



Hospicio y Manicomio de Quito: sus múltiples usos como centro de acogida y espacio de terapéutica (1785-1918)

Hospice and Asylum of Quito: Its Multiple Uses as a Shelter and a Therapeutic Space (1785–1918)

*Quitomanta umata hampina ukukuna
imasha wasilaya kashkamanta (1785-1918)*

Claudio Yépez Guerra
actros_3353_530@yahoo.com
ORCID: 0009-0003-9507-8547
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO
(Quito-Ecuador)

Cita recomendada:

Yépez Guerra, C. (2024). Hospicio y Manicomio de Quito: sus múltiples usos como centro de acogida y espacio de terapéutica (1785-1918). *Revista Sarance*, (53), 103 - 121. DOI: 10.51306/ioasarance.053.08

Resumen

En el presente trabajo se aborda el tema de la historia de la psiquiatría en Quito. Se realiza una descripción y un análisis de los múltiples usos que tuvo el Hospicio y Manicomio de Quito, a partir de diferentes eventos sociales, económicos, políticos, culturales, religiosos y médicos. Se destaca la presencia e importancia de las Hermanas de la Caridad en la administración de la institución psiquiátrica quiteña y se vinculan dos paradigmas desarrollados a finales del siglo XIX e inicios del XX: Alienismo y kraepeliniano. Además, se mencionan las terapéuticas modernas que sustituyeron, desde 1944, a los paradigmas antes mencionados, y la desinstitucionalización de los pacientes como su efecto. También se resalta la relevancia de los procesos de observación registrados en las historias clínicas del manicomio. Por último, se hace el análisis de un estudio de caso con base en conceptos relacionados a la etnopsiquiatría. La principal conclusión es que el Hospicio y manicomio de Quito se



constituyó como un espacio ambiguo, en el que ninguna de sus aparentes funciones podía cumplirse eficazmente. Fue un espacio que albergó enfermedades, abandonos, delincuencia, problemas sociales y creencias religiosas.

Palabras clave: Hospicio y manicomio; intersección; paradigma; observación; psicofármacos.

Abstract

This paper explores the history of psychiatry in Quito through a description and analysis of the diverse functions served by the Hospice and Asylum of Quito, shaped by various social, economic, political, cultural, religious, and medical factors. The study highlights the role and significance of the Sisters of Charity in managing the psychiatric institution and examines two key paradigms that emerged between the late 19th and early 20th centuries: Alienism and Kraepelinianism. Particular attention is given to the observation practices documented in the asylum's clinical records. The paper also discusses the advent of modern therapeutics in 1944, which led to the replacement of these paradigms and the subsequent deinstitutionalization of patients. Finally, the analysis incorporates a case study informed by concepts from ethnopsychiatry. The main conclusion is that the Quito Hospice and Asylum functioned as a space of ambiguity, where none of its intended roles were fully realized. Instead, it became a convergence point for illness, abandonment, delinquency, social issues, and religious beliefs.

Keywords: Hospice and asylum; intersection; paradigm; observation; psychotropic drugs.

Abstract

Kay killkaypimi riman Quito llaktapi imasha umata hampina yachay mana kashpaka psiquiatriapa wiñaykawsaymanta riman. Kaypimi umata hampina ukukuna imapalla tiyashkata willan. Chaywanmi pakta killkan imalla runa kawsay yallishkakunata, kullki yachaykakpi, hampi yachaykakpi, politica kakpi, tukuypi yuyarishpa killkashka. Kay hampi ukukunataka iglesiamanta Hermanas de la Caridad nishpa shutirishka mamakunami ñawpaman apan kashka kay XIX patsak watakunmanta kallarik XX patsak watakunakaman. Alienismopash kraepeliniano yachaykunapash kay pachakunapika kumpashpa shina yuyaykunawan hampishkanka. Chay hipa mushuk hampikunatapash kimichishkanka 1944 watamantapacha, chayshuk hampina yachaykunataka anchuchishpa. Shinami umamanta unkushka runakunataka wasiman apanallami nishpa kallariashkanka. Shinallatak hampikkunaka ashtakata kay unkushka runakunata rikushpa, paykunamanta killpashpa tiyan kashkanka. Kay puchukaypika, shuk unkushka runamantalla rimashpa katin, paypa unkuymanta killkashka kan, chaytami etnopsiquiatría nishpa shutichishka. Kayta killkashpa taririshkami kan, imasha kay umata hampi wasikunaka, ni mayhan na rikuchishkachu alli alli hampishpa llamkashkataka. Ashtawankarin kay wasi ukukunapika ashtaka unkushkakunata, shitashkakunata, shuwakunata, imapash llakita charik runakunatallami tantachishpa charishka kashka.

Sapi shimikuna: umata hampita ukukuna; intersección; hatun yachaykuna; rikuy; mishu hampikuna.



Metodología

El presente trabajo fue realizado por medio de la investigación cualitativa, pues se enfoca en análisis críticos de los eventos históricos sucedidos entre 1785 y 1918, e interpretaciones de los mismos. Existen algunos datos relevantes de mediados del siglo XX y algunos archivos de carácter judicial publicados años después; se los ha revisado con el fin de complementar y explicar las razones por las que la intersección de múltiples vidas en el hospicio y manicomio se terminó.

La investigación bibliográfica impera en el trabajo investigativo. Se indagó en libros y artículos que brindaron información del contexto social, político, cultural, económico y científico —medicina—. En conjunto, formaron un diálogo que nos permite entender el pasado complejo y caótico de una institución con objetivos difusos, por tanto, difíciles de cumplir en su totalidad. La investigación de archivo constituye una compilación de historias clínicas y artículos judiciales de la segunda década del siglo XX. Además, se revisó todo el material con el fin de sistematizar y determinar los grupos de personas internadas. Esa información arrojó la inexistencia de indios y negros al interior del hospicio y manicomio. El documento que marca el fin del espacio temporal de la investigación es el estudio de caso de 1918, que ha sido analizado e interpretado desde el plano comportamental de un individuo hermafrodita. También se hizo uso de imágenes relativas al contenido: la primera muestra la parte exterior del hospicio y manicomio; la segunda una historia clínica; y la última, la página inicial del estudio de caso.

Introducción

El hospicio Jesús María y José fue fundado el 15 de marzo de 1785, por el Obispo Blas Sobrino y Minayo, con el apoyo del presidente de la Real Audiencia de Quito, Juan José de Villalengua (Zúñiga, 2018, p. 40). Su objetivo fue convertirse en una institución de acogida y ayuda a los necesitados. Sin embargo, en pocos años se volvió un espacio de intersección de vidas: abrió sus puertas a vagabundos, huérfanos, leprosos, alcohólicos y prostitutas al mismo tiempo (Landázuri, 2008, p. 33). En sus inicios no tenía características de una institución psiquiátrica, situación que cambió en 1891 cuando, en su interior, se construyeron dos salas para locos. Estas tomaron nombres de santos: San Lázaro (para hombres) y Santa Magdalena (para mujeres) (Hidalgo, 2013, p. 30; Landázuri, 2008, p. 28).

Además, el hospicio también se constituyó como un pequeño reclusorio para delincuentes que habían cometido leves delitos: escándalos callejeros, robos de poco valor, conflictos menores (Landázuri, 2008, p. 33). Esta conjunción entre infracción y locura hizo del hospicio un lugar inadecuado para el ejercicio de terapias

psiquiátricas, como sí ocurría en Europa, especialmente en Francia, el país pionero en el desarrollo de la Psiquiatría, donde trabajaban los médicos más representativos de la disciplina: Jean Colombier, François Doublet, Jean-Martin Charcot, Phillipe Pinel y Jean Étienne Dominique Esquirol (Huertas, 2001, p. 13). Incluso el manicomio Lorenzo Ponce de Guayaquil, fundado en 1909 (Zúñiga, 2018, p. 40; Bustán, 2013), fue un escenario enfocado únicamente a la práctica médica.

Tuvieron que pasar décadas para que, en 1953, se fundara el Hospital Psiquiátrico de Conocoto (Jaramillo, 2010, pp. 27-28) y se establecieran prácticas psiquiátricas específicas y apropiadas para enfermos mentales en Quito. En 1972, el antiguo Manicomio construido al interior del Hospicio cambió su sistema de reclusión a la nueva concepción de hospital psiquiátrico, y adoptó el nombre de la sala de hombres: San Lázaro (Jaramillo, 2010, pp. 27-28). Esta visión se impuso también gracias a la introducción de los psicofármacos (Zúñiga 2018, p. 43).

Las prácticas médicas al interior del manicomio estaban vinculadas con el paradigma de Emil Kraepelin¹. El modelo kraepeliniano influyó en el proceso de los diagnósticos de las enfermedades mentales (Yépez, 2022, p. 59), a partir de la observación y la información de los estudios de caso y de las historias clínicas. En cambio, el modelo alienista se hizo presente en Quito a través de la reclusión de las personas. En este sentido, el alienismo no cumplía un papel médico ni científico, sino de poder y de disciplina, al contrario del paradigma kraepeliniano, que constituía un modelo científico basado en el concepto de observación para el diagnóstico de las enfermedades mentales (Yépez, 2022, pp. 59-60).

Por otro lado, la vinculación del alienismo con el higienismo favoreció un rol de dominación, pues transformó al manicomio “en un gran laboratorio social en el que se producirían y ensayarían técnicas que se utilizarían para disciplinar a las clases populares. La psiquiatría no aparece entonces como una respuesta a la enfermedad mental” (Campos y Huertas, 2008, p. 476), sino más bien como un instrumento de carácter judicial y legal, en donde las leyes influían en la vida de los enfermos al ser encasillados como delincuentes o como locos; o, simplemente, al dejar de lado sus derechos ciudadanos y humanos.

La presente investigación intenta demostrar que el Hospicio y Manicomio de Quito era un espacio con múltiples usos además del terapéutico, a diferencia del Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil (Zúñiga, 2018, p. 40; Bustán, 2013; Junta de Beneficencia de Guayaquil) y de varias instituciones de países europeos (Huertas,

¹ Emil Kraepelin (1856-1926): Psiquiatra alemán que basaba su práctica médica en la observación del comportamiento humano. Fue uno de los pioneros en establecer las clasificaciones de las enfermedades mentales. Muchos de sus estudios aún influyen en los sistemas de clasificación de los manuales de clasificación de enfermedades mentales actuales.



2001, p. 13), espacios donde se ejercía exclusivamente la medicina. Además, es necesario llenar diversos vacíos historiográficos con enfoques en la psiquiatría, pues quienes han tratado el tema se han limitado a proporcionar descripciones breves sin profundizar en una temática específica (Barreto, s.f.; Cueva, 1970; Cruz, 2003; Hidalgo, 2013; Jaramillo, 2010; Ramírez, 2011; Pazmiño, 2022; Robalino, 1995; Zúñiga y Riera, 2018). No obstante, también existen investigaciones de calidad² que abarcan temáticas específicas con relación a la institución psiquiátrica, al poder de esta especialidad médica y a su relación con el Estado.

Ambiente social y político

La modernidad fue un proyecto que surgió en el siglo XVII e impulsó los principios de libertad, igualdad y justicia. Después se produjo un largo proceso de cambios a partir del siglo XVIII: la Revolución Industrial, el desarrollo de la ciencia y de la visión del progreso, el nacimiento del capitalismo como modo de producción, etc. (Pedroza y Villalobos, 2006, p. 427). Según Gorelik (2003, p. 15), la modernidad es concebida como el ethos cultural de ese periodo y como las formas de vida y organización social que se institucionalizaron desde su principio racional en los siglos XV y XVI. La economía europea se dinamizaba por el comercio implantado por el liberalismo como doctrina, reflejado en la igualdad, oportunidad, beneficio y competencia (Gorelik, 2003, p. 15).

Por la misma época, el principal motor de la economía de Quito, la producción textil, caía en crisis a causa de catástrofes naturales y el colapso del mercado de paños de Lima (Borchart, 1998, p. 230). Desde finales del siglo XVII, la producción textil regional era reemplazada por productos importados desde Europa en grandes cantidades (Büschges, 1995, p. 76). Para estabilizar la economía, en 1778 se creó un espacio de producción de lienzos con un sistema administrativo y organizativo similar al de los obrajes: el hospital y lazareto. La idea de su construcción surgió a partir de la Reforma Borbónica enmarcada en la visión del utilitarismo que intentaba luchar contra la vagancia y la mendicidad (Borchart, 1998, p. 255). Para que las personas pudieran ser acogidas en este lugar debían pagar su alimentación y vestimenta con su trabajo en la actividad textil.

Hospicio Jesús, María y José y Manicomio de Quito

En 1785 se fundó el Hospicio Jesús, María y José (Figura 1), de manos del Obispo Blas Sobrino y Minayo. En aquel entonces, era presidente de la Real Audiencia de Quito Juan José de Villalengua (Zúñiga, 2018, p. 40). En sus inicios, este espacio estaba destinado para los leprosos, y tenía también una parte que

² Ver: Landázuri, 2008; Osorio, 2017; Peñaloza, 2015.

se configuró como orfanatorio. Las enfermedades de la piel se curaban usando ungüentos y emplastos: la lepra se curaba con aceite de *chaulmoogra*, proveniente del árbol del mismo nombre (*Hydnocarpus wightianus*) (Cruz, 2003, p. 46).

Figura 1.

Manicomio y Hospicio.



Fuente: Instituto Nacional de Patrimonio Cultural, 1900-1909. Recuperado de <http://fotografiapatrimonial.gob.ec/web/es/galeria/element/7974>.

El siglo XIX marcó el inicio de la República del Ecuador (1830) y, como consecuencia, el de una naciente institución estatal influida por la cultura europea. En los primeros años republicanos se intentó establecer un modelo de país proveniente de las ideas francesas de libertad, igualdad y fraternidad, de la Revolución Industrial y del modelo de civilización inglesa. Desde estos principios, la nobleza criolla resaltó la importancia del blanqueamiento y de la Ilustración en el proceso de consolidación de una república estable (Botero, 2013, p. 1). La influencia de la Iglesia en las decisiones del Estado fue notoria en la época garciana³ (1861-1875) como resultado del Concordato de 1866⁴. Las relaciones con Roma generaron el proyecto de nación católica en Ecuador, y desataron un rechazo inmediato por parte de los grupos liberales. El Concordato amplificó la autoridad de García Moreno en la toma de decisiones; se establecieron fueros controlados por la Iglesia que permitían a las autoridades eclesiásticas intervenir en los procesos judiciales.

³ Espacio temporal en el cual el gobierno de Ecuador estuvo al mando de Gabriel García Moreno, cuyos proyectos dieron gran prioridad al desarrollo de la ciencia, a la modernidad, y que, sin embargo, la Influencia de la Religión Católica fue de vital importancia.

⁴ El Concordato fue un documento realizado por el gobierno de García Moreno para controlar con mayor medida la Iglesia ecuatoriana y mediar con la Santa Sede, sobre varios temas, en especial lo referente al diezmo, para conseguir una ganancia económica para el Estado (Guarda, 2013).



Como resultado del vínculo entre Iglesia y Estado, en 1870 llegó a Ecuador desde Francia un grupo de religiosas denominado “Hermanas de la Caridad”. Ingresaron al país por medio de un contrato firmado por el presidente Gabriel García Moreno. Las religiosas jugaron un papel nuclear en el cuidado de los enfermos, pues la fundación de la primera escuela de enfermería sucedió apenas en 1921, en la Universidad Central del Ecuador (Arteta, 1921, p. 495). Sus prácticas médicas tenían como base el positivismo científico francés (Peñaloza, 2015, p. 38). En 1883, las monjas tomaron la dirección del hospicio de la ciudad luego de que el gobierno concediera la dirección general a la Conferencia de San Vicente de Paúl (Peñaloza, 2015, p. 38). Dos años después, se restringió el ingreso de gente que acudía al hospicio con el fin de observar a los internos como si se tratara de un espectáculo público (Battista, 2022, p. 32).

A partir de 1883, el periodo progresista ecuatoriano brindó mucha importancia a actividades prácticas y concretas como la construcción de sistemas viales y ferroviarios, el fortalecimiento de la investigación en la Escuela Politécnica Nacional y la fundación del Instituto de Ciencias (Medina, 2019, p. 80). Estas prácticas y actividades tenían como objetivo la consolidación del Estado y la extinción de la conjugación de los elementos eclesiásticos con los feudales. Uno de los dispositivos abolidos fue el diezmo. Por esta razón, este periodo se llamó a sí mismo como “República Práctica” (Medina, 2019, p. 79).

En este contexto, en 1891, en el área oriental del Hospicio “Jesús, María y José”, se fundó el Manicomio de Quito⁵, durante el Gobierno progresista de Antonio Flores Jijón⁶ (Cárdenas, 2007, p. 3; Hidalgo, 2013, p. 30; Landázuri, 2008, p. 28). Este se dividió en dos salas: la de mujeres, ubicada en la planta baja, que fue denominada “Santa Magdalena”; y la de hombres, que se encontraba en la planta alta, llamada “San Lázaro” (Hidalgo, 2013, p. 30; Landázuri, 2008, p. 28).

Estos espacios, ubicados dentro del hospicio, estuvieron destinados a acoger a los enfermos mentales. Allí, los médicos y las Hermanas de la Caridad se convirtieron en los principales actores. En el Hospicio y Manicomio de Quito se controlaban a los pacientes por medio de la observación antes de establecer su diagnóstico; por esta razón se lo consideró un laboratorio social, del que se esperaba que salieran personas listas para introducirse en la sociedad y el mercado laboral (Landázuri, 2008, p. 25). Al ser las encargadas de administrar el manicomio y el hospicio, las Hermanas de la Caridad se convirtieron en un dispositivo de control moral y disciplinario, que practicaban sus actividades en la población más difícil de

⁵ Por esta razón se usan a la para las dos palabras en el título del trabajo: Hospicio y Manicomio de Quito.

⁶ Presidente de la República del Ecuador entre los años 1888 y 1892. Fue hijo del primer presidente del Ecuador, Juan José Flores. Representó al sector modernizador en el plano del progresismo y tuvo una visión empresarial de racionalizar la administración y producción (Cárdenas 2007, p. 3).

tratar (Kingman y Goetschel, 2014, p. 144). La forma de disciplina se reflejó en la decisión de encerrar en celdas a los locos, en la escasa alimentación y en el uso de camisas de fuerza, latigazos, hidroterapia, baños de agua fría, entre otras prácticas.

A pesar de que las Hermanas de la Caridad imitaron las prácticas de los modelos psiquiátricos positivistas, también se evidenció una marcada influencia de la medicina natural andina en otro tipo de curaciones como “mal viento”, “mal de ojo”, “espanto” o “mal del arcoíris” (Landázuri, 2008, p. 64; Battista, 2022, p. 35). Esto, posiblemente se produjo debido a que la medicina andina consideraba a la locura una enfermedad del espíritu. Los doctores no saben curar el espanto, porque “saben curar sólo el cuerpo humano. En el espanto lo que se enferma es el alma; hay enfermedades que son castigo de Dios, que no pueden curar los doctores” (Campefino de Guangopolo, Estrella, 1977, p. 208).

El uso de la medicina andina para la cura de las enfermedades mencionadas se puede analizar desde el ámbito de la etnopsiquiatría, que permite entender las acciones de la alteridad que se reflejan en el concepto del *Otro*, como forma de identificación frente a la sociedad (Beneduce 2005, p. 368). Así, se puede rescatar el valor que esas prácticas pudieron tener dentro de las terapéuticas.

Las religiosas no obedecían ni estaban subordinadas a las disposiciones del sistema administrativo y médico; su poder en el país era mayor al de los médicos hasta el primer cuarto del siglo XX (Peñaloza, 2015, p. 70). A pesar de ser un dispositivo de control, el valor humano y caritativo de las Hermanas de la Caridad era incuestionable, porque fueron ellas quienes terminaron con la visión de bestialidad del loco, humanizándolo y brindándole más valor al considerarlo un enfermo del espíritu (Peñaloza, 2015, p. 66). Así, la religión hacía que la psiquiatría positivista avanzara poco a poco al lado de la demonología.

En 1816, el hospicio albergaba a 6 locos de un total de 118 internos (Battista, 2022, p. 31). No obstante, el carácter de acogida y vigilancia del hospicio y manicomio fue suplantado por el de abandono y exclusión. No tardaron en llegar al hospicio delincuentes, alcohólicos y prostitutas, enviados por la Policía. Así, a finales del siglo XIX, se contabilizó una población de 300 internos (Landázuri, 2008, p. 33). Para la primera década del siglo XX vivían en el hospicio 601 personas, de los cuales solo 120 eran locos. Y el número de monjas de la caridad encargadas de su cuidado apenas ascendía a 13 (Landázuri, 2008, p. 37). Esto, más la mencionada diversidad de gente internada, hizo que el espacio no fuera apto para una práctica médica eficaz.

Muchos de los internos adquirieron síntomas de deficiencia mental por cuestiones de carácter orgánico, específicamente por la falta de yodo en los procesos



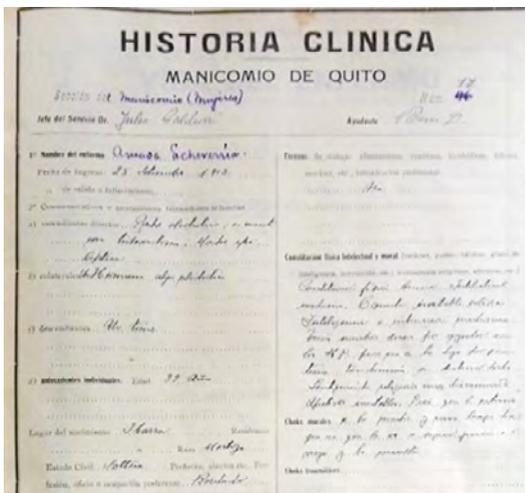
alimenticios (Landázuri, 2008, p. 44). Existen pruebas de la presencia de bocio anterior a la conquista de América, pero alcanzó su auge después de 200 años, momento en que la escasez crónica de yodo en la alimentación produjo malnutrición en la población indígena (Landázuri, 2008, p. 44).

En 1911, una de las primeras funciones del hospicio y manicomio fue eliminada: los enfermos de lepra fueron trasladados al Lazareto de Pifo, pequeño pueblo ubicado en los alrededores de Quito (Battista, 2022, p. 34). Un total de 41 hombres y 50 mujeres fueron desplazados, lo que liberó espacio tras décadas de internamientos de personas que sufrían esta enfermedad. Esta decisión fue tomada por la Junta de Beneficencia, estructurada en el gobierno de Eloy Alfaro⁷, que para ese entonces era la encargada de la administración del lugar (Battista, 2022, 34).

A pesar de que Landázuri menciona que existían 120 locos en el manicomio, en los registros del Archivo Nacional de Medicina, hasta 1929, apenas se encontraron 70 historias clínicas, varias de ellas vacías o incompletas (Yépez, 2022, 87). En la etiqueta *raza* de los documentos figuran tan solo “mestizos” y “blancos”, no se registran indígenas ni negros.

Figura 2.

Historia clínica número 17 de 1912 del Manicomio y Hospicio.



Fuente: fotografía tomada por el autor.

⁷ Eloy Alfaro Delgado (1842-1912), fue el líder de la Revolución Liberal en Ecuador. Presidente del Ecuador en dos periodos 1895-1901 y 1906-1911. Implantó el Laicismo, después del fortalecimiento de los lazos de la Religión con el Estado parte del gobierno de García Moreno.

Surge una pregunta: ¿En qué medida la raza se constituyó en un elemento de interés para la práctica y atención institucional en el desarrollo de la psiquiatría en Quito? No es factible dar una respuesta basándonos únicamente en las historias clínicas, sin tomar en consideración otros archivos relacionados con la cuestión de raza, a los cuales no se tuvo acceso en esta investigación. Sin embargo, Pazmiño (2022) y Estrella (1977) pueden proporcionar una pista para resolver esta pregunta. Según estos autores, las familias de los locos veían como última opción el internamiento en el manicomio, pues la influencia de la medicina tradicional andina, mencionada ya en este trabajo, hacía que la gente acudiera a curanderos o *chamanes* para que ejercieran sus terapias en los pacientes: limpias, purgas, brebajes de hierbas, rezos, cantos (Pazmiño, 2022, p. 117). No obstante, es necesario realizar una búsqueda de archivo más exhaustiva para reafirmar esos eventos, pues el concepto de raza es muy complejo para limitar una pregunta a una sola respuesta.

En una investigación pasada (Yépez, 2022) se sistematizaron historias clínicas y fueron analizadas desde una perspectiva positivista. El fin de ese análisis no fue vincular la cuestión psiquiátrica a la cuestión de la raza o al nivel económico, sino determinar el comportamiento humano y la relación médico-paciente (Yépez, 2022, pp. 64-65).

Tabla 1.

Muestra de una parte de la sistematización de las historias clínicas del área de mujeres del Manicomio de Quito. 2022.

Año	Edad	Raza	Lugar de nacimiento y Lugar de residencia
1902	55	Mestiza	
1903	20	Blanca	Riobamba
1904	44	Mestiza	Ibarra
1908	46	Blanca	Incomprensible
1908	61	Mestiza	Incomprensible
1908	50 (más o menos)	Blanca	Incomprensible
1908	60	Mestiza	Incomprensible
1908	59	Mestiza	
1909	60 (más o menos)	Mestiza	Incomprensible
19012	39	Mestiza	Ibarra
1912	36	Mestiza	Incomprensible
1913	34	Mestiza	No hay datos



1915	49	Mestiza	Pelileo
1916	68	Blanca	Cali
1917	53 (Más o menos)	Blanca	Quito
1920	40	Mestiza	Incomprensible
1924	39	Mestiza	Ambato
1929	60	Mestiza	Otavaló

Fuente: Elaboración propia

Otra hipótesis puede ser la formulada con base en la experiencia de Frank Salomon (Comunicación personal, 27 de marzo de 2024), quien señala que en la década del setenta del siglo XX existía una persona con retardo mental a la que cuidaban los habitantes del pueblo de Zámbez de la ciudad de Quito. Le brindaron seguridad y hospitalidad, cuidado que, tal vez, al interior de un manicomio no habría recibido. Un buen inicio para la contestación de esta pregunta serían los usos modernos de la etnopsiquiatría, con enfoques en la categoría de raza (Beneduce, 2005), que permite comprender el concepto de alteridad y de exclusión del *otro* en el plano mental y del comportamiento frente a la sociedad.

Disciplina y observación: modelos de control y de estudio

En el siglo XIX e inicios del XX, los procesos de internamiento y de diagnóstico de las enfermedades mentales en Quito estuvieron marcados por dos paradigmas: alienismo y el kraepelinismo (Yépez, 2022, p. 59). El primero tenía como objetivo desligar a los locos de la sociedad y trasladarlos a un espacio apartado de la ciudad, pues se los consideraba seres peligrosos (Campos y Huertas, 2008, p. 476). Y el segundo, tenía un enfoque científico que consideraba a la observación como una técnica eficaz para establecer diagnósticos de las enfermedades mentales (Campos y Huertas, 2008, p. 475). Podemos afirmar que el alienismo constituía un modelo de control de los cuerpos, mientras que el paradigma kraepeliniano fue una práctica de estudio del comportamiento humano que tenía como último fin establecer una nosografía de las enfermedades mentales (Campos y Huertas, 2008, p. 475).

En Quito, el alienismo llegó a su máxima expresión con la creación del “Reglamento para el Servicio de Guardia de la policía urbana”, que ordenaba la captura de animales y de locos que divagaban por las calles de Quito, equiparando su condición (Battista, 2022, p. 31). Como se mencionó con anterioridad, el rol más importante de las Hermanas de la Caridad fue mermar la visión de animalidad sobre los locos y humanizarlos (Peñaloza, 2015, p. 66). Por otro lado, el paradigma kraepeliniano llegó a su manifestación más alta con la incorporación de los registros



y las historias clínicas al manicomio por parte de Julio Endara; esto permitía, según Battista (2022, p. 35) elaborar un perfil desde la esfera de lo económico, psicológico y social de los pacientes. Si bien con esto se pudo avanzar en los procesos de diagnóstico mediante el camino de la observación, las historias clínicas vuelven a decir lo contrario: la mayor parte de las 70 historias están casi vacías y la información apenas se limita a los nombres de los enfermos y enfermas. La afirmación de Battista (2022) no es del todo correcta, debido a la carencia de información de la vida institucional en las historias clínicas, sabiendo que la calidad del trato al enfermo se refleja en la complementación de estos documentos (Guzmán y Arias, 2012, p. 16; Barreto 2000, p. 54).

Desinstitucionalización y nuevas prácticas

En 1938, el psiquiatra Ugo Cerletti aplicó por primera vez el electroshock, un método innovador en el tratamiento de las enfermedades mentales, en un paciente de 41 años (Vittela, 2022, p. 293; González, 2020, p. 127). Consistía en una terapia de descarga eléctrica por medio de la colocación de electrodos en las sienas del paciente para provocar una crisis convulsiva (González, 2020, p. 127). En el artículo de Vitella (2022) “Historia de la terapia electroconvulsiva: ¿cuándo empezó a utilizarse anestesia para este procedimiento?” se aborda el tema de la historia del electroshock en la terapéutica de las enfermedades mentales, y se enfatiza en el uso de la anestesia en el proceso de su ejecución. Su uso en el Manicomio de Quito se inició en 1944, con Julio Endara (Zúñiga, 2018, p. 43; Ramírez, 2011, p. 47).

La psicofarmacología impulsó a la psiquiatría como disciplina médica moderna. Con la introducción de los psicofármacos, disminuyó el número de pacientes internos en los hospitales a nivel mundial, porque pudieron ser atendidos de manera ambulatoria (Bares y Arrieta, 2005, p. 209). De este modo, podían permanecer junto a sus familiares y llevar una vida con mayor libertad; también tenían la posibilidad de ser objeto de nuevos pronósticos y tratamientos que mejorarían su estabilidad comportamental y emocional (Bares y Arrieta, 2005, p. 209). El sistema de los hospitales y su normativa fueron reformados, pues con la revolución psicofarmacológica la concepción de la enfermedad mental cambió y las instituciones dieron un giro en su tratamiento y en su nombre. Los manicomios empezaron a dejar de existir paulatinamente, y los hospitales psiquiátricos se consolidaron con la revolución de los psicofármacos.

En Ecuador, la transición de Manicomio a Hospital psiquiátrico apareció por primera vez en 1953, con la fundación del Hospital Psiquiátrico de Conocoto, que más tarde pasó a llamarse “Julio Endara”. Por otro lado, el antiguo Manicomio San Lázaro cambió su sistema de reclusión a la nueva concepción de hospital



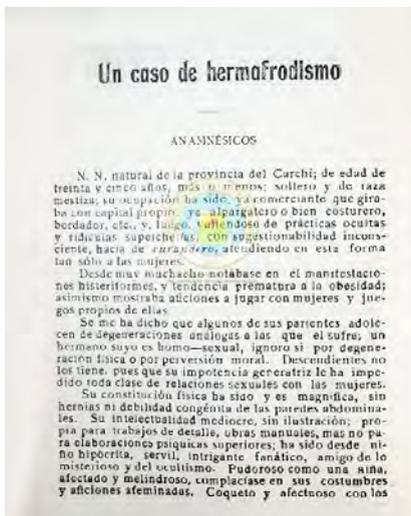
psiquiátrico en 1972 (Jaramillo, 2010, pp. 27-28). Ambos eventos constituyen una época de revolución médica importante en Quito, debido a que en las dos instituciones se manejaban las terapéuticas modernas que venían desde Europa: Psicofármacos y electroshock. Apenas entonces, la institución psiquiátrica quiteña se pudo configurar como un centro especializado de prácticas médicas, y dejó atrás su antigua funcionalidad múltiple y heterogénea.

Estudio de caso

Hasta ahora se ha hablado sobre el entorno del hospicio y manicomio, sobre sus múltiples usos, su exceso de población y su condición de lugar de intersección de vidas: alcohólicos, delincuentes callejeros, prostitutas, huérfanos, religiosas y locos. También se habló del proceso de desinstitucionalización y la aplicación de nuevas prácticas médicas. En este apartado, profundizaremos en un estudio de caso que puede enlazar los estudios de antropología psiquiátrica y etnopsiquiatría con la historia. Ese documento fue redactado por Carlos Alberto Arteta, en 1918, cuyo título es: “Un caso de hermafroditismo” (Figura 3). Se hará uso de los siguientes textos relacionados a la antropología, psicológica y a la etnopsiquiatría: *Schizophrenia, Culture and Subjectivity: The Edge of Experience* (Jenkins y Barrett, 2004), *Undocumented bodies, burned identities: refugees, sans papiers, harraga – when things fall apart* (Beneduce, 2008) y *Politics of Healing and Politics of Culture* (Beneduce, 2005).

Figura 3

Captura de pantalla de “Un caso de hermafroditismo” (2024).



Fuente: Revista *Anales*, 241, 1918.

Con la aplicación de los conceptos y categorías principales de los textos se analizará “Un caso de hermafroditismo”, de Arteta (1918). A esto se añadirán los documentos jurídicos y fuentes primarias para contextualizar adecuadamente la época. Cabe aclarar que el estudio de caso detallado a continuación fue analizado en otra investigación (Yépez, 2022), pero con un enfoque de carácter médico, comportamental y judicial. Aquí, se retomará ese análisis, pero incluyendo algunos conceptos de la etnopsiquiatría y la antropología psiquiátrica.

En el caso mencionado (1918), se manifiesta que un hermafrodita (será llamado Arteta N.N.), originario de la provincia del Carchi, al norte de Ecuador, fue apresado en un lugar cercano a la ciudad de Quito por su comportamiento amoral y femenino. Arteta redactó algunas notas en las que mencionaba que no había cometido ningún crimen y que, por lo mismo, la cárcel no era el lugar apropiado para él. El espacio que le correspondía era el manicomio y, una vez allí, se debía realizarle una especie de profilaxis social, que le impidiese con el tiempo influir y corromper a la sociedad.

Arteta se apoya en la técnica de la entrevista y la observación como un psicoterapeuta que escucha narraciones a partir de la experiencia del otro, convirtiéndose en un refugio o asilo de la soledad (Beneduce, 2008, p. 509). Sin embargo, también se sirve de las circunstancias para convertir al sujeto en objeto de estudio: en palabras del mismo Arteta, “Es apresado y se le somete a un examen médico-legal, y juzgándolo como criminal, es condenado a reclusión en la Penitenciaría, en donde he tenido la oportunidad de conocerlo y estudiarlo” (1918, p. 303). Beneduce (2005) desarrolla el concepto de alteridad dentro de los análisis etnopsiquiátricos; concepto que permite entender la identidad del otro y evitar, así, su exclusión. Sin embargo, N.N. no recibió reconocimiento como un *otro* debido a la condición corporal y comportamental de un hermafrodita.

La construcción de un manicomio de carácter judicial fue una propuesta hecha por Arteta. La premisa establecida era que aquellos que cambiaran su modo de enfrentarse a la vida en la prisión y demostraran síntomas de locura, se los podría enviar a un manicomio especializado para criminales (Quevedo, 1927, p. 21), aunque sin imponerles una pena, sino algunas medidas de seguridad, pues los locos no eran personas punibles (Pérez, 1928, p. 107). En este sentido, el espacio determinaba la condición del individuo. Tomando en cuenta que la cárcel y el manicomio constituyen dos lugares que restringen la libertad, también definen dos identidades que se pueden manifestar de forma dual: delincuente-cárcel, loco-manicomio. La alteridad y la valoración del otro se enfoca en el aislamiento de N.N., a su ocultamiento como un ser que no debe mostrarse a la sociedad (Beneduce, 2005, p. 380) y que, según Kraepelin ([1905], 1988), adolecía de una enfermedad



perteneciente al grupo de estados congénitos o locura moral descrita en la Lección XXVIII, dentro de su nosografía. Debido a que la experiencia subjetiva de la rutina (Jenkins y Barrett, 2004) de la época era distinta, la opacidad de la existencia del otro era inevitable y se solidificaba el encierro dicotómico que excluía al resto de grupos humanos.

Los manicomios, como las cárceles, eran laboratorios sociales en los que los seres humanos debían forjar un nivel de comportamiento que eliminase los peligros que pudiesen causar los internos (Quevedo, 1927, p. 15). De acuerdo a la normativa de la época, tanto moral como religiosa y legal, el hermafrodita estaba inmerso en una intersección sin salida: el crimen y la locura (Arteta, 1918, p. 305). N.N. fue juzgado por su comportamiento: sobre él se aplicó el paradigma alienista que separaba a quienes constituían un peligro para la sociedad, y el médico aprovechó para estudiarlo de acuerdo a los planteamientos del paradigma positivista imperante: el kraepeliniano.

Conclusiones

La modernidad, que marcó sus inicios en el siglo XVII, se configuró como un elemento influyente en las formas de vida de la sociedad quiteña. Un incipiente capitalismo que apenas se impulsaba con la producción textil se encontraba en caída. Esa producción textil fue reemplazada paulatinamente por el mercado europeo. Para contrarrestar este problema, con la idea del utilitarismo, las reformas borbónicas dieron un impulso para la creación de un lugar de producción de lienzos: el hospital y el lazareto. Las personas que lo habitaban pagaban con su trabajo la alimentación y el vestido. Este evento marcó el inicio de la creación del Hospicio “Jesús María y José” en 1785, lugar que en sus inicios estuvo destinado como centro de acogida para personas necesitadas.

No pasó mucho tiempo para que se constituyera como un espacio de convergencia de múltiples vidas, provenientes de distintos grupos de la sociedad: alcohólicos, leprosos, prostitutas, delincuentes, vagabundos, huérfanos y locos. Su versatilidad marcó una diferencia en la institución psiquiátrica quiteña, que no lograba despegar hacia el ámbito científico como ya lo habían hecho los países europeos e incluso el manicomio Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, construido mucho después (1909).

El Hospicio y Manicomio de Quito logró consolidarse como una institución con un enfoque médico psiquiátrico únicamente en el año de 1972, cuando la visión de hospital psiquiátrico lo convirtió en un espacio terapéutico y no de acogida. Las nuevas y modernas terapéuticas, como la aplicación del electroshock y el consumo



de los psicofármacos desde 1944, cambiaron la noción de Manicomio a Hospital psiquiátrico. Los pacientes podían salir de la institución porque sus familiares estaban involucrados en el proceso curativo. Las terapias que ejercían poder sobre el cuerpo -latigazos, baños de agua fría y camisas de fuerza- ya no fueron necesarias.

En el mismo contexto y dentro del mismo lugar convergían las creencias religiosas y la concepción de la medicina andina en la ejecución de las escasas terapéuticas. A la par, se practicaban dos paradigmas de la psiquiatría: el alienismo que segregaba a los locos de la sociedad por ser considerados peligrosos; y el paradigma positivista del psiquiatra alemán Emil Kraepelin. El primero ejercía la función de disciplina y el otro de estudio y análisis del comportamiento humano.

Así, el Hospicio y Manicomio de Quito se constituyó en un espacio de ambigüedad, en el que ninguna de sus aparentes funciones podía cumplirse eficazmente. Fue un espacio que aglomeraba enfermedades, abandonos, delincuencia, problemas sociales y creencias religiosas. Un espacio caótico que se bifurcaba en diferentes caminos que no conducían a ningún lugar y que solo servía como un techo para vidas múltiples y diversas.

Referencias Bibliográficas

Primarias

Arteta, C. (1918). Un caso de hermafroditismo. *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador*, 241, 303-308.

Pérez, F. (1928). Próximo Congreso Panamericano de Ciencias Penales. *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador*, 187-203.

Quevedo, A. (1927). Informe del delegado del Gobierno del Ecuador y de la Facultad de Jurisprudencia y ciencias sociales de la Universidad Central de Quito, al Congreso Internacional de Derecho Penal que se reunió en Bruselas. *Revista Anales de la Universidad Central del Ecuador*, 1-103.

Historias clínicas del Manicomio de Quito del libro de mujeres 1901-1928.

Historias clínicas del Manicomio de Quito del libro de hombres 1911-1929.

Secundarias

Bares, C. y Arrieta, M. (2005). Psicofarmacología: Una aproximación histórica.

Anales de Psicología, 199-212.



- Barreto, D. (s.f.). Salud mental en el Ecuador. *Revista de la Facultad de ciencias médicas de la Universidad Central del Ecuador*, 17-37.
- Battista, M. (2022). *Titeres y relatos de vida: exploraciones metodológicas en un hospital psiquiátrico de Quito*. Quito: FLACSO-Ecuador.
- Beneduce, R. (2005). Politics of Healing and Politics of Culture. *Transcultural psychiatry*, 367-393.
- Beneduce, R. (2008). Undocumented bodies, burned identities: refugees, sans papiers, harraga – when things fall apart . *Social Science Information*, 505-527.
- Borchart, C. (1998). *La Audiencia de Quito. Aspectos económicos y sociales (Siglos XVI - XVIII)*. Ediciones Abya-Yala.
- Botero, L. (2013). Ecuador siglos XIX y XX. República, “construcción del indio” e imágenes contestadas. *Gazeta de Antropología*, 1-23.
- Büsches, C. (1995). Crisis y reestructuración. La Industria textil de la Real Audiencia de Quito al final del período colonial. *Estudios americanos*, 75-98.
- Campos, R. y Huertas, R. (2008). Los lugares de la locura: Reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *ARBOR Ciencia, pensamiento y cultura*, 471-480.
- Cárdenas, M. (2007). El progresismo ecuatoriano en el siglo XIX: La reforma del presidente Antonio Flores. *Andes*, 77-97.
- Cueva, A. (1970). La Psiquiatría en el Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Medicina*, 72- 86.
- Cruz, E. (2003). *El loco y la institución mental. Desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XX*. Ediciones Abya-Yala.
- Estrella, E. (1977). *Medicina Aborigen: La práctica médica aborigen de la sierra ecuatoriana*. Época.
- González, J. L. (1998) Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 183-200
- Gorelik, A. (2003). Ciudad, modernidad, modernización. *Universitas, Humanística*, 11- 27.
- Guarda, R. (2013). *Las relaciones diplomáticas entre García Moreno y la Santa Sede*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Guzmán, F. & Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *SciELO Colombia*, 15-24.



- Hidalgo, M. (2013). *La comunicación esquizofrenizante en la institución del saber: historia de las prácticas discursivas del hospital psiquiátrico San Lázaro*. Universidad Central del Ecuador.
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría ¿Por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 9-36.
- Jaramillo, H. (2010). *La construcción del enfermo mental en una institución psiquiátrica de Quito*. FLACSO.
- Jenkins, J. & Barrett, R. (2004). *Schizophrenia, Culture and Subjectivity: The Edge of Experience*. Cambridge University Press.
- Kingman, E., y Goetschel, A. (2014). El presidente Gabriel García Moreno, el Concordato y la administración de poblaciones en el Ecuador de la segunda mitad del siglo XIX. *Historia crítica*, 123-149.
- Kraepelin, E. (1988). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Ediciones Nieva.
- Landázuri, M. (2008). *Salir del encierro: Medio siglo del hospital psiquiátrico San Lázaro*. Banco Central del Ecuador.
- Medina, A. (2019). Construir la República práctica: Estado, vías de comunicación e integración territorial en Ecuador, 1883-1895. *Procesos. Revista ecuatoriana de historia*, 77-102.
- Osorio, A. (2017). *El juicio final: contribución para una lectura del nacimiento de la psiquiatría en Ecuador*. Editorial universitaria.
- Pazmiño, G.; Iriarte, L. y Játiva, R. (2022). Hacia una atención digna en salud mental: breve análisis histórico de la institución psiquiátrica ecuatoriana. *Revista Eugenio Espejo*, 114-124.
- Pedroza, R. y Villalobos, G. (2006). Entre la modernidad y la postmodernidad: juventud y educación superior. *Enducere*, 416-426.
- Peñaloza, E. (2015). *La irrupción de la psiquiatría en Quito 1895-1950, estudio del control de la locura desde el Estado en busca de la modernización*. PUCE.
- Ramírez, G. (2011). *Encierro, patología y género: los sujetos de la exclusión psiquiátrica* [Tesis de Maestría, FLACSO Ecuador].
- Robalino, M. (1995). *Psicología jurídica y psiquiatría forense*. PRAXIS.
- Vittela, B. (2022). Historia de la terapia electroconvulsiva: ¿cuándo empezó a utilizarse anestesia para este procedimiento?. *Revista mexicana de anestesiología*, 293-296.



Yépez, C. (2022). *La luz de la mirada oculta: La psiquiatría en Quito (1892-1929)*.FLACSO.

Zúñiga, D., y Riera, A. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de laUniversidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 39-45.