

# “CON NOTABLE DAÑO DEL BUEN SERVICIO”: SOBRE LA LOCURA FEMENINA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN BOGOTÁ

MARÍA ANGÉLICA OSPINA MARTÍNEZ

*Maestría en Antropología, Universidad de los Andes*

*Red de Estudios en Etnopsiquiatría e Historia Social de la Locura*

*maospinam@yahoo.es*

**RESUMEN** El presente ensayo propone posibles horizontes de análisis sobre el tema de la enfermedad mental y su relación con el género en la historia de los asilos psiquiátricos de mitad del siglo xx en Colombia. A partir de la revisión de algunos documentos institucionales y de los informes médicos del Asilo de Locas de Bogotá se esbozan ciertas relaciones entre las concepciones sociales sobre la locura femenina y la aplicación de diagnósticos y tratamientos específicos en las décadas de 1930 y 1940.

**ABSTRACT** This essay proposes some analytical possibilities concerning the relationship between madness and gender in the history of mental asylums in the mid-20<sup>th</sup> century in Colombia. The research is based upon institutional documents and medical reports of the Asilo de Locas de Bogotá. It outlines the relation between social conceptions of female madness and the application of specific diagnosis and treatments in 1930s and 1940s.

**PALABRAS CLAVE:**

Asilos psiquiátricos, locura, género, Colombia.

**KEY WORDS:**

Mental or lunatic asylums, madness, gender, Colombia.

# “CON NOTABLE DAÑO DEL BUEN SERVICIO”: SOBRE LA LOCURA FEMENINA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN BOGOTÁ<sup>1</sup>

MARÍA ANGÉLICA OSPINA MARTÍNEZ<sup>2</sup>

E

304

**N COLOMBIA LOS ASILOS** para enfermos mentales aparecen en 1870 con la creación de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, entidad estatal fundada especialmente para administrar todo el sistema asilar del centro del país. En 1874 aparece el primer asilo de carácter exclusivamente femenino, el cual sirvió durante casi un siglo a la formación de psiquiatras, quienes se encargaron de introducir teorías y prácticas terapéuticas que se encontraban a la vanguardia en otros lugares del mundo. De allí que el diagnóstico de las enfermedades mentales, durante décadas, haya estado determinado por las “modas” médicas.

Pero, además de los discursos médicos, otros aspectos han influido de manera importante en el contexto local colombiano en cuanto a los diagnósticos de la locura. Entre ellos pueden distinguirse los credos religiosos, el ámbito de las leyes y los mecanismos de inclusión y exclusión social a razón de la condición física. Las ideas que en cada terreno han hecho alusión a la locura y,

1. El presente ensayo fue el ganador del primer lugar en el Concurso Periferias G-5, versión I, en la categoría de Maestría en Antropología, organizado por el Departamento de Antropología de la Universidad de Los Andes en noviembre de 2005. Este primer lugar fue compartido con el ensayo “My Latin Bride” de Héctor Gabriel Navarrete.

2. Investigadora asociada al Grupo de Estudios Sociales de las Religiones y Creencias, GESREC, Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia. La autora expresa sus agradecimientos al profesor Carlos Alberto Uribe Tobón, quien inspiró los principales argumentos de este trabajo y a los demás miembros de la Red de Etnopsiquiatría porque, gracias a las discusiones colectivas, este texto se convirtió en el punto de partida de una investigación más abarcante. Las múltiples conversaciones con Nelson Enrique Ospina, Gabriel Restrepo y Alejandro Castillejo también han sido reveladoras.

en particular, a la locura femenina interactúan y coexisten en los diagnósticos psiquiátricos, los cuales expresan diversas representaciones sobre la relación entre cuerpo, enfermedad mental y género, todas asociadas con discursos hegemónicos sobre la naturaleza humana.

A través de la historia de la disciplina médica en Occidente, las prácticas terapéuticas han estado mediadas por representaciones particulares sobre la "naturaleza humana", las cuales han sufrido diversas transformaciones según su propio contexto histórico y sociocultural. Las concepciones sobre "razón" y "sinrazón", "naturaleza" y "cultura", "cuerpo" y "alma", además de haber sido organizadas en antinomias arbitrarias, han influido vivamente en la relación entre quien cura, lo que hay que curar y quién debe ser curado y, por consiguiente, han determinado también los discursos comprometidos en esa relación.

Dentro de las prácticas médicas, las terapéuticas psiquiátricas son las que captan la atención de este trabajo. Foucault (1990 [1964]) llamó la atención sobre aquellas diferencias en la etiología, la nosología y el tratamiento de la locura entre los siglos XVII y XIX, las cuales respondían, sin duda, a unas particulares condiciones de producción discursiva. En ellas la oposición entre la razón del humano saludable y la sinrazón del loco constituyó uno de los dispositivos de la aparición del asilo, del confinamiento como terapia de la locura, como expresión de una separación tajante entre la palabra razonable y el silenciamiento de los improperios del demente.

Si seguimos los estudios sociales de la ciencia de corte feminista (p. ej. Fox Keller, 1991; Haraway, 1989; Merchant, 1996; Scott, 1988, entre otros), encontraremos, además, claras analogías de género en las distintas representaciones científicas a lo largo de la historia. Algunos de éstos han planteado aquella analogía implícita entre naturaleza y condición femenina, opuesta a la que existe entre cultura y condición masculina. Estas metáforas de género no solamente nos hablan de toda una concepción sobre los roles y las relaciones de género, sino que además puntualizan una concepción generizada de la naturaleza humana, comenzando por el cuerpo humano mismo.

Para Merchant (1996), tales representaciones de género sustentan gran parte de los códigos implícitos en la gran narrativa histórica de la civilización occidental. Según la autora, el eje argumental de dicha narrativa se encuentra constituido por tres subtramas: la religión judeocristiana, la ciencia moderna y el capitalismo, todas articuladas por el relato de la caída y recuperación del Edén perdido. Esta narrativa, entonces, ha instalado en distintas esferas ciertas representaciones sobre lo femenino y lo masculino a través de operaciones analógicas y metafóricas. Lo femenino, en este caso, se asocia con la naturaleza en tres planos no excluyentes: a) virginal, pura y prístina; b) desordenada, caótica y misteriosa-mágica; y c) productiva y proveedora. A su vez, cada plano es el

correlato de alguna imagen de la Eva mítica: la Eva original, la Eva caída y la Eva madre —en orden de correspondencia—.

Esa idea del vínculo entre naturaleza y feminidad, por ejemplo, incluye una percepción particular sobre un “cuerpo emocional” que alude también a la separación clásica entre “razón” y “emoción” (Jimeno, 2004), tan determinante en la cultura occidental. La emoción se dice análoga a la sinrazón o a la confusión del buen juicio, argumento que ha soportado históricamente la “naturalización” de la patología psiquiátrica. Tanto en pacientes hombres como en mujeres, el diagnóstico de la enfermedad mental se ha efectuado bajo esas representaciones hegemónicas de lo femenino y lo masculino en la narrativa de Occidente que, evidentemente, han permeado también —y en especial— el ámbito médico. Como testimonio de ello se encuentran las distintas clasificaciones de los trastornos mentales femeninos y su consecuente tratamiento, en donde subyacen aspectos como la emocionalidad, la maternidad, la configuración genital, el misterio de la sexualidad de las mujeres, entre otros, como determinantes del origen y las causas de la locura, así como de los rangos taxonómicos de ésta. A continuación exploraré algunas de esas asociaciones simbólicas entre locura y condición femenina presentes en algunos textos psiquiátricos sobre el Asilo de Locas de Bogotá.

306

### **EL ASILO DE LOCAS DE BOGOTÁ: LOCURA FEMENINA Y PSIQUIATRÍA**

En el caso de Colombia tales analogías entre la condición femenina y la particularidad generizada del diagnóstico psiquiátrico aparecen en los documentos institucionales de los establecimientos para enfermos mentales. El primero de estos establecimientos especializados en el tratamiento de mujeres fue fundado en Bogotá en 1874, separado del Hospital San Juan de Dios y puesto a cargo de la Beneficencia de Cundinamarca, institución gubernamental que siempre ha oscilado entre lo público y lo privado, entre el discurso laico de la asistencia social estatal, el discurso religioso de la caridad y el discurso médico-científico. El psiquiatra Humberto Rosselli (1968) señala los apelativos que se le impusieron a este establecimiento durante la primera mitad del siglo xx: Casa de Locas (1874-1883), Asilo de Locas (1883-1937) y Frenocomio de Mujeres (1937-1959). En estos nombres se combina la idea del “refugio” para desvalidos con la práctica del “confinamiento” en el tratamiento de la locura, pero además subyace a ellos una particular representación de la locura femenina.

En 1937, por ejemplo, los establecimientos manicomiales masculinos vivieron de su condición de refugios o de asilos de marginales a la de “hospital neuropsiquiátrico”. En el ámbito de la medicina de la época esta transformación suponía un ascenso en el rango de la institución, ya que un asilo no era

un establecimiento especializado en la práctica clínica, sino que tenía principalmente una función de beneficencia con “los más necesitados” —derivada de los discursos filantrópicos y de caridad religiosa—. Por tanto, los asilos acogían indistintamente a los marginales y estigmatizados, en especial a los enfermos —locos, inválidos, leprosos, tiñosos, epilépticos, retardados mentales, sarnosos, sifilíticos, tuberculosos, etc.—, vagabundos, huérfanos, ancianos, prostitutas y delincuentes “en recuperación”. La figura del “hospital neuropsiquiátrico” trascendía la idea del refugio y ubicaba al establecimiento en el terreno “superior” de la clínica, de la salud mental. Mientras que los asilos masculinos lograron esa transformación, los femeninos continuaron restringidos a la figura del refugio de mujeres, casi hasta la década de 1960.

Desde la fundación de la primera Casa de Locas ya se dilucidan pistas en los documentos sobre las representaciones de la locura femenina. Rosselli cita el discurso inaugural de este establecimiento, ofrecido por uno de los miembros de la Junta de la Beneficencia. En la alocución se caracteriza el lugar como un espacio requerido desde hacía mucho tiempo para asilar a las pacientes diagnosticadas con trastornos mentales, junto a las mujeres indigentes y a las “mujeres inválidas e idiotas que existían con notable daño del buen servicio” (Obregón, 1874, citado en Rosselli, 1968: 157). Esta última frase atestigua el carácter eminentemente doméstico que adquiriría la locura femenina en la época, en tanto se aludía directamente a la improductividad que los trastornos podían generar, en el caso femenino, al nivel del “servicio”. La reclusión de estas mujeres en los asilos parecía realizarse con el objetivo de “deshacerse” de aquellas que “no servían”.

El silenciamiento de la palabra del loco, tal como lo concibe Foucault, parece haberse incrementado en el caso de las mujeres enfermas mentales. Pero no sólo los documentos de la época ofrecen indicios sobre esta situación en nuestro país. Los casos psiquiátricos de mayor predilección tanto para la prensa como para los estudios sobre la locura en Colombia (Rosselli, 1968; Castañeda, 2005) aluden no solamente a célebres personajes como el General Pedro Aldemar Sánchez, el homicida “pasional” Jorge Zawadzky, el Conde de Cuchicute y los asesinos de Gaitán y Uribe Uribe —Roa Sierra del primero y Galarza y Carvajal del segundo—, sino que además hacen evidente que todos ellos fueron hombres procesados jurídicamente. Las representaciones espectacularizadas de la locura en nuestro país entre la población masculina parecen estar atravesadas por una idea de “amenaza al orden social”, mientras una invisibilización de los casos femeninos alude precisamente a lo contrario: a una idea de “no-amenaza política o social” de las mujeres, reemplazada en cambio por una idea de “inutilidad” o “daño del buen servicio” —tal como lo expresa Obregón en su discurso— provocados por la enfermedad mental.

En el caso de los asilos de enfermas mentales en Bogotá, la Beneficencia de Cundinamarca emitió desde 1874 varios informes generales acerca del estado de sus establecimientos. Estos documentos incluyen reportes sobre las condiciones físicas de los lugares, así como cifras de la cantidad de pacientes que ingresaron y los diagnósticos y tratamientos que les fueron aplicados. Este tipo de informes era común en el contexto médico oficial y con ellos se pretendía evidenciar los logros y los problemas más frecuentes sobre el ejercicio psiquiátrico y el tratamiento de los pacientes. Si bien no permiten una aproximación “realista” a la situación estadística de la enfermedad mental en la época —dado que la disciplina psiquiátrica se encontraba apenas en sus albores—, sí se pueden observar en estos reportes las principales analogías entre diagnósticos, tratamientos y condición femenina.

#### **ALGUNOS ESTEREOTIPOS Y REPRESENTACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA LOCURA FEMENINA**

El Asilo de Locas de Bogotá fue el lugar privilegiado durante la década de 1930 y 1940 para la introducción de los enfoques médicos psiquiátricos de vanguardia en otros lugares del mundo que incluso podrían considerarse como “modas médicas”. En una primera época se aplicaron orientaciones alienistas, higienistas, degeneracionistas y eugenésicas, que trajeron a colación el vínculo entre la locura como mal moral —y, por ende, social— y las cuestiones sobre la impureza racial. Ya entre 1937 y 1970 fue preponderante la tensión entre la psiquiatría mentalista y la biologicista, ciertamente evidente en la psiquiatría de todo el siglo xx. Tales orientaciones se recrearon en los asilos con la aplicación concreta de métodos terapéuticos: para el modelo mentalista se implantaron las terapias psicodinámicas que incluían las terapias psicoanalíticas y de grupo; y, para el biologicista, las terapias organicistas y farmacológicas que implicaban todo tratamiento referido meramente a lo corporal.

En 1939, los psiquiatras colombianos Julio Manrique y Luis Jaime Sánchez rindieron un informe a la Academia Nacional de Medicina. En él discuten principalmente sobre la efectividad de dos tipos de tratamiento para la esquizofrenia aplicados en el Asilo de Locas: el coma insulínico o hipoglicémico y las inyecciones de cardiazol. Ambos tenían el propósito de inducir shocks, catatonía<sup>3</sup>, estados febriles y convulsivos en las pacientes, los cuales se consideraban terapéuticos en tanto fuesen aplicados sin interrupciones durante más de un mes (Postel y Quétel, 2000). El fracaso en la curación se atribuía a la discontinuidad del tratamiento, aunque también a otros factores: “De las enfermas que el profesor Manrique trató hace ya dos años, sólo dos han recaído y esto, porque

3. Estado de estupor y rigidez muscular acompañado, en ocasiones, de mucha excitación.

pertenecían a una clase social en la cual las condiciones de vida, amén de las de higiene, eran de por sí una valla para el reestablecimiento de la salud mental” (Manrique y Sánchez, 1939: 4). Este argumento puede entenderse a la luz de algunos enfoques prevalentes en la psiquiatría de la época. Uno de ellos era el higienismo, que contemplaba los factores sanitarios en el tratamiento de las enfermedades, incluida la enfermedad mental. En este enfoque, por supuesto, la pobreza era un factor negativo desencadenante de los estados de locura. Para las pacientes del Asilo de Locas, no se trataba ni siquiera de la escasez de posibilidades de acceso a tratamiento médico, ya que la Beneficencia cubría este aspecto. Se nota aquí una clara tendencia a equiparar locura y pobreza.

En esta misma discusión de Manrique y Sánchez, llama la atención el manejo del cuerpo de las pacientes respecto a los tratamientos que son descritos:

Como apunte personal, respecto de la vía de introducción [de las inyecciones de cardiazol], anotamos que cuando se dificulta mucho el hallazgo de las venas, en pacientes muy gordas, o en aquellas que las tienen muy endurecidas por frecuentes choques de cardiazol, empleamos la vía de la yugular externa [...]. En algunas pacientes excitadas, los gritos o protestas, favorecen la congestión de los vasos cefálicos, lo que se aprovecha rápidamente para proceder a la inyección (Manrique y Sánchez, 1939: 5-6).

Es cierto que [éste] es un método peligroso y enérgico. Con todo, los autores que se han ocupado en el estudio de las alteraciones [...] producidas por la hipoglicemia y que han encontrado lesiones a menudo delicadas, no han podido aminorar los inmensos beneficios que se han logrado por medio de la insulino terapia. La estadística de mortalidad es mínima comparada con la de curación o mejoría (Manrique y Sánchez, 1939: 4).

Ciertamente, esta concepción sobre el cuerpo del enfermo mental en psiquiatría se asocia con otro enfoque importante en la disciplina: el organicismo. Todas las terapias que concebían la cura de los trastornos mentales vía el control y la injerencia del médico en el cuerpo enfermo hacían la vez de medios de legitimación de la psiquiatría como especialidad médica a escala mundial. El terreno de la experimentación con el cuerpo enfermo es heredero directo de las explicaciones naturalistas ilustradas. Según Porter, con el Siglo de las Luces, “la etiología de la locura se volvió orgánica” (2003: 123), lo cual en ciertos contextos puede significar una dilución de las fronteras entre la terapia y el experimento.

Bajo este mismo marco, durante la primera mitad del siglo xx, la disección del cuerpo del paciente psiquiátrico comenzó a tomar mayor auge. Dentro de las terapias organicistas de la locura, las neurocirugías fueron sobresalientes en tanto la enfermedad mental había adquirido un nuevo *locus* en el cuerpo. En Colombia, tales intervenciones quirúrgicas se introdujeron en 1942 cuando se realizó la primera lobotomía en una paciente del Asilo de Locas, diagnos-

ticada como melancólica —o depresiva, en el argot psiquiátrico actual—. Esta cirugía, en particular, supone una compleja disección en el lóbulo prefrontal del cerebro, órgano al que se le atribuye —entre otras funciones— la capacidad de proyección a corto y largo plazo del individuo. En suma, el/la paciente se curaba de sus accesos delirantes cuando, por medio de la cirugía, se le coartaba esta capacidad de pensar sus acciones a futuro.

En nuestro país, la experimentación de modelos terapéuticos psiquiátricos recientemente introducidos siempre se realizaba primero en el Asilo de Locas. Sólo pasado un tiempo, éstos se aplicaban en el Hospital Neuropsiquiátrico masculino. Así mismo sucedía con la introducción de tecnologías terapéuticas, como fue el caso de los electrochoques y de técnicas como los abscesos de fijación<sup>4</sup>, las camisas de fuerza, los baños de agua helada, las sillas y camillas de sujeción, entre otras. En el caso de los abscesos, por ejemplo, la concepción terapéutica de la locura se dirigía a desviar las crisis delirantes a un extremo dolor corporal. Los baños de agua helada se consideraban tranquilizantes, en tanto aliviaban las emociones agresivas. Los electrochoques perseguían el objeto de un “cimbronazo” eléctrico del sistema nervioso. Las otras eran básicamente técnicas de control y sujeción del cuerpo agresivo. Aquí puede notarse una relación estrecha entre las concepciones sobre la locura y su tratamiento y, en un sentido más general, entre la experimentación primera de tecnologías con el sector femenino que validara su implantación posterior en otros sectores.

Lo que sustentaba la introducción de tratamientos y orientaciones terapéuticas precisas era, sin duda, la clasificación y la etiología de los trastornos mentales. Temas como la marginalidad social por la condición económica o la incapacidad física, los roles de la mujer en la esfera doméstica y la inescrutable sexualidad femenina, determinaban en buena medida los diagnósticos médico-psiquiátricos sobre las pacientes del Asilo de Locas. Como lo indican los informes de la Beneficencia (1941-1943), los trastornos por los que eran remitidas las enfermas al Asilo estaban asociados principalmente con histeria, melancolía, epilepsia y esquizofrenia, en cuanto a las clasificaciones más abarcales. Sin embargo, también se encuentran reseñados otros tipos de trastornos mentales referidos más específicamente a la condición femenina.

En el caso de la histeria, se sabe bien que nació como un mal eminentemente femenino, asociación que se ha conservado históricamente en el imaginario de esta enfermedad. La histeria como síndrome se encuentra atravesada por una concepción de lo femenino como caótico, mimético e inexplicable,

4. Los abscesos de fijación eran inyecciones subdérmicas de trementina o petróleo que causaban en el paciente una severa reacción dolorosa.

más aún cuando en ella se involucran simultáneamente lo psíquico y lo somático. En palabras de Corraze:

La histeria imita todas las enfermedades, desconcierta al médico, puesto que, atento a seguir el curso de un padecimiento determinado, cuyos síntomas ha reconocido, los ve evolucionar en forma diferente, desaparecer brutalmente y ceder su lugar a otros no menos caprichosos (2000: 271).

Aun cuando la psiquiatría actual plantee haber superado las asociaciones entre histeria y condición femenina, es claro que el mero hecho de conservar el término para designar ciertos trastornos atestigua la continuidad del imaginario de su origen histórico<sup>5</sup>. Pero, más aún, la ambigüedad entre lo psíquico y lo somático de la histeria no excluyó el hecho de que ésta fuera catalogada hasta hoy en el terreno de los trastornos afectivos o emocionales, mas no en el de lo cognitivo. Así también se confirma la continuidad del mismo imaginario, en tanto se sigue vinculando lo emocional con lo femenino y lo cognitivo con lo masculino.

En el Asilo de Locas de Bogotá los libros de entrada y de salida de pacientes, desde 1908 hasta 1939, registran otros males femeninos asociados con la idea de histeria. Suelen encontrarse remisiones de pacientes al Asilo con diagnósticos como “locura del embarazo” o “locura puerperal”. Tanto éstos como la histeria, se describen como estados de delirio y excitación extrema en los que las pacientes, incluso, tienen accesos de onanismo, convulsiones y períodos febriles, además de parálisis motoras. Desde las perspectivas meramente biológicas hasta las psicoanalíticas, hay una constante referencia en los síntomas descritos a la condición y al ejercicio sexual de las mujeres, ambas consideradas esferas “misteriosas” para la práctica médica. Sobra anotar que quienes emitían los diagnósticos eran en su totalidad médicos hombres hasta entrada la década de 1970.

En los casos de la melancolía, la epilepsia, la esquizofrenia y el retardo mental en mujeres, vemos que la reclusión parecía obedecer al alto nivel incapacitante que estos trastornos producían en la labor doméstica. Los síntomas descritos poco hacen referencia a accesos agresivos o de ira de parte de las enfermas hacia las personas próximas a ellas. Esta es una diferencia palmaria en el caso de los hombres, ya que en ellos el principal detonante de la reclusión era ciertamente su alto nivel de agresividad. De allí que, por lo general, el ámbito médico y la valoración jurídica estuvieran tan estrechamente ligados: los enfermos mentales hombres solían estar involucrados en asesinatos y desórdenes públicos —generalmente relacionados con temas políticos—. Los diagnósticos

5. Sabemos que el término “histeria” etimológicamente alude al griego “hýsteros”: útero.

en los casos masculinos varían importantemente frente a los casos femeninos, y en ellos prevalecen trastornos como las “monomanías impulsivas”<sup>6</sup>, cuyas clasificaciones más frecuentes en los asilos bogotanos eran las “monomanías homicidas” y las “monomanías intelectuales”.

En el Asilo de Locas a las mujeres se les diagnosticaba, con mayor frecuencia, en el marco de las fases depresivas de los trastornos y nunca fueron vinculadas con situaciones de agitación social o con asesinatos. Así parece que la reclusión misma entre hombres y mujeres respondía a factores diferentes. En los primeros se podría pensar en el encierro como un mecanismo de control social que respondía incluso a factores sociopolíticos. Aquí el argumento foucaultiano del silenciamiento de la sinrazón (razón) del loco es coherente, en tanto el hombre puede llegar a ser “escuchado” como agente masculino en la esfera pública. Sin embargo, en el caso de las mujeres, en la medida en que ya eran socialmente silenciadas y no eran asociadas con lo racional sino exclusivamente con lo emocional, podría plantearse el asilo como un lugar de desecho de sujetos improductivos, en su caso, en la esfera doméstica privada a la que estaban constreñidas.

312

Por este motivo, incluso la concepción misma frente a la epilepsia, la esquizofrenia y el retardo mental se diferenciaba entre hombres y mujeres. Siempre podía existir el riesgo de que los primeros, además de ser improductivos en el ámbito laboral público, pudieran generar desorden social. Las mujeres, al parecer, no eran consideradas como dotadas de una potencialidad en el campo político público, lo cual no significaba una amenaza social. Sin embargo, cuando el diagnóstico contemplaba este tipo de males, siempre se hacía referencia a su incapacidad motora y psíquica frente a labores concretas. Ese era el caso de síntomas como las parálisis, los estados de catatonia y las crisis convulsivas, los cuales son más comunes en la descripción de los trastornos en las pacientes del Asilo.

#### **A MODO DE CONCLUSIÓN**

Al analizar los diagnósticos y tratamientos de la locura en Bogotá durante la primera mitad del siglo xx, podemos notar una confluencia de factores que no se restringen al ámbito médico científico, el cual se concibe en ocasiones como aséptico y desprovisto de la influencia del contexto donde se ubica. Esta breve exploración dilucida elementos discursivos respecto al cuerpo, a los roles y relaciones de género, a lo público y lo privado, que incidieron —y todavía inciden— de manera importante en las concepciones sobre la locura en nuestro país durante dicha época.

6. La monomanía se conoce, actualmente, como psicosis delirante (Gourevitch, 2003: 167).

Los asilos psiquiátricos a cargo de la Beneficencia eran administrados por órdenes religiosas. Su discurso de la caridad estaba orientado a “acoger” a esas “almas sin Dios ni ley” que eran los locos de la ciudad. Para el caso de las mujeres pesó mucho el tema de su rol tradicional dentro de la familia: en tanto no podían cumplirlo satisfactoriamente por su trastorno, eran recluidas y aisladas de la sociedad. La inproductividad femenina era ligada inescapablemente a su rol de madre, esposa y criada, reproductora de la fuerza de trabajo.

El diagnóstico de la enfermedad mental femenina parece denotar varias situaciones. En primer lugar, la reclusión en el Asilo funcionaba como mecanismo de control de los trastornos mentales particulares de las mujeres. Este control era eminentemente físico, por medio de tecnologías de domesticación del desorden patológico que, en lo femenino, era doble: por la enfermedad misma y por la condición “natural” propia de la mujer. Así, la enfermedad era doblemente “desordenada, caótica y misteriosa” —parafraseando a Merchant—, lo que la ubicaba en un plano realmente ininteligible para los médicos (hombres).

En segundo lugar, el silenciamiento sufrido por las enfermas mentales era múltiple, más complejo que el de los pacientes hombres. Se callaba su palabra, pero también su emoción; se sometían sus síntomas a través del control y aislamiento de sus cuerpos como cuerpos, por lo general, “naturalmente” ininteligibles. Quizás el acallamiento de la locura femenina sea tan sólo un *continuum* de la exclusión que las mujeres sufren en su vida cotidiana. El diagnóstico reproduce, a través de sus prácticas de representación generizadas, una realidad sobre la condición femenina, emitiendo la última palabra sobre el sufrimiento de unos cuerpos traducido en la emoción, ni siquiera en la sinrazón.

En el terreno de la enfermedad mental, la psiquiatría como especialidad médica ha tenido que legitimarse como científica. De allí que haya tenido que asumir enfoques terapéuticos que incluyan una intervención directa sobre el cuerpo enfermo, opacando su ejercicio meramente dirigido a “lo mental”, que suele sonarle a otras especialidades científicas como un terreno más bien “metafísico”. No obstante esta trayectoria, la psiquiatría ha tenido el poder de discernir entre lo normal y lo patológico, sobre la razón y la sinrazón, un argumento que sigue basándose en el dualismo mente/cuerpo, pero también en una representación generizada de la oposición razón/emoción. Tales códigos, como lo muestran los diagnósticos y tratamientos revisados, ofrecen un marco de sentido legítimo al ejercicio médico, pero también son expresiones de todo un imaginario social sobre la locura. Imaginario que, con todo y sus fracturas, persiste hasta nuestros días. ✱

**BIBLIOGRAFÍA****Asilo de Locas de Bogotá**

1908-1939 *Libros de registro de entrada y salida de pacientes (Documentos de archivo)*, Bogotá, Archivo General de la Beneficencia de Cundinamarca.

**Frenocomio de Mujeres de Bogotá**

1941-1943 *Anales Neuropsiquiátricos*, varios Vols., Bogotá, Imprenta de la Luz.

**Castañeda, Sandra Lucía**

2005 "Una genealogía del racismo en Colombia: continuidades y discontinuidades del siglo XIX al XX", en Santiago Castro (ed.), *Pensar el siglo XIX: cultura, biopolítica y modernidad en Colombia*, Pittsburgh, IIIA, Bogotá, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar.

**Corraze, Jacques**

2000 "La cuestión de la histeria", en Jacques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.

**Foucault, Michel**

1990 [1964] *Historia de la locura en la época clásica*, 2 Vols., México D. F., Fondo de Cultura Económica.

**Fox Keller, Evelyn**

1991 *Reflexiones sobre género y ciencia*, Valencia, Ediciones Alfons El Magnànim, Institució Valenciana d'Estudis I Investigació.

**Gourevitch, Michel**

2003 "Esquirol y la nosografía", en Jacques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.

**Haraway, Donna**

1989 *Primate Visions: Gender, Race and Nature in the World of Modern Science*, New York, Routledge.

**Jimeno, Myriam**

2004 *Crimen pasional. Contribución a una antropología de las emociones*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

**Manrique, Julio y Luis Jaime Sánchez**

1939 *Asilo de Locas de Bogotá. Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia*, Bogotá, Prag.

**Merchant, Carolyn**

1996 "Reinventing Eden: Western Culture as a Recovery Narrative", en William Cronon (ed.), *Uncommon Ground: Rethinking Human Place in Nature*, Nueva York, W. W. Norton.

**Porter, Roy**

2003 *Breve historia social de la locura*, Barcelona, Crítica.

**Postel, Jacques y Claude Quérel**

2000 *Nueva historia de la psiquiatría*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.

**Rosselli, Humberto**

1968 *Historia de la psiquiatría en Colombia*, 2 Vols., Bogotá, Horizontes.

**Scott, Joan W.**

1988 *Gender and the Politics of History*, New York, Columbia University Press.