jefes eran los doctores Agustín Téllez, Armando Roa, José Horwitz y Eduardo Brucher.

El 9 de Septiembre de 1983 se rebautiza el hospital como Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, que hasta la fecha depende del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Alrededor de 1960, aparecen los primeros atisbos en Chile de una Psiquiatría Comunitaria, crítica a la institucionalización involuntaria, encabezada por Luis Weinstein, Juan Marconi, y Luis Cordero con la Salud Mental Poblacional, la Psiquiatría Intercomunitaria y la Psiquiatría Comunitaria, respectivamente. Los primeros dos enfoques vinculados a la Universidad de Chile en conjunto con unidades del Servicio Nacional de Salud de nivel Primario de la ciudad de Santiago, y el tercer enfoque implementado en la ciudad de Temuco, experiencias todas que fueron abortadas luego del golpe de Estado de 1973, siendo las ONG las que, durante la dictadura, mantienen estrategias clínico-comunitarias como parte de su accionar (Sepúlveda, 1998).

La Dictadura Militar en Chile implementó una profunda reforma neoliberal en el Estado en general y en el sistema de salud en particular, lo que generó las siguientes consecuencias, entre otras (Sepúlveda, 1998):

- Entrega a los Municipios la administración de la Atención Primaria de Salud.

- Lleva a mínimos históricos la inversión y la mantención de los equipamientos y de la infraestructura.
- Se promueve un mercado de seguros de salud privado para el 20% más rico de la población.

En 1978 se publican las Políticas de Salud Mental del Ministerio de Salud y en 1990 se publica el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. En este mismo año, Chile participa en la Conferencia de Caracas, adhiriendo a una estrategia conocida como Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica, siendo una parte importante de él, la desmanicomialización, que consiste en el paso de una lógica asilar a una comunitaria (Sepúlveda, 1998).

En este punto el tratamiento farmacológico cobra gran relevancia pues se presenta como la gran solución para cumplir con la desmanicomialización y brindar, en sustitución, un tratamiento ambulatorio que devuelve la funcionalidad al individuo, manteniéndolo bajo control (Aroca, 2006).

En 1993 se publica el documento Plan y Política de Salud Mental, el cual contiene los objetivos prioritarios de la autoridad sanitaria luego de la vuelta a la democracia, los que dan cuenta de la áreas prioritarias, entre las que se encuentran: drogadicción, violencia doméstica, rehabilitación de víctimas de violencia política, reinserción laboral de personas con discapacidad mental, entre otros (Sepúlveda, 1998).

Por último mencionar que en el año 2001 se realiza una modificación a la reglamentación para la internación de personas psiquiátricas, el cual es emitido desde el departamento de asesoría jurídica del Ministerio de Salud (2000).

Según el Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedad Mental (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000) se considera que, una persona es un paciente psiquiátrico cuando “sufren de una enfermedad o trastorno mental y que se encuentran bajo tratamiento o supervisión médica especializada” (p. 3). La enfermedad mental es considerada “una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma permanente o transitoria” (p. 4). Estas enfermedades mentales son las mismas contempladas en la clasificación de la OMS, en su documento Trastornos Mentales y del Comportamiento (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000).

De acuerdo al Reglamento, los profesionales que decidirán sobre quienes deben o necesitan atención psiquiátrica serán los médicos, dejando en sus manos la labor técnica para determinar sobre quienes se debe actuar y sobre cómo se debe proceder, será entonces éste el encargado de realizar el diagnóstico de enfermedad mental, y cuando fuese necesario pedir la colaboración de profesionales psicólogos /as o la colaboración de otros profesionales de la salud para realizar una evaluación de tipo integral (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000).

Para que una persona proceda a internación psiquiátrica deberán cumplirse una o más de las sgtes. Condiciones (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000) :

- *Necesidad de efectuar un diagnóstico o evaluación clínica que no pueda realizarse de forma ambulatoria.*
- *Necesidad de incorporar a la persona a un plan de tratamiento que no sea posible de llevarse a cabo de manera eficaz en forma ambulatoria, atendida la situación de vida del sujeto.*
- *Que el estado o condición psíquica o conductual de la persona represente un riesgo de daño físico, psíquico o psicosocial inminente, para sí misma o para terceros (pág. 6)*

-

Además se considerarán dos tipos de intervención, aquellas voluntarias, que consisten en un acuerdo libre entre el paciente y el médico tratante, otro tipo de intervención será la involuntaria, dentro de las cuales se considerarán: las de urgencia no voluntaria, la administrativa y la judicial (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000). En ambos tipos de internación se considerará por medio del médico tratante al cabo de 60 días si es necesaria la continuación de la internación por 60 días más, o en su lugar es preferible el alta. La internación de urgencia no voluntaria sólo se podrá extender durante 72 horas, posterior a lo cual se deberá haber controlado y calmado al paciente en crisis, o haber realizado de forma independiente o en paralelo el debido diagnóstico médico especializado (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000) . Posterior a ello se determinará la pertinencia de un tratamiento, ya sea en plan ambulatorio o de internación. Si un paciente al cabo de las 72 horas no da su consentimiento para la internación, se deberá realizar una *internación administrativa* (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000) , donde la decisión estará a cargo de una autoridad sanitaria competente y “a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante (...) o de cualquier miembro de la comunidad” (p. 8), con el objetivo de internar a una persona que “aparentemente” (p. 8) está afectada por una enfermedad mental, y la cual a través de su conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o altera el orden y armonía de los lugares públicos. Esta decisión será tomada en conjunto, entre la autoridad de salud y la autoridad policial presentes, priorizando la integridad física y psíquica del enfermo y de su entorno. Por último, *La internación judicial* será “aquella dispuesta por resolución de un Tribunal de Justicia” (p. 8).

### III.3. Marco Epistemológico.

Dentro del presente proyecto de investigación se entenderá al sujeto desde una mirada ontológica que entenderá, por una parte, que éste se produce a sí mismo,

participa de su propia producción, pero además considerando que esta producción de ninguna manera es en solitario, pues el sujeto se encuentra inmerso en un marco social del cual forma parte, desde el cual es influido y desde el cual participa, sin que esto signifique que se escinda por una parte lo individual y por otra lo social, sino más bien dejar en claro el *continuum* que se establece entre ambos, y la inseparabilidad que los caracteriza (Moscovici, 1989) o como plantean Berger y Luckmann (2008) “La producción del hombre es siempre y por necesidad, una empresa social. Los hombres producen *juntos* un ambiente social con la totalidad de sus formaciones socio-culturales y psicológicas” (pp. 69-70).

Al sujeto entonces lo entenderemos anclado en un marco social que no le será indiferente, y, por el contrario, le permitirá y será la base sobre la cual movilizarse, y desde la cual ha tomado el material para generar dicha producción, o como plantean Berger y Luckmann (2008) “todo desarrollo individual del organismo está precedido de un orden social dado” (p. 71).

El orden social al cual hacemos referencia, y dentro del cual comprendemos que se desenvuelve el sujeto, lo entendemos como “un producto humano, o, más exactamente, una producción humana constante, realizada por el hombre en el curso de su continua externalización” (Berger y Luckman, 2008, p. 5). Es decir, el orden social no tiene una naturaleza ontológica a la cual podamos recurrir para fundamentar ciertas prácticas sociales, no forma parte de la naturaleza de las cosas, más bien sólo existe como actividad humana, como producción social humana.

Esto será comprendido en la presente investigación entendiendo que por una parte las personas que participarán dentro de ésta, tendrán, al momento de responder, una modulación propia, algo que les será característico a cada cual, y

que modificarán y darán matiz a cada una de las respuestas, y por otra, en que al entenderlos como sujetos participes de un espacio social compartido, asumimos a la vez que es desde este espacio social desde donde las personas van tomando ideas o esquemas para realizar y construir sus propias narrativas.

En relación a la forma en que se produce el conocimiento, y siguiendo lo anteriormente expuesto, argumentamos que es en el plano social donde se articulan los conocimientos que son transmitidos y aprehendidos por los sujetos, en donde a su vez se encuentran las instituciones, las cuales asumimos son las encargadas, por una parte, de anclar en el marco social esquemas ideológicos que sustentan ciertos conocimientos, y por otra, de producir, transmitir, validar, habituar y controlar estos conocimientos (Foucault, 2004), los cuales a su vez aparecen como verdaderos. Son las instituciones que a través de su historicidad van adquiriendo autonomía con respecto a los grupos que las producen, y por lo tanto del conocimiento que de ellas emana, es decir, a medida que estas se alejan temporalmente del momento histórico particular que las produjo, van adquiriendo mediante un proceso de habituación de las prácticas que ella misma impone su carácter de objetividad, de verdad inamovible, “todas las instituciones aparecen en la misma forma, como dadas, inalterables y evidentes por sí mismas” (Berger y Luckmann, 2008, p. 76). Desde aquí se desprende que el conocimiento emanado desde las instituciones se va estableciendo como forma de conocimiento “verdadero”, y por tanto válido. Pero este conocimiento adquiere su valía no por ser “verdadero”, sino más bien por ser propuesto desde espacios legitimados históricamente.

Los conocimientos que las instituciones ponen a disposición de la sociedad se van socializando a través de las distintas interrelaciones de las personas (Berger y Luckmann, 2008), y en esa práctica se van estableciendo como formas de conocimiento común, cotidiano, legítimos, los cuales servirán además como

fundamento para establecer ciertas construcciones sobre cómo se debe ser y hacer, sobre cómo dirigirse en el mundo, sobre cómo es que se ordena la realidad (Berger y Luckmann, 2008). Entonces, el conocimiento no será entendido como neutro, sino como medio de socialización de realidades ideológicamente determinadas (Van Dijk, 2003). Esto se ampara en la misma autoridad que la institución impone a los sujetos, haciendo prevalecer las definiciones institucionales sobre ciertas situaciones por sobre las individuales (Berger y Luckmann, 2008). La relevancia de esto en la presente investigación es que, mediante los conocimientos institucionales, se objetivan sectores de la realidad social (Berger y Luckmann, 2008), es decir, se les asigna propiedad de naturalidad a prácticas construidas históricamente, lo que en la presente investigación se hace relevante al momento de construir el discurso sobre la locura, entendiendo que ésta es “atravesada” desde diversos puntos de conocimiento, y por tanto desde diversas ideologías, además de comprenderla como histórica, es decir, adecuada a cada institución o fuente “legítima” de conocimiento.

Foucault (2004) nos dirá que estas formas de conocimiento aparecen ante nuestros ojos como verdad universal, sin embargo ignoramos por el contrario los intereses que detrás de estas formas de conocimiento se ocultan, y que, en sí mismos, están destinados a excluir.

Así entendida, la institución aparece como representante de ideologías determinadas históricamente, como la encargada de transmitir particulares formas de entender la realidad, y en donde a través de ciertos mecanismos de control, particularmente el discurso (Foucault, 2004) se asegura esta empresa.

El lenguaje como principal herramienta del discurso crea esquemas cognitivos socialmente compartidos (Van Dijk, 1999), en donde estos esquemas permiten

interpretar una realidad ideológicamente creada. O como dirán Berger y Luckmann (2008) “Sobre el lenguaje se construye el edificio de la legitimación, utilizándolo como instrumento principal. La “lógica” que así se atribuye al orden institucional es parte del acopio de conocimiento socialmente disponible y que como tal, se da por establecido” (p. 75). Entonces, y siguiendo a Berger y Luckmann (2008) las instituciones se sitúan en espacios de control legitimados que establecen las pautas de comportamientos, restringiendo todo aquello que se salga de esta, en donde “cualquier desviación radical que se aparte del orden institucional aparece como una desviación de la realidad, y puede llamársela depravación moral, enfermedad mental, o ignorancia a secas” (p. 78)

A lo anterior se suma que “a pesar de la objetividad que caracteriza al mundo social en la experiencia humana, no por eso adquiere un status ontológico separado de la actividad humana que lo produjo” (Berger y Luckmann, 2008, p. 74).

En cuanto a la relación que se establecerá entre nosotros (en tanto investigadores) y nuestro objeto de estudio que es el discurso, el cual se irá definiendo a partir de los múltiples acercamientos que tengamos a él, ésta será entendida como una relación de diálogo, como una triple relación de diálogo, en donde nos encontramos nosotros como sujetos investigadores, confrontados a nuestras propias realidades, las cuales de alguna u otra forma pasan a formar parte de lo que concebimos como objeto de estudio. Además de la relación entre nosotros y el discurso, en donde la construcción de éste emergerá en la medida en que nosotros mismos como investigadores iremos dando relevancia a ciertos aspectos de la realidad observados durante el proceso de análisis, es decir, se le irá construyendo en la medida en que se le observe (Van Dijk, 1999). Esto se hará explícito mediante el método de análisis propuesto en la presente investigación.

## **Reflexividad población.**

Al comprender que los discursos atraviesan diversos espacios de lo social, homogenizando la visión que de cierto objeto se pueda tener, tanto así desde la institución del cual emana, pero también de la población que lo reproduce y le da su sustento en lo cotidiano. Ésta última nos parece de gran relevancia, puesto que si argumentamos que el discurso se encuentra atravesando diversas capas de lo social, sería innecesario recurrir a un tipo específico de población, ya que eso podría restringirnos la posibilidad de obtener datos más extensos, que por el tipo de población y de diseño propuesto será de mayor prioridad. Si existe un discurso sobre la locura, éste tendrá un valor mayor, en tanto se desplegará en el ámbito mismo desde donde se pone en práctica su funcionamiento, y por tanto su riqueza.

Esta población entonces la comprenderemos como el discurso, logrando así poder ampliar el espectro, pero quizás su utilidad mayor será que nos ayuda a prevenir una visión sesgada sobre la población (cuando en un primer momento la pretendíamos definir), que en definitiva nos pudiese llevar durante el acercamiento a establecer, quizás casi de manera anticipada, una visión que ya prevé su propia respuesta, y por tanto restringe la riqueza y quizás incluso la relevancia del presente trabajo.

#### IV. Diseño Metodológico

##### IV.1. Metodología, Diseño.

#### **Metodología:**

La metodología propuesta para este estudio es cualitativa, en tanto nos permite acercarnos a la realidad y a nuestro objeto de estudio de una manera interpretativa y crítica, y comprender que la realidad no es algo que esté ahí, dada, para ser descubierta por los investigadores, sino, más bien, nos permite acercarnos a esta realidad de una manera en la cual el investigador es agente activo de la producción de esa realidad, y al no comprenderla como dada se abren los espacios para poder interpretarla y, de alguna forma, transformarla (Mejías, 2004). Esto permite, a la vez, poder desarrollar una mirada reflexiva sobre aspectos de la realidad que comúnmente se encuentran invisibilizados.

Además, la metodología cualitativa se hace pertinente por su posición cíclica y circular (Serbia, 2007) característica que nos permite estar constantemente volviendo a los datos para contrastarlos con el material emergente durante el proceso de investigación.

Desde una metodología cualitativa, además, podemos comprender que la realidad social “se construye a través de procesos sociales, macros y micros (...), en un plano material y concreto (...), y en un plano subjetivo y simbólico (Serbia, 2007), y que los actores sociales desarrollan su accionar dentro de estos procesos sociales y “dentro de marcos restrictivos de condiciones, que implican un mundo social (...) y un mundo natural” (Serbia, 2007, p.125).

## **Método:**

El método propuesto para abordar esta investigación y su respectivo objeto de estudio es el Análisis Crítico del Discurso (en adelante ACD), en tanto se enmarca en una “tradicción que rechaza la posibilidad de una ciencia «libre de valores», y en donde la ciencia, y especialmente el discurso académico, son inherentemente partes de la estructura social, por la que están influidos, y que se producen en la interacción social” (Van Dijk, 1999, p. 2)

Van Dijk (1999) nos manifiesta que el ACD tiene sus propias contribuciones que hacer al ámbito investigativo, en tanto permite contribuir al entendimiento de las relaciones entre el discurso y la sociedad, y de las prácticas sociales que perpetúan mediante el discurso gradientes de poder, que dejan en desventaja a ciertos grupos que no tienen acceso al control de los discursos públicos e institucionales, estableciéndose por tanto sistemas de dominación que son reproducidos constantemente, tanto por las instituciones o grupos de poder que tienen acceso privilegiado a los discursos, así como también mediante la sociedad que interioriza estos discursos y los hace parte “natural” de sus formas de comprender la realidad.

Comprendiendo que el ACD concibe al discurso como una práctica social, es decir, como una forma de acción (Santander, 2011), y que nos dice y da las pautas para hacer, cómo hacer, qué decir y no decir (Banister, 2004), en definitiva cómo debemos interpretar la realidad y por lo tanto cómo actuar en esa realidad.

Además de entender que los discursos no guardan inocencia, son opacos (Santander, 2011), y por lo tanto su dimensión articuladora, que a la vez le dan coherencia y significado corresponde a su dimensión ideológica (Van Dijk, 2003), o como agrega Banister (2004) “al análisis del discurso le preocupan las formas en

que el significado se reproduce y se transforma en los textos, y cuando dicha transformación concierne a las instituciones y las relaciones de poder, inevitablemente somos conducidos a una consideración del papel de la ideología” (pág. 14), en tanto es esta la cual le da el sustento para legitimar y naturalizar, para mantener gradientes de poder que posicionan a ciertos grupos en espacios de control para producir los discursos públicos, en desmedro de los cuales no tienen acceso privilegiado a esos espacios (Van Dijk, 2003, 1999), y en donde el discurso está a disposición de la institución que lo produce, y más aún, contribuye a mantener un orden social que se perpetúa a través de ellos (Foucault, 2004).

Siguiendo lo planteado anteriormente, el presente trabajo buscará mediante el ACD, por una parte acercarse al discurso sobre la locura, e identificar de qué manera es aprehendida y comprendida, y por otra, acercarnos e interpretar aquella parte del discurso que es opaca, y que subyace y da coherencia y sustento a esas prácticas sociales (entendiendo por prácticas sociales el discurso mismo) (Santander, 2011), es decir, que las justifican. Siguiendo a Santander (2011), al comprender la opacidad del discurso es como llegamos a la justificación del análisis, y en donde esta opacidad al ser interpretada nos dará cuenta de la o las ideologías que estarán subyaciendo a la parte visible del discurso; y por otro lado, al comprender el discurso como una forma de acción, encontramos el sentido y el propósito del análisis.

El ACD resulta el método más apropiado para comprender nuestro objeto de estudio, ya que creemos no tendría ningún sentido abordar el discurso sobre locura desde una perspectiva individual, dado que, y siguiendo a Banister (2004, p. 10), comprendemos que “son los discursos los que ‘forman los objetos de los que hablan’, y no los autores quienes hablan a través del texto, como si el texto fuera una especie de pantalla transparente en la que se exhibieran las intenciones del autor”, y como agrega Foucault (2004, p. 32) “Una disciplina se define por un

ámbito de objetos, un conjunto de métodos (...) un *corpus* de proposiciones consideradas verdaderas (...) sin que su sentido o su validez estén ligados a aquel que ha dado en ser su inventor”. Por lo tanto, el ACD, nos permitirá acceder a un discurso, que si bien va a ser encontrado aparentemente en un plano individual, éste discurso —argumentamos— nos dará cuenta de un nivel social-institucional, y que más bien se transmite o son transportados por los sujetos que los nombran.

Por último, durante el transcurso de este trabajo investigativo nos ceñiremos a la idea propuesta por Banister (2004), en donde señala que “en realidad, los discursos no están ahí escondidos esperando ser descubiertos; ciertamente son producidos mediante el análisis, pero entonces le dan una coherencia a la organización del lenguaje e interpretan estructuras institucionales de poder e ideología de una manera en que no podría hacerlo nunca un simple llamado a la lógica del sentido común” (p. 16).

### **Diseño:**

El diseño propuesto es el fundamentado, pues nos permite utilizar procedimientos en donde se entrelazan las operaciones de recolección de datos, la codificación, el análisis y la interpretación de la información durante todo el proceso de investigación (Flick, 2007), una mayor libertad al momento de analizar los datos, los cuales serán considerados pertinentes o no de acuerdo a la pregunta y a los objetivos de nuestra investigación. En este caso las categorías de análisis no son previas, sino emergentes, es decir, en tanto nos enfrentamos a los textos, al material empírico obtenido mediante la recolección de datos, van emergiendo categorías pertinentes con las cuales analizamos y conceptualizamos nuestro conocimiento obtenido (Santander, 2011).

## IV.2. Técnicas de Recolección de Información

Cuestionario abierto, en tanto nos permite realizar preguntas de tipo abiertas, y obtener información en el propio lenguaje del entrevistado y sin un límite preciso en la contestación, además de sernos útil cuando no tenemos información sobre el tipo de respuesta que dará la población (Hernández, 2005).

## IV.3. Instrumentos.

Cuestionario abierto autoaplicado, constituido en base a cuatro preguntas abiertas, el cual fue enviado vía correo electrónico a diversos sujetos, , escogidos azarosamente, y dispuestos a colaborar con la presente investigación. Cabe mencionar que la tasa de respuesta obtenida luego del envío de los cuestionarios ronda el 40%, lo que se traduce en que en total fueron 30 cuestionarios respondidos.

El instrumento construido, consta de 4 preguntas (ver anexo VI.2) el que tiene la función de realizar un primer acercamiento a los datos.

Los criterios utilizados para las preguntas son: aparte del ya mencionado, son:

Para la pregunta 1: indagar en como se caracteriza a la locura, esto mediante un acercamiento los más amplio y extenso posible, con el fin de generara amplitud de categorías, y sin necesidad de restricción en las temáticas de la respuestas.

Pregunta 2: el objetivo aquí eran tratar las características más concretas de la locura, esto es en como ella se plasma en una persona de carne y hueso.

Pregunta 3: esta pregunta también buscaba la amplitud del dato, y conocer como es el tipo de relación que mantiene locura y sociedad

Pregunta 4: El objetivo aquí es conocer las principales características de la persona sin locura, y que actuaría como opuesto al loco, lo que nos permite identificar lo que la sociedad estima como esperable.

#### IV.4. Población.

En un primer momento de la planificación de la presente Tesis, se pensaba incorporar como población a docentes de escuelas de Psicología de distintas universidades de Chile, especializados en el área clínica, en Tanto estos participaba transmitiendo el conocimiento y las prácticas disciplinares, además de participar en la transmisión que la educación realiza de la cultura y la estructura social (Ávila, 2005). Sin embargo, en la medida en que íbamos interiorizándonos en nuestro objeto de estudio y en nuestros marcos, fuimos aclarando que la población definida en el presente estudio carecía de sentido, puesto que al trabajar con el concepto de discurso asumimos que éste atraviesa diversas capas de la sociedad, no circunscribiéndose a un lugar o población específica. Y como consta en nuestro Marco Teórico (ver Marco Teórico, Discurso; ver Marco Metodológico, Método), el sujeto es reproductor de discurso, no su creador. Por este motivo, en esta investigación, lo que nos interesa, nuestra población, es el discurso, no quien lo porta.

##### **IV.4.1 Muestreo teórico.**

La muestra será recogida a través del denominado muestreo teórico, el cual consiste en:

“Proceso de recogida de datos para generar teoría por medio del cual el analista recoge, codifica y analiza sus datos conjuntamente y decide qué datos recoger después y dónde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que surge. Este proceso de recogida de datos está controlado *por* la teoría emergente” (Glaser y Strauss, 1967, pág. 45.en Flick, 2007).

El muestreo teórico estará guiado por la percepción subjetiva de los investigadores respecto de la relevancia de los datos que aparecerán en los textos, guiada por el Marco de Referencia (Patton, 1990, en Flick, 2007) Además, Patton (1990, en Flick, 2007), propone el criterio de conveniencia, el cual permitirá considerar los casos que sean de mayor accesibilidad en función de los tiempos y de determinadas condiciones. Apareciendo entonces como una forma de acceder a los datos pero de manera más flexible, en donde la población se vaya perfilando en virtud de lo que en la reflexión teórica vaya emergiendo, y que a su vez promueven nuevas formas de acercamiento.

Siguiendo esta línea, en este tipo de muestreo se seleccionaran a las personas de acuerdo al “nivel (esperado) de nuevas ideas para la teoría en desarrollo” (Flick, 2007), esto se realizara en virtud de la elaboración de la teoría hasta aquel momento, y considerando que es esta teoría que emerge de lo empírico lo que actúa como punto de referencia (Flick, 2007). Esto se realizó en paralelo y bajo el criterio de la saturación teórica, en tanto nos permitió establecer un límite del muestreo, el cual quedó definido por la saturación del dato, por la falta de información nueva que contribuya a enriquecer el dato (Serbia, 2007). En razón de esto, las categorías que aparecen en el apartado Presentación de los resultados, son aquellas que lograron ser saturadas. Otras categoría que creemos relevantes, pero que no alcanzaron a ser saturadas, no fueron incluidas en los resultados.

#### IV.5. Análisis de Datos.

El análisis de los datos se realizó basado en lo que propone Van Dijk (1984) centrado en un análisis semántico e ideológico. Esto se realizará analizando lo que Van Dijk propone como estructuras de superficie, en donde integra la coherencia local o lineal, la coherencia global, y la coherencia pragmática, las que se complementarán con una explicación cognoscitiva, pues “la coherencia textual depende de la interpretación semántica y pragmática asignada por un lector—oyente” (p.25). El análisis de la coherencia local se centrará en la microestructura del texto, es decir la estructura de las oraciones y de las relaciones de conexión y de coherencia entre ellas. El análisis de la coherencia global se centra en la macroestructura del texto, es decir el contenido global de un discurso, el tema del relato, lo que emerge como más importante dentro del relato. El análisis pragmático estará centrado principalmente en los macroactos de habla, en tanto nos permiten comprender los propósitos que se encuentran inmersos en el discurso. Estos macroactos serán entendidos como secuencias de actos de habla, los cuales serán entendidos, a la vez, como la dimensión intencional de una emisión, es decir, su propósito (Van Dijk, 1996). Para que el texto adquiera coherencia y sentido como un todo es necesario tomar en consideración la interpretación que hace el lector, y que para Van Dijk (1984) es un acercamiento cognoscitivo, y por lo tanto en estrecha relación a las cogniciones sociales de las cuales el lector-interpretador es partícipe, y en donde además se integran “los conocimientos, las creencias, los deseos, los intereses, los objetivos, las actitudes, las normas y los valores de los usuarios de la lengua” (Van Dijk, 1984, p. 98), comprendiendo que este lector-interpretador es siempre parte de un grupo, y por lo tanto, las respuestas que de él emanen serán consideradas en función de esos grupos (Van Dijk, 1994).

El análisis de los datos se hizo utilizando como recurso el software Atlas Tii 5.2, el cual nos permitió ordenar los datos mediante categorías o codes, los cuales pudimos agrupar posteriormente en familias y superfamilias de categorías, para facilitar el posterior análisis.

#### IV.6. Criterios de Calidad

Durante todo el transcurso de la presente investigación se resguardó el criterio de la coherencia interna, manteniendo constantes revisiones y relaciones entre los distintos marcos, siempre a la luz de lo propuesto en el diseño metodológico, cuestión que permitió, en su constancia, ayudar a que los cambios o transformaciones emergentes en algún marco no distorsionen la comprensión de los otros (Santander, 2011). El dispositivo que nos permitió resguardar la concreción de este criterio fue la triangulación con expertos y expertas, además de utilizar la constante triangulación de los propios marcos (Okuda y Gómez, 2005).

Como segundo criterio de calidad se utilizó la auditabilidad, en tanto esta nos permitió transparentar el proceso mismo de la investigación, así como también las decisiones que durante la misma se fue tomando, ello, con el objetivo que otros investigadores e investigadoras pudiesen acceder y comprender la lógica de producción de esta investigación (Salgado, 2007). Esto se logró mediante dos dispositivos, por una parte el formato de citación APA (quinta edición), y la reflexividad, en tanto nos comprendemos como sujetos situados en la manera de observar nuestro objeto de estudio (De la Cuesta, 2003).

#### IV.7. Aspectos Éticos

Se resguardó la confidencialidad de la identidad de los y las participantes (França-Tarragó,2001). Se proporcionó un consentimiento informado donde se explicó a cabalidad los objetivos de la investigación (França-Tarragó, 2001), para que los participantes desde un primer momento conociesen su objetivo y su intención.

El presente análisis crítico del discurso tiene como fin, que es intrínseco a todo análisis crítico, tal como lo plantea Van Dijk (1984), dilucidar cómo el discurso, en este caso el de la locura, puede contribuir a la reproducción de desigualdad e injusticia social.

Por último, siguiendo la recomendación de Bermejo (2007), en el proceso de realización se tuvo siempre presente no caer en una absoluta abstracción en cuanto a conceptos tales como el de locura y enfermedad mental, pues creemos que es de suma importancia ser concientes del dolor y el sufrimiento que experimentan quienes viven, en su cotidianidad, con la enfermedad mental.

## **V. Presentación de los resultados.**

A continuación se presentan los resultados que han emergido como de relevancia al momento de acercarse a los datos empíricos.

El primer concepto clave a analizar será el de Ideología, el cual será analizado a partir de tres subcategorías principales , las cuales a su vez se desglosarán en otras subcategorías.

### **I. Primer concepto clave es Ideología:**

Como primer elemento para acercarse a la ideología encontramos la **categoría de discurso disciplinar**, en donde la disciplina emerge como forma válida de conocimiento, disponible y verdadero para acercarse comprensivamente a la locura. Este discurso disciplinar lo definiremos mediante seis subcategorías: Causas de la locura, Enfermedad mental, Tratamiento de la locura, Adaptación social, Desadaptación social, Norma.

#### **1. Categoría discurso disciplinar**

##### **1.1 Subcategoría “Causas de la Locura”.**

Algo común a las diversas causas que se le asignan a la locura dentro de las respuestas, es que ésta aparece de forma involuntaria, como algo que llega azarosamente desde fuera, y que resta funcionalidad a la persona. En esta línea se encuentran, como explicaciones etiológicas: la herencia, la historia de vida

personal, las vivencias traumáticas, las represiones, un entorno amenazante, lo que se traduce en las siguientes respuestas:

- “Para mí es un estado psicológico al que algunos seres humanos llegan, producto ya sea de traumas, represiones o cualquier clase de energía mental que no ha sido liberada. De esta manera, pienso que la locura actúa como una vía de escape para la persona.”
- “Es la parte a la cual uno llega cuando siente que no puede lidiar con el mundo, con su entorno. Algunos le llaman una especie de “arranque” de la realidad, ya que ésta estaría siendo demasiado amenazante para el sujeto”.

## **1.2 Subcategoría “enfermedad mental”.**

Como otra idea fuerte desde el discurso disciplinar inmerso en las respuestas, aparece la locura como enfermedad, específicamente como enfermedad mental, la cual afecta la capacidad de razonar y las capacidades intelectuales en general. Se le asocia con alteraciones a nivel psicótico, como distorsiones perceptuales y pérdida de contacto con la realidad. Esto aparece expresado en las respuestas como:

- “Antigua, y actual vulgar denominación de los trastornos a nivel psicótico. Alteraciones de consciencia, delirios y alucinaciones. Pérdida de contacto con la realidad, de sus normas. Incapacidad para contactar sanamente con otras personas.”

## **1.3 Subcategoría “tratamiento de la locura”.**

Otra forma en que el discurso disciplinario emerge es en la idea de tratamiento, en estrecha relación con la enfermedad mental. El tratamiento aparece como vía óptima y necesaria, imperante para rectificar y devolver el normal funcionamiento a la persona, evitando y previniendo así actos potencialmente riesgosos o dañinos, disminuyendo su peligrosidad. El tratamiento es entendido como la posibilidad por medio de lo cual se le permite a la persona con locura integrarse o volver a integrarse a los patrones esperados y normales de comportamiento.

Como se expresa en las siguientes respuestas:

- “La sociedad verán a estas personas como un riesgo para ellos y se deben tratar con especialistas para poder resolver sus problemas y que así no afecten a otros.”
- “Comprenderlas porque es una enfermedad, sin embargo deben ser orientados a tratamiento ya que también representan un riesgo para los/as demás personas.”

Llama la atención que el tratamiento, del cual se habla en las respuestas, se realiza en pos del bienestar social más que por el bienestar individual.

Otras formas en que el discurso disciplinar aparece en las respuestas es a través de la recurrente aparición de la Norma, en su asociación con la idea de aquello que se considera como adaptación social y aquello que se considera como desadaptación social, apareciendo esta última fuertemente asociada con la idea de peligrosidad.

#### **1.4 Subcategoría “Adaptación Social”.**

Esta sub-subcategoría será analizada desde el análisis pragmático propuesto por Van Dijk (), el que se centra en los actos de habla, entendidos como

La adaptación social emerge como una forma de pensar, sentir y actuar acorde a las normas sociales y éticas de convivencia, las que a la vez son útiles al sistema social.

La adaptación social se encuentra estrechamente vinculada a lo que se espera que las personas realicen para ser funcionales al sistema, lo que en una sociedad capitalista se traduce en ser productivo (a), en ser confiable, es decir, que se sepa qué es lo que se espera como respuesta de las personas, responsable con su entorno social, respetando las normas e ideales sociales.

La adaptación social al ser realizada por las personas les permite acceder a beneficios sociales y económicos, a un estatus, a “recompensas” predefinidas, tales como el acceso al trabajo, crédito, obtención de bienes, etc. Además de evitar ser sancionado por instituciones y por los entornos más inmediatos, más cotidianos.

El adaptado social es un sujeto al cual la sociedad puede comprender y conocer a través de sus esquemas interpretativos predominantes. Lo que se expresa en una respuesta de la siguiente manera:

- “Es alguien que sabe adecuarse a cualquier situación. Se comporta dentro de lo esperable. De cierta manera predecible. Si está en un funeral está callado e incluso puede fingir pena, si está en una fiesta lo más probable es que se ría, o si anda por la calle, andará con vestido, etc. Pero creo que ser “cuerdo” y muy apegado a las normas, no garantiza que seas una persona sana.”
- “Apegado a lo material, muy preocupado de su imagen, con miedo a la soledad. Aquel que se rige por las normas y ética de la sociedad en la que vive sin cuestionarse profundamente”.

La adaptación social se asemeja con la normalidad y con la norma, con algo predecible, por lo que todo aquello que sea considerado fuera de la norma o la normalidad es homologado con la desadaptación social, la cual se encuentra estrechamente vinculada con la integración, actuando esta última como elemento que busca corregir lo que, a ojos de la sociedad, aparece como desadaptado.

Para que se produzca la adaptación social, debe existir una concordancia entre el dispositivo interno y el externo, es decir, una suerte de acuerdo entre la persona y la sociedad. Si la adaptación social es requerida por el dispositivo externo, es decir, la voluntad social, sin encontrar correspondencia con el dispositivo interno, es decir, la voluntad de integrarse que tenga el propio sujeto, en este encuentro entre lo social y lo individual, en esta adaptación social requerida, el dispositivo externo, la voluntad social, acciona mecanismos de exclusión con ese sujeto y permiten tenerlo bajo control, reduciendo el riesgo que representa y por tanto su peligrosidad.

La adaptación social aparece como un condicionante para discriminar al loco del no loco, y su función es permitir la armonía dentro del marco social. En una de las respuestas, se caracteriza a quien cae dentro de esta categoría de la siguiente forma:

- “Normalizada, estándar, su ser se articula en los márgenes de lo socialmente impuesto y aceptable, sin pasar a llevar estos límites por el miedo al rechazo, por deseabilidad social, por miedo a la marginación”
- “Hay un ambiente en el hogar de paz, de cariño para su familia, de responsabilidad, de comunicación, de entendimiento. Hay motivación en hacer cosas.”
- “Es alguien "normal", el ente típico de la sociedad que razona y actúa según es aceptado como lo normal, como debería ser según dice la ciencia y la costumbre.”

En contraste con esta persona sin locura, que conserva la capacidad de adecuación, se caracteriza en las respuestas a la persona con locura como:

- “Es la típica persona, con un mundo interno muy diferente quizás del resto pero con la capacidad de adherir sus capacidades y/o pensamientos con los demás, es capaz de reunir recursos para lograr una coherencia y una buena comunicación con los demás, entendiendo a las personas y llevando un discurso en común, con los demás, tanto en lo espacio tiempo como en los símbolos y signos en común que se tienen en la sociedad.”

Para comprender mejor la subcategoría de adaptación social, se integra la subcategoría de “características de la persona sin locura”, la cual nos sirve para clarificar aquello que la sociedad espera de las personas.

#### **1.4.1 Sub-Subcategoría “Características de la persona sin locura”.**

Sano, que se apega a las normas sociales, es aceptado, capaz de postergar sus deseos, de reprimirlos, que piensa antes de actuar, es un sujeto racional, esto por el fin o bien de la sociedad. Es ético y responsable, coherente y predecible, comprensible por su entorno, tiene capacidad empática, normalizado, conservador, preocupado por su imagen. No distorsiona la realidad.

No logra ver más allá, no logra concebir otras posibilidades de existencia, es manejable, moldeable, influenciado por su entorno social, acepta los valores que le imponen, ordenada, alejado de si mismo.

- “Para estar “sano”, hay que apegarse a normas sociales que a veces son muy represoras”
- “es capaz de reservarse y postergar sus deseos más íntimos”.

- “Es la típica persona, con un mundo interno muy diferente quizás del resto pero con la capacidad de adherir sus capacidades y/o pensamientos con los demás, es capaz de reunir recursos para lograr una coherencia y una buena comunicación con los demás, entendiendo a las personas y llevando un discurso en común, con los demás, tanto en lo espacio tiempo como en los símbolos y signos en común que se tienen en la sociedad.”
- “Es alguien que sabe adecuarse a cualquier situación. Se comporta dentro de lo esperable. De cierta manera predecible. Si está en un funeral está callado e incluso puede fingir pena, si está en una fiesta lo más probable es que se ría, o si anda por la calle, andará con vestido, etc. Pero creo que ser “cuerdo” y muy apegado a las normas, no garantiza que seas una persona sana.”
- “Adaptada, probablemente reprimida. Pero adaptada. No causaría problemas a nadie. Y sería parte de la normalidad promedio. Asumiendo y tomando como ciertas consciente o inconscientemente la gama de normas y pautas sobre cómo se debe pensar y actuar en un contexto específico”
- “Razona con claridad, piensa y se hace cargo de sus decisiones, se apega a los patrones comunes de vida, con esto haciendo referencia a la vida misma (familia, estudios, trabajos, etc.)”
- “Infeliz. Cualquier persona que tiene que vivir aparentando lo que no es, comportándose como otros dicen, supongo q serán personas frustradas y amargadas”.

Las personas que entrarían dentro de esta categoría pareciese que perdieran algo de sí en el momento de relacionarse y adecuarse con la sociedad, una pérdida

que traería un alejamiento de sí mismo, un distanciarse de la propia necesidad poniendo en su lugar a las de la sociedad, lo que se muestra vinculado con la idea de rigidez de la persona, con la falta de espontaneidad, y con una pérdida de felicidad, lo que se expresa en una de las respuestas de la siguiente forma:

- “Es una persona ordenada; una persona que debe restringirse, debido a que su educación le enseñó qué es lo correcto y no. Es una persona que acepta los valores, la moral y las normas sociales. Es una persona moldeada; una persona que cree que es feliz en esta sociedad, pero quizás por dentro no lo es...”.

### **1.5 Subcategoría “Desadaptación social”.**

La desadaptación social es una forma de sentir, pensar y comportarse fuera de la norma. Al encontrarse fuera de la norma estas formas se tornan impredecibles, lo cual genera riesgo al sistema, volviendo el actuar del desadaptado en algo considerado como peligroso por y para la sociedad, lo que se muestra a través de las siguientes respuestas:

- “Que difícil. Lo primero que pienso es que la locura es estar mal mentalmente. Amm, estar enfermo. Pienso también que la locura es no lograr calzar en la sociedad, no hacer caso a normas sociales”.
- “Ahora que lo pienso, las normas están para darnos seguridad, y quién escapa de eso (un loco por ejemplo) se le dará tratamiento o se le encierra para que no sea un peligro para la sociedad”.

El o la desadaptada no es un sujeto o sujeta confiable para las instituciones sociales y para las demás personas, pues no se sabe lo que se puede esperar de ellos y ellas.

Además, al no seguir la norma, no es posible categorizarles y asignarles, según sus características, un espacio social productivo, donde puedan serle de utilidad al sistema, por lo que al quedar fuera de lo que se espera se les entenderá de improductivos, inservibles para las pretensiones del sistema.

La desadaptación social actúa como un condicionante relevante para asignar la categoría de locura, y forma parte constituyente de lo que se entenderá por locura.

Las personas que caen en esta categoría, entonces, se caracterizarán por ir contra de lo establecido, ser impredecibles, no servir o no ser funcional al sistema, ser ajenas a lo aceptable, incomprensibles, sin tacto para relacionarse socialmente, a quien la sociedad no ve con buenos ojos. En una de las respuestas aparece expresado de la siguiente forma.

- “Ir contra la corriente, así se dice, al menos, desde los que se sienten cuerdos. La corriente sería ir de acuerdo con otros y lo que dicen, hacen o piensan otros. Si yo hago lo que yo siento, pienso y quiero y soy casi la única(o), para todos los que actúan igual, yo sería loco(a). Por tanto locura sería salir en el actuar, sentir y pensar, distinto de la masa que se rige por cánones establecidos por otros y otras que se sienten cuerdos”

- “Es una persona sin “ataduras”, por así decirlo. Una persona que no conoce valores ni moral en la sociedad donde se desenvuelve. Es una persona que se comporta de una forma detestable para la mayoría. Es una persona cuyas ideas son restringidas. Es una persona que no sirve en este engranaje que hace funcionar el sistema.”

El sujeto desadaptado para la sociedad será alguien que no será comprendido. Ahora bien, la comprensión no es entendida como un acto empático, en que la sociedad se pone en el lugar del otro para vivenciar y conocer “desde dentro” la experiencia de este otro, sino que, se entenderá el comprender como el acto de acomodación, de asimilación que la sociedad realiza en el momento de vincularse con lo desadaptado, es decir, en el momento de querer dar un sentido a un hecho extraño a lo que la sociedad considera como normal o dentro de la norma. A través de esta comprensión lo desadaptado es integrado a los esquemas que la sociedad posee, y por tanto se le comprende desde lo que la sociedad estimará como aceptable para él. Esto se presenta en las respuestas de la siguiente manera:

- “Es una persona que tiene dificultades para ser comprendida por el resto de los individuos en su sociedad. Debido a actitudes, percepciones de la vida, o ideas poco convencionales para el contexto histórico o actual de su entorno social”.
- “Es una persona a la cual le cuesta comprender los códigos que su entorno utiliza, tiene dificultades para “ensamblarse” con los otros de su entorno. Por lo que desde fuera pudiese parecer alguien extraño, pero extraño sólo por no poder comprenderlo con los códigos desde el cual se le está observando”.

- “Comprenderlas porque es una enfermedad, sin embargo deben ser orientados a tratamiento ya que también representan un riesgo para los/as demás personas”.
- “Integrarlos, escucharlos, ayudarlos e intentar busca manera de comprender el pensamiento de dichas personas, buscando qué cosas lo han llevado al estado en el que se encuentran y de qué forma razonan.”

### **1.5.1 Sub-Subcategoría “Características de la persona con locura”.**

Dentro de las características que circulan en torno a la persona con locura aparecen como ideas fuertes que éstas serían: “distintas, aberrantes, sucias, aisladas, ensimismadas, eufóricas, con harta energía, violentas, alteradas, dispersas e impredecibles en relación a la mayoría, viendo cosas que los demás no ven, carentes de la capacidad de razonar, lo que se traduce en que pueden llegar a realizar acciones y emitir juicios ilógicos, extraños o absurdos, en el descontrol de los impulsos, que puede llevar a cometer actos perjudiciales, tanto para sí mismo como para su entorno. Se le asocia una moral subjetiva, particular. Desapegado de las normas sociales y cuyo aporte a la sociedad es visualizado solo en áreas culturales y artísticas. Esto se expresa en una de las respuestas de la siguiente manera:

- “Alterada, eufórica, con cambios emocionales bruscos y poco confiable, que puede llegar a ser peligrosa para su entorno.”
- “La persona se aleja de lo común llegando a extremos de poner en riesgo su vida y la de los/as otros/as que lo rodean. No posee la capacidad de razonar su accionar, solo actúa.”

## 1.6 Subcategoría “Normas”.

Las normas aparecen como pautas de comportamiento que se espera sean respetados. Esta tendría como función resguardar una armonía dentro de la sociedad, regularizar los comportamientos que se exigen sean respetados, delimitar los caminos que se espera sean reproducidos. Otra función sería contribuir a mantener la seguridad de lo que se considera como aceptable. Otra función de la norma sería permitir la adaptación social. Lo que se puede observar en la siguiente respuesta:

- “Ahora que lo pienso, las normas están para darnos seguridad, y quién escapa de eso (un loco por ejemplo) se le dará tratamiento o se le encierra para que no sea un peligro para la sociedad. De manera que buscamos seguridad y para ello consensuamos ciertas normas de convivencia social, para sentirnos seguros y alejar aquello que nos incomoda o nos inseguriza y que nos pudiera dañar, como asesinos, ladrones, estafadores o locos” .

Las normas permitirán establecer relaciones de confianza entre las personas, relaciones en donde las respuestas de alguna u otra forma ya estarán definidas.

## **II. Segundo concepto clave “Espacios”.**

El segundo concepto a analizar en un primer momento sería el de Espacios, con el cual pretendíamos como objetivo conocer los espacios asignados a la locura, esto se realizaría en un segundo acercamiento a la empíria, el cual queda pendiente para ser realizado en una futura investigación, por lo que las respuestas que nos permitieron configurar este concepto aparecen en preguntas que no fueron elaboradas específicamente para él. En este primer acercamiento creemos que es posible acercarse a los espacios asignados a la locura mediante las categorías de Exclusión clásica y Exclusión sutil.

### **II.1 Categoría “Exclusión Clásica”.**

La sociedad al percibir lo amenazante, lo riesgoso, lo que atenta contra el orden esperado, lo que hace es tomar aquello y asignarle lugares dentro de márgenes mucho más restringidos, que permiten ejercer mayor control sobre lo que se excluye, entendiendo que la exclusión no es asignar un espacio fuera de los límites de la sociedad, sino más bien tomar lo que se excluye y darle un lugar bien definido dentro de la sociedad, lo que se excluye nunca queda fuera, sino dentro.

Esta forma de exclusión directa, visible, se impone como forma de sanción, de amedrentamiento para quien tenga la ocurrencia de salir fuera de la norma.

Esta exclusión se hace efectiva en “establecimientos especializados” atendidos por profesionales, cuyas prácticas se encontrarían avaladas por un discurso de

tipo científico, que daría cuenta de un conocimiento técnico, especializado, que sabe lo que se debe hacer con quienes llegan a estos establecimientos. Dentro de estos espacios se encontrarían cárceles, manicomios, psiquiátricos, asilos o casas de reposo. Dentro de una de las respuestas aparece expresado así:

- “Acogerlos, establecer políticas de salud claras y ordenadas. Establecimientos especializados y definidos, ya sean para locuras permanentes o transitorias”.
- “Moral: invertir en centros de reposo, asilos, de calidad, con espacios para vivir pacíficamente bajo cuidado de profesionales”.
- “Apoyo metódico y ordenado desde la familia y en colaboración con ella.”

## **II.2 Categoría “Exclusión sutil”.**

Junto con este tipo de exclusión, se produce una exclusión mucho más sutil, que de forma más imperceptible, y bajo argumentos de benevolencia posiciona a la persona en espacios lejanos, aislados, ontológicamente distantes y diferentes, circunscribiéndolas a un mundo propio, a un lenguaje propio, con un bienestar en sí mismas, asignándoles una idea de autosuficiencia y de incapacidad de comprender los códigos sociales. El principal espacio de exclusión aparece como el mundo interno de la propia persona, puesto en evidencia a través de la circunscripción que se le hace a ese mundo interno. Ahí se le ciñe, y se le confiere un bienestar alejado de cualquier situación de relación con otros, ya que no las necesitarían. Lo que se expresa así en unas respuestas:

- “Dejarlas vivir en su mundo, aprovechar esas precepciones diferentes para llegar a crear y captar otras visiones y sensaciones del mundo, que no tiene la gente considerada racional y “lúcida”.
- “La locura vendría a ser una especie de mundo propio.... Muy propio, ajeno al entendimiento común”.
- “A veces puede ser más feliz que los “cuerdos”, a veces puede estar en un estado parecido a la inocencia o ingenuidad más pura, o alcanzar momentos de genialidad”.

Otro espacio que daría cuenta de este tipo de exclusión serían los de tipo racional. Se restringe a la persona con locura el acceso a disciplinas de tipo técnica, o que exijan cualidades de tipo más racional, y en su lugar se le confiere el mundo de las artes y la cultura, como mundo posible de ser habitado por la locura, lo que aparece expresado de las siguientes formas:

- “La imagino con un lenguaje propio. Y una coherencia interna quizás, que solo él se entiende, es hermoso en sí mismo, las personas no los comprenden, y ellos intentan interactuar, dando a conocer sus ideas, me las imagino muy conversitas y todo su discurso, con mucha importancia para ellos, no se percatan que para el resto su discurso es inesperado y poco ensamblado en la realidad común.”
- “Es una persona que no piensa en los riesgos que conlleva su manera de pensar y actuar. Comúnmente es considerada por los otros como un paria,

como alguien ajeno a lo aceptable. Sin estas personas, probablemente el mundo no avanzaría en muchas áreas de la cultura.”

### III. Concepto clave “Relación que se establece entre sociedad y locura”.

El tercer concepto a analizar será el de la **relación que se establece entre sociedad y locura**. Esto se realizará mediante el análisis de cuatro categorías, partiendo por la categoría Discriminación, luego la categoría de Integración, la categoría de Exclusión, y la categoría de Peligrosidad.

#### III.1 Categoría Discriminación

La discriminación es un dispositivo de control con que trabaja la sociedad, junto con la exclusión y la integración, pero podría decirse que es anterior a estas últimas, por cuanto la discriminación detecta, a partir de señales, a veces muy simples o ambiguas, a quiénes se apartan de lo esperado, y por lo tanto cumplen las condiciones para iniciar los procesos de integración o exclusión según corresponda. En la selección de personas que caen bajo la categoría de locura, como se dijo en la categoría de Desadaptación Social, la peligrosidad es el criterio que permite discriminar al loco del no loco. Para poder realizar la discriminación se utiliza como elemento esencial la peligrosidad, abarcando este elemento cualquier acción que, de forma *a priori*, pareciese significar una amenaza o riesgo, sin necesariamente recurrir a la evidencia empírica, de un hecho concreto de agresividad, para contrastar. Esto aparece así en las respuestas:

- “No discriminarla, no etiquetarla, no mirarlos como personas enfermas, no apartarlos de sus roles y actividades sociales. A menos que estos figuren como un eventual peligro real para las personas. En estos casos, habría que prevenir actos violentos entregándoles apoyo y no tratarlos como si fueran enfermos, reitero.”

La discriminación aparece como el acto de poner atención a ciertas manifestaciones o comportamientos raros o extraños, formas de pensar o sentir que escapan de la norma o la normalidad y que resultan ajenas al sentido común.

Además, la discriminación, al igual que los dispositivos de exclusión e integración, comúnmente se disfrazan de buenas intenciones, como en la siguiente respuesta:

- “Dejarlas ser libre, manifestarse y no discriminar por su modo de ser a excepción de aquellos peligros para los demás.”

La discriminación utiliza ciertos parámetros para diferenciar a quién forma o no parte de la locura, entre ellos están: forma de ser extraña, la peligrosidad, el adecuo a las normas. Lo que se puede ejemplificar, mediante las respuestas obtenidas, de la siguiente manera:

- “Lo ideal sería que la sociedad proteja el actuar de estos individuos, brindándoles la mayor libertad posible. Sin embargo, es muy difícil reconocer un loco benigno de uno dañino, por lo tanto, habría que encontrar una forma de seleccionar a esta gente de manera adecuada”.
- “Poner atención a sus diferentes manifestaciones de expresión y encausarlas.”
- “Es una persona que podría realizar conductas, que para la mayoría, están fuera de lugar y carecen de un sentido aparente. Además, podrían presentar ideas, pensamientos o creencias que motivan estas conductas, modos de relacionarse o de conducir su vida. Estas ideas podrían basarse en percepciones distintas de la percepción consensuada acerca

de un evento concreto o subjetivo. Lo que los transforma en personas distintas, fuera de la normalidad promedio”

En la última cita se puede observar ciertos signos que ayudan a discriminar a las personas que caen bajo la categoría de locura, que en la cita anterior identificamos con la idea de lo “distinto”, como señales que permiten hacer pensar, a partir de los esquemas interpretativos de la sociedad, que se están realizando conductas, ideas, pensamientos sin sentido. Lo que ayuda a determinar qué es lo discriminado son ciertas señales, a partir de las cuales se realiza una especie de generalización, la cual contiene como idea principal a lo peligroso, basado en el supuesto riesgo que pudiese significar esa señal.

La idea anterior se ve reforzada con la siguiente respuesta, que pone también énfasis en la idea de lo distinto, de lo diferente:

- “Físicamente igual que el resto, quizás, su comportamiento puede ser diferente.”
- “Por sobretodo, distinta. Inteligente, incomprendida, generalmente se encuentra fuera de lugar, y al intentar encajar se vuelve uno del montón. Es capaz de pasar desapercibido si lo desea, pero no se encuentra a gusto haciendo esto, porque le gusta ser distinguido entre los demás, ya sea por algo bueno o por alguna cosa fuera de lo común. Tiende a ser juzgado por los demás.”
- “Diferente a las demás personas, más eufórica, desinhibida, capaz de ver y sentir cosas que el resto de la gente no ve, ni siente.”

- “Realiza conductas o acciones raras, incomprensibles, la mayoría de las veces sin darse cuenta de que lo que hacen no es lo apropiado”.

La persona sin locura aparece por el contrario como aceptado, tal como sugiere la siguiente respuesta a la pregunta de cómo es la persona sin locura:

- “No discriminada en nuestra sociedad.”

### **III.2 Categoría Integración**

La integración aparece como un mecanismo que permite hacer funcionar a una persona dentro de los marcos socialmente aceptados, en lugares disponibles o ya preestablecidos, para que sea vigilada y controlada.

La integración aparece en el discurso como algo benigno, incluso bueno, como un bien para la persona, como una posibilidad de otorgar o devolver el bienestar a la persona. Esto acompañado de palabras y frases tales como: “apoyar”, “integrar”, “potenciar instancias de atención para ellos”, “crear políticas integradoras”, “no discriminarla”, “no etiquetarlas”.

Esta integración recurre a un acto de comprensión y de aprehensión, que trata de entender y comprender, y utiliza estas herramientas como primer punto para poder integrar aquello que parece estar fuera de los límites de la sociedad.

Posterior a este acto de comprensión y aprehensión, de conocimiento de lo que se encuentra fuera de los límites, la integración se hace efectiva haciendo útil lo que resulta inútil a la sociedad. Dentro de esta utilidad se busca que las personas se acoplen a exigencias que parecen ya conocidas, compartidas como parte del funcionamiento regular y normal de la sociedad, y que se cristalizan por una parte en objetivos deseables socialmente, tales como las competencias laborales o la productividad, y por otra, en que sean las propias personas quienes sean capaces de poder responder a estas demandas, y poder adecuarse, participar de lo que se espera de ellas, ya no desde una exigencia externa, sino más bien interna, que nace desde la propia persona.

Lo anterior aparece de la siguiente forma:

- “Creo que debe haber un control inmediato, tratarlos lo antes posible, ya que corren riesgo y peligro los demás y ellos también. Esto para integrarlos plenamente en la sociedad.”
- “Debiéramos apoyar, integrar y potenciar instancias de bienestar para ellos, en un nivel más estructurado, formal”.
- “Tratar de entenderlos y no ser duros con ellos... no reprimirlos. Se puede ayudarles a crear, a canalizar sus ideas, a que sean un tipo de aporte, porque al ser inservibles para este sistema, muchos se aíslan”.
- “Integrarlos, escucharlos, ayudarlos e intentar busca manera de comprender el pensamiento de dichas personas, buscando qué cosas lo han llevado al estado en el que se encuentran y de qué forma razonan”.

- “Acogerlos, establecer políticas de salud claras y ordenadas. Establecimientos especializados y definidos, ya sean para locuras permanentes o transitorias.”
- “Bajo la premisa de que la persona que tiene “locura” es la que tiene conductas, emociones y cogniciones que le traen malestar significativo tanto a él y a su entorno la sociedad tiene que actuar desde un paradigma cooperador y empático... no debemos sumar más malestar al malestar que ya tienen... pero lamentablemente nuestra cultura es morbosa: miramos extraño al enfermo mental, de hecho algunos se ríen, otros los ven como un motivo de diversión... cuando en realidad deberíamos apoyar, integrar y potenciar instancias de bienestar para ellos, ya en un nivel más estructurado, formal... o gubernamental se deberían crear políticas integradoras y cuando ya la patología es muy incapacitante y cueste más “integrar”, se deben potenciar instancias dentro del sistema de salud mental, por ejemplo potenciar la terapia ocupacional... en donde esta persona pueda desenvolverse realizando diferentes actividades y sintiéndose un aporte y así aumentar sus sentimientos de valía, ya que si bien, sus capacidades intelectuales muchas veces están alteradas, cuando están “compensados” también se forman un autoconcepto y autoestima...”
- “Primero que todo, integrarlos a la sociedad, hacerlos partícipes de ella, siempre y cuando no lastime físicamente, ni ocasione algún accidente de manera indirecta a los miembros de la sociedad.”

### **III.3 Categoría “Exclusión”.**

La exclusión se hace presente como un dispositivo del control, una forma de control que permite asignar un espacio a quien es excluido, espacio que puede ser

un espacio de exclusión clásica o un espacio de exclusión sutil, y es una forma de control que busca mantener la seguridad de la sociedad, alejando aquello a lo que considera dañino o peligroso, a lo que escapa a la norma, a lo que resulta extraño, entendiendo este alejamiento como la asignación de un espacio disciplinariamente controlado.

#### **III.4 Categoría “Peligrosidad”.**

La peligrosidad emerge como una categoría de importancia al hablar de la locura, junto a la adaptación social, ya que permite y ayuda a discriminar al loco del no loco. La peligrosidad aparecerá como elemento clave cuando se considere que algo es impredecible. La peligrosidad no se deduce de un historial de actos violentos, o conductas agresivas, sino que aparece como producto de la falta de predictibilidad que esos actos puedan tener.

El estar fuera de la norma, la falta de capacidad de razonar, sin un control que vigile, también permitirá atribuir a quien se encuentra en esta situación a considerarlo como un eventual peligro, como consta en una de las respuestas donde el loco es considerado como “Una persona violenta, excesiva, sin control”.

La peligrosidad aparece como un riesgo inminente de dañar o poner en riesgo la propia vida o la de los demás. Como aparece expresado en las siguientes respuestas:

- “La persona se aleja de lo común llegando a extremos de poner en riesgo su vida y la de los/as otros/as que lo rodean. No posee la capacidad de razonar su accionar, solo actúa.”
- “Desorientada. No sabe muy bien que quiere. No tiene mucho juicio, ve la realidad de forma distorsionada para que no le duela. Puede ser que la persona haya tenido una vida muy difícil y se esté refugiando en un mundo que no es real. Que no se apega normas sociales. Hace cosas que pueden dañar al resto y a sí mismo, piensa cosas que le pueden dañar. Es una persona que no tiene tacto para adecuarse a una situación social, como ensimismada, no se da cuenta de lo que pasa afuera de él. Tiene una visión muy sesgada por dolores o vivencias traumáticas. O simplemente el tipo es loco porque lo heredó.”

## Conclusiones.

I. Para responder a la primera pregunta auxiliar de nuestra investigación, **¿Cuál o cuáles son los aspectos ideológicos subyacentes en el discurso sobre la locura?**, partimos desde el concepto de ideología que nos propone Van Dijk (1984, 1994, 2003) en cuanto a que la ideología es aquello que otorga coherencia al discurso, es decir, aquello que otorga coherencia y unidad a cuestiones que están presentes en el discurso y que no son lógicamente compatibles.

En la presente investigación ha sido posible identificar, en el análisis de las respuestas, una fuerte homologación entre locura y enfermedad mental. Esta enfermedad mental que correspondería la locura, afectaría la capacidad de razonar, y las capacidades intelectuales en general, provocando, también, pérdida de contacto con la realidad, lo que puede llevar a actuar de forma impulsiva, poniendo en riesgo a los demás y a sí mismo. Esto último da pie a la relación que se establece, en las respuestas, entre enfermedad mental y peligrosidad, la cual vendría dada por la impredecibilidad del comportamiento irracional del enfermo o enferma mental. Esta relación que se establece entre enfermedad mental y peligrosidad, no es algo natural, lógico, o necesario. Esta relación es construida a lo largo del tiempo con la ayuda de ciertos discursos disciplinares, entre los cuales contamos, el discurso médico, el cual ha contribuido a comprender la locura como una enfermedad de la mente, aplicándole la misma batería conceptual que ocupa al hacerse cargo de las enfermedades orgánicas (Foucault, 1984). Para ejemplificar esto, puede mencionarse lo ocurrido con locura en Chile, donde nace como aquello indeseable para la sociedad, como aquello que ni siquiera quiere ser visto, y que es considerado como un obstáculo, y por lo tanto, ponía en peligro, la realización del sujeto y sujeta ilustrado e ilustrada que se pretendía formar por parte de la aristocracia criolla (Aroca, 2006). De esta forma la locura se equipara

tempranamente con peligrosidad, y será primero la policía y luego los médicos de una psiquiatría incipiente quienes se encargarán de controlarla (Leyton, 2005a).

Esto ha permitido objetivar la locura, como una construcción disciplinaria llamada enfermedad mental, esto es, le ha dado a la locura, como enfermedad mental, la connotación de una realidad dada, objetiva, observable y manejable por medio de los conocimientos disponibles y de la técnica adecuada (Vásquez, 2011). También encontramos, en esta relación que se ha construido entre enfermedad mental y peligrosidad, un discurso que apela a la mantención del orden social, mediante el respeto a las normas, en donde este “enfermo mental” que menciona la gente al referirse a la locura, aparece como aquel que transgrede las normas, y por ello como el que pone en riesgo a la sociedad, un ser irracional que actúa impulsivamente, violento, resaltando que la peligrosidad que se le adjudica al loco le viene dada no desde un historial de agresividad de estas personas, sino de la probabilidad de que pongan en riesgo a la sociedad mediante la transgresión a la norma. Esta transgresión no es entendida sólo como una violación de las leyes, sino también como alejamiento de las normas de convivencia social (Quintana, 2006), por ejemplo, el salir vestido de la casa, no tirarse “peos” en lugares compartidos con otros, no hablar con unos mismo en voz alta en lugares públicos. Este alejamiento de las normas de convivencia social se pueden comprender como lo que Quintana (2006) refiere como normas de compromiso, las cuales no actúan desde una posición “superior” imponiéndose a las personas, sino que se encuentran diluidas en las relaciones con los otros, “ya no tratamos de dar respuesta (o corresponder) a un fundamento que nos interpela, sino que simplemente van a ser el resto de los agentes los que pidan cuentas, los que nos interpelen por la responsabilidad de nuestras acciones” (Quintana, 2006, p. 245). Estas normas se presentan en forma de prácticas comunes que exigen y apelan a las personas a que se adecúen a los compromisos que han adquirido al momento de realizar dicha práctica, compromiso que pareciese darse por establecido al momento de vincularse con otro.

“Entrar a participar en prácticas comunes con otros agentes es entrar en una red de numerosos compromisos. Compromisos que, en efecto, no tienen un respaldo metafísico, una especie de fundamentación que explique por qué debo cumplirlos: simplemente, debo hacerlo porque los demás previsiblemente me exigirán responsabilidades si no lo hago, <<y eso es todo cuanto hay en ello>>” (Quintana, 2006, p. 246)

Cuando este tipo de norma es quebrantado, es decir, cuando la sociedad establece que no se han cumplido los compromisos para con ella, podrá interpretar al infractor, ya sea como una persona carente de las capacidades intelectuales (rationales) que nos permiten ser parte de esta sociedad, o bien como un individuo que conserva dichas capacidades, pero que decide voluntariamente no respetar los acuerdos a los que se espera responda, privilegiando lo propio por sobre lo de los otros (Quintana, 2006)

Entonces, la mezcla entre, por una parte, el discurso médico, y por otra, un discurso de orden, confluye en un tipo de discurso, entendiendo con ello también prácticas concretas, de control y normalización, lo que algunos autores como Foucault (1999, 2000a, 2000b, 2004), Huertas (1997, 2001), Vásquez (2011) señalan como el propósito primero de la disciplina psiquiátrica, a través de la cual se ponen al servicio del control y la normalización, el conocimiento médico y los avances técnicos. En este sentido Vásquez (2011), parafraseando a Szasz, se refiere a la disciplina psiquiátrica como la “nueva inquisidora”, asemejando el actual papel que ésta tiene con la de la inquisición de la institución religiosa.

“Para comprender el papel de la enfermedad mental en nuestra sociedad conviene saber que nos encontramos en presencia de un fenómeno religioso no científico. El diagnóstico de “locura”, añade Szasz, ha

sustituido, en nuestra civilización occidental, a la “posesión”. La bruja, los poseídos molestaban, y eran, por tanto eliminados por los inquisidores en nombre de la verdadera fe. Hoy, los psiquiatras son los nuevos inquisidores, y proceden a una eliminación semejante, pero ahora en nombre de la “verdadera” ciencia. Antaño se creía en la religión; hoy en la ciencia.” (Vásquez, 2011, p. 31).

La disciplina psiquiátrica tendrá entonces una función de relevancia dentro del marco del orden social, haciendo posible que se concreten ciertas prácticas sobre el loco, sobre el enfermo mental, que tendrán más que una función terapéutica, una de normalización y control (Foucault, 2000b; Vásquez, 2011) justificadas en el supuesto conocimiento científico y por tanto verdadero, que sería la base de dicha disciplina y de sus prácticas.

Creemos entonces, que la pregunta que debemos hacernos es ¿cómo es esta normalidad que se construye con la ayuda del discurso y las prácticas psiquiátricas? En la respuesta a esta pregunta podemos encontrar valiosas pistas para acercarnos a los aspectos ideológicos subyacentes al discurso sobre la locura.

La normalidad que se promueve, en términos generales, corresponde a acciones que permiten adaptarse socialmente a una sociedad que pretende el funcionamiento racional en todos sus niveles (Touraine, 1994) pretendiendo con ello conformar un sujeto social predecible, funcional, productivo, útil al sistema. De estas últimas características conviene resaltar la predictibilidad como elemento de vital relevancia al momento de caracterizar al adaptado social. La predictibilidad del sujeto estará resguardada por la norma, que a la vez restringe y normaliza, es decir, homogeniza a las personas, restringiendo el accionar considerado como

“normal” de estas últimas a ciertos límites preestablecidos, fuera de los cuales es considerado loco, anormal, o, desde el discurso psiquiátrico, un enfermo mental (Vásquez, 2011).

Por otra parte, al ser considerado como enfermo mental, es que se abre la posibilidad al loco de ser curado de su “enfermedad”, lo que convierte al loco en un “sujeto terapéutico”, con el cual se pueden ensayar ciertas técnicas, consideradas terapéuticas, aún sin tener claro la etiología de estas “enfermedades”. Estas técnicas terapéuticas han tenido una amplia gama de manifestaciones, dependiendo del momento histórico y siempre de la mano de los avances científicos y tecnológicos. En Chile por ejemplo, las terapias que se han utilizado en diferentes momentos históricos son: azotes, encierro, ergoterapia, terapia electroconvulsiva, electro shock, shocks biológicos, como por ejemplo, el schok insulínico, las cuales se fueron sucediendo al ritmo que cambiaban las modas médico-técnicas (Vásquez, 2011). En la actualidad, la práctica que se establece dentro del tratamiento de la enfermedad mental, es la farmacoterapia (González y Pérez, 2007).

Entonces, entendiendo el vínculo histórico que se ha establecido entre las prácticas psiquiátricas y las prácticas que buscan la mantención del orden social (Foucault, 2000a, 2000b) entre psiquiatría-orden-control, y la asociación entre enfermedad mental-peligrosidad, anclado todo esto en un plano normativo, es como podemos establecer un trasfondo que actúa como fundamento para justificar dicha asociación. Éste entonces nos hablará de la locura como ser indeseado, ajeno, menor, basado en lo que la sociedad estimaría como conveniente y como bien común (Huertas, 1999). Esta estimación que realiza por una parte la sociedad, y por otra la disciplina psiquiátrica, estará fuertemente vinculada a la idea de utilidad. El orden social que justifica esta relación será el propio de una sociedad industrializada, basada en un orden de tipo racional, que permitiría el

progreso de la sociedad (Touraine, 1994), en definitiva lo que se busca es un ser para el trabajo, autónomo, mano de obra que permita realizar los propósitos de una sociedad capitalista propias de comienzo del siglo XX.

Conviene resaltar que en el discurso sobre la locura como enfermedad mental están presentes los supuestos “científicos” de la anátomo-patología y el degeneracionismo, que consideraban a la locura como una mal formación física, con consecuencias sociales que eran contrarias al ideal social burgués de ese momento. Esto nos lleva a concluir que los aspectos ideológicos presentes en el discurso sobre la locura y las prácticas que estos mismos fundamentan, no distan mucho de los que justificaban las prácticas sobre ella hace 100 años atrás.

II. Para responder a la siguiente pregunta de investigación **¿Cuáles son los espacios asignados a la locura?**, nos basaremos en las categorías de exclusión clásica y exclusión sutil elaboradas a partir de los datos empíricos. Partiendo desde estas categorías se puede decir que los espacios asignados a la locura, son de dos tipos, los cuales conviven y se mezclan en el discurso sobre la locura. Por una parte se encontrarán aquellos espacios de aislamiento físico, que fundamentalmente llevan a cabo prácticas de encierro, y por otra, espacios, que hemos denominado, de exclusión sutil, debido a que, si bien cumplen la misma función de exclusión que los espacios clásicos de exclusión, lo hacen bajo la forma de una preocupación “bondadosa” hacia el loco o loca.

Dentro de los espacios de exclusión clásica que encontramos en los datos analizados, están el manicomio, el hospital psiquiátrico, la cárcel, los asilos, caracterizados todos por el encierro, el aislamiento como forma principal de control. Los espacios de exclusión clásica se presentan como vías por medio de las cuales se logra establecer el control sobre el cuerpo del loco, esto mediante la regulación que se realiza de sus prácticas al interior de estos espacios, del aislamiento al cual se les destina y de la administración formal de sus tiempos (Goffman, 1970). Esto es lo que Goffman (1970) denomina como “tendencia absorbente”, la cual quita al interno parte de su tiempo, intereses y actividades. Ésta se encuentra simbolizada por las restricciones materiales que se imponen al interno, las que se presentan como altos muros, puertas cerradas, alambres de púa, etc. (Goffman, 1970). Esto en Chile es simbolizado primero por medio del “Hospicio de Crucero”, que tal como describe Leyton (2005a), contaba con anchas murallas que tenían por fin aislar lo más posible el interior del exterior, y que contaban con todos los recursos en su interior para circunscribir la vida de los internos cien por ciento al encierro, el cual era el único fin de estos lugares, sin buscar mediante él necesariamente una cura. Esto posteriormente toma otras formas en el “Hospicio de diseminación” (Leyton, 2005a). Si el Hospicio de Crucero emulaba en su interior una ciudad colonial, con plazoleta, con policías y

una capilla que se encontraba en un lugar central estratégico que permitía vigilar el movimiento de los internos, el Hospicio de diseminación se construye a imitación de lo que sería una ciudad ya industrializada, donde se aprecia la división del trabajo de los internos, los que debían cumplir con rígidas rutinas laborales, este Hospicio, a diferencia del Hospicio de Crucero, sí buscaba la cura de los internos, la cual era entendida como la reintegración productiva a la sociedad, haciendo eco el discurso capitalista de las clases acomodadas de la época (comienzos del siglo XX), lo que Leyton (2005a) llama “la proletarización del loco”, en una época en donde la mano de obra escaseaba, pues se comenzaba un fuerte proceso de industrialización en Chile, lo que hoy en día aún se manifiesta en el discurso sobre la locura, como por ejemplo, en la identificación del loco con un ser improductivo, inútil al sistema, en contraposición al “sano” que se identifica con un ser adaptado a la sociedad. La forma de entender la cura que este discurso conlleva será la integración social, entendida como un proceso de adaptación a la cadena productiva.

Dentro de los espacios que hemos denominado de exclusión sutil, a través de los cuales también se hace efectivo el aislamiento, pero con un carácter distinto, ya que toca otras dimensiones del loco, al que se le aísla intelectual, moral, y éticamente, devaluando *a priori* su accionar, restándole capacidad, y estableciéndolo como algo ontológicamente distinto y menor. En las respuestas, este espacio puede estar circunscrito al mundo interno del loco, como un lugar donde éste se encuentra satisfecho consigo mismo, sin la necesidad de establecer contacto con otros, o lo que es lo mismo, se le destierra dentro de sí mismo, con la indiferencia de la sociedad que los considera autosuficientes, pero incapaces de contactarse con la realidad.

Creemos que dentro de los espacios de exclusión sutil es posible situar la integración social como una desinstitucionalización del loco, esto es, devolviéndolo

al cuidado de su familia, permitiéndole, de alguna forma, el retorno a las calles. Sin embargo, este proceso de desmanicomialización del loco, que en Chile encuentra sus antecedentes desde el año 1990 (Sepúlveda, 1998) no es un mero abrir las puertas del manicomio para que los locos salgan a la calle con su locura, sino que requiere como prerequisite algún mecanismo de control, que garantice la inocuidad del loco o loca. Esto último, se garantizaría hoy por medio del control farmacológico, promovido por las actuales políticas de salud mental en Chile (MINSAL, 2011) que, tras la máscara de lo comunitario, ofrece un control ambulatorio, farmacológico.

De esta forma, los espacios emergen como una forma de destinar al loco a un lugar donde puede ser “atendido”, alejado de los otros espacios que por su “condición” no le es permitido recorrer, excluyendo de esta forma al loco de ciertas parcelas de la sociedad. Se deberá entender que esta exclusión no significa, como ya se ha dicho, que se le arranque de la sociedad y se le destierre fuera de sus límites, sino más bien, que se le dará un lugar dentro de los mismos márgenes de la sociedad, lugar que previamente ya habrá sido definido para él, y mediante el cual se logra establecer el control sobre la locura.

### III. Para responder a la tercera pregunta **¿Cuál es la relación que se establece entre locura y sociedad en el discurso sobre la locura?**

Entendemos esta relación que se establece entre locura y sociedad como una relación de control. Este control aparece al mismo tiempo como necesario para mantener la seguridad de la sociedad, reducir el riesgo, y con ello resguardar el orden social. Esta relación nos deja entrever al menos cuatro mecanismos por medio de los cuales se ejerce dicho control. Estos mecanismos son: la discriminación, la integración, la exclusión, y la estigmatización, esta última fuertemente impregnada de la idea de peligrosidad.

Estos mecanismos de control se hacen efectivos mediante las instituciones, las que actúan como intermediarias entre la sociedad y los propios individuos. Mediante las instituciones, las cuales se deslizan por todos los espacios de la vida cotidiana, y que sociabilizan y naturalizan las prácticas de control (Zunino, 2002), es que se logra dar respaldo a los mecanismos arriba mencionados, esto es, por medio de la institución es que se logra legitimar ciertas prácticas sociales, y los fundamentos ideológicos que en ellas existen (Foucault, 2004). La institución, además, permite operacionalizar aquella función de interpelación (Althusser, 1998) que la sociedad despliega sobre el loco o loca cuando sobre éste se aplican los mecanismos de discriminación, integración y control.

Consideramos que la discriminación es un proceso continuo, que nunca se detiene, necesario para alimentar a los otros mecanismos de control que aparecen en el discurso sobre la locura. Por medio de la discriminación es que se puede establecer quién cae bajo la categoría de locura, usando como criterio diferencial el apego a las normas o, lo que es lo mismo, la adaptación social. Es así como, en las respuestas, aparece que todo aquello que es considerado extraño, raro, o

fuera de la norma se toma como signo de riesgo social y se le atribuye el carácter de peligrosidad, lo cual valida y justifica la puesta en práctica de los mecanismos recién mencionados.

Mediante las instituciones se interpela a la persona (Foucault, 2004) y se le ordena adaptarse a normas, fuera de las cuales es considerado un loco o loca peligrosa. Esta interpelación busca que la persona sirva a la sociedad, por medio del respeto a las normas, las cuales a su vez están para decir qué es lo que se debe o no hacer. A los ojos de esta discriminación, en las respuestas, la locura aparece, como ya se ha dicho, bajo la forma de signos o señales que, si bien son aislados y ambiguos, son interpretados como manifestaciones de una forma de ser extraña y peligrosa, lo cual, a la vez, conlleva una actitud negativa por parte de la sociedad, y una desvalorización del sujeto portador de estos signos, constituyendo lo que López y otros (2008) definen como estigma. La peligrosidad se presenta, entonces, como el estigma que acompaña a la locura en el discurso sobre la locura, y que avalará la puesta en marcha de los dispositivos de control, tanto de integración, como de exclusión.

El mecanismo de integración emerge como una vía por medio de la cual se puede restablecer el normal funcionamiento del loco, esto es, su adaptación social (Foucault, 2000), la integración entonces más que un medio para "habilitar" al loco o loca y devolverle su normal funcionamiento, en aras de su propio bienestar, lo que hace es ordenar al loco a que se someta a la sociedad, es decir, a que reemplace la propia necesidad por la del bien de la sociedad (Quintana, 2006). A esta integración se le asocia una valoración positiva, en el sentido que a través de ella se cree que se les hace un bien a las personas. Esto último aparece fuertemente en las respuestas analizadas, enmascarando la función real de la integración, que es mantener un orden o bienestar social, más que un bienestar de la persona integrada. La integración aparece entonces como un mecanismo

socialmente deseable y como una responsabilidad que la sociedad tiene con el loco o loca.

Ahora bien, en el caso del loco, no es posible, según las respuestas, integrarlo en cualquier ámbito de la sociedad, circunscribiéndose principalmente a los espacios vinculados a la cultura y el arte, en desmedro de las actividades consideradas de corte más racional.

Por otra parte, la integración nunca es una integración completa, acabada, pues es un proceso de permanente control, que vigila y asegura que se mantenga la adaptación, por ejemplo, mediante los fármacos (González y Pérez, 2007), los controles médicos, los controles psiquiátricos, psicológicos y sociales (Foucault, 2000).

Para que se produzca la integración, la sociedad deberá encontrar correspondencia entre la voluntad del individuo y lo que la sociedad espera de él, tratando de poner en concordancia lo que el individuo quiere para sí mismo con el bien común de la sociedad y sus normas. Esto es de relevancia, puesto que de no encontrarse esta voluntad de adecuación del individuo a la sociedad, ésta activa el dispositivo de control de exclusión, el cual ya no considerará la voluntad del sujeto, e impondrá unidireccionalmente el orden. Dentro del marco nacional, esto puede observarse en la actual reglamentación para la internación psiquiátrica (MINSAL, 2000), donde a su vez uno de los elementos centrales para poder realizar la internación involuntaria es considerar a una persona peligrosa, tanto para su entorno como para sí mismo, y en donde la internación tendría por fin la integración de la persona a la sociedad.

Por último, el dispositivo de control que nos queda por analizar es el de exclusión. Por medio de este proceso se busca mantener la seguridad alejando aquello que se considera peligroso. Esta exclusión no deja al excluido fuera de los márgenes sociales, o fuera de los muros de la ciudad, como ocurría en la Edad Media (Foucault, 2000b), sino que le asigna un espacio heterónimo de control, es decir, un espacio dentro de la sociedad, que cuente con las tecnologías disponibles para anular la peligrosidad del loco (Foucault, 1979), espacios a cargo de representantes de diversas disciplinas, destacándose, entre ellas, la psiquiatría.

La relación que la sociedad mantiene con la locura ha sido históricamente una relación de control, de regulación y de normalización (Foucault, 2000a), que por medio de diversas instituciones como la medicina, el derecho, cristalizadas principalmente en un discurso psiquiátrico, ha mantenido dicho control (Foucault, 2000b).

Antecedentes de la relación de control que la sociedad establece con la locura los podemos encontrar por ejemplo en Chile durante el siglo XIX, con la creación de la policía sanitaria, la cual tenía una estructura militar, la cual tenía diversas funciones, entre ella se encontraban la limpieza de las calle, tanto de la basura, como de los “desechos sociales” (prostitutas, alcohólicos, vagabundos, locos, etc.) o sea aquello que la sociedad no quería ver, y prefería ocultar.

IV. Para responder a la pregunta general de investigación **¿Cómo es el discurso sobre la locura?**, integraremos algunas ideas de las conclusiones a las repuestas anteriores, además de integrar las reflexiones hechas durante todo el proceso de investigación.

Primero debemos decir que el discurso sobre la locura se encuentra permeado por diversos discursos disciplinares (Foucault, 2000a; Vásquez, 2011), los que a su vez son producto de un recorrido histórico, de cierta manera acumulativo, que comportan creencias, saberes, actitudes, y en definitiva, ideologías (Van Dijk, 1994). Por tanto el discurso sobre la locura no es neutral, sino que se encuentra al servicio de intereses ideológicos (Foucault, 2000a).

Nos hemos encontrado en esta investigación con que el discurso disciplinar predominante en el discurso sobre la locura, es el discurso psiquiátrico, que la entiende como enfermedad mental, con una causa, un estado sintomatológico, que tiene que ver con una pérdida de las capacidades racionales, perceptuales y sociales, con un tratamiento determinado, el cual pone el énfasis en la integración social como su principal objetivo. Además, como ya se ha dicho en las respuestas a las preguntas anteriores, la locura aparece también acompañada de un discurso que apela a la mantención de un determinado orden social, donde la locura aparece como su antítesis, caracterizada por conductas desadaptativas, irracionales, impulsivas, impredecibles y, en definitiva, riesgosas, tanto para sí mismo como para el resto.

Lo anterior no nos debiera sorprender, pues a lo largo de la historia, el discurso sobre la locura se ha ido construyendo siempre en contraposición a la sociedad (Foucault, 2000a; Leyton, 2005a, 2005b, 2008; Aroca, 2006), entendida ésta como el ideal de interacción social que se espera. Por ejemplo, en la sociedad religiosa,

la interacción social que se esperaba era en base a los valores cristianos, y todo aquello que no calzara con esto era considerado una locura, equiparándola con herejía (Tropé, 2005). En la sociedad moderna cuando lo que se espera es una interacción social basada en los principios de racionalidad, productividad y progreso (Touraine, 1994), el loco es irracional, improductivo, y un obstáculo para el progreso (Leyton, 2005a; 2005b). Esto es evidente en las respuestas analizadas en esta investigación, donde el loco o loca es caracterizado como un ser disfuncional al sistema, inútil, incapaz de cohabitar una misma realidad con el resto de la sociedad. Evidentemente esta caracterización de la locura se contrapone con el ideal neoliberal del individuo actual, que la sociedad define como ideal de sujeto, y promovido por sus instituciones. De este sujeto se espera que sea racional, autónomo, con capacidad para autogobernarse (Rose, 1997).

Ahora bien, conviene hacer notar que esta evolución que ha tenido el discurso sobre la locura no es una evolución lógica, ni siquiera es una evolución que vaya en algún sentido, ni tampoco la acompaña un conocimiento acumulativo sobre la locura, sino que es una evolución azarosa, que bien puede ser contradictoria, con avances y también retrocesos (Foucault, 2000a).

La historia de la locura en Chile nos ayuda a ver esto, pues podemos apreciar en él discursos disciplinares que en su minuto tuvieron la palabra al momento de referirse a la locura, discursos que, si bien se constituyeron en momentos cronológicamente diferentes, hoy cohabitan el discurso sobre la locura, haciéndolo incluso contradictorio (Aroca, 2006). Esto es lo que sucede con el discurso médico-científico y el discurso religioso sobre la locura, los cuales se superponen en el discurso sobre la locura, cohabitando el discurso, tal como nos lo dice Aroca (2006).

Dentro de esta investigación el discurso sobre la locura se encuentra fuertemente determinado por la idea de enfermedad mental y el estigma de peligrosidad asociado a ella, con las consecuentes actitudes negativas que conlleva (López y otros, 2008) , lo que se refleja en los dispositivos de control que se activan cuando la detectan.

Este discurso sobre la locura tendrá por función resguardar el orden social justificando la puesta en marcha de una maquinaria institucional de vigilancia-control (Foucault, 1979; 2004). Esto puede apreciarse, en las respuestas que analizamos, como un permanente proceso de discriminación que está siempre atento a detectar lo “raro”, “extraño” o anormal, para asignarle un lugar dentro de la sociedad, como pueden ser el encierro en alguna institución, la restricción a ocupar lugares “importantes” ligados a capacidades racionales, el aislamiento, y, como nos dice Foucault (2004), la devaluación de su discurso, la cual funciona como la forma más efectiva para excluirlo.

Por tanto, podemos concluir que la locura es el concepto opuesto al de sociedad, los cuales conviven en una relación dialéctica en que ambos contrarios se necesitan para definirse. Si bien la locura puede ir cambiando de rostros a lo largo de la historia, en concordancia a los diferentes momentos históricos y culturales, y en concordancia con los diferentes ideales de individuo que se desea conformar (Foucault, 2004), es una categoría que siempre ha estado presente adoptando diversas formas, y que en la época moderna sería principalmente lo opuesto a la capacidad de autonomía y utilidad social, esto es, la capacidad de autogobernarse, mediante la internalización de las normas sociales.

## **Alcances y limitaciones de la investigación.**

Luego de este proceso de investigación, comenzado ya hace más de un año con la elaboración del proyecto de investigación, mediante el constante diálogo entre nosotros los “investigadores”, aunque no nos acomoda esa palabra, hemos ido visibilizando ciertos alcances de nuestra investigación, como también, las inevitables limitaciones.

Entre los alcances que estimamos pueden ser de mayor relevancia para el campo de la disciplina psicológica, podemos nombrar, por ejemplo, el que a la luz de la comprensión de la conformación de la locura, cabe tratar de explorar cuál ha sido el papel desempeñado por la psicología en esta construcción y cuáles son las prácticas que hoy realiza para reproducir este mismo discurso. Creemos necesaria una introspección disciplinaria al respecto, pues todo cuanto pudimos encontrar en la literatura, chilena al menos, estaba referida principalmente a la medicina y a la psiquiatría.

Por otra parte creemos conveniente transparentar las limitaciones, tanto nuestras, como metodológicas que redundan en conclusiones también limitadas.

Lo primero que podemos decir es que al momento de comenzar la investigación, no contábamos con un conocimiento claro respecto a los conceptos con que debíamos trabajar, respecto a la metodología, y respecto a las tecnologías que están al servicio de la investigación social, como el Atlas Tii. Todo esto debimos tratar de ir subsanándolo en el camino, sin sentir que lo hemos logrado completamente en ningún caso.

Otra limitante importante de la presente investigación es que, motivados por el diseño fundamentado, en el cual se inspira esta investigación, planificábamos realizar más de un acercamiento a la empiria. Uno primero para “tantear” o explorar la realidad y así, con la ayuda de ello, construir un segundo instrumento que permitiera saturar más las categorías y abordar otras que emergieron en la aplicación del primer cuestionario. Esto último, el segundo cuestionario, quedará pendiente para una futura investigación, pues creemos que los datos recopilados en el primer acercamiento dan cuenta de una rica veta de investigación social, en la que confluyen una multitud de disciplinas. No obstante, desde el diseño fundamentado que guió la presente investigación se considera que el trabajo de análisis y de creación de teoría siempre está abierto para continuar complementándose.

## Referencias.

Althusser, L. (1988). Filosofía y marxismo. México D.F.: Siglo XXI

Araya, C. y Leyton, C. (2009) Atrapados sin salida: terapia de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile. Nuevo Mundo, Mundos Nuevos, Debates.

Aroca, A. (2006) Espacio y movimiento de la locura. El péndulo de la historia. Cuaderno del seminario. (3). Extraído de <http://espacio.postgradofilosofia.cl/wp-content/uploads/2008/05/espacio-y-movimiento-de-la-locura-el-pendolo-de-la-historia.pdf>

Armijo, M. (2010) La psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia. Santiago: Andros Impresores S. A.

Arredondo, A. (1992) Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Cad. Saúde Públ., Río de Janeiro, (3): 254-261.

Ávila, M. (2005). Socialización, Educación Reproducción cultural: Bordieu y Bernstein. Interuniversitaria de Formación del Profesorado, (1), pp. 159-174.

Bourdieu, P. (1990). Sociología y cultura. México D.F.: Grijalbo

Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. y Tindall, C. (2004) *Métodos cualitativos en Psicología: Una guía para la investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Berger, P. y Luckmann, T. (2008) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Castro, L. (2008) *Tecnologías terapéuticas: sistemas de interpretación en la regla de ocha y el espiritismo bogotano*. Antípoda, (6).

Cordero, M. *Hospital de día*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Arquitectura, Universidad de Chile: Santiago.

De la Cuesta Benjumea, C. (2003) *El investigador como instrumento flexible de la indagación*. *International Journal of Qualitative Methods*, (4).

Ferrández, F. (2013). *Del diagnóstico a la demanda: asistencia, conocimiento y enfermedad mental*. *Teoría y crítica de la psicología*. (3), pp. 63-80.

Flick, U. (2007) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Foucault, M. (1979) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (1984) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1999) Estrategias de poder. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (2000a) Historia de la locura en la época clásica I. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2000b) Los anormales. Buenos Aires: FCE.

Foucault, M. (2004) El orden del discurso. Buenos Aires: Tusquets.

França-Tarragó, O. (2001) Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética. Bilbao: Desclée De Brouwer.

González, H. y Pérez, M. (2007). La invención de trastornos mentales, ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Madrid: Alianza

Goffman, E. (1970). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

Graña, L. (2013) Concepciones sobre la salud en un grupo de curanderos de la selva peruana. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú .

Huertas, R., Campos, R., Álvarez, R. (1997) Entre la enfermedad y la exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX. *Historia Contemporánea*, (16), pp. 47-65.

Huertas, R. (1999) Entrevista con Rafael Huertas. *Salud mental y cultura*, (2), pp. 92-104.

Huertas, R. (2001) Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?, tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, (1).

Laval, E. (2003) El protomedicato en el desarrollo de la salubridad en Chile durante la Colonia y la República. *Revista Chilena de infectología*, (20).

Leyton, C. (2005a) La ciudad médica-industrial: melancólico, delirante y furioso; el psiquiátrico de Santiago de Chile. Tesis para optar al grado de Magíster en Historia, Universidad de Chile. Santiago.

Leyton, C. (2005b) Historia de la ortopedia urbana. *Cyber Humanitatis*. (35)

Leyton, C. (2008) La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. *Frenia*. (1)

Leyton, C., Huertas, R. (2011) Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875). *Dynamis*. (1)

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A, Aparicio, A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (101), pp. 43-83.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2000). Departamento de asesoría jurídica.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Disponible en <http://misnal.gob.cl>

Mejías, J. (2004) Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones sociales*, (13) pp. 277-299.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2011) Estrategia Nacional de Salud Mental: un salto hacia adelante. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl>

Minoletti, A., Zaccaria, A. (2005) Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health*, (18), pp. 346-358.

Moscovici, S. (1989) Precondiciones para la explicación en psicología social. *Polis*, (2), 11 – 47.

Muñoz, E. (2012) Endemoniadas, locas y criminales. Representaciones y ordenamiento social de las mujeres desde el paradigma psiquiátrico. Chile 1852 – 1928. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Historia, Universidad de Chile. Santiago.

Organización Mundial de la Salud (2003) El contexto de la salud mental. Disponible en <http://www.who.int/es/>

Okuda, M. y Gómez, C. (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. (1).

Organización Mundial de la Salud (2006) Política, planes y programas de salud mental. Disponible en <http://www.who.int/es/>

Quintana, M. (2006). De las normas como compromisos prácticos y de la locura como incumplimiento de tales compromisos. *Isegoría*, (34), pp. 243-259.

Rose, N. (1997) El gobierno en las democracias liberales “avanzadas”: del liberalismo al neoliberalismo. *Archipiélago*, (29).

Rose, N. (2007) Terapia y poder: Techné y ethos. *Archipiélago*. (76)...

Salcedo, M. (2010) La ausencia de obra en la locura. Praxis filosófica. (31)

Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Torres, S. (2004) Use of mental health services in Chile. Psychiatric Services, (1), pp. 71-76.

Salgado, A. (2007) Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT, (13), pp.71-78.

Santander, P. (2011) Por qué y cómo hacer análisis crítico del discurso. Cinta moebio. (41), pp. 201-224.

Saussure, F. (1945) Curso de lingüística general. Buenos Aires: Losada.

Sepúlveda, R. (1998) Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. Cuad. Med. Soc., (39). Pp. 16-21.

Serbia, J. (2007) Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. HOLOGRAMÁTICA , (7), pp. 123 – 146.

Touraine, A. (1994). Crítica de la modernidad. México: Fondo de Cultura Económica.

Tropé, H. (2010) La inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII (I). Manifestaciones, tratamientos y hospitales. *Asoc. Esp. Neuropsic.* (106), pp. 291-310.

Vallejo, A. (2006) Medicina indígena y salud mental. *Acta colombiana de psicología*, (2): 39-46

Viniegra-Velázquez, L. (2008) La historia cultural de la enfermedad. *Revista de investigación clínica*, (6).

Valdés, C., Errázuriz, P. (2012) Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud. *Instituto de Políticas Públicas Universidad Diego Portales*, (11).

Van Dijk, T. (1980) Algunas notas sobre la ideología y la teoría del discurso. *Semiosis*. (5), pp. 37-53.

Van Dijk, T. (1994) Conferencias: "Discurso, poder y cognición social". *Cuadernos*. (2), Año 2. Maestría en Lingüística. Escuela de Ciencia del Lenguaje y Literaturas.

Van Dijk, T. (1996) Estructuras y funciones del discurso. México D. F.: Siglo XXI.

Van Dijk, T. (1999) El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, (186), pp. 23-36.

Van Dijk, T. (2003) *Ideología y discurso*. Barcelona: Ariel.

Vásquez, A. (2011) Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. *Nomádas*, (31).

Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P. (2007) Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de salud mental en Chile. *Rev. Med. Chile*, (135), pp. 1591-1599.

Zunino, H. (2002). Formación institucional y poder: investigando la construcción social de la ciudad. *EURE (Santiago)*, (84).

## VI. Anexos

### VI.1 Consentimiento y definitivo.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



### Formulario consentimiento Informado

Yo,

.....

....., participaré en forma voluntaria e informada en la Investigación titulada “Discursos sobre la locura desde la Psicología”.

He sido informado(a) sobre los objetivos de la investigación y de la participación que me corresponde realizar en ella.

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Participante

Fecha: \_\_\_\_\_

## VI.2 Cuestionario abierto.

- 1- ¿Qué es la locura?
- 2- Describa a una persona que tenga esta locura que usted ha descrito.
- 3- ¿Qué debe hacer la sociedad con los sujetos que tienen esta locura?
- 4- ¿Cómo es el sujeto que no tiene esta locura?