

**ALIA**

Revista de Estudios Transversales  
Número 8 07/2019

*Mosè Cometta\** **Facebook, Twitter, l'economia privata  
e il bene comune** p. 2

*Marco Marian\** **Günter Anders y la alteración  
de la realidad** p. 7

*Alejandro Villamor Iglesias\** **La experiencia  
de la locura según Michel Foucault:  
Enfermedad mental y personalidad, Historia  
de la locura y el Nacimiento de la clínica** p. 13

*Ignacio Marcio Cid\** **Una antigua vis(i)ta a la gramática  
de saber en Wittgenstein: creencias  
en juego y verdades a desmano** p. 35

**Atti del Festival del territorio** *Arogno, 20.06.2015* p. 54

*Massimo Cattaneo\** **Ticino: il punto di vista  
di un architetto** p. 56

*Claudio Ferrata\** **Il territorio visto dal basso** p. 59



*Alejandro Villamor Iglesias\**  
**La experiencia de la locura  
según Michel Foucault:  
Enfermedad mental  
y personalidad, Historia  
de la locura y el Nacimiento  
de la clínica**

**ABSTRACT**

Un leitmotiv de la obra de Foucault será desde sus inicios el análisis de la experiencia de la locura. Así, sus dos primeras obras, *Enfermedad mental y personalidad* y la *Historia de la locura*, están dedicadas a esta cuestión. Asumiendo la necesidad de llevar a cabo una inagotable observación de los principales referentes de la filosofía y sus cuestiones más propias, en este texto llevaremos a cabo una revisión temática de estas obras con el objetivo de alcanzar una aproximación a la comprensión foucaultiana del loco. Al entender que existe un estrecho vínculo con el mismo, este texto incluye la presentación del ulterior *Nacimiento de la clínica*.

**KEYWORDS**

Michel Foucault / Locura / Saber / Poder / Dispositivo

**1 *Enfermedad mental y personalidad:*  
el inicio de la problematización de  
la relación entre el saber y el hombre**

**1.1 Introducción**

Publicada en el año 1954, *Enfermedad mental y personalidad* se erige como la primera de una dilatada lista de obras que constituyen el bagaje bibliográfico de Michel Foucault. Considerada generalmente como una obra de rango menor, y rechazada por el mismo autor años después, Foucault inicia en ella su interrogación en torno a la relación hombre/saber con uno de los objetos recurrentes que protagonizará la que podemos considerar primera etapa de su pensamiento: la enfermedad mental o la locura. Gravitando en torno a la patología mental, esta

\* Graduado en Filosofía con premio extraordinario por la Universidad de Santiago de Compostela. Máster en Formación de Profesorado por la Universidad de Santiago de Compostela y Máster en Lógica y Filosofía de la Ciencia por la Universidad de Salamanca. Actualmente ejerce como profesor de Filosofía en Educación Secundaria. Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: *Autoconciencia y animales no humanos: criterios para su atribución*, Madrid: Ápeiron Ed., 2018, y “La problemática en torno al concepto de especie biológico y sus implicaciones éticas”, *Oxímora: Revista Internacional de Ética y Política*, 13, 2018, pp. 328-341. Email: [alejandrovillamoriglesias@yahoo.es](mailto:alejandrovillamoriglesias@yahoo.es)

obra indagará el trato que esta, bajo la forma de la psicopatología, ha realizado del concepto de enfermedad mental y de personalidad. Dos son las cuestiones sobre las que pivota todo el estudio psicopatológico según el prisma foucaultiano: “¿En qué condiciones podemos hablar de enfermedad en el campo psicológico?” y “¿Qué relaciones podemos establecer entre los hechos de la patología mental y los de la patología orgánica?”<sup>1</sup>

Estas son dos cuestiones que arrastran, empero, otro problema previo común consistente en la identificación tradicional entre la patología mental y la patología orgánica. Esta identificación es resultado, acorde al francés, del establecimiento de una patología *a priori* con respecto a estas dos, la patología general o abstracta, que impone el marco conceptual a cualquiera de las dos variantes mentadas. Y así: “queremos demostrar que la raíz de la patología mental no debe estar en una especulación sobre cierta «metapatología», sino sólo en una reflexión sobre el hombre mismo”<sup>2</sup>

El problema y objeto de este estudio reside, pues, en la asimilación como iguales de la patología física u orgánica y de la patología mental. Ambos vienen compartiendo, al estar conceptualmente hermanados, un mismo campo de análisis y unos mismos métodos. Así, detrás de este método unívoco de estudio nos encontramos dos postulados causantes. El primero de ellos consiste en la consideración de que la enfermedad es una “esencia”, un objeto estático soterrado bajo el reconocimiento de ciertos síntomas:

En primer lugar se postula que la enfermedad es una esencia, una entidad específica señalable por los síntomas que la evidencian, pero anterior a ellos, y en cierta medida independiente de ellos; se describe una base esquizofrénica oculta bajo síntomas obsesivos; se habla de delirios disimilados; detrás de una crisis maníaca o un episodio depresivo se supone la entidad de una locura maníaco-depresiva.<sup>3</sup>

El segundo pilar de esta identificación recae en el postulado naturalista que identifica ese objeto sustancial e invariable que es la enfermedad con una “especie natural”. Esto es, la enfermedad se naturaliza hasta el punto de ser observada como una unidad independiente definida por una serie de características inmovibles. En imbricación con estos dos postulados la idea de la unidad humana será la responsable última de la existencia de esa unidad abstracta que es la patología general establecedora del paralelismo entre patología mental y orgánica. De esta manera, la enfermedad es comprendida como un elemento global sintetizador del estado de los individuos en lo que a su totalidad psicológica y fisiológica respecta:

La enfermedad atañe a la situación global del individuo en el mundo: en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica es una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica. En todas estas recientes formas de análisis médico podemos reconocer una significación única: cuanto más encaramos como un todo la unidad del ser humano, más se disipa la realidad de una enfermedad que sería una unidad específica, y más se impone también la descripción del individuo reaccionando a su situación de modo patológico en lugar del análisis de las formas naturales de la enfermedad.<sup>4</sup>

1 FOUCAULT, M., *Enfermedad mental y personalidad*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979, pág. 9.

2 *Ibid.*, pág. 10.

3 *Ibid.*, pág. 15.

4 *Ibid.*, pág. 19.

La empresa a llevar a cabo consiste, por ende, en el análisis del elemento constitutivo de la psicopatología para mostrar, finalmente, la necesidad de urdir una divergencia entre la patología mental y la orgánica más allá de la asimilación conceptual llevada a cabo:

Nosotros queremos demostrar, por el contrario, que la patología mental exige métodos de análisis diferentes de los de la patología orgánica, y que sólo mediante un artificio del lenguaje podemos prestarle la misma significación a las “enfermedades del cuerpo” y a las “enfermedades del espíritu”.<sup>5</sup>

En este punto nos pudiéramos preguntar por el papel de la personalidad en este estudio. Para Foucault la personalidad ha de ser entendida como el núcleo del individuo sobre el que la enfermedad tiene lugar. Algo así como la condición de posibilidad que, simultáneamente, permite su existencia y su reconocimiento como las dos caras de la misma moneda: “la personalidad se convierte así en el elemento en el cual se desarrolla la enfermedad y el criterio que permite juzgarla; es la realidad y la medida de la enfermedad a la vez”.<sup>6</sup> Dicho en positivo, tenemos que dar cuenta de la enfermedad dando crédito al sujeto mismo, analizando su especificidad y la de su enfermedad mental al margen de cualquier metapatología. Teniendo presente la determinación de la especificidad de la enfermedad mental en cada individuo a través de las formas concretas de su vida psicológica y sus condicionantes, la empresa de la presente obra se bifurcará en: “las dimensiones psicológicas de la enfermedad” y “las condiciones reales de la enfermedad”. Con respecto al primero, y valga esto como explicitación de aquellos aspectos que presuponemos en el resto de la redacción, cabe distinguir tres niveles de análisis: la evolución de la enfermedad, su particular historia en cada individuo y la existencia.<sup>7</sup> Asimismo, el papel del segundo apartado estará ocupado por un estudio diacrónico de la enfermedad o, más bien, alienación mental.<sup>8</sup>

## 1.2 Las dimensiones psicológicas de la enfermedad

Una primera tentación cometida usualmente en el campo de la psicopatología consiste en la comprensión de la patología mental a través del significado de las funciones afectadas: “la enfermedad no es sólo pérdida de la conciencia, adormecimiento de tal función, obnubilación de tal facultad”.<sup>9</sup> Foucault niega rotundamente la relación de la enfermedad mental con una evolución regresiva. Mas este semeja ser el camino que siguió la psicología decimonónica caracterizada por el trato de la enfermedad mental como carencia, siempre observándola desde una panorámica negativa. Y, sin embargo, “la enfermedad borra pero subraya; anula por una parte, pero por otra exalta; la esencia de la enfermedad no reside sólo en el vacío que provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de

5 *Ibid.*, pág. 20.

6 *Ibid.*, pág. 18.

7 MOREY, M., *Lectura de Foucault*, Ed. Taurus, Madrid, 1983, pág. 25.

8 Lo cual ya nos sirve para establecer un cierto precedente de lo que vendrá ulteriormente con la *Historia de la locura en la época clásica*. Valga de ejemplo el trato que dará al inicio de esta primera obra a la relación entre el enfermo y su medio. Dirá: “En el campo de la patología mental la realidad del enfermo no permite semejante abstracción, y cada individualidad mórbida debe ser atendida a través de las actividades del medio a su respecto. En Francia, la tutela impuesta al alienado por la ley de 1838, su total dependencia de la decisión médica, contribuyeron sin duda a fijar, a fines del siglo pasado, el personaje histérico” (FOUCAULT, M., *op. cit.*, pág. 23).

9 *Ibid.*, pág. 30.

reemplazo que vienen a llenarlo”.<sup>10</sup> Según esta primera concepción, proveniente ya del siglo XIX, que Foucault trata de rebatir, la enfermedad mental se caracteriza, entre otras cosas, por activar de algún modo en el sujeto que la padece ciertas conductas de carácter infantil. Síntomas de este jaez son la tendencia al monólogo, carente de interlocutor, o la incompreensión de las reglas que rigen la dialéctica de la pregunta/respuesta. Lo cual sería consecuencia precisamente de esa naturaleza regresiva que tiene la enfermedad mental. La enfermedad se entiende como “el proceso a lo largo del cual se deshace la trama de la evolución”.<sup>11</sup> Esto es algo, advierte Foucault, ya atisbado por el psicoanálisis freudiano en sus comentarios acerca de la neurosis, concretamente de sus formas evolutivas. Así:

Según su gravedad, cada enfermedad anula una u otra de estas conductas que la sociedad en su evolución había hecho posibles, y las substituye por las formas primitivas de comportamiento:

- 1) El diálogo, como forma suprema de la evolución del lenguaje, deja lugar a una especie de monólogo en el cual el sujeto se relata a sí mismo lo que hace [...]
- 2) Al perder la ambigua virtualidad del diálogo, tornando la palabra sólo en la faz esquemática que presenta al sujeto hablante, el enfermo pierde el dominio de su universo simbólico; y el conjunto de las palabras, de los signos, de los ritos, en fin, de todo lo que hay de alusivo y referencial en el mundo humano, deja de integrarse en un sistema de equivalencias significativas [...]
- 3) Este mundo que va desde el delirio hasta la alucinación parece destacar una patología de la creencia como conducta interhumana: el criterio social de la verdad (“creer lo que otros creen”) ya no tiene valor para el enfermo.<sup>12</sup>

Dos son los principales problemas con los que tropieza la descrita visión: el primero de ellos consiste en que esta no proporciona ninguna explicación acerca del origen de la enfermedad, poniendo exclusivamente el foco en su descripción y consecuencias. En segundo lugar, no analiza la enfermedad en su especificidad.

Un segundo punto de vista acerca de las condiciones psicológicas de la enfermedad la protagoniza el mismo Freud. De lo que se trata aquí es, ante todo, del trato que hacemos de la evolución psicológica del individuo así como de la amalgama de elementos que pueden actuar como causa de la enfermedad. Con todo, el factor regresivo se mantiene en el psicoanálisis de distinto modo: “la regresión tiene un sentido bien delimitado [...] es una huida intencional para escapar del presente. Es más bien un recurso que un retorno”.<sup>13</sup> Estamos ante una noción más compleja de la regresión como mecanismo de defensa primordial del individuo enfermo. Ella, la enfermedad mental instanciada en la regresión, se presenta como el clavo ardiente al que asirse como negación del presente. No es otra cosa que una búsqueda del beneficio; como, por otra parte, ya parecía haber atisbado Freud en *El malestar en la cultura* cuando dice:

La última técnica de vida que le queda y que le ofrece por lo menos satisfacciones substitutivas es la fuga a la neurosis, recurso al cual generalmente apela ya en años juveniles. Quien vea fracasar en la edad madura sus esfuerzos por alcanzar la felicidad, aún hallará consuelo en el placer de la intoxicación crónica, o bien emprenderá esa desesperada tentativa de rebelión que es la psicosis.<sup>14</sup>

10 *Idem.*

11 *Ibid.*, pág. 32.

12 *Ibid.*, pág. 38-9.

13 *Ibid.*, pág. 49.

14 FREUD, S., *El malestar en la cultura*, Alianza Ed., Madrid, 2013, pág. 82.

A esta psicología de la evolución habrá que añadir una psicología de la génesis que la complete otorgándole coherencia. Así, a partir de aquí, la enfermedad mental será analizada en su versión existencial de la mano de investigadores como Jaspers. La angustia torna a ser el concepto clave, la forma de experiencia, cuya posibilidad de reducción naturalista es nula. La angustia:

es una forma de experiencia que desborda sus propias manifestaciones y no puede nunca dejarse reducir por un análisis de tipo naturalista [...] tampoco puede ser agotada por un análisis de tipo histórico. Sin embargo, la historia y la naturaleza del hombre sólo pueden ser comprendidas con referencia a ella.<sup>15</sup>

Presumiblemente, con la “comprensión existencial de la enfermedad mental” se quiere decir que la manera legítima de otear la enfermedad es sumergiéndose en el centro de la experiencia misma del enfermo. Ningún papel ocupa aquí la “lógica discursiva” pues estamos ante un fenómeno que la desborda hasta el punto de que su contribución sería harto simplificadora. La intuición ocupará esta tarea al “tratar de ver el mundo patológico con los ojos del enfermo mismo: la verdad que busca no corresponde al orden de la objetividad, sino de la intersubjetividad”.<sup>16</sup> Aspecto a favor del presente análisis será la comprensión de la originalidad del enfermo con respecto a sí mismo, a su situación vital. Apunta el joven Foucault que “nada es más falso que el mito de la locura como enfermedad que se ignora”.<sup>17</sup> El enfermo mental es plenamente consciente de su situación, nadie más consciente que él de la “originalidad” de ella. Pero, todavía más allá, la conciencia de la enfermedad, tanto por parte del enfermo como del médico/investigador, no ha de ser reducida a la enfermedad misma, sino “a un mundo patológico cuyas estructuras debemos estudiar”.<sup>18</sup> Estructuras como la configuración temporal del mundo patológico; la estructuración del espacio como “estructura del mundo vivenciado” o el “Mitwelt” en tanto en cuanto universo social y cultural sobre el que se configura la enfermedad del sujeto. Lo mismo sucede con el “Eigenwelt” (“mundo propio”) o, en otras palabras, el propio cuerpo. Estamos aquí, así pues, ante la cuestión del propio reconocimiento corporal, en su inmersión tanto temporal como espacial, en un contexto socio-cultural concreto. Este último es precisamente el campo hacia el que toca ahora dirigir la vista. Habida cuenta de que acabamos de tratar, por decirlo de alguna manera, las condiciones internas de la enfermedad, vayamos brevemente a las externas:

Si esta subjetividad del insano es al mismo tiempo vocación y abandono del mundo, ¿no es acaso al mundo mismo a quien debemos interrogar acerca del secreto de esta subjetividad enigmática? Después de haber explorado las dimensiones interiores, ¿no hemos sido obligatoriamente llevados a considerar sus condiciones exteriores y objetivas?<sup>19</sup>

### 1.3 Las condiciones de la enfermedad

Lo primero que hay que tener presente a este respecto no parece especialmente disparatado, si bien corre el peligro de ser considerado baladí o trivial: “la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la

15 FOUCAULT, M., *op. cit.*, pág. 63.

16 *Ibid.*, pág. 64.

17 *Ibid.*, pág. 66.

18 *Ibid.*, pág. 71.

19 *Ibid.*, pág. 79.

reconoce como tal”.<sup>20</sup> En esta sentencia están contenidos gran parte de los desarrollos ulteriores de Foucault al intuirse la maleabilidad y carácter intrascendente o no esencial del concepto mismo de la enfermedad: “cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia o reprime”.<sup>21</sup> Ya se perfila aquí la imagen del enfermo como alteridad, como lo otro, que es menester excluir en abstracto y en acto, a través de, en este caso, el psiquiátrico. La sociedad moderna no se reconoce en la enfermedad mental:

Nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que ella encierra y aparta o encierra; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo. Los análisis de nuestros psicólogos y de nuestros sociólogos, que hacen del enfermo un desviado y que buscan el origen de lo morboso en lo anormal son, ante todo, una proyección de temas culturales. En realidad, una sociedad se expresa positivamente en las enfermedades mentales que manifiestan sus miembros; cualquiera sea el status que otorga a sus formas patológicas...<sup>22</sup>

Como tratará la *Historia de la locura*, la fuente histórica, en mutua imbricación esta con la alienación de lo mental, se dirige hasta, cuanto menos, el siglo XVII con el desarrollo de las “nuevas prácticas hospitalarias”. Tras el Medievo ha finalizado el reino de la fuerza para dar comienzo a un imperio mucho más sutil de la salvaguardia. La idea clave de todo esto será expresada con especial lucidez por parte de Morey al respecto de esta idea del francés:

Foucault intenta en él un esbozo de una historia de la alienación mental que no sea una mera recalificación de nuestro presente –desmintiendo el que la locura haya sido siempre y a lo largo de toda la historia la misma forma patética que hoy es para nosotros-. ¿Cuál es el rasgo dominante que identifica al “loco” en las sociedades antiguas, incluso en la experiencia pre-clásica? El “otro”, tanto el brujo, el chamán como el *energoumenos* o el *mente captus*, es un poseído –alguien que tiene una verdad; alguien que participa de una verdad aunque sea la negra verdad de lo demoníaco-.<sup>23</sup>

En los siglos XVII y XVIII esto cambia radicalmente hasta el punto de que el enfermo ya no está en comunicación con lo sobrenatural, sino que está aquí, en nuestro mundo, pero no en el mismo lugar: “el siglo XVIII aporta una idea capital: que la locura no es una superposición de un mundo sobrenatural al orden de lo natural, un añadido demoníaco a la obra de Dios, sino sólo la desaparición de las facultades más altas del hombre”.<sup>24</sup> Nos situamos así ante una visión de la enfermedad como privación o carencia que ya, desde el panorama interno, se ha tratado en el anterior apartado. Históricamente, al enfermo mental se le hizo carecer de libertad. El enfermo está desposeído de su misma libertad por lo que, en el mismo quehacer práctico, “se sustituye la voluntad del enfermo por la voluntad, considerada como su equivalente, de su familia: se transfiere a otros los estrictos derechos de la libertad individual”.<sup>25</sup> La aparente libertad física que gozaba el enfermo en la cultura europea de finales del XVIII se restituye ahora por una condena jurídica, moral incluso, por mor de su condición de “enajenado mental”. El enfermo, dicho en plata, es libre como cualquier otro, como

20 *Ibid.*, pág. 83.

21 *Ibid.*, pág. 85.

22 *Ibid.*, pág. 87.

23 MOREY, M., *op. cit.*, pág. 34.

24 FOUCAULT, M., *op. cit.*, pág. 90.

25 *Ibid.*, pág. 93.

consecuencia de su naturaleza humana, pero está en un *topos* abstracto, bien lejos de la humanidad común y corriente. La enfermedad mental anula, el enfermo está fuera de sus cabales.

De lo dicho hasta el momento se desprenden algunos corolarios. El primero de ellos, que trataremos en mayor profundidad en el apartado que sigue inmediatamente, es la profunda correlación existente entre la alienación histórica en tanto forma *a priori* con la alienación psicológica: “En realidad, porque la alienación histórica es la condición primera de la enfermedad, se ha hecho de la alienación psicológica y jurídica la sanción de la enfermedad”.<sup>26</sup> La enfermedad no es sin más, no es esencia, no es una categoría natural fundamental, se constituye. Esto permite a Foucault romper con la dicotómica asimilación con la que comenzamos entre la patología mental y la orgánica. La primera no se debe reducir a la segunda ni viceversa. Y, así:

La verdadera psicología debe liberarse de esas abstracciones que oscurecen la verdad de la enfermedad y alienan la realidad del enfermo; pues cuando se trata del hombre, la abstracción no es simplemente un error intelectual; la verdadera psicología debe desembarazarse de psicologismo, si es verdad que, como toda ciencia del hombre, debe tener por finalidad desalienarlo.<sup>27</sup>

## 2 *Historia de la locura en la época clásica: la construcción y experiencia del loco*

### 2.1 Una introducción

Con la *Historia de la locura en la época clásica* Foucault comienza la que será considerada trilogía del método arqueológico –completada por *El nacimiento de la clínica* y *Las palabras y las cosas*–. Frente a las apariencias, este no es un trabajo historiográfico que pretenda llevar a cabo una suerte de descripción aséptica de lo sucedido en el clasicismo. Se trata de un texto mucho más suspicaz en el que de lo que se trata es de ahondar en las raíces de la experiencia de la locura o, en otras palabras, los orígenes de la constitución del loco tal y como hoy lo concebimos. Toda precaución es poca a la hora de considerar cuáles son los límites impuestos en este trabajo, a saber, por ejemplo, la ausencia de un “grado cero” u origen último del objeto de estudio. Es decir, no espera Foucault alcanzar un punto primigenio en el que la locura se construye; fundamentalmente porque ese punto no existe. De lo que se trata es de realizar una descripción, historiográfica si se quiere, de un objeto, configurado como de conocimiento en la Modernidad, que ya forma parte indisoluble de la concepción del hombre vigente, la locura. Si bien, como acabamos de señalar, no existe ningún punto inicial del cual podamos decir, triunfantes, que surge la locura, sí es posible detectar tanto en el orden discursivo como en el institucional una serie de líneas configuradoras. Así, si precisamente lo que nos interesa es abordar el concepto de locura y de loco, Foucault dirigirá la atención al punto de confluencia clave de las líneas nombradas: el Clasicismo. Esta época ha configurado con sus líneas de fuerza la condición de posibilidad de la aparición de la concepción moderna de la locura. Es por este motivo, en consecuencia, por lo que el campo de actuación del presente texto

26 *Ibid.*, pág. 115.

27 *Ibid.*, pág. 122.



se focaliza en los momentos previos (Medievo y Renacimiento) y posteriores (Modernidad) del Clasicismo.

Un último aspecto del continente a destacar antes de centrarnos en los contenidos se encuentra en las destacadas influencias que parecen encontrarse en el trasfondo de esta obra. Una de ellas será la de Georges Dumézil, profesor de Foucault en 1954.<sup>28</sup> El propio Foucault reconocerá al menos la presencia del celeberrimo historiador en esta obra en tres aspectos que vale la pena traer a colación:

- *Noción de Economía Discursiva*: «... él me enseñó a analizar la economía interna de un discurso de muy distinto modo que por los métodos de la exégesis tradicional o los del formalismo lingüístico».
- *Método Comparativo*: «... él me enseñó a localizar de un discurso a otro, por el juego de las comparaciones, el sistema de las correlaciones funcionales».
- *Análisis Transformacional*: «... él me enseñó a describir transformaciones de un discurso y las relaciones con la institución».<sup>29</sup>

## 2.2 La configuración de la locura en el Renacimiento

Durante los últimos años de la Edad Media y primeros del Renacimiento la lepra, junto con las enfermedades venéreas, había sido considerada condición suficiente para convertir y desplazar a alguien como lo otro, como alteridad. Previa tematización de la locura es el leproso el objeto de escarnio, aquel que se excluye y que está sujeto a todo tipo de juicios morales:

En suma, en el curso del siglo XVI el mal venéreo se instala en el orden de las enfermedades que requieren tratamiento. Sin duda, está sujeto a toda clase de juicios morales: pero este horizonte modifica muy poco la captación médica de la enfermedad.<sup>30</sup>

La locura será la heredera de la lepra y de las enfermedades venéreas. Con objeto de ilustrar la imagen inicial del loco en el Renacimiento el filósofo francés se servirá de una imagen sobremanera rica de connotaciones como es la *Nef des Fous* (“Nave de los Locos”). Esta singular nave, presente tanto en diversas obras de arte pictóricas como literarias, supone el inicio en el imaginario colectivo de la situación limítrofe en la que se topa en loco. Una situación entre la purificación, la santidad incluso, y la exclusión. La existencia de los locos es concebida como errante, una peregrinación inacabable de ciudad en ciudad; en las cuales, con todo, su paso no está permitido, mucho menos su acceso a las Iglesias. Para entender esto debemos remontarnos más atrás, hasta el inicio mismo de la época renacentista en el siglo XV: “Desde el siglo XV, el rostro de la locura ha perseguido la imaginación del hombre occidental”.<sup>31</sup> Este es el momento en que la locura comienza a atraer propiamente la atención del vulgo en un sentido muy distinto del precedente, vinculado con lo sobrenatural y la muerte. El loco es quien tiene accesos vetados al resto de los mortales; accesos privilegiados, santos, con respecto, por ejemplo, a la catástrofe final cristiana. El loco está asociado entonces con la tentación misma; no está propiamente excluido, pero ni mucho

28 MOREY, M., *op. cit.*, pág. 41.

29 *Idem.*

30 FOUCAULT, M., *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1979, vol. I, pág. 20.

31 *Ibid.*, pág. 30.

menos diluido entre las masas. El loco es objeto de simbolismos varios: es, como decimos, tentación, es la ensoñación enigmática, la fascinación, incluso la animalidad presente en el corazón de cualquier hombre; es el saber inaccesible al resto. La locura fascina:

Ahora la locura es convertida en Tentación; todo lo que hay de imposible, de fantástico, de inhumano, todo lo que indica la presencia insensata de algo que va contra la naturaleza, presencia inmensa que hormiguea sobre la faz de la Tierra, todo eso, precisamente, le da su extraño poder. La libertad de los sueños –que en ocasiones es horrible–, los fantasmas de su locura tienen, para el hombre del siglo XV, mayor poder de atracción que la deseable realidad de la carne.<sup>32</sup>

La locura fascina a los hombres porque es el saber ciertamente incomunicable al cuerdo que confirma al hombre de finales del XIV o principios del XV, lo que le proporciona en alta medida su sentido. Se establece aquí con palmaria claridad la relación triádica entre la razón-locura-sabiduría. El loco, con las simpatías que despierta sobre las multitudes renacentistas, es lo otro no tanto como alteridad negativa, sino como objeto de autoconfirmación, por ejemplo, social y religiosa. Esto contrasta con la imagen del loco que a lo largo de la Edad Media se había tenido. El loco fue durante todo ese tiempo la representación del vicio irracional, lo opuesto a lo divino, lo demoníaco incluso, la némesis de la santidad. Se trata aquí de algo abisalmente rechazable en la medida en que “acepta como verdad el error, como realidad la mentira, como belleza y justicia, la violencia y la fealdad”.<sup>33</sup> El loco es el *quid pro quo* hecho carne, la locura es todo aquello que va contra el orden proveniente de los designios divinos, que llega incluso a tomar al “hombre por mujer” o a la “muerte por la vida”, y viceversa. En el Renacimiento, empero, hay que escuchar (de lejos) al loco para entendernos. La “Nave de los Locos” será la excusa perfecta para dar al loco la atención que se merece: no lo queremos en nuestras casas o iglesias, mas sí queremos que haya locura en el mundo. Una locura vagabundeante, cercana y lejana, entre la exclusión y la santidad, que despliegue su eco.

## 2.3 El Clasicismo y el “Gran Encierro”

Según Foucault, este estado de cosas no duró mucho tiempo. A principios del XVII, inicio del Clasicismo, cambia drásticamente la imagen de la locura. La locura ya no es nave o barca, comienza a ser hospital. Con el Clasicismo se inicia un vasto proceso de secularización que hace descender de las nubes al loco, se rompe la línea de conexión con lo santo o demoníaco. Llega el imperio de la razón barroca y el binomio racional/irracional se impone sobre todo el continente obligando a categorizar en pro del buen orden al loco como lo uno o como lo otro. La locura se sitúa en las antípodas de la racionalidad. Ya no se quiere escuchar en el inicio del Clasicismo la voz de loco pues perturba, es un peligro para el buen pensar: “La locura, cuya voz el Renacimiento ha liberado, y cuya violencia domina, va a ser reducida al silencio en la época clásica, mediante un extraño golpe de fuerza”.<sup>34</sup>

El 27 de abril de 1656 se funda el Hospital General de París. Curiosamente, en el edicto se dirá lo siguiente:

32 *Ibid.*, pág. 37.

33 *Ibid.*, pág. 45.

34 *Ibid.*, pág. 75.

Queda prohibido a todas las personas de todo sexo y edad, calidad o nacimiento, sea cual fuere su estado en el que se encuentren, válidos o inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables, mendigar en la ciudad y barrios de París.<sup>35</sup>

La fuerza discursiva y la institucional propician una imagen del loco que conduce al fenómeno infraestructural de creación de numerosos internados denominado como “Gran Encierro”. Tal será la magnitud de este “Gran Encierro” que en torno al 1%<sup>36</sup> de la población parisiense fue, en algún momento del XVII, encerrada: “Se sabe bien que en el siglo XVII se han creado grandes internados; en cambio, no es tan sabido que más de uno de cada cien habitantes de París, ha estado encerrado allí, así fuera por unos meses”.<sup>37</sup> El internado se convierte en el espacio propio del loco. Siguiendo la estela del Hospital General, por toda Francia se construyen y abren hospitales generales, llegándose incluso a reciclar las viejas instituciones de encierro de los leprosos para estos, los “dementes” –etimológicamente, aquellos que están privados de su mente. Se manifiesta así el afán burgués por ordenar la miseria.

Es de vital importancia tener presente el progresivo cambio de percepción que todo esto supondrá en la población. Su cambio de percepción de la locura. Estos ya son los miserables, los indeseables. La locura ya no es percibida como algo sacro, sino como objeto de escarnio, mofa y desprecio. Se considera que los magistrados y la policía deben actuar:

Si el loco aparece ordinariamente en el paisaje humano de la Edad Media, es como llegado de otro mundo. Ahora, va a destacarse sobre el fondo de un problema de “policía”, concerniente al orden de los individuos en la ciudad [...] Despojada de los derechos de la miseria y robada de su gloria, la locura, con la pobreza y la holgazanería, aparece en adelante, secamente, en la dialéctica inmanente de los Estados. El internamiento, ese hecho masivo cuyos signos se encuentran por toda la Europa del siglo XVII, es cosa de “policía”.<sup>38</sup>

El loco es agrupado junto al pobre, al inválido, al mendigo... pero también al ladrón, al borracho decadente... La pobreza es decadencia. Buena parte del sentido de este cambio semeja proceder de la crisis económica que azota Europa durante el XVII. Así, el loco confinado será incluso empleado como mano de obra en las “Workhouses” inglesas, pero también en Alemania, donde “cada casa de internos tiene su especialidad”.<sup>39</sup> El loco es asimilado al ocioso, al que no quiere trabajar, por lo que esto será tomado en el imaginario colectivo como enunciado discursivo. Esto es, la ética del trabajo se impone y el loco no rinde, es un “inútil social”. El loco es el vago y, por esto, “el prisionero que puede y que quiere trabajar será liberado; no tanto porque sea de nuevo útil a la sociedad, sino porque se ha suscrito nuevamente al gran pacto ético de la existencia humana”.<sup>40</sup> Este hecho traerá consigo una profunda vigilancia en lo que al respeto a las costumbres sociales, y educación religiosa, concierne. En la medida en que es esto así podemos hablar de que, en el siglo XVII, no se recluye tanto a los locos sino, más bien, se los “crea” por doquier. La experiencia de la locura emana de una experiencia

35 MOREY, M., *op. cit.*, pág. 55.

36 Por aquellos momentos París tenía una población aproximada de 425.000 habitantes de los cuales unos 40.000 eran mendigos.

37 FOUCAULT, M., *Historia de la locura en la época clásica*, vol. I, pág. 79.

38 *Ibid.*, pág. 101.

39 *Ibid.*, pág. 108.

40 *Ibid.*, pág. 118.

social de la locura que la aliena. Es esto así hasta el punto de que la “mirada médica” no es ni mucho menos algo prístino en su pureza: “La percepción médica está subordinada a esta intuición ética. Y a menudo, queda borrada por ella...”<sup>41</sup>

En sus inicios, la medicalización del loco encuentra un fuerte soporte en la violencia con el objetivo de hacerle retornar a la normalidad. Y así:

Hay todo un lado, casi pedagógico, que hace de la casa de internamiento una especie de manicomio para la verdad: aplicar una coacción moral tan rigurosa como sea necesaria para que la luz resulte inevitable [...] durante largo tiempo existirá la convicción de que si se vuelve sobrio, moderado y casto aquel que afirma que no hay Dios, perderá todo el interés que pueda tener en hablar de ese modo, y se verá reducido así a reconocer que hay un Dios. Es éste uno de los principales significados del internamiento.<sup>42</sup>

El hombre abandonado a sí mismo, el loco, debe reconocer la verdad. La necesidad de normalización se canaliza mediante un proceso de medicalización. Pero dista esta medicalización, en estos momentos en que nos movemos, de constituirse como una respuesta a una especie de desgracia involuntaria de enfermos:

Si hay un médico en el Hospital General, no es porque se tenga conciencia de encerrar allí a enfermos; es que se teme a la enfermedad de los que ya están internados. Se tiene miedo a la célebre “fiebre de las prisiones” [...] Los cuidados médicos se incorporan a la práctica del internado para prevenir ciertos efectos; no constituyen ni su sentido ni su proyecto.<sup>43</sup>

Además de la función a la que acabamos de aludir, el médico también tendrá cierta responsabilidad, todavía mínima, en el diagnóstico de la locura. Si bien son los distintos miembros de la sociedad, especialmente las familias, quienes denuncian la locura, el médico tendrá la última palabra; él da la certidumbre que permite sacar al sujeto de la normalidad para enmarcarlo en la locura: “Al médico le corresponde descubrir las marcas indudables de la verdad”.<sup>44</sup> Ahora bien qué locos se deben internar es potestad del ámbito jurídico, policial y eclesial.

En lo que concierne a la experiencia de la locura Foucault discierne las dos formas de alienación consideradas predominantes: el loco como desposeído, tal y como hemos mencionado en el apartado dedicado a *Enfermedad mental y personalidad*, de la libertad humana y de la responsabilidad; o bien como moralmente libre, y precisamente por ello culpable.<sup>45</sup> Estas son “las dos grandes experiencias de la locura que se yuxtaponen en el curso de la época clásica”.<sup>46</sup> Si en el primero de los casos se trata de una inhabilitación para la vida en general, por lo que asume la tutela del loco la familia correspondiente, en el segundo ya estamos en el plano estrictamente ético. La locura se hace perceptible bajo la forma de la inmoralidad, llegándose a hablar incluso de la “locura fingida intencionalmente”<sup>47</sup>: se encuentra aquí una suerte de voluntad perversa e interesada. En virtud de estas implicaciones morales, este supone un deshonor para las familias, las cuales suelen ser la primera parte denunciadora de la locura: “fuera de los peligros del ejemplo, el honor de las familias y el de la religión es suficiente para que se recomiende internar a un sujeto”.<sup>48</sup> Vemos, con todo, cómo la culpabilidad en

41 *Ibid.*, pág. 137.

42 *Ibid.*, pág. 157.

43 *Ibid.*, pág. 180.

44 *Ibid.*, pág. 198.

45 *Ibid.*, pág. 210.

46 *Ibid.*, pág. 211.

47 *Ibid.*, pág. 216.

48 *Ibid.*, pág. 227.

torno a esta figura, con ciertas excepciones, se mantiene en el Clasicismo hasta el XIX, cuando la imagen resultante será la del enfermo. Y he aquí la gran paradoja del loco en los siglos XVII y XVIII:

Es ésta, sin duda, la paradoja mayor de la experiencia clásica de la locura; es retomada y envuelta en la experiencia moral de una sinrazón que el siglo XVII ha proscrito en el internamiento; pero también está ligada a la experiencia de una sinrazón animal que forma el límite absoluto de la razón encarnada, y el escándalo de la condición humana. Colocada bajo el signo de todas las sinrazones menores, la locura se encuentra anexada a una experiencia ética, y a una valoración moral de la razón; pero ligada al mundo animal, y a su sinrazón mayor, toca su monstruosa inocencia. Experiencia contradictoria si se quiere...<sup>49</sup>

## 2.4 La experiencia de la locura en la Modernidad

Con el paso del siglo de las Luces el internamiento se mantendrá con ciertos altibajos. La locura se comienza a percibir, a categorizar, como enfermedad patológica, completamente involuntaria, y que determina por completo al insano:

Actualmente hemos adquirido el hábito de ver en la locura una caída hacia un determinismo donde desaparecen progresivamente todas las formas de libertad; no nos muestra sino las regularidades naturales de un determinismo, con el encadenamiento de sus causas y el movimiento discursivo de sus formas; pues la amenaza de la locura para el hombre moderno consiste en el retorno al mundo sombrío de las bestias y de las cosas, con su libertad impedida.<sup>50</sup>

La mentalidad positivista mantiene el encierro, pero el móvil ya no es afín al del Clasicismo. Nace la ciencia psiquiátrica para tratar el caso particular, ya singularizado, del enfermo mental; una ciencia heredera, si no de los métodos, sí de la cultura clásica de la locura: “los siglos XIX y XX han dejado caer todo el peso de su interrogación sobre la conciencia analítica de la locura”<sup>51</sup>. Abandonada explícitamente la comprensión clásica de la locura, la moderna se enfrenta a nuevas dificultades. Una paradigmática cuestión a resolver será la de cómo podemos percibir al loco como diferenciado del cuerdo: “¿Cómo se hace este reconocimiento tan indudable del loco?”<sup>52</sup> Esta cuestión tan aparentemente inocente cobija en su interior la creación y configuración misma del concepto de locura en su historia. El *quid* reside en que el loco, por ser loco, no tiene verosimilitud en sus palabras,<sup>53</sup> por lo que la determinación la tendrá siempre un tercero. En la Modernidad este es el médico en la medida en que es quien tiene acceso a la nosología, es quien sabe qué enfermedades mentales hay y cómo se presentan. La percepción médica se erige en criterio basándose en el ansia taxonómica de las enfermedades proveniente del siglo XVIII. Recuérdese, a modo anecdótico, la llevada a cabo por Linneo en 1763:

49 *Ibid.*, pág. 252.

50 *Ibid.*, págs. 248-9.

51 *Ibid.*, pág. 267.

52 *Ibid.*, pág. 282.

53 Estamos refiriendo evidentemente a la que Foucault denomina paradoja de Epiménides aplicada al loco: aquel que se reconoce como loco no tiene legitimidad en su juicio si en verdad está loco. Así, si estoy loco, no puedo decir que en verdad estoy loco; o en cualquier caso no debo ser tomado en consideración por ello (*Ibid.*, pág. 328).

Clase V: Enfermedades mentales.

- I. *Ideales*: delirio, transporte, demencia, manía, demonomanía, melancolía.
- II. *Imaginativas*: desasosiego, visión, vértigo, terror pánico, hipocondría, sonambulismo.
- III. *Patéticas*: gusto depravado, bulimia, polidipsia, satiriasis, erotomanía, nostalgia, tarentismo, rabia, hidrofobia, cacosisia, antipatía, ansiedad.<sup>54</sup>

Otra cuestión también acuciará a los médicos e investigadores del siglo XIX, esto es, hasta qué punto la enfermedad mental afecta a lo orgánico. Es decir, se procura determinar si la enfermedad mental es un problema cerebral (material u orgánico) o espiritual. Varias son las opiniones que se propusieron a este respecto. Nos dice Foucault: “Doctos y doctores tratan de mantener la pureza del alma y, dirigiéndose al loco, quisieran convencerlo de que su locura se limita a los solos fenómenos del cuerpo”.<sup>55</sup> Esto se reduce, con todo, a la relación del médico con el enfermo; pero los argumentos para considerar a la enfermedad mental como un producto orgánico, vista especialmente la influencia que ejerce la psiquiatría desde sus orígenes, son poderosos. Un ejemplo lo constituye aquél sostenido sobre el hecho de que, en el cerebro del enfermo, dependiendo de la clase de enfermedad mental en la que nos movamos, existen variaciones de peso. Señala de modo representativo el filósofo francés con respecto a una serie de experimentos llevados a cabo:

Primera conclusión: el peso del cerebro no es constante, varía con los diferentes estados patológicos. En segundo lugar: puesto que el cerebro es más ligero en las enfermedades de agotamiento como la tisis, el cerebelo en las enfermedades donde los humores y los fluidos corren por el cuerpo, la densidad de esos órganos debe ser atribuida a “la inundación de los pequeños canales que se encuentran allí”.<sup>56</sup>

Allende este segundo problema nos topamos con más. Caso de la determinación del porqué de la locura, en vista de que, por ejemplo, ésta ya no es una suerte de facultad semidivina otorgada a unos pocos. Es decir, hay que saber cuáles son las causas de la locura. Ya en el siglo XVIII algún que otro estudioso, no obstante, había reconocido toda una serie de causas lejanas de la locura, como por ejemplo la “disposición hereditaria; embriaguez; exceso de estudio; fiebres; sucesión de partos; obstrucción de las vísceras; contusiones y fracturas; enfermedades venéreas; viruelas; úlceras secadas demasiado pronto; reveses, inquietudes, penas; amor; celos...”<sup>57</sup> A poco que observemos estas causas nos percataremos de que los diagnósticos llevados a cabo en el siglo XIX no se encuentran singularmente lejos. En el 1804, a petición del Ministro de Interior de Francia se llevará a cabo un estudio de un centro de internamiento para determinar las causas por las que a los internos había llegado la enfermedad. De 476 casos se determinan las siguientes causas:

151 han caído enfermos a causa de afecciones vivas del alma, como los celos, el amor contrariado, la alegría llevada al exceso, la ambición, el terror, las penas violentas; 52 por disposición hereditaria; 28 por onanismo; 3 por virus sifilítico; 12 por abuso de los placeres de Venus; 31 por abuso de bebidas alcohólicas; 12 por abuso de las facultades intelectuales; dos por la presencia de gusanos en el intestino; uno por repercusión de la sarna; cinco por repercusión del herpes; 29 por metástasis lechosa; dos por insolación.<sup>58</sup>

54 *Ibid.*, pág. 303.

55 *Ibid.*, pág. 327.

56 *Ibid.*, pág. 340.

57 *Ibid.*, pág. 347.

58 *Ibid.*, págs. 347-8.

La lista en el siglo XIX no dejará de aumentar. Siguiendo a Sauvage, Foucault asegura que en la raigambre misma de gran parte de estas causas se encuentra la pasión. Que, recordemos, es enmarcada durante el Clasicismo en el plano de lo irracional frente a lo racional. Finalmente, una última cuestión que gravita en torno a esta nueva concepción moderna de la locura es la del remedio. La hospitalización, en conjunción con la medicalización de la locura, comienza a asumir el trabajo de curar al enfermo; no sacarlo de la vista, no castigarlo, no utilizarlo como mano de obra barata. Ahora la reclusión del enfermo mental se realiza por su propio bien para sanarlo. Si bien este es un tema particularmente farragoso donde la discusión parece interminable, sí aclara inicialmente Foucault que “el mito de la panacea aún no ha desaparecido por completo”.<sup>59</sup> Sin duda alguna, el opio copará un lugar privilegiado en esta medicalización de la enfermedad. Pero serán algunos procesos constituidos progresivamente por “aquellos que saben”, los médicos, los que se comenzarán a aplicar masivamente. Entre estos están: la consolidación (que pretende dar fuerza al espíritu frente a la enfermedad, esto mediante diversas prácticas), la purificación (que buscan eliminar los elementos corruptores del cuerpo), la inmersión (que busca restablecer los equilibrios perdidos a través, por ejemplo, de baños) o la regulación del movimiento (donde se trata de restituir “un movimiento ordenado hacia la movilidad moderada del mundo exterior”<sup>60</sup>). Cabe añadir que los problemas que surgen en torno a esta nueva configuración de la enfermedad mental se dilucidarán en la distinción de saberes y competencias:

Quando esté disociada, en años posteriores, esta gran experiencia de la sinrazón, cuya unidad es característica de la época clásica, cuando la locura, confinada por completo en una institución moral, no sea más que enfermedad, entonces la distinción que acabamos de establecer tomará otro sentido; lo que era enfermedad dependerá de lo orgánico; y lo que pertenecía a la sinrazón, a la trascendencia de su discurso, será colocado dentro de la psicología. Así es precisamente como nace la psicología, no como verdad sobre la locura, sino como señal de que la locura está ahora desunida de su verdad que era la sinrazón, y que ya no es sino un fenómeno a la deriva, *insignificante*, que flota en la superficie indefinida de la naturaleza. Enigma sin otra verdad que la que puede reducirlo.<sup>61</sup>

Frente a lo que pudiéramos pensar, reiterará persistentemente Foucault, en el siglo XIX la locura sigue siendo comprendida de modo altamente parecido al del Clasicismo; a aquel modo de comprensión que se convirtió en la condición de posibilidad del internamiento con el “Gran Encierro”. Refiriéndose al XIX dice: “la locura ya no será comprendida como la contrapartida de la historia sino como el anverso de la sociedad”.<sup>62</sup> El cambio en la experiencia de la locura se debe precisamente a varias modificaciones a nivel institucional producidas en los límites del XVIII con el XIX. Por ejemplo, en la misma Francia la Declaración de los Derechos del Hombre contribuyó sobremedida a la configuración de la nueva visión del loco como enfermo involuntario. Poco a poco “se exige poner aparte a los criminales”, pues hay que distinguirlos del loco. Si el encierro continúa ya no será por una cuestión de castigo o de cualquier tipo de aprovechamiento, se trata de seguridad para la ciudadanía sana. En cualquier caso, “el internamiento ha dejado de ser, de manera rigurosamente negativa, la abolición total y absoluta

59 *Ibid.*, pág. 462.

60 *Ibid.*, pág. 495.

61 *Ibid.*, pág. 528.

62 FOUCAULT, M., *Historia de la locura en la época clásica*, vol. II, pág. 62.

de la libertad”.<sup>63</sup> Adquiere este, el internamiento, un valor terapéutico al tratarse el que está ingresado de un enfermo, sigue siendo el lugar propio del loco, pero para curarlo:

Se ha dado el paso inicial: el internamiento ha tomado sus cartas de nobleza médica; se ha convertido en lugar de curación; ya no es aquello en que la locura velaba y se conservaba oscuramente hasta la muerte, sino aquello en que, por una especie de mecanismo autóctono, se supone que ella se suprimirá por sí misma.<sup>64</sup>

Esta será la visión de la reclusión del loco que hoy todavía tenemos, con ciertos matices. No obstante, el debate en torno a él no estuvo nunca finiquitado. Nos referimos concretamente a aquello que Foucault denomina la “ruina del internamiento”. Un ejemplo paradigmático de esta discusión se mantuvo tras la Revolución francesa, cuando el debate se vivió explícitamente en terreno político. La fuerte conciencia de que entre los internados había “inocentes” comenzó a suscitar la controversia entre aquellos que consideraron la necesidad de liberar a los encerrados y aquellos que mantenían la necesidad de perpetuar la reclusión. En este contexto sucederá lo siguiente:

Por primera vez en la historia del hospital general, se nombra para las enfermerías de Bicêtre a un hombre que ya ha adquirido cierta reputación en el conocimiento de las enfermedades del espíritu; la designación de Pinel prueba por sí sola que la presencia de los locos en Bicêtre *ya* se había convertido en un problema médico.<sup>65</sup>

Pinel fue el hombre responsable de la llamada “Liberación de los Encadenados de Bicêtre” en el año 1794. Considerado como símbolo de la “buena libertad” este gesto, junto con todo un conjunto de reformas, cuajará finalmente en lo que se considera el “asilo de Pinel”. Lugar donde se eliminan las constricciones físicas pero basado, eso sí, en tres principios básicos: el silencio, el reconocimiento en el espejo (la locura “se verá a sí misma, será vista por ella misma, siendo a la vez puro objeto de un espectáculo y sujeto absoluto”<sup>66</sup>) y el juicio perpetuo (la locura se ha de juzgar a sí misma). En todo caso, no hay que perder de vista que este espacio reformado del sanatorio seguirá siendo “el reino homogéneo de la moral”<sup>67</sup> donde se constituye una autoridad que no necesita de armas, sino de la razón, una autoridad vigilante y enjuiciadora que sirve al loco para reconocerse como tal. No hay violencia física, sin lugar a dudas, pero no está clara la ausencia de violencia. Esta nueva reclusión, claro precedente inmediato del manicomio contemporáneo, puede llegar a ser incluso mucho más cruel que los internados pre-revolucionarios al hacer del loco un prisionero de sí mismo. Se trata de que el loco abandone la locura haciéndole saber que está loco, haciéndole interiorizar “la instancia judicial” y provocando en él el “surgimiento del remordimiento”.<sup>68</sup> Hay que relacionar al hombre con su verdad; de este manantial bebe la psiquiatría desde sus albores: “Lo que se llama la práctica psiquiátrica es una cierta táctica moral, contemporánea de los últimos años del s. XVIII, conservada dentro de los ritos de la vida del asilo, y recubierta por los mitos del positivismo”.<sup>69</sup> Así,

63 *Ibid.*, pág. 147.

64 *Ibid.*, pág. 150.

65 *Ibid.*, pág. 198.

66 *Ibid.*, pág. 243.

67 *Ibid.*, pág. 238.

68 *Ibid.*, pág. 249.

69 *Ibid.*, pág. 260.



la estructura antropológica tripartita el hombre/su locura/su verdad sustituirá, todavía en la actualidad, a los binomios clásicos de razón/sinrazón, verdad/error, sano/insano... El loco, por ende, ya no es aquel insensato asimilado a la miseria cuyo espacio es la sinrazón. Ahora el loco es el alienado cuya exclusión persiste por mor de la enfermedad.

Nos encontramos, así pues, en pleno apogeo de un movimiento de psicologización del hombre mentalmente enfermo que sirve en buena medida para consolidar en muy alta medida el ser del hombre contemporáneo. La verdad del hombre, se comienza a intuir, está en su ausencia bajo la forma de aquel concepto tan recurrente desde el Clasicismo como la locura. El concepto, en profunda imbricación con la cuestión del saber/poder del hombre, es únicamente utilizado como excusa, a modo de espejo en que poder observar al hombre moderno, y entenderlo rebuscando en sus propias constituciones. Y así: “Es pensable que, un día no muy lejano, se designe a Europa como aquella cultura cuyos integrantes se autentificaron como tales midiéndose en la distancia que les separaba de la locura”.<sup>70</sup>

### 3 *El nacimiento de la clínica:* el himeneo entre lenguaje y observación

#### 3.1 Una introducción

El subtítulo de la obra a la que ahora nos atenemos, cronológica y temáticamente posterior a la *Historia de la locura*, “una arqueología de la mirada médica”, da buena cuenta de sus tesis fundamentales al respecto de la locura. Considerada la segunda obra de la trilogía del método arqueológico que se cerrará con *Las palabras y las cosas*, al igual que en la anterior obra, esta se encargará de llevar a cabo una búsqueda por los orígenes del nacimiento de la clínica, cómodamente instaurada en nuestra cosmovisión a día de hoy. Una búsqueda basada en una descripción histórica donde los avatares en el nacimiento de la clínica, y sobre todo de la mirada clínica, copan todo el protagonismo. En la línea de la *Historia de la locura*, la búsqueda de las condiciones de posibilidad, a nivel discursivo e institucional ya no será a través tanto de la dicotomía razón/sinrazón, sino entre lo normal y lo patológico. La pregunta a responder no sería otra, pues, que: “¿Cómo se constituye este saber médico capaz de apropiarse y declararse órgano de gestión supremo incluso de la distinción razón-sinrazón, y, a través de ella, de la «normalidad» de las poblaciones; del ser social del Hombre?”<sup>71</sup>

El objeto, en definitiva, de este trabajo será explícitamente, tras los dos anteriores, el discurso a partir del cual se compone la realidad. Y es que “estamos consagrados históricamente a la historia, a la construcción paciente de discursos sobre discursos, a la tarea de oír lo que ya ha sido dicho”.<sup>72</sup> Se trata aquí de llevar a cabo un estudio estructural sobre las condiciones de la historia misma, de narrar lo todavía no-pensado teniendo en cuenta la importancia del objeto en cuestión en la configuración del sujeto: “La clínica [...] debe su importancia real al hecho de que es una reorganización en profundidad no sólo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad”.<sup>73</sup> En la Modernidad

70 MOREY, M., *op. cit.*, pág. 75.

71 *Ibid.*, págs. 78-9.

72 FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica*, Siglo veintiuno ed., México, 1979, pág. 10.

73 *Ibid.*, pág. 14.

muchas cosas han cambiado; entre ellas el mismo trato que se da al ser humano mismo. Se ha producido una mutación del discurso en relación al saber del hombre, del hombre sobre el hombre, del que habla y de lo que se habla. En la línea de la empresa ya en tránsito se procura bajar al nivel de la verbalización misma de lo patológico. De tirar sutilmente del hilo hasta encontrar aquellas líneas de fuerza, tanto al nivel discursivo como institucional, que posibilitan nuestro estado de cosas. La raíz de la mirada médica se encuentra en torno a finales del siglo XVIII, momento en que surge la medicina moderna, en que comienza a reflexionar sobre sí misma, sobre sus métodos, sobre el hombre mismo, fijando su *modus operandi* en la experiencia clínica. La percepción se convierte, con el fortalecimiento de esta experiencia médica, en fundadora del individuo. El paciente es ahora el “experimento de laboratorio” sobre el que se aplica el discurso racional, que se ha abierto como podemos ver, en este nacimiento de la clínica, al hombre mismo; ya es este objeto explícito de un discurso que, como un bucle, bebe de la mirada médica:

Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza, que hace *ver* y *decir*, y a veces en un discurso tan realmente “ingenuo” que parece situarse en un nivel más arcaico de racionalidad, como si se tratara de un regreso a una mirada al fin matinal.<sup>74</sup>

El nacimiento de la clínica moderna data, entonces, en torno a la Revolución francesa, por mor de toda una serie de variaciones del discurso, de las instituciones y, también, de la tecnología que determinan un nuevo campo acerca de lo visible y de lo decible. Tras esto, dirá Foucault, queda determinado el *a priori* histórico de la mirada médica que todavía nos constituye hoy. Debido a esto, el análisis del francés se vuelve a iniciar en el Clasicismo para intentar dar cuenta de las mentadas variaciones con respecto a los inicios de la Modernidad.

### 3.2 La práctica médica y los hospitales

Puede que en la actualidad no nos resulte muy singular la visión del cuerpo como foco, campo operativo si se quiere, de la enfermedad. No obstante, esto no era tanto así con anterioridad al surgimiento de la medicina moderna. Así, tras ella, el cuerpo humano es el espacio donde la enfermedad tendrá su “origen” y se “repartirá”. Pero, antes de ser siempre relativa al cuerpo, la enfermedad se había configurado a través de una organización jerárquica: “Pero más profundamente que esta “metáfora” espacial, y para hacerla posible, la medicina clasificatoria supone una cierta “configuración” de la enfermedad: jamás ha sido formulada por sí misma, pero se pueden definir después sus requisitos esenciales”.<sup>75</sup> Los principios sobre los que se han regido estas configuraciones son fundamentalmente: la identificación con una experiencia histórica, el papel de las analogías como elementos definitorios de las esencias, esta analogía como ley de producción y la interpretación de estas especies de enfermedades como naturales y esenciales/ideales (lo cual nos recuerda en suma medida a los postulados de la metapatología de la que hablamos con *Enfermedad mental y personalidad*). En el desarrollo de la ciencia moderna el papel del investigador/médico se divide en dos tareas: primeramente se trata de identificar o encuadrar la enfermedad, detectarla, y, ulteriormente, se dirige la mirada al cuerpo:

74 *Ibid.*, pág. 5.

75 *Ibid.*, pág. 18.

La enfermedad, que puede señalarse en el cuadro, se hace aparente en el cuerpo. Allí encuentra un espacio cuya configuración es del todo diferente: es este, concreto, de la percepción. Sus leyes definen las formas visibles que toma el mal en un organismo enfermo: la manera en la cual reparte, se manifiesta, progresa alterando los sólidos, los movimientos, o las funciones, provoca lesiones visibles en la autopsia, suelta, en un punto u otro, el juego de los síntomas, provoca reacciones y con ello se orienta hacia un resultado fatal, o favorable.<sup>76</sup>

En la determinación de la enfermedad el tiempo ocupará un papel de notable relevancia. Lo cual está directamente relacionado con la introducción de la matemática, en tanto forma segura del conocimiento, en la percepción médica. Estamos inmersos, en el camino cara la medicina moderna, en pleno Clasicismo, en la llamada medicina de las especies. A partir de aquí, una vez identificada cuál es la enfermedad –una identificación que sólo puede alcanzar plena certidumbre a través de la boca de un médico–, esta se localiza en el cuerpo del enfermo. Hablamos de unos momentos donde el hospital todavía no ha llegado a acceder plenamente al estatuto de *topos* oficial del paciente, constreñido todavía al espacio familiar. Y así:

La medicina de la percepción individual, de la asistencia familiar, de la atención a domicilio no puede encontrar apoyo sino en una estructura controlada colectivamente, en la cual está integrado el espacio social en su totalidad. Se entra en una forma nueva, y casi desconocida en el siglo XVIII, de espacialización institucional de la enfermedad. La medicina de las especies se perderá en ella.<sup>77</sup>

Resulta interesante este conflicto, narrado por Foucault, acerca de cuál es el lugar idóneo para el trato al enfermo. Por una parte están aquellos que aseveran que “el lugar natural de la enfermedad es el lugar natural de la vida, de la familia: dulzura de los cuidados espontáneos, testimonio de afecto, deseo común de curación, todo entra en complicidad para ayudar a la naturaleza que lucha contra el mal”.<sup>78</sup> Las críticas a la expansión de los hospitales también llegarán de la mano de argumentos con una carga socio-económica. El enfermo, por estar enfermo, no es capaz de desenvolverse en ningún puesto de trabajo pero, si lo que se decide hacer con él es ingresarlo en el hospital, se convertirá en una “carga doble” para la sociedad. No trabajará ni aportará nada y, aun por encima, costará dinero. Además, el hospital se puede convertir en lugar de contagios:

El hospital, creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es una segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito. A la inversa, si ésta se deja en el campo libre de su nacimiento y de su desarrollo, jamás será más que ella misma: se extinguirá como apareció; y la asistencia que se le prestará a domicilio compensará la pobreza que provoca.<sup>79</sup>

Por desgracia para estos defensores acérrimos del trato familiar de la enfermedad, bajo la medicina de las especies, un duro golpe hará tambalear sus pretensiones. Llegarán a finales del siglo XVIII, tras la Revolución francesa, un ciclo de epidemias de “fiebres biliosas” que afectarán a una no escasa cantidad de niños

76 *Ibid.*, pág. 26.

77 *Ibid.*, págs. 40-1.

78 *Ibid.*, pág. 37.

79 *Ibid.*, pág. 39.

del territorio francés. Esto apremiará el surgimiento poco a poco de una nueva concepción de la medicina (la “medicina de las epidemias”) que traerá consigo la imperiosa necesidad de establecer un nuevo estatuto político a la medicina, al modo en que sucede con el trato a los locos:

Y, no obstante, a fin de cuentas, cuando se trata de estas figuras terciarias que deben distribuir la enfermedad, la experiencia médica y el control del médico sobre las estructuras sociales, la patología de las epidemias y la de las especies, se encuentran ante las mismas exigencias: la definición de un estatuto político de la medicina, y la constitución, a escala de un estado, de una conciencia médica, encargada de una tarea constante de información, de control y de sujeción; cosas todas que “comprenden otros tantos objetos relativos a la policía, como los hay, que son propiamente de la incumbencia de la medicina”.<sup>80</sup>

Se incorpora a la medicina la vigilancia, el control y el registro. El impacto de este último será especialmente paradigmático: se ha de registrar todo acontecimiento con cierta relación médica hasta el punto de que se consiga una cantidad de información abismal. El espacio médico comienza a atravesar completamente el espacio social. “Se desea un control estadístico de la salud, gracias al registro de los nacimientos y de los decesos”.<sup>81</sup> Este registro termina en la activación de una conciencia social de la enfermedad que lleva a todos los individuos a formar parte de este control de vigilancia y alerta del enfermo. En la medida en que lo médico se sale del ámbito privado, de la familia, este choca con lo político. El político ha de adaptar sus políticas a la prescripción médica: “La primera tarea del médico es, por consiguiente, política: la lucha contra la enfermedad debe comenzar por una guerra contra los malos gobiernos: el hombre no estará total y definitivamente curado más que si primeramente es liberado”.<sup>82</sup> Finalmente, como ya podemos presumir visto el resultado, habrá consenso, una convergencia “espontánea” y “profundamente arraigada”, entre la “ideología política” y la “tecnología médica”. Pero esto no fue fácil, durante el camino, en plena época post-revolucionaria, persistirá en grandes dimensiones el conflicto acerca de la expansión o cambios que debía llevar a cabo la medicina. De una parte aquellos que consideran que el Estado debe costear el ingreso en el hospital de todos aquellos que lo necesiten y, de la otra, aquellos que no lo ven así.

Si bien en los años posteriores de la Revolución como estamos viendo no era tanto así, posteriormente terminará imponiéndose la visión conforme a la cual el hospital es algo necesario. Máxime teniendo en cuenta que supone ser una “protección de la gente sana contra la enfermedad”.<sup>83</sup> Aceptada definitivamente la necesidad de los hospitales para el trato al enfermo un nuevo problema surgirá en torno a esta configuración de la visión médica moderna. A saber, la referida a la formación que han de tener los médicos para desempeñar su profesión. Este debate, al fin y al cabo, no es otro que el precedente revestido de un nuevo objeto y, así, el hospital se volverá a consagrar progresivamente como el lugar idóneo para la formación médica:

El campo de la práctica médica está dividido entre un dominio libre, e indefinidamente abierto, el del ejercicio a domicilio, y un lugar cerrado, cerrado sobre las verdades de especies que descubre; el campo del aprendizaje se divide entre un dominio

80 *Ibid.*, págs. 48-9.

81 *Ibid.*, pág. 55.

82 *Ibid.*, pág. 59.

83 *Ibid.*, pág. 68.

cerrado de las verdades esenciales, y éste, libre en el cual la verdad habla por sí misma. Y el hospital desempeña alternativamente este doble papel: lugar de las verdades sistemáticas para la mirada que posa el médico, es el de los experimentos libres para el saber que formula el maestro.<sup>84</sup>

### 3.3 El asentamiento de la mirada clínica en la medicina

Hasta este punto nos hemos referido, siguiendo a Foucault, en términos generales al plano de la medicina sin centrar el foco en el punto al que propiamente dedica su trabajo: el nacimiento de la clínica. Lo primero que a este respecto quizás haya que mencionar es que la clínica dista mucho de ser una consecuencia de la reestructuración hospitalaria o del nacimiento de la medicina moderna. Mucho antes de finales del XVIII, dice el autor, ya existía: “Existía ya en las formas primeras de la medicina”.<sup>85</sup> Concretamente, en Europa se comenzó ciertamente a extender y organizar en los hospitales militares, a lo que le seguiría su inserción en los hospitales locales. Por tanto, aun a pesar de que su existencia viene de muy atrás, en el XVIII la clínica no tiene todavía gran valor en lo que concierne al conocimiento científico de la enfermedad, sí se va incorporando en la forma del aprendizaje en los hospitales con la enseñanza basada en la percepción. Posteriormente, en la Modernidad, se coaligará con el saber médico como un todo, como formando parte de la experiencia médica. La clínica se encargará de descubrir, en pocas palabras, “el arte de demostrar mostrando”.<sup>86</sup>

En el transcurso de esta incorporación de la clínica en los hospitales no fueron escasos los debates en torno a su pertinencia en los mismos. Con el paso del tiempo se irá incorporando en los hospitales a través del ámbito educativo: “La clínica figura por lo tanto como una estructura esencial para la coherencia científica, pero también para la utilidad social y para la pureza política de la nueva organización médica”.<sup>87</sup> La clínica se inserta en la misma raigambre de una formación médica que ellos mismos, los médicos, controlan y dirigen (“se *reservará* a los médicos la iniciación a la clínica”<sup>88</sup>). Dirá Foucault, en un momento que bien vale la pena citar a pesar de su extensión, cual es la función de la clínica:

He aquí, fuera de toda medida, la extensión del dominio clínico. “Desentrañar el principio y la causa de una enfermedad a través de la confusión y de la oscuridad de los síntomas; conocer su naturaleza, sus formas, sus complicaciones; distinguir al primer vistazo todos sus caracteres y todas estas diferencias; separar de ella por medio de un análisis rápido todo lo que le es extraño [...] Determinar con precisión cuándo es preciso actuar y cuándo conviene esperar; decidirse con seguridad entre varios métodos de tratamiento, los cuales ofrecen todos ventajas, e inconvenientes [...] calcular todos los azares; adueñarse de los enfermos y de sus afecciones; aliviar sus penas [...] soportar sus caprichos; manejar su carácter y regir su voluntad, no como un tirano cruel que reina sobre esclavos, sino como un padre tierno que vela por el destino de sus hijos.”<sup>89</sup>

Estamos, en definitiva, ante una nueva comprensión del quehacer médico basada en una mirada perceptiva del paciente, la mirada clínica. Estamos ante la

84 *Ibid.*, pág. 78.

85 *Ibid.*, pág. 87.

86 *Ibid.*, pág. 94.

87 *Ibid.*, pág. 107.

88 *Ibid.*, pág. 123.

89 *Ibid.*, pág. 129.

que bien podríamos entender como “ciencia ocular” o del campo perceptivo. Asumiendo la transparencia entre significantes y significados se establece la relación signo/síntoma a través de un código perceptivo que se introduce en el médico durante su periodo de formación. Se entiende, pues, que “el acto descriptivo, es, por derecho propio, una percepción del ser”.<sup>90</sup> No existe la enfermedad si no es dentro del campo de lo visible o, más en general, de lo perceptible; por consiguiente, de lo que es enunciable. La mirada clínica, abisalmente soterrada en la empresa médica actual, se sostiene sobre una comprensión de los signos que le permite llevar a cabo una traducción útil. Así, la mirada clínica se cimenta sobre lo que Foucault denomina “mitos epistemológicos”, a saber: la consideración de la enfermedad como estructura alfabética y, por ende, traducible por el médico; la consideración de una necesaria “reducción nominalista” y “reducción de tipo clínico” y la posibilidad, mediante una “rica sensibilidad”, de que la experiencia clínica sea satisfactoriamente llevada a cabo por el médico competente.

Ahora bien, más allá del plano estrictamente teórico, el punto que marcará un antes y un después en la experiencia clínica llegará con la determinación definitiva del cuerpo como lienzo; es decir, con el nacimiento de la anatomía patológica. Precedentemente el médico debía ejercer su trabajo bajo el paraguas de los prejuicios morales y religiosos que no hacían otra cosa que contaminar una investigación para nada desinteresada: “La anatomía patológica vivió una vida de penumbra, en los límites de lo prohibido, y gracias a ese valor de los saberes clandestinos que soportaron la maldición; no se diseccionaba sino al amparo de dudosos crepúsculos, en el gran miedo de los muertos”.<sup>91</sup> Con la llegada del siglo de las Luces estos prejuicios poco a poco se diluirán, o, cuanto menos, se aminorarán. El cadáver se convierte en el espacio más claro donde se desvela la verdad. Este, el cadáver, se incorpora al campo médico erigiéndose como el punto clave, la “tábula rasa” de referencia de un saber que ya se posiciona como fundamento al fin objetivo, real e indubitable de la descripción de las enfermedades. La muerte es para el médico del XVIII el hecho simultáneamente más absoluto y relativo de los fenómenos patológicos; el punto de referencia que sirve de guía en la determinación de la figura del sano y del enfermo: “La vida, la enfermedad y la muerte constituyen ahora una trinidad técnica y conceptual”.<sup>92</sup> “Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer en seguida la oscuridad que la observación sola había podido disipar”.<sup>93</sup> A partir de este momento la subsunción de la enfermedad bajo la mirada médica-clínica es imparable. La enfermedad es aquello que está entre la vida y la muerte, y que el médico, sirviéndose de la mirada clínica, sabe detectar. La clínica se constituye, en conclusión, como el punto sobre el que pivotará el quehacer médico, sumamente determinante de la naturaleza de los hombres, a través de la mirada que habla, que se basa en “establecer estos signos, artificiales o naturales”, lo cual “es arrojar sobre el cuerpo vivo toda una red de señales anatomopatológicas: dibujar en puntillado la autopsia futura”.<sup>94</sup>

Huelga decir, para concluir, que en la mirada clínica descansa buena parte de la responsabilidad de la mirada que del ser humano en la Modernidad se tiene. Una importancia que, además, se magnifica si tenemos en cuenta el papel innovador que esta tendrá en la configuración del cuerpo humano como espacio de investigación positiva: “A partir de ello puede comprenderse la importancia

90 *Ibid.*, pág. 138.

91 *Ibid.*, pág. 178.

92 *Ibid.*, pág. 205.

93 *Ibid.*, pág. 209.

94 *Ibid.*, pág. 230.

de la medicina en la constitución de las ciencia del hombre: importancia que no es sólo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto de saber positivo”.<sup>95</sup>

# ALIA

Revista de Estudios Transversales

Barcelona, julio 2019

Asociación de Apertura Crítica

ISSN: 2014-203X